



# TÓM TẮT SẢN KHOA

LÂM TÚ HƯƠNG – Y14B – 8

## MỤC LỤC

BỆNH ÁN SẢN KHOA .....	1
TIỀN SẢN .....	7
TIỀN SẢN GIẬT.....	9
ĐỊNH TUỔI THAI .....	13
SGA/FGR(IURG) .....	14
XUẤT HUYẾT 3 THÁNG CUỐI THAI KÌ .....	17
NHAU .....	18
RL V NƯỚC ỒI.....	19
RA NƯỚC ÂM ĐẠO .....	3
ÓI RỈ/ÓI VỠ .....	4
SANH NON .....	6
THAI QUÁ NGÀY .....	8
CHUYỀN DẠ .....	9
VẾT MỒ CŨ.....	12
MỒ LẤY THAI .....	15
XUẤT HUYẾT 3 THÁNG ĐẦU THAI KÌ .....	16
NOTE.....	20
LƯỢNG GIÁ SỨC KHỎE THAI.....	21
BỆNH TIM .....	23
ĐTĐ .....	24
THUỐC CO .....	25

## BỆNH ÁN SẢN KHOA

### I. HÀNH CHÍNH

Nguyễn T.X. 30t PARA (đủ  $\geq 37$  tuần, thiếu  $> 22$  tuần, mất: sảy thai, thai ngoài tử cung, thai ngưng phát triển, phá thai nội khoa)

📖 (1) thiếu ?20/22 (2) phân biệt sảy, thai lưu, thai ngoài tử cung,...

Địa chỉ: tốt nhất ghi theo hộ khẩu để cấp giấy chứng sinh

Nghề nghiệp

Ngày giờ NV

### II. LĐ ĐẾN KHÁM

VD: Thai 32 tuần – đau bụng (Than phiền bn)

### III. LĐNV

VD: Con so thai 32 tuần – sanh non (Sau khi khám -> Lí do nhập viện sản khoa)

### IV. TIỀN CĂN

#### 1. Bản thân

##### a. Nội khoa

THA, ĐTĐ, RLDM, bệnh lý tuyến nội tiết

Hen suyễn, tim mạch, gan, thiếu máu (-> em bé SDD, bệnh lý thiếu máu di truyền)

##### b. Ngoại khoa

CT vùng chậu, PT vùng bụng

##### c. Sản phụ khoa

- Phụ khoa

➤ Kinh nguyệt:

Kinh lần đầu

Đều không

Chu kỳ kinh

Số ngày kinh

Lượng kinh, t/c kinh

Triệu chứng đi kèm

➤ Các bệnh lý phụ khoa mắc, θ (bóc nhân xơ tử cung đoạn nào – bao lâu...)

➤ Tầm soát K cổ tử cung lần cuối (2 năm/lần)

- Sản khoa

➤ Năm lập gia đình

➤ Áp dụng những phương pháp ngừa thai nào

➤ Đặc điểm những lần sanh, sảy, nạo trước đó (sanh thường hậu sản 3 ngày, sanh mổ hậu phẫu 5 ngày)

➤ Thai kì lần này có: hỗ trợ sinh sản (VD thụ tinh ống nghiệm), buồng trứng đa nang...

#### 2. Gia đình

### V. BỆNH SỬ

1. KC (kinh chót: ngày đầu tiên của chu kỳ kinh cuối cùng): 1/12/2016

KAC (kinh áp chót): 30/11/2016

➔ DS (dự sinh) ngày +7, tháng -3 (8/9/2017) (chỉ tính được khi kinh đều vì mới dự đoán được ngày rụng trứng -> tính ngày thụ thai -> tính tuổi thai – CK kinh 28 ngày -> ngày thụ thai 14 ngày sau KC)

2. SA: 26/1/2017 8w

➔ DS (tốt nhất dựa vào SA ở tuần 📖)

➔ Phù hợp vs KC? Không phù hợp: **chênh >7 ngày -> dựa SA, <3 ngày -> dựa KC** nghĩ do sai số SA)

Hiện thai 38.5w

3. Quá trình diễn tiến thai

❖ TCN1 (ngày đầu kì kinh cuối -> 13w 📖):

- Tăng ? kí (tăng nhiều VD 6,7 Kg cho làm test dung nạp đường)
- Nghén?
- SA lần đầu: có thai, vị trí thai, SL thai, dấu hiệu sinh thái thai, phần phụ, CRL ( $\geq 10\text{mm}$  #7-10w)-> định tuổi thai
- CTM 8-12w (thường làm 12w cùng Double test)  
MCV, MCH  $\downarrow$  -> Ferritin  $\uparrow$   $\perp$  -> Làm CTM chồng -> Bộ XN 2 vợ chồng (Điện di Hb, Ferritin, XN ĐB gen) -> sinh thiết gai nhau  
Nếu Hb  $\perp$  hoặc  $\downarrow$  nhẹ trong khi MCV, MCH  $\downarrow$  nhiều -> nghĩ nhiều Thalass
- Cb gan thận, Đông máu toàn bộ: không phải thường qui
- Bộ ba MD: HIV-VGB-giang mai

Rubella: IgG, IgM (làm để sau này có chuyển huyết thanh không ở nước ngoài không làm vì họ có trữ máu lại) -> Nếu Rubella IgM (-) IgG (-) là chưa có miễn dịch -> 16w phải làm lại nếu chuyển dương thì chọc ối để XN (XN lúc này vì sau 16w nhiễm ít ảnh hưởng thai nhi)

IgG cao >500 -> phải thử IgM -> Ig M + -> Lấy nước ối tuần 20-22 thử Rubella xem em bé có nhiễm

- Nhóm máu (Rh -> chích anti D từ tuần 📖)
- Đường huyết đói (làm cho tất cả sản phụ lần khám đầu) -> nếu có YTNC thì làm luôn test dung nạp
- SA hình thái sớm quý 1 (NT: độ mờ vai gáy – 11->13w6d)  
Phát hiện 1 số dị tật: thai vô sọ (chấm dứt thai kì), não thất duy nhất, không đủ chi, thoát vị rốn, dị tật tim nặng (tâm thất duy nhất), độ mờ vai gáy dày (tính theo mom), nang BH vùng cổ

NC cao lệch bội khi có:

(1)  $NT \geq 95\%$  so vs 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 TM

➔ CRL  $\geq 45\text{mm}$  thì mới tính được NT và tính tuổi thai = +6.5w

- Double test: free  $\beta$  HCG + PAPP.A -> cảnh báo tiền sản giật, ĐTĐ thai kì (làm ngay ngày SA độ mờ vai gáy) (đơn vị tính theo tuổi thai: mom multiple of medium)

PAPP.A quá thấp: thai chậm tăng trưởng về sau do nguyên nhân mạch máu  $\beta$ HCG quá cao >5-10 mom: u buồng trứng, bánh nhau, thai chậm  $\uparrow$  về sau do NN mạch máu

- Combine test: bất thường NST 13,18,21 (1/250)
- Nếu song thai: song thai loại gì (1 nhau 1 ối -> bắt buộc phải chấm dứt thai kì lúc thai 34w)

❖ TCN 2 (14w -> 27w)

- Tăng ? kí
- 15-16w: VAT (2 mũi cách nhau ít nhất 4 tuần trước lúc sanh ít nhất 4w thường chích tuần 15-16w, đã chích thì chích nhắc lại 2 mũi nếu >10 năm, 1 mũi nếu <10 năm) -> con lần 4 # chích đủ 5 mũi thì không chích lại
- 16-17w (nhảy hơn 14w): Tripple test: không đo được NT (nếu chưa làm double test do nhảy không bằng Double test) (AFP, uR3, βHCG ↓ trisomy 21,18; AFP ↑ thoát vị rốn, khiếm khuyết ống TK)-> Quadruple test= Trip + inhibin A

Nếu Double / Tripple test cho NC TB/ cao -> 15-18w6d: SA soft marker để hiệu chỉnh Double/Tripple test để tính toán nguy cơ thực sự

NC tính toán = NC nền x NC huyết thanh

NC hiệu chỉnh = LR (Chỉ số khả dĩ dương) x NC huyết thanh

NIPT: sớm nhất từ tuần thứ 10, làm trực tiếp với thai phụ có NC cao trisomy:

- (1) Tuổi  $\geq 35$
- (2) Có hình ảnh siêu âm gợi ý nhiều khả năng lệch bội
- (3) Tiền căn sanh con bị lệch bội
- (4) Test sàng lọc 3 tháng đầu hoặc giữa cho NC hiệu chỉnh cao
- (5) Cha mẹ biết rõ có đột biến chuyển đoạn NST kết hợp với trisomy 13,18,21 (Robertsonian)

- 20-24w6d: SA hình thái học thai nhi (thời điểm tốt nhất 20-24w6d, thường là SA 4 chiều hoặc 3 chiều, 20w: hầu hết các cq đã ↑, nước ối tương đối nhiều, thể chai 18w mới ↑ làm trước 20w không thấy rõ)
- 24-28w: OGTT (Nhóm NC cao thì làm đầu thai kì)
- Mỗi lần tái khám đều đo BCTC, tim thai, XN nước tiểu

❖ TCN 3 (28w -> 40w)

- Quan tâm sự phát triển thai nhi: các chỉ số sinh trắc có phù hợp với sự phát triển của thai
- Bất thường nhau tiền đạo, nhau bám thấp.
- 30-33w6d: SA đánh giá sự tăng trưởng thai, bệnh lý phần phụ (bánh nhau, dây rốn, ối)

4. Bệnh sử

5. Tình trạng lúc nhập viện:

Sinh hiệu, tri giác

Cân nặng/chiều cao

Khám

BCTC

Vùng bụng

Tim thai

CTC

Ngôi

Ối

VI. KHÁM

Khám tổng quát

Khám vú

Khám sản khoa

a. Khám bụng

- Nhìn: tử cung hình trứng, trục dọc, rốn phẳng
- BCTC CVVB
- Leopold; ngôi đầu, lưng bên phải, chưa lọt
- Tim thai nghe ở giữa bụng bên phải, 144 l/p

b. Khám trong

- Luôn khám mở vạt dù không ra huyết gì
- Âm hộ bình thường
- Âm đạo nhầy nâu
- CTC mở 1 cm (nhiều dây không ghi xóa) (vị trí, hướng, mật độ, xóa mờ), ối còn (vỡ coi có sa dây rốn ko), ngôi đầu, độ lọt
- 2 phần phụ
- Nitrazine test (-)
- Khung chậu: không khám
- PAP > 2 năm nên làm lại (chỉ làm trong 3 tháng đầu vì sau đó CTC sung huyết dễ chảy máu)

VII. TTBA

VIII. CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ

Con lần ?, thai ? w, ngôi ?, chuyển dạ giai đoạn ? / Vấn đề kèm theo

VD: Con lần 2, thai 38w, ngôi đầu, chuyển dạ giai đoạn hoạt động/ Vết mổ cũ 2016 (Nói vết mổ cũ nghĩa là vết mổ trong tử cung)

IX. CLS

BPP + Nonstress Test: giá trị dự báo âm cao(99% không suy thai), không có giá trị tiên đoán dương (có chưa chắc suy thai) -> Không YTNC: 2w, Có YTNC của suy thai (mẹ có bệnh lý chuyển hóa: ĐTĐ,...): 1w, LS làm 3d/lần (BPP gồm trương lực cơ, động tác nuốt của em bé, cử động của em bé -> làm lâu -> BPP biến đổi gồm Nonstress test và AFI)

X. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

XI. TIỀN LƯỢNG

Mẹ: sanh âm đạo/ mổ lấy thai, bệnh lý  
Con

XII. XỬ TRÍ

**Khởi phát chuyển dạ**

Bảng chỉ số Bishop  
(Bishop tính khi chưa chuyển dạ)

Điểm	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Đánh giá				
Độ mở cổ tử cung (cm)	0	1 - 2	3 - 4	5 - 6
Độ xóa cổ tử cung (%)	0 - 30	40 - 50	60 - 70	≥ 80
Độ lọt của thai	-3	-2	-1 - 0	+1 - +2
Mật độ cổ tử cung	Cứng	Vừa	Mềm	
Hướng cổ tử cung	Sau	Trung gian	trước	

