

Case 1: Sản phụ 26 tuổi, song thai 37 tuần, nêu các yếu tố nguy cơ, cách thăm khám và theo dõi, cận lâm sàng cần làm.

Các yếu tố nguy cơ, tiên lượng: Thai 37 tuần không phải quá sớm nữa, tương đối có thể đủ để chuyển dạ

Song thai: tiên lượng đẻ khó, phải theo dõi sát, chỉ định mổ phụ thuộc vào tình trạng thai đặc biệt là ngôi thai

1. Chuyển dạ của song thai thường kéo dài do tử cung quá to cho nên cơn co tử cung rất yếu
2. Ngôi thai bất thường do nước ối nhiều tử cung lại to hơn bình thường, thai lại nhỏ
3. Số thai thứ 2: Sau khi số thai thứ nhất, buồng tử cung trở nên rộng rãi và làm cho thai thứ 2 quay, thay đổi tư thế dẫn đến tạo thành ngôi bất thường,
4. Trọng lượng thai của song thai thường thấp hơn, thai non tháng.
5. Dễ gặp các biến chứng **cho mẹ** (băng huyết sau sinh do dờ tử cung, thuyên tắc ối, Nghén nặng, Thiếu máu, Nhau tiền đạo, Đái đường thai kỳ, Tiền sản giật, sản giật, Chuyển dạ sinh non, Ới vỡ non, Băng huyết sau sinh). **Cho con** (Suy dinh dưỡng trong tử cung, hội chứng truyền máu thai nhi, suy hô hấp, Thai chết lưu, Đa ối hay thiếu ối)

Thăm khám, theo dõi:

Tuổi thai bao nhiêu tuần ? Tim thai còn hay mất ? Ngôi của 2 thai như thế nào ? đã có chuyển dạ hay chưa ?

Cận lâm sàng: siêu âm ước lượng cân nặng từng thai nhi, so sánh độ chênh trọng lượng giữa 2 thai để đánh giá tưới máu thai hoặc do bất thường về di truyền

Thử tích xoang ối giữa 2 thai và hình dạng màng ngăn để xem xoang ối có cân đối hay mất cân đối

Bánh nhau và vị trí bám của dây rốn

Chiều dài cổ tử cung cho tiên lượng sanh non

Thông số Doppler các động mạch tử cung, động mạch rốn, động mạch não giữa

Công thức máu: đánh giá tình trạng thiếu máu

Case 2: Sản phụ 26 tuổi, vào viện được chẩn đoán thai 34 tuần dọa đẻ non.

1. Tiên lượng nguy cơ, vì sao.

Bệnh nhân nữ trẻ tuổi, thai 34 tuần, không cần dùng thuốc trưởng thành phổi nữa

Tiêu lượng dựa chủ yếu vào cơn go, thay đổi ở cổ tử cung, ối vỡ, ra máu âm đạo
Khả năng đình chỉ chuyển dạ thành công (theo chỉ số dọa đẻ non) thay đổi từ 100% khi chỉ số dọa đẻ non 1đ đến không còn thể đình chỉ chuyển dạ thành công khi chỉ số dọa đẻ non lớn hơn hoặc bằng 7

Điểm	1	2	3	4
Yếu tố				
Go tử cung	Không đều	Đều		
Ối vỡ		Có thể		Rõ ràng
Ra máu	Vừa	> 100ml		
Mở cổ tử cung	1cm	2cm	3cm	≥ 4cm

Bảng2 : Khả năng đình chỉ chuyển dạ thành công (theo chỉ số dọa đẻ non)

Chỉ số	1	2	3	4	5	6	≥7
Chuyển dạ ngừng lại (%)	100	90	84	38	11	7	0

Đẻ non nguy hiểm cho trẻ sơ sinh, tỷ lệ tử vong chu sản càng cao khi tuổi thai càng non. Từ 32- 35 tuần tỷ lệ di chứng thần kinh là 1/5. lớn lên trẻ còn có những nguy cơ di chứng về tâm thần kinh. Mẹ bị đẻ non thì cũng dễ biến chứng sốt rau, nhiễm khuẩn hậu sản.

2. Thăm khám, cls gì

Tình trạng thai nhi,

Cổ tử cung

Màng ối

Các bệnh lý toàn thân nặng không cần giữ thai: bệnh tim, THA , ĐTĐ...

Cận lâm sàng: Siêu âm: khảo sát độ dài cổ tử cung, nếu dưới 2,5cm thì nguy cơ đẻ non cao.

Đánh giá thai và theo dõi cơn go bằng Monitoring, có 1-2 cơn co đều đặn trong 10 phút.

- Ngoài ra cần làm các xét nghiệm để tìm nguyên nhân:

+ Tế bào vi trùng nước tiểu.

+ Xét nghiệm vi khuẩn ở cổ tử cung.

+ Nếu sốt phải kéo máu tìm ký sinh trùng sốt rét, CRP, cấy máu tùy trường hợp.

Cần nhắc việc chọc dò ối để loại bỏ khả năng nhiễm trùng màng ối.

3. Xử trí.

Tuyến xã

- Không nên điều trị dọa đẻ non, chuyển tuyến trên càng sớm càng tốt.

Tuyến trên

Hướng dẫn sản phụ nằm nghỉ ngơi tuyệt đối, không kích thích đầu vú và tránh giao hợp.

- Ăn uống hợp lý đầy đủ dinh dưỡng. Ăn nhiều trái cây, rau xanh, ngũ cốc để tránh táo bón.
- Dùng thuốc cắt cơn co trong vòng 48 giờ, cố gắng trì hoãn cuộc sinh ít nhất 24 giờ.
- Không phối hợp nhiều loại thuốc cắt cơn gò cùng lúc, Không điều trị dọa sinh non cho thai từ 36 tuần trở lên.

- Hỗ trợ phổi thai bằng corticosteroid nếu tuổi thai dưới 35 tuần

Betamethason (Celestene) tiêm bắp 2 ống/ một ngày hoặc một ống /ngày

trong 2 ngày, hoặc Dexamethasone (Dexaron): 12mg/ngày (3 ống) tiêm bắp x 2 ngày liên tiếp.

- Phối hợp với BS sơ sinh chuẩn bị phương tiện hồi sức và chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng.

Case 3: Sản phụ 29 tuổi thai 38 tuần, Chuyển sinh con lần 2, ối vỡ sớm 8h. Tiên lượng nguy cơ, thăm khám, xử trí

Tiên lượng nguy cơ: Do thai đã trưởng thành, thông thường sẽ chuyển dạ tự nhiên trong vòng 24h > tiên lượng tốt

Nguy cơ của ối vỡ non kéo dài ở bệnh nhân này là 8h > (lớn hơn 6h là nguy cơ) tăng nguy cơ nhiễm trùng

Nguy cơ ối vỡ lâu:

- o Nhiễm trùng ối, nhiễm trùng hậu sản – viêm nội mạc tử cung
- o Thiếu ối → thiếu sản phổi, biến dạng chi, chèn ép rốn,...
- o Nhau bong non
- o Thai chết trong tử cung
- o Suy hô hấp sơ sinh (PPROM)

Thăm khám lâm sàng:

- Đánh giá đầy đủ như 1 cuộc chuyển dạ thông thường > BN có thể chuyển dạ dễ dàng được hay không Ngôi thai là ngôi gì? Nếu là ngôi chằm thì có thể theo dõi sanh ngã âm đạo, nếu là ngôi bất thường nên mổ lấy thai.
- Thăm khám nhận định có nhiễm khuẩn ối hay không ? sốt cao, chàm tử cung đau, dịch ối đổi màu xanh đen, hôi
- Màu sắc của nước ối như thế nào?
 - Màu sắc của nước ối sẽ biểu hiện tình trạng hiện tại của thai.
- Tim thai như thế nào?

Nếu tim thai bất thường sau khi ối vỡ (đặc biệt là trong những trường hợp có nguy cơ cao sa dây rốn : ngôi mông, thai chưa lọt, nhau bám thấp . . .) cần loại trừ tình trạng sa dây rốn bằng cách khám âm đạo.

