**BỆNH ÁN SANH NON**

**BỆNH ÁN SẢN KHOA**

1. **Hành Chánh**

* Họ và tên: LẠI THỊ RIÊNG          Tuổi: 30                   Giới tính: Nữ
* Nghề nghiệp: Nội trợ
* Địa chỉ: Cần Thơ
* Ngày, giờ vào viện: 9 giờ ngày 18 tháng 8 năm 2021

**2. Lý do vào viện: Thai 35 tuần + Thai ít máy**

**3. Tiền Sử:**

        3.1. Gia đình: Chưa ghi nhận bệnh lý di truyền, nội khoa (đái tháo đường, tăng huyết áp), ngoại khoa

        3.2. Bản thân:

1. Nội khoa: Chưa ghi nhận bệnh lý tăng huyết áp, bệnh lý tim mạch, đái tháo đường, bệnh lý tuyến giáp và các bệnh lý nội khoa khác.
2. Ngoại khoa: Chưa ghi nhận phẫu thuật vùng bụng, vùng chậu và các bệnh lý ngoại khoa khác.
3. Phụ khoa và kế hoạch hóa gia đình:

* Kinh lần đầu: Chưa ghi nhận
* Chu kỳ kinh: 2-3 tháng, không đều
* Số ngày hành kinh: Dao động từ 5-7 ngày
* Tính chất máu kinh: Số lượng từ vừa đến nhiều, đau bụng ít khi hành kinh.
* Bệnh lý phụ khoa:
* Buồng trứng đa nang: Chưa rõ thời gian bệnh và phương pháp điều trị
* Chưa ghi nhận bệnh lý phụ khoa khác
* Không dùng biện pháp ngừa thai
* Vô sinh, hiếm muộn:
* Bệnh nhân điều trị hiếm muộn hai năm do nguyên nhân buồng trứng đa nang
* Thai kỳ lần này nhờ phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI)

1. Sản khoa:

* Kinh chót: 15/12/2020
* Dự sanh: 24/09/2021 (Theo siêu âm thai tuần thứ 7)
* Lấy chồng năm 23 tuổi
* PARA: 0000

1. Thói quen

* Thích ăn đồ ngọt

**4. Bệnh sử**

Thai  phụ mang thai lần 1, thai kỳ do điều trị hiếm muộn, thai 35 tuần, dự  sinh 24/09/2021 (siêu âm lúc thai 7 tuần). Sàng lọc trước sinh vào tuần 12 kết quả nguy cơ thấp. Tuần 29 thai phụ được làm nghiệm pháp dung nạp đường huyết và được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ, được tư vấn thay đổi chế độ ăn tiết chế đường nhưng thường xuyên không tuân thủ. Tuần thứ 33, khám thai định kỳ thấy nước ối nhiều hơn bình thường ( siêu âm AFI=19), xét nghiệm đường huyết sau ăn vẫn chưa ổn (không rõ kết quả XN), được BS tư vấn chích insulin nhưng thai phụ không đồng ý mà chỉ chọn chế độ ăn tiết chế. Từ lúc mang thai đến hiện tại, thai phụ tăng 25 kg.

Cách nhập viện 1 ngày, thai phụ thấy mệt, thai máy ít nên đi khám.

**5. Khám lâm sàng** (Lúc 15h00 ngày 18/08/2020 – 6h sau nhập viện.)

1. Khám toàn trạng

* Sản phụ tỉnh, tiếp xúc tốt.
* Da niêm hồng.
* Tuyến giáp không to, hạch ngoại vi sờ không chạm.
* Không phù, không xuất huyết dưới da.
* Dấu hiệu sinh tồn:

        Mạch: 75 lần/phút​​        Huyết áp: 120/80 mmHg

        Nhịp thở: 20 lần/phút   ​​ Nhiệt độ: 37oC

* Chiều cao: 155 cm.
* Cân nặng trước mang thai: 65 kg. BMI trước mang thai: 27 kg/m2.
* Cân nặng hiện tại: 90 kg (tăng 25 kg trong quá trình mang thai). BMI hiện tại: 37,5 kg/m2.

b. Khám tim

* Lồng ngực cân đối, không biến dạng, không sẹo mỗ cũ.
* Mỏm tim ở khoảng liên sườn V đường trung đòn (T).
* T1, T2 đều rõ, tần số 78 lần/ phút.