➔ **Bishop cải tiến:**

- Cộng thêm 1 điểm khi:
  - Mẹ có tiền sản giật
  - Sanh con rạ: tiền căn mỗi con cộng 1 điểm
- Trừ 1 điểm khi:
  - Thai quá ngày dự sanh
  - Sanh con so
  - Ối vỡ sớm hay ối vỡ lâu

➔ **Đánh giá kết quả:**

- Bishop < 6 (theo ACOG 2009), ối còn, không có cơn gò chuyển dạ  
Làm chín mùi CTC bằng prostaglandin trước khi thực hiện KPCD
  - Prostaglandin nội sinh: se đầu vú, bấm ối, lóc ối
  - Prostaglandin ngoại sinh: thuốc (E2, F2α ở VN không có; Miso không dùng cho thai đủ tháng), cơ học (Foley – max 2 lần, Laminaria, Kovac's)  
Foley đặt max 2 lần: đặt kênh CTC bơm 60-80ml  
Laminaria vật liệu có khả năng thấm hút hấp thu dịch âm đạo, tử cung nong từ từ ra. Đặt 1-2 que vô để nó mở 1-2cm rồi đặt Foley  
Kovac's: không dùng cho thai đủ tháng vì làm vỡ ối, nhau bong non, thay đổi ngôi thai
- Bishop ≥ 6 hoặc ối vỡ khởi phát chuyển dạ bằng oxytocin  
Tia ối vs oxytocin ít xài khi CTC đã mở ≥ 3cm

Khởi phát chuyển dạ thành công cao khi Bishop ≥ 9. Trong thực hành, nếu người phụ nữ có cổ tử cung mở 2cm, xóa 80%, mật độ mềm hướng trung gian, ngôi chỏm độ lọt -1 → sẽ có một khởi phát chuyển dạ thành công.  
Oxytocin (BISHOP ≥ 6), chín mùi CTC (BISHOP ≤ 5)  
Chín mùi CTC

**Hỗ trợ trưởng thành phổi:**

Có thể xem xét chích corticoid (tăng hấp thu surfactant) tác dụng tốt nhất trong 1 tuần sau 1 tuần vẫn chưa chuyển dạ thì không chích tiếp vì ảnh hưởng chất xám chất trắng thai nhi

**Phẫu thuật**

Rạch đường dọc khi rạch đường ngang k dc: Nhau tiền đạo nhau cài răng lược, Thai non tháng( đầu cao nc ối ít khi để tay vô tử cung siết lại), ngôi bất thường  
Rạch dọc bụng ưu điểm nhanh trường hợp cần vào bụng nhanh như gây mê thai suy  
Rạch ngang thẩm mỹ ít dính nhưng chậm  
Rạch tử cung dọc khi ngang hết chỗ, ngang ít chảy máu nhưng khi cắt rộng khó vì 2 động mạch tử cung 2 bên khi đó có thể cắt miếng dọc tạo chữ T  
Chích trưởng thành phổi khi sanh 26-34w sau 37 w chích trong trường hợp mô???

**SAU BỆNH ÁN CẦN TRẢ LỜI ĐƯỢC**


1. Có sinh được ngã âm đạo (mổ, sinh thường, sinh giúp)
2. Tiên lượng mẹ, con

**BIỆN LUẬN THEO 3 P**

**(1) Power**

- Sức khỏe mẹ:  
Suy kiệt, SDD, thiếu máu, HIV, VG siêu vi nặng, TSG, sùi mào gà (phá  
day thanh âm em bé)  
Không gần được: suyễn, suy tim, tâm thần
- Con gò tử cung:  
Tiềm thời: 3 cơn /10mn  
Tích cực: 4-5 cơn/10mn

**(2) Passenger**

- Ngôi thế
- Trọng lượng thai: CT 
- Sức khỏe thai: đủ tháng đủ ngày, XN  $\perp$ , tim thai, monitor -> màu sắc nước ối

**(3) Passage**

- Vết mổ cũ: mổ bắt con, thai ngoài tử cung (phải ở phần cơ TC)
- Khung chậu: hẹp eo trên/giữa/dưới
- Phần mềm: có vách ngăn âm đạo,...
- Phần phụ của thai: nhau -> tiền đạo trung tâm, rốn -> quấn nhiều vòng
- ❖ Người mẹ lùn: KC dạng dẹt -> KC hẹp đường kính ngang  
Người mẹ lùn, ốm: KC dạng bầu, nang -> hẹp đường kính ngang eo dưới
- ❖ Ngôi mông điểm mốc: xương cùng  
Ngôi mặt                                      cằm  
Ngôi chỏm                                      thóp sau
- ❖ Eo trên: gờ vô danh + đường kính hậu vệ  
Eo giữa: gai hông + đường kính xương cùng  
Eo dưới: góc vòm vệ, khoảng cách thai ụ ngồi
- ❖ Phần mềm: đặt mỏ vịt quan sát



## TIỀN SẢN

Chọc ối từ 16w

SA giới tính 24w

NT  $\geq 3$  mm -> bách pv 95 -> NIPT

NT  $\geq 3.4$  -> bách pv 99 -> xâm lấn

### TEST CHẨN ĐOÁN LỆCH BỘI

Sinh thiết gai nhau (CVS): 10-12w0d

Chọc ối: 15w

Chọc dò máu cuống rốn: 20w

HIV

Mổ sanh nếu  $>1000$  copies/ml hoặc CD4  $\downarrow$

ZDV được chỉ định sau 3 thang đầu, khi sanh (bắt đầu CD hoặc ối vỡ) và sau khi sanh

### HBV

HBsAg (+), HbeAg (+) -> tiêm immunoglobulin trong 12 h sau sanh, vaccine ngày 1st, 30th, 60<sup>th</sup>. Bé sau sanh cần XN HbsAg, HbsAb, HbcAb

### BV

$\Delta \frac{3}{4}$

- (1) Khí hư đặc trưng của BV
- (2) pH âm đạo  $> 4.5$
- (3) Có Clue cells trên khảo sát dịch âm đạo
- (4) Whiff test (+)

Ø: Metronidazole, sanh non thì dùng clindamycin

Nên tầm soát đối tượng có NC trước 20 tuần

$<20$  w có triệu chứng sẽ tiến hành điều trị

### GBS (Streptococcus nhóm B)

ACOG khuyến cáo tầm soát GBS thường qui cho mọi thai phụ giữa tuần 35 và 37 thai kỳ

Dùng Penicillin hay Ampicillin trong CD hay vỡ ối ở thai phụ biết GBS (+)

Nếu không biết (+) (-) thì dự phòng cho các đối tượng

- (1) Cho mọi thai phụ có CD sanh non trước 37w
- (2) Vỡ ối non- thai non tháng dưới 37w
- (3) Vỡ ối kéo dài hơn 18h
- (4) Mẹ sốt trong CD

**GIANG MAI** -> 0 trước 16w

Non-treponemal (RPR, VDRL): xác định bệnh hiện tại, kq 0

Treponemal test (TPPA, EIA IgG và IgM, FRA-Abs): xác định phơi nhiễm trước đó

Xác định trẻ sơ sinh bị nhiễm khi KT vẫn còn (+) sau 6 tháng

0

Giang mai sớm (nhiễm <2 năm): Benzathine Penicillin 1.8g (2.4 triệu đơn vị) tiêm bắp liều duy nhất hoặc Procain Penicillin 1.5g tiêm bắp mỗi ngày trong 10 ngày

Giang mai muộn tiềm ẩn: Benzathine Penicillin 1.8g (2.4 triệu đơn vị) tiêm bắp 1l/1 tuần trong 3 tuần hoặc Procaine Penicillin 1.5g tiêm bắp mỗi ngày trong 15 ngày

STREPTOCOCCUS B (GBS): ACOG và CDC khuyến cáo tầm soát GBS thường qui cho mọi thai phụ 35-37w

Vỡ MCH, MCV ↓ (gợi ý nhiều khi Hb không giảm hoặc giảm ít không tương xứng) -> Ferritin -> CTM chồng ↓ -> 2 vợ chồng: Ferritin, Điện di Hb, tìm ĐB gen -> Tiên lượng con có chột ối không

➔ 10-20% Thalass không biểu hiện thiếu máu -> những người chồng có bệnh phải tầm soát vợ dù MCV, MCh 1

## TIỀN SẢN GIẬT

### CHẨN ĐOÁN

Huyết áp tâm thu  $\geq 140$  mmHg hoặc HA tâm trương  $\geq 90$  mmHg qua 2 lần đo cách nhau ít nhất 4 giờ xuất hiện sau tuần lễ thứ 20 thai kỳ ở phụ nữ có HA bình thường trước đó

Và

Protein niệu ( $\geq 300$ mg/24 giờ hay Protein/Creatinin niệu  $\geq 0.3$  hay Dip-Stick  $\geq 1+$  - chỉ sử dụng khi các phương pháp định lượng khác không có sẵn)

Khi Protein niệu âm tính, TSG có thể được chẩn đoán dựa vào Huyết áp và một trong những dấu hiệu mới khởi phát sau

- + Giảm tiểu cầu      Tiểu cầu  $< 100000/\text{mm}^3$
- + Suy thận      Creatinin máu  $> 1,1$  mg/dl hoặc gấp đôi trị số bình thường mà không kèm theo bệnh lý thận nào khác
- + Suy tế bào gan      Men gan cao gấp đôi trị số bình thường
- + Phù phổi
- + Các rối loạn não bộ hay thị giác mới xuất hiện (nhức đầu, mờ mắt)

*Nhức đầu từ vùng gáy chẩm, nặng thì cả đầu (pb nhức đầu Migrane: nhức  $\frac{1}{2}$  đầu hoặc nhức đầu thái dương hoặc nhức đầu theo nhịp mạch; nhức đầu do viêm xoang)*

*Bilan TSG:*

*CTM*

*TPTNT, protein niệu 24h*

*Protid total, albumin máu, LDH*

*Men gan, Bilirubin TT,GT*

*Ure, acid uric*

### PHÂN LOẠI

TSG không có dấu hiệu nặng

TSG có dấu hiệu nặng

Khi có một trong các dấu hiệu sau:

- Huyết áp: huyết áp tâm thu  $\geq 160$  mm Hg hoặc huyết áp tâm trương  $\geq 110$  mm Hg trong hai lần đo cách nhau ít nhất 4h khi bệnh nhân nằm nghỉ ngơi trên giường.
- Giảm tiểu cầu: TC  $< 100.000/\text{microliter}$
- Suy thận tiến triển (creatinine/máu  $> 1.1$  mg/dl hoặc gấp 2 lần giá trị của bệnh nhân trước đó và không có bệnh lý về thận)

- Suy chức năng gan: men gan tăng gấp 2 lần giá trị bình thường, đau nhiều ở hạ sườn P hoặc đau thượng vị không đáp ứng với thuốc và không có nguyên nhân khác
- Phù phổi hoặc tím tái
- Mới xuất hiện các triệu chứng rối loạn thị giác hoặc rối loạn thần kinh trung ương

## XỬ TRÍ

Theo ACOG: THA mới khởi phát trong thai kỳ là tiêu chuẩn nhập viện rồi (nhập viện để làm đạm niệu 24h và bilan TSG gồm theo dõi LS +CLS)

TSG xảy ra sớm trước 28w thường nặng, TSG ít khi xảy ra sau 34w

BN vào HA cao cho làm đạm niệu 24h trong quá trình đợi theo dõi hạ áp (tạm thời có thể dùng Dipstick) nếu có các dấu hiệu nặng thì Δ luôn khởi đợi đạm niệu -> hạ áp truyền MgSO<sub>4</sub> liên

Vẫn nên chờ đạm niệu để có mức độ theo dõi tốt, nâng mức độ cảnh giác đặc biệt theo dõi hậu sản (NC sản giật 6 tuần sau hậu sản)

### 1. Chống tăng HA

Chỉ định khi có tình trạng THA nặng: HA tâm thu  $\geq 160$  mmHg hoặc HA tâm trương  $\geq 110$  mmHg

Mục tiêu

- Trị số HA 140-150 mmHg (90-100 mmHg)
- Sự ổn định HA trong suốt quá trình điều trị

Điều trị:

Nặng: truyền Nicardipin

Ổn: uống

Nicardipin 10mg/10ml 1 ống

Glucose 5% 40ml hoặc nc cất 40 ml

Bơm tiêm điện (do liều nhỏ)

Liều chỉnh theo HA đa số 7-8 ml/h max 12ml/h

### 2. Ngừa co giật MgSO<sub>4</sub>

*Liều tấn công: MgSO<sub>4</sub> 15% 2 ống pha tiêm mạch chậm*

*Liều duy trì sau 1 giờ (1g/h):*

*MgSO<sub>4</sub> 15%/10ml/ống                      4 ống*

*Nước cất 2ml*

*Bơm tiêm điện (hoặc truyền TM) 7ml/h*

*(TBL: Tấn công 4-6 g trong 20p -> 6g MgSO<sub>4</sub> trong 100ml Glucose 5%, duy trì*

*2g/mỗi giờ -> 40g trong 1l Lactate Ringer 50ml/h hoặc 20g trong 1l Lactate Ringer 100ml/h) trong CD và sau sanh 12-24h*

*1 ống = 1.5g*

Phải theo dõi ion đồ, phản xạ gân xương bánh chè, tần số hô hấp ( $<12l/p0 \rightarrow$  ngộ độc  $MgSO_4$  (giải bằng 10ml calcium gluconate 10% tiêm mạch trong thời gian không dưới 10 mn và đặt nội kq nếu ngưng thở)

Cần duy trì lượng nc tiêu  **$>25ml/h$  hoặc  $400 ml/4h$**  để tránh tích tụ thuốc

Nồng độ điều trị 4-6 nEq/L

Trong TSG nặng khi HA đã ổn cho ngưng  $MgSO_4$  để tránh ngộ độc

### 3. **Chăm dứt thai kì** dựa vào mức độ và tuổi thai

**TSG chưa có dấu hiệu nặng:** mốc chấm dứt thai  $\geq 37w$

Xác nhận không có chỉ điểm IUGR  $\rightarrow$  test lượng giá sức khỏe thai bình thường

Xác nhận không cso dấu hiệu khẩn cấp: CD, cấp cứu sản khoa.

**$\rightarrow$   $\Theta$  ngoại trú khám 2 lần/tuần.**

Mẹ: theo dõi dấu hiệu nặng, ghi lại HA 2l/ngày.

Con: thai máy, BPP biến đổi. NST 2l/tuần, sinh trắc và AFI 3 tuần/lần

**TSG có dấu hiệu nặng**

Mốc  $\geq 34w$  (do thời điểm này thai ra ngoài sống dc – không cần đợi hỗ trợ phổi do NC suy hô hấp và thoái hóa chất trắng thai nhi rất thấp) hoặc  $<23w$  đối vs nc ngoài, 26w ở VN (mẹ bị suy đa cq nếu không chấm dứt thai, tính mạng mẹ mới quan trọng, y học chưa dưỡng thai được, cần ổn định nội khoa cho mẹ) hoặc 26-34w: Hỗ trợ phổi, mẹ không ổn định thì lấy thai.

*25-26w và  $>500g$  mới có thể nuôi nhưng sợ nhất là không phát triển tâm thần vận động*

Nặng: HA, nước tiểu (màu xá xị  $\rightarrow$  HELP; nhức đầu  $\rightarrow$  RL não, không đáp ứng với thuốc giảm đau; mờ mắt; tiểu ít  $\rightarrow$  thận)

CLS: đạm niệu 24h, CTM, men gan, creatinine máu, đông máu toàn bộ, acid uric (tăng thường là mạn)

Nhóm máu, đường huyết, TPTNT, HIV, HbsAg, VDRL, ion đồ (cần magie Sulfat), SA, NST, Bil, LDH

TSG/mạn nguy hiểm nhất

TSG nguy hiểm hơn mạn  $\rightarrow$  lấy em bé ra là ổn

### **Vì sao truyền Magie Sulfat dù không TSG nặng?**

Truyền Magie Sulfat trong TSG nặng hoặc khi chuyển dạ (bắt buộc dùng đúng 24h mới được ngưng)

Khi đặt Foley không biết chuyển dạ lúc nào nên dùng Magie Sulfat

### **PHÒNG NGỪA**

SP có NC cao WHO khuyến cáo dùng aspirin liều thấp 60-80 mg/ngày để dự phòng TSG (thầy dạy 100-150 mg/ngày uống ban đêm – dịch vị thấp dễ loét)

Cho khi thai còn nhỏ 12-16w. Ngưng lúc 34/36w vì thai sống dc  $\rightarrow$  miễn sao ngưng trước 5-7 ngày sanh  $\rightarrow$  Lỡ quên tới ngày sanh thì cũng chưa ghi nhận ca BHSS nào nghiêm trọng

SP có NC cao:

- (1) Có TSG trong thai kỳ trước đó, nhất là có TC TSG khởi phát sớm và sanh non trước 34w
- (2) Đái tháo đường
- (3) THA mạn
- (4) Bệnh lý thận
- (5) Bệnh lý tự miễn
- (6) Đa thai

Bổ sung calcium nguyên tố 1.5-2g/ngày ở vùng có khẩu phần calcium <600mg/ngày

#### NOTE

Tăng HA thai kì: về  $\perp$  trước 12w hậu sản

Sản giật: trước, trong sau sanh 10d

Thai không sống dc nếu lớn sẽ không hút được, có VMC không nên nạo -> KPCD bằng misoprostol chín mùi CTC -> tăng co -> không tổng được thì gấp thai -> không được thì MLT (nguy hiểm vì tử cung nhỏ dễ rách lỗ)

Misoprostol CCĐ KPCD khi thai còn sống (gò nhiều thai suy, vỡ TC)

#### BIẾN CHỨNG

##### HC HELLP

1. Tăng bilirubin toàn phần  $\geq 1.2$  mg/dL
2. Giảm tiểu cầu < 100.000/uL
3. Tăng men gan SGOT (AST) >70 U/L

Ổn định tim mạch, điều chỉnh RLĐM, CDTK (có thể đợi 48h corticoid nếu không có tình trạng DIC)

##### SẢN GIẬT

1. Co giật
2. Hôn mê
3. Nền tiền sản giật

Thông đường thở. Tiêm TM chậm thêm 2g MgSO<sub>4</sub> nữa rồi định lượng Mg<sup>2+</sup> máu.

Đặt Foley theo dõi nước tiểu tránh vô niệu

CDTK trong vòng 12h sau kiểm soát được sản giật

Không được dùng ergometrin để dự phòng hay điều trị BHSS trong TSG-SG vì làm tăng NC co giật và TBMMN

## ĐỊNH TUỔI THAI

KC -> Ngày +7 tháng -3 năm +1

Ngày thai máy đầu tiên 16-18w vô kinh

Tháng =  $\frac{BCTC+4}{4}$  -> BCTC= tuần -4

SA

32-33 ngày: MSD #2-3mm

5-8w: kích thước túi phôi-> MSD+30 (MSD  $\leq$  14)

5-6w thấy yolksac -> kt max=6mm lúc 10w

7w: tìm phôi

8w: có cử động tim phôi trên siêu âm

7-12w: đo chiều dài đầu mông CRL+6.5mm=tuần

12-23w: BPD

14-22w (TCN2): chiều dài xương đùi

XQ bụng: đếm cột hóa xương thai (đầu dưới x đùi-36w, đầu trên x chày – 38w, đầu trên x cánh tay-41w); XN nc ối

## SGA/FGR(IURG)

### 1. TẦM SOÁT

Siêu âm Doppler ĐMTC 1 lần vào lúc 23w giúp xác định hầu hết thai phụ sau đó có nguy cơ tiến triển thành bệnh lý TSG và TCTT nghiêm trọng

Chỉ có nhiễm trùng bào thai do CMV hay Rubella là được xác nhận có liên quan IUGR

⊥ : BCTC min = tuổi thai – 4 VÀ mỗi tuần BCTC phải tăng được 1 cm

➔ Khám thai: BCTC và tốc độ ↑ BCTC

### 2. XÁC ĐỊNH THAI NHỎ

SGA (theo RCOG) được định nghĩa là khi thai nhi có trọng lượng thai ước tính (EFW) hay chu vi vòng bụng (AC) nằm dưới 10<sup>th</sup> percentile

SGA nặng khi dưới 3<sup>rd</sup> percentile

Đo 2 thời điểm cách nhau ít nhất 4w

### 3. PHÂN BIỆT FGR VÀ SGA

Theo ISOUG 2016, thai <32w IURG được phép chẩn đoán khi có 1 YT độc lập trong các YT: sinh trắc <3% (HC hoặc EFW) hoặc bất thường vận tốc dòng chảy cuối thì tâm trương (UtA), bất thường chỉ số não rốn CPR

EFW <10%+ thiếu ối hoặc bất thường Doppler ĐM rốn

Δ IUGR

< bách phân vị 10 theo dõi biểu đồ thai nếu nó không đạt được tiếp tuyến với đường ↑ thai ⊥

< bách phân vị 1

### 4. PHÂN BIỆT FGR SỚM – MUỘN: 32w

FGR sớm: bất thường cấu trúc của lông nhau (lệch bội -> cấm lông nhau chia nhánh không tốt -> trở kháng cao -> Doppler xuất hiện sớm)

IUGR sớm (20-34w)-> tìm NN (Nhiễm trùng bào thai -> cấy ối (TORCH thực ra là PCR không phải cấy) -> Ls nghi ngờ mà TORCH (-) -> lấy máu cuống rốn của em bé khi chọc ối hoặc đem bánh nhau sau sinh làm XN -> Cần làm để θ em bé khi sinh ra)

FRG muộn: liên qua đến chức năng lông nhau bị thoái hóa, tẩm nhuộm fibrin kém -> bánh nhau thoái hóa muộn, thiếu Oxy trường diễn -> Doppler xh muộn, dùng các test sức khỏe thai như NST, CST, MBPP

SGA/FGR xuất hiện sớm lượng giá sức khỏe thai bằng velocimetry Doppler, xuất hiện muộn dùng EFM



IUGR cân xứng: rối loạn di truyền, nhiễm trùng

FGR sớm	FGR muộn
Khó khăn trong <b>xử trí</b>	Khó khăn trong <b>chẩn đoán</b>
1%	3-5%
Bệnh lý bánh nhau <b>nặng</b> : bất thường Doppler ĐM rốn, hay kết hợp TSG	Bệnh lý bánh nhau <b>nhẹ</b> : Doppler ĐM rốn bình thường, ít kết hợp với TSG
<b>Thiếu Oxy nặng</b> : đáp ứng tuần hoàn <b>hệ thống</b>	Thiếu oxy nhẹ: đáp ứng tuần hoàn <b>trung tâm</b>
Bệnh suất và tử suất <b>cao</b>	Tử suất thấp hơn (thường là nguyên nhân gây <b>chết lưu</b> )

## 5. CHẤM DỨT THAI KÌ

	SINH LÝ BỆNH	TIÊU CHUẨN (1 trong số)	THEO DÕI	CDTK
SGA	Kích thước nhỏ do thể trạng	EFW <10%	2 tuần/lần	40w
FGR I	Thai nhỏ trầm trọng hoặc thiếu dd bánh nhau nhẹ	EFW < 3 <sup>rd</sup> CPR <p5 MCA PI<p5 UA PI>p95 UtA PI>p95	1 tuần/lần	37w
FGR II	Thiếu dd bánh nhau nặng	Mất sóng tâm trương UA Đảo ngược sóng trong eo ĐMC	2 lần/tuần	34w (MLT)
FGR III	Suy thai tiến triển, toan hóa máu nhẹ	Đảo ngược sóng tâm trương UA PI ống tĩnh mạch>p95	1-2 ngày	30w (MLT)
FGR IV	Toan hóa máu nặng	Giảm nhịp tim thai tự phát Đảo ngược sóng a trong Doppler ống TM (-> nguy cơ thai tử vong trong 24h) Giảm dao động nội tại <3ms	12-24h	26w (MLT)

