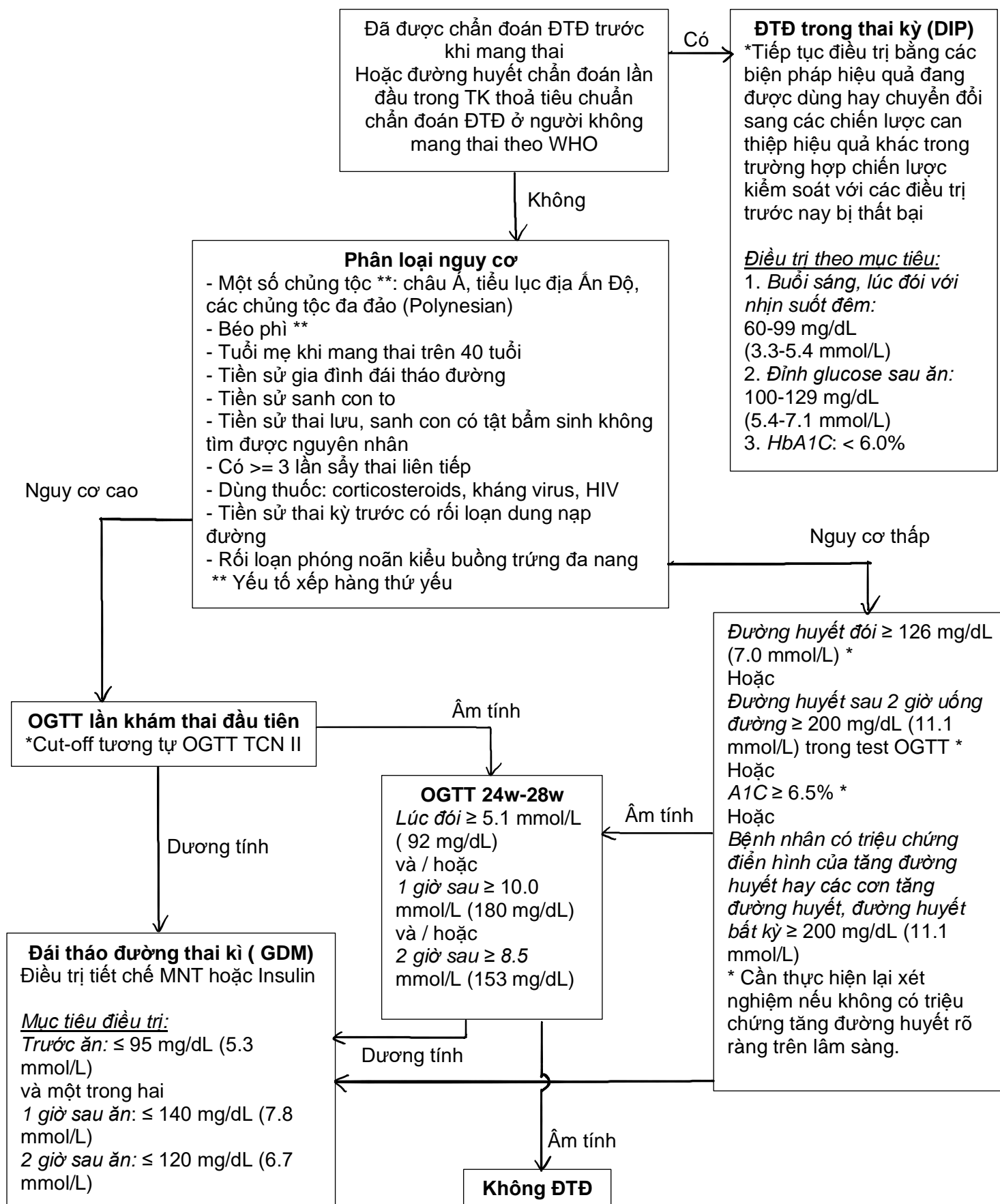


## LỊCH KHÁM THAI

	TCN I		TCN II	TCN III	
Tuổi thai	2-3w trể kinh	11-13w6d	15-28w6d	29-36w6d	37-41w
Tuần suất khám	1 lần	1 lần	1 tháng/1 lần	2 tuần/1 lần	1 tuần/1 lần
Nội dung khám	1. Xác định tình trạng thai - Sóng còn - Vị trí thai - Thai trứng, thai lưu, dọa sảy, đa thai,... 2. Tính tuổi thai, ngày dự sanh 3. Đánh giá sức khỏe mẹ: bệnh lý nội khoa, ngoại khoa, thai nghén 4. Khám phụ khoa lần đầu tiên	1. Tầm soát lệch bội: -Combined test -NIPT -Sinh thiết gai nhau (10w-12w0d) 2. Tầm soát bệnh lý mẹ (Thalassemia, TSG,...) 3. Huyết đồ: -TB máu -CN đông máu -Nhóm máu -Đường huyết đói *OGTT (TK nguy cơ ĐTD cao) -HBV, HIV, giang mai, Rubella *TORCH (Sảy thai liên tiếp) 4. Siêu âm hình thái học thai nhi TCN I	1. Siêu âm hình thái học thai nhi và bệnh lý phần phụ thai nhi (20-24w6d) 2. Đánh giá tăng trưởng thai nhi 3. Tầm soát lệch bội TCN II (nếu cần): -Soft-markers (15-18w6d) -Triple test (14-21w) -NIPT -Chọc ối (15-17w hoặc muộn hơn nữa) 4. TPTNT (mỗi lần khám) 5. OGTT (24-28w) 6. Đánh giá bất thường: Đa ối, thiếu ối, đa thai, nhau tiền đạo, TSG,...	1. Siêu âm đánh giá tăng trưởng thai nhi và bệnh lý phần phụ thai nhi (30-33w6d) 2. Xác định ngôi thai, lượng ối, vị trí nhau (Siêu âm lúc 32w-có thể lập lại 4w) 3. Tiên lượng sinh thường hay sinh khó 4. Khung chậu 5. EFW 6. Hướng dẫn sản phụ đếm cử động thai 7. Phân loại TK Nguy cơ cao 8. TPTNT (Mỗi lần khám) 9. Siêu âm màu (28w) (Khi nghi có bất thường) 10. NST 11. XN GBS (Đơn thai: 36-37w6d Đa thai: 32-34w) 12. Các CLS, XN chuyên biệt cho các bệnh lý khác 13. Lưu ý các dấu hiệu cần NV ngay cho thai phụ 14. Lựa chọn phương pháp CDTK 15. Huyết đồ: -TB máu -CN đông máu -HIV, HBV, giang mai, rubella -Đường huyết	1. Thực hiện lại các quy trình khám ở cột bên (Ngoại trừ một số quy trình chỉ thực hiện một lần duy nhất) 2. Khám ngoại trú+tái khám và NST 3d/1lần (40w1d-40w6d và Nguy cơ thấp) 3. Nhập viện khi thai $\geq$ 41w (SK Mẹ và thai ổn)

\*Các CLS chuyên biệt khác có thể đề nghị tùy thuộc vào thời điểm nghi ngờ, phát hiện bệnh lý hoặc tùy theo khuyến cáo chỉ định thực hiện CLS trên BN có nguy cơ cao của bệnh lý đó.

## ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ



## TƯ VẤN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

### 1. Nguy cơ

- a. Trên mẹ: GDM diễn tiến thành ĐTD type 2; nguy cơ cao lần sau mang thai bị GDM; tăng nguy cơ bị TSG; đa ối biến chứng nhau bong non, chuyển dạ sanh non, đờ TC sau sanh; tổn thương đường sinh dục; nhiễm trùng niệu và viêm âm đạo do nấm; tăng tỷ lệ MLT do thai to.
- b. Trên con: Thai to; kẹt vai; đa ối; thai chậm tăng trưởng; chậm phát triển cơ quan tim phổi dẫn đến HC suy hô hấp cấp ở trẻ sơ sinh; hạ đường huyết ở trẻ sơ sinh; dị tật thai; thai nhi tăng nguy cơ bị ĐTD, béo phì, bệnh lý tim mạch, dễ bị thiếu năng tâm thần-thần kinh; ĐỘT TỬ.

### 2. MNT

- a. Điều trị cốt yếu của GDM là thay đổi lối sống, điều chỉnh chế độ ăn và theo dõi diễn biến đường huyết.
- b. Chế độ dinh dưỡng cần đáp ứng được các mục tiêu sau:
  - + Ổn định được đường huyết ở mức mục tiêu
  - + Cung cấp đủ năng lượng đảm bảo sức khỏe cho mẹ và giúp thai phụ tăng cân hợp lý trong thai kỳ
  - + Đảm bảo được sức khỏe của thai
  - + Ngăn ngừa tình trạng nhiễm ceton
- c. Nhu cầu năng lượng bằng 30 kcal/kg/ngày X cân nặng lý tưởng.
- d. Không nên hạn chế quá 33% tổng số calories cần thiết trong ngày, và cũng không nên cung cấp dưới mức 1200 kcal/ngày
- e. Người đang thực hiện MNT nên ăn 5-7 bữa trong ngày. Các bữa ăn không hoàn toàn giống nhau.
- f. Sự phân bố tỉ lệ các đại chất lần lượt là 33-40% carbohydrate, 40% chất béo và 20% chất đạm. (cần giảm lượng carbohydrate trong bữa sáng)
- g. Nếu thực hiện tốt MNT, rất nhiều thai phụ mắc GDM không cần thiết phải dùng thuốc hạ đường huyết và có kết cục chu sinh tốt.
- h. Ngoài thay đổi chế độ ăn, thai phụ mắc GDM nên có chế độ vận động phù hợp với từng cá nhân:
  - + Vận động khoảng 30 phút/ngày
  - + Đi bộ nhanh hoặc tập thể dục vùng cánh tay khi ngồi ghế trong 10 phút sau mỗi bữa ăn
  - + Những thai phụ vận động tích cực trước khi mang thai được khuyến khích duy trì chế độ vận động của họ trong thai kỳ
- i. Trong giai đoạn đầu khi thực hiện MNT, khuyến khích thai phụ tự theo dõi thường xuyên đường huyết đói cũng như đường huyết 3-4 lần/ngày:
  - + Đường huyết đói: 1 lần/ngày, sau khi nhịn đói ít nhất 8 giờ
  - + Đường huyết sau ăn: sau ăn 1-2 giờ, 2-3 lần/ngày, xoay vòng cho các bữa ăn khác nhau trong tuần
  - + Với những địa phương có nguồn lực thấp, ít nhất cũng cần theo dõi đường huyết 1 lần/ngày và phải ghi nhận tương quan với thời điểm bữa ăn
- j. Cần có kế hoạch theo dõi định kỳ và điều chỉnh chế độ ăn thông qua kết quả đạt được ban đầu và duy trì mục tiêu điều trị. Khi đã đảm bảo đạt được mục tiêu về đường huyết bằng MNT, việc theo dõi đường huyết có thể được nới lỏng hơn.

### 3. Insulin

- a. Thuốc hạ đường huyết được chỉ định khi
  - + MNT thất bại
  - + DIP
  - + Đường huyết bất kì  $\geq 200$  mg/dl
  - + Lúc đói khi làm OGTT  $\geq 126$  mg/dl
  - + Bất kì trị số nào của OGTT  $\geq 200$  mg/dl
  - + Chẩn đoán GDM trước tuần 24
- b. Insulin được dùng 2 lần trong ngày. Mỗi lần cần phối hợp NPH insulin và regular insulin.
  - + Tam cá nguyệt 1: 0.7-0.8 U/kg/ngày
  - + Tam cá nguyệt 2: 0.8-1.0 U/kg/ngày
  - + Tam cá nguyệt 3: 0.9-1.2 U/kg/ngày

Trường hợp nặng có thể tăng 1,5 – 2,0 U/kg/ngày

Tổng liều insulin sẽ được chia ra như sau: 2/3 buổi sáng và 1/3 buổi tối. Trong đó, liều buổi sáng chia 2/3 là NPH insulin và 1/3 là regular hay lispro insulin. Liều buổi tối là 1/2 NPH insulin và 1/2 regular hay lispro insulin.

#### **4. CDTK**

- a. GDM không dùng insulin: NST mỗi tuần từ tuần 32. CDTK lúc thai 39-40w
- b. DIP – không BC hoặc GDM có dùng insulin: NST mỗi tuần từ tuần 32. NST 3 ngày/1 lần từ tuần 34. CDTK lúc thai 38w (có dùng hỗ trợ phổi)
- c. DIP – có BC: NST 3 ngày/1 lần từ tuần 28-30. CDTK lúc thai 36w (có hỗ trợ phổi).

#### **5. Phương thức CDTK**

- a. MLT khi trọng lượng thai  $\geq 4000\text{gr}$  hoặc có chỉ định sản khoa khác. MLT buổi sáng, sau cử insulin sáng
- b. ĐTD đơn thuần không là chỉ định MLT.

#### **6. Chăm sóc trong thai kì**

- a. 10 tuần: Thảo luận với thai phụ về những ảnh hưởng của đái tháo đường trong thai kỳ, trong chuyển dạ và giai đoạn hậu sản (cho con bú và chăm sóc trẻ sơ sinh). Nếu thai phụ đã được tư vấn trước mang thai sẽ tiếp tục chế độ ăn để giúp kiểm soát tốt đường huyết. Nếu thai phụ chưa được tư vấn trước mang thai thì sẽ được tư vấn cũng như đánh giá các biến chứng của đái tháo đường: khám mắt và thận nếu chưa được đánh giá cách 03 tháng. Khám nội tiết cách 1-2 tuần trong thai kỳ. Đo HbA1C để đánh giá nguy cơ. Hướng dẫn cách tự theo dõi đường huyết cũng như thực hiện OGTT đối với thai phụ có tiền căn đái tháo đường thai kỳ càng sớm càng tốt trong tam cá nguyệt 1. Siêu âm thai xác định tuổi thai và độ sinh tồn thai.
- b. 16 tuần: khám mắt. Tự theo dõi đường huyết và OGTT nếu đến khám lần đầu lúc tam cá nguyệt 2.
- c. 20 tuần: siêu âm hình thái thai đặc biệt siêu âm tim.
- d. 28 tuần: siêu âm đánh giá sự phát triển thai và AFI. Khám mắt đối với các trường hợp đái tháo đường trước thai kỳ.
- e. 32 tuần: tương tự như lúc khám thai 28 tuần.
- f. 36 tuần: siêu âm đánh giá sự phát triển thai và AFI. Ngoài ra, sẽ cung cấp và thảo luận về thời điểm, cách thức, xử trí lúc sanh, phương pháp vô cảm, thay đổi điều trị tăng đường huyết trong và sau sinh, chăm sóc bé sau sinh, ngừa thai và theo dõi.
- g. 37-38 tuần: khởi phát chuyển dạ hay mổ lấy thai nếu có chỉ định. Phụ nữ có thai có đái tháo đường type 1 hoặc type 2 và không có biến chứng, nên khởi phát chuyển dạ hay mổ lấy thai nếu có chỉ định ở tuần 37-38 tuần.
- h. 38 tuần: thực hiện test đánh giá sức khỏe thai.
- i. 39 tuần: thực hiện test đánh giá sức khỏe thai, lên kế hoạch chấm dứt thai kỳ. Phụ nữ có đái tháo đường thai kỳ không nên kéo dài quá 40 tuần 6 ngày.

#### **7. Hậu sản**

Mục tiêu của chăm sóc hậu sản đối với bà mẹ mắc GDM:

- a. Ngày thứ 2 hậu sản, đo ĐH trước ăn và 2h sau ăn
- b. Cần điều trị ĐTD nếu
  - + ĐH trước ăn  $> 110\text{mg/dl}$  (6,1 mmol/L)
  - + ĐH 2h sau ăn  $> 200\text{mg/dl}$  (11,1 mmol/L)
- c. Phát hiện sớm các bệnh lý nhiễm trùng
- d. Hỗ trợ nuôi con bằng sữa mẹ
- e. Lời khuyên về khoảng cách giữa các lần sinh. Ngừa thai tích cực: BCS, DCTC, viên thuốc kết hợp hàm lượng thấp
- f. Xét nghiệm lại OGTT sau 6-12 tuần sau sinh (tại chuyên khoa nội tiết)
- g. Các xét nghiệm đường huyết trong tương lai

## TĂNG HUYẾT ÁP THAI KỲ

1. **Tiền sản giật – sản giật:** Tiền sản giật là một hội chứng bao gồm tăng huyết áp có kèm đạm niệu xuất hiện sau tuần thứ 20 của thai kỳ.

\*Các yếu tố nguy cơ của tình trạng tiền sản giật:

- Con so
- Béo phì
- Đa thai
- Mẹ lớn tuổi
- Tiền căn từng bị tiền sản giật trong lần mang thai trước
- Tăng huyết áp mạn, đái tháo đường, bệnh thận, Lupus
- Tiền sử gia đình có mẹ hoặc chị em gái bị tiền sản giật

\*Tiêu chuẩn chẩn đoán:

Bảng 1: Tiêu chuẩn chẩn đoán tiền sản giật (ACOG Task Force 2013)	
Huyết áp	<ul style="list-style-type: none"><li>Huyết áp tâm thu <math>\geq 140</math> mmHg HOẶC huyết áp tâm trương <math>\geq 90</math> mmHg qua 2 lần đo cách nhau ít nhất 4 giờ xuất hiện sau tuần lễ thứ 20 thai kỳ ở phụ nữ có huyết áp bình thường trước đó.</li><li>Huyết áp tâm thu <math>\geq 160</math> mmHg HOẶC huyết áp tâm trương <math>\geq 110</math> mmHg, tăng huyết áp có thể được xác định trong khoảng thời gian ngắn (vài phút) để thích hợp cho điều trị hạ áp cho bệnh nhân.</li></ul>
và	
Đạm niệu	<ul style="list-style-type: none"><li><math>\geq 300</math> mg trong 24 giờ (hoặc lượng đạm này được suy ra từ một khoảng thời gian thu thập nước tiểu tương ứng)</li><li>Hoặc tỷ số Protein/creatinin <math>\geq 0.3</math>.</li><li>Dip-Stick <math>\geq 1+</math> (chỉ sử dụng khi các phương pháp định lượng khác không có sẵn).</li></ul>
hoặc trong trường hợp không có đạm niệu, tăng huyết áp mới xuất hiện kèm với 1 trong các dấu hiệu mới khởi phát sau:	
Giảm tiểu cầu	Tiểu cầu $< 100.000 /\mu\text{L}$ .
Suy thận	Creatinin huyết thanh $> 1,1$ mg/dL hoặc gấp đôi nồng độ creatinin huyết thanh bình thường mà không có nguyên nhân do bệnh lý thận khác.
Suy tế bào gan	Men gan trong máu tăng gấp 2 lần bình thường.
Phù phổi	
Các triệu chứng của não và thị giác.	

- Tiền sản giật khởi phát sớm (trước 34w) liên quan có ý nghĩa với các kết cục xấu của thai kỳ: tăng tỉ lệ chết chu sinh và chết sơ sinh, tăng nguy cơ của chết thai, sản giật và phù phổi...
- Tiên lượng của tiền sản giật xuất hiện muộn (sau 34w) tốt hơn tiền sản giật khởi phát sớm

### a. Tiêu chuẩn chẩn đoán TSG nặng (bất kỳ dấu hiệu nào):

- HA tt  $\geq 160$  mmHg hoặc HA tr  $\geq 110$  mmHg qua 2 lần đo cách nhau ít nhất 4 giờ khi bệnh nhân đã nghỉ ngơi (trừ trường hợp thuốc hạ áp đã được sử dụng trước đó)
- Giảm tiểu cầu: tiểu cầu  $< 100.000/\mu\text{L}$ .
- Suy giảm chức năng gan: men gan tăng (gấp đôi so với bình thường), đau nhiều ở hạ sườn phải hoặc đau thượng vị không đáp ứng với thuốc và không có nguyên nhân khác.
- Suy thận tiến triển (creatinin huyết thanh  $> 1.1$  mg/dL hoặc gấp đôi nồng độ creatinin huyết thanh bình thường mà không do bệnh lý thận khác)
- Phù phổi.
- Các triệu chứng của não và thị giác: RL thị giác (hoa mắt, ám điểm, mù vỏ não, co thắt mạch máu võng mạc); nhức đầu nhiều, nhức đầu dai dẳng, tăng lên, không đáp ứng với thuốc giảm đau; thay đổi tri giác.

b. **Sản giật:** Là một triệu chứng rất nặng của tiền sản giật, thể hiện tình trạng tổn thương nội mô ở não. Con co giật có thể xảy ra trước sinh, trong khi CD, hoặc sau sinh 48 – 72h.

- Chẩn đoán sản giật đòi hỏi phải có sự hiện diện của 3 yếu tố (1) những cơn co giật và (2) hôn mê (3) xảy ra trên một bệnh nhân có hội chứng tiền sản giật.

- Ở thai phụ, nếu như xảy ra co giật mà chưa nhận định được nguyên nhân thì phải xem co giật như là sản giật, cho đến khi có bằng chứng ngược lại.
- Tai biến mạch máu não là nguyên nhân chính gây tử vong cho mẹ trong sản giật.
- Sản giật chiếm khoảng 67.2% nguyên nhân sản khoa gây suy thận cấp đòi hỏi lọc thận. Biến chứng suy thận trong sản giật có thể dẫn đến suy thận mãn.

**c. Hội chứng HELLP:**

- Hội chứng HELLP là một biến chứng nặng của tiền sản giật và sản giật, thể hiện mọi đặc điểm của tổn thương nội mô đa cơ quan. Xảy ra trước hoặc sau sinh.
  - Biến chứng và kết cục xấu được ghi nhận trong khoảng 40% trường hợp, gồm: tử vong mẹ (từ dưới 1% đến 24%), tụ máu dưới bao gan (1.6%), sản giật (6%), nhau bong non (10%), tổn thương thận cấp (5%) và phù phổi cấp (10%).
  - Bệnh nhân bị hội chứng HELLP thường là con rạ.
  - Gồm hai loại: HC HELLP điển hình và HELLP không điển hình (có một hoặc hai dấu hiệu của HC HELLP điển hình)
  - Hội chứng HELLP đặc trưng bởi
    1. Tán huyết (Hemolysis)
    2. Tăng men gan (Elevated Liver Enzyme)
    3. Giảm tiểu cầu (Low Platelet Count)
  - Lâm sàng: đau thượng vị, đau hạ sườn phải, nhìn mờ, nhức đầu, vàng da, buồn nôn, nôn.
  - Huyết đồ với giảm mạnh của tiểu cầu  $< 100,000/\mu\text{L}$  gây ra chảy máu niêm mạc, các chấm xuất huyết dưới da, vết bầm, chảy máu.
  - Các cận lâm sàng chủ yếu bao gồm:
    1. LDH  $> 600\text{IU/L}$
    2. Bilirubin toàn phần tăng  $> 1.2\text{mg/dL}$
    3. AST  $> 70\text{IU/L}$
    4. Giảm haptoglobin
  - 15 – 20% HC này không có THA, không có protein niệu.
- 2. THA mạn:** Là các trường hợp THA (HA tt  $\geq 140\text{ mmHg}$  và/hoặc HA ttr  $\geq 90\text{ mmHg}$ ) xuất hiện trước tuần thứ 20 của thai kỳ hoặc tăng huyết áp đã có trước mang thai và kéo dài sau 12 tuần hậu sản.
- 3. TSG ghép trên nền THA mạn:** là hình thái có tiên lượng xấu nhất trong các hình thái tăng huyết áp trong thai kỳ.
- Trên lâm sàng thường chẩn đoán tiền sản giật ghép trên tăng huyết áp mạn trong các tình huống:
- Tăng huyết áp mạn có đạm niệu mới xuất hiện trước hoặc sau tuần thứ 20 thai kỳ.
  - Tăng huyết áp mạn có đạm niệu xuất hiện trước 20 tuần nhưng huyết áp tăng cao đột ngột hoặc cần phải tăng liều thuốc hạ áp, đặc biệt trên các bệnh nhân đang kiểm soát tốt huyết áp, hoặc mới xuất hiện các dấu hiệu hay triệu chứng khác: suy giảm CN thận hoặc đạm niệu tăng đột ngột, tăng men gan, giảm tiểu cầu  $< 100,000/\mu\text{L}$ , đau hạ sườn phải, phù phổi...
- 4. THA trong thai kỳ:** Là các trường hợp tăng huyết áp khởi phát sau tuần lễ thứ 20 của thai kỳ, không có đạm niệu và không có các dấu hiệu kể trên.
- Trong tăng huyết áp thai kỳ, huyết áp thường sẽ trở về bình thường sau 12 tuần hậu sản.

