

# BÀI GIẢNG ÔN TẬP TỐT NGHIỆP

HỌC PHẦN SẢN KHOA



# CÁC VẤN ĐỀ THƯỜNG GẶP TRONG 3 THÁNG ĐẦU THAI KỲ

---

TS. BÙI CHÍ THƯƠNG

THS. HUỲNH VĨNH PHẠM UYÊN

THS. VŨ THỊ THỰC ANH

BS CK1. NGUYỄN THỊ HƯƠNG XUÂN

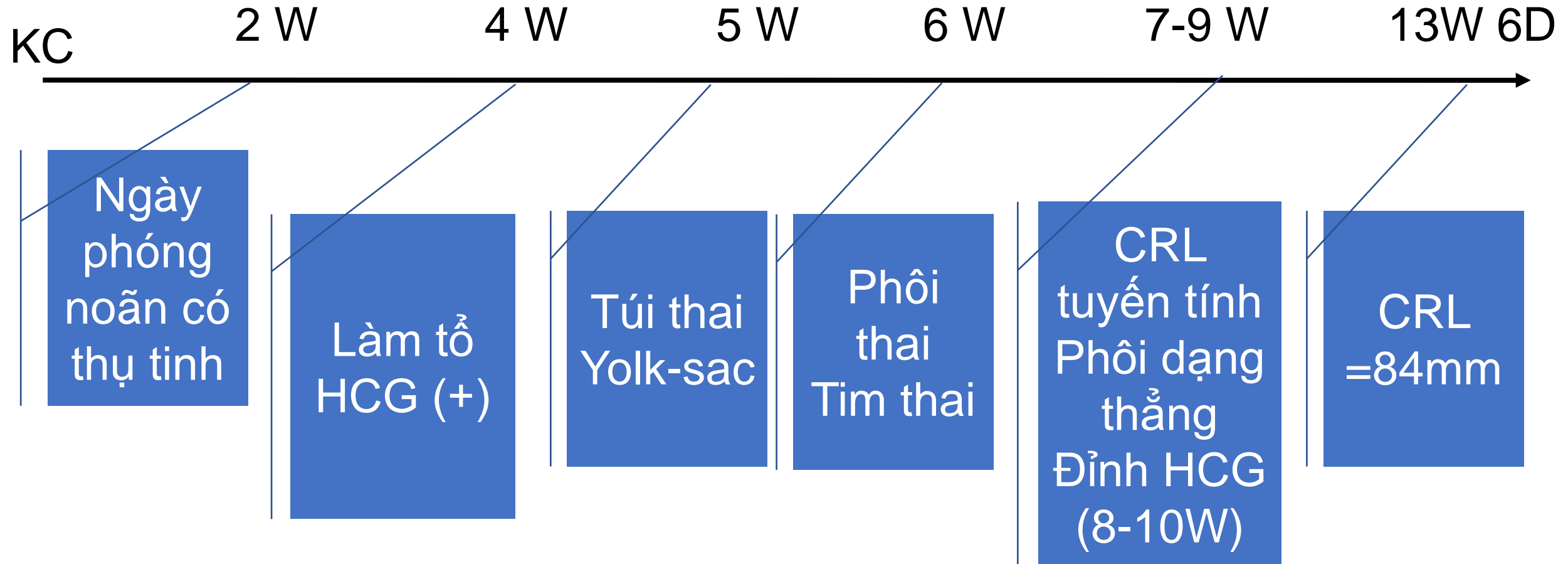
THS. NGUYỄN THỊ KIM MAI



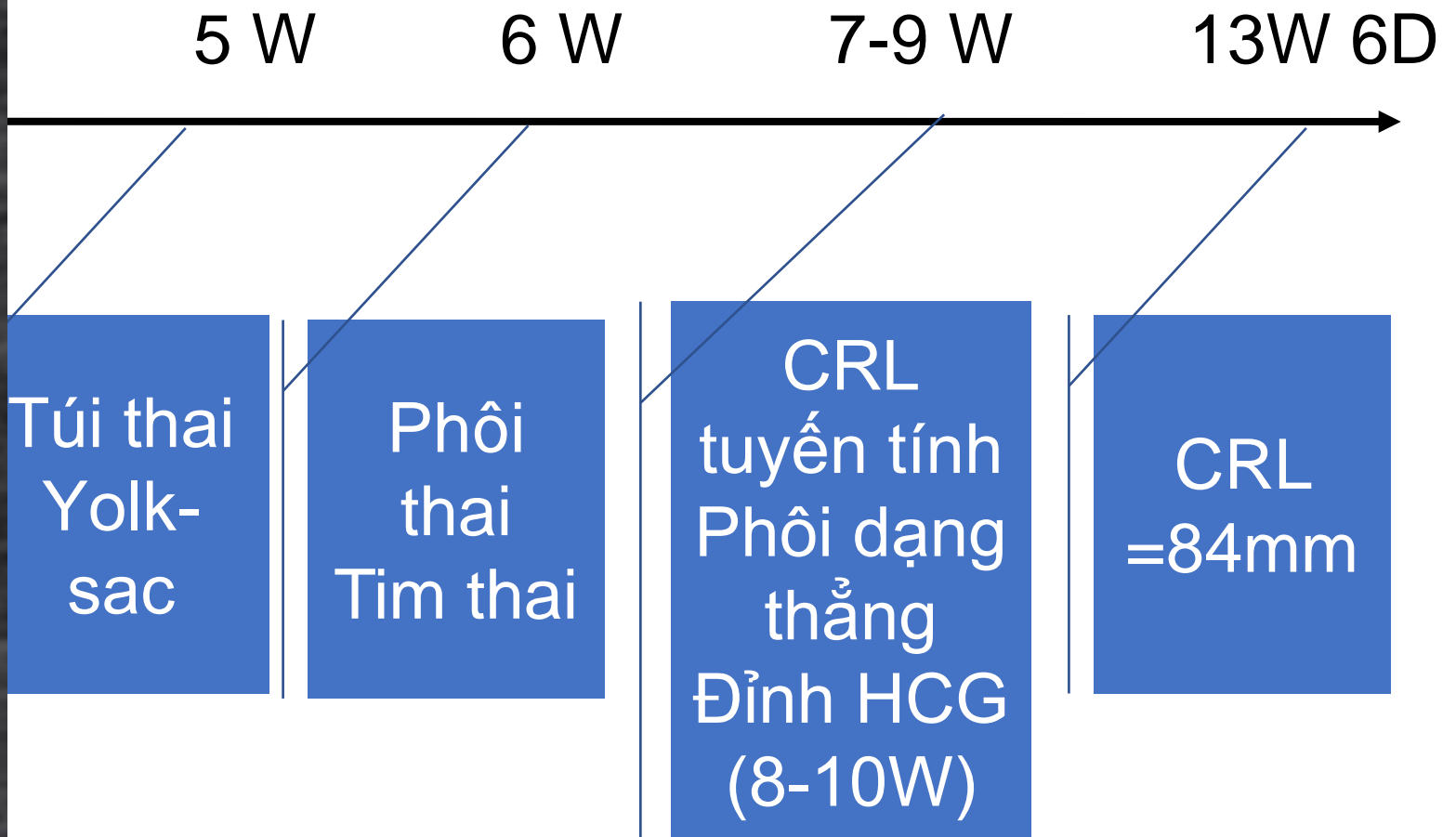
# Mục tiêu

1. Xác định được chính xác tuổi thai dựa trên thu thập, phân tích các dữ kiện lâm sàng và siêu âm
2. Phân tích được tính giá trị của các công cụ dùng để xác định tuổi thai trong thực hành sản khoa
3. Nhận diện và quản lý thích hợp cho một thai kỳ có xuất huyết bất thường ở 3 tháng đầu thai kỳ
4. Nhận diện và quản lý thích hợp cho một trường hợp thai làm tổ ngoài buồng tử cung
5. Nhận diện và quản lý thích hợp cho một trường hợp thai nghén bị thất bại sớm.

# Sự phát triển phôi – thai nhi



# Phôi – thai nhi





nhì

6 W

7-9 W

13W 6D

hôi  
ai  
thai

CRL  
tuyến tính  
Phôi dạng  
thẳng  
Đỉnh HCG  
(8-10W)

CRL  
=84mm





Cô H. 37 tuổi PARA 1001, 2019 có thai nhờ hỗ trợ sinh sản, đang trữ 5 phôi 3 ngày tuổi. 4 tháng nay đang uống thuốc nội tiết, kinh đều, chu kỳ 28 ngày,

KC: 1/9/20..