*CPR = MCA-PI/UA-PI: chỉ số não nhau*

*MCA: ĐM não giữa, UA: ĐM rốn, UtA: ĐM tử cung*

*SGA: Doppler và tăng trưởng thia mỗi tháng 2 lần. KPCD khi 40w*

*FGR giai đoạn 1: Doppler UtA, UA hoặc MCA hoặc CPR bất thường. Các bằng chứng hiện tại cho thấy NC thai suy thấp. Theo dõi hàng tuần. KPCD 37w*

*FGR giai đoạn 2: mất sóng tâm trương UA hoặc đảo ngược sóng trong eo ĐM chủ. Theo dõi 2 lần/tuần. CDTK 34w. Nên mổ lấy thai chủ động*

*FGR giai đoạn 3: đảo ngược sóng tâm trương UA hoặc PI ống TM trên bách phân vị thứ 95. Hiện chưa có dh gợi ý NC rất cao thai tử lưuw trong vài này. Theo dõi 1-2 ngày. Mổ lấy thai 30w*

*FGR giai đoạn 4: Nhịp giảm tự phát, giảm dao động nội tại <3ms hoặc đảo ngược sóng a trong Doppler ống TM. Theo dõi 12-24h. MLT 26w*

Corticosteroide liệu pháp là cần thiết nhưng chỉ được phép chỉ định khi đồng thời có đủ 2 yếu tố

1. Thỏa điều kiện tuổi thai <35w6d (khác  $\perp$  là 34w)
2. Có nguy cơ rõ ràng phải chấm dứt thai kỳ trong vòng vài ngày sắp đến

Biểu đồ cắt các đường percentile hoặc gãy khúc thường có ý nghĩa bệnh lý. Biểu đồ song song percentile dù số bất thường nhưng thường không ý nghĩa bệnh mà là

1. Định sai tuổi thai
2. Các yếu tố thượng di truyền hay di truyền

ACOG 2013, động học dòng chảy dựa trên boois cảnh lâm sàng -> 1w/lần hoặc 1-2 lần/tuần

< 34w chỉch hỗ trợ phổi, đánh giá sức khỏe thai

$\geq$  34w không cần chỉch

➔ NST + ối + SA doppler:

$\perp$  37w chấm dứt thai kỳ

Bất thường chấm dứt luôn

(ở nước ngoài chấm dứt thai kỳ dựa vào pH máu da đầu em bé)

SA Doppler thận là để tìm NN thiếu ối từ thận

Do co mạch mẹ (TSG) hoặc do em bé ->  $\downarrow$  tưới máu thận (-> bé tiểu ít -> thiếu ối),  $\uparrow$  mm não (-> giảm trở kháng mm não giữa)

## XUẤT HUYẾT 3 THÁNG CUỐI THAI KÌ

### 1. Nhau tiền đạo:

XH đột ngột không kèm đau bụng hoặc tiểu ít, máu đỏ tươi ± máu cục, mất máu nhiều, lượng mất phù hợp với lượng máu chảy ra

➔ Tư vấn XH âm đạo sẽ dày hơn, nhiều hơn

### 2. Nhau bong non

Điều kiện là nhau ở vị trí bình thường

Đau bụng dữ dội, tử cung cứng như gỗ, máu đỏ sậm loãng không đông

Tùy 📖 ảnh hưởng tim thai không

Gặp trong RL huyết áp thai kì, đa thai đa ối, chấn thương

Lượng máu ra không điển hình với lượng máu mất

### 3. Vết tử cung:

Có vết mổ cũ: triệu chứng đầu tiên là thai đổi tim thai ± đau chói vết mổ cũ sau đó có thể không đau

Không có vết mổ cũ: HC vượt trở ngại

Lượng máu ra không điển hình với lượng máu mất

### 4. Khác:

Dọa sanh non,...

Note

Đánh giá lượng máu mất:

- Lượng máu ra: đặt mỏ vịt -> đánh giá lượng máu âm đạo -> chùi xem tốc độ máu mất chảy hoài là nó không ổn
- Sinh hiệu
- Triệu chứng thiếu máu cấp
- Tốc độ mất máu.

## NHAU

Nhau ở mặt sau phải qua SA âm đạo mới thấy (SA âm đạo góc  $120^\circ$ , bụng góc  $90^\circ$ )

Nhau bám dưới 20mm gọi nhau bám mép, 35 là bán thấp

Nhau bám thấp không ra huyết -> Theo dõi đến đủ ngày

Độ trưởng thành nhau 0,I,II,III -> độ cc dinh dưỡng giảm dần nên nếu trưởng thành sớm quá không đủ dinh dưỡng cho thai

### 1. Nhau tiền đạo:

Muốn chắc thì phải đợi 30-32w do nhau tiền đạo bám đoạn dưới tử cung mà khi tử cung lớn lên nó không ở dưới nữa

Nếu 20w mép dưới bánh nhau vượt quá CTC  $>1\text{cm}$  thì có thể trở thành nhau tiền đạo luôn

Tư vấn: kiêng giao hợp, ra huyết dù ít phải khám

Chấm dứt thai kì 37-38w

Theo dõi: xem BCTC để theo dõi sự  $\uparrow$  của bé vì nhau tiền đạo là YTNC thai chậm  $\uparrow$


### 2. Nhau cài răng lược

Thường không có triệu chứng gì cả

$\Delta$  SA 2D, Doppler, MRI giá trị như nhau

Thường gặp ở nhau tiền đạo (vì bám ở đoạn dưới mm nuôi thai không đủ), thai chậm phát triển, đa thai, sinh đẻ nhiều

Thường cắt tử cung luôn vì cắt 1 phần vá lại cơ tử cung yếu mang thai lần sau nguy hiểm

Đề phòng nhau cài răng lược: sau mổ đợi nhau bong tự nhiên, khâu cầm máu chỗ nhau bám, thắt ĐMTC (nếu đợi hoài không sổ thì không cố bóc hết chừa lại theo dõi thêm chích  cho gò bong ra theo dõi  $\beta$  HCG nếu còn  $\uparrow$  thì hoạt động chích NTx)

## RL V NƯỚC ỒI

### AFI

± 8-15

Vô ối <3

Thiếu ối <5

Đa ối >25

### SDP

± 2-8

Thiếu ối nặng <1

Thiếu ối <2

Đa ối >8

### THIẾU ỒI

Thiếu ối vô ối chẩn đoán khi không có hiện tượng rỉ ối màng ối còn nguyên vẹn nguyên nhân từ đường niệu tiêu hoá và hô hấp của bé (Nc ối đa số từ đường niệu em bé một số từ niêm mạc đường tiêu hoá và hô hấp bất thường chỗ nào thì gây ra thiếu ối)

### NGUYÊN NHÂN

- Dòng máu cơ quan quan trọng (tim & não) -> tái phân bố tuần hoàn -> (1) ↓ trở kháng ĐM não giữa (không co để đưa máu về) (2) ↓ tưới máu thận gây thiếu ối
- Vấn đề hệ tiêu hóa và hệ hô hấp thai nhi

### CHẨN ĐOÁN

1. AFI < 5cm
2. SDP < 2cm
3. AFI dưới bách phân vị 5<sup>th</sup> của thể tích nước ối ở cùng tuổi thai
4. Xoang ối 2 đường kính <15 cm<sup>2</sup>

Thiếu ối nặng: xoang ối lớn nhất <1cm (không đo AFI vì (+) giả nhiều -> xử trí quá tay)

Thiếu ối sớm (trc 32 tuần) tìm các nn nhiễm trùng bào thai và dị tật Bs

### XỬ TRÍ

Nếu k kn sống chấm dứt thai kì

Nếu có kn sống theo dõi sát sao 1 lần 1 tuần đánh giá sức khỏe thai dựa trên

NST nếu ≥32 tuần

SA Doppler khi <32 tuần

Nếu bất thường chấm dứt thai kì nếu sớm phải theo dõi trưởng thành phổi

(Mt nc ối giúp phát triển hệ xương và hệ phổi)

Thiếu ối từ cung co lại chèn ép em bé)

Thiếu ối sợ nhất là thai lưu bên dạn theo dõi em bé máy, tái khám SA Doppler có mất sóng tâm trương hoặc đảo ngc sóng tâm trương chấm dứt thai kì ngay

Hạn chế thăm khám âm đạo

Theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng: BC và CRP tăng là dấu hiệu đầu tiên đau bụng, nc ối hôi, bệnh nhân sốt

Khi vỡ ối chấm dứt thai kì bằng prostaglandin

Thiếu ối 3 tháng đầu -> bỏ thai

Thiếu ối 3 tháng giữa -> nguyên nhân dị tật RL NST, TORCH -> chọc ối -> Tư vấn nguyên nhân và dự hậu 📖

Thiếu ối >37 hoặc 38w: chấm dứt thai kì (thường là 38w)

Thiếu ối nặng (SDP < 1cm): CDTK sau 34w khi đã đủ điều trưởng thành phổi

Mở chủ động sau 39w

## ĐA ỎI

### CHẨN ĐOÁN

1. AFI > 24cm, SDP > 8cm hoặc SDP chứa vừa lọt một đường kính lưỡng đỉnh của thai
2. AFI trên bách phân vị 95<sup>th</sup> của thể tích nước ối cùng tuổi thai
3. Xoang ối 2 đường kính > 50 cm

Hình ảnh bóng đôi: đặc trưng của tắc tá tràng -> nghi T21

Tắc ở dưới nữa thì nghĩ đến NT bào thai

### HỆ QUẢ

RL con co lúc sanh

↑ NC ối vỡ non -> thai non tháng

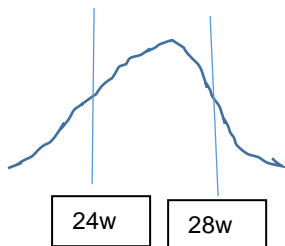
### NGUYÊN NHÂN

ĐTĐ (nguyên nhân thường gặp nhất của đa ối 3 tháng cuối)

HC Down (dị tật đường tiêu hóa không nuốt dc)

Ko rõ nguyên nhân (tuần hoàn bánh nhau bất thường)

➔ RL dễ kháng bánh nhau thường 24-28w nên người ta chọn làm ĐTĐ trong thời gian này



### XỬ TRÍ

- Đa ối gây tràn bụng, căng tức, triệu chứng nổi bật là KT, khi có KT mới chỉ định ↓ ối  
↓ ối max là 3l vì quá nhiều NC thai bong non xảy ra rất nhiều (do kích thích gò TC)
- Đa ối vào -> test 75 g đường trước -> tư vấn giảm ối 📖

## RA NƯỚC ÂM ĐẠO

Phân biệt bằng tính chất dịch nhầy/lỏng, màu, thời điểm ra

1. Nước tiểu  
Có YT khởi phát: cười, ho, vận động mạnh, mắc tiểu  
Theo cơn
2. Nc ối  
Ra đột ngột tự nhiên  
Trắng trong thai nhỏ, trắng đục/vàng xanh thai lớn  
Mùi tanh  
Phân biệt tốt nhất là dùng mỏ vịt xem ối rỉ k k thì để gạc lấy ra làm nitrazine test
3. Khí hư  
Khí hư ra liên tục trắng đục  
Không mùi

## ÓI RỈ/ÓI VỖ

Ói vỡ: mất sự toàn vẹn của màng ối

### CHẨN ĐOÁN

Bệnh sử: đột ngột

Khám: Hạn chế khám âm đạo bằng tay -> tăng NC NT, sanh non, có lí do mới khám (vào CD)

Khám mở vết -> Nitrazine test (+) phân biệt (+) giả do máu

*(Ói vỡ: tuổi thai, bệnh nền, giờ, diễn tiến (đang CD))*

*Ói còn/vỡ, còn màng, lượng màu sắc, dây rốn*

*Lượng nước ối ra cho biết: thai  $\perp$  hay bất thường trước đó, thai bình ối/ đa ối, ngôi đầu (che chắn đường thoát ra nhiều hơn) -> Tiên lượng sanh dễ/khó, bình chính dễ không. Lượng nước ối còn lại liên quan đến mức độ chèn ép rốn)*

Siêu âm: gợi ý  $\downarrow$  nc ối

### THEO DÕI NHIỄM TRÙNG

Ói rỉ, ói vỡ NC nhiễm trùng như nhau

Triệu chứng đầu tiên là **sốt** + 1 trong những triệu chứng sau:

(1) **Mạch mẹ  $\uparrow$**  (2) **tim thai  $\uparrow$**  (3) **sự thay đổi màu sắc nước ối** (muộn) (4) **Sự thay đổi**

**CTM: bạch cầu, CRP** (không hỗ trợ nhiều, mang thai BC đã cao

➔ Hạn chế thăm khám âm đạo

**Bilan NT** (ra nước ối, ra nước âm đạo bất thường, sanh non)

CTM, CRP

Soi nhuộm cấy nước tiểu -> phản ứng viêm khởi phát dọa sanh non, sanh non, vỡ ối

Soi nhuộm cấy âm đạo (những con không phải vi khuẩn thường trú thì điều trị) ->

**ban đầu chưa bik có thể dùng đỡ Ampicillin**

Theo dõi tại viện: CTM, CRP mỗi ngày, TPTNT, soi tươi nước tiểu, BV 2 lần/tuần

Theo dõi tại viện: CTM, CRP, TPTNT, soi tươi nước tiểu, BV 2 lần/tuần

➔ Tù TH CDTK ở 34-36w kéo tối đa 36-38w

Sau 24h có NC nhiễm trùng -> sau 18h dùng KS dự phòng (WHO) (do dựa vào thời gian vi khuẩn phát triển và cân nhắc về chi phí và hạn chế liều dùng kháng sinh -> VN chọn 12h) -> Chích 2 ngày chuyển sang uống đến hết đợt thì ngưng dù còn ra nước ối

BN vào ói rỉ k rõ giờ thì cho dùng KS luôn

Tỉ lệ nhiễm Streptococcus B trên đường SD mẹ không cao nhưng quan tâm vì không gây triệu chứng trên lâm sàng nhưng gây NHIỄM TRÙNG sơ sinh nặng sau sanh ->



tầm soát cuối thai kỳ (35-37w) để khi vào CD vỡ ối dùng KS sớm. Ở VN không được tầm soát nên vẫn đánh giá như một YTNC

### XỬ TRÍ

NT ối -> CDTK bất kì tuổi thai

Mốc tùy nơi

$\geq 34w$ : CDTK

CTC thuận lợi -> dùng oxytocin để CDTK và CD tự nhiên

Không dùng cor

KS  $\geq 12h$

$< 34w$ : dưỡng thai

Corticoid hỗ trợ phổi 1 đợt duy nhất Betamethasone 12mg 2 liều cách 12h (tác dụng tối đa từ 24h -> 7d sau chích)

KS phổ rộng: Việt Nam (Penicillin, Cephalosporin TH3), textbook (Ampicillin, ?)-> cấm dùng Amox và ? -> chích 2-3 ngày chuyển sang uống hoặc uống từ đầu 7-10 ngày. Xem thêm [GBS](#)

MgSO<sub>4</sub> thai  $< 32w$  và phải chấm dứt thai kỳ trong 7 ngày tới (còn vài tiếng nữa sanh thì k dùng còn không cứ dùng vớt dc lúc nào hay lúc đó)

Thuốc giảm gò chỉ để đợi corticoide có tác dụng thôi không phải để dưỡng thai

Non tháng -> liên quan nhiễm trùng, hô hấp, viêm ruột hoại tử, ↑ tâm thần vận động kém

Dựa trên: tuổi thai, có nhiễm trùng, có chuyển dạ chưa -> sd kháng sinh, chấm dứt thai kỳ, theo dõi nhiễm trùng ối

Phác đồ KS dự phòng là chung nên chủ yếu đánh Ecoli

Ối vỡ non là ối vỡ 1 giờ mà chưa vào CD

Nước ngoài: Nc ối ra rỉ rỉ, không có NT ối -> theo dõi đến 34-36w CDTK (SA nước ối, sự ↑ thai mỗi tuần, đo CL)

VN: ra rỉ rỉ mấy ngày -> CDTK vì không đủ đk theo dõi

## SANH NON

Sinh ra trước 37w0d

TC sinh non tăng kn sinh non 1.5 lần

Nhiễm trùng tiêu / Bn có thai có thể gây NC sinh non, NT huyết ( nội tiết thai kì gây ↓ nhu động + niệu quản ↓ do thai chèn ép -> NT ngược dòng

### TẦM SOÁT

fFN (-) trong dịch tiết âm đạo – CTC (glycoprotein ngoại bào có nhiệm vụ gắn kết các màng thai và màng rụng) thì khả năng thai phụ sẽ sinh non trong vòng 7 d kế tiếp rất thấp 1%

Chiều dài kênh TC (CL)(19-23w6d) bị rút ngắn có ý nghĩa dự báo (+): tuần 24 trên một thai phụ không có triệu chứng CL<25mm thì NC sinh non ↑. FIGO khuyến cáo khảo sát CL thường qui ở tuổi thai 19-23w6d để tầm soát snah non

Ngược lại nếu có các cơn gò nhưng CL vẫn >30mm thì NC sinh non trong 7d kế tiếp chỉ là 1%.

Tương lai không dùng CL nữa mà chuyển sang đo góc TC-cổ TC

CTC dạng U, Y dạng NC cao. Dạng I tiên lượng tốt hơn.

Đối với BN NC cao có triệu chứng của BV cần cân nhắc điều trị và phải tiến hành trước 20w

Θ

Mục đích θ là trì hoãn đợt corticosteroids

Giảm co: chỉ có đối vận thụ thể oxytocin là được dùng và chỉ dùng được 48 h thôi

Magnesium sulfate: bảo vệ thần kinh cho thai rất non <32w

Corticosteroid (24w-34w) không dùng nếu fFN (-) CL bình thường vì tiên đoán không sinh trong 7 ngày tới

### DỰ PHÒNG SANH NON

1. Progesterone (16-36w6d): thai phụ có TC sinh non và hiện có CL ngắn
2. Khâu vòng tử cung: hở eo CTC và hiện có CL ngắn, thai phụ có TC sinh non và hiện có CL <25mm. Không dùng trong song thai -> tăng nguy cơ CD sanh non
3. Pessary: có hiệu quả trong song thai  
➔ Không phải giảm gò là cách dự phòng nếu đã gò rồi thì chuyển sang thuốc giảm gò

### ỒI VỠ NON / THAI NON THẮNG (PRETERM PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES – PPRM)

Ồi vỡ non: ồ vỡ trước khi vào CD. Theo sau là nguy cơ sanh non

NT ồ

Xử trí dựa trên tuổi thai sự hiện diện của nhiễm trùng, nhau bong non, tình trạng thai

Sanh non: suy hh, nhiễm trùng, XH não thất, hoại tử ruột. Sanh non với viêm tử cung tăng NC bất thường phát triển thần kinh, tuổi thai sớm tăng nguy cơ tổn thương chất trắng

Nc ối ít kéo dài có thể gây biến dạng thai

Hạn chế khám bằng tay trừ khi vào CD hoạt động

Mở vết quan sát viêm CTC, sa dây rốn, sa thai nhi do xóa mở CTC

Âm giả: vỡ lâu, ít dịch ối

Dương giả: máu, dịch, vi khuẩn âm đạo

Không rõ nữa thì truyền dịch xanh 📖

Cần xác định tuổi thai, tt thai, cấy strep B

$\geq 37w$  CDTK

$\geq 34 w$  nên CDTK

Vỡ ối CD hoạt động, không khuyến cáo giảm gò

34w-37w CDTK, dự phòng GBS. Betamethasone có thể có lợi trên thai kỳ có nguy cơ cao sinh non muộn mà chưa dc chích cor trước đó

Trước 34w dưỡng nếu không có CCD

24w-33w6d dưỡng thai, KSDP, 1 liều cor, dự phòng GBS

<24w: thảo luận bn dưỡng hoặc chấm dứt, KS?, dự phòng GBS và cor không khuyến cáo. Xem xét cor nếu có nguy cơ sinh trong 7 ngày

Theo dõi NT: đếm bạch cầu, marker viêm không đặc hiệu và hữu dùng đặc biệt sau dùng corticoid

Không có khuyến cáo giảm co

MgSO<sub>4</sub> trước 32w sắp sinh

KS đợt 7 ngày ampicillin erythromycin tiêm chuyển sang uống amoxicillin erythromycin <34w

Không khuyến cáo xuất viện vì nhiễm trùng, chèn ép rốn

Có sang thương HSV -> đề mủ + acyclovir. Nếu <34w0d đợt cor, KS, Mg

HIV tùy thuộc tuổi thai, thuốc dùng, tải lượng virus mà việc trì hoãn có thể xem xét

Ối vỡ trước tuổi thai có thể sống tùy thuộc bn có muốn dưỡng-> dẫn về tình trạng NT, CD, nhau bong. Cho luôn cor vs KS

Dự phòng

TC sinh non, progesterone 16w->24w

TC sinh non <34w+ CL <25 mm -> Khâu vòng cổ TC

## THAI QUÁ NGÀY

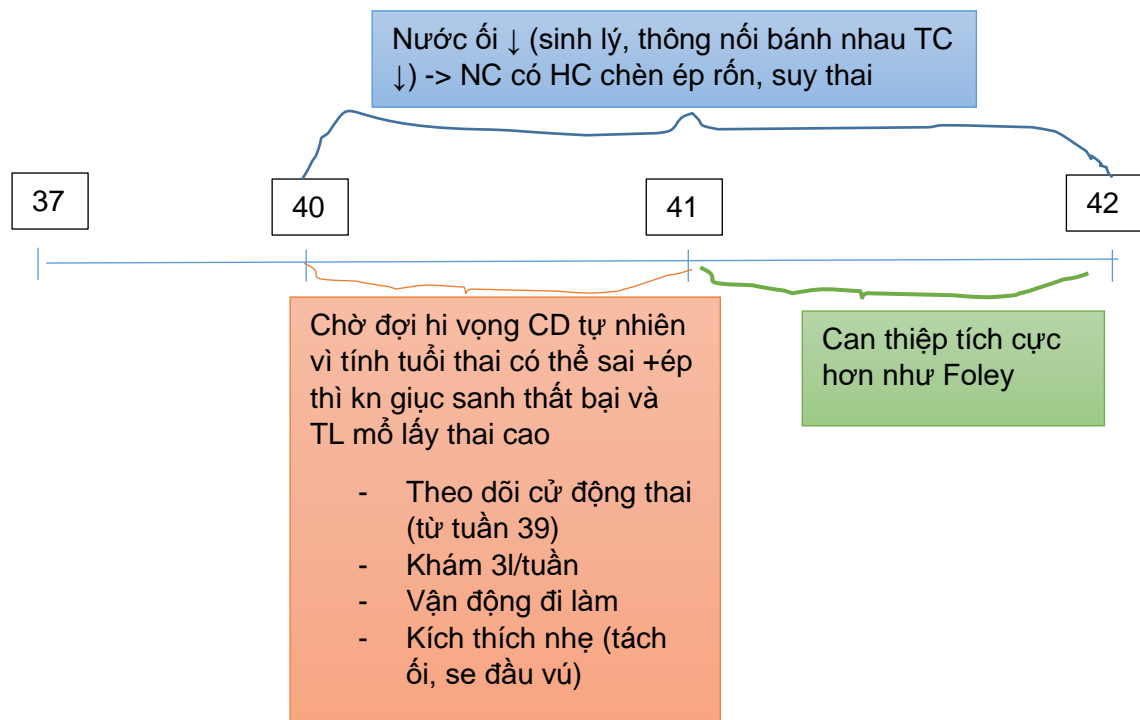
Thai quá ngày >42w

NC thai chết lưu cao

Biến cố sau sanh cao: Nhiễm trùng sơ sinh, Thai bong non

40w sẽ có những dấu hiệu chuyển dạ nếu có vấn đề sẽ dẫn đến thai quá ngày như yếu tố chủng tộc, mẹ béo phì, ĐTđ...

