**BỆNH ÁN TIỀN SẢN GIẬT**

1. **HÀNH CHÁNH**
2. Họ và tên: NGUYỄN THỊ PHƯƠNG THU 2. Tuổi: 40
3. Nghề nghiệp: Nội trợ
4. Địa chỉ: Lê Hồng Phong, phường 3, Thành phố Sóc Trăng, tỉnh Sóc Trăng
5. Người thân liên hệ: Cao Hoàn Tươi (chồng), SĐT: 09831118383
6. Thời gian vào viện: 11 giời 16 phút ngày 30/09/2019
7. **CHUYÊN MÔN**
8. Lí do vào viện: Thai 32 tuần 4 ngày + chóng mặt, hoa mắt.
9. Tiền sử
   1. Gia đình: chưa ghi nhận các bệnh lý liên quan
   2. Bản thân:

* Nội khoa: Chưa ghi nhận tình trạng tăng huyết áp trước khi mang thai, không mắc các bệnh lý tim mạch, đái tháo đường, bệnh lý tuyến giáp.
* Ngoại khoa: chưa ghi nhận bệnh lý ngoại khoa.
* Phụ khoa:

+ Bắt đầu hành kinh năm 15 tuổi

+ Chu kỳ kinh không đều, #2 tháng có kinh một lần, hành kinh từ 4-5 ngày, màu đỏ sậm, lượng vừa, kèm đau bụng khi hành kinh

+ Không dùng phương pháp tránh thai nào

+ Không có phẫu thuật vùng bụng, vùng chậu.

* Sản khoa:

+ Kinh chót: không nhớ

+ Dự sanh: 30/11/2019 (theo siêu âm tuần thứ 8).

+ Lấy chồng năm: 35 tuổi

+ Tiền thai :

PARA: 0000

1. Bệnh sử
   1. Diễn tiến thai kì:

Sản phụ mang thai 32 tuần 4 ngày, có thực hiện sàng lọc trong 3 tháng đầu thai kì, chưa ghi nhận bất thường. Sản phụ có bổ sung sắt, canxi, tiêm ngừa 2 mũi uốn ván, trong thai kì tăng 21kg.

Sản phụ khám thai định kỳ tại Bv sản nhi Sóc Trăng đều đặn 4 tuần/lần từ tuần thứ 8 đến tuần 24, chưa ghi nhận bất thường. Vào tuần 28 tái khám, sản phụ được phát hiện tăng huyết áp trong thai kì (HA 140/90 mmHg), có điều trị thuốc 1 tuần (không rõ loại).

Thai 29 tuần + thường xuyên mệt mỏi (nhức đầu, hoa mắt, chóng mặt) nên đã nhập viện bệnh viện Phụ sản TPCT, điều trị 14 ngày (chưa rõ chẩn đoán), đã tiêm trưởng thành phổi. Tình trạng ổn nên xuất viện (huyết áp cao nhất là 200/100 mmHg, chưa ghi nhận được protein niệu, thuốc đã dùng: Nifedipin, Agidopa 250mg ).

Cách nhập viện 1 ngày sản phụ chóng mặt, hoa mắt, đến khám tại Bv sản nhi Sóc Trăng ghi nhận:

Huyết áp: 140/90 mmHg

Phù 2 chi dưới độ 2

Tim thai 140 l/p, cổ tử cung đóng, ngôi đầu cao, ối còn ⟶ ⧍: thai 32 3/7 tuần + tiền sản giật nặng.

Xử trí tại đây:

Nicardipin 10ml 1 ống + Glucoso 5% 500ml (TMC)

MgSO4 15% 4 ống + Glucoso 5% 500ml (TMC)

Methyl dopa 250mg 2v uống.

Theo dõi 1 ngày, sản phụ được chuyển đến bệnh viện Phụ sản TPCT.