## TẦM SOÁT VÀ DỰ PHÒNG TSG TCN I

### 1. Tầm soát:

- Theo ACOG:

Nguy cơ	Yếu tố nguy cơ	Khuyến cáo
Cao	Tiền sử tiền sản giật, đặc biệt là tiền sản giật có kết cục xấu Đa thai Tăng huyết áp mạn Đái tháo đường type 1 hoặc type 2 Bệnh thận Bệnh lý tự miễn (Lupus ban đỏ, hội chứng kháng Phospholipid)	Khuyến cáo dùng aspirin liều thấp khi có ít nhất 1 yếu tố nguy cơ cao
Trung bình	Con so Béo phì (BMI > 30) Tiền sử gia đình bị tiền sản giật (mẹ hoặc chị em gái) Kinh tế-xã hội: tình trạng kinh tế xã hội thấp, người Mỹ gốc Phi Khác: sinh con nhẹ cân, thai với tăng trưởng giới hạn trong tư cung, kết cục xấu ở thai kỳ trước, khoảng cách giữa 2 lần mang thai hơn 10 năm	Khuyến cáo dùng aspirin liều thấp khi có hơn 1 yếu tố nguy cơ trung bình
Thấp	Thai kỳ lần trước đủ tháng không biến chứng	Không khuyến cáo dùng aspirin liều thấp

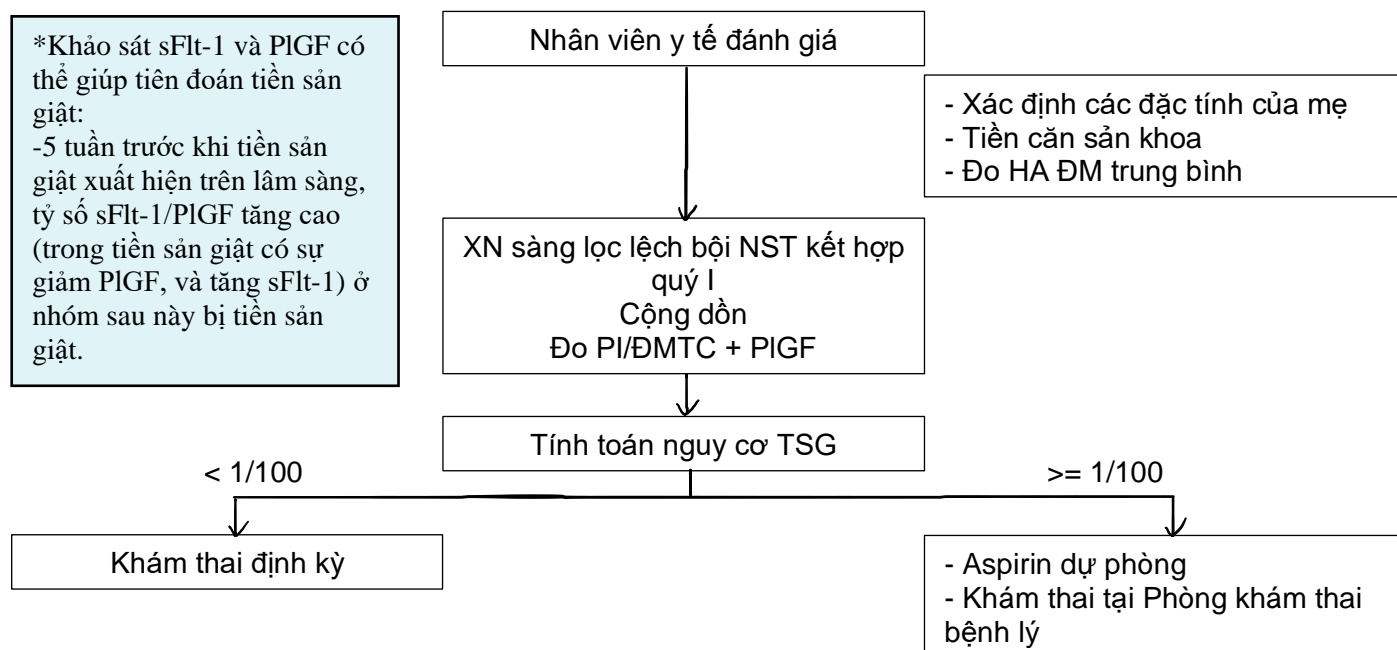
Theo FMF, nên tầm soát sớm ở tuổi thai 11-13w6d. Kết hợp các yếu tố:  
- Đặc tính thai phụ (tuổi; chiều cao, cân nặng, BMI; chủng tộc; cách thức thụ thai; HTL trong thai kỳ; mẹ sản phụ có THA)  
- Tiền căn nội khoa (THA mạn; ĐTĐ type I, type II; Lupus hệ thống; HC kháng phospholipid)  
- Tiền căn sản khoa (con so hay con rạ)  
- Tuổi thai  
- Các chỉ số sinh lý (HA ĐM trung bình\*), sinh hoá (free beta hCG, PAPP-A, PIGF) và SA Doppler ĐM TC (Đo PI).  
Sau đó tính nguy cơ TSG dựa theo thuật toán của FMF.

\*HA ĐM trung bình =  $(HA_{tt} + 2 \times HA_{ttr})/3$

### 2. Dự phòng

- Aspirin 81-162mg, 1-2v/ngày (hàm lượng 81mg), hoặc 1,5 gói hàm lượng 100mg (uống một lần trước khi ngủ, sau ăn 15-30p) – Theo MFM và ACOG
- Aspirin 75mg/ngày (hoặc liều lân cận 60-80mg/ngày) – theo WHO
- Bắt đầu điều trị:
  - + Theo ACOG, Aspirin nên sử dụng từ 12 – 28w (tốt nhất trước 16w) cho đến khi sinh.
  - + Theo FMF, Aspirin nên sử dụng khi thai phụ có nguy cơ TSG xuất hiện sớm trước 34 tuần theo tính toán là  $\geq 1:100$  (tốt nhất từ 11-14 w) và dùng cho đến khi thai đủ 36 tuần.
- WHO khuyến cáo bổ sung calcium nguyên tố 1.5-2 gram/ngày để dự phòng TSG ở vùng có khẩu phần calcium < 600 mg/ngày (dùng riêng biệt với sắt, nếu có bổ sung sắt thì dùng cách nhau 12h)

## LƯU ĐỒ TẦM SOÁT VÀ DỰ PHÒNG TSG TCN I



## BIÊN CHỨNG TSG

### 1. Trên mẹ

- Hoại tử TB gan: đau thượng vị, buồn nôn, nôn, vàng da, khối máu tụ ở gan, vỡ gan (hiếm gặp, gặp ở người lớn tuổi và đa sản)
- HC HELLP: tình trạng rất nặng, nguy cơ tử vong cao. Biểu hiện bởi đau thượng vị, buồn nôn, vàng da, tiểu màu xá xị, giảm tiểu cầu dễ gây BHSS
- Suy thận cấp: tổn thương thận gây HTOT cấp, vô niệu, diễn tiến thành suy thận mãn, tử vong
- Sản giật: nguy hiểm, dễ gây tử vong cho mẹ và con: phù não gây co giật, hôn mê kéo dài sau sản giật, tụt não gây tử vong, tai biến, gây suy thận cấp phải lọc thận
- Phù phổi cấp: do suy chức năng thất trái gây quá tải tiểu tuần hoàn: khó thở, đau ngực, tử vong
- Xuất huyết não: mù mắt (thường thoáng qua), liệt nửa người, thường kèm theo phù não, tử vong
- Nhau bong non: RL đông máu nội mạch lan toả, khối máu tụ sau nhau, BHSS.  
+Phong huyết tử cung nhau: là một tình trạng rất nặng, chảy máu do NBN kèm nhồi máu, chảy máu ở TC và các phủ tạng khác. Thai nhi sẽ chết, tình trạng mẹ bị đe dọa nghiêm trọng.
- BHSS: Vòng bệnh lý RL đông máu làm máu chảy không cầm được, đờ TC, tử vong.
- Tăng nguy cơ TSG cho các lần mang thai sau, tăng nguy cơ bệnh tim mạch trong tương lai
- Tăng HA tồn tại càng lâu sau sinh, nguy cơ THA mạn càng cao

### 2. Trên thai

- Ngạt, suy thai, tử vong chu sinh
- Sản giật: tử vong thai
- Nhau bong non: gây sanh non tự nhiên, gây tử vong thai
- Sanh non do phải CDTK để điều trị ổn định cho mẹ: trẻ sanh quá non không thể nuôi được hoặc gây chậm phát triển trí não và vận động
- FGR: thiếu oxy trường diễn dẫn đến thai chậm tăng trưởng hay chết trong tử cung

## XỬ TRÍ

\*Quyết định chấm dứt thai kỳ hoặc kéo dài thai kỳ tùy thuộc vào từng trường hợp riêng biệt, dựa trên sự xem xét các vấn đề sau:

- Tình trạng của mẹ tại thời điểm đánh giá
  - +Tiên lượng diễn tiến bệnh có nặng không
  - + Mong ước của mẹ
  - + Đã có chuyển dạ chưa
- Tình trạng của con tại thời điểm đánh giá
  - + Sức khỏe thai
  - + Tuổi thai
  - + Ổi còn hay vỡ

\*Theo dõi sát HA cho đến 72h sau sinh cho tất cả trường hợp THA trong thai kỳ và theo dõi HA 7-10 ngày sau sinh tại địa phương.

### 1. THA hoặc TSG không dấu hiệu nặng:

\*Không có chỉ định dùng thuốc chống THA cho TSG không có dấu hiệu nặng.

\*Theo dõi tăng cường là nội dung chủ yếu của tiền sản giật không có biểu hiện nặng, và khi thai chưa đủ tháng (tuổi thai dưới 37 tuần). Các bước theo dõi:

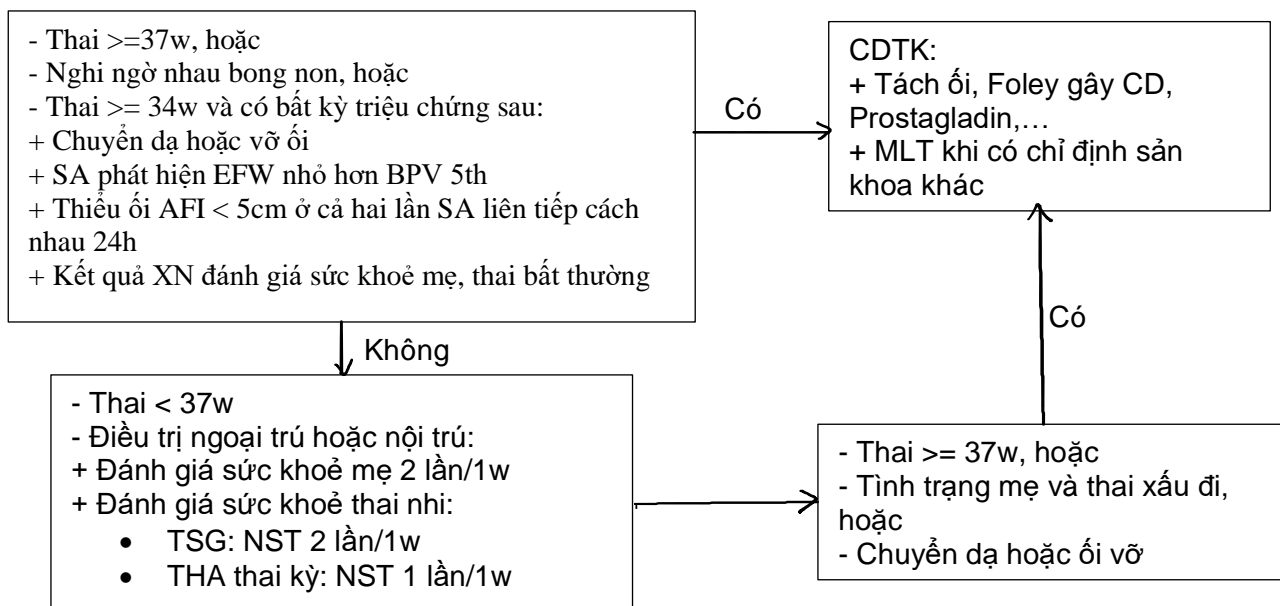
- Trước tiên xác nhận rằng không có biểu hiện lâm sàng chỉ điểm một tình trạng nặng
  - HA < 160/110 mmHg
  - Tiểu cầu > 100,000 / mm<sup>3</sup>
  - Men gan bình thường
- Kế đến xác nhận rằng không có biểu hiện lâm sàng chỉ điểm của FGR hay suy giảm trao đổi tử cung nhau
  - Kết quả test lượng giá sức khỏe thai bình thường
- Không dấu hiệu của các tình huống khẩn cấp như:
  - Chuyển dạ



- Cấp cứu sản khoa
- d. Khi đã xác nhận vắng mặt tất cả các yếu tố trên, có thể theo dõi ngoại trú. Khám 2 lần/1 tuần:
  - Về phía mẹ:
    - + Theo dõi HA 2 lần/tuần
    - + Đạm niệu mỗi lần khám thai
    - + XN: tiểu cầu, CN gan – thận mỗi tuần
    - + Chế độ ăn hợp lý (nhiều đạm, rau xanh, trái cây)
    - + Hướng dẫn bệnh nhân phát hiện dấu hiệu nặng (nhức đầu nhiều, nhìn mờ, đau thượng vị, thở nhanh)
    - + Hướng dẫn sản phụ đếm cử động thai
  - Về phía con: Lượng giá sức khỏe thai bằng BPP biến đổi như một test tầm soát.
    - + SA Doppler: xác định có FGR 2w/1 lần và đánh giá lượng ối 1w/1 lần
    - + NST: 1 lần/1w nếu THA thai kỳ, 2 lần/1w nếu TSG không dấu hiệu nặng.

**NHẬP VIỆN, CDTK khi:**

- Thai  $\geq 37w$ , hoặc
- Nghi ngờ nhau bong non, hoặc
- Thai  $\geq 34w$  và có bất kỳ triệu chứng sau:
  - + Chuyển dạ hoặc vỡ ối
  - + SA phát hiện EFW nhỏ hơn BPV 5th
  - + Thiếu ối AFI  $< 5cm$  ở cả hai lần SA liên tiếp cách nhau 24h



**2. TSG có dấu hiệu nặng**

\*Cần cân nhắc các yếu tố lợi ích của việc CDTK trên mẹ và ảnh hưởng của tình trạng non tháng và/hoặc của FGR trên con.

\*Các yếu tố ảnh hưởng đến quyết định can thiệp trong trường hợp có biểu hiện nặng bao gồm:

- Tuổi thai là: rất non (cực non-dưới 23 tuần, không có khả năng sống), non (từ 24 đến 34 tuần có khả năng sống nhưng cần một vài sự chuẩn bị trước sanh), gần trưởng thành (từ 34 đến 37 tuần, có khả năng sống cao), hay đã trưởng thành ( $> 37$  tuần).
- Tình trạng thai là có thể kéo dài đời sống trong TC để chờ chuẩn bị hay không thể kéo dài thêm nữa.
- Tình trạng nặng của TSG với biểu hiện rất nặng không thể kéo dài thêm như triệu chứng thần kinh, suy thận, nhau bong non, phù phổi, sản giật, hội chứng HELLP, DIC... hay có thể cho phép kéo dài thêm để thực hiện chuẩn bị cho thai.
- Tình trạng chuyển dạ hay vỡ ối.

\*Điều trị mong đợi: Thai  $< 34w$  với tình trạng mẹ và thai nhi ổn định, tiếp tục theo dõi thai được tiến hành tại các cơ sở có nguồn lực chăm sóc đặc biệt cho mẹ và trẻ sơ sinh đầy đủ.

\*Chích thuốc hỗ trợ phổi khi thai < 34w. Tuy nhiên không đợi đủ thời gian hỗ trợ phổi mà CDTK ngay khi có các dấu hiệu bắt buộc CDTK kể trên.

\*Nếu tình trạng mẹ - thai ổn định, trong vòng 48h sẽ CDTK khi có bất kỳ dấu hiệu sau:

- Vỡ ối hoặc Chuyển dạ
- Tiểu cầu < 100000/mm<sup>3</sup>
- Men gan tăng kéo dài ( $\geq 2$  lần giá trị bình thường)
- FGR (EFW nhỏ hơn BPV 5th)
- Thiếu ối (AFI < 5cm) (SA 2 lần cách nhau 24h)
- Bắt đầu suy thận hoặc nặng thêm tình trạng suy thận

\* Lưu ý:

- Quyết định CDTK không dựa vào yếu tố đạ m niệ u
- Chỉ định dùng thuốc chống THA khi HA tt  $\geq 160$ mmHg hoặc HAttr  $\geq 110$ mmHg

\*Theo dõi:

- Mẹ:
  - + Sinh hiệu mỗi 1h/lần
  - + Bilan dịch xuất nhập mỗi 8h/lần
  - + Dấu hiệu chuyển dạ
  - + XN bilan TSG mỗi 1-2 ngày
- Thai:
  - + Đếm cử động thai, NST mỗi ngày
  - + TD biểu đồ cân nặng thai và Doppler ĐM rốn mỗi tuần
  - + Phương pháp CDTK: tùy tuổi thai, ngôi thai, CTC, tình trạng mẹ - thai

Tuổi thai/ Tình trạng	Xử trí	Xử trí kèm theo
<b>Tình trạng nặng hoặc thai &lt; 23w</b>	Chỉ định CDTK: - Chuyển dạ được khởi phát bằng prostaglandin E2 (PGE2) đặt âm đạo, theo sau bằng oxytocin. - MLT khi có chỉ định sản khoa khác	Nếu BN không muốn CDTK, muốn giữ thai bằng mọi giá, thì có thể chấp nhận theo dõi tiếp nhưng phải tư vấn một cách chi tiết về nguy cơ rất cao của mẹ, dự hậu rất xấu của thai và tương lai bất định của trẻ.
<b>23w-32w6d</b>	Cần cân nhắc giữa kéo dài thai kỳ và chấm dứt thai kỳ (tùy theo tình trạng mẹ là nặng nhiều hay ít, tiên lượng lạc quan hay rất xấu, cũng như thai nhi còn cần bao lâu để đạt mức trưởng thành mà quyết định.) - Nếu chọn kéo dài thai kỳ thì CDTK ngay khi tình trạng mẹ - thai chuyển xấu	Nếu quyết định kéo dài thai kỳ được đặt ra thì có thể cân nhắc corticosteroids liệu pháp dự phòng suy hô hấp cấp và MgSO <sub>4</sub> liệu pháp dự phòng tổn thương não
<b>33w-34w0d</b>	Cân nhắc tình trạng mẹ có cho phép kéo dài thêm 48 giờ cho corticoids liệu pháp dự phòng suy hô hấp cấp hay không. Điều kiện quyết định để thực hiện corticosteroids liệu pháp là: (1) tình trạng mẹ phải đảm bảo cho việc kéo dài thai kỳ thêm 48 giờ mà không ảnh hưởng xấu đến mẹ (2) tình trạng tuần hoàn tử cung-nhau và dự trữ kiềm của con phải đảm bảo chịu đựng cuộc sống trong tử cung thêm 48 giờ => Nếu 2 điều kiện này cùng thỏa, chỉ định kéo dài thai kỳ ngắn hạn, thực hiện corticosteroids liệu pháp và CDTK khi liệu pháp có hiệu lực.	Nếu tình trạng mẹ hiện đang chuyển xấu, có thể cân nhắc kéo dài việc CDTK khi liệu pháp corticosteroids đạt tối thiểu 12h (24h nếu theo phác đồ Từ Dũ) mà không cần chờ đến 48h.
<b>34w1d-36w6d</b>	Có thể CDTK vô điều kiện: - Ưu tiên KPCD sanh thường để CDTK - MLT trong trường hợp KPCD thất bại hoặc trong các trường hợp mà tính mạng mẹ - thai đang nguy kịch, cần chấm dứt ngay.	- Dự phòng BHSS do thai phụ có nguy cơ BHSS cao - Nếu có FGR và suy tuần hoàn tử cung-nhau thể hiện qua test lượng giá sức khỏe thai, việc kéo dài thai kỳ chỉ là để chờ liệu pháp corticosteroids phát huy hiệu lực (tối thiểu 12h)

<b>&gt;= 37w0d</b>	<b>Chỉ định CDTK:</b> - Ưu tiên KPCD để CDTK (Dựa vào Bishop) - MLT trong trường hợp KPCD thất bại hoặc trong các trường hợp mà tính mạng mẹ - thai đang nguy kịch, cần chấm dứt ngay.	
--------------------	--	--

\*CDTK khi TSG dấu hiệu nặng xuất hiện trước 25w theo BV Từ Dũ (23w theo TBL BM Sản phụ khoa) hoặc bất kì tuổi thai nào khi có:

- Phù phổi
- Suy thận
- Nhau bong non
- Giảm tiểu cầu nặng
- Đông máu nội mạch lan toả
- Các triệu chứng não dai dẳng
- NST không đáp ứng (2 lần liên tiếp cách 4-6h ở tuổi thai 28-32w)
- SA Doppler ĐM rốn: mất hoặc đảo ngược sóng tâm trương
- Thai lưu

### **3. Sản giật**

#### **a. Xử lý cơn cơn giật**

- Trước tiên đặt cây ngáng lưỡi, hút đàm rãi, bảo đảm thông đường thở, và cung cấp oxy.
- Đo khí máu động mạch, điều chỉnh cân bằng kiềm- toan, để theo dõi hiệu quả của tình trạng thông khí sau cơn giật.
- Cần mở đường truyền tĩnh mạch.
- Cơn giật thường tự giới hạn. Không cần phải dùng đến các thuốc chống cơn giật
- Chỉ cần dùng MgSO<sub>4</sub> để điều trị phòng ngừa các cơn cơn giật có khả năng xảy ra sau đó:
  - + MgSO<sub>4</sub>: liều tấn công 3-4,5g tiêm TM, sau duy trì truyền TM 1-2g/giờ ít nhất 24h sau sinh
  - + Nếu bệnh nhân bị sản giật dù đang được truyền MgSO<sub>4</sub>, cần tiêm tĩnh mạch chậm thêm 2 gram MgSO<sub>4</sub> nữa, sau đó định lượng ion Mg<sup>++</sup> trong máu
- Đặt ống thông Foley để theo dõi chính xác lượng nước tiểu, nhằm phát hiện các triệu chứng nặng như vô niệu, và đồng thời để giúp quyết định điều trị với MgSO<sub>4</sub>.

#### **b. Quản lý sau cơn sản giật**

- Nếu mẹ có THA nhiều, thiếu niệu, dấu hiệu rối loạn về tim mạch thì nên cân nhắc đặt catheter TM trung tâm và nên theo dõi liên tục điện tim bằng monitor (biến động thường gặp trên EFM là nhịp tim thai nhanh, nhịp giảm muộn, có thể gặp nhịp tim thai chậm, hay nhịp giảm bất định)
  - \*Dấu hiệu lo ngại là khi biến động tim thai kéo dài hơn 20 phút mà chưa hồi phục. Điều này thể hiện hệ đệm của thai đã cạn kiệt, không còn đủ khả năng đệm khi đã xảy ra toan hô hấp.
- Sau cơn giật, phải nhanh chóng ổn định nội khoa.
- CDTK trong vòng 12h sau khi tình trạng nội khoa ổn định, không chờ đợi đủ thời gian tác dụng của liệu pháp corticosteroids:
  - + Khởi phát chuyển dạ bằng oxytocin nếu tình trạng cổ tử cung thuận lợi.
  - + MLT là biện pháp thích hợp, do tránh được stress do quá trình chuyển dạ và rút ngắn được thời gian nguy cơ xảy ra các cơn cơn giật kế tiếp. Khi mổ có thể gây mê toàn thân hoặc gây tê ngoài màng cứng với điều kiện là không có rối loạn đông máu.
- Không được dùng ergot alkaloids (ergometrin) để dự phòng hay điều trị bằng huyết sau sanh trong tiền sản giật- sản giật vì chúng làm tăng nguy cơ cơn cơn giật và tai biến mạch máu não.
- Xử trí suy thận cấp sau sản giật (theo dõi lượng nước tiểu do sản giật thường kèm theo thiếu niệu hay vô niệu, hậu quả của hoại tử ống thận cấp)
  - \*Nếu có thiếu niệu, cần truyền nhanh 1 lít dung dịch Glucose 5% trong 30 phút. Cảnh giác với phù phổi khi truyền nhanh. Nếu bài niệu vẫn không cải thiện, có thể đã có HTOT cấp. Trong trường hợp này, cần phải được chăm sóc tại chuyên khoa hồi sức tích cực nội khoa.

#### 4. Hội chứng HELLP

a. Trong mọi trường hợp, cần cố gắng ổn định bệnh nhân trước khi ra quyết định chấm dứt thai kỳ.