Thai trưởng thành: 37-> 42w



Chức năng bánh nhau giảm -> NC thai lưu trong bụng ngày càng cao

1. Tuổi thai

2. Sức khỏe thai:

NST và siêu âm 2 D -> ½ bất thường -> có thể chấm dứt thai kì luôn hoặc SA Doppler (ĐM não giữa, ĐM rốn), ST

➔ Giảm trở kháng ĐM não giữa chưa nói được gì về sức khỏe thai hay tình trạng toan kiềm của bé, có thể thoáng qua ở quai

➔ ST: nếu không có gò thì tiêm oxytocin tạo 3 cơn gò -> đánh giá dự trữ kiềm của em bé của hiện tại -> Không có vai trò nhiều -> (+): MLT 📖

NST và SA 2 D không thiếu ối -> Hẹn tái khám

3. Chấm dứt thai kì

Tùy bệnh viện miễn là trước 42 tuần là được

≥40w: theo dõi cử động thai (đếm 1 tiếng 4 lần -> không đủ -> < 6 lần/2h vào viện). Khám thai 3l/w, vận động đi làm, kích thích nhẹ

≥41w: xử lý tích cực, nếu NST hoặc SA bất thường -> MLT 📖

## CHUYỂN DẠ

Chuyển dạ hay không dựa vào **con co TC** không dựa vào độ mở TC

Con co là động lực duy nhất gây xóa

Con co, đầu ối và ngôi thai là động lực gây mở

Ít nhất 2 con/gđ tiềm thời

Ít nhất 1 con/ gđ hoạt động

**Pha hoạt động được xđ khi CTC mở  $\geq 3\text{cm}$**

**Chuyển dạ kéo dài:** CTC không mở thêm sau 2 h trong gđ hđ hoặc CTC mở  $< 0.5\text{ cm/h}$  trong 4h

Sản đồ theo dõi tránh chuyển dạ kéo dài -> vỡ TC, băng huyết sau sanh (TC gò hoài không snah, sanh xong không thu hồi lại dc), nhiễm trùng, dò (âm đạo, bàng quang -> đầu em bé đè lâu, máu không tới nuôi -> hoại tử tạo lỗ dò), suy thai

Khi vào CD + thai đủ trưởng thành:

- Gò tốt
- Gò không tốt hoặc (-) -> theo dõi 12 h mà CTC không tiến triển, BISHOP  $\geq 7$ , nhiễm trùng ối -> tăng co

➔ Quan điểm hiện nay: thai đủ trưởng thành vào CD, gò (-) thì tăng co

➔ **CTC đủ 4 cm thì làm NP lot**

## SẢN ĐỒ

Tim  $< 100$  hay ối vỡ hết ối (K) hay ối lẫn phân su (X) -> gợi ý suy thai

Ối còn, chưa vỡ: I (intact), C

Ối vỡ không lẫn phân su, ối trắng đục: C (Clear liquor), T

Ối vỡ lẫn phân su: M (liquor is meconium – stained), X (xanh, xấu)

Ối vỡ hết ối: A (absent liquor), K (không có)

Uốn khuôn 4h/ lần chính xác khi CTC 4cm  $\uparrow$

Vào giai đoạn hoạt động thì mốc đầu trên đường báo động



$< 20\text{s}$



20-40s



$> 40\text{s}$

## CHUYỂN DẠ KÉO DÀI

	CHẬM TIẾN	NGỪNG TIẾN
GIAI ĐOẠN I		
Pha tiềm thời	Con so $> 20\text{h}$ Con rạ $> 14\text{h}$	

Pha hoạt động	Con so mở CTC < 1cm/h Con rạ mở CTC < 1.2-1.5 cm/h	CTC không mở thêm trong 2 h (4h nếu có gây tê)
GIAI ĐOẠN II	Kéo dài >2h (3h nếu có gây tê) Ngôi thai xuống <1cm/h	Ngôi thai không xuống sau rặn 1h

1. **CDTT kéo dài: CTC <4cm kéo dài >8h**

- Không phải CDTT thật sự: ngừng ghi sản đồ không can thiệp
- Suy thai, CD tắc nghẽn -> MLT
- Nếu con gò không đạt **tiêu chuẩn trong gd tiềm thời: 2 con/10p mỗi con 20-40s** -> bấm ối, tăng co với oxytocin

➔ Giục sinh mới phá ối khi đó tăng co trước mới phá ối (sau 6-12h) vì cần đầu ối nong CTC tới 3cm sau đó nó nong yếu hơn (**phá ối trong gd hoạt động thôi** trừ TH cần giục sinh)

2. CDHĐ kéo dài

- **Đường mở nằm giữa đường báo động và hành động:** đánh giá lại con co TC  
+ <3 con/10p, mỗi con <40s -> co không hiệu quả -> tăng co  
+ ≥ 3 con/10p, mỗi con ≥ 40s -> BXĐC, CD tắc nghẽn, ngôi bất thường -> MLT, nếu loại trừ được các nguyên nhân trên -> phá ối
- **CTC chạm đường hành động**  
Cần can thiệp ngay.  
BXĐC và ngôi bất thường -> MLT  
Tăng co -> nếu thai không xuống  
+ Độ lot vẫn giữ mức 1/5 (hay 0 khi khám âm đạo -> sanh giúp)  
+ Độ lot **2/5->3/5 (0, -1)** -> MLT hoặc sanh giúp tùy điều kiện vật chất  
+ >3/5 (-2 trở lên) -> bắt buộc MLT

➔ Phá ối trước khi tăng co trong chuyển dạ kéo dài do gò TC thừa (làm giảm tỷ lệ phải tăng co). Phá ối có NC sa dây rốn, sớm thì ngôi có thể thai đổi. **Phá ối hay tăng co trước tùy kinh nghiệm BS nhưng các trường phải theo phá ối tr.**

➔ Khi đầu xuống 0 hoặc -1 mới có thể phá ối

Phá ối 2h sau khám lại xem cần tăng co ko.

Diễn tiến ⊥ là tới 3cm ối nó vỡ đầu nó đi xuống, gò tăng lên

Theo dõi EFM:

- Nhịp giảm bất định: đầu em bé xuống +1 làm dây rốn căng (nhịp giảm trùng vs cơn gò), chèn ép rốn mà thấy giảm bất định theo sau là nhịp tăng thì nó hồi phục, ko đe dọa thai (cơ chế chèn ép TM, ĐM j đó)
- Nhịp giảm muộn: gò nhiều quá
- Mất dao động nội tại: tổn thương hành não
- EFM loại 3 lấy thai ra liền -> MLT hoặc sanh giúp
- EFM loại 2: hồi sức thai -> dịch truyền chạy nhanh, nghiêng trái thở O2

## NGÔI

CD hay không dựa vào cơn gò không dựa vào độ mở

	Mốc	Sổ	Đk lọt
Ngôi chòm	Thóp sau	Chăm vệ, chăm cùng	Hạ chăm thóp trước
Ngôi thóp trước			Chăm trán
Mặt	Cằm	Cằm vệ	Hạ cằm thóp trước
Trán	Gốc mũi	MLT	Thượng chăm-cằm
Mông	Đỉnh xương cùng	Kiểu thể ngang (Cùng chậu P/T ngang)	Lưỡn ụ đùi
Ngang	Mỏm vai	MLT	

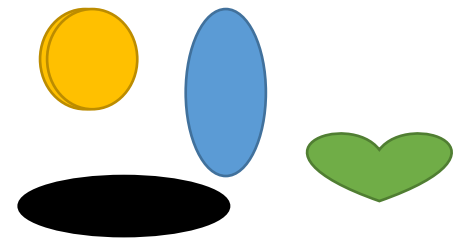
## KHUNG CHẬU

Dạng phụ: thường I

Dạng hầu: lọt và sổ cùng là chăm vệ ko có hiện tượng xoay trong

Dạng nam: lọt và sổ theo kiểu thể sau

Dạng dẹt: lọt không đối xứng theo kiểu thể ngang



## VẾT MỔ CŨ

VMC + thai: đánh giá VMC trước -> không mổ đánh giá thai (mổ: vô ối không có vỡ ối, suy thai...)

### 1. CHUYÊN DẠ CHƯA

### 2. CÓ CHỈ ĐỊNH MỔ

- Lý do mổ lần trước còn tồn tại
- Chất lượng vết mổ (1/5 -> chỉ định mổ)
  - (1). Khoảng cách 2 lần mổ: VM mới <18 tháng (thể giới 16 tháng). Nếu thai kì này non tháng thì tính từ lần mổ trước đến lần thụ thai này <6 tháng mới gọi là mới
  - (2). Đường mổ lần trước: chỉ đường ngang đoạn dưới TC mới k mổ lại
  - (3). Số lần mổ:  $\geq 2$  mổ lại
  - (4). Nhiễm trùng vết mổ lần trước: nhiễm trùng cơ TC không phải da (cách hỏi: hỏi ngày hậu sản  $\perp$  5-7 ngày, sốt, dịch hậu sản, nạo lòng tử cung -> để lấy mẫu làm KS đồ, truyền KS trong thời gian kéo dài)
  - (5). Có những đường mổ phức tạp ở thân TC: bóc nhân xơ, nạo thai thủng, và TC sau vỡ, mổ xén góc trong thai NTC đoạn kẽ, PT Strassman (tái tạo TC 2 sừng)
- Có chỉ định mổ không liên quan VMC (xem bài mổ lấy thai)

### 3. XỬ TRÍ

- **Mổ cấp cứu:** nứt vết mổ, vỡ TC. Nếu không đau VMC thực sự thì khám chờ đợi thêm
  - ➔ Đau VMC -> VMC đau là mổ cấp cứu
  - ➔ Cách khám: khám ngoài con gò, ấn dọc theo vết mổ lúc BN không để ý sẽ tìm dc 1 điểm đau chói -> đau VMC (nếu đau hết nguyên đường là vỡ TC rồi)  
 $\Delta$  pb: đau do thiếu  $Ca^{2+}$ , con gò, VMC dính (ruột, bàng quang), co kéo gây đau
- Sẹo mổ cũ xấu (sẹo không do lấy thai 📖) xem xét mổ chủ động dù trước 39w 📖
- **Khuyến khích thử sanh AD**  
Mẹ  
Bé: Kn hấp thu dịch phổi  $\uparrow$
- **Mổ**  
HC chậm hấp thu dịch phổi ( $\uparrow$  áp phổi)
  - (1) Chờ chuyển dạ mổ
  - (2) Sau 39w TL HC này  $\downarrow$  còn <10% -> Cho phép mổ chủ động. Sau 39w mổ chủ động hoặc mổ khi vào CD (ưu điểm ở chỗ khi CD tạo stress cho em bé làm  $\uparrow$  khả năng hấp thu dịch phổi nhưng bị động không chuẩn bị trước như cb ruột...)  
-> tùy BN chọn  
Riêng MỔ DỌC THÂN thì mổ chủ động khi thai trưởng thành vì có nguy cơ nứt VMC ngay cả khi chưa CD
  - (3) Chích corticoid khi <39w rồi mổ chủ động (khi thai phụ có nhiều NC)

Khuyến cáo thai có KC hẹp thì mổ trước khi CD

### Rạch da

- ❖ Rạch da theo đường mổ cũ



- ❖ Thường dùng đường ngang trên vệ vì thẩm mỹ hơn (tiêu chí quan trọng nhất, những tiêu chí khác nó đều thua đường dọc giữa dưới rốn như vào bụng chậm, phẫu trường hẹp hơn ...)
- ❖ Mổ dọc giữa rốn khi mắc bệnh dễ chảy máu (giảm tiểu cầu, TSG, viêm gan, RLDM) hoặc cần phẫu trường lớn

### Mổ thân TC

Thường mổ ngang đoạn dưới tử cung: có 2 lớp cơ nên mỏng hơn dễ cầm máu hơn, thớ cơ ngang nên lành dễ hơn

Mổ dọc trong TH không tiếp cận được đoạn dưới tử cung

- Nhau cài răng lược (mổ dọc lấy em bé ra trước rồi cắt TC, nhau bám mặt trước có nguy cơ nhau cài răng lược), nhau bong non
- Thai non tháng có ngôi bất thường (đoạn dưới TC kém phát triển)
- VMC dính, có nhân xơ

➔ Tóm lại: Sanh thường > mổ vào CD > mổ chủ động

- **Tư vấn tránh thai hiệu quả:** thất ổng dẫn trứng/ thai phụ lớn tuổi (>40 t), đủ con ( $\geq 2$  đứa, đứa nhỏ > 3 tuổi khỏe mạnh)

## 4. TIỀN LƯỢNG MỔ

Mẹ/VMC:

- Sợ nhất là dính vết mổ -> tổn thương bàng quang ruột
- Nhau mặt trước TC; có khả năng nhau cài răng lược vào VMC
- Mổ chủ động thì đoạn dưới TC chưa thành lập rất dày -> chảy máu nhiều hơn
- Bế sản dịch (do CTC chưa mở) gây nhiễm trùng -> có những kỹ thuật nong CTC trên những ca mổ chủ động

Con:

- SDD
- Suy thai
- Hít nước ối, phân su

## 5. THEO DÕI SANH NGÃ ÂM ĐẠO

### (1) Thời điểm vỡ TC

VMC	L
Trước/trong/sau chuyển dạ	Trong chuyển dạ
Không dấu hiệu báo trước	Có dấu dọa vỡ: gò tăng, cd kéo dài, thấy vòng Bandl, sờ dấu hiệu Frommel
Đau nhói nơi vết mổ -> không đau nữa Mụn: p/u PM, chảy máu âm đạo....	Do bất xứng đầu chậu

### (2) Dấu hiệu vỡ/nứt TC

Theo dõi monitor suốt trên bn có VMC. Dấu hiệu sớm nhất là thay đổi trên CTG (nhịp giảm)

### (3) Tăng co khi thỏa điều kiện

- Đầy đủ nhân lực và vật lực thì mới tăng co
  - Không tăng co được thì làm NP sanh ngã âm đạo (chỉ dùng cho VMC -> giống NP lọt lúc sinh  $\perp$  nhưng bỏ qua YT gò đủ  $\geq 3$  cơn/10 phút) theo dõi 2h tiến triển ngôi thai và CTC nếu  $>2h$  thì đi mổ (ở CD  $\perp$  thì đợi 4-6 h còn đây là VMC)
- (4) Vẫn có thể **giảm đau sản khoa** (là giảm đau NB khác vs vỡ TC là đau của PM đường dẫn truyền TW nên không sợ mất cảm giác đau của vỡ TC)
- (5) **Hỗ trợ Forcep**: khuyến khích vì giúp giảm sức rặn (giác hút thì không giúp giảm sức rặn)
- (6) **Soát lòng TC**: khi vẫn còn chảy máu sau khi nhau ra khi sanh thường (không làm thường qui)

## 6. QUẢN LÝ

Phải xem có nhau TĐ, nhau cài răng lược

Nhập viên: đau VMC, theo dõi thai máy, ra huyết AD

Giữ giấy tờ

Tư vấn triệt sản: thai phụ lớn tuổi ( $>40$  t), đủ con ( $\geq 2$  đứa, đứa nhỏ  $> 3$  tuổi khỏe mạnh)

## MÔ LẤY THAI

	Chỉ định tuyệt đối	Chỉ định tương đối
Mẹ	Khởi phát chuyển dạ thất bại Bất xứng đầu chậu Chuyển dạ ngưng tiến triển (thai trình ngưng tiến)	Bài VMC Bệnh ở mẹ (TSG nặng, bệnh tim, ĐTĐ, K CTC)
Tử cung nhau	VMC xấu (dọc thân) Vỡ tử cung nguyên phát Kẹt đường ra (nhân xơ) Nhau tiền đạo, nhau bong non	Tiền sử phẫu thuật xẻ trộn bề dày thân tử cung Trình diện tiền đạo cuống rốn trong chuyển dạ
Thai	Suy thai /Stress test Sa dây rốn Ngôi bất thường (ngôi ngang, ngôi trán. ngôi mặt cằm ngang và cằm sau)	Ngôi bất thường (ngôi mông, ngôi vai, ngôi kết hợp) Thai to Bất thường thai (não úng thủy)

## XUẤT HUYẾT 3 THÁNG ĐẦU THAI KÌ

Thai chưa xác định vị trí (Pregnancy of Unknown Location – PUL):  $\beta$ HCG tương đối cao nhưng dưới ngưỡng phân định  $< 1.500-2000$  mUI/ml và không thấy túi thai trong tử cung

### CHẨN ĐOÁN THAI NGHÉN THẤT BẠI SỚM

#### 1. Thai chết lưu

*CRL  $\geq 7$ mm và không thấy hoạt động tim thai*

*MSD  $\geq 25$ mm và không thấy phôi thai và yolk sac(trứng trống) (có yolk sac chỉ có thể nói là ngén thất bại sớm thôi ko chắc ngưng phát triển)*

*Không thấy phôi thai sau 11-14 ngày mà trước đó đã được siêu âm xác nhận đã có túi thai không có yolk sac*

#### 2. Dọa sảy thai lưu

##### Dấu hiệu siêu âm dự báo cao

*Không thấy phôi thai sau 6 tuần vô kinh*

*Yolk sac dẫn rộng  $\geq 7$ mm*

*Túi thai nhỏ và phôi thai  $< 5$ mm*

*Túi thai nhỏ, không tròn, không căng, hiệu số của MSD- CRL  $< 5$ mm*

*Tim thai chậm  $< 80-90$  nhịp/phút*

*Xuất huyết rộng dưới màng nuôi*

*Xoang ối dẫn rộng*

3. Sảy thai khó tránh:  $\beta$ HCG + siêu âm

4. Sảy thai không trọn: CTC hé mở, ra huyết rỉ rỉ, khối echo hỗn hợp/ siêu âm

5. Sảy thai trọn: ra huyết+ khối mô CTC đóng, không thấy/siêu âm

Thai nghén thất bại sớm		
Thai lưu	<p>CRL <math>\geq 7</math>mm và không thấy hoạt động tim thai -&gt; SA lặp lại</p> <p>MSD <math>\geq 25</math>mm và không thấy phôi thai -&gt; SA lặp lại sau 10-15 ngày</p> <p>Không thấy phôi sau 11-14 ngày mà trước đó SA đã xác nhận có túi thai không yolk sac</p> <p>Không có tim thai sau 1 loạt SA (ít nhất 2 lần cách nhau</p>	<p>Misoprotol</p> <p>Hút lòng tử cung</p>

	7-10 ngày)	
Dọa sảy thai lưu	CTC đóng	Khi đã xác lập hầu như không có biện pháp can thiệp để ngăn cản tiến trình
Sảy thai khó tránh	Giống dọa sảy nhưng CTC mở -> sẽ tổng xuất 1 thai kì còn sống hoặc ngưng tiến triển	SA và $\beta$ HCG giúp xác định chẩn đoán
Sảy thai không trọn	Chưa ra hết: ra huyết rỉ rả thường có cơn đau quặn bụng, CTC hé mở có khối echo hỗn hợp lòng tử cung	Theo dõi diễn tiến hy vọng tự sảy ra -> $\beta$ HCG $\downarrow$ 80% trong 1 tuần
Sảy thai trọn	Ra khối mô, còn ra huyết rỉ rả, CTC đóng	

## XỬ TRÍ THAI NGHÉN THẤT BẠI SỚM

1. Theo dõi diễn tiến  
Thành công 90% với sảy thai không trọn
2. Misoprostol  
Thai lưu, trứng trống
3. Hút lòng TC  
Thai lưu, trứng trống

## THAI NGOÀI TỬ CUNG:

### LS

Rong kinh: kinh > 7d

Rong huyết: ra lúc nào ra

*Tam chứng: trễ kinh, đau bụng, rong huyết*

$\Delta$  pb: Sảy thai, VRT/thai (triệu chứng không nặng nề lên, không sốt, BC không tăng -> loại), thai trong tử cung giai đoạn sớm có u buồng trứng hoặc hoàng thể thai kì

*Vỡ: đau đột ngột (lúc vỡ đau nhất rồi sau đó không nhiều nữa), phản ứng thành bụng +, túi cùng căng đau (đau do căng tăng áp lực + kt phúc mạc -> dịch  $\perp$  ít không đủ để căng), dịch trong ổ bụng (ít thì chỉ ở hố chậu, lên trên rãnh gian thận là dịch TB #>500) ->  $\Delta$ : XH nội nghi do TNTC (T) vỡ*

## SO SÁNH

*Lq thai:*

	YTNC	HỒI	KHÁM	CLS
Thai ngoài TC	Viêm nhiễm ống dẫn trứng (viêm nhiễm vùng chậu), TC		Chỉ có TNTC có phản phụ phù nề, túi cùng căng đau	$\beta$ HCG>1500, SA không thấy nghi đầu tiên cho tới khi loại trừ bằng

	thai ngoài, phẫu thuật tạo hình ống dẫn trứng)			theo dõi động học
Thai trứng		Nghén rất nặng	$\beta$ HCG rất cao + SA Thai trứng bán phần $\beta$ HCG có thể không cao lắm, SA không thấy có thể do sảy	
Thai nghén thất bại sớm	Lớn tuổi, TC nhiều lần bị, TC có thai bị lệch bội hay chuyển đoạn Robertson	Nghén mất đột ngột ( $\downarrow$ bất thường hoạt năng nguyên bào nuôi)	Sảy thai tiến triển, không tròn thường ra máu đỏ tươi	Thai lưu vs nhau thoái hóa hình ảnh SA tương tự thai trứng
Thai làm tổ sớm				
Ko lq thai	RL phóng noãn, u xơ tử cung, thuốc nội tiết ngoại lai, thuốc tránh thai khẩn $\rightarrow \beta$ HCG			

Cái nào TC cũng lớn hơn  $\perp$  nhưng CTC, phần phụ khác

## CLS

$\beta$ HCG 1500-2000 mUI/ml (3000 đối vs song thai) là có thể thấy túi thai trong lòng tử cung  $\rightarrow$  không có nghĩ đến TNTC

Động học 24-48h

$\beta$ HCG  $\downarrow$  >20% nhiều khả năng sảy thai tự nhiên

$\beta$ HCG  $\uparrow$  >53% nhiều khả năng thai đang  $\uparrow$

Ở giữa nghĩ đến TNTC hoặc thai trong tử cung với diễn tiến bất thường

Thử  $\beta$  HCG > 1500 TNTC  $\rightarrow$  trì hoãn 48h thử lại hoặc nghi thì đi mổ

<1500  $\rightarrow$  thai giai đoạn sớm, sảy, thai ngoài TC

Thử 48h  $\downarrow$  ít <20%/2 ngày TNTC thoái triển

$\downarrow$  nhanh nghĩ sảy thai nhiều hơn

$\uparrow$  cao mà SA không thấy thai nghĩ nhiều TNTC

## XỬ TRÍ

- Theo dõi không can thiệp đợi thoái triển
  - Huyết động ổn định

- SA có kích thước khối thai ngoài tử cung < 2cm
  - bHCG <1000 mUI/ml và giảm dần theo thời gian
2. MTX (Methotrexate) 50mg/m<sup>2</sup> da tiêm bắp
- Chưa có con, thỏa điều kiện -> ưu tiên nội khoa nhưng phải theo dõi 1 tuần/lần sợ thai vỡ vào viện không kịp
- Huyết động ổn định + chưa vỡ+ <3.5cm + <5000 mUI/ml+ bn muốn + không bị suy CN gan thận, bệnh lý huyết học (BC <3000, TC <100.000)...
- Định lượng bHCG ngày thứ 4 và 7 nếu ngày 7 giảm hơn 15% ngày 4 xem là có đáp ứng MTX -> định lượng bHCG mỗi tuần đến (-). Không giảm đủ -> ko đáp ứng -> liều 2 nếu còn chỉ định
3. Phẫu thuật nội soi/ mổ mở

Giữ đường truyền TM. Vỡ -> mổ (không phải là CCD của PT nội soi), cắt tại vòi P sát góc TC vì đoạn còn lại không còn CN vì không còn loa vòi húng trứng chỉ có thể gây TNTC lại, may cầm máu, rửa bụng, gửi GPB (nguyên tắc khi lấy mô từ cơ thể)

## NOTE

ĐTĐ chưa kiểm soát tiêm thuốc corticoid NC cao 2.6 lần nhưng cho phép sử dụng tùy TH cụ thể

8-10 ngày sau thụ tinh (3 tuần 1-3d) bắt đầu xh hCG trong máu (hợp bào nuôi phá vỡ mạch máu tạo hồ máu phóng thích hCG)