Nếu tim thai mất (thai chết) theo dõi sanh ngã âm đạo.

Xử trí: Thai > 37 tuần - ACOG 2009

Xử trí ối vỡ non tùy thuộc 2 yếu tố chủ chốt

1. Tuổi thai ở thời điểm vỡ ối
2. Tình trạng có hay không có nhiễm trùng ối

Khuyến cáo chấm dứt thai kỳ đối với thai >37 tuần bị vỡ ối sớm, không đợi 12 – 24 giờ nhằm giảm biến chứng cho mẹ và thai.

Nên khởi phát chuyển dạ ngay trong 6 – 12 giờ hoặc nếu thuận lợi thì nên chấm dứt thai kỳ càng sớm càng tốt.

Chấm dứt thai kỳ tùy tình trạng cổ tử cung, ngôi thai, tình trạng thai, có nhiễm trùng hay không.

+ Ngôi bất thường hoặc có những bằng chứng cho thấy thai nhi không chịu nổi cuộc chuyển dạ → mổ lấy thai

+ Nếu có bằng chứng nhiễm trùng trên lâm sàng và không có chống chỉ định đẻ đỡ đẻ âm đạo, cho kháng sinh và khởi phát chuyển dạ ngay lập tức.

+ Khi cổ tử cung thuận lợi → gây chuyển dạ bằng truyền oxytocin.

+ Khi cổ tử cung không thuận lợi → làm chín muôi cổ tử cung

- Đề phòng nhiễm trùng:

+ Chuyển lên tuyến có đơn vị chăm sóc trẻ non tháng nhẹ cân.

+ Kháng sinh thường quy khi ối vỡ ở những thai > 37 tuần

Case 4: Sản phụ 28 tuổi, thai 34 tuần, ngôi ngược. Tiên lượng nguy cơ, thăm khám, xử trí

Tiên lượng: Ngôi mông là một ngôi có khả năng đẻ đường dưới nhưng dễ mắc đầu hậu do vậy cần chẩn đoán sớm, tiên lượng tốt và xử lý thích hợp > nên đẻ ở trung tâm có khả năng phẫu thuật

Ở thai phụ này xem xét tìm các yếu tố không thuận lợi: thai to, sẹo tử cung, tiền sử sản khoa khó khăn > chuyển mổ lấy thai

Thai 34 tuần, non tháng nguy cơ cho mẹ và bé

Đẻ non nguy hiểm cho trẻ sơ sinh, tỷ lệ tử vong. Đặc biệt, trẻ có nguy cơ cao về di chứng thần kinh. Từ 32- 35 tuần tỷ lệ di chứng thần kinh là 1/5. Mẹ bị đẻ non thì cũng dễ biến chứng sót rau, nhiễm khuẩn hậu sản

Trong quá trình chuyển dạ nếu không thấy có suy thai, ối vỡ non, ối vỡ sớm. Tiến triển ngôi và cơn co tử cung bình thường thì theo dõi đẻ đường dưới. Nếu có các yếu tố không thuận lợi có thể mổ lấy thai.

Thăm khám:

Đánh giá tình trạng mẹ, thai, rau, tình trạng ối. Xác định ngôi, thể kiểu thể của ngôi.

Tiến triển ngôi và cơn co tử cung

Khám chung > theo dõi câu cuối cùng

Xử trí:

Mổ hoặc đẻ qua đường âm đạo

Theo từ dữ 2019: nếu thai <36t chuyển dạ > mổ

Theo dõi đẻ thường

Khi sổ thai theo dõi chuyển dạ tích cực. Chuẩn bị ngoại viện bệnh tốt theo dõi, tư tưởng sản phụ, truyền oxytocin, chuẩn bị đỡ đầu hậu.

- Ngôi ngược không hoàn toàn kiểu mông

Tránh mọi can thiệp, tôn trọng tiến triển tự nhiên, mông sẽ nong giãn tầng sinh môn và thai sổ dần, khi xổ gần hết chi dưới thì đỡ mông, nắm dây rốn, khi góc dưới xỏ qua bả vai qua âm hộ thì cho xổ tay hay hạ tay.

- Ngôi ngược hoàn toàn

Tránh lôi kéo thai. Giữ tầng sinh môn theo phương pháp Tschovianop mục đích làm cho ngôi lọt xuống tiểu khung nong giãn từ từ cổ tử cung, âm đạo và tầng sinh môn, khi tầng sinh môn nong giãn tốt thì cho xổ mông, đỡ mông sổ, khuyến khích

phụ sản rặn khi sổ hết chi dưới thì đỡ mông, nới dây rốn khi sổ thân, góc dưới xoay qua âm hộ cho sổ tay hoặc hạ tay.

- Sổ đầu hậu

Chung cho cả ngôi mông hoàn toàn và không hoàn toàn. Đầu hậu ra nhanh khi con co tốt, sản phụ rặn tốt, tầng sinh môn giãn nở tốt. Đầu hậu xuống tốt: cắt tầng sinh môn đỡ đầu hậu nhẹ nhàng theo phương pháp Bracht. Đầu hậu đỡ khó không đỡ được bằng phương pháp Bracht thì áp dụng phương pháp Mauriceau, Forceps đầu hậu

Case 5: Sản phụ 39 tuổi, thai 42 tuần con so. tiên lượng cuộc đẻ có những nguy cơ nào, thăm khám,cls, cách xử trí

Tiên lượng nguy cơ cuộc đẻ: Tuổi bệnh nhân tương đối lớn, con so 42 tuần nguy cơ thai lớn > nguy cơ cuộc đẻ khó

Nguy cơ cho mẹ

- Gia tăng khả năng mổ lấy thai và để có can thiệp thủ thuật.
- Chảy máu sau sinh.
- Nằm viện dài ngày và có nhiều biến chứng.

Nguy cơ cho thai

- Thiếu ối (thiếu năng rau thai)
- + Chèn ép dây rốn
- + Suy thai :thai già tháng Bánh rau bị thoái hoá làm giảm cung cấp chất dinh dưỡng và oxy cho thai, thai suy dần, nhỏ lại các cơ quan chức năng của thai nhi suy giảm, làm thai bị chết trong tử cung
- + Tử vong thai đột ngột.
- Rối loạn trưởng thành thai (chiếm tỷ lệ 10- 20% thai quá ngày).
- Hội chứng hít phân su: 25-30 % thai 42 tuần có phân su trong dịch ối.
- Thai lớn: gây đẻ khó, tổn thương xương và gãy xương và để lại chứng thần kinh tại chỗ và lâu dài.

Thăm khám

Nếu tuổi thai trên 41 tuần và phải được theo dõi sát, sản phụ sẽ được xác định độ trưởng thành và tình trạng sức khỏe thai nhi.

- đo chiều co tử cung, vòng bụng để ước tính tuổi thai
- Theo dõi chỉ số nước ối bằng siêu âm
- Theo dõi tim thai bằng monitor
-

Cận lâm sàng:

Hướng xử trí: nhập viện và chấm dứt thai kỳ

**Case 6: Sản phụ 20 tuổi , thai 36 tuần , song thai , sinh con so (đã chuyển dạ).
Tiên lượng ? Thăm khám ? CLS ? Xử trí**

- Tiên lượng: Song thai 36 tuần, đã có chuyển dạ → Theo dõi chuyển dạ để sinh
- Thăm khám, xử trí

-Toàn thân: DHST

-Cơn co (nếu cơn co yếu và thưa, CTC mở chậm có thể bấm ối và điều chỉnh cơn co), tim thai (phát hiện suy thai), ngôi thai (Thai thứ 1 ngôi ngang/mông thì mổ; Thai thứ 1 ngôi đầu có thể theo dõi sinh đường dưới), ối vỡ hay còn

- Phải theo dõi thường xuyên sk của mẹ và thai, nhất là thai thứ 2

→ Đánh giá có khả năng đẻ đường dưới hay Mổ lấy thai.