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, lượng nước tiểu.
- Theo dõi sát lượng dịch xuất nhập. Cần hạn chế lượng nước nhập < 100 mL/giờ để tránh phù phổi.
- Theo dõi dấu ngộ độc MgSO<sub>4</sub> nếu đang dùng MgSO<sub>4</sub>.
- Chuẩn bị 2 đơn vị máu đông nhóm, chuẩn bị sẵn tiểu cầu. Chỉ định truyền tiểu cầu trước và sau sanh khi tiểu cầu giảm dưới 50,000 /  $\mu$ L. Đối với bệnh nhân mổ lấy thai, nên truyền tiểu cầu khi tiểu cầu < 50,000 /  $\mu$ L trước khi mổ. Mọi bệnh nhân có tiểu cầu thấp phải được điều chỉnh trước phẫu thuật bằng cách truyền 6-10 đơn vị tiểu cầu.
- Nếu nghi có phù phổi cấp, cần tiêm tĩnh mạch 40 mg Furosemide, thực hiện X-quang phổi và điện tâm đồ.
- Theo dõi sát tim thai với monitoring thường xuyên.

b. CDTK

\*Chấm dứt thai kỳ trong khuôn khổ của cá thể hóa các quyết định điều trị, CDTK khi các điều kiện tiên quyết đã được giải quyết một cách thoả mãn:

- CDTK ngay khi thai  $\geq 34w$ , hoặc thai < 34w nhưng có dấu hiệu nặng lên: đông máu nội mạch lan toả, nhồi máu hay xuất huyết trong gan, phù phổi, suy thận, nhau bong non, NST không đáp ứng. Không chờ đợi đủ thời gian liệu pháp corticosteroids
- Thai < 34w, tình trạng mẹ - thai ổn định, có theo dõi 24h – 48h để chờ đợi đủ thời gian liệu pháp corticosteroids có hiệu quả.

\*Tuỳ theo tình trạng mẹ - thai có ổn định hay nguy kịch và tình trạng CTC có thuận lợi để sanh thường hay không mà lựa chọn phương pháp CDTK hợp lý.

#### 5. Xử trí sau sanh

- Theo dõi HA 12 tuần sau sanh, tư vấn nguy cơ TSG cho thai kỳ sau, cảnh báo nguy cơ bệnh tim mạch trong tương lai.
- 25-30% trường hợp sản giật và 30% trường hợp HELLP xảy ra trong thời gian hậu sản.
- Duy trì các biện pháp kiểm soát tăng huyết áp và dự phòng sản giật:
  - + Nếu bệnh nhân đang dùng MgSO<sub>4</sub> thì điều trị này phải được tiếp tục kéo dài 12-24h sau sanh
  - + Không nên kê toa NSAIDs để giảm đau hậu sản đối với bệnh nhân TSG nặng
  - + Nếu HA vẫn còn cao khi xuất viện, cần duy trì thuốc chống THA, và đánh giá lại sau 1 tuần
  - + Thông tin cho BN về những diễn biến có thể xảy ra trong thời kỳ hậu sản, cũng như nhắc lại các triệu chứng trở nặng của bệnh. Khi có bất thường, thai phụ phải được tái nhập viện
- Một thai phụ không có tiền sản giật trong thai kỳ vẫn có thể có tiền sản giật xuất hiện trong thời gian hậu sản (thường xảy ra 3-7 ngày sau sanh)

## THUỐC ĐIỀU TRỊ

### 1. Magnesium sulfate (MgSO<sub>4</sub>):

\*Dự phòng và chống co giật trong TSG có dấu hiệu nặng, HC HELLP, sản giật.

#### a. Liều dùng và cách dùng

- Có thể tiêm TM, truyền TM liên tục, tiêm bắp (hiếm dùng do đau + áp xe vùng tiêm)
- Để đạt được hiệu quả điều trị, nồng độ Mg<sup>++</sup> phải ở trong khoảng 4-6 mEq/L:
  - + Liều tấn công: 3 – 4,5 g MgSO<sub>4</sub> 15%/50ml dung dịch tiêm TM từ 15-20 phút (tùy thuộc vào cân nặng sản phụ và tiền căn sử dụng MgSO<sub>4</sub>)
  - + Duy trì 1-2 g/h truyền TM. Pha 6g MgSO<sub>4</sub> 15% vào chai Glucose 5% 500ml truyền TM xxx giọt/phút
  - + Tiêm bắp gián đoạn: tiêm bắp sâu mỗi giờ 1 g hoặc mỗi 4 giờ 5g, thêm Lidocain 2% để giảm đau
  - + Bơm tiêm điện: pha 6g MgSO<sub>4</sub> 15% + 2ml nước cất pha tiêm, bơm tiêm điện 7ml/h
- MgSO<sub>4</sub> dùng trước, trong và duy trì tối thiểu 24h sau sinh

#### b. Ngộ độc MgSO<sub>4</sub>

- Luôn phải chuẩn bị chất giải độc MgSO<sub>4</sub> là Calcium Gluconate
- Các dấu hiệu của ngộ độc MgSO<sub>4</sub> xuất hiện tuần tự theo nồng độ trong máu tăng dần của ion Mg<sup>++</sup>, được trình bày dưới đây:

Bảng 2: Nồng độ Mg <sup>++</sup> trong máu (mEq/dL)	Biểu hiện
1.5 - 3	nồng độ bình thường
4 - 6	nồng độ điều trị
5 - 10	thay đổi trên ECG
8 - 12	mất phản xạ xương bánh chè
10 - 12	lơ mơ, nói sáng
15 - 17	liệt cơ, khó thở
30	ngừng tim

- Theo dõi các dấu hiệu: PXGX (có), nhịp thở (> 12 lần), lượng nước tiểu (> 100 ml/4h) là bình thường. Khi có bất thường thì phải:

- + Ngưng MgSO<sub>4</sub>
- + Dùng Calcium Gluconate 10% 10ml tiêm TM 1g trong thời gian không dưới 10 phút
- + Đặt nội khí quản nếu bệnh nhân suy hô hấp, ngưng thở

#### c. Lưu ý:

- MgSO<sub>4</sub> làm cho co giật không thể xảy ra chứ không điều trị bệnh sinh của TSG.
- MgSO<sub>4</sub> không thay thế cho thuốc chống tăng huyết áp. Dùng MgSO<sub>4</sub> thì hai điều trị nền tảng, căn cơ nhất là:
  - + Điều trị kiểm soát huyết áp.
  - + Chấm dứt thai kỳ sau điều trị nội khoa.

### 2. Thuốc chống THA

\*Chỉ định: HA tt >= 160 mmHg hoặc HA ttr >= 110 mmHg

\*HA đạt sau điều trị:

- HA trung bình sau 2h không giảm quá 25% so với HA ban đầu
- HA tâm thu ổn định ở mức 140 – 150 mmHg
- HA tâm trương ổn định ở mức 90 – 100 mmHg

#### a. Labetalol (Ức chế thụ thể alpha, beta)

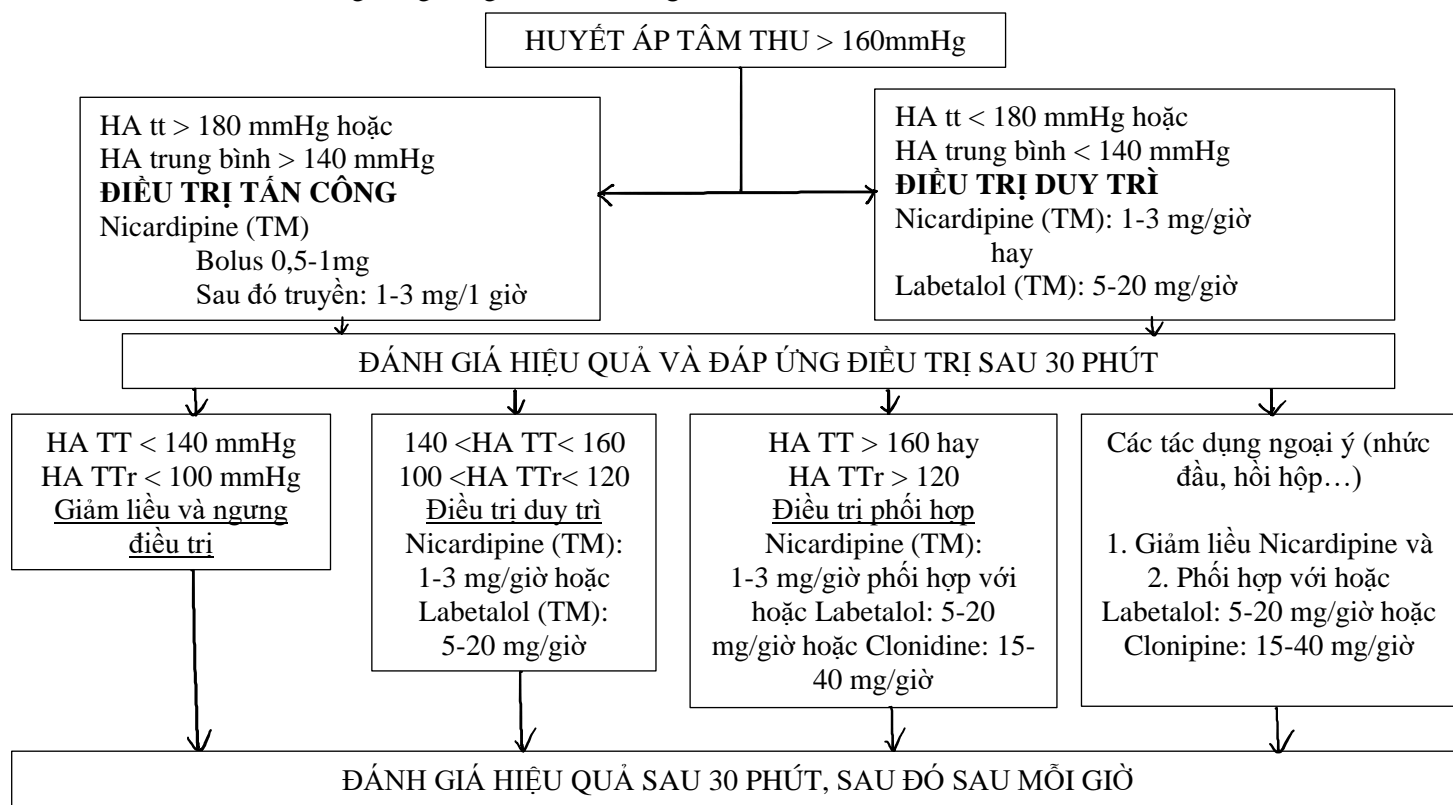
- Tấn công: bắt đầu 10-20 mg TM, sau đó mỗi 20-80 mg mỗi 20-30p, tổng liều tấn công để hạ áp < 300 mg. Có thể truyền TM 1 – 2 mg/phút. HA sẽ hạ sau 5-10p và kéo dài 3-6h
- Duy trì (khi HA ổn định): Labetalol (uống): 100-200 mg x 2-3 lần/ngày. Liều tối đa 1200mg/24h

\*CCĐ: hen suyễn, bệnh tim, suy tim sung huyết, nhịp chậm xoang

#### b. Hydralazine (giãn mạch ngoại vi trực tiếp)

- Có thể kết hợp hydralazin và labetalol để điều trị tốt hơn.
- Cách dùng:
  - + Tiêm TM 5 mg/1-2p, sau đó 5-10 mg mỗi 20-40p, hoặc TTM 0,5-10 mg/giờ
  - + Nếu tổng liều 30mg không kiểm soát được HA nên chuyển thuốc khác

- + HA sẽ hạ sau 10-30 phút và kéo dài trong 2-4 giờ.
- Hydralazine được chứng minh có hiệu quả trong phòng ngừa xuất huyết não.
- \*CCĐ: bệnh động mạch vành, van 2 lá do thấp, phình động mạch chủ cấp, lupus ban đỏ
- c. Nicardipin (chẹn kênh Calci)
  - Tác dụng chống tăng huyết áp của nicardipin rất mạnh. Nicardipin có thể dùng trong tiền sản giật nặng khi thất bại với các thuốc khác
  - Cách dùng:
    - + Ống 10 mg/10 ml pha với 40 ml Glucose 5%
    - + Tần công: 0,5-1 mg (2,5-5 ml) tiêm TM chậm
    - + Duy trì bơm tiêm điện 1-3 mg/giờ (5-15 ml/giờ). Nếu không đáp ứng sau 15p tăng 2,5 mg/giờ tối đa 15 mg/giờ
    - + HA sẽ hạ sau khoảng 10p và kéo dài trong 8 giờ
  - \*CCĐ: cơn đau thắt ngực không ổn định hoặc cấp tính, sốc tim, hẹp van động mạch chủ giai đoạn muộn, thận trọng khi dùng trong TCN I VÀ TCN II, có thể dùng trong TCN III
- d. Nifedipine (chẹn kênh Calci)
  - Phối hợp nifedipin và MgSO<sub>4</sub> có thể dẫn đến tụt huyết áp.
  - Cách dùng:
    - + Tần công: uống 10-20 mg, lặp lại 30p nếu cần. Sau đó duy trì 10-20 mg mỗi 6-8h
    - + Duy trì: uống 30-120 mg/ngày, viên tác dụng kéo dài
    - + Tác dụng phụ: nhịp tim nhanh, nhức đầu, hồi hộp
- e. Methyldopa (ức chế thụ thể alpha trung ương)
  - Alpha methyldopa là thuốc được xem là an toàn nhất trong suốt thai kỳ.
  - Cách dùng: Methyldopa 250 mg, uống 1-2 v/lần x 2-3 lần/ngày, liều tối đa 3 g/ngày
  - Tác dụng phụ gồm trầm cảm, buồn ngủ, chóng mặt, thay đổi chức năng gan...
  - \*CCĐ: VG cấp, mạn, xơ gan, tiền sử VG do thuốc, thiếu máu tán huyết, trầm cảm trầm trọng
- f. Thuốc lợi tiểu: Furosemide
  - \*Lợi tiểu không được dùng trong TSG. Nó chỉ được dùng khi có chỉ đặc biệt như suy thận-vô niệu trong sản giật hay hội chứng HELLP, doạ phù phổi cấp và phù phổi cấp, phù não
  - Cách dùng: Furosemide 1 ống 20 mg x 8 ống – tiêm TM chậm
  - Không dùng dung dịch ưu trương



## THAI DỊ TẬT BẨM SINH

### A. CÔNG CỤ TẦM SOÁT LỆCH BỘI

1. Combined test (double test + NT) (11w0d – 13w6d):
  - Double test (giá 400k) khảo sát 2 chỉ báo là PAPP-A và free  $\beta$ -hCG:
    - + PAPP-A: Thai nhi bị trisomy 21, nồng độ PAPP-A giảm so với thai bình thường
    - + Free  $\beta$ -hCG: Thai nhi bị trisomy 21, nồng độ free  $\beta$ -hCG tăng so với thai bình thường.
  - NT: là một marker đơn độc có chỉ báo rất mạnh về tình trạng lệch bội hay dị tật tim bẩm sinh
  - Combined test: DR=85-90% với FPR =5%
  - Combined test plus: kết hợp thêm khảo sát PIGF
2. Triple test (15w – 22w):
  - Có độ tin cậy cao nhất ở 16w – 18w
  - Triple test gồm 3 thành tố huyết thanh hCG, AFP và estriol không liên hợp (uE3):
    - + AFP:
      - AFP gia tăng, cần nghĩ đến các bất thường ở thai nhi như thoát vị rốn, khiếm khuyết ống thần kinh
      - Thai nhi bị lệch bội như trisomy 21 và trisomy 18, nồng độ AFP thấp hơn so với thai bình thường khác
    - + uE3: Thai nhi bị lệch bội như T21 và T18, nồng độ uE3 thấp hơn so với các thai bình thường
  - DR=50-70%
3. Siêu âm
  - \*Xác định nhóm thai có mang khiếm khuyết cấu trúc nhìn thấy trước sinh, và do đó mang nguy cơ đặc biệt cao với bất thường nhiễm sắc thể
  - a. Siêu âm cuối TCN I (làm cùng double test): Khảo sát:
    - Đánh giá số đo sinh học và kết luận về tuổi thai
    - Khảo sát chi tiết lần đầu hình thái học thai nhi
    - Tầm soát lệch bội và bất thường ống TK thông qua các dấu chỉ điểm siêu âm (soft-markers)
    - Tầm soát các bệnh lý thai phụ có thể xuất hiện trong thai kỳ (tiền sản giật)

Khảo sát các marker của lệch bội là mục tiêu trọng yếu của siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ. NT chỉ báo có giá trị và thông dụng nhất.

Nguy cơ cao với lệch bội khi có:

1. NT  $\geq 95^{\text{th}}$  percentile so với CRL
2. Bất sản hay thiếu sản xương mũi
3. Góc hàm mặt  $> 90^\circ$
4. Dòng phụt ngược trên phổ Doppler van 3 lá
5. Sóng đảo ngược trên phổ Doppler ống tĩnh mạch

- c. Siêu âm tầm soát lệch bội 3 tháng giữa thai kỳ (15w-18w):

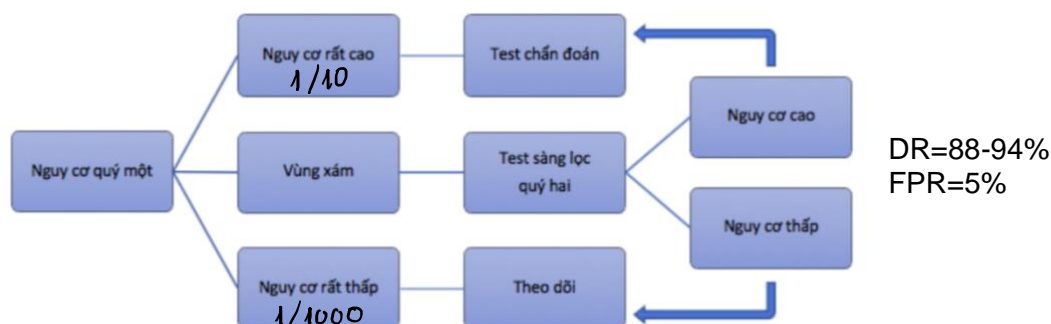
Bảng 1: Các soft marker thông dụng		LR +	LR -
1	Độ dày sau gáy (nuchal fold)	23.3	0.8
2	Động mạch dưới đòn phải bất nguồn sai (aberrant right subclavian artery)	21.48	0.71
3	Xương mũi ngắn	23.27	0.46
4	Tăng phản âm ruột (hyperechoic bowel)	11.44	0.9
5	Nốt phản âm sáng ở tim (echogenic intracardiac focus)	5.83	0.8
6	Xương đùi ngắn (short femur)	3.72	0.8
7	Giãn não thất (ventriculomegaly)	27.52	0.94
8	Dãn bể thận ( $\geq 4\text{mm}$ vào 16-20 tuần) (pyelectasis)	7.63	0.92

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/uog.12364>

- Các soft marker được dùng để hiệu chỉnh nguy cơ nên được sử dụng kết hợp, tức là khi một chỉ báo nhất định xuất hiện đơn độc, cần tính chung cả LR - của những chỉ báo không xuất hiện
- Kết quả cuối cùng của phép toán được gọi là nguy cơ hiệu chỉnh. Nguy cơ hiệu chỉnh là tích số của nguy cơ huyết thanh và khả dĩ dương/âm của chỉ báo

4. NIPT (NIPS):

- DR > 99% và FPR < 1% cho T21
- Dựa trên cơ sở cell-free DNA nguồn gốc bánh nhau
- Không được xem là test chẩn đoán lệch bội
- NIPT được thực hiện sớm nhất từ tuần thứ 10 thai kỳ
- NIPT có thể được khuyến cáo ở các bối cảnh sau:
  - + Thực hiện trực tiếp mà không thông qua các test tầm soát khác ở những thai phụ có nguy cơ cao với T13, 18, 21 khi hiểu rõ giới hạn (ví dụ, thiếu thông tin về tiền lượng kết cục xấu thai kỳ)
  - + Kết hợp có điều kiện với test sàng lọc 3 tháng đầu hoặc 3 tháng giữa (khi nguy cơ ở vùng xám)
- Khuyến cáo:
  - + Ở thai phụ đã lựa chọn NIPT làm sàng lọc lệch bội ban đầu, việc chỉ định siêu âm quý một chỉ với mục tiêu đơn thuần đo khoảng thấu âm gáy là không được khuyến cáo: siêu âm quý một trong bối cảnh này cần đáp ứng nhu cầu khác như đánh giá hình thái học thai, đánh giá động mạch tử cung... chứ không nhằm đi tìm soft-marker.
  - + Một soft-marker đơn độc trong bối cảnh NIPT âm tính không phải là một chỉ định được khuyến cáo cho test chẩn đoán.
  - + NIPT không được khuyến cáo trong bối cảnh siêu âm ghi nhận không phải soft-marker mà là bất thường cấu trúc rõ. Trong hoàn cảnh này, chỉ định test chẩn đoán, với việc phân tích nhiễm sắc thể đồ bằng microarray là chỉ định được khuyến cáo.
  - + NIPT âm tính không phải là điều kiện để bỏ qua một siêu âm tầm soát hình thái học trong chăm sóc thai kỳ ở quý hai.



## B. CÔNG CỤ CHẨN ĐOÁN LỆCH BỘI

### 1. Sinh thiết gai nhau (10w-12w0d):

- Có thể CVS thực hiện qua ngả âm đạo hay qua ngả bụng:
  - + CVS thực hiện qua đường âm đạo dùng catheter Portex có đường kính trong 0.89 mm, qua cổ tử cung đến vị trí của nhau, dưới hướng dẫn của siêu âm qua đường bụng.
  - + CVS qua ngả bụng dùng kim 20 G, 9 cm, qua cơ tử cung dưới hướng dẫn của siêu âm
- Có nguy cơ sai sót (trong trường hợp khảo sát nhằm thể khảm)
- Nguy cơ, biến chứng của CVS cho thai phụ: mất thai (2%)-nguy cơ mất thai là tương đương giữa CVS thực hiện qua ngả âm đạo và CVS thực hiện qua ngả bụng, vỡ ối, nhiễm trùng và chảy máu.
- Phải cấy dịch âm đạo tìm lậu cầu. Bàng quang phải trống.
- Luôn kiểm tra lại tim thai sau khi hoàn tất thủ thuật.

### 2. Chọc ối (15w-17w hoặc muộn hơn nữa):

- Phân tích bộ nhiễm sắc thể thai nhi, chẩn đoán bệnh lý di truyền tế bào, bệnh lý rối loạn chuyển hóa, bệnh lý tự miễn, hoặc nhiễm trùng trong buồng ối như Rubella, CMV ....
- Biến chứng của chọc ối gồm mất thai (0.4-1%), nhiễm trùng ối, màng ối vỡ non và sanh non, chàm thương mẹ và chàm thương các cơ quan của thai nhi.
- Luôn phải kiểm tra lại tim thai sau khi hoàn tất thủ thuật.