* 1. Tình trạng lúc nhập viện:

Sản phụ tỉnh, tiếp xúc được

Còn hoa mắt, chóng mặt, không ngồi dậy, không đi lại được

Niêm hồng

Phù toàn thân: phù trắng, ấn lõm, không đau

Dấu hiệu sinh tồn:

Huyết áp: 140/90 mmHg

Mạch: 110 l/p

Nhịp thở: 20 l/p

Nhiệt độ: 37OC

SpO2 97%

Chiều cao: 155 cm

Cân nặng:75 kg (trước mang thai: cân nặng 51kg, BMI = 22.5 Kg/m2)

BCTC: 25cm, VB: 98cm

ULCN: 1500 gram (theo siêu âm)

Tim thai: 141 l/p đều, rõ

Cơn co (-)

Cổ tử cung khép, chưa xóa, không phù nề.

⧍ cấp cứu: thai 32 4/7 tuần + tiền sản giật nặng.

* 1. Hiện trạng hiện tại
* Giảm hoa mắt, chóng mắt, ngồi dậy được nhưng chưa đi lại được
* Phù toàn thân không giảm

1. Khám lâm sàng 23h 30/9/2019 (12 giờ sau nhập viện)
   1. Tổng trạng

Sản phụ tỉnh, tiếp xúc tốt, da niêm hồng

Dấu hiệu sinh tồn:

Huyết áp: 140/90 mmHg Nhiệt độ: 37OC

Mạch: 100 l/p Nhịp thở: 20 l/p

Phù toàn thân (phù thấy rõ ở mi mắt, mặt), phù mềm, ấn lõm, không đau

Lông tóc móng không dễ gãy rụng

Tuyến giáp không to, hạch ngoại vi sờ không chạm

* 1. Khám tim

Không ổ đập bất thường

Mỏm tim ở khoang liên sườn IV đường trung đòn trái

T1, T2 đều, tần số 100l/p.

* 1. Khám phổi

Lồng ngực cân đối, di dộng đều theo nhịp thở

Rung thanh đều 2 bên

Gõ trong

Rì rào phế nang đều 2 bên

* 1. Khám vú

Hai bầu vú cân đối

Quầng vú sậm màu, hạt Mongomery nổi rõ, núm vú không tụt vào trong.

* 1. Khám bụng và chuyên khoa

1. Khám bụng

* Tử cung hình trứng, trục dọc
* Cơn go (-)
* Tim thai: 130 l/p đều rõ, nghe rõ ở ¼ dưới rốn bên trái.

1. Khám chuyên khoa

* Vùng âm hộ và tầng sinh môn không u cục, lở loét
* Cổ tử cung khép, chưa xóa, trục trung gian, mật độ chắc, không phù nề
* Ối còn
* Khung chậu trong:

+ Eo trên: không sờ được mỏm nhô

+ Eo giữa: 2 gai hông tù

+ Eo dưới: góc vòm vệ tù

⟶ Khung chậu bình thường trên lâm sàng.

1. Tóm tắt bệnh án

Sản phụ 40 tuổi, vào viện vì lý do con so 32 tuần 4 ngày + hoa mắt, chóng mặt. Qua hỏi bệnh sử, tiền sử và thăm khám lâm sàng ghi nhận:

* Sản phụ tỉnh, tiếp xúc tốt, hoa mắt, chóng mặt
* Phù toàn thân: Phù trắng, ấn lõm, không đau
* Huyết áp: 140/80 mmHg (huyết áp cao nhất ghi nhận từ tuần 29 đến 31 là 200/100mmHg)
* Tim thai 140 l/p
* Cơn co (-)
* Ước lượng cân nặng: 1500gram (theo siêu âm)
* Cổ tử cung khép, chưa xóa, trục trung gian, mật độ chắc, không phù.
* Tiền sử: không ghi nhận bất thường.

1. Chẩn đoán sơ bộ:

Tiền sản giật nặng/ thai 32 tuần 4 ngày.