- CLS: Chưa chuyển dạ: Siêu âm
- Chỉ định MLT khi:

- Hai cực đầu xuống 1 lúc chèn nhau

- Thai 1 ngôi ngược, thai 2 thuận

- Thai 1 bị suy, sa dây rốn không đẩy lên được

- Hai thai dính nhau

- RTĐ, VMĐC

**Case 7: Sản phụ 26t thai 34w dọa đẻ non Tiên lượng ? Thăm khám ? CLS ?
Xử trí**

* Tiên lượng: Dựa vào 4 yếu tố: Cơn co, xóa mở CTC, Ối vỡ, Ra máu âm đạo

* Thăm khám:

- Toàn thân mẹ, tim thai

- CCTC, TD bằng monitoring: TS 2-3 có nguy cơ đẻ non
- Cổ TC: <4cm thì trì hoãn
- Ối vỡ non, vỡ sớm?
- * CLS:
 - SÂ: CTC < 2,5cm nguy cơ đẻ non cao
 - TD Monitoring
 - XN tìm nguyên nhân: Ntieu, VK cổ tử cung, sốt phải kéo máu tìm KST, CRP, cấy máu, cân nhắc chọc ối để loại trừ khả năng nhiễm trùng ối
 - Xử trí
 - Đánh giá nên trì hoãn hay để chuyển dạ sinh
 - Dùng thuốc ức chế chuyển dạ
 - Corticoid trưởng thành phổi

**Case 8: Sản phụ 39t, thai 38 tuần, Chuyển sinh lần 4, ối vỡ sớm Tiên lượng ?
Thăm khám ? CLS ? Xử trí**

- Tiên lượng: Mẹ lớn tuổi, sinh con nhiều lần, tùy tiền sử các lần sinh trước, trong lượng con lần sinh này, đáp ứng với xử trí để quyết định đẻ đường dưới hay MLT
- Thăm khám: Toàn thân, CTC, Cơ co, tim thai
- CLS: Siêu âm
- Xử trí: Thai 38 tuần → Chấm dứt thai kì

Chấm dứt thai kỳ tùy tình trạng cổ tử cung, ngôi thai, tình trạng thai, có nhiễm trùng hay không.

+ Ngôi bất thường hoặc có những bằng chứng cho thấy thai nhi không chịu nổi cuộc chuyển dạ → mổ lấy thai

+ Nếu có bằng chứng nhiễm trùng trên lâm sàng và không có chống chỉ định đẻ đường âm đạo, cho kháng sinh và khởi phát chuyển dạ ngay lập tức.

+ Khi cổ tử cung thuận lợi → gây chuyển dạ bằng truyền oxytocin.

+ Khi cổ tử cung không thuận lợi → làm chín muồi cổ tử cung

+ Kháng sinh chống nhiễm khuẩn

Case 9: Sản phụ 30 t, thai 33 tuần, rau tiền đạo trung tâm. Tiên lượng ,xử trí ,nguy cơ

- Tiên lượng: Thai: Non tháng

Rau tiền đạo trung tâm → Là một thai kỳ nguy cơ cao, cần theo dõi sát diễn biến để có xử trí phù hợp

- Xử trí:

- Chăm sóc, theo dõi:

+ Khuyến BN vào viện để điều trị và dự phòng (nếu có huyết)

+ Nghỉ ngơi tối đa

+ Thuốc giảm co, nên cùng trưởng thành phổi

+ Bồi dưỡng ăn uống

+ Theo dõi sát sự phát triển của nhau và thai. TH chảy máu đe dọa tính mạng mẹ thì phải MLT

+ CLS: CTM, chuẩn bị máu truyền nếu cần; Siêu âm xác định chính xác vị trí rau bám

- MLT tuyệt đối. Chảy máu nhiều không kiểm soát được → Buộc DDMTC, ĐM Hạ vị/Cắt tử cung bán phần

- Nguy cơ: Mẹ: tử vong do mất máu; cắt tử cung để cầm máu

Thai: Non tháng, chết trong chuyển dạ, bệnh lý do thiếu máu, non tháng

Case 10: Sản phụ 38T, cd thai 34t, tiền sản giật nặng, nguy cơ, xử trí, thăm khám.

- Nguy cơ:

Mẹ: Tử vong mẹ (xuất huyết não - màng não, phù não, phù võng mạc); Chảy máu mẹ; Rau bong non; Suy gan, suy thận; Sản giật; PPC - suy tim cấp; HC HELLP (tan huyết, tăng men gan, giảm tiểu cầu)

Con: Đẻ non; Chết lưu; Trẻ sơ sinh chết ngay sau đẻ; Thai chậm phát triển

- Thăm khám
- TD toàn trạng của mẹ:
 - **Đo huyết áp (đo 2 lần cách nhau 4h, sau khi nghỉ):** (HA tối đa $\geq 140\text{mmHg}$ hoặc Huyết áp tối thiểu $\geq 90\text{mmHg}$. Những trường hợp có huyết áp tối đa tăng hơn 30mmHg hoặc huyết áp tối thiểu tăng hơn 15mmHg so với trị số huyết áp bt).
 - **Khám phụ:** chi, toàn thân, mặt, mí mắt, ...

- Võng mạc có thể bị phù nên bệnh nhân bị nhức đầu, mờ mắt => đau đầu, mờ mắt.
- dịch trong ổ bụng, màng phổi, não => nghe phổi
- **Đo lượng nước tiểu 24h:** thiếu niệu
- TD tình trạng thai nhi: Đánh giá tình trạng thai nhi và tim thai qua monitor
- Xử trí:
 - Dự phòng KS cơn giật = MgSO₄
 - Hạ áp khi HA cao
 - Chấm dứt thai kỳ sau khi chống co giật và hạ áp 24h. (Thai 34w đã có thể khởi phát chuyển dạ bằng Oxytocin và theo dõi bằng monitoring, forceps)

Case 11: Sản phụ 39 tuổi, vv thai 33 tuần tiền sản giật nặng, tiền lượng bệnh nhân có những nguy cơ gì, vì sao. Thăm khám gì, cls gì tiếp theo. Theo dõi và xử trí

1, Tiền lượng BN: sản phụ lớn tuổi (39t), thai non tháng (33w <37w)

Tiền sản giật nặng: Nguy cơ cao cho mẹ và con, có thể chấm dứt thai kỳ bất kỳ lúc nào.

- Mẹ:
 - + Tử vong mẹ (xuất huyết não - màng não, phù não, phù võng mạc)
 - + Chảy máu mẹ
 - + Rau bong non
 - + Suy gan, suy thận
 - + Sản giật
 - + PPC - suy tim cấp
 - + HC HELLP (tan huyết, tăng men gan, giảm tiểu cầu)
- Con:
 - Đẻ non
 - Chết lưu
 - Trẻ sơ sinh chết ngay sau đẻ
 - Thai chậm phát triển

2, Thăm khám

- TD toàn trạng của mẹ:

- **Đo huyết áp (đo 2 lần cách nhau 4h, sau khi nghỉ):** (HA tối đa $\geq 140\text{mmHg}$ hoặc Huyết áp tối thiểu $\geq 90\text{mmHg}$. Những trường hợp có huyết áp tối đa tăng hơn 30mmHg hoặc huyết áp tối thiểu tăng hơn 15mmHg so với trị số huyết áp bt).
- **Khám phủ:** chi, toàn thân, mặt, mí mắt, ...
- Vồng mạc có thể bị phù nên bệnh nhân bị nhức đầu, mờ mắt => đau đầu, mờ mắt.
- dịch trong ổ bụng, màng phổi, não => nghe phổi
- **đo lượng nước tiểu 24h:** thiếu niệu
- TD tình trạng thai nhi: Đánh giá tình trạng thai nhi và tim thai qua mornitor