c. Khám phổi

* Lồng ngực cân đối, di động đều theo nhịp thở.
* Rung thanh đều 2 bên phế trường.
* Gõ trong.
* Rì rào phế nang êm dịu 2 phế trường.

d. Khám vú:

* Vú cân đối 2 bên, không u cục, không sẹo.
* Vú căng, không đau, không rỉ dịch bất thường.

e. Khám bụng và khám chuyên khoa:

\* Khám bụng

* Bụng căng, nhiều vết rạn da , không sẹo mổ cũ
* Tử cung hình trứng, trục dọc
* BCTC: 32 cm, VB: 98 cm, ULCN: 3250 g
* Cơn go tử cung: không có
* Tim thai: nghe được 1 ổ đập ở 1/4 dưới bên trái, tần số 140l/p, khó bắt
* Khám Leopold:
* Thủ thuật 1: sờ thấy khối mềm ở đáy tử cung ,nghĩ là mông
* Thủ thuật 2: sờ thấy khối phẳng, rắn bên (T), nghĩ là lưng
* Thủ thuật 3: sờ thấy khối rắn, tròn đều ở cực dưới, nghĩ là đầu
* Thủ thuật 4: hai tay hội tụ trên khớp mu, nghĩ là thai chưa lọt

⇨ **KL**: Ngôi đầu, thế trái, thai chưa lọt

\*Khám âm đạo:

* Bộ phận sinh dục ngoài:âm hộ, môi lớn, môi bé: không viêm, không phù nề, không lở loét, không u cục. Tầng sinh môn chắc.
* Khám âm đạo: âm đạo trơn láng, không rỉ dịch, không u cục.Cổ tử cung đóng. Ối còn

f. Khám cơ quan khác: Chưa ghi nhận bất thường

**6. Tóm tắt bệnh án:**

Sản phụ 30 tuổi, PARA 0000, nhập viện lúc 09 giờ 00 phút, ngày 18/08/2020 vì lý do thai 35 tuần + thai ít máy. Qua hỏi bệnh sử, tiền sử và thăm khám lâm sàng ghi nhận:

* Tổng trạng: béo phì, sinh hiệu ổn
* Chiều cao: 155 cm, tăng 25kg so với trước khi mang thai
* Thai nhi: ngôi đầu cao, thế trái, tim thai: 140 lần/phút, bên (T), dưới rốn, khó bắt.
* BCTC: 32cm, VB: 98cm, ULCN: 3250g
* Cơ co tử cung: (-)
* CTC: đóng, ngôi đầu cao, ối còn.
* Âm đạo: không dịch.
* Tuần 26 được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ, được tư vấn ăn uống tiết chế.
* Tuần 33 được phát hiện dư ối, chỉ số đường huyết sau ăn chưa ổn, được tư vấn chích Insulin, nhưng không đồng ý.
* Tiền sử:
* Thích ăn đồ ngọt. Không mắc các bệnh tim mạch, đái tháo đường trước khi mang thai.
* Thai kỳ điều trị hiếm muộn 2 năm do buồng trứng đa nang.

**7. Chẩn đoán**

* **Chẩn đoán sơ bộ:**

Con so, thai 35 tuần, ngôi đầu, chưa chuyển dạ - theo dõi Tăng đường huyết cấp tính - theo dõi suy thai/ĐTĐ thai kỳ chưa kiểm soát ổn bằng tiết chế, Hội chứng buồng trứng đa nang

* **Chẩn đoán phân biệt:**
* Con so, thai 35 tuần, ngôi đầu, chưa chuyển dạ - theo dõi Đa ối mãn - Thai to - theo dõi suy thai/ĐTĐ thai kỳ chưa kiểm soát ổn bằng tiết chế, Hội chứng buồng trứng đa nang
* Con so, thai 35 tuần, ngôi đầu, chưa chuyển dạ - theo dõi Tăng đường huyết cấp tính - Đa ối mãn- Thai to - theo dõi suy thai/ĐTĐ thai kỳ chưa kiểm soát ổn bằng tiết chế, Hội chứng buồng trứng đa nang