1. Chẩn đoán phân biệt và biện luận

* Tiền sản giật trên nền tăng huyết áp mạn: vì có tăng huyết áp nhưng tăng huyết áp xuất hiện sau tuần 20 nên ít nghĩ tới.
* Phù do suy tim: do phù xuất hiện đầu tiên ở 2 chi dưới, sau đó diễn tiến phù toàn thân. Nhưng bệnh nhân không có tiền sử bệnh tim mạch, khám lâm sàng chưa ghi nhận bất thường về tim nên ít nghĩ tới.
* Phù do Hội chứng thận hư: do phù toàn thân, không có tiểu đục nhưng chưa đủ để loại trừ, cần thêm CLS để chẩn đoán phân biệt.

1. Kết quả cận lâm sàng đã có và đề nghị cận lâm sàng:

* Kết quả cận lâm sàng đã có

Siêu âm: 01 thai sống trong tử cung 32 tuần

Cân nặng ước tính 1500g

Nhau bám sau, nhóm I, độ III

AFI: 5cm (theo Phelam từ 5-7 là mức độ giới hạn, <5: thiểu ối)

Có nhân xơ tử cung

Công thức máu: (nhóm máu A, Rh(+))

PT: 12,75s TC : 202.104/L

APTT: 30,3s BC: 10,3.104/L

Fibrinogen: 11g/l NEU: 69,2 %

HC: 4,6 x 1012/l EOS: 1,3%

Hb: 14g/l Bazo: 0.3%

Hct: 40% Mono: 0,1%

MCV : 86 fl

MCH : 31 pg

Hóa sinh: Albumin: 23.7 g/L (35-50) Glu: 4,6 mmol/L

Acit uric: 483 umol/L (180-420) Ure: 3.8 mmol/L Creatinin: 78 umol/L AST: 19 U/L

Điện giải đồ: Na+: 134 mmol/L Ca2+: 0.99 mmol/L

K+: 3.1 mmol/L (3.5-5.5) Cl−: 97 mmol/L

LDH (Lactate dehydrogenase): 405 U/L

Tổng phân tích nước tiểu: Tỉ trọng: 1.007 Nitrit (-)

PH: 5 Glucose (-)

Hồng cầu: 10 cetonic (-)

Bạch cầu: 25 Bilirubin (-)

Protein: 1g/L

Urobilirubin (-)

* Đề nghị cận lâm sàng:
* Đánh giá lại tình trạng thai qua siêu âm và monitoring
* Đo ECG
* Chức năng đông, cầm máu
* Soi đái mắt

1. Chẩn đoán xác định: Tiền sản giật nặng/ thai 32 tuần 4 ngày
2. Xử Trí

* Dự phòng và chống co giật bằng Magneseum sulfate 15% 1g/h
* Nifedipin 30mg/ngày (uống): Hạ huyết áp
* Cho thai phụ nghỉ ngơi, yên tĩnh, chế độ ăn nhiều đạm, nhiều rau và trái cây tươi.
* Theo dõi sinh hiệu mỗi giờ/lần
* Chấm dứt thai kỳ bằng phương pháp mổ lấy thai sau khi dùng thuốc chống co giật và hạ huyết áp 24h.

1. Tiên lượng

* Gần : + Nguy cơ ngộ độc Magienium sulfate

+ Không đáp ứng với điều trị hoặc xảy ra sản giật

+ Trong quá trình theo dõi có thể có các bất thường: phù phổi, suy thận, nhau bong non, giảm tiểu cầu, bất thường tim thai, ối vỡ, thai chậm tăng trưởng, thiểu ối nặng, sanh non, thai lưu.

* Xa: + Tiến triển thành tăng huyết áp mạn sau sanh

+ Thai lần sau là thai kì nguy cơ cao

1. Dự phòng

* Có sẵn thuốc đối kháng Magiesium sulfate là Gluconar calci hoặc Clorua calci
* Mời bác sĩ nhi sơ sinh theo dõi bé sau mổ lấy thai
* Duy trì Magesium sulfate đến hết 24 giờ sau sinh
* Theo dõi HA 12 tuần sau sinh, tư vấn nguy cơ TSG cho các lần có thai sau
* Cảnh báo nguy cơ tim mạch trong tương lai.