3, CLS

- Công thức máu: hematocrit, hemoglobin, tiểu cầu giảm
- Chức năng thận: Ure, creatinin, axit uric, protein niệu. có thể có hồng cầu, bạch cầu, trụ niệu
- Chức năng gan: SGOT, SGPT.
- Điện giải đồ và dự trữ kiềm
- Chức năng đông chảy máu toàn bộ.
- CRP, Protid máu.
- Soi đáy mắt

4, TD và xử trí

- BN cần được theo dõi và điều trị tích cực
- + HA 4 lần/ngày, td các chỉ số sinh tồn của mẹ.
- + Cân nặng và protein niệu hàng ngày
- + Xét nghiệm đếm tiểu cầu, Hct, đánh giá các chức năng gan, thận, rối loạn đông chảy máu, hội chứng HELLP.
- + Siêu âm và theo dõi tim thai liên tục.
- + TD tình trạng chuyển dạ hay vỡ ối
- Xử trí: Nguyên tắc: Bảo vệ mẹ là chính, có chiều cố đến con
- a. Điều trị nội khoa
- Nghỉ ngơi và nằm nghiêng trái (tránh chèn ép vào TM chủ bụng)
 - Thuốc an thần: Diazepam tiêm hoặc uống.
 - Sử dụng Magnesium Sulfate
 - Sử dụng thuốc hạ huyết áp khi có huyết áp cao ($160/110\text{mmHg}$)

- Hydralazin là thuốc được lựa chọn đầu tiên; thay thế = Nifedipin, Labetalol
- Thuốc lợi tiểu: chỉ sử dụng khi có đe dọa phù phổi cấp và thiếu niệu.

Điều trị sản khoa:

- Vì thai còn non tháng (33w) nếu xử trí tích cực, dấu hiệu sinh tồn và toàn trạng của mẹ ổn định thì cân nhắc hỗ trợ phổi cho thai nhi để kéo dài sự sống cho thai nhi trong tử cung.
- Chủ động chấm dứt thai kỳ bằng khởi phát chuyển dạ khi thai đủ 34w.

Case 12: Sản phụ 28T, thai 34 tuần dọa đẻ non, Tiên lượng nguy cơ, thăm khám, CLS, xử trí

a, Yếu tố nguy cơ:

- Thai 34 tuần: Thai non tháng tiên lượng xấu

b, Thăm khám LS, CLS

- Đánh giá trọng lượng thai bằng thăm khám ngoài: CCTC/VB,...

- Siêu âm: Đo ĐK lưỡng đỉnh, vòng ngực, vòng bụng, vị trí rau bám

- Monitoring TD con co TC, tim thai

- Thăm âm đạo: Kiểm tra ối còn k hay, đánh giá độ mở CTC

- XN nước tiểu

C, Xử trí:

1. Ức chế chuyển dạ

- Chỉ định: Thai khỏe, tuổi thai <34w, CTC mở <4cm, màng ối còn

- Phương pháp:

+ Nghỉ ngơi tại giường, nằm nghiêng T

+ An thần

- + Ức chế giải phóng oxytocin: Truyền Ringer lactac hoặc NaCl 0,9%
- + Ức chế cơn co TC: Magie Sulfat
- + Sau 1 tgian ức chế chuyển dạ, CTC mở 5cm -> dừng lại, để cuộc chuyển dạ tiến triển và cho đẻ

2. Chuyển dạ và đẻ:

- + Cần đảm bảo cho trẻ ít bị chấn thương nhất trong đẻ vì trẻ non tháng rất yếu ớt. Người ta dễ dàng chỉ định mổ lấy thai vì lợi ích của đứa trẻ nếu là ngôi mông, suy thai.
- + Đẻ đường dưới được chấp nhận khi là ngôi chỏm và có đủ điều kiện.
- + Hồi sức thai và chống ngạt: Cho mẹ thở oxy ngắt quãng, mỗi lần 10 phút, 3-4 đợt / giờ, lưu lượng 6-8l /phút.
- + Tránh sang chấn cho thai: Bảo vệ đầu ối đến khi mở gần hết hoặc mở hết. Hạn chế sử dụng oxytocin. Giúp thai sổ dễ dàng bằng cách cắt rộng tầng sinh môn khi sổ thai.
- + Sau đẻ phải kiểm soát tử cung để tránh sót rau, tìm dị dạng tử cung, xét nghiệm vi khuẩn (rau, nước tiểu và trẻ sơ sinh).
- + Tránh mất nhiệt cho trẻ mới đẻ, đảm bảo ủ ấm cho trẻ.

Case 13: Sản phụ 39t, vv thai 33 tuần, rau tiền đạo trung tâm. Tiên lượng, nguy cơ, thăm khám, cls, xử trí
a, Yếu tố nguy cơ:

- Thai 33 tuần: Thai non tháng tiên lượng xấu

b, Thăm khám LS, CLS

- Hỏi bệnh: PARA, Chảy máu AD hay k: màu sắc, lượng máu ntn
- Thực thể:
 - + Khám toàn trạng: Mạch, nhịp thở, HA
 - + Khám ngoài: CCTC/VB,...
 - + Nghe tim thai

+ Khám âm đạo: CĐPB với các nn chảy máu từ tổn thương ở cổ TC và âm đạo

- CLS: Siêu âm xác định chính xác vị trí rau bám. Xét nghiệm cơ bản

c, Xử trí:

- Chưa chuyển dạ:

+ Khuyến bn vào viện điều trị, dự phòng chảy máu

+ Nghỉ ngơi ăn uống đầy đủ dd, chống táo bón

+ Thuốc giảm co TC: Magie sulfat

+ Kháng sinh

+ Sắt, vitamin

+ Chấm dứt thai kỳ: Mổ chủ động lấy thai khi thai đủ tháng. Nếu chảy máu nặng hoặc điều trị chảy máu thất bại thì chủ động mổ lấy thai cứu mẹ

- Khi chuyển dạ

+ Mổ lấy thai

+ Buộc đm TC hoặc đm hạ vị để cầm máu

+ Nếu k có kqua thì cắt TC bán phần

- Hậu sản:

+ TD đề phòng chảy máu thứ phát sau sinh, nhiễm khuẩn

+ Truyền máu nếu cần, bù sắt

+ Trẻ non tháng cần chăm sóc đặc biệt

Case 14: Sản phụ 39t, thai 31 tuần, đái tháo đường thai kỳ, dọa đẻ non. Nguy cơ, cls, xử trí

Tiền lượng: sản phụ lớn tuổi (39t), thai non tháng (31w)

CLS:

- Xét nghiệm glucose máu, glucose niệu, acid uric máu
- Định lượng protein niệu.

- Soi đáy mắt phát hiện tổn thương ở đáy mắt
- Siêu âm đánh giá tình trạng thai nhi và tim thai

Xử trí:

- TD toàn trạng của mẹ:
 - Huyết áp
 - Nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường, điều chỉnh chế độ ăn phù hợp.
 - Cố gắng dưỡng thai càng lâu càng tốt
 - Dùng thuốc giảm cơn co tử cung để tránh suy thai: nifedipine, truyền salbutamol
- TD tình trạng thai nhi:
 - Siêu âm đánh giá tình trạng thai, thai nhi qua mornitor
 - Hỗ trợ phổi cho trẻ bằng corticoid (28-34w)

Case 15: Sản phụ 38 tuần. Thai 38 tuần. Con so cổ tử cung 4cm. Đầu cao lỏng. Theo dõi gì.

- TD toàn trạng của mẹ và thai:
 - Chỉ số sinh tồn
 - Làm các XN cần thiết cho một cuộc chuyển dạ: CTM, SHM, nước tiểu
 - Khám âm đạo: đánh giá chỉ số Bisop (độ xóa, độ mở CTC, độ lọt thai nhi, tư thế CTC và mật độ CTC) 1-2h/lần.
 - Gắn mornitor theo dõi con gò tử cung (30p/lần), tim thai (15p/lần).
 - TD tình trạng ối (ối đã vỡ hay chưa).
- Vì CTC mở 4cm, cuộc chuyển dạ đang ở giai đoạn Ib, đầu cao lỏng.
 - Tiếp tục theo dõi CCTC có phù hợp vs độ xóa mở CTC, đánh giá độ tiến triển của thai và tim thai.
 - TD cuộc chuyển dạ bằng biểu đồ chuyển dạ để có hướng xử trí phù hợp.