**8. Biện luận chẩn đoán**

* Nghĩ con so, thai 35 tuần, ngôi đầu, chưa chuyển dạ do theo tiền sử đây là con đầu tiên của thai phụ, thai 35 tuần theo siêu âm tuần thứ 7, ngôi đầu, chưa chuyển dạ do qua thăm khám lâm sàng ghi nhận.
* Nghĩ lần nhập viện này thai phụ có thể là tăng đường huyết cấp tính - TD suy thai/ĐTĐ thai kỳ do ghi nhận triệu chứng lâm sàng mệt kèm thai giảm máy, về triệu chứng  mệt ở thai phụ cần khai thác và đánh giá rõ cảm giác như thế nào là nhức đầu, khó thở hay tim đập nhanh, vã mồ hôi, chóng mặt...nhưng theo bệnh sử và thăm khám lâm sàng nghĩ nhiều đến nguyên nhân có thể là do tăng đường huyết cấp tính trên tình trạng đái tháo đường thai kỳ chưa được kiểm soát, thai máy giảm chưa loại trừ khả năng suy thai, kết hợp với tiền sử đường huyết trong thai kỳ bệnh nhân cao, được bác sĩ chỉ định sử dụng insulin để kiểm soát nhưng thai phụ không đồng ý, chế độ ăn tiết chế không tuân thủ tốt nên nghĩ đây là chẩn đoán đầu tiên

⇨ Cần làm ngay N-ST để đánh giá tình trạng tim thai của bé, đồng thời cho xét nghiệm đường huyết mao mạch tại giường.

* Nghĩ lần nhập viện này có thể là do đa ối mãn, thai to - TD suy thai/ĐTĐ thai kỳ do ghi nhận thai phụ có các triệu chứng gợi ý đa ối, thai to trên lâm sàng như: bụng căng, vòng bụng lớn, ULCN trên lâm sàng lon hơn tuổi thai, tăng cân nhiều (25kg từ lúc mang thai đến thai 35 tuần) trên tình trạng đái tháo đường thai kỳ chưa được kiểm soát, đây có thể là nguyên nhân gây cảm giác mệt (khó thở) ở bệnh nhân. Ngoài ra, Đa ối cũng là nguyên nhân làm cho sản phụ cảm thấy cử động thai giảm đi, nhưng chưa loại trừ khả năng là suy thai

⇨ Cần làm N-ST để đánh giá tình trạng tim thai, sau đó siêu âm sản khoa đánh giá AFI

* Ngoài ra, cũng không thể loại trừ trường hợp các nguyên nhân phối hợp cùng xuất hiện trên thai phụ thúc đẩy đợt nhập viện này nên cần thêm các cận lâm sàng hỗ trợ chẩn đoán.

**9. Đề nghị cận lâm sàng**

* 1. Hỗ trợ chẩn đoán
* Siêu âm doppler thai
* N-ST
* Đường huyết mao mạch

1. Cận lâm sàng thường quy

* Công thức máu, nhóm máu, PT, APTT, Fibrinogen, Điện giải đồ, Creatinin.

**10. Kết quả cận lâm sàng**

* Siêu âm thai
* Một thai, ngôi đầu. Tim thai 143 l/p.
* BPD: 89 mm, FL: 69 mm, TAD: 105 mm. UL cân nặng: 3200 g.
* Nhau mặt sau, nhóm 1, độ II
* Ối thuần trạng, AFI: 22
* Doppler trong giới hạn bình thường

⇨ **Kết Luận:** Một thai sống # 37 – 38 tuần, ngôi đầu, AFI = 22

* Đường huyết mao mạch nhập viện: 9,8 mMol/L
* NST: có đáp ứng
* Các XN khác: trong giới hạn bình thường.

**11. Chẩn đoán xác định:**

Con so, thai 35 tuần, ngôi đầu, chưa chuyển dạ - tăng đường huyết cấp tính - thai to - ĐTĐ thai kỳ chưa kiểm soát ổn bằng tiết chế, Hội chứng buồng trứng đa nang