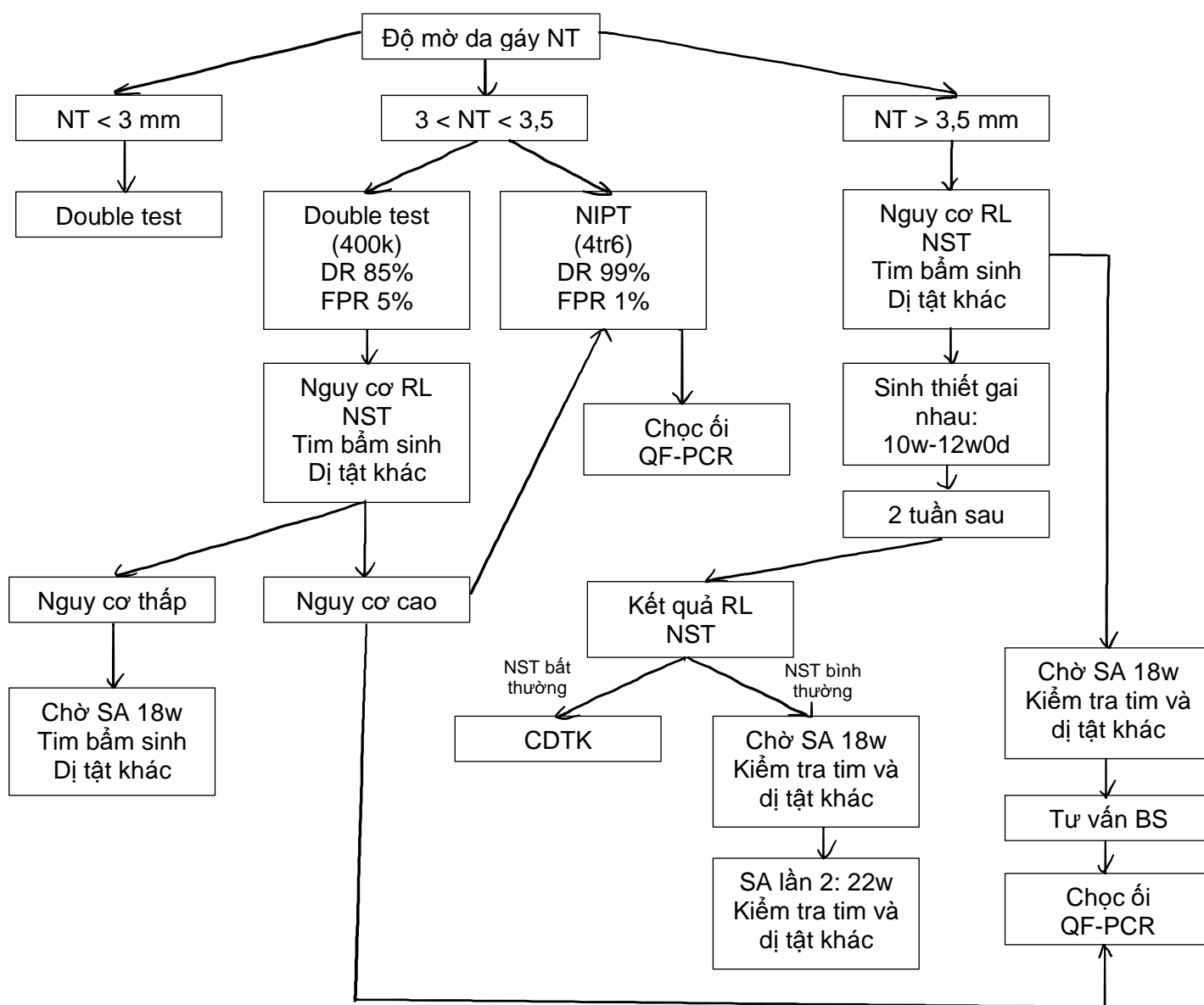
3. Chọc máu cuống rốn (khoảng tuần 20)
  - Lấy máu thai nhi nhằm đánh giá bộ nhiễm sắc thể thai nhi, chẩn đoán nhiễm trùng bào thai, bệnh lý gene, bệnh lý Rhesus, phân tích khí máu động mạch thai nhi.
  - Biện chứng của chọc dò cuống rốn gồm nhịp tim thai chậm, chảy máu cuống rốn nơi đâm kim, nhiễm trùng.
4. Kỹ thuật khảo sát vật liệu di truyền

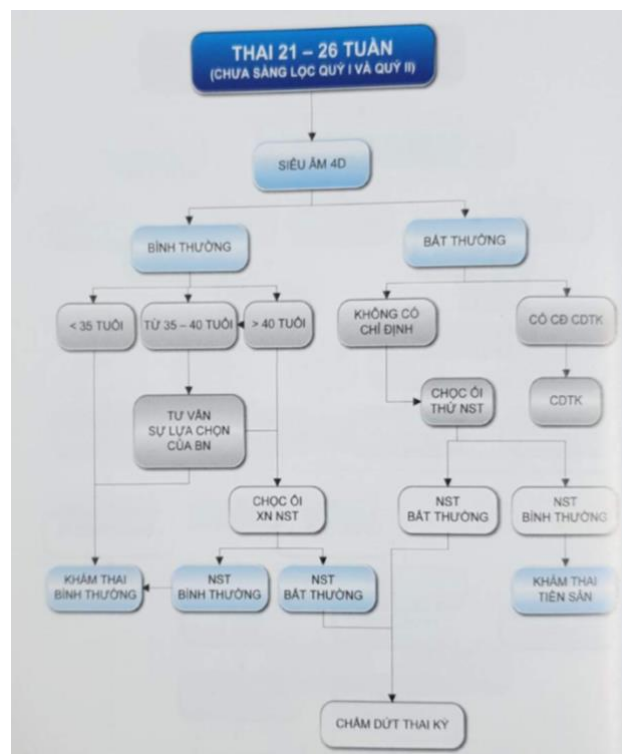
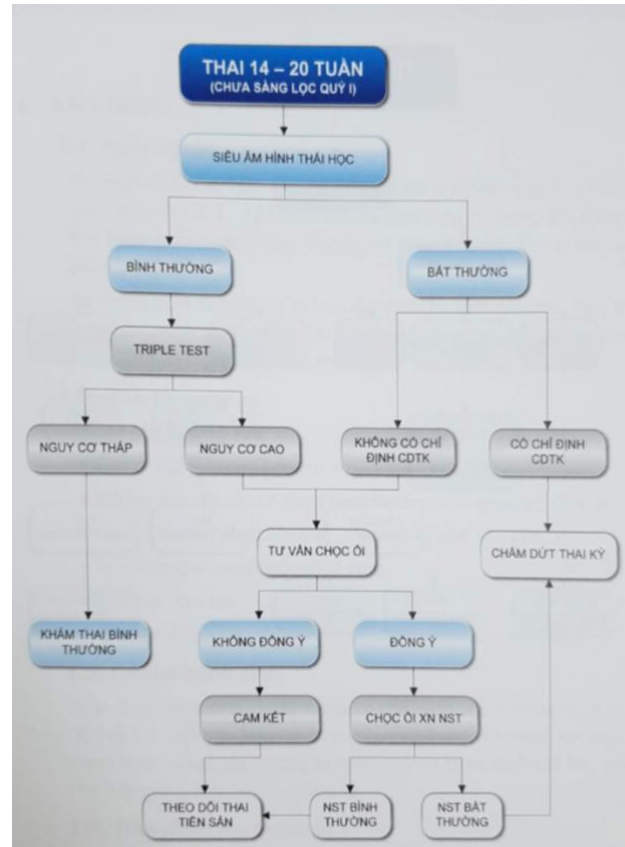
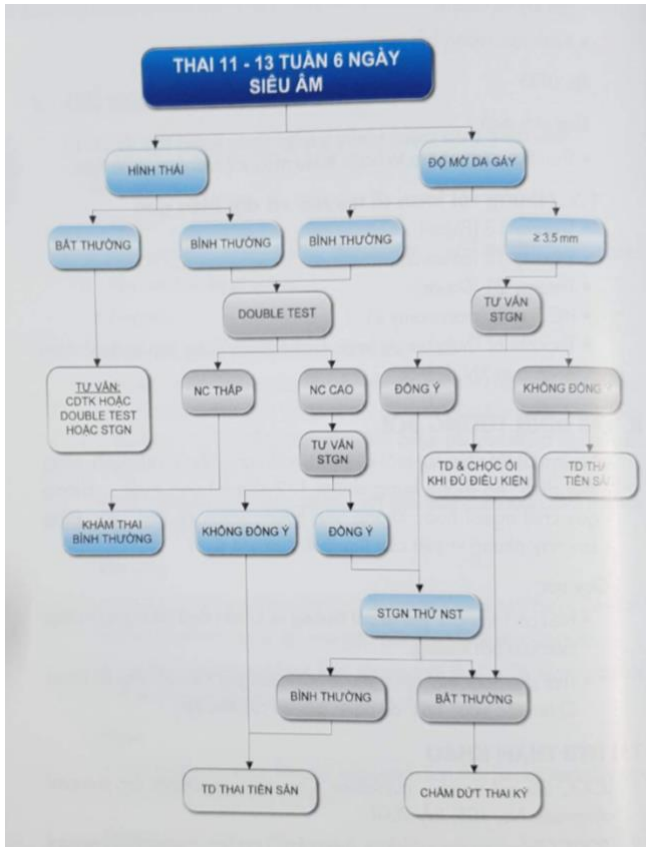
Tên XN	Khảo sát	SI NST	Thời gian có kết quả	Giá tiền	Kĩ thuật
<b>NIPT</b>	Cell-free DNA	5 cặp	2 tuần	4tr6	Nhận diện và giải trình tự các mảnh vụn DNA của thai, có nguồn gốc từ các nguyên bào nuôi, sau đó tái dựng lại cấu trúc DNA, và so sánh với mức kỳ vọng ở một thai đẳng bội
<b>FISH</b>	Số lượng NST	5 cặp	2 tuần	3tr	Lai huỳnh quang
<b>QF-PCR</b>	Số lượng NST, Bất thường mất đoạn > 2Mb	5 cặp	Nhanh (2-3 ngày) Từ Dữ 2w	1tr7	Khuếch đại các đoạn ADN ngắn lặp lại đặc hiệu ( <a href="#">STR</a> ), đánh dấu bằng tín hiệu huỳnh quang và định lượng bằng điện di mao quản.
<b>Karotype</b>	Cấu trúc, số lượng NST	23 cặp	2 tuần Nguy cơ nuôi cấy TB thất bại	600k-700k	Nuôi cấy trong đĩa hoặc ống môi trường đặc biệt ở phòng thí nghiệm. Sau thời gian thích hợp sẽ thu hoạch các tế bào, nhỏ lam và nhuộm. Sau đó quan sát dưới kính hiển vi
<b>Array CGH</b>	Số lượng, Cấu trúc NST (vi đoạn) 5-10Kb	23 cặp	1 tuần	5tr6	So sánh bộ gen của bệnh nhân với bộ gen tham chiếu và xác định sự khác biệt giữa hai bộ gen và từ đó xác định khu vực mất cân bằng bộ gen ở bệnh nhân, sử dụng cùng các nguyên tắc huỳnh quang cạnh tranh
<b>Chọc ối (Array CGH) + TORCH</b>	Cấu trúc NST (vi đoạn) + nhiễm trùng ối	23 cặp	1 tháng	8tr-9tr	ARRAY CGH kèm bộ XN TORCH để xác định nguyên nhân gây FGR sớm có phải do nhiễm trùng hay dị tật bẩm sinh không

### **C. CHỈ ĐỊNH CDTK Ở NHỮNG THAI DTBS NẶNG**

1. Chỉ định tuyệt đối
  - a. DTBS nặng phát hiện qua siêu âm
    - Đầu mặt cổ
      - Vô sọ
      - Não úng thủy nặng: lượng dịch chiếm > 1/2 thể tích hộp sọ hoặc nhu mô não bị huỷ
      - Chẻ não
      - Holoprosencephaly: một não thất duy nhất
      - Thoát vị não – màng não khi khối thoát vị có nhu mô não và tuổi thai < 26w. Nếu khối thoát vị chỉ có dịch não tủy hoặc tuổi thai > 26w cần hội chẩn tiền sản, hội chẩn chuyên khoa ngoại TK, phẫu nhi
      - Nang bạch huyết vùng cổ thai với tuổi thai < 26w. Đối với thai > 26w nên chọc ối
    - Cột sống
      - Tật nứt đốt sống có kèm thoát vị tủy màng não tủy với tuổi thai < 26w
      - Cột sống biến dạng: gù vẹo gập góc khi tuổi thai < 26w
      - Thai > 26w có những dị tật kể trên, cần hội chẩn chuyên khoa ngoại TK, phẫu nhi
    - Ngực
      - Tim: không có vách liên nhĩ hoặc vách liên thất (có kết quả SA Viện Tim); thiếu sản tim trái
    - Bụng
      - Thoát vị rốn với khối thoát vị đường kính > 1/2 đường kính ngang bụng có chứa gan và ruột với tuổi thai < 26w
      - Hở thành bụng: các tạng gan, ruột ra ngoài thành bụng

- Chi
  - Cụt chi: không có xương cánh tay/chân và xương cẳng tay/chân (cả tay và chân)
  - Bệnh tạo xương bất toàn
- Đa DTBS
- Thai tích dịch
  - Thai tích dịch có tim to hoặc thiếu niệu với tuổi thai < 26w
- b. Những rối loạn di truyền và đột biến gen
  - T13, T18, T21
  - HC Turner (XO)
  - Thai bị Thalassemia hoặc Thalassemia đồng hợp tử được chẩn đoán qua XN dịch ối
- 2. Chỉ định tương đối
  - \*Những dị tật như: sứt môi chẻ vòm, chi ngắn, thoát vị hoành, song thai dính, hở thành bụng chiếm 1/2 thành bụng trước... không gây chết người hoặc không ảnh hưởng nặng nề đến cuộc sống sau này nhưng vì yêu cầu tha thiết của gia đình
  - \*Quy ước:
    - Nếu có 1 trong 2 yếu tố bất thường sẽ tư vấn theo hướng xử trí tiếp theo của bất thường
    - Thai phụ hoặc thai kỳ có yếu tố bất thường sẽ theo dõi thai tại Khoa Chăm sóc trước sinh để đánh giá kết cục thai kỳ





## SANH NGẢ ÂM ĐẠO TRÊN THAI PHỤ CÓ VẾT MỔ SANH CŨ (VBAC)

### A. Điều kiện

- Sẹo mổ ngang đoạn dưới TC
- Chỉ định mổ lấy thai lần trước không tồn tại (nhau tiền đạo, nhau bong non, thai suy cấp trong chuyển dạ, ngôi bất thường, bất xứng đầu chậu,...)
- Ngôi chằm
- Khung chậu và trọng lượng thai nhi tương ứng
- Không kèm biến chứng nội khoa hay sản khoa
- Đủ điều kiện phẫu thuật cấp cứu
- VMC > 18 tháng

### B. Chống chỉ định

- Chỉ định MLT lần trước tồn tại (khung chậu hẹp/méo, TC dị dạng,...)
- Số lần mổ  $\geq 2$  lần
- Sẹo mổ dọc thân TC hay chữ T, bóc NXTC, xén góc TC (thai ngoài TC đoạn kờ)
- Tiền căn vỡ TC
- Ngôi bất thường (mông, ngang,...)
- Nghi ngờ bất xứng đầu chậu
- Dị dạng TC
- Con to
- Song thai đủ tháng
- Chống chỉ định sinh ngã âm đạo (nhau tiền đạo,...)
- Không đủ điều kiện phẫu thuật cấp cứu

### C. Xử trí

- Lý tưởng nhất là chờ chuyển dạ tự nhiên (không can thiệp < 41w nếu không có chỉ định)
- Nếu có chỉ định KPCD nên dùng biện pháp cơ học: lóc ối, foley. Chống chỉ định misoprotol
- Nhập viện khi có dấu chuyển dạ
- Tại khoa sanh
  - + Đánh giá tình trạng mẹ và thai
  - + Khi vào chuyển dạ giai đoạn hoạt động lập đường truyền TM
  - + Theo dõi tim thai và cơn gò bằng monitor
  - + Theo dõi sinh hiệu mỗi 2h trong giai đoạn tiềm thời, mỗi 1h trong giai đoạn hoạt động
  - + Nếu cơn gò TC không đủ, chỉnh gò bằng Oxytocin (bơm tiêm điện): Oxytocin 5 IU 1 ống 1ml pha với 49ml nước cất hoặc Glucose 5% bơm tiêm điện 0,6 ml/giờ (tương ứng với liều 1 mIU Oxytocin/phút). Sau 15-30p, nếu gò không đủ, chỉnh liều tăng mỗi 1 mIU Oxytocin, liều tối đa không quá 36 mIU Oxytocin/phút
  - + Giảm đau ngoài màng cứng có thể được sử dụng an toàn trong suốt nghiệm pháp sinh ngã ÂĐ
  - + Diễn tiến thuận lợi: có thể sinh tự nhiên hoặc giúp sinh khi đủ điều kiện
  - + Việc soát lòng TC kiểm tra vết mổ chỉ cần thiết khi có dấu hiệu nghi ngờ nứt vết mổ

### D. Chỉ định ngưng làm VBAC và thực hiện MLT

- Thai trình ngưng tiến triển
- Tim thai bất thường
- Nghi ngờ nứt vết mổ. Dấu hiệu nứt VMC hoặc vỡ TC:
  - + Nhịp tim thai bất thường
  - + Xuất huyết âm đạo
  - + Tiểu máu
  - + Giảm cường độ cơn gò
  - + Có thể sờ bằng tay thấy khuyết nơi VMC
  - + Các dấu hiệu của sốc giảm thể tích

**E. Lợi ích – bất lợi**

**a. MLT tiếp tục**

\*Bất lợi lớn nhất là đẩy bệnh nhân vào những nguy cơ của cuộc mổ:

- Lấn mang thai sau bắt buộc phải MLT do có tiền căn MLT  $\geq 2$  lần
- Tăng nguy cơ nhau cài răng lược, nhau bám VMC, vỡ TC
- Sinh mổ có thể có tác dụng phụ hay tai biến có thể ảnh hưởng đến tính mạng: Những tai biến khi gây tê, gây mê cho mẹ và bé.
- Sinh mổ nguy cơ mất máu nhiều hơn sinh thường làm tăng nguy cơ băng huyết sau sinh.
- Tử cung có sẹo mổ sẽ ảnh hưởng lên lần mang thai sau, có thể mất thẩm mỹ.
- Bất cứ một cuộc mổ nào ở ổ bụng cũng có nguy cơ tổn thương, dính các cấu trúc trong ổ bụng, xuất huyết, nhiễm trùng vết mổ, liệt ruột, tắc ruột.
- Thuyên tắc phổi do huyết khối TM hoặc do nước ối (thuyên tắc ối)
- Thời gian hồi phục khi sinh mổ kéo dài hơn so với sinh thường. Chăm sóc mẹ bầu sau khi sinh mổ cũng phức tạp hơn so với sinh thường và cần thời gian để hồi phục lâu hơn.
- Trẻ sinh mổ không được tiếp xúc với các vi khuẩn có lợi ở mẹ nên chậm phát triển hệ miễn dịch, chậm hình thành các vi khuẩn đường ruột có ích.
- Trẻ sinh mổ sẽ chậm hấp thu dịch phổi hơn so với trẻ sinh thường, dễ mắc các bệnh hô hấp hơn nên trẻ sinh mổ hay bị khó khê. Trẻ có nguy cơ bị chạm thương trong phẫu thuật.
- Tử vong chu sinh cao hơn so với sinh thường

\*Nhưng bên cạnh những bất lợi trên thì MLT cũng có những mặt tích cực như chỉ động được cuộc sanh, xử trí nhanh chóng trong các tình trạng cấp cứu, giải quyết được những chống chỉ định của việc sanh thường

**b. VBAC**

\*Tránh được toàn bộ nguy cơ của cuộc mổ là lợi ích lớn nhất của sanh thường:

- Lấn mang thai sau không có chỉ định bắt buộc MLT
- Sau khi sinh người mẹ hồi phục nhanh, có thể đi lại ăn uống và có thể chăm sóc con ngay sau sinh. Sau 2 giờ đầu mẹ có thể cho con bú, từ đó bảo vệ được nguồn sữa mẹ. Giảm chi phí cuộc sinh so với sinh mổ
- Sinh thường giúp TC co hồi tốt hơn giảm lượng máu mất sau sinh và hạn chế ứ sản dịch.
- Trẻ sinh thường được bú sữa mẹ sau những giờ đầu giúp bé không bị hạ đường huyết, thuận lợi cho quá trình tăng trưởng và phát triển của bé.
- Trẻ sinh thường, khi đi qua âm đạo của mẹ, cơ thể bé sẽ tiếp xúc với các vi sinh vật có lợi, từ đó kích thích hệ miễn dịch của trẻ.
- Trong quá trình sinh áp lực ép của đường sinh giúp cho trẻ đẩy các dịch trong phổi ra ngoài nhiều hơn so với trẻ sinh mổ, hạn chế nguy cơ bệnh đường hô hấp.
- Có thể dùng biện pháp giảm đau sản khoa! ảnh hưởng không lớn đến thai phụ và thai nhi

\* Tuy nhiên, đây chỉ là theo dõi để sinh thường, không có nghĩa là chắc chắn hoàn toàn không phải mổ, có những vấn đề có thể xảy ra trong quá trình theo dõi sinh thường như vết mổ cũ đau, có nguy cơ vỡ TC hay nứt VMC, bất tương xứng đầu chậu, tim thai yếu (thai suy) trong quá trình chuyển dạ thì đây là những vấn đề cấp cứu của cả mẹ và thai, cần phải chấm dứt VBAC và chuyển thành MLT để bảo đảm sự an toàn của thai phụ và thai nhi.

**c. Tiến trình thực hiện và đảm bảo an toàn cho VBAC (như phần xử trí + chỉ định chấm dứt VBAC và thực hiện MLT cấp cứu bên trên)**

## THALASSEMIA

### A. Thiếu máu thiếu sắt

\*Chẩn đoán thiếu máu thiếu sắt và thiếu máu do thiếu acid folic trong thai kỳ dựa trên huyết đồ và dựa trên nồng độ ferritin huyết thanh. Huyết đồ cho thấy thiếu máu hồng cầu nhỏ, nhược sắc:

- Nồng độ Hb < 11 g/dL
- Hct < 30%
- MCV (mean cell volume) < 80 fL
- MCH (mean cell hemoglobin) < 28 pg
- MCHC (mean cell hemoglobin concentration) < 32 g/dL.

- **Ferritin huyết thanh <10-50 µg/L (có thể xuống < 10 µg/L trong trường hợp nặng)**

\*Điều trị thiếu máu thiếu sắt và thiếu acid folic trong thai kỳ thông thường là sắt qua đường uống, với liều 100-200 mg sắt nguyên tố/ngày, uống trong các bữa ăn.

### B. Thalassemia

\* $\beta$  Thalassemia thường nặng hơn  $\alpha$  Thalassemia

#### a. $\alpha$ Thalassemia

\* $\alpha$ -thalassemia có 4 thể:

- Hội chứng thai nước (Hb Bart's) do mất hết cùng lúc cả bốn gene  $\alpha$ -globulin:
  - + Tiên lượng rất nặng, thường tử vong ở 30w đến ngay sau sinh
  - + Thai nhi bị phù, tràn dịch đa màng
- Bệnh Hemoglobin H do mất ba gene  $\alpha$ -globin:
  - + Tiên lượng TB – nặng. Biểu hiện lâm sàng: tán huyết, thiếu máu, lách to
  - + Đặc điểm gồm thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc, lách to, nồng độ HbA2 bình thường hoặc tăng nhẹ.
- Bệnh  $\alpha$ -thalassemia thể nhẹ do mất hai gene  $\alpha$  trên cùng một nhiễm sắc thể:
  - + Không có triệu chứng lâm sàng. Về mặt huyết học có thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc nhẹ, HbA2 và HbF bình thường.
- Người mang gen bệnh mất một gene  $\alpha$ -globin, hoàn toàn không có triệu chứng

#### b. $\beta$ Thalassemia

\* $\beta$ -thalassemia có 3 thể, với đặc điểm lâm sàng, huyết học bệnh khác nhau:

- Thể nặng: đồng hợp tử một đột biến hay dị hợp tử kép hai đột biến  $\beta 0$ 
  - + Bệnh biểu hiện khi trẻ mới sinh hoặc vài tháng tuổi.
  - + Lâm sàng: thiếu máu nặng, vàng da, gan lách to...
  - + Trẻ cần được truyền máu thải sắt để duy trì sự sống.
  - + Huyết đồ: số lượng hồng cầu giảm, nồng độ Hb < 70 g/l, MCV, MCH giảm, ferritin bình thường hoặc tăng. Điện di Hb: HbF và HbA2 tăng
- Thể trung gian: kết hợp hai đột biến  $\beta +$  hoặc kết hợp một đột biến  $\beta +$  và một đột biến  $\beta 0$ 
  - + Thiếu máu nhẹ hơn, bệnh biểu hiện muộn hơn
- Thể ảm (người lành mang gen bệnh) thường do dị hợp tử một đột biến
  - + Hiếm khi có triệu chứng lâm sàng, chỉ phát hiện khi xét nghiệm máu tình cờ
  - + Huyết đồ: Nồng độ Hb giảm nhẹ, MCV và MCH giảm. HbA2 tăng (3.5-7%), có kèm theo hay không kèm tăng HbF (1-3%) tùy loại đột biến

### C. Chẩn đoán tiền sản $\alpha$ -thalassemia và $\beta$ -thalassemia

#### 1. Nhận diện thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ.

- Huyết đồ cho thấy thiếu máu hồng cầu nhỏ, nhược sắc:
  - + Nồng độ Hb < 11 g/dL
  - + MCV < 80 fL
  - + MCH < 27 pg

#### 2. Định lượng Ferritin

- Trong Thalassemia Ferritin có thể tăng hơn bình thường.
- Ferritin bình thường hoặc cao là chỉ định của điện di hemoglobin

#### 3. Điện di Hb cho phép định hướng phân loại Thalassemia

4. Xác định kiểu đột biến gen *Thalassemia* ở hai vợ chồng bằng khảo sát di truyền nhằm xác định nguy cơ *Thalassemia* thể nặng trên thai
5. Khảo sát di truyền trên thai (sinh thiết gai nhau, chọc ối, lấy máu cuống rốn) nếu thai có nguy cơ bị *Thalassemia* thể nặng.

**D. Quản lý thai phụ có đồng hợp tử  $\beta$ -*Thalassemia***

\*Quản lý thai phụ có *Thalassemia* phải kết hợp điều trị giữa BS sản khoa, huyết học, gây mê và nữ HS.

- Điều trị truyền máu tiếp tục trong suốt thai kì nhưng ferritin không nên tăng hơn 10%.
- Chống chỉ định uống sắt trong thai kì.
- Tăng nguy cơ MLT vì bất xứng đầu chậu do xương của những sản phụ này phát triển không tốt trong khi thai phát triển bình thường
- Trong chuyển dạ, nếu thai kì không có biến chứng có thể theo dõi sinh thường.
- Sau sanh, sản phụ nên cho con bú trừ trường hợp bị các bệnh lý lây truyền mẹ con.
- Tất cả bệnh nhân nên được tư vấn ngừa thai: BCS hoặc progestogen.