Case 16: Sản phụ 39 tuổi, vv thai 33 tuần tiền sản giật nặng, tiền lượng bệnh nhân có những nguy cơ gì, vì sao. Thăm khám gì, cls gì tiếp theo. Theo dõi và xử trí

1. Khám:

- **đo HA (đo 2 lần cách nhau 4h):** (HA tối đa ≥ 140 mmHg hoặc Huyết áp tối thiểu ≥ 90 mmHg. Những trường hợp có huyết áp tối đa tăng hơn 30mmHg hoặc huyết áp tối thiểu tăng hơn 15mmHg so với trị số huyết áp bt)

- **khám phù:** chì, toàn thân, mặt, mí mắt, ...

Võng mạc có thể bị phù nên bệnh nhân bị nhức đầu, mờ mắt => đau đầu, mờ mắt??

dịch trong ổ bụng, màng phổi, não => nghe phổi. Phù phổi cấp ?

đau đầu: có XHN - MN??

- **đo lượng nước tiểu 24h:** thiếu niệu?

2. CLS:

- Công thức máu: hematocrit, hemoglobin, tiểu cầu giảm
- Chức năng thận: Ure, creatinin, axit uric, protein niệu. có thể có hồng cầu, bạch cầu, trụ niệu
- Chức năng gan: SGOT, SGPT.
- Điện giải đồ và dự trữ kiềm
- Chức năng đông chảy máu toàn bộ.
- CRP, Protid máu.
- Soi đáy mắt
- Đánh giá tình trạng thai qua siêu âm và monitoring (tim thai)

3. Theo dõi :

Theo dõi TSG nặng:

- HA 4lần/ngày,
 - cân nặng và protein niệu hàng ngày
 - xét nghiệm đếm tiểu cầu, Hct, đánh giá các chức năng gan, thận, rối loạn đông chảy máu, hội chứng HELLP, siêu âm và theo dõi tim thai liên tục
- HC HELLP (suy gan, suy thận, DDM rải rác trong lòng mạch) => đe dọa tính mạng mẹ - con

4. Xử trí: Nguyên tắc: Bảo vệ mẹ là chính, có chiếu cố đến con

Điều trị nội khoa

- Nghỉ ngơi và nằm nghiêng trái (tránh chèn ép vào TM chủ bụng)
- Thuốc an thần: Diazepam tiêm hoặc uống.
- Sử dụng Magnesium Sulfate
- Sử dụng thuốc hạ huyết áp khi có huyết áp cao (160/110mmHg)

Dihydralazin là thuốc được lựa chọn đầu tiên

thay thế = Nifedipin, Labetalol

Thuốc lợi tiểu: chỉ sử dụng khi có đe dọa phù phổi cấp và thiểu niệu.

Điều trị sản khoa và ngoại khoa:

- Thai 33w chưa đủ tháng vẫn có thể tiếp tục theo dõi thêm nếu chưa có xuất hiện những biến chứng nguy hiểm. Tuy nhiên, ở những trường hợp tiền sản giật nguy cơ thai chết trong tử cung rất cao.
- nếu có sản giật, hội chứng HELLP, nhau bong non . . . có thể đe dọa tính mạng cho mẹ. cần chấm dứt thai kỳ ngay lập tức bất chấp tuổi thai.
- Nếu đã vào chuyển dạ, theo dõi chuyển dạ và điều trị những biến chứng có thể xảy ra

Case 17: sản phụ 28 tuổi, thai 36 tuần, chuyển sinh lần 2, CTC mở 5cm. Tiên lượng, theo dõi gì cho bệnh nhân 1 vài nguy cơ trong chuyển dạ

1. Tiên lượng:

*nguy cơ phía mẹ:

lần 1 sinh con là sinh thường hay sinh mổ?

- Nếu L1 sinh mổ: có yếu tố nguy cơ là vết mổ để cũ. Thai L2 cách L1 bao lâu?

Hiện tại CTC đã mở 5cm (gđ Ib) .

Nguy cơ: vỡ TC. cần TD cơn co TC tần số và cường độ bằng monitoring sản khoa để chuyển mổ lấy thai

SA thai xem vị trí bánh rau có bám vào vết sẹo mổ cũ ko ? => mổ

- Nếu L1 sinh thường: theo dõi CCTC, tim thai , TD sinh đường âm đạo

* nguy cơ phía con: đẻ non

Trẻ đẻ non dễ bị hạ đường huyết, hạ thân nhiệt, suy hô hấp do thiếu surfactant , xuất huyết não, nhẹ cân

Cần chăm sóc trẻ sơ sinh theo phác đồ chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng, nhẹ cân:

- cho bú sữa mẹ ngay, đủ
- giữ ấm cho trẻ
- tiêm chủng thành phổi nếu thai <34w. TH này 36w: ko cần

- tiêm Vitamin K ngay sau sinh
- theo dõi mạch, nhiệt, màu sắc da, bú, ngủ, phân su của trẻ, cuống rốn

Case 18: sản phụ 41 tuổi, vv với chẩn đoán thai 38w. Chuyển dạ để con so, CTC mở 3cm, đầu cao. TD nội dung gì trong chuyển dạ, vì sao?.

Mẹ trên 35 tuổi có nguy cơ: cao huyết áp do thai, tiền sản giật, nhau tiền đạo, bệnh béo phì, các bệnh nội khoa khác. Những bất thường về nhiễm sắc thể có thể gặp ở trẻ sinh ra từ các bà mẹ lớn tuổi.

Ktra HA, làm các XN cơ bản, SA thai ktra tim thai, bánh rau, ối,..

Theo dõi CCTC, tim thai bằng monitoring sản khoa

Case 19: Sản phụ vv td chuyển dạ để đường dưới, CTC mở 10p, đầu lọt thấp. Nêu quy trình đỡ đẻ thường ngôi chỏm, cô k cho tgian chuẩn bị. Hỏi thêm: TS xoa đáy TC? TS cắt dây rốn muộn 1 thì?

1. Đỡ đẻ ngôi chỏm

- Đỡ đầu: 1 tay giữ TSM

thì cúi: dùng các ngón tay còn lại đặt lên cằm để giúp đầu cúi tốt cho tới khi hạ cằm tỳ vào bờ khớp vệ

Thì ngửa: dùng bàn tay ôm lấy cằm hướng lên trên để các phần trán, mũi, mồm cằm thai nhi chui ra. trong khi tay kia vẫn giữ TSM để tránh bị rách

Đầu sổ hoàn toàn thì cho đầu về tư thế ngang.

Kiểm tra dây rốn quấn cổ

- Đỡ vai:

Vai trước: 2 tay ôm đầu thai nhi ở 2 bên tai, thái dương kéo xuống dưới khi bờ dưới cơ delta tỳ vào khớp vệ

Vai sau: 1 tay giữ đầu, kéo thai nhi lên trên, tay kia giữ TSM giúp vai sau sổ hoàn toàn

• Đỡ mông:

tay đỡ TSM chuyển sang đỡ lưng, mông và cầm 2 cổ chân thai nhi, tay kia đỡ gáy ở tư thế ngang

Đặt bé nằm sấp trên bụng mẹ

Nêu quy trình xử trí tích cực giai đoạn III

- Lau khô cho bé, tiến hành da kề da cho bé vs mẹ
 - Tiêm 10 đơn vị oxytocin
 - Kẹp và cắt dây rốn muộn một thì (sau khi dây rốn ngừng đập hoặc sau sổ thai 3p) vì để tránh thiếu máu thiếu sắt cho bé.
 - Kéo dây rốn có kiểm soát (kt bánh rau, dây rốn)
 - Xoa đáy tử cung (15p/1 lần trong 2 h đầu)
 - Tiến hành hướng dẫn mẹ cho bé bú sớm
2. xoa đáy TC 15p/ lần trong 2 giờ đầu sau sổ rau để KT tử cung co hồi tốt, tổng hết dịch, máu cục ra ngoài

Case 20: Nữ 22t , para0000. vào viện vì đau bụng vùng hạ vị,... nếu chẩn đoán em nghĩ đến, khám , CLS gì?