Trước 6w hCG tăng gấp đôi mỗi 2 ngày đạt đỉnh 8-10w vào khoảng 100k giảm dần đạt cực tiểu và giữ ổn định từ 16-20w

6w (36-42 ngày vk): thấy túi thai (5,5w) thấy yolk sac trên SA -> không dùng để tính tuổi thai

12w được gọi là thai

MSD+30 ( $\leq 14\text{mm}$ , k xh phôi)

7-9w:  $42 + \text{CRL} \pm 2 \text{ d}$

12w:  $1/3 \times (\text{BPD} - 17) + 11$

Hiệu chỉnh theo SA: <9w sai >5 ngày, 9-13w6d sai > 7d

20w đáy TC ngang rốn, sau 20w BCTC tương ứng tuổi thai

Đa sản  $\geq 4$

Chiều dài thai

5 tháng âm lịch đầu: chiều dài = số tháng tuổi <sup>2</sup>

5 tháng âm lịch sau: chiều dài = số tháng tuổi  $\times 5$

Khoảng tháng 7 thai nhi nặng 1100g sau đó mỗi tháng tăng 700g

3 tháng cuối là giai đoạn em bé tăng trọng 200g/tuần nên phải kiểm soát ăn uống

Trừ khi nào có bằng chứng KC hẹp thì mới chụp kích quang chậu để tránh xử lý quá tay (mổ)

➔ Làm NP lọt (không làm trên thai có VMC tăng NC vỡ TC do ý nghĩa là làm khi nghi có bất xứng đầu chậu -> gây vỡ TC)

CDTK: 37w (TSG chưa dh nặng, nhau tiền đạo trung tâm), 34w (TSG ~~dh nặng~~, nhau cài răng lược, thiếu ối nặng)



## LUỘNG GIÁ SỨC KHỎE THAI

**ĐẾM CỬ ĐỘNG THAI:** 26-32w (hầu hết thai phụ nhận biết cử động thai đều đặn sau 24w) -  
> <4 cử động/h -> <6 cử động/2h: bất thường. Thai máy 5 tháng con so, 4 tháng con rạ

### CTG

#### Tim thai nhanh

Mẹ sốt

Nhiễm trùng ối

Suy thai (không có cơn gò cường tính, triệu chứng mới xuất hiện, không ra máu âm đạo...-> không nghĩ suy thai)

Chèn ép TM chủ dưới (ngiên T)

EFM loại I: 110-160l/p, dao động nội tại TB, không có nhịp giảm bất định hay nhịp giảm muộn

EFM loại II

EFM loại III: biểu đồ hình sin hoặc mất hoàn toàn dao động nội tại + giảm muộn lặp lại hoặc bất định lặp lại hoặc TTCB chậm -> lq RL thẳng bằng kiểm toán

### NST:

	Bình thường (đáp ứng)	Không điển hình (không đáp ứng)	Bất thường
TTCB	110-160	100-110 hoặc >160 trong <30p	<100 >160 trong >30p
Dao động nội tại	6-25 ≤5 trong <40p	≤5 trong 40-80p	≤5 trong >80p >25 trong >10p Nhịp hình sin
Nhịp giảm	Không có hoặc nhịp giảm bất định <30s	Nhịp giảm bất định 30-60s	Nhịp giảm bất định >60s hoặc nhịp giảm muộn
Nhịp tăng	≥ 2 nhịp tăng trong 40p (<32w tăng 15, đủ tháng tăng 10)	≤ 2 nhịp tăng 40-80p	≤ 2 nhịp tăng trong >80p
			Siêu âm, BPP, lấy thai 1 số TH

### SIÊU ÂM DOPPLER

#### Doppler ĐM tử cung

Thai kì bệnh lý, ĐMTC có kháng trở cao **RI>0.7, chỉ số đập PI >95<sup>th</sup> và hoặc tồn tại của khuyết đầu tâm trương sau tuần 28** -> THA thai kỳ, IURG tăng 4-8 lần (suy yếu bánh nhay)

Tầm soát kết cục xấu thai kì ở dân số NC cao vào tuần 17-22 cùng lúc khảo sát hình thái thai nếu bất thường thì nên khảo sát thêm AFP,  $\beta$  hCG ở thời điểm dưới 18w trong khuôn khổ tripple test sau đó làm lại lần 2 lúc 24-26w bất thường thì theo dõi sát sao suốt thai kì

Tiền căn thai kì trước: THA thai kì khởi phát sớm, IURG, nhau bong non, chết chu sinh

YTNC thai kì này: THA mạn, THA thai kì, Bệnh thận, ĐTD type1 biến chứng mm, cầu thận, vớng mạc, PAPP-A thấp, free  $\beta$  hCG hoặc AFP >2 MoM

### Doppler DM rốn

Suy thoái bánh nhau: tăng tỉ lệ vận tốc tâm thu và tâm trương (S/D), chỉ số kháng (RI) hoặc chỉ số đập (PI) cao hơn bách phân vị 95th -> Kháng trở cao cuối cùng dẫn đến hiện tượng rất nặng là mất dòng chảy cuối tâm trương hoặc đảo ngược dòng chảy cuối tâm trương: tiền lượng xấu

### Doppler DM não giữa

Vận tốc đỉnh tâm thu DM não giữa >1.5mom -> thiếu máu nặng -> NC phù thai

### CST

(-) thỏa cả 3: (1) TTCB  $\perp$  (2) dao động nội tại  $\perp$  (3) không nhịp giảm muộn

(+) xuất hiện nhịp giảm muộn lặp lại trong hơn 50% số cơn co TC

➔ Dự báo âm cao dương thấp

### BPP

$\geq 8$   $\perp$ ,  $\geq 6$ : nghi ngờ,  $\leq 4$ : bất thường và có liên quan tử suất thai nhi

Cử động hô hấp	Ít nhất 1 đợt cử động kéo dài hơn 30s
Cử động thai nhi	Có ít nhất 3 cử động của thân hoặc chi
Trương lực	Có hoạt động co duỗi của chi hoặc thân người hoặc nắm mở bàn tay
V nước ối	$\perp$
$\pm$ NST	$\perp$

## BỆNH TIM

Đầu cao thở dưỡng khí

Theo dõi mạch HA nhịp thở mỗi giờ 3-4 lần M quá 100 thở quá 28 hay khó thở coi chừng bắt đầu suy tim cần điều trị ngay với thuốc Digitalis, morphine, thuốc lợi tiểu, buộc garo luân chuyển các chi

Cần cho thuốc giảm đau. Nên thực hiện tê ngoài màng cứng

CTC mở trọn nên sanh giúp forceps không nên cho rặn. Không MLT nếu không có chỉ định sản khoa tuyệt đối

Sau khi sổ thai lấy vật nặng đè lên bụng tránh máu chi dưới, chườm dòn về nhanh gây phù phổi cấp hoặc suy tim cấp

Giảm thiểu tối đa việc mất máu

Đọc thêm trong sách nha =)))

Tránh dùng ergometrin do t/d co mạch. UCMC bị CCD trong thai kì. Tránh dùng  $\beta$  blocker trong suy tim cấp, ức chế calcium làm nặng thêm NC sung huyết

## ĐTĐ

Trong lúc CD, phải theo dõi đường huyết mỗi 1-2 giờ, truyền insulin nếu  $\text{ĐH} > 120 \text{ mg\%}$

Thai phụ có GDM, cần làm test dung nạp 75g đường ở tuần thứ 6 sau hậu sản, duy trì tầm soát mỗi 3 năm

Chỉ định chủ động chấm dứt thai kì trong khoảng 32-36w

Chẩn đoán 1 thì: test 75g đường

Lúc đói  $\geq 92 \text{ mg/dL}$

1 giờ sau  $\geq 180 \text{ mg/dL}$

2 giờ sau  $\geq 153 \text{ mg/dL}$

### MỤC TIÊU 0

Thai phụ không có ĐTĐ trước đó

Trước ăn  $\leq 95 \text{ mg/dL}$  và một trong hai: 1 giờ sau ăn  $\leq 140 \text{ mg/dL}$ , 2 giờ sau ăn  $\leq 120 \text{ mg/dL}$

Thai phụ có ĐTĐ trước mang thai:

Buổi sáng, lúc đói nhịn suốt đêm:  $60-99 \text{ mg/dL}$ , đỉnh glucose sau ăn  $100-129 \text{ mg/dL}$ ,  $\text{HbA1C} < 6\%$

MNT: chia nhỏ các bữa ăn tránh những hõm  $\uparrow \downarrow$  quá mức

Đánh giá: BN tăng cân, em bé  $\uparrow$  to, nc ối nhiều

Tăng cân:  $\perp$  11.4-15.9 kg, thừa cân 6.8-11.4 Kg, béo phì 7Kg

30 Kcal/kg/ngày trong đó 45% bột, 35% béo, 20% đạm

➔ 1800 kcal/ngày -> 200g carbohydrate/ngày

## THUỐC CO

### OXYTOCIN

Tác dụng nhanh 3-4 p đạt ổn định sau 40p. Tg bán hủy 5p

**Chỉ định:** (1) KPCD, (2) Tăng co, (3) Dự phòng 0 băng huyết sau sanh do dờ tử cung hay sau sanh hay sau mổ

**CCĐ tuyệt đối:** (1) suy thai cấp (2) BXĐC tuyệt đối

**Thận trọng:** VMC, đa sản, ngôi ngược

Không dc vượt quá 3-4 cơn/10p

Ngưng khi RL cơn co, bất thường tim thai (<100, nhịp giảm đe dọa thai)

**Nguyên tắc KPCD:** chỉ dùng đường truyền TM thật chậm, dùng liều thấp nhất có thể có hiệu quả, theo dõi chặt chẽ (30p: cơn co, tim thai)

### Kỹ thuật KPCD

1. Lập đường truyền TM với Glucose 5% 500ml chỉnh tốc độ thấp nhất thường là VII giọt/p (luôn bắt đầu bằng chai truyền không oxytocin)
2. Hòa 5 IU oxytocin vào dịch truyền tương đương tốc độ 3mIU/p (1 giọt#0.5mIU)
3. Nếu dùng bơm tiêm điện, bắt đầu với tốc độ 2->2.5mIU/p

Tăng liều khi

1. Cơn co không đạt yêu cầu 3 cơn/10p, mỗi cơn >40s, tăng tốc độ truyền dần dần, điều chỉnh cách nhau 30p (tránh cơn co cường tính)
2. Không điều chỉnh tăng liều vs nhịp độ nhiều hơn 1 lần mỗi 30p
3. Biên độ một lần chỉnh là 1.5->2.5 mIU

KPCD thất bại

1. Truyền hết 5000 mIU (tức 5IU trong 500ml) vẫn chưa tạo được cơn co cần thiết, ngưng KPCD thực hiện lại ngày hôm sau
2. Max 32 mIU/p vẫn chưa đạt

Kỹ thuật tăng co

1. Lập đường truyền... (VIII giọt/p # 4mUI/p)
2. 5IU oxytocin...
3. Bơm tiêm tự động 5IU oxytocin pha trong 49 ml Glucose 5% tốc độ 2.4 ml/h
  - ➔ Theo dõi cơn co và tim thai mỗi 15-20p
  - ➔ Liều max: 20mUI/p

### Rối loạn tăng co

TC tăng kích thích: mỗi cơn >60s hoặc >4 cơn/10p-> tìm NN thực thể trước (BXĐC, HC vượt trở ngại): Châm dứt CD -> loại bỏ NN thực thể xác định là do oxytocin: cắt hẳn oxytocin. Cơn co cường tính k mất có thể giảm co.

### PROSTAGLANDINS

PGF2  $\alpha$  màng rụng: co cơ TC

PGE2: màng thai -> chín mùi CTC > co

PGE1: misoprostol: chín mùi và KPCD trong TCN2 hoặc khi thay đã chết trong TC

- ➔ Oxytocin chỉ có thể cho sau liều cuối prostaglandins ít nhất 6h.
- ➔ PGs CCD tuyệt đối với sẹo mổ cũ

### **ERGOMETRINE, METHYLERGOMETRINE**

Co cơ TC.

Chỉ dùng sau sanh khi TC trống -> kiểm soát mất máu sau sanh, đỡ TC

CCĐ khi có THA, TSG chưa kiểm soát hay có bệnh tim mạch