**12. Biện luận chẩn đoán**

* Nghĩ tăng đường huyết cấp tính: vì kết quả đường huyết mao mạch lúc nhập viện 9.8 mmol/l và mệt, đồng thời có thói quen thích ăn đồ ngọt trên nền đái tháo đường thai kỳ. Tuy nhiên cần khai thác thêm các triệu chứng tăng đường huyết cấp tính như: nhức đầu, khó thở hay tim đập nhanh, vã mồ hôi, chóng mặt,... để làm rõ chẩn đoán hơn.
* Nghĩ thai to vì lâm sàng kích thước tử cung lớn hơn tuổi thai + kết quả CLS cân nặng thai 3200 ở tuổi thai 35 tuần.
* Không nghĩ suy thai hiện tại N-ST và siêu âm chưa ghi nhận tình trạng suy thai lâm sàng tim thai khó bắt có thể do thai phụ có thể trạng thừa cân lớp mỡ da dày, thai ít máy có thể do thai đang ngủ, thai phụ đếm thai máy không chính xác.
* Không nghĩ đa ối vì kết quả siêu âm AFI 22 ở tuần thai 35 là phù hợp.

**13. Hướng điều trị và điều trị cụ thể:**

* Luyện tập thể lực: đi bộ khoảng 10p/lần, nhẹ nhàng, vừa sức, thường xuyên
* Dinh dưỡng thích hợp: chế độ ăn tiết chế, nhu cầu: 2700kcal/ngày. Hạn chế sử dụng sản phẩm đường hấp thu nhanh như nước dừa, nước ép, sữa, nước ngọt,… các thực phẩm nhiều chất béo như bánh ngọt, kẹo, kem,chè,…nên ăn các thực phẩm như thịt nạc, cá nạc,đậu hũ, rau xanh, củ quả, trái cây ít ngọt,..chia nhỏ các bữa ăn. Chia 3 bữa chính và 2 bữa phụ. sáng:20%, trưa 30%, chiều 20%, 2 bữa phụ xen kẽ 2h/chính, mỗi bữa 15%.
* Theo dõi, kiểm soát đường huyết: mục tiêu đường huyết lúc đói <95mg/dl (< 5,3 mmol/l), 1h sau ăn <140mg/dl (< 7,8mmol/l). Do sản phụ không đồng ý tiêm Insulin nên cần tư vấn và thuyết phục sản phụ.
* Theo dõi sức khỏe của thai: do thai ít máy, dễ bị lưu trong giai đoạn từ tuần 36 trở đi nên phải theo dõi chặt chẽ.
* Theo dõi biến chứng của mẹ: tiền sản giật và sản giật tăng gấp 2 lần nên theo dõi huyết áp thường xuyên
* Xét nghiệm nước tiểu để theo dõi nhiễm trùng tiểu.
* **Cụ thể:**
* Insulin 6UI
* Xét nghiệm đường huyết lúc đói, sau ăn 1 lần/ ngày
* Đếm cử động thai 3 lần/ngày trong 30p, CTG 2 lần/ ngày, đo HA 2 lần/ngày, siêu âm Doppler 1 tuần/ lần
* Xét nghiệm nước tiểu

**14. Tiên lượng:**

1. Trong quá trình mang thai:

Sản phụ chưa kiểm soát tốt đường huyết bằng chế độ tiết chế, mẹ tăng cân nhiều ( > 20kg), không đồng ý sử dụng insulin , HC buồng trứng đa nang nên nguy cơ đến cả thai phụ (tăng huyết áp và tiền sản giật, nhiễm trùng đường tiểu, đa ối,....) và thai nhi ( sẩy thay, suy thai, sinh non, thai to,....)

b. Hậu sản:

* + The
  + o dõi nhiễm trùng hậu sản, nhiễm trùng đường niệu, băng huyết sau sinh
  + Theo dõi bé: hô hấp, hạ đường huyết sơ sinh, hạ canxi máu gây co giật, hạ kali máu

**15. Dự phòng:**

1. Trước sanh:

* Theo dõi những biến chứng như thai phụ tăng cân nhiều, tăng huyết áp, protein niệu, tăng acid uric máu
* Theo dõi thải nhi: siêu âm nhiều lần , ghi nhịp tim bằng monitoring sản khoa (1-2l/ngày những tháng cuối thai kỳ), thai phụ tự ghi nhận các cử động của thai nhi 3 lần/ ngày, mỗi lần 30 phút, thực hiện NST, OCT, BIP trên siêu âm mỗi 2 tuần 1 lần.
* Trong lúc chuyển dạ phải theo dõi đường huyết mỗi 1-2h

Hậu sản

* Phát hiện các bệnh lý nhiễm trùng
* Nuôi con bằng sữa mẹ.
* Tránh thai: bú vô kinh, BCS, dụng cụ tử cung.
* Xét nghiệm lại rối loạn dung nạp glucose sau 6 – 12 tuần hậu sản.
* Sau đó cần lặp lại xét nghiệm chẩn đoán đái tháo đường tối thiểu mỗi 3 năm 1 lần.