Case 21: BN nữ 20t, Para 0000, vào viện vì đau bụng hạ vị. Chẩn đoán? Thăm khám? Cls?

Cd: đau bụng CRNN

Thăm khám :

1. Hỏi bệnh: (vì đau bụng CRNN nên cần hỏi bệnh kĩ để tìm NN từ hệ tiêu hoá, tiết niệu hay phần phụ hay NN khác)

- Hỏi hoàn cảnh, vị trí đau, cường độ, hướng đau, tính chất đau, chu kỳ đau, dấu hiệu kèm, có yếu tố giảm đau ko
- Cần phải phát hiện sớm các NN nguy hiểm như: vỡ ĐMC bụng, GEU vỡ, thủng tạng (cơn đau đột ngột, đau nhiều dữ dội, lan nhiều hướng, đau liên tục, ko có tư thế giảm đau, kèm rối loạn mạch HA)
- Hỏi tiền sử chấn thương, sản phụ khoa, nội ngoại khoa
- Chú ý: BN trẻ, chưa từng mang thai, hỏi rõ về chu kỳ kinh nguyệt, quan hệ tình dục, ngoài đau bụng có ra dịch hay máu bất thường đường âm đạo ko, có thử thai bằng que test chưa ?

2. Thăm khám

a. Nhìn:

- Sẹo mổ cũ? lỗ thoát vị (kẹt, nghẹt?)
- Bụng trướng (tắc ruột?)
- Khối u (bí đái, áp xe, bướu?)
- Mảng bầm máu dưới da (chấn thương?, VTC?)

- Nếp nhăn da bụng (sinh đẻ, báng ?)
- Lòe rốn (tăng áp lực trong bụng?, thoát vị rốn?)
- Nhịp đập (phình ĐM?), dấu rắn bò (tắc ruột?)
- Bụng kém cử động khi thở (viêm phúc mạc?)
- Tuần hoàn bàng hệ (tăng áp TM cửa).
- Nhìn màu sắc da bụng:

Dấu Cullen, Grey-Turner(+): Xuất huyết sau phúc mạc hoặc trong khoang bụng thấm vào mô dưới da

- Viêm tụy cấp xuất huyết
- Thai ngoài tử cung vỡ
- Đập lách

Gõ:

- Tìm vùng đục, ổ tụ dịch, ruột trương hơi, hơi tự do.
- Gõ vang: tắc ruột hoặc thủng tạng rỗng.
- Gõ đục: xác định kích thước của tạng, báng bụng ?(sóng vỗ, vùng đục di chuyển).
- Gõ cẩn thận: dấu kích thích phúc mạc, BN đau khi gõ nhẹ : viêm phúc mạc?

Sờ:

- Nhẹ nhàng tránh gây đau thêm cho BN.
- Nên bắt đầu sờ từ xa vùng đau nhất,
- Phải đặt cả bàn tay trên bụng BN, dùng lòng ngón áp lên bụng rồi gập nhẹ cổ tay và khớp bàn ngón để thăm khám.

• Thăm Hậu Môn Trực Tràng

- Túi cùng
- Sờ xem có khối u ko
- Tính chất phân : có kèm máu theo phân ko

3. Cận lâm sàng

- Xquang bụng ko chuẩn bị: mức nước mức hơi, sỏi niệu quản, sỏi bàng quang,...

- Siêu âm bụng và phần phụ: khảo sát các tạng trong ổ bụng, phần phụ như TC, Buồng Trứng, bàng quang,...
- cho test thử thai bằng que test nhanh (sau khi siêu âm, để căng bàng quang trc khi siêu âm)
- Siêu âm ổ bụng: trong trường hợp nghi ngờ có dịch trong ổ bụng (máu, báng,..) thai ngoài tử cung vỡ, viêm tụy cấp, vỡ tạng,...
- Amylase, Lipase trong viêm tụy cấp., hCG nghi ngờ có thai
- Ure, Creatinin máu và nước tiểu
- Công thức máu, hematocrit: trong trường hợp nghi ngờ có xuất huyết hoặc nhiễm khuẩn

Case 22: Mẹ 39 con so 36 tuần song sinh thì tư vấn gì ?

Tư vấn cho sản phụ Các yếu tố nguy cơ, tiên lượng: Thai 37 tuần không phải quá sớm nữa, tương đối có thể đủ để chuyển dạ

Song thai: tiên lượng đẻ khó, phải theo dõi sát, chỉ định mổ phụ thuộc vào tình trạng thai đặc biệt là ngôi thai

6. Chuyển dạ của song thai thường kéo dài do tử cung quá to cho nên cơn co tử cung rất yếu
 7. Ngôi thai bất thường do nước ối nhiều tử cung lại to hơn bình thường, thai lại nhỏ
 8. Sô thai thứ 2: Sau khi sô thai thứ nhất, buồng tử cung trở nên rộng rãi và làm cho thai thứ 2 quay, thay đổi tư thế dẫn đến tạo thành ngôi bất thường,
 9. Trọng lượng thai của song thai thường thấp hơn, thai non tháng.
 10. Dễ gặp các biến chứng **cho mẹ** (băng huyết sau sinh do dờ tử cung, thuyên tắc ối, Nghén nặng, Thiếu máu, Nhau tiền đạo, Đái đường thai kỳ , Tiền sản giật, sản giật , Chuyển dạ sinh non, Ới vỡ non, Nhau tiền đạo, Băng huyết sau sinh).
- Cho con** (Suy dinh dưỡng trong tử cung, hội chứng truyền máu thai nhi, suy hô hấp, Thai chết lưu, Đa ối hay thiếu ối)

Case 23: Em Khám thai cho BN 38T, con so, thai 33w. Cđ tiền sản giật đtri tại nhà. Khám gì? Tư vấn cho BN? Những vấn đề gì có thể xảy ra. Tại sao tsg gây thai chết lưu? Bla bla...

Case 24: Bệnh nhân 22 tuổi, PARA 0000, vào viện vì ra máu âm đạo kéo dài 2 tuần. **Nêu các chẩn đoán, đầu tiên em làm gì ? các xét nghiệm em làm ,nếu siêu âm không ghi nhận gì, nước tiểu dương tính em sẽ làm gì tiếp theo ? Em dùng xét nghiệm định lượng beta hCG để biện luận như thế nào ? . Cuối cùng bệnh nhân này em sẽ xử trí tiếp theo như thế nào ?**

Cô sửa:

Cô muốn đề cập đến tất cả các nguyên nhân sản + phụ khoa

Các nguyên nhân : thai sản, chửa ngoài tử cung, chửa trứng, sảy thai, rong kinh, rong huyết, u xơ tử cung, bệnh lý huyết học rối loạn đông máu, polyp tử cung...

Hướng tiếp cận chẩn đoán: đầu tiên làm test nước tiểu định tính beta hCG âm tính => loại bỏ nguyên nhân XH không liên quan đến thai kỳ

Sau đó là **siêu âm**: siêu âm thì em tìm gì ?

Dấu hiệu làm tổ, kích thước, độ dày niêm mạc tử cung, hình ảnh thai ngoài tử cung, tìm dịch ở túi cùng

Xét nghiệm máu: CTM (tìm dấu hiệu rối loạn đông máu).

Các xét nghiệm em làm ,nếu siêu âm không ghi nhận gì, nước tiểu dương tính em sẽ làm gì tiếp theo? định lượng beta hCG máu

Em dùng xét nghiệm định lượng beta hCG để biện luận như thế nào ?