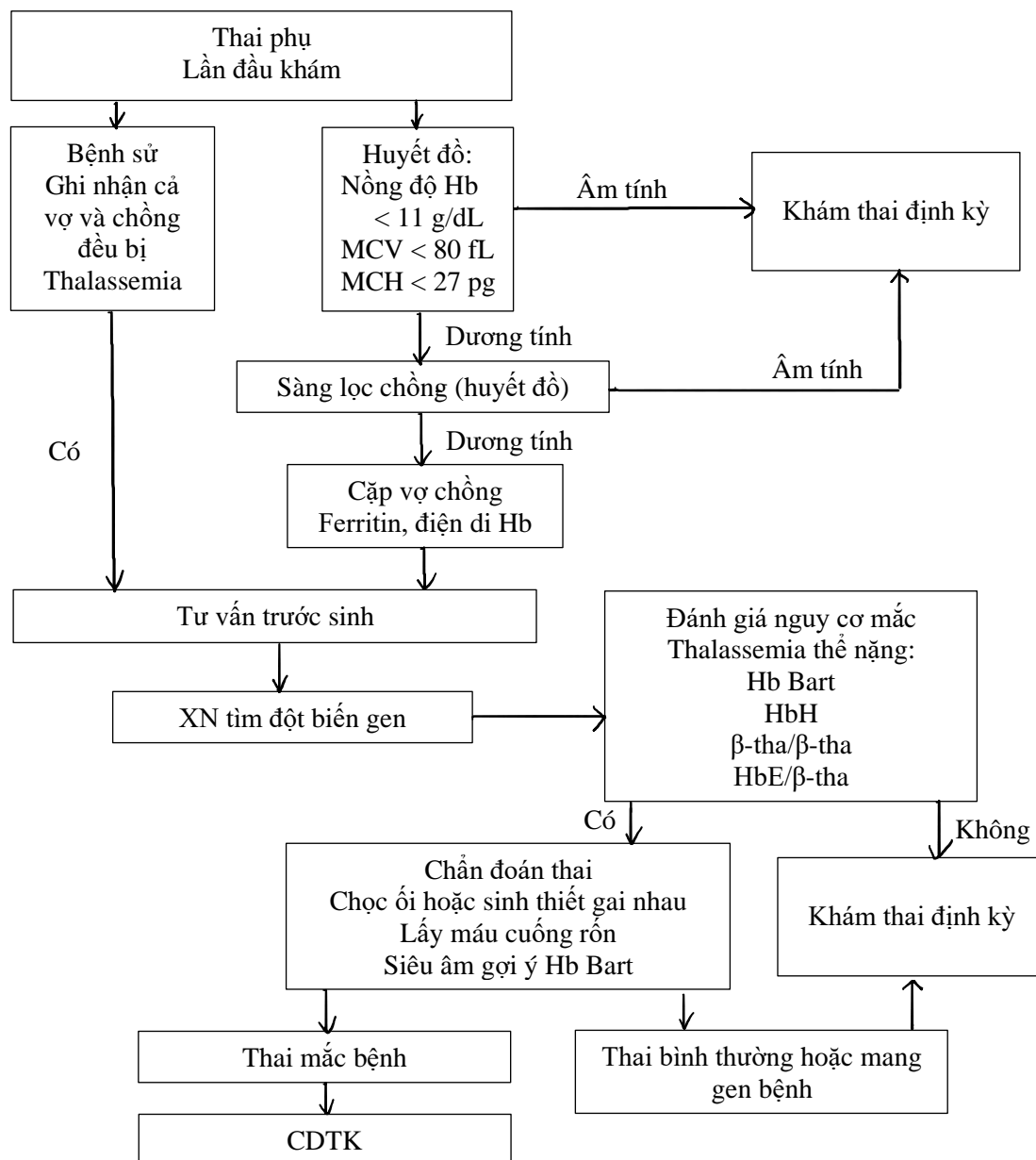
**Lưu ý các nguy cơ của sản phụ:**

- Có thai không làm thay đổi bệnh sử tự nhiên.
- Cần theo dõi thai kì sát hơn.
- Biến chứng tim mạch.
- Tỷ lệ sảy thai không thay đổi.
- Nguy cơ dị tật thai không thay đổi.
- Nguy cơ thai chậm tăng trưởng cao gấp 2 lần.
- Nguy cơ thai bị lây truyền HIV, viêm gan B, C.
- Nguy cơ tự miễn.

**E. Nguy cơ ở trẻ bị *Thalassemia***

- Các thể nặng thường bị phù thai và không thể sống sót sau sanh
  - Vỡ hồng cầu gây ứ đọng sắt. Lách to nhiều do phải làm việc quá sức để phá hủy một lượng lớn hồng cầu có hemoglobin bất thường. Phải truyền máu thải sắt sau này để duy trì sự sống
  - Biến dạng xương do tủy xương phải tăng cường hoạt động sản xuất hồng cầu để bù lại lượng hồng cầu bị vỡ, dẫn đến biến dạng xương, xương xẹp hơn, dễ gãy hơn (thường ở thể nặng)
  - Bệnh lý tim có thể gặp ở thể nặng do ứ đọng sắt quá mức ở cơ tim, gây ra suy tim xung huyết và rối loạn nhịp tim.
  - Thai chậm tăng trưởng, chậm phát triển tâm thần vận động là hệ quả của tình trạng thiếu máu
  - Có thể sống tới tuổi sinh sản, tuy nhiên, đa phần bị tổn thương cơ quan đích do diễn tiến của quá trình lắng đọng sắt trong mô
- \*Đặc biệt trẻ bị *Thalassemia* là nữ, sau này khi mang thai có nguy cơ phải truyền máu, bất xứng đầu chậu khi sanh do dáng người thường nhỏ bé, tăng tần suất MLT,... và đặc biệt khi mang thai có nguy cơ cao di truyền gen bệnh *Thalassemia* cho con, nhất là trong trường hợp chồng cũng mang gen *Thalassemia*.

\*Ngoài ra, thai phụ mang thai trẻ *Thalassemia* thể nặng còn có nguy cơ bị THA, tử vong,...



Khi cặp vợ chồng có khả năng sinh con bị Thalassemia thể TB-nặng, cần tư vấn về việc mang thai lần sau cũng như các XN sàng lọc trước mang thai và trong lúc mang thai:

1. NF-PGD (XN tiền làm tổ): thụ tinh ống nghiệm, sàng lọc phôi (60tr-70tr)
2. CVS hoặc chọc ối hoặc lấy máu cuống rốn



## RUBELLA

### A. Rubella bẩm sinh

\*Nhiễm mới Rubella trong thai kỳ gây hội chứng nhiễm Rubella bẩm sinh

- Lâm sàng: Thường rất nhẹ và hơn 50% không có triệu chứng
- Khi bị nhiễm hoặc được chủng ngừa (vaccine MMR) sẽ có miễn dịch suốt đời.
- Nguy cơ và độ trầm trọng của dị tật tùy thuộc tuổi thai lúc nhiễm
  - + 90% trẻ bị dị tật nếu mẹ nhiễm ở tuổi thai < 12w
  - + 30-40% trẻ bị dị tật nếu mẹ nhiễm ở tuổi thai 13-14w
  - + 20% trẻ bị dị tật nếu mẹ nhiễm ở tuổi thai 15-16w
  - + 10% trẻ bị dị tật nếu mẹ nhiễm ở tuổi thai 17-20w
  - + Rất hiếm gặp dị tật nếu mắc bệnh ở tuổi thai > 20w
- Ảnh hưởng sự phát triển bào thai => thai chết lưu, sảy thai, sinh non, trẻ mang DTBS
- DTBS:
  - + Kết hợp nhiều dấu hiệu/triệu chứng
  - + Diéc bẩm sinh là thể đơn thuần phổ biến

Cơ quan	Biểu hiện Rubella bẩm sinh
<b>Tổng quát</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Thai chết lưu</li><li>- Sinh non, nhẹ cân</li><li>- Chậm phát triển tâm thần</li></ul>
<b>Thính giác</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Điếc giác quan: 1 hay 2 bên</li><li>- Điếc trung ương</li><li>- Khiếm ngôn</li></ul>
<b>Tim mạch</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Còn ống động mạch</li><li>- Hẹp động mạch phổi</li><li>- Thông nhĩ thất</li><li>- Bệnh tim bẩm sinh phức tạp khác</li></ul>
<b>Thị giác</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bệnh võng mạc có sắc tố</li><li>- Đục thủy tinh thể: sắc ngọc, đục, có nhân, 50% ở 2 bên, thường kèm theo bệnh võng mạc</li><li>- Tăng nhãn áp</li><li>- Tật mắt nhỏ</li></ul>
<b>Biểu hiện lúc mới sinh (nhiễm trùng trầm trọng, tử vong cao)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Xuất huyết giảm tiểu cầu, có hoặc không ban xuất huyết</li><li>- Gan lách to</li><li>- Viêm não màng não</li><li>- Bệnh mềm xương (phát hiện qua X-quang)</li><li>- Viêm hạch</li></ul>
<b>Biểu hiện chậm</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Viêm phổi mô kẽ</li><li>- ĐTĐ type 2</li></ul>

### B. Quy trình chẩn đoán và xử trí

#### 1. XN Rubella

- Chẩn đoán nhiễm Rubella thường dựa vào chẩn đoán huyết thanh học
  - + IgM xuất hiện 4-5 ngày và tồn tại 6 tuần sau khi bắt đầu có triệu chứng, tái nhiễm rubella có thể làm tăng IgM thoáng qua
  - + IgG huyết thanh xuất hiện 1-2 tuần sau khi bắt đầu có triệu chứng

Chẩn đoán nhiễm Rubella trong thai kỳ dựa vào:

##### 1. Xét nghiệm huyết thanh:

- IgG lần thứ 2 thử cách lần đầu 2 tuần tăng gấp 4 lần
- IgG avidity thấp
- IgM dương tính

##### 2. Sinh thiết gai nhau hoặc chọc ối để phân lập virus.

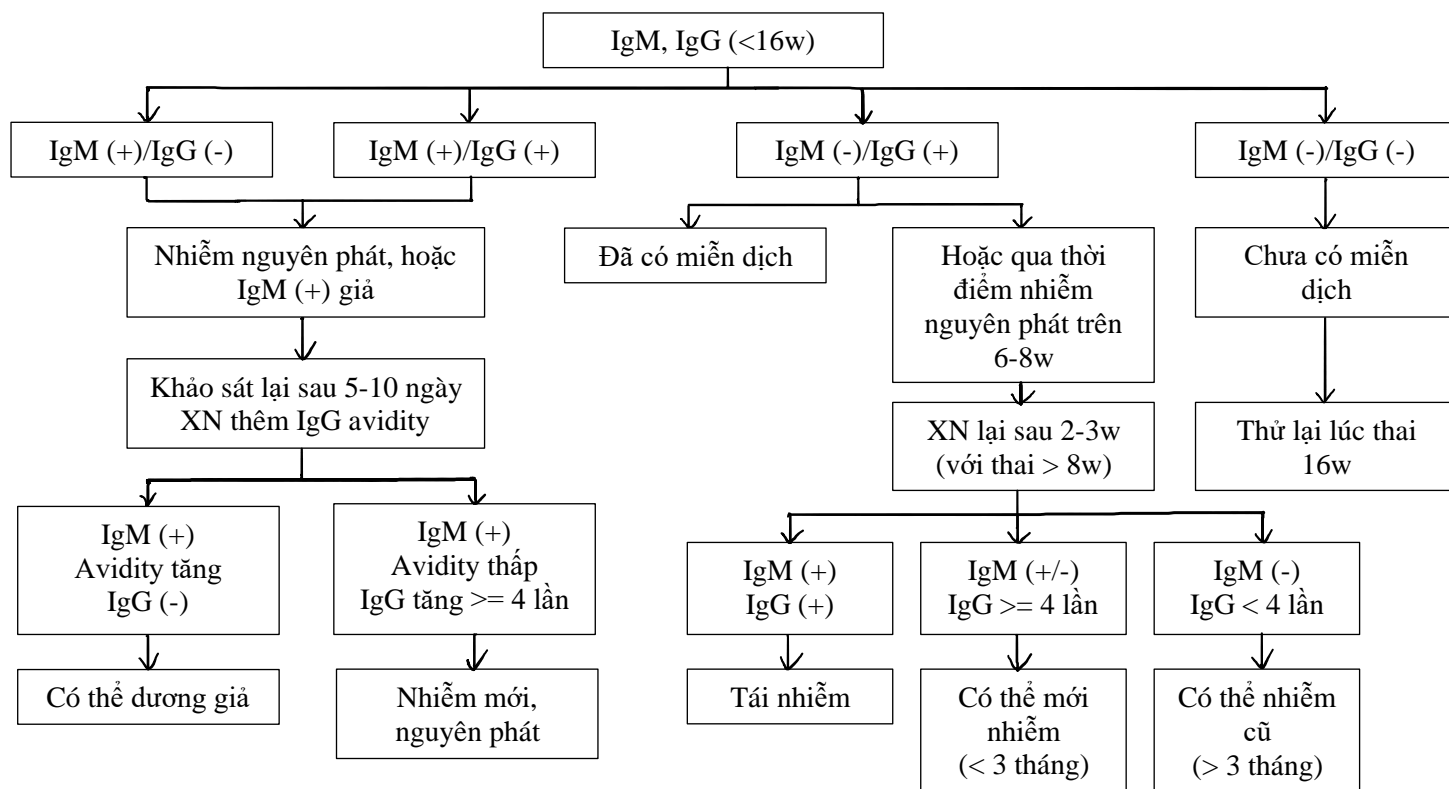
- 3. IgM trong máu hoặc dây rốn hoặc IgG bé sơ sinh sau 6 tháng tuổi để chẩn đoán nhiễm Rubella chu sinh.

\*Khảo sát huyết thanh Rubella là bắt buộc ở mọi thai phụ. XN Rubella ở lần khám thai đầu tiên, tốt nhất khi thai < 8w, chỉ thử thường quy tới tuổi thai =< 16w (chung với XN thường quy)

- Không XN Rubella cho những thai phụ có kháng thể an toàn từ trước khi có thai lần này

2. Phân tích kết quả XN và phối hợp lâm sàng

- IgM (+) giả:
  - + Do tồn tại lâu, tái nhiễm
  - + Phản ứng chéo với B19, EBV
- Âm tính cao: nhiễm cũ. Âm tính thấp: nhiễm mới
- Nhiễm nguyên phát: xử trí theo tư vấn và chọn lựa
- Không nhiễm: với XN huyết thanh âm tính thì XN lại lúc thai 16w, tùy kết quả, tư vấn phù hợp
- Đã có miễn dịch từ trước khi có thai: thường duy trì ổn định IgG



3. Xử trí

- Chẩn đoán nhiễm Rubella nguyên phát, Xác định nhiễm Rubella nguyên phát ở tuổi thai nào, nguy cơ mắc Rubella ở tuổi thai đó
- Tư vấn cho thai phụ và gia đình về tác hại của Rubella cho thai nhi
- Nếu CDTK
  - + Có biên bản hội chẩn khoa
  - + Tư vấn nguy cơ của thủ thuật CDTK
  - + Có đơn xin bỏ thai theo mẫu
  - + Dẫn tái khám sau bỏ thai, hoặc trước khi muốn có thai lại, tư vấn thời điểm có thể mang thai lại (tùy phương pháp bỏ thai và biến chứng sau thủ thuật; thường thì thời gian tối thiểu là 6 tháng)
- Nếu giữ thai:
  - + Theo dõi thai kỳ, sơ sinh và trẻ đến 5 tuổi
  - + XN IgM trong máu hoặc dây rốn hoặc IgG bé sơ sinh sau 6 tháng tuổi để chẩn đoán nhiễm Rubella chu sinh.

4. Tiêm phòng Rubella

- Nên chích vaccine Rubella trước khi mang thai hoặc sau hậu sản (nếu huyết thanh Rubella âm tính)
- Hoàn toàn không có chỉ định phải CDTK khi vaccine tiêm phòng Rubella được tiêm cho người đang mang thai nhưng không biết.
- MMR có thể tiêm một hay 2 liều.

## VIÊM GAN B

### A. Nguy cơ

#### 1. Nguy cơ thai nhi khi mẹ nhiễm HBV

- Nguy cơ lớn nhất là việc lây truyền mẹ con, thai nhi có nguy cơ cao bị nhiễm HBV từ mẹ
- + Khi mẹ bị viêm gan B từ trước nhưng đã điều trị bệnh ở mức độ ổn định, virus dưới ngưỡng hoạt động thì thai nhi hầu như không bị lây nhiễm HBV từ mẹ;
- + Trong trường hợp mẹ bầu bị viêm gan B từ trước khi mang thai mà chưa điều trị hoặc chữa không dứt điểm khiến tình trạng bệnh trở nặng vào cuối thai kỳ (virus HBV hoạt động mạnh) thì thai nhi cũng có nguy cơ rất cao bị nhiễm bệnh từ mẹ
- Mẹ bị VGB thì thai nhi vẫn tăng trưởng bình thường, không bị dị tật thai nhi.
- Sinh non: mẹ nhiễm viêm gan B nặng ở 3 tháng cuối thai kỳ thì sẽ tăng nguy cơ sinh non
- Nhiễm virus viêm gan B có thể rất nghiêm trọng cho trẻ sơ sinh, thậm chí đe dọa đến tính mạng
- Khi trưởng thành, trẻ nhiễm VGB tăng nguy cơ bị viêm gan mạn, xơ gan, ung thư gan
- Tỷ lệ bị viêm gan cấp ngay sau sinh là 5-7% mà không có biểu hiện triệu chứng rõ ràng.

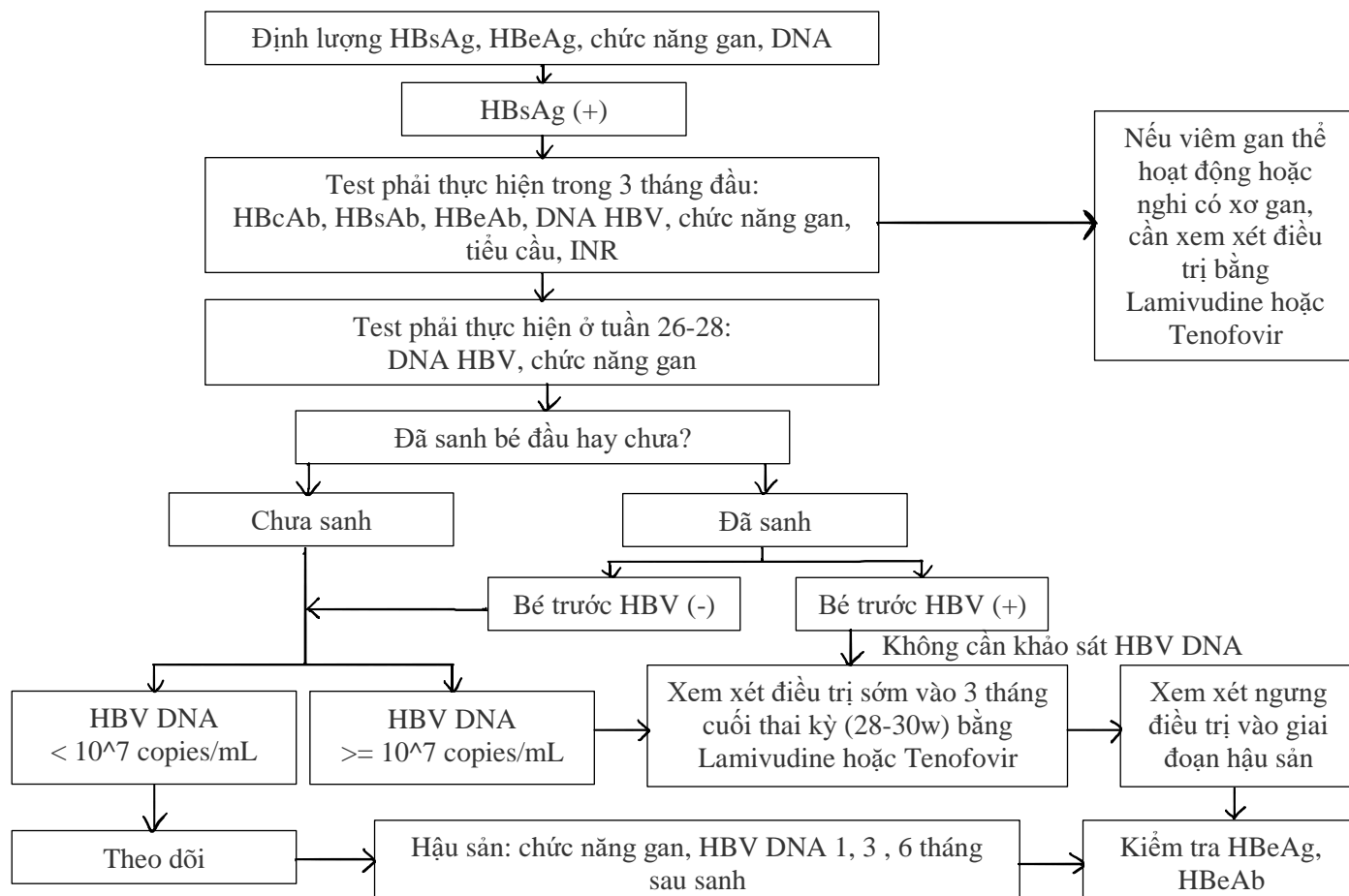
#### 2. Nguy cơ trên thai phụ nhiễm HBV

- Nguy cơ lây truyền cho thai nhi lần này và các lần mang thai sau đó
- Tổn thương gan, suy giảm chức năng gan. Nguy cơ diễn tiến thành VG mạn, xơ gan, ung thư gan
- Siêu vi B không gây ảnh hưởng xấu cho tiến trình mang thai.
- Một môi nên cần nghỉ ngơi nhiều, tránh làm việc và lao động căng thẳng hay áp lực.

### B. Chẩn đoán và xử trí

#### 1. Chẩn đoán

\*Chẩn đoán nhiễm HBV trong thai kỳ chủ yếu dựa vào xét nghiệm huyết thanh học ở giai đoạn trước sanh (3 tháng đầu và 3 tháng giữa), cân định lượng HBsAg, HBeAg, chức năng gan và định lượng DNA HBV.