1. Trong thai kỳ tiếp theo: Là thai kỳ nguy cơ cao nên cần kiểm soát hoặc tầm soát tốt: cân nặng, huyết áp, bệnh lý tuyến giáp, đái tháo đường trước khi mang thai.

**TỔNG HỢP CÂU HỎI:**

1. Màu sắc máu kinh như thế nào?
2. Thời gian phát hiện và các biện pháp điều trị buồng trứng đa nang?
3. Thói quen thích ăn đồ ngọt là thích ăn cụ thể gì, tần suất như thế nào?
4. Hỏi về bệnh sử:

* Tầm soát ĐTĐ vào tuần 29 có độ chính xác cao không tại vì bình thường tầm soát ĐTĐ thường được làm vào tuần 24-28?
* Từ tuần 29 đến 33 có tái khám hay không vì thai phụ đang theo chế độ ăn tiết chế?
* Thai phụ tăng bao nhiêu cân trong 3 tháng đầu, 3 tháng giữa?
* Chế độ ăn uống vào ngày thai phụ cảm thấy mệt?
* Thai máy ít là như thế nào? Bệnh nhân đếm đúng cách không?

Họ và tên: NGUYỄN THỊ KIM NGỌC Tuổi: 37

Nghề nghiệp: Nội trợ

Địa chỉ: 384D, tổ 2, KV2, Phường An Khánh, Quận Ninh Kiều, TPCT

Số điện thoại liên hệ: 0902707133

Ngày giờ vào viện: 6 giờ 46, ngày 7/3/2021

1. **CHUYÊN MÔN**
2. **Lý do vào viện**: thai 24 tuần 3 ngày + ra nhớt hồng âm đạo
3. **Tiền sử**
   1. Gia đình:

* Chưa ghi nhận bệnh lý liên quan dị tật bẩm sinh, bệnh lý huyết học, đái tháo đường.
* Cha bị tăng huyết áp.
  1. Bản thân
* Nội khoa:

+ Thiếu máu thiếu sắt được chẩn đoán tại bv huyết học cách đây 1,5 năm (do đi khám định kì phát hiện), 1 lần nhập viện vì rong kinh, truyền 2 đơn vị máu

+ Tăng huyết áp chẩn đoán cách đây 1 năm, dùng thuốc 1 viên màu trắng dài được 4 tháng tự ngưng vì thấy HA ổn định. HA cao nhất 150mmHg, HA dễ chịu 120mmHg.

* Ngoại khoa: chưa ghi nhận can thiệp ngoại khoa vùng chậu, vùng bụng.
* Phụ khoa: kinh nguyệt không đều, chu kỳ dao động 60 – 90 ngày, mỗi lần hành kinh khoảng 7-14 ngày, ra máu đỏ sậm lượng vừa, thường đau bụng khi hành kinh.
* Không áp dụng biện pháp tránh thai.
* Chưa ghi nhận mắc các bệnh lý phụ khoa.
* Sản khoa:

+ Lấy chồng năm 26 tuổi

+ Kinh chót: 15/9/2020

+ Dự sanh: 24/6/2021 (theo siêu âm 5 tuần)

+ PARA 0211

2011: sinh thường 1 bé gái 2700g lúc thai 36 tuần (do vỡ ối non) HA lúc vào viện 150/90 mmHg, hậu sản tốt, kết quả Holter sau sinh không có THA, hiện tại bé phát triển bình thường.

2015: sảy thai tự nhiên lúc 20 tuần, chấm dứt thai kì bằng sinh thường (CTC mở trọn)

2017: sinh thường 1 bé lúc thai 22 tuần. Bé tử vong vài giờ sau sanh.