Thứ nhất bình thường khi xét nghiệm beta hCG để xem xét hoạt động của tb nuôi. 3th đầu tăng theo hàm số mũ, **trong vài tuần đầu thai kì phải tăng gấp đôi mỗi 48h, (thêm - và không bao giờ tăng <53% mỗi 2 ngày)** nếu không tăng như vậy thì sẽ có 2 khả năng: 1 là thai ngoài tử cung , 2 là thai ở trong tử cung với diễn biến bất thường

Nếu beta hCG sau chảy máu có dấu hiệu giảm > nghĩ đến sảy thai (thêm - giảm ít nhất 21-35% mỗi 48h)

Ngưỡng 1500-2000 mUI/ml (3000 mUI/ml với song thai)nếu beta hCG trên ngưỡng này > bắt buộc siêu âm phải thấy được túi thai trong buồng tử cung > nếu không thấy phải nghĩ đến thai ngoài tử cung

Tăng rất cao thì nghĩ đến chửa trứng

Với bệnh nhân này thì sẽ tiếp tục theo dõi

Dựa vào kết quả cls, thăm khám > xử trí theo nguyên nhân có những trường hợp phải mổ như thai ngoài tử cung với hCG tăng ...còn nếu không tăng thì cũng không mổ, tự nó tiêu

Case 25: Bệnh nhân 24 tuổi, PARA 0000, vào viện vì ra máu âm đạo kéo dài 10 ngày, đau bụng vùng hạ vị: các chẩn đoán, khám bn, cls quan trọng nhất, phân biệt...

Case 26: Sản phụ 30 tuổi, sau đẻ thường 5 ngày, xuất hiện đau bụng hạ vị, dịch ra âm đạo hôi. Nêu chẩn đoán

Case 27: Sản phụ 30 tuổi, sau đẻ thường 5 ngày, xuất hiện đau bụng hạ vị, dịch ra âm đạo hôi. Nêu chẩn đoán, cls

Chẩn đoán

1. Nhiễm trùng hậu sản
2. Viêm phần phụ

Cận lâm sàng

1. Cây dịch
2. Siêu âm

Case 28: Sản phụ 39T, nền ĐTD typ2. Nguy cơ? Trẻ đẻ non có những nguy cơ gì? Tại sao bilir gián tiếp cao?

Mẹ đái tháo đường

1. Nguy cơ mẹ : tiền sản giật- sản giật, nhiễm trùng, gây thai to đa ối làm mẹ suy hô hấp tuần hoàn, nguy cơ mổ đẻ
2. Nguy cơ con: tử vong chu sinh, dị dạng, thai lưu, di truyền đtd, thiếu năng tâm thần thần kinh

Trẻ đẻ non nguy cơ:

1. Chưa hoàn thiện tuần hoàn hô hấp, dễ suy hô hấp, bệnh màng trong
2. Nhiễm khuẩn
3. Bệnh bẩm sinh
4. Suy dinh dưỡng
5. Hạ đường huyết do gan dự trữ kém
6. Vàng da (sợ nhất vàng da nhân não)
7. Hạ thân nhiệt
8. Giảm protein máu

Bilirubin gián tiếp cao ở trẻ sơ sinh do:

1. Trong vàng da sinh lý do: thể tích hồng cầu tính theo cân nặng lớn (hct ở trẻ 50-60% người lớn là 40-50%), đời sống hc trung bình ngắn (90 ngày, người lớn 120 ngày), tăng tạo hc k hiệu quả, hoạt tính men liên hợp UGT chưa

trưởng thành, chức năng bài tiết mật còn kém, tăng tuần hoàn ruột gan do nồng độ cao men beta glucuronidase và hệ vk thường trú ruột chưa đủ & nhu động ruột còn kém

2. Bất đồng nhóm máu mẹ con gây tan máu
3. Bệnh lý tan máu di truyền: thiếu men hc, khiếm khuyết màng hc, bệnh hemoglobin
4. Tự tiêu các ổ xuất huyết
5. Nhiễm trùng
6. Sinh non
7. Suy giáp bẩm sinh
8. Mẹ dtd
9. Tác đg tiêu hoá

.....

Case 29: Phụ nữ 21 t , para 1001 Vào viện vì chảy máu âm đạo 2 tuần . chẩn đoán có thể ????

1. Loại trừ có thai : thai ngoài tử cung, dọa sảy, sảy thai, hậu sản, chữa trứng,
2. Rong kinh, rong huyết
3. Viêm phần phụ
4. U nang buồng trứng, K
5. Polyp tử cung, âm đạo

Case 30: Một sản phụ vào viện , cổ tử cung mở 10 phân. Nếu em là người đỡ đẻ em sẽ xử trí như thế nào ?

1. Theo dõi tim thai, cơn co tử cung dày hay thưa, ối vỡ chưa, đánh giá khả năng đẻ thường được không (theo các yếu tố nguy cơ của mẹ và con như tuổi, mẹ thấp bé, bệnh nền mẹ, ngôi thai, sự tương xứng đầu- chậu...)
2. Nếu có dấu hiệu suy thai (theo APGAR và màu nước ối) xem xét chuyển mổ
3. Ới chưa vỡ thì bấm ối. Ới đã vỡ xem ngôi thai thuận chưa, nếu chưa thì chỉnh được không, không được thì chuyển mổ
4. Xem thai lọt chưa, chưa lọt thì theo dõi tiếp , lọt rồi thì xem ngôi thuận chưa, mẹ còn sức đẻ thường không, nếu không thì chuyển mổ

Case 31: Các bước đỡ thai ngôi chỏm

Cô đỡ sửa:

1. Đỡ đầu > đỡ vai > đỡ mông
2. Lau khô, áp da

3. Kiểm tra còn thai không ?
4. Nếu chắc chắn đã hết thai > tiêm oxytocin
5. kiểm tra mạch rốn > nếu mạch rốn ngừng đập là thời điểm cắt rốn tốt nhất
6. kẹp + cắt rốn
7. Đỡ rau
8. Xoa đáy tử cung. 15p/l trong 2 giờ đầu
9. Kiểm tra bánh rau
10. Hướng dẫn mẹ cho trẻ bú
11. Tiêm vitamin K cho trẻ, theo dõi sản phụ

Câu 32: Khám sản phụ vào chuyển dạ

1. Khám sản phụ vào chuyển dạ

- **Lý do nhập viện.**
Đánh giá xem sản phụ có cần phải cấp cứu hay không?
VD: Lý do nhập viện: Thai 36 tuần (kinh chót) + ra huyết âm đạo.
- **Sản phụ có khám thai định kỳ (I.B.4-T2) hay không? Nếu có thì có sổ khám thai hay không?**
Đánh giá xem quá trình mang thai có bình thường hay không? Tuổi thai hiện tại là bao nhiêu? Nếu có bất thường thì đã được xử trí như thế nào?
VD: trong quá trình mang thai sản phụ tăng cân khoảng 6 kg → thai suy dinh dưỡng?
sản phụ bị cao huyết áp khi thai được 30 tuần → tiền sản giật?
- **Sản phụ có nhớ ngày kinh cuối không? Có đi siêu âm ở 3 tháng đầu hay không?**
 - Đây là các dữ kiện dùng để tính tuổi thai. (I.B.5-T3)
 - VD: kinh cuối: 12/04/2004 → dự sanh: 19/01/2005, hiện tại thai được 37 tuần (28/12/2004).
- **Tiền căn sản khoa, phụ khoa của sản phụ. (I.B.1-T1)**
 - Phát hiện những bất thường để có hướng xử trí thích hợp.
 - VD: PARA: 1011. Sản phụ sanh thường 1 lần cách đây 3 năm, bé trai nặng 3200g, sau sanh không có gì bất thường. Sản phụ bị sảy thai 1 lần cách đây 2 năm khi thai được 8 tuần. Hiện tại bà ta có 1 con.
- **Tiền căn nội khoa, ngoại khoa của sản phụ.**
 - Phát hiện những bất thường để có hướng xử trí thích hợp.
 - VD: bị cao huyết áp, mô viêm ruột thừa cách đây 3 năm.
- **Khám tổng quát.**
- **Khám tim, phổi.**
- **Đo bề cao tử cung (BCTC) và vòng bụng (VB).**
Tính tuổi thai, ước lượng trọng lượng thai (ULTLT) (ít có giá trị). (III.A.2-T8)
Phát hiện bất thường. VD: đa thai, đa ối . . . bề cao tử cung lớn hơn tuổi thai; thai suy dinh dưỡng trong tử cung, thiếu ối . . . bề cao tử cung nhỏ hơn tuổi thai.