**2. Xử trí**

- Tiêm kháng thể đặc hiệu cho bé ngay lập tức (trong vòng 12h sau sanh), đồng thời tiêm đủ vaccine vào ngày 1st, 30th và 60th sau sanh.
- Bé sau sanh cũng cần được xét nghiệm tìm HBsAg, HBsAb và HBcAb
- Đánh giá lại chức năng gan, tải lượng HBV DNA, HBeAb, HBeAg cho mẹ lại sau sanh vào thời điểm 1, 3, 6 tháng sau sanh
- Điều trị bằng Lamivudine hoặc Tenofovir nếu là viêm gan thể hoạt động hoặc nghi ngờ có xơ gan
- Tư vấn tiêm ngừa vaccine phòng ngừa VGB cho thai phụ sau khi sanh nếu thai phụ chưa tiêm và chưa từng nhiễm HBV trước đây

**C. Nuôi con bằng sữa mẹ ở người mẹ có nhiễm HBV**

- Nếu không can thiệp, thì việc nuôi con bằng sữa mẹ ở người nhiễm virus viêm gan B có liên quan đến nguy cơ lây truyền dọc. Nếu áp dụng đầy đủ các biện pháp phòng tránh cần thiết thì bà mẹ vẫn có thể thực hiện được nuôi con bằng sữa mẹ
  - + Quyết định lựa chọn nuôi con bằng sữa công thức hay nuôi con bằng sữa mẹ tùy thuộc vào cân bằng giữa lợi ích và nguy cơ, cũng như tính hiệu quả và tính sẵn có của các biện pháp phòng chống lây truyền mẹ con. Nếu như có thể ngăn được một cách có hiệu quả lây truyền mẹ con, thì vẫn có thể thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ, nhằm tranh thủ tất cả lợi ích của nuôi con bằng sữa mẹ mà không sợ bị lây nhiễm HBV cho trẻ
- Biện pháp phòng tránh lây truyền mẹ con gồm kiểm soát tải lượng virus trong thai kỳ, tiêm phòng sau sanh cho sơ sinh
- Cần nhớ rằng lây truyền mẹ con sau sanh có thể thông qua rất nhiều đường chứ không phải duy nhất là qua đường sữa mẹ
- Dù trẻ có được nuôi bằng sữa mẹ hay không thì vẫn phải thực hiện hai biện pháp để bảo vệ cho trẻ:
  - + Tiêm kháng thể globulin ngay trong những giờ đầu sau sanh (trong 12h sau sanh)
  - + Tiêm vaccin dự phòng viêm gan cho trẻ
- Trong trường hợp thực hiện đầy đủ các biện pháp phòng tránh, không có sự khác biệt về việc lây truyền mẹ con giữa nhóm có nuôi con bằng sữa mẹ và bằng sữa công thức

# HIV

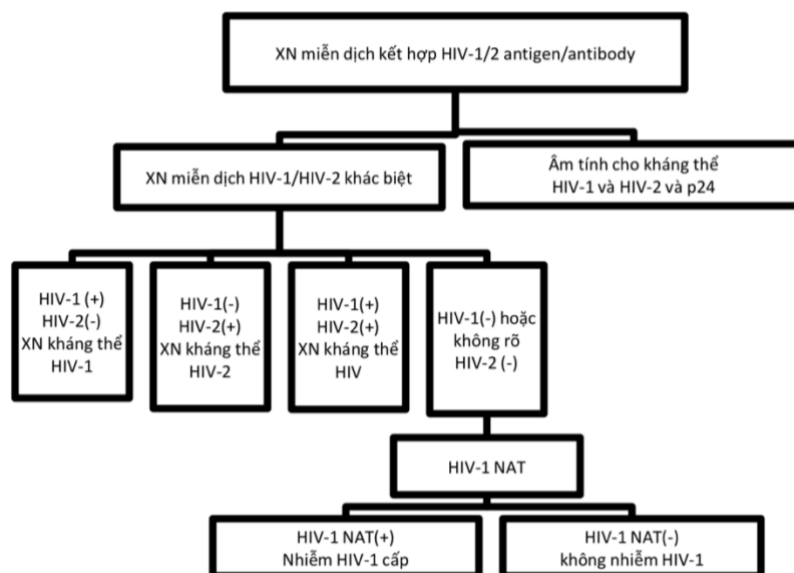
## A. Nguy cơ

1. Trên mẹ
  - Suy giảm miễn dịch, dễ mắc phải các bệnh khác như Lao, cúm, zona, nhiễm khuẩn,...
  - Mệt mỏi, stress, sốt, sụt cân, không đủ dinh dưỡng để cung cấp cho con trong khi mang thai
  - Đối mặt với sự đe dọa nguy hiểm về sức khỏe miễn dịch của mẹ và khả năng truyền virus HIV qua tử cung cho con.
  - Tâm lý phải đối mặt với nhiều vấn đề, nhất là vấn đề lây truyền mẹ con trong và sau mang thai
  - Vấn đề quan hệ tình dục an toàn, nguy cơ lây truyền cho người khác
2. Trên con
  - Nguy cơ bị lây truyền từ mẹ (khả năng lây truyền cao nếu không có biện pháp dự phòng bảo vệ)
  - Tâm lý khi trưởng thành, phải đối mặt với nhiều vấn đề khác nhau
  - Nếu bị lây truyền, tăng nguy cơ tử vong sau sanh do những bệnh lý như Lao, cúm, nhiễm khuẩn...

## B. Chẩn đoán và xử trí

### 1. Chẩn đoán

- \*Trong thai kỳ, cần thực thi các biện pháp tầm soát các thai phụ bị nhiễm HIV nhằm mục đích triển khai các biện pháp chống lây truyền mẹ con ở các thai phụ này, trong đó có điều trị với ARVs.
- Chẩn đoán nhiễm HIV ở thai phụ dựa vào xét nghiệm ELISA (+) (Se 93-99%, Sp 99%). Khi ELISA (+), thực hiện Western blot test (Se 99%, Sp 98.5%), đồng thời tiến hành điều trị với ARV.



### 2. Xử trí

- a. Nêu những nguy cơ có thể xảy ra khi mang thai và những vấn đề về nuôi dưỡng và chăm sóc trẻ sau khi sinh để người phụ nữ mang thai có thể lựa chọn việc chấm dứt thai kỳ hoặc tiếp tục mang thai:
  - Với những phụ nữ nhiễm HIV nhưng không muốn sinh con thì phá thai là lựa chọn để ngăn chặn việc lây truyền HIV cho con. Chú ý những sang chấn tâm lý về gia đình và xã hội mà người phụ nữ này có thể gặp phải. Bên cạnh đó, hướng dẫn BN điều trị ARV suốt đời
  - Trường hợp phụ nữ mang thai nhiễm HIV vẫn muốn sinh con thì tư vấn về những vấn đề liên quan đến nhiễm HIV như điều trị dự phòng để ngăn chặn lây truyền HIV từ mẹ sang con, đồng thời bác sĩ cũng tư vấn về những chế độ chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ khi mang thai.
- b. Tư vấn quan hệ tình dục an toàn để tránh lây nhiễm HIV.
- c. Tránh tiếp xúc với người mắc bệnh truyền nhiễm như lao và cúm.
- d. Hỗ trợ về mặt tâm lý cho người phụ nữ mang thai nhiễm HIV: giải thích và động viên cổ vũ tinh thần để người phụ nữ hiểu được và chấp nhận, vượt qua những giai đoạn khó khăn. Cam kết giữ bí mật về kết quả bệnh của sản phụ.
- e. Chỉ định điều trị ARV cho tất cả phụ nữ mang thai nhiễm HIV và mẹ nhiễm HIV cho con bú không phụ thuộc giai đoạn lâm sàng và số lượng TB CD4, không phụ thuộc các giai đoạn của thai kỳ.

\*Điều trị ARV trong suốt thời kỳ mang thai, trong chuyển dạ/sinh/ối vỡ, sau sinh con và tiếp tục điều trị suốt đời

\*Phác đồ điều trị: Tenofovir 300mg (TDF) + Lamivudine 300mg (3TC) + Efavirenz 600mg (EFV).

Ưu tiên dùng viên phối hợp liều cố định 1 viên/ngày

<p><b>THUỐC ARV MẸ</b> Phác đồ bậc 1: TDF/3TC/EFV (Viên phối hợp) (Uống 1 viên mỗi 24h) TDF: Tenofovir 300mg 3TC: Lamivudine 300mg EFV: Efavirenz 600mg</p>	<p><b>THUỐC ARV MẸ</b> Phác đồ bậc 2: TDF/3TC/LPV/r TDF: Tenofovir 300mg, 1v/mỗi 24h 3TC: Lamivudine 150mg, 1v x 2 lần/mỗi 12h LPV/r: Aluvia 200mg/50mg, 2v x 2 lần/mỗi 12h</p>
<p><b>THUỐC ARV CON</b> Siro NVP: Nevimune 100ml (Uống 1 lần mỗi 24h) CN <math>\geq</math> 2,5kg: 1,5ml CN: 2-2,49kg: 1ml CN &lt; 2kg: 0,2ml/kg</p>	<p><b>THUỐC ARV CON</b> AZT/3TC/NVP (viên phối hợp) (Uống 1/4 viên x 2 lần/mỗi 12h) 3TC: Lamivudine 30mg NVP: Nevirapine 50mg AZT: Zidovudine 60mg</p>

\*Một số trường hợp đặc biệt:

- Phụ nữ đang điều trị ARV thì mang thai: tiếp tục điều trị ARV. Đánh giá giai đoạn lâm sàng và miễn dịch ngay khi phát hiện mang thai để đánh giá hiệu quả của phác đồ điều trị
- Phụ nữ đã bỏ trị ARV thì mang thai: điều trị theo phác đồ nêu trên
- Phụ nữ mang thai sàng lọc có HIV (+) trong quá trình chuyển dạ/sinh: Điều trị theo phác đồ nêu trên. Nếu sau đó có kết quả khẳng định nhiễm HIV: tiếp tục điều trị ARV suốt đời. Nếu sau đó có kết quả khẳng định không nhiễm HIV: dừng thuốc cả mẹ và con
- Phụ nữ sau khi sinh được chẩn đoán nhiễm HIV: nếu không cho con bú thì áp dụng tiêu chuẩn điều trị như đối với những người nhiễm HIV khác. Nếu cho con bú, chỉ định điều trị ARV theo phác đồ nêu trên suốt đời.

f. Khuyến cáo mô sinh được đặt ra nếu có trên 1000 copies/mL hoặc thai phụ gần thời điểm sinh không xác định được mật độ HIV hoặc CD4 giảm.

### **C. Nuôi con bằng sữa mẹ trong trường hợp mẹ có nhiễm HIV**

1. Nếu không can thiệp thì sơ sinh từ mẹ nhiễm HIV sẽ có nguy cơ cao bị nhiễm HIV qua nuôi con bằng sữa mẹ.
2. Những nơi có điều kiện thực hiện các giải pháp thay thế cho nuôi con bằng sữa mẹ một cách kinh tế (Affordable), khả thi (Feasible), được chấp nhận bởi cộng đồng (Acceptable), một cách đầy đủ và thích hợp (Sustainable), và an toàn (Safe) (AFASS). Khuyến cáo rằng các bà mẹ với HIV (+) không nên thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ, bất kể tải lượng virus và kết quả đếm CD4.
3. Nếu không thể loại trừ bú mẹ một cách AFASS, thì mẹ nhiễm HIV phải cho trẻ bú mẹ hoàn toàn, tuyệt đối (do sữa công thức có nguy cơ làm loét niêm mạc đường tiêu hoá, từ đó tăng nguy cơ lây nhiễm HIV cho con) và phải tiến hành cung cấp điều trị ARVs cả cho mẹ và sơ sinh trong thời gian thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ
4. Cần phân biệt 2 đối tượng thai phụ có nhiễm HIV:
  - Nhóm thai phụ thứ nhất là nhóm thai phụ cần ARVs điều trị và đồng thời dự phòng MCTC:
    - + Vì lợi ích của bản thân thai phụ, và để dự phòng MTCT, điều trị ARVs được thực hiện cho mọi thai phụ có HIV dương tính với đếm CD4  $\leq$  350 tế bào/mm<sup>3</sup> bất chấp giai đoạn lâm sàng WHO; hoặc giai đoạn lâm sàng WHO là 3 hay 4, bất chấp kết quả đếm CD4.
    - + Việc bắt đầu điều trị ARVs với 3 ARVs phải được thực hiện sớm nhất có thể được, bất chấp tuổi thai. Việc điều trị phải kéo dài trong suốt thai kỳ, chuyển dạ và sau đó.
    - + Vì lợi ích của bản thân trẻ sơ sinh, các sơ sinh sinh ra từ mẹ có nhiễm HIV cần nhận liều hàng ngày nevirapine (NVP), hay hai lần mỗi ngày zidovudin (AZT). Việc điều trị dự phòng này cần được thực hiện sớm nhất có thể được sau sinh và kéo dài đến 4-6 tuần tuổi đời.
    - + Vì lợi ích của bản thân trẻ sơ sinh, các sơ sinh sinh ra từ mẹ có nhiễm HIV và được nuôi bằng sữa công thức thoả AFASS, cần nhận liều hàng ngày nevirapine (NVP), hay hai lần mỗi ngày zidovudin (AZT). Việc điều trị dự phòng này cần được thực hiện sớm nhất có thể được sau sinh và kéo dài đến 4-6 tuần tuổi đời.

- Nhóm thai phụ thứ nhì là nhóm thai phụ cần ARVs dự phòng MTCT ( $CD4 > 350$  và giai đoạn WHO không phải là 3 hay 4):

Với các thai phụ không cần ARVs điều trị, vì lợi ích của bản thân thai phụ, và để dự phòng cho trẻ cần một dự phòng hiệu quả MCTC, cần thực hiện điều trị dự phòng với ARV. ARV dự phòng cần được bắt đầu sớm, khoảng tuần thứ 14 tuổi thai, hay sớm nhất có thể được sau đó, kéo dài trong suốt thai kỳ, chuyển dạ và sau sanh, nhằm dự phòng MTCT. Cụ thể có thể theo 1 trong 2 phương án tương đương nhau:

Phương án A:

- Với các thai phụ không cần ARVs điều trị, vì lợi ích của bản thân thai phụ, điều trị dự phòng cho mẹ theo phương án A gồm (1) AZT hai lần mỗi ngày; (2) AZT phối hợp với NVP liều duy nhất (sd-NVP) khi bắt đầu có chuyển dạ; và (3) AZT hai lần mỗi ngày phối hợp với lamivudine (3TC) trong cuộc sanh, kéo dài 7 ngày sau sanh.
- Với trẻ sơ sinh bú mẹ, cần cho trẻ NVP hàng ngày, kể từ khi sanh cho đến một tuần sau khi dứt hoàn toàn sữa mẹ. Trong trường hợp ngưng bú mẹ sớm, thì việc dự phòng với NVP phải được kéo dài đến ít nhất 4-6 tuần sau đó.
- Với trẻ sơ sinh không bú mẹ và thoả AFASS, cần cho trẻ NVP hàng ngày hay sd-NVP phối hợp với NVP hai lần mỗi ngày từ khi sanh cho đến khi trẻ được 4-6 tuần tuổi.

Phương án B:

- Với các thai phụ không cần ARVs điều trị, vì lợi ích của bản thân thai phụ, điều trị dự phòng cho mẹ theo phương án B gồm 3 ARVs phối hợp mỗi ngày cho đến khi sanh, hoặc, trong trường hợp có cho bú mẹ, thì kéo dài cho đến 1 tuần sau khi dứt hẳn bú mẹ.
- Với trẻ sơ sinh bú mẹ, cùng với dự phòng 3 ARVs ở mẹ, cần cho trẻ NVP hàng ngày, hay AZT hai lần mỗi ngày kể từ khi sanh cho đến khi trẻ được 4-6 tuần tuổi.
- Với trẻ sơ sinh không bú mẹ và thoả AFASS, cùng với dự phòng 3 ARVs ở mẹ, cần cho trẻ NVP hàng ngày hay AZT hai lần mỗi ngày từ khi sanh cho đến khi trẻ được 4-6 tuần tuổi.

## GIANG MAI

### A. Giới thiệu

1. Định nghĩa
  - Là bệnh nhiễm trùng hệ thống, do xoắn khuẩn *Treponema pallidum* gây ra.
  - Được xếp vào nhóm bệnh lây truyền qua đường tình dục, có thể lây truyền qua máu, lây truyền từ mẹ sang con. Bệnh có thể gây hậu quả nghiêm trọng là giang mai bẩm sinh.
2. Phân loại (Có 2 loại)
  - Giang mai mắc phải:
    - + Giang mai sớm và lây bệnh ( $\leq 2$  năm): thời kỳ I, thời kỳ II, thời kỳ tiềm ẩn sớm.
    - + Giang mai muộn và không lây ( $> 2$  năm): thời kỳ tiềm ẩn muộn và thời kỳ III.
  - Giang mai bẩm sinh:
    - + Sớm: xuất hiện trong 2 năm đầu sau khi sinh.
    - + Muộn: xuất hiện từ năm thứ 2 sau khi sinh.
3. Yếu tố nguy cơ
  - Quan hệ tình dục bừa bãi.
  - Sử dụng ma túy.
  - HIV.
  - Tuổi  $< 25$ .
  - Không khám thai.
  - Tình trạng kinh tế xã hội nghèo, chủng tộc da đen.

### B. Ảnh hưởng

- a. Trên mẹ
  - \*Bệnh giang mai có thể gây ra một số biến chứng nguy hiểm như:
    - Xoắn khuẩn giang mai có thể gây tổn thương tất cả các cơ quan quan trọng trong cơ thể.
    - Bệnh giang mai tác động xấu đến da, niêm mạc, mắt đến các cơ quan nội tạng như gan, tim mạch, thần kinh.
    - Bệnh có thể gây biến chứng nguy hiểm như viêm động mạch chủ, phình động mạch chủ, bại liệt toàn thân, rối loạn tâm thần, viêm gan.
  - \*Nguy cơ lây truyền giang mai cho thai nhi
- b. Trên thai
  - \*Giang mai bẩm sinh: Ảnh hưởng sự phát triển bào thai: sảy thai và thai lưu (21%), chết thai (9.3%), sinh non và nhẹ cân (5.8%), có biểu hiện giang mai bẩm sinh (15%).
    - Các dấu chứng của phù thai không do tự miễn (báng bụng, tràn dịch màng phổi, phù da đầu hoặc da toàn thân), gan to, đa ôi và phù nhau là các dấu chứng của giang mai bẩm sinh.

### C. Chẩn đoán và xử trí

1. Tầm soát
  - Tất cả các thai phụ phải được tầm soát nhiễm giang mai vào lần khám thai đầu tiên, càng sớm càng tốt, để có thể diệt khuẩn trước khi vi khuẩn kịp xâm nhập thành công vào thai nhi và lặp lại tầm soát vào đầu tam cá nguyệt III.
  - Nếu thai phụ chưa được tầm soát trong thai kỳ hoặc nhóm nguy cơ cao cần tiến hành tầm soát ngay khi vào chuyển dạ.

Tầm soát giang mai trong thai kỳ	
Đối tượng tầm soát	Nên tầm soát nhiễm giang mai cho mọi thai phụ
Thời điểm tầm soát	Trong thai kỳ
	Thường qui ở lần khám thai đầu tiên
	Lặp lại thường qui vào đầu TCN III
Phương cách tầm soát	Trong chuyển dạ/lúc sinh con
	Nếu chưa tầm soát trước đó hoặc
	Nếu có nguy cơ cao nhiễm giang mai
Phương cách tầm soát	Xét nghiệm có <i>treponema</i> và xét nghiệm không có <i>treponema</i>
Tiêu chuẩn chẩn đoán	Dương tính với cả hai loại xét nghiệm có <i>treponema</i> và không có <i>treponema</i>



## 2. Chẩn đoán

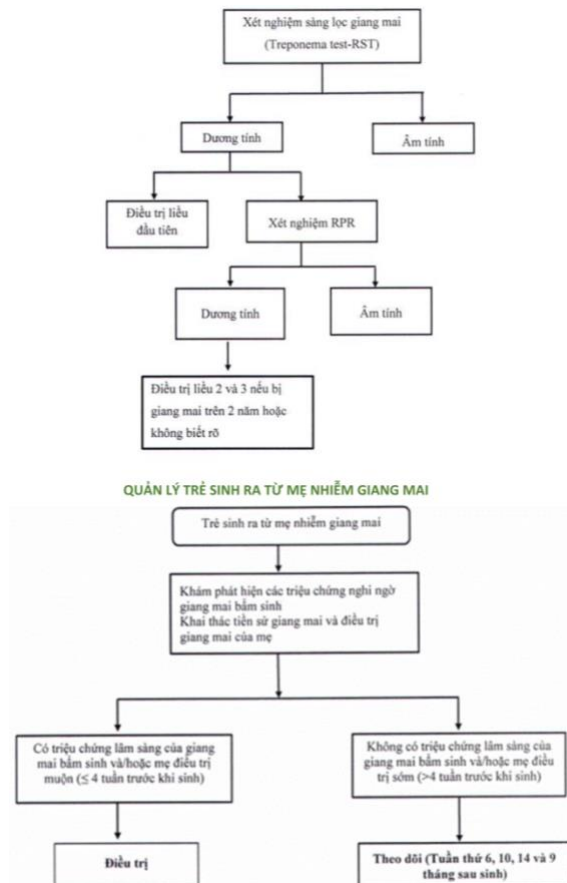
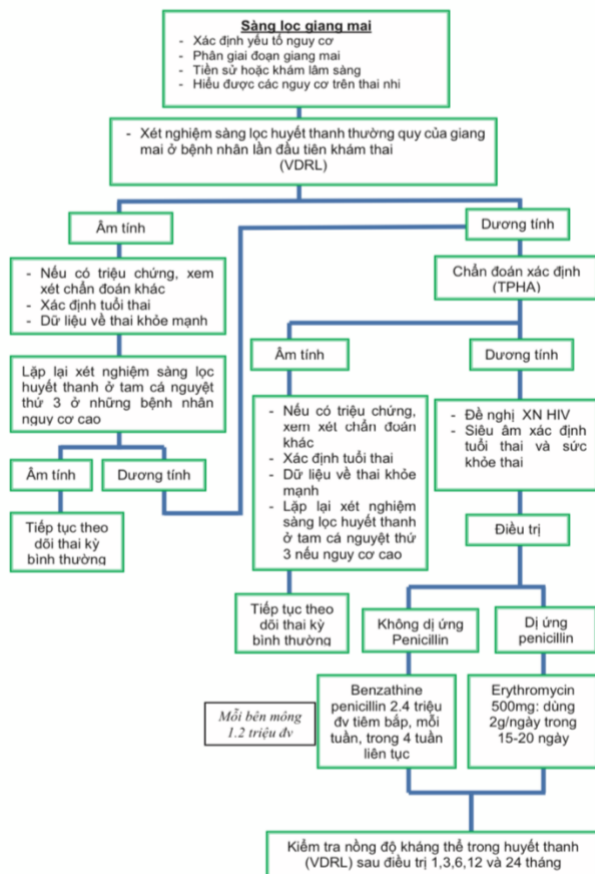
### a. Lâm sàng

- Giang mai thời kỳ I: loét hoặc chancre ở vùng bị lây nhiễm. Dựa vào đặc tính của chancre giang mai, vị trí sang thương ở AH-AD-CTC
- Giang mai thời kỳ II: phát ban da, tổn thương da và niêm mạc và hạch.
- Giang mai thời kỳ III: ảnh hưởng trên thần kinh, tim mạch, tổn thương gồm
- Nhiễm trùng tiềm ẩn (không có biểu hiện lâm sàng) được phát hiện bằng xét nghiệm huyết thanh học
- Mắc bệnh giang mai trong thời kỳ mang thai: gây sảy thai, sinh non, đa ối, thai lưu và giang mai bẩm sinh. Sự lây truyền từ mẹ qua con thường xảy ra từ tháng thứ 4-5 của thai kỳ
- Săng giang mai: 6 đặc tính của Alfred Fournier:
  - + Vết lõm tròn hay bầu dục, đường kính 0,5-2cm
  - + Giới hạn rõ và đều đặn, thường không có bờ
  - + Đáy sạch, trơn, bóng láng, màu đỏ như thịt tươi
  - + Bóp không đau
  - + Nền cứng chắc như bia hộp
  - + Hạch kèm theo

### b. Cận lâm sàng

- XN không đặc hiệu: VDRL (Venereal Disease Research Laboratory test) hoặc RPR (Rapid Plasma Reagin) là XN tìm kháng thể giang mai, có giá trị trong sàng lọc. Đây cũng là xét nghiệm dùng để theo dõi sau điều trị (dùng cùng loại xét nghiệm và gửi cùng 1 phòng xét nghiệm).
- XN đặc hiệu: TPHA (Treponema Pallidum Haemagglutination Assay) là xét nghiệm dùng kháng nguyên là bản thân xoắn khuẩn Treponema .
- VDRL âm tính: loại trừ nhiễm giang mai.
- VDRL Dương tính: kiểm tra lại bằng xét nghiệm đặc hiệu TPHA để chẩn đoán.

## 3. Xử trí

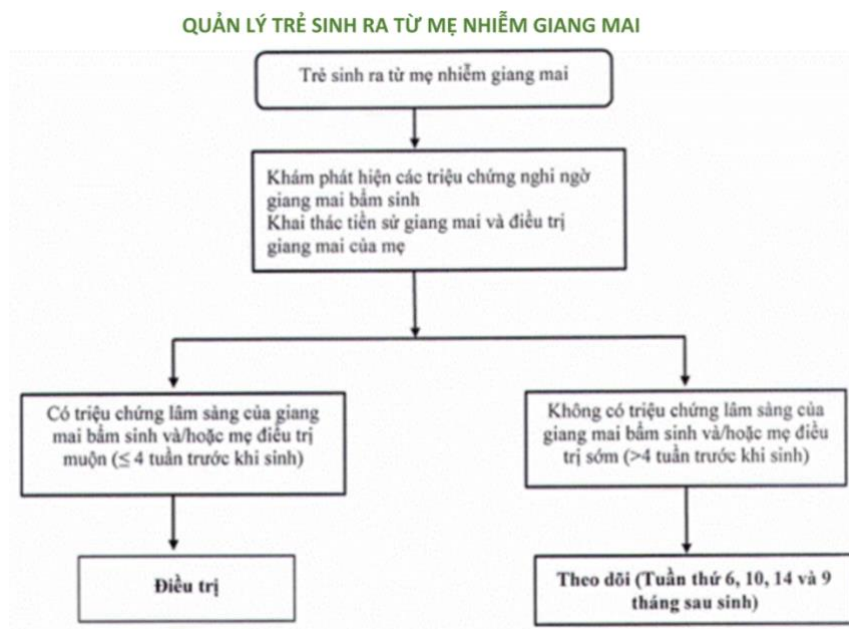


- Mọi trường hợp nhiễm giang mai phải được điều trị.
  - + Giang mai nguyên phát, thứ phát, giang mai tiềm ẩn sớm được điều trị với Benzathine Penicillin 1.8 gram (2.4 triệu đơn vị) tiêm bắp liều duy nhất.
  - + Giang mai tiềm ẩn muộn hoặc không rõ thời gian được điều trị với Benzathine Penicillin 1.8 gram (2.4 triệu đơn vị) tiêm bắp 1 lần/tuần trong 3 tuần).
  - + Giang mai thời kỳ III:
    - Giang mai thần kinh: Crystalline Penicillin G 18-24 mIU/ngày (3-4 mIU mỗi 4 giờ hoặc truyền liên tục) trong 10-14 ngày.  
hoặc:  
Procaine Penicillin G 2.4 mIU 1 lần ngày và Probenecid 500 mg PO 4 lần/ ngày 10-14 ngày.
    - Không có giang mai thần kinh: Benzathine Penicillin G 2.4 mIU mỗi tuần trong 3w
  - + Dị ứng Penicillin nên sử dụng giải mẫn cảm và tiếp tục điều trị.
- Những dấu hiệu giang mai ở thai và bánh nhau trên siêu âm (gan to, bóng bụng, phù thai, thiếu máu, bánh nhau dày) chỉ ra nguy cơ cao thất bại trong điều trị cho thai nhi. Những trường hợp có đi kèm những dấu hiệu này nên được quản lý bởi những chuyên gia sản khoa.