1. **Bệnh sử**

Bệnh nhân mang thai 24 tuần 3 ngày, được theo dõi thai kì tại bệnh viện Phụ Sản Cần Thơ. Bệnh nhân nghén nhiều trong 3 tháng đầu, doạ sảy thai lúc 11 tuần, nhập viện theo dõi 1 tuần thì ổn định, được sàng lọc bất thường nhiễm sắc thể với nguy cơ thấp, tiền sản giật kết quả nguy cơ cao, được chỉ định uống Aspirin 81mg 1 viên từ tuần 16 thai kỳ để dự phòng, siêu âm phát hiện có 1 khối u xơ tử cung (ko rõ kích thước). Trong tam cá nguyệt thứ 2, bệnh nhân được chẩn đoán hở eo tử cung ở tuần thứ 15, xử trí khâu eo tử cung. Bệnh nhân sàng lọc đái tháo đường thai kỳ, siêu âm hình thái thai kết quả bình thường. Tiêm ngừa 1 mũi uốn ván lúc 20 tuần. Lúc 24 tuần 1 ngày, HA đo được là 140/90 mmHg, cho uống Methyldopa 250mg 2 viên uống sáng. Bổ sung sắt, calci đủ. Thai kỳ tăng 10kg.

Cách nhập viện 1 giờ, bệnh nhân đột ngột ra nhớt hồng âm đạo, không đau bụng, nên khám tại bệnh viện Phụ sản Cần Thơ.

**\*Tình trạng lúc nhập viện:**

- Sản phụ tỉnh, tiếp xúc tốt

- DHST:

Mạch: 115 lần/phút Nhiệt độ: 37oC

HA: 130/90 mmHg Nhịp thở: 20 lần/phút

- Da niêm hồng

- BCTC: 25cm VB: 100cm

- Tim thai: 150 lần/phút

- Bụng mềm, go (+)  
- CTC 5 cm, ngôi di động, ối còn

**\*Kết quả cận lâm sàng đã có:**

- Công thức máu:  
Hb: 92 g/l MCV: 68,2 fl MCH: 20,8 pg

BC: 7.12 x109/L Neu: 64.3% Lym: 26.4%

TC: 272 x109/l

Kết luận: thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc mức độ trung bình.

- Đông cầm máu: trong giá trị bình thường.

- Tổng phân tích nước tiểu:

Bạch cầu: 250 WBC/uL

pH: 7.5

Nitrit: (-)

Protein: 0.1 g/L

- Ferritin huyết thanh: 1.47 ng/ml

- Siêu âm thai:

Một thai sống, ngôi đầu, tim thai 162 lần/phút.

BPD: 59mm, FL 45mm, AC 222mm.

Nhau bám mặt sau nhóm I, độ 1, trên bánh nhau có xoang dịch echo kém kt # 23x13mm

ULCN 892g

Mẹ: chủ mô tử cung thành trước có cấu trúc echo kém giới hạn rõ kt # 16x10mm.

- Glucose máu: 4,6 mmol/l

- Ure máu: 2.7 mmol/l

- Định lượng Creatinin: 52 mcmol/l

- AST: 11 U/L ALT: 8 U/L

- Monitoring (7/3/2021): nhóm I

Tim thai 145 l/p, dao động nội tại 5-10 nhịp, có nhịp tăng, không có nhịp giảm.

Cơn co tử cung: (-)

**\*Chẩn đoán lúc vào viện:** Con lần 3 thai 24 tuần 3 ngày, chuyển dạ sanh non.

**\*Xử trí lúc vào viện:**

Ngưng Aspirin.

Methyldopa 250mg 2v (u)

Cắt chỉ khâu eo tử cung

Magie sulfate 2 2/3 ống pha nước cất đủ 50ml (TTM qua BTTĐ) 100ml/giờ.

Dexamethasone 4 mg 1,5 ống (TB)/12 giờ trong 48 giờ.

**\*Diễn tiến bệnh phòng ngày 1- 2**: không ra nước âm đạo, không đau bụng, CTC 8 cm, ối phồng đầu cao.

**\*Tình trạng hiện tại**: không đau bụng, không ra nước.

1. **Khám lâm sàng (ngày 3 sau nhập viện)**
   1. Tổng trạng

- Thai phụ tỉnh, tiếp xúc tốt.

- Da niêm hồng.