VD: BCTC: 32 cm; VB: 96cm → U'LTLT: 3200g.

Đánh giá cơn co tử cung.

- Chẩn đoán phân biệt chuyển dạ thật hay giả. (III.B.1-T15)
- Phát hiện những bệnh lý làm cơn co tử cung bất thường. VD: nhau bong non thì cơn co tử cung cường tính . . .
- Tìm nguyên nhân gây chuyển dạ kéo dài (III.B.3-T16). VD: do cơn co thừa.
- VD: có 3 cơn co trong 10 phút: co 25'' nghỉ 2'30''; co 30'' nghỉ 3'; co 25'' nghỉ 2'45''

• **Thủ thuật Leopold.**

- Xác định ngôi, thể và xem thai có lọt hay chưa?
- VD: ngôi đầu, thể trái, chưa lọt.

• **Nghe tim thai.**

Đánh giá sức khỏe của thai. (III.A.4-T8)

Tim thai là yếu tố quan trọng quyết định phương pháp và thời điểm chấm dứt thai kỳ.

Tùy theo ngôi thai mà vị trí nghe tim thai khác nhau.

VD: tim thai nghe ở dưới rốn, ở ¼ bên phải. Nhịp tim 150 lần/ 1 phút, đều, rõ.

Khám cổ tử cung. (độ mở, độ xóa, hướng, mật độ)

- Xác định giai đoạn chuyển dạ (III.B.2-T15). Chuyển dạ thật sự bắt đầu khi cơn co tử cung đều đặn (rất khó xác định giai đoạn này). Phân loại giai đoạn chuyển dạ phụ thuộc vào độ mở của cổ tử cung.
- VD: cổ tử cung mở 4 cm, xóa 50%, trung gian, mật độ mềm.

• **Khám xem ối còn hay ối vỡ.**

• **Nếu ối còn thì xem ối dẹt hay ối phòng.**

- VD: ối phòng.

• **Nếu ối đã vỡ** (III.G.1-T22) **thì xem màu sắc của nước ối.** (III.G.1-T22)

- Màu sắc nước ối có thể giúp đánh giá tình trạng của thai.
- VD: ối vỡ hoàn toàn, nước ối xanh loăng.

• **Khám ngôi thai.**

Xác định ngôi thai (III.A.6-T9), kiểu thể (III.A.7-T10), độ lọt (III.A.8-T10) để có hướng xử trí thích hợp.

Có bấu huyết thanh không (III.A.9-T11)? **Có dấu hiệu chèn ép xương không?**

VD: ngôi cằm, kiểu thể cằm chậu trái trước, lọt + 1, có bấu huyết thanh nhỏ.

Khám khung chậu trong.

- Là 1 trong những yếu tố đánh giá xem sản phụ có thể sinh ngã âm đạo hay không.
- Eo trên: có sờ chạm mỏm nhô hay không? Nếu sờ chạm thì đường kính mỏm nhô – hậu vệ là bao nhiêu?
- Eo giữa: 2 gai hông nhọn hay tù? Nếu 2 gai hông nhọn, khoảng cách giữa 2 gai hông là bao nhiêu?
- Eo dưới: góc vòm vệ nhọn hay tù? Khoảng cách giữa 2 ụ ngồi là bao nhiêu?
- VD: mỏm nhô sờ không chạm, hai gai hông tù, góc vòm vệ tù.

Chẩn đoán: Con so hay con rạ (nếu là con rạ thì con thứ mấy) – Tuổi thai bao nhiêu tuần (tính theo: kinh chót hay siêu âm 3 tháng đầu) – Ngôi gì – Kiểu thể gì (ngôi chằm) – Chuyển dạ giai đoạn nào – Bất thường kèm theo là gì.

VD: Con lần 2 – Thai 40 tuần (kinh chót) – Ngôi chằm – Kiểu thể chằm chậu trái trước – Chuyển dạ giai đoạn hoạt động – Tiền sản giật nhẹ.

- **Nêu các yếu tố thuận lợi và bất lợi khi sinh ngã âm đạo.** (III.A.17- T14)

- **Quyết định sẽ theo dõi sinh ngã âm đạo hay phải mổ lấy thai.**

- VD: yếu tố thuận lợi sinh ngã âm đạo: sức khỏe mẹ bình thường, tim thai tốt, khung chậu bình thường . . .
yếu tố không thuận lợi khi sinh ngã âm đạo: kiểu thể sau . . .

Case 33: Sản phụ 40T, thai lần đầu, 33w, siêu âm chỉ số ối là 24 cm. Yếu tố nguy cơ, khám thêm gì?

Case 34: Sản phụ 29tuổi con thứ hai thai 38 tuần siêu âm nước ối 4.8cm chuẩn đoán tiên lượng thăm khám gì thêm

Case 35: Sp 30 tuổi, 35 tuần, chỉ số ối 4.7cm, nguy cơ gì, khám gì

Case 36: SP 40t vào viện thai 34 tuần con lần 1. Siêu âm chỉ số ối 24cm

Tiên lượng? nguy cơ ?Thăm khám?

Bệnh nhân nữ 39 thai 35 tuần vào khám chỉ số ối 4.8cm. Tiên lượng , chẩn đoán.em khám cần chú trọng gì? Thiếu ối thì nguy cơ gì nữa ? Thai suy em dựa vào dấu hiệu gì ?Chỉ số ối đo như thế nào? Test đá kích là gì dùng như thế nào ?

sp 40t, thai 14, 35w, afi 4,8 . tiên lượng nguy cơ, khám thêm gì, dự kiến sinh ở đâu

Sản phụ 40 tuổi, thai lần 4, khám thai 33 tuần tuổi, chỉ số ối 24cm, tiên lượng như thế nào?

BN 39 tuổi, thai L1, thai 35 tuần chuyển sinh con so, BN suy tim độ 1. Tiên lượng và lưu ý những gì

Sản phụ 23 tuổi chuyển sinh lần 2 thai 38T HIV+, có những nguy cơ gì

Sản phụ 40 tuổi chuyển sinh lần 2 thai 39T HIV+, có những nguy cơ gì ? Xử trí sau sinh trẻ

Sản phụ 38t, thai 39w sinh con L5.

Sau sổ thai chảy máu lượng nhiều màu đỏ tươi. Xử trí. Bóc rau nhân tạo ntn

sản phụ 38t sau đẻ thường lần 5 ngay sau sổ thai máu ra âm đạo nhiều màu đỏ tươi. xử trí

Sản phụ 25t, PARA 0000, tự sờ thấy khối u vùng hạ vị. Đề xuất chẩn đoán những gì, thăm khám, cls? Nếu là khối u buồng trứng thì e xử trí thế nào ?

sp 38t para 1001, có thai 3 tháng, phát hiện đau bụng hạ vị âm đạo. chẩn đoán, thăm khám,cls

Hỏi bn 29t para 2002 CD chữa ngoài tc chưa vỡ, xử trí gì, nguy cơ gì

Sp 38t para 2002, chữa trứng có chỉ định nạo hút thai ko, nguy cơ của nạo hút thai. TD sau nạo trứng

Sp 39t para 3003 đc chẩn đoán thai 33t rau tiền đạo trung tâm ra máu. Tư vấn, xử trí

Nguy cơ sau đẻ cho mẹ và con là gì