#### D. THEO DÕI VÀ TIỀN LƯỢNG

- Đáp ứng điều trị khi hiệu giá kháng thể (VDRL, RPR) giảm 4 lần sau 6 tháng và âm tính sau 12- 24 tháng điều trị. Hiệu giá kháng thể tăng 4 lần hoặc không giảm chỉ ra rằng thất bại điều trị hoặc tái nhiễm, những trường hợp này nên điều trị lại.
- Cần thiết phải phối hợp chăm sóc tiền sản và điều trị. Tối thiểu xét nghiệm định lượng huyết thanh nên được lặp lại vào tuần thai thứ 28-32 và lúc chuyển dạ. Định lượng huyết thanh có thể được thực hiện mỗi tháng ở những phụ nữ có nguy cơ tái nhiễm cao hoặc ở những khu vực có tỷ lệ hiện mắc giang mai cao.
- Điều trị người mẹ không đầy đủ khi chuyển dạ xảy ra trong vòng 30 ngày điều trị, có dấu hiệu lâm sàng của nhiễm trùng lúc chuyển dạ, hiệu giá kháng thể mẹ lúc chuyển dạ tăng 4 lần so với trước khi điều trị.

#### E. Quản lý trẻ sinh ra từ mẹ bị giang mai



## **GBS**

### **A. Nguy cơ**

GBS là vi khuẩn phổ biến được tìm thấy ở đoạn cuối ruột non của phụ nữ khoẻ mạnh (15-40%) và ở đường âm đạo hoặc trực tràng của phụ nữ mang thai (10-30%)

#### **1. Trên mẹ**

- Bình thường, hầu hết phụ nữ mang thai bị nhiễm GBS thường không biểu hiện triệu chứng lâm sàng. Tuy nhiên, nhiễm GBS có thể gia tăng nguy cơ nhiễm trùng đường niệu, vỡ màng ối, viêm nội mạc tử cung, nhiễm trùng vết mổ, thai chết lưu và sanh non.

#### **2. Trên con**

- GBS làm tăng nguy cơ nhiễm trùng ối, tăng nguy cơ sanh non, sảy thai, thai lưu...  
- GBS được xem là tác nhân hàng đầu gây nhiễm trùng sơ sinh. Trẻ sơ sinh nhiễm GBS được phân thành hai nhóm: khởi phát sớm (7 ngày đầu sau sinh) và khởi phát muộn (7-90 ngày tuổi). Các tình trạng thường gặp nhất của nhiễm GBS là viêm phổi, nhiễm trùng huyết, viêm màng não  
- Biến chứng do GBS: Mẹ bị nhiễm GBS có thể gây nhiễm trùng sơ sinh nặng dẫn đến tử vong hoặc gây viêm màng não có thể để lại những hậu quả lâu dài như điếc, chậm phát triển trí tuệ, tâm thần, vận động,...

### **B. Xét nghiệm GBS**

#### **1. Thời điểm**

- Tiến hành ở tuổi thai 36-37w (đối với đơn thai) và 32-34w (đối với đa thai) hoặc khi thai kỳ có dấu hiệu sinh non hoặc ối vỡ non

#### **2. Cách tiến hành**

- Dùng tăm bông vô khuẩn lấy dịch ở âm đạo sau đó lấy tăm bông đó đưa vào hậu môn xoay vài vòng rồi cắt bông tăm vào ống vô khuẩn đem đi xét nghiệm  
- Xét nghiệm bằng PCR (Từ Dũ làm) hoặc nuôi cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ

### **C. Xử trí**

\*Nếu kết quả XN dương tính, thai phụ sẽ được điều trị kháng sinh khi có chuyển dạ hoặc nếu có tình trạng ối vỡ non thì sẽ điều trị từ lúc ối vỡ đến tối đa 7 ngày sau:

- Điều trị bằng Ampicillin 2g (TM) mỗi 6h trong 48h đến khi chuyển dạ hay MLT xong.

- Điều trị kháng sinh dự phòng cho ối vỡ non:

+ Điều kiện áp dụng: thai < 34w OVN có chỉ định dưỡng thai tiếp tục đến 34w hoặc OVN trên 34w đến lúc hoàn tất chuyển dạ

+ Phác đồ:

- Ampicillin 2g (TM) mỗi 6h trong vòng 48h, sau đó Amoxicillin 500mg 1 viên 3 lần/ngày (uống) trong vòng 5 ngày
- Ampicillin 2g (TM) mỗi 6h trong vòng 48h, sau đó Azithromycin 1g (uống) liều duy nhất
- TH bệnh nhân dị ứng với 2 phác đồ trên:
  - Clindamycin 900mg (TTM) mỗi 8h + Gentamycin 5-7mg/kg/24h trong 48h, sau đó Clindamycin 300mg 1v x 3 lần/ngày trong 5 ngày
  - Có thể dùng đơn liều Azithromycin 1g

### **D. Lưu ý**

- Đối với tình trạng MLT mà ối chưa vỡ, khuyến cáo không cần điều trị kháng sinh cho thai phụ dương tính hay âm tính với GBS

## CHUYỂN DẠ SANH NON

### A. Định nghĩa – phân loại

- Sinh non là trẻ được sinh ra trước khi tuổi thai được 37w0d
  - + Sinh cực non: < 28w
  - + Sinh rất non: 28w0d – 31w6d
  - + Sinh non TB: 32w0d – 33w6d
  - + Sinh non muộn: 34w0d – 36w6d
  - + Sinh đủ tháng: 37w0d – 41w6d
  - + Thai quá ngày:  $\geq 42w0d$

### B. Yếu tố nguy cơ

- Tiền căn có sanh non, chuyển dạ sinh non, ối vỡ non.
- Tuổi mẹ < 17 hay > 35
- Tình trạng kinh tế xã hội thấp
- Suy dinh dưỡng (BMI < 18,6)
- Chuyển nhiều phôi trong thụ tinh ống nghiệm
- Hở eo CTC nguyên phát hoặc thứ phát sau can thiệp y khoa như sau khoét chóp cổ tử cung
- Chiều dài kênh CTC ngắn, viêm CTC...
- Nhiễm trùng như nhiễm trùng tiểu, loạn khuẩn âm đạo, nhiễm trùng màng ối.
- Căng dẫn tử cung quá mức như đa thai, đa ối.
- TC bị biến dạng do u xơ-cơ trơn tử cung, TC có vách ngăn hay các dị tật cấu trúc khác của TC.
- Bất thường bánh nhau: nhau bong non, nhau tiền đạo.
- Mẹ hút thuốc lá, uống rượu

### C. Hậu quả

1. Trên mẹ
  - Đa phần CD sanh non liên quan đến nhiễm trùng, nhất GBS. Nếu nguyên nhân thật sự của CD sanh non là nhiễm trùng thì mẹ có nguy cơ sock nhiễm trùng, tử vong
  - Nguy cơ tương ứng với các nguyên nhân gây CD sanh non như nhiễm trùng, nhau bong non, đa ối, dị dạng TC, đa thai...
2. Trên thai
  - Nguy cơ thai nhi không có khả năng nuôi được sau sanh, thai chết lưu trong TC
  - CD sanh non thường liên quan các bệnh lý như nhiễm trùng ối, đa ối, nhau bong non...
  - Tăng nguy cơ các tử vong chu sinh: trước, trong và sau sanh
  - Tăng nguy cơ mắc HC suy hô hấp cấp ở thai nhi, tăng áp phổi
  - Tăng nguy cơ nhiễm trùng thai nhi
  - Tăng nguy cơ mắc các bệnh lý về thận, miễn dịch, thần kinh và các hệ cơ quan lớn sau khi trưởng thành
  - Hạ thân nhiệt, hạ calcium, hạ đường huyết
  - Đa hồng cầu, xuất huyết phổi, hít ối phân su, bệnh lý vồng mạc

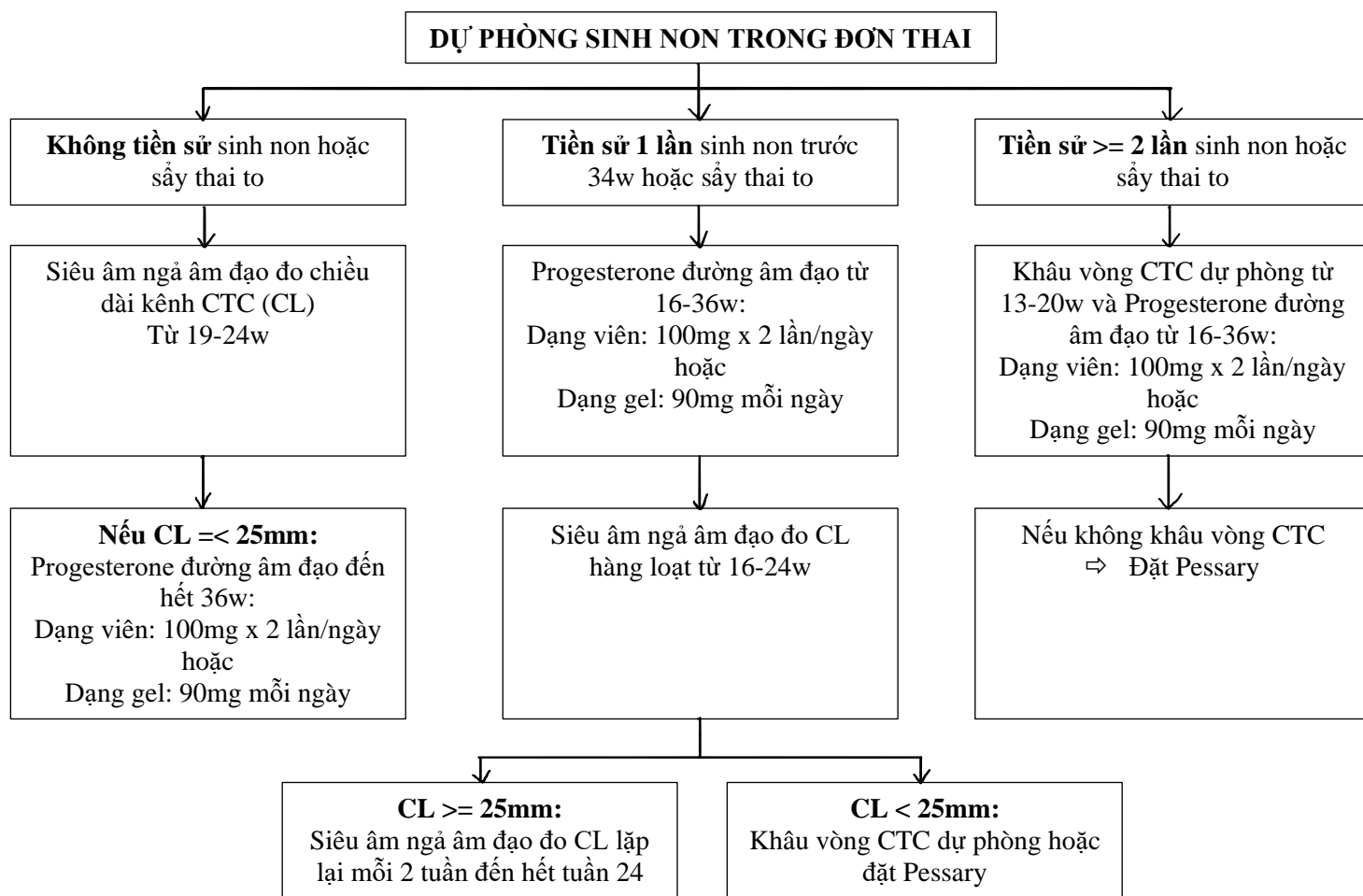
### D. Chẩn đoán

1. Lâm sàng
  - Có 4 cơn gò TC trong 20p hay 8 cơn gò trong 60p, cơn gò gây đau và sờ thấy được
  - CTC mở  $\geq 2cm$  hoặc xoá trên 80%
  - Có sự thay đổi ở CTC được nhận định bởi một người khám trong nhiều lần khám liên tiếp
  - Các dấu hiệu khác: ra nhót hồng hoặc dịch nhầy CTC, đau thắt lưng, trằn nặng bụng
2. Cận lâm sàng
  - CTG: Theo dõi tim thai, cơn gò TC
  - Siêu âm ngả âm đạo đo chiều dài kênh CTC < 25mm
  - Có thể XN fetal fibronectin (fFN) hoặc PAMG-1

### E. Xử trí

1. Dự phòng
  - \*Dự phòng chỉ có tác dụng khi chưa bước vào giai đoạn chuyển dạ
  - \*Khi nghi ngờ một trường hợp chuyển dạ sinh non, yếu tố quan trọng nhất là tuổi thai và nguy cơ có thể đi xa hơn đến chuyển dạ sanh non không ngăn cản được
  - Xác định nhóm BN có nguy cơ cao

- Hướng dẫn sản phụ các yếu tố nguy cơ
- Chế độ ăn uống hợp lý, đầy đủ dinh dưỡng
- Không HTL, rượu bia, nghỉ ngơi nhiều, giảm vận động nặng
- Hạn chế số lượng phôi chuyển ở những phụ nữ có hỗ trợ sinh sản nhằm hạn chế đa thai
- Tầm soát và điều trị viêm CTC ở tuổi thai từ 24-28w
- Khâu vòng CTC hoặc dùng Pessary CTC dự phòng nếu có hở eo CTC
- Nên khám bằng mô vạt trước nếu nghi ngờ có vỡ màng ối qua khai thác bệnh sử.



- Progesterone**
  - Các thai phụ có chiều dài kênh tử cung ngắn dưới 25 mm trong thai kỳ hiện tại và/hoặc có tiền căn sanh non là đối tượng của dự phòng bằng progesterone
- Khâu vòng CTC**
  - Có thể khâu vòng cổ tử cung để dự phòng sanh non cho thai phụ có hở eo tử cung và hiện có kênh tử cung ngắn. Những trường hợp có cổ tử cung ngắn nhưng không có tiền căn sinh non thì không thấy lợi ích nào khi tiến hành thủ thuật này.
  - Ở những trường hợp song thai, khi khâu cổ tử cung sẽ làm tăng nguy cơ chuyển dạ sinh non.
  - Thông thường, phẫu thuật được tiến hành vào khoảng 16 tuần vô kinh.
- Đặt vòng Pessary âm đạo dự phòng sảy thai to, sinh non**
  - Chỉ định:
    - + Khi có chỉ định khâu vòng CTC nhưng không thoả điều kiện khâu (nhau tiền đạo không chảy máu, thai phụ từ chối thủ thuật, thai > 20w)
  - Chống chỉ định:
    - + Viêm nhiễm sinh dục tiến triển
    - + Đang ra huyết âm đạo
    - + Có dấu hiệu chuyển dạ: ối rỉ hoặc vỡ, CTC đã xoá và mở ≥ 3cm, có cơn gò đều đặn ≥ 2 cơn/10 phút, đầu ối sa vào âm đạo

- Thời điểm đặt:
    - + Từ 14-32w
    - + Hoặc 2 tuần trước thời điểm sảy thai to hoặc sinh non lần trước
  - Biến chứng:
    - + Tiêu/tiểu khó
    - + Viêm âm đạo
    - + Xuất huyết âm đạo do viêm trợt, xói mòn
  - Theo dõi:
    - + Không cần kháng sinh dự phòng
    - + Khám thai định kỳ: kiểm tra tình trạng tiêu/tiểu, khám mở vạt kiểm tra viêm nhiễm sinh dục, ra huyết âm đạo, vị trí vòng Pessary
    - + Lấy vòng Pessary: sau 37w hoặc khi chuyển dạ, ối rỉ/vỡ
    - + Sử dụng tiếp progesterone đến hết tuần 36
2. Điều trị
- Khi có dấu hiệu nguy cơ trực tiếp của sanh non, phải thực hiện đo chiều dài kênh cổ tử cung, fFN/PAMG-1
  - Nếu cổ con co tử cung, nhưng chiều dài cổ tử cung vẫn còn dài hơn cut-off point của dự báo âm cho sanh non (tức > 30 mm), và fFN/PAMG-1 âm tính, thì có thể thực hiện lặp lại các lần đo chiều dài kênh tử cung.
  - Nếu các test, đặc biệt là PAMG-1, cho kết quả (+) thì phải tiến hành điều trị trì hoãn sanh non.
  - a. Mục tiêu điều trị
    - Cho phép can thiệp kịp thời các trường hợp sinh non (giảm bệnh suất và tử suất thai nhi)
    - Đảm bảo an toàn cho mẹ và thai nhi
    - Hạn chế nhập viện các thai kỳ không có nguy cơ sinh non cao
    - Có thời gian dùng đủ liều corticosteroids cho tuổi thai từ 26w-34w
  - b. Nguyên tắc điều trị
    - 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 gò trong vòng 48h, cố gắng trì hoãn cuộc sanh ít nhất 24h
    - Không phối hợp nhiều loại thuốc cắt cơn gò cùng lúc
    - Không điều trị dọa sinh non cho tuổi thai từ 36w trở lên
    - Hỗ trợ phổi bằng corticosteroids
    - Phối hợp với BS sơ sinh chuẩn bị các phương tiện hồi sức và chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng
  - c. Điều trị cắt cơn gò bằng thuốc
    - Chống chỉ định tuyệt đối
      - + Nguy cơ cho mẹ và thai do kéo dài thai kỳ hay nguy cơ do thuốc cao hơn nguy cơ sinh non
      - + Thai chết trong TC
      - + Thai DTBS nặng
      - + Thai suy cấp
      - + TSG nặng hay sản giật
      - + Nhiễm trùng ối
    - Chống chỉ định tương đối:
      - + Xuất huyết trước sinh nhiều (cân nhắc trong nhau tiền đạo)
      - + Thai suy dinh dưỡng nặng trong tử cung
      - + ĐTĐ phụ thuộc insulin (có thể dùng Atosiban)
      - + Đa thai (tăng thể tích huyết tương, cường Aldosteron) nguy cơ thuốc tác động nặng lên tim mạch, phù phổi cấp nên không sử dụng Nifedipine và Salbutamol
      - + Ối vỡ non

Thuốc	Chống chỉ định	Liều dùng	Tác dụng phụ	Theo dõi
Nifedipin	HA mẹ < 90/50 mmHg, bệnh tim (thiếu máu cơ tim, suy thất trái), rối loạn chức năng gan, bệnh lý thận, đang dùng thuốc hạ áp khác.	- Liều tấn công uống 30 mg (không sử dụng viên tác dụng kéo dài) hiệu quả tác dụng giảm go sau 30-60 phút. - Sau đó 10 - 20mg mỗi 4-6 giờ trong 24-48 giờ (ACOG 2012).	- Hạ huyết áp đặc biệt ở BN tăng huyết áp gây thiếu oxy cho thai nhi. - Nhịp tim nhanh, đánh trống ngực. - Nóng bừng mặt. Nhức đầu, chóng mặt. - Buồn nôn. - Thai suy.	- Theo dõi M, HA mẹ sau dùng thuốc mỗi 30 phút trong giờ đầu và 30 phút sau mỗi liều kế tiếp. - Theo dõi tim thai - con gò trên Monitor trong 1 giờ sau liều đầu và mỗi 6 giờ trong thời gian điều trị.
Salbutamol	- Mẹ hoặc thai bị bệnh tim nặng, mẹ bị tiểu đường đang điều trị Insulin, bệnh tuyến giáp, dị ứng với thuốc. - Song thai, đa thai	- Truyền TM 5mg/5ml pha trong Glucose 5% (nồng độ 10mcg/ml). TTM: 60ml/g (20 giọt/phút, 10 mcg/phút), tăng thêm 20ml/g (7 giọt/phút, 3,3mcg/phút) mỗi 30 phút đến khi hết cơn gò hoặc nhịp tim mẹ $\geq$ 120 nhịp/phút hoặc tốc độ truyền đạt tới 180 ml/g (60 giọt/phút, 30 mcg/phút). - Dùng bơm tiêm điện: Pha Salbutamol 5mg/5ml trong 95 ml NaCl 0,9% (dd 50 mcg/ml Salbutamol). BTD 12ml/g (10mcg/phút). Tăng 4ml/g (3,3 mcg/phút) mỗi 30 phút cho đến khi hết cơn gò hoặc nhịp tim mẹ $\geq$ 120 nhịp/phút hoặc tốc độ truyền tới 36 ml/g (30 mcg/phút).	- Mẹ: tăng nhịp tim, hạ HA, run hoặc phù phổi cấp (3%), tăng đường huyết và hạ Kali máu. - Thai: TT nhanh, hạ đường huyết và kali huyết.	- Theo dõi M, HA mẹ mỗi 15 phút trong giờ đầu sau đó mỗi 4 giờ. XN Urê, điện giải, Hct mỗi 24 giờ. Đo đường huyết mỗi 4 giờ. - Theo dõi tim thai - con gò trên Monitor trong 1 giờ đầu và mỗi 6 giờ trong thời gian điều trị.

Atosiban	Mẹ dị ứng với các thành phần của thuốc	-Bước 1: Liều tấn công: lọ 1 (37,5mg/5ml) lấy 6,75 mg Atosiban (0,9 ml) pha 10 ml Ringer Lactat tiêm TMC > 1 phút (còn 4,1ml) -Bước 2: Liều duy trì: lọ 1 còn 30,75 mg (4,1 ml) Atosiban pha 36,9 ml Ringer Lactat, truyền bơm tiêm điện 24ml/giờ. Sau đó pha lọ 2 (37,5mg/5ml) trong 45 ml Ringer Lactat truyền BTD 24 ml/giờ trong 3 giờ đầu -Bước 3: Lọ 2 còn 19 ml ở bước 2 truyền BTD 8ml/giờ. Từ lọ 3: pha với 45 ml Ringer Lactat được 50 ml dung dịch truyền với tốc độ 8 ml/giờ. Thời gian dùng thuốc tối đa là 45 giờ.	Thường nhẹ: Theo dõi tim buồn nôn, nhức đầu, chóng mặt, trên Monitor trong 1 giờ đầu, nhịp tim nhanh...phản ứng dị ứng thuốc
----------	--	--	--

d. Dùng corticosteroid

\*Chỉ thực hiện duy nhất một đợt corticosteroid cho thai phụ đang có nguy cơ trực tiếp của sinh non trong vòng 7 ngày, hiện đang ở giữa tuần thai 24 và 34. Nguy cơ phải được đánh giá bằng các phương pháp đáng tin cậy (chiều dài kênh tử cung, PAMG-1/fFN).