- Sinh hiệu: mạch 90 l/p HA 110/80 mmHg

Nhiệt độ: 370C nhịp thở: 20 l/p

- CN 76 kg (trước mang thai), CC: 163 cm => BMI 29,7 kg/m2

- Tuyến giáp không to, hạch ngoại vi sờ không chạm

* 1. Khám tim

- Mỏm tim ở khoang liên sườn V đường trung đòn trái.

- T1 T2 đều rõ tần số 90 l/p

* 1. Khám phổi

- Lồng ngực cân đối, di động đều theo nhịp thở

- Rì rào phế nang êm dịu 2 phế trường

* 1. Khám bụng và chuyên khoa
* Khám bụng

- Bụng cân đối, không sẹo mổ cũ

- Tử cung hình trứng, trục dọc, BCTC 25 cm, VB 100 cm

- Không có cơn co tử cung.

- Leopold không khám.

* Khám bộ phận sinh dục ngoài: bình thường
* Khám âm đạo:

- Thành âm đạo trơn láng không u cục.

- CTC 8cm, xóa 80%, ngôi đầu cao, ối phồng.

* 1. Khám các cơ quan khác: chưa ghi nhận bất thường.

1. **Tóm tắt bệnh án:**

Thai phụ 37 tuổi, PARA 0211 vào viện vì thai 24 tuần 3 ngày + ra nhớt hồng âm đạo. Qua hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng ghi nhận:

- Hở eo tử cung khâu eo tuần 15.

- Sinh hiệu ổn.

- Béo phì, BMI 29,7 kg/m2

- BCTC: 25cm, VB 100 cm.

- CTC mở 8cm, ngôi đầu cao ối phồng.

- Cơn co tử cung: (-).

🡪 chỉ số dọa sanh non = 5 điểm

- Cận lâm sàng đã có:

Thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc mức độ trung bình. Ferritin giảm.

Siêu âm:

Một thai sống trong lòng tử cung 24 tuần 3 ngày, ngôi đầu, ULCN 892gram

Xoang dịch trên bánh nhau.

Mẹ: u xơ tử cung nhỏ.

- Tiền sử: Tăng huyết áp điều trị không liên tục 1 năm.

1. **Chẩn đoán hiện tại**: Con lần 3, thai 24 tuần 5 ngày, ngôi đầu, chuyển dạ sanh non/ tăng huyết áp, hở eo tử cung, thiếu máu mức độ trung bình nghĩ do thiếu sắt.
2. **Đề nghị cận lâm sàng**

- Siêu âm thai đánh giá tình trạng nước ối, sức khỏe thai.

- Non-stress test đánh giá sức khỏe thai.

- Monitoring sản khoa mỗi 2 giờ/ lần.

1. **Hướng xử trí tiếp theo**

- Mẹ: nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường, tránh xoa bụng, se đầu vú gây kích thích co tử cung, theo dõi cơn gò, tình trạng ối.

- Thai: theo dõi tim thai mỗi 30 p/l.

- Bổ sung sắt, acid folic: Ferrium 1v x 2 (u)

- Kiểm soát huyết áp: Methyldopa 250mg 2v x 2(u)

1. **Tiên lượng**

Tiên lượng nặng. Vì thai phụ trong một thai kỳ nguy cơ cao: >35 tuổi, thể trạng béo phì, tiền căn sinh non 2 lần, sảy thai muộn, có bệnh lý tăng huyết áp, thiếu máu, có u xơ tử cung mới phát hiện, hiện tại đang theo dõi chuyển dạ sanh non, nguy cơ tử vong cao cho mẹ và bé. Mẹ có nguy cơ băng huyết sau sanh, sót nhau, thai nhi còn non tháng nên có nguy cơ sa dây rốn trong chuyển dạ, nếu sinh ra khả năng nuôi sống thấp do các cơ quan chưa phát triển hoàn thiện gây suy hô hấp sơ sinh, hạ thân nhiệt, hạ đường huyết, viêm ruột hoại tử, xuất huyết não, thậm chí có thể tử vong.

1. **Dự phòng**

- Theo dõi chặt chẽ sinh hiệu, tình trạng ối, cơn gò và tim thai.

- Phối hợp

bác sĩ sơ sinh chuẩn bị phương tiện hồi sức và chăm sóc trẻ non tháng.

- Phối hợp bác sĩ nội khoa theo dõi sức khỏe, bệnh lý nội khoa của mẹ.