- Chỉ định: tuổi thai từ 26-34w. Dùng thuốc một đợt duy nhất

+ Thường quy cho thai 28-34w

+ Thai 26-28w: cân nhắc tùy trường hợp

- Chống chỉ định: không thể trì hoãn hoặc không nên trì hoãn chuyển dạ trong 48h hay tuổi thai > 34w hay tỷ lệ Leucithin/Sphingomyelin > 2

- Liều dùng:

+ Betamethason 12mg TB 2 liều cách nhau 24h

+ Hoặc Dexamethason 6mg TB 4 liều cách nhau 12h

e. Dùng MgSO<sub>4</sub> dự phòng tổn thương não ở trẻ sinh non

- Chỉ định: Thai 28-32w: có nguy cơ sắp sinh non (bao gồm cả những trường hợp ối đã vỡ)

- Chống chỉ định:

+ CTC mở  $\geq$  8cm

+ Sản phụ dự tính sẽ sinh trong vòng 2h

+ THA hoặc TSG (sử dụng theo phác đồ THA thai kỳ)

- Liều lượng: Magnesium sulfat 4,5g liều duy nhất, truyền TM chậm trong 20-30 phút

## BẤT THƯỜNG HÌNH THÁI HỌC/SINH TRẮC THAI/ THỂ TÍCH ỒI

### A. Bất thường hình thái học

Xem lại phác đồ dị tật bẩm sinh phía trên

### B. Sinh trắc thai

#### I. Thai chậm tăng trưởng trong tử cung (FGR)

##### 1. Chẩn đoán

- Xác định tuổi thai chính xác: kinh cuối và/hoặc siêu âm 3 tháng đầu
- Tiêu chuẩn chẩn đoán FGR: Chu vi vòng bụng (AC) và/hoặc cân nặng ước lượng thai (EFW) nhỏ hơn BPV thứ 10 theo tuổi thai  
Nếu đủ tiêu chuẩn chẩn đoán theo siêu âm, thai phụ sẽ được theo dõi chu vi vòng bụng và trọng lượng thai bằng biểu đồ Hadlock
- Siêu âm Doppler
  - Đánh giá chức năng bánh nhau: Doppler ĐM rốn và ĐM tử cung
  - Đánh giá tình trạng sức khỏe thai: Doppler ĐM não giữa và ống TM

##### 2. Phân loại, nguyên nhân bệnh sinh, biểu hiện trên CLS

	FGR khởi phát sớm	FGR khởi phát muộn
Định nghĩa	FGR phát hiện trước 32w	FGR phát hiện sau 32w
Nguyên nhân	Lệch bội DTBS, bất thường cấu trúc Nhiễm trùng THA, DIP kèm theo tổn thương cơ quan đích, Lupus đỏ hệ thống, HC kháng phospholipid	Mọi bệnh lý gây bất thường của trao đổi tử cung-nhau (THA, DIP kèm theo tổn thương cơ quan đích, Lupus, HC kháng phospholipid...) Mọi bệnh lý gây thiếu oxygen trường diễn ở mẹ hoặc giảm khả năng vận chuyển oxygen đến thai
Biểu hiện	Bất thường trên Doppler (kháng động mạch tử cung cao bất thường và/hoặc có ngắn tiền tâm trương sau 26 tuần trên ĐM TC, vắng mặt/đảo ngược dòng chảy trong tâm trương ở động mạch rốn) xuất hiện trước bất thường trên EFM	Bất thường trên Doppler xuất hiện sau bất thường trên EFM. Bất thường trên Doppler dự báo một kết cục thai kỳ rất xấu (Tỉ số não nhau thay đổi, tăng kháng động mạch tử cung)

##### 3. Nguy cơ

###### a. Nguy cơ con

- Tử vong
- Sanh non. Đối diện với các nguy cơ của sanh non như: HC suy hô hấp cấp của thai nhi, nhiễm trùng, sanh quá non không thể nuôi...
- Tăng nguy cơ của tai biến chu sinh
- Tăng khả năng xảy ra tổn thương não bộ sơ sinh liên quan đến sự suy giảm giảm cung cấp oxygen trước và trong chuyển dạ, sự suy yếu của hệ đệm dẫn đến việc dung nạp rất kém tình trạng thiếu oxygen trong chuyển dạ.
- Tăng nguy cơ bị thiếu ối. Nếu có thiếu ối sẽ đi kèm nguy cơ của thiếu ối như: tăng nguy cơ chèn ép dây rốn với bất thường EFM và gia tăng nguy cơ mổ lấy thai

###### b. Nguy cơ mẹ

- Thường đi kèm với các bệnh lý liên quan đến sự trao đổi tử cung nhau như THA, DIP kèm tổn thương đa cơ quan,...
- Thai kỳ lần sau tăng nguy cơ bị IUGR

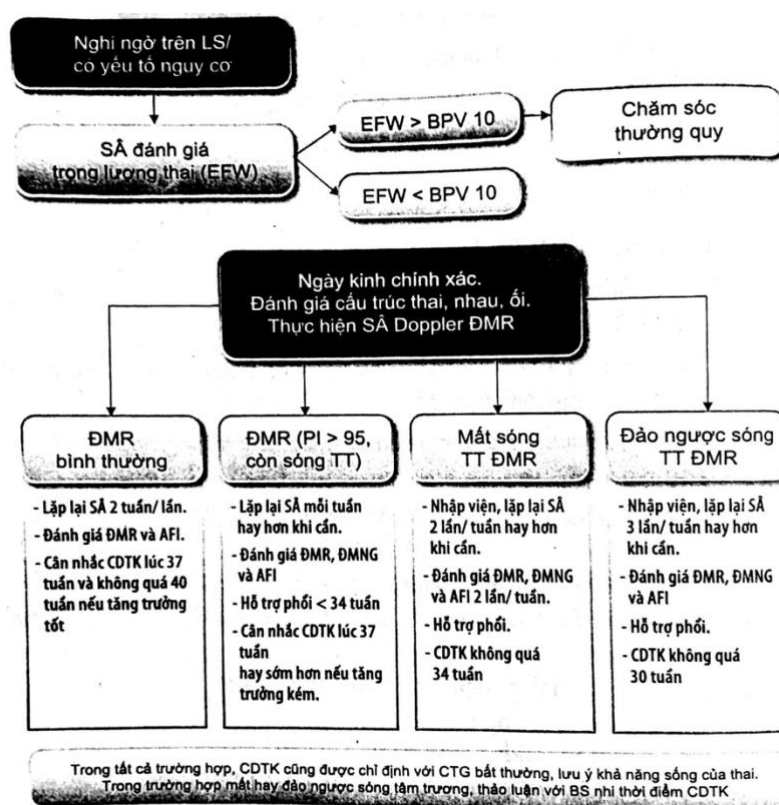
##### 4. Xử trí

- Mục tiêu: CDTK đúng thời điểm
- Thời điểm CDTK: Khi nguy cơ thai chết trong TC cao hơn nguy cơ thai chết sau sinh
- Nguyên tắc xử trí: tùy thuộc vào tuổi thai ở thời điểm chẩn đoán và mức độ chậm tăng trưởng
  - Thai  $\leq$  29w: tham vấn tiền sản, tùy từng trường hợp xử trí
  - Thai 29w đến  $\leq$  34w:



Phân độ	Biểu hiện	Xử trí
0	Cân nặng và/hoặc AC < BPV thứ 10, Doppler ĐM rốn và ĐM não giữa bình thường	Không xử trí, siêu âm Doppler mỗi 2w
I	Cân nặng và/hoặc AC < BPV thứ 10 và Doppler ĐM rốn và ĐM não giữa bất thường	*Điều trị ngoại trú: Corticosteroid hỗ trợ phổi, siêu âm Doppler + NST 2 lần/tuần. Nếu NST có đáp ứng + AFI > 5: CDTK ở tuổi thai 37w *Điều trị nội trú nếu kèm theo TSG
II	Cân nặng và/hoặc AC < BPV thứ 10 và mất sóng tâm trương hoặc đảo ngược sóng tâm trương ĐM rốn	*Điều trị nội trú - Corticosteroid hỗ trợ phổi - NST 2 lần/ngày + siêu âm Doppler 1 lần/ngày - Nếu NST có đáp ứng và siêu âm không thay đổi: theo dõi đến 34w - Nếu NST không đáp ứng: chỉ định MLT
III	Cân nặng và/hoặc AC < BPV thứ 10 và bất thường ống TM	- Xử trí giống độ II - CDTK lúc thai 32w

- Thai > 34w:
  - + Corticosteroid: Được chỉ định trong những trường hợp MLT chủ động
  - + Xử trí như tuổi thai 29-34w



## **II. Con to**

1. Định nghĩa  
Khi ước lượng cân nặng thai (EFW) > 4000g bất kể tuổi thai
2. Yếu tố nguy cơ
  - Yếu tố dịch tễ: đặc điểm gia đình, giới tính, chủng tộc, HC di truyền
  - HC di truyền đặc trưng bởi sự tăng trưởng quá sớm của thai dẫn đến con to: HC Beckwith-Wiedeman, HC Simpson-Golabi-Behmel, HC Sotos, HC Weaver,...
  - Chủng tộc: người da trắng, người Mỹ có tỷ lệ sinh con to cao hơn
  - Yếu tố môi trường: mẹ bị GDM hoặc GIP, tăng cân trong thai kỳ nhiều, mẹ béo phì
    - + AC > BPV 75% là dự báo kiểm soát đường huyết kém ở thai phụ và nguy cơ sinh con to
    - + Mẹ béo phì hay tăng cân nhiều trong thai kỳ ảnh hưởng tỷ lệ con to nhiều hơn mẹ ĐTD
  - Trường hợp đa thai: tình trạng con to hiếm xảy ra ở đa thai. Và EFW trên siêu âm thường cao hơn cân nặng thật sự, đặc biệt là thai < 2500g
3. Chẩn đoán
  - a. Lâm sàng
    - Khám lâm sàng: thành bụng sản phụ, tư thế TC, BCTC, CV bụng mẹ. Tuy nhiên phương pháp này phụ thuộc nhiều vào vị trí thai, lượng nước ối và kinh nghiệm của người đỡ sinh
  - b. Cận lâm sàng
    - Siêu âm 2D: phương tiện tốt nhất được sử dụng để ước lượng cân thai, với sai số khoảng 10-15%. Thường dựa vào BPD, HC, AC, FL
4. Nguy cơ
  - a. Nguy cơ mẹ
    - CD kéo dài hoặc ngưng tiến triển
    - Tỷ lệ sinh thủ thuật cao
    - Tăng tỷ lệ MLT
    - Tổn thương đường sinh dục (rách sâu độ III hay IV)
    - BHSS
    - Vỡ TC
  - b. Nguy cơ con
    - Ngạt
    - Chấn thương (tổn thương đám rối cánh tay, kẹt vai, gãy xương đòn)
    - Hạ đường huyết
    - Vấn đề hô hấp (HC suy hô hấp, thở nhanh thoáng qua, hít phân su)
    - Bệnh đa hồng cầu: do tăng sản xuất Erythropoietin do tình trạng thiếu Oxy huyết bào thai do tăng nhu cầu Oxy hoá liên quan đến tăng đường huyết và tăng insulin
    - Dị tật bẩm sinh: chèn ép thai do thai to, tăng giữ nước và tăng sinh mạch máu do trọng lượng thai to, RL sắc tố do đường huyết cao
    - Hậu quả lâu dài:
      - + Béo phì
      - + Giảm dung nạp glucose
      - + HC chuyển hoá
      - + Bệnh lý tim mạch
5. Xử trí
  - EFW: 3500-4000g
    - + Kèm theo 1 bất thường về sản phụ khoa (VD sẹo MLT): chỉ định MLT
    - + Không kèm theo bất thường về sản phụ khoa: nghiệm pháp lọt khi đủ điều kiện
  - EFW > 4000g
    - + Chỉ định MLT (không ĐTD:  $\geq 5000g$ ; có ĐTD:  $\geq 4500g$ )
    - + Chỉ định sinh ngả âm đạo: cân nhắc và cá thể hoá từng trường hợp, đặc biệt những trường hợp với tiền sử sinh con to  $\geq 4000g$
    - + Tư vấn cho sản phụ các nguy cơ khi MLT hoặc sinh ngả âm đạo
6. Dự phòng
  - Kiểm soát đường huyết tốt đối với thai phụ bị ĐTD
  - Đối với phụ nữ béo phì, cần giảm cân trước khi có thai
  - Tránh tăng cân quá mức trong thai kỳ

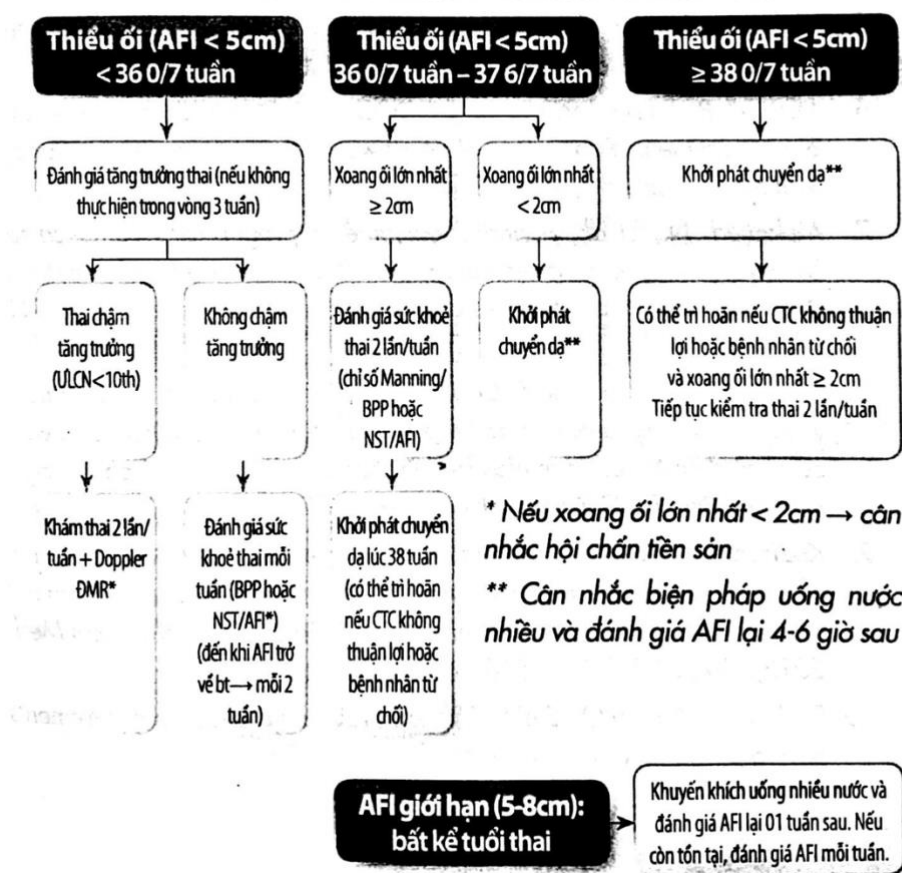
### **III. Thiếu ối**

1. Định nghĩa
  - Thiếu ối là tình trạng dịch ối ít hơn so với tuổi thai tương ứng và được chẩn đoán qua siêu âm
  - Thiếu ối nguồn gốc do thai chỉ xuất hiện sau 17-20w
2. Nguyên nhân
  - ❖ Thiếu ối trong TCN I liên quan với bất thường của phát triển phôi thai, dự báo một thai nghén thất bại sớm.
  - ❖ Thiếu ối trong TCN II chủ yếu liên quan đến bất thường của sản xuất nước tiểu do bất thường của thận như thận đa nang, bất sản thận hay dị tật bể tắc đường niệu, lệch bội
  - ❖ Thiếu ối trong TCN III là bằng chứng gián tiếp của tình trạng thiếu oxygen trường diễn, và là bằng chứng trực tiếp của tái phân bố tuần hoàn do thiếu oxygen trường diễn
  - a. Do mẹ
    - Bệnh lý nội khoa hoặc sản khoa ảnh hưởng tuần hoàn nhau thai (động kinh, THA mạn, bệnh lý collagen mạch máu, bệnh lý thận, RL đông máu,...)
    - Thuốc (thuốc ức chế men chuyển, thuốc ức chế tổng hợp prostagladin, trastuzumab,...)
  - b. Nhau
    - Nhau bong non
    - Truyền máu song thai (song thai đa ối-thiếu ối)
    - Nhồi máu hoặc thuyên tắc nhau
  - c. Thai
    - Bất thường NST
    - Bất thường bẩm sinh, đặc biệt RL đường tiết niệu
    - IUGR
    - Thai lưu
    - Thai quá ngày
    - Ối vỡ sớm, ối vỡ non
3. Ảnh hưởng
  - Tăng nguy cơ sảy thai, thai chết lưu trong TC
  - Ngạt sau sanh, tổn thương não do thiếu Oxy
  - Sinh non
  - IUGR
  - Chèn ép rốn
  - Bại não
  - Hít ối phân su
  - Thiếu sản phổi, thiếu sản thận, biến dạng chi,...
4. Chẩn đoán
  - a. Lâm sàng
    - BCTC nhỏ hơn tuổi thai
    - Nếu có dấu hiệu ối rỉ ối vỡ
  - b. Cận lâm sàng
    - Siêu âm:
      - + Lượng ối:
        - $AFI < 5$  cm hoặc  $SDP = < 2$  cm. Đối với song thai: khoang ối dọc  $= < 2$  cm
        - $SDP$ : thiếu ối nặng
      - + Bất thường thai và phần phụ thai: truyền ối nếu có chỉ định
      - + Siêu âm Doppler màu: nghi ngờ IUGR từ 20w trở lên
    - Nitrazine test
    - XN máu mẹ: TORCH,...
    - XN thai: karotype thai, TORCH,...

5. Xử trí

- a. Ba tháng đầu
  - Tư vấn nguy cơ thai chết lưu
  - Tái khám 1-2w sau
- b. Ba tháng giữa
  - Tư vấn tình trạng thai
  - Truyền ối (khi có chỉ định):
    - + Có thể thực hiện khi tuổi thai > 16w
    - + Lấy nước ối làm XN NST, TORCH,...
    - + Hỗ trợ siêu âm HTH thai nhi
  - Xử trí dựa vào kết quả XN mẹ và thai nhi
- c. Ba tháng cuối
  - Tư vấn tình trạng thai
  - Tùy theo tình trạng thai, ối,... sẽ cho nhập viện hay tư vấn tiền sản
  - CDTK:
    - +  $SDP \leq 1\text{cm}$ 
      - $\geq 34\text{w}$ : MLT
      - $< 34\text{w}$ : điều trị mong đợi
    - +  $1 < SDP \leq 2\text{cm}$ : Thai  $\geq 37\text{w}$ : sanh ngả âm đạo hoặc MLT tùy tình trạng sức khỏe thai nhi và mẹ
  - Hỗ trợ phổi cho thai:
    - + Thường quy cho 28-34w
    - + Cân nhắc trong trường hợp 26-28w

**THÁI ĐỘ XỬ TRÍ TRONG TRƯỜNG HỢP THIẾU ỎI ĐƠN THUẦN**



#### **IV. Đa ối**

##### **1. Định nghĩa**

- Đa ối là tình trạng dịch ối nhiều hơn so với tuổi thai tương ứng và được chẩn đoán qua SA

Mức độ	Nhẹ	Trung bình	Nặng
AFI	25-30 cm	30,1-35 cm	> 35 cm
SDP	8-11,9 cm	12-15,9 cm	>= 16 cm

##### **2. Nguyên nhân**

\*Đa ối trong tam cá nguyệt thứ nhì chủ yếu liên quan đến các dị tật bẩm sinh. Cần lưu ý đến tần suất cao của lệch bội kèm theo các khuyết tật này.

\*Khoảng 2/3 các trường hợp đa ối là vô căn. Một số trong chúng có liên quan đến lệch bội.

\*Trong tam cá nguyệt thứ nhì, nếu xảy ra đa ối thì các đa ối này thường diễn tiến cấp diễn. Thể tích nước ối tăng nhanh, gây khó chịu, khó thở và gây nhiều biến chứng sản khoa như vỡ sớm các màng ối, nhau bong non...

\*Đái tháo đường thai kỳ là nguyên nhân gây đa ối phổ biến nhất ở tam cá nguyệt thứ ba. Đa ối là do thai nhi tăng cung xuất nước tiểu, hậu quả của tình trạng phải thu nạp quá nhiều glucose từ mẹ.

##### **a. Do mẹ**

- ĐTDĐ thai kỳ (20%)
- Bất đồng nhóm máu Rhesus (10%)

##### **b. Do thai**

- Bất thường NST (13, 18, 21...)
- Nhiễm trùng bào thai TORCH
- Thiếu máu thai
- Bất thường hình thái thai
  - + Bất thường hệ thần kinh trung ương: não úng thủy, vô sọ, chẻ đôi đốt sống
  - + Bất thường hệ thần kinh – cơ: nhược cơ, bệnh Steinert, RL nuốt (SMCV, Piere Robin,...)
  - + Bất thường vùng cổ - lồng ngực: tăng sinh tuyến dạng nang ở phổi, phổi biệt trí,...
  - + Bệnh tim bẩm sinh
  - + Bất thường hệ tiêu hoá: hẹp thực quản, hẹp tá tràng
  - + Bất thường thành bụng: thoát vị rốn
  - + Thoát vị hoành
  - + Bất thường thận: Hội chứng Bartter
  - + Bất thường hệ xương
  - + Shunt: phình TM Galien, bứt rứt quai cùng cột, bứt rứt máu...
  - + Các hội chứng đa dị tật
  - + Song thai: HC truyền máu song thai, TRAPS
  - + Phù nhau thai
  - + Vô căn (30%)

##### **3. Ảnh hưởng**

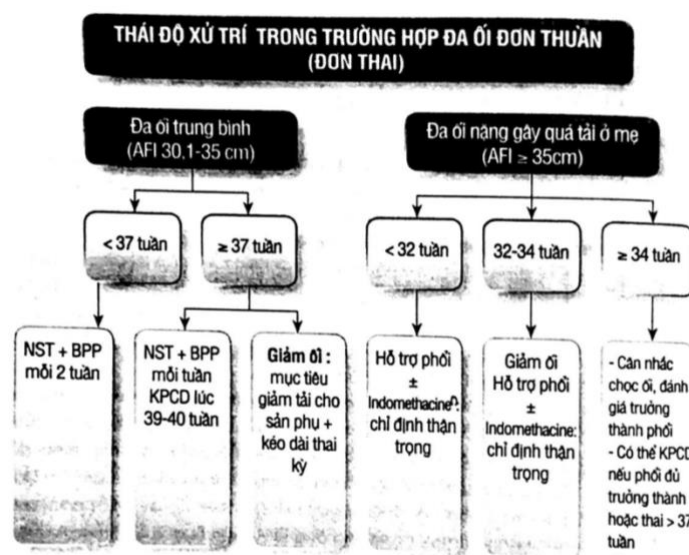
- Sanh non
- Thai chết lưu
- Gò cứng tính, nhau bong non
- Mẹ khó thở
- Ối vỡ non
- Sa dây rốn
- Ngôi bất thường
- Băng huyết sau sanh do đờ TC
- Tuỳ vào bệnh lý nguyên nhân mà còn các nguy cơ ảnh hưởng khác nhau

##### **4. Chẩn đoán**

##### **a. Lâm sàng**

- Dấu hiệu quá tải của sản phụ: khó thở, tim nhanh...
- BCTC tăng nhanh, có thể kèm thành bụng căng bóng
- Sờ nắn bụng: dấu hiệu sóng vỗ
- Khám âm đạo: dấu hiệu cục đá

- b. Cận lâm sàng
- Siêu âm tiền sản: tìm bất thường hình thái liên quan đa ối
    - + AFI 3 tháng giữa:  $\geq 22$  cm, 3 tháng cuối  $\geq 25$  cm
    - + SDP  $\geq 8$  cm
    - + SDP  $\geq 16$  cm: mức độ nặng
  - Siêu âm đo chiều dài kênh CTC
  - Test OGTT
  - XN TORCH
  - Cần nhắc chọc ối XN karotype, TORCH, Thalassemia...
5. Xử trí
- Điều trị ngoại trú:
    - +  $< 34$ w: tái khám mỗi 2w + đo chiều dài kênh CTC + hỗ trợ phổi
    - +  $\geq 34$ w: tái khám, siêu âm Doppler màu và NST mỗi tuần
  - Tiêu chuẩn nhập viện:
    - + Xuất hiện dấu hiệu quá tải
    - + Dấu hiệu dọa sinh non
    - + Thai  $\geq 39$ w
    - + CTG nhóm II trở lên hoặc siêu âm Doppler màu bất thường
  - Điều trị nguyên nhân (nếu có)
  - Điều trị triệu chứng
    - + Giảm ối: nếu có triệu chứng quá tải ở sản phụ (khó thở, nhịp tim nhanh, đau bụng,...) Tốc độ  $< 1$  lít/20p. Thủ thuật có thể lập lại tùy vào tốc độ tái lập ối
    - + Indomethacine: khi đủ điều kiện theo dõi
      - Chỉ định: đa ối vô căn và khi tuổi thai chưa đủ trưởng thành
      - Tác dụng phụ đáng ngại nhất là nguy cơ đóng ống ĐM sớm ở thai nhi, nhất là sau tuần 32w nguy cơ tăng 50%
      - Tác dụng phụ khác ở mẹ: trào ngược, nôn ói, viêm dạ dày,...
  - Điều trị hỗ trợ phổi thai nhi: 24-34w
  - Chỉ định CDTK:
    - + Thai  $\geq 39$ w có đa ối nhẹ đến TB, NST bình thường
    - + Thai  $\geq 37$ w có đa ối nặng
    - + Thai 34-37w có triệu chứng quá tải nặng ở mẹ và đã được hỗ trợ phổi thai nhi



(\*)

- Chính liều theo thể tích ối, tối đa 3mg/kg/ngày
- Ngưng khi triệu chứng giảm ± thể tích ối giảm hoặc khi thai đến 32 - 34 tuần để giảm nguy cơ đóng ống ĐM sớm
- Theo dõi khi điều trị  $> 48$  giờ & thai  $> 24$  tuần : Doppler thai mỗi 2 ngày - 1 tuần ± SA tim thai