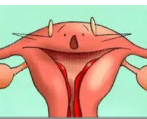
Ngày 20/9/20.. cô được chuyển phôi 3 ngày tuổi (phôi trữ cách đây 4 năm)

Trong quá trình theo dõi tiếp theo có 3 lần siêu âm:

- 1 lần mô tả kích thước đường kính trung bình của túi thai (túi thai có yolk sac)
- 1 lần mô tả chiều dài đầu mông thai (CRL= 15 mm, có tim thai)
- 1 lần mô tả đường kính lưỡng đỉnh của thai (tại thời điểm đo NT)

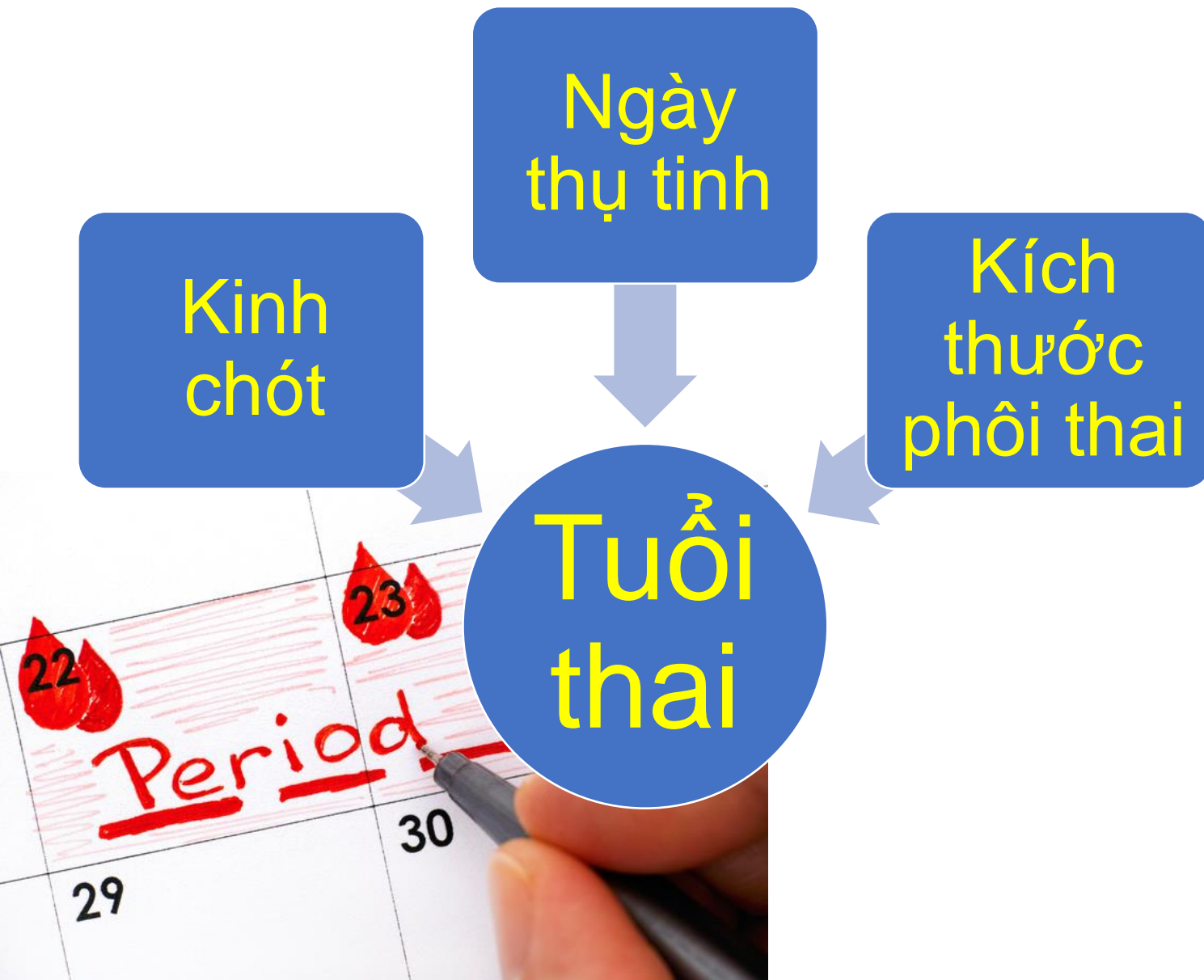


**Việc tính tuổi thai dựa vào dữ kiện nào?**





# Các phương pháp tính tuổi thai



Ngày thụ tinh:

Ngày DS = (ngày - 7) / (tháng - 3) / (năm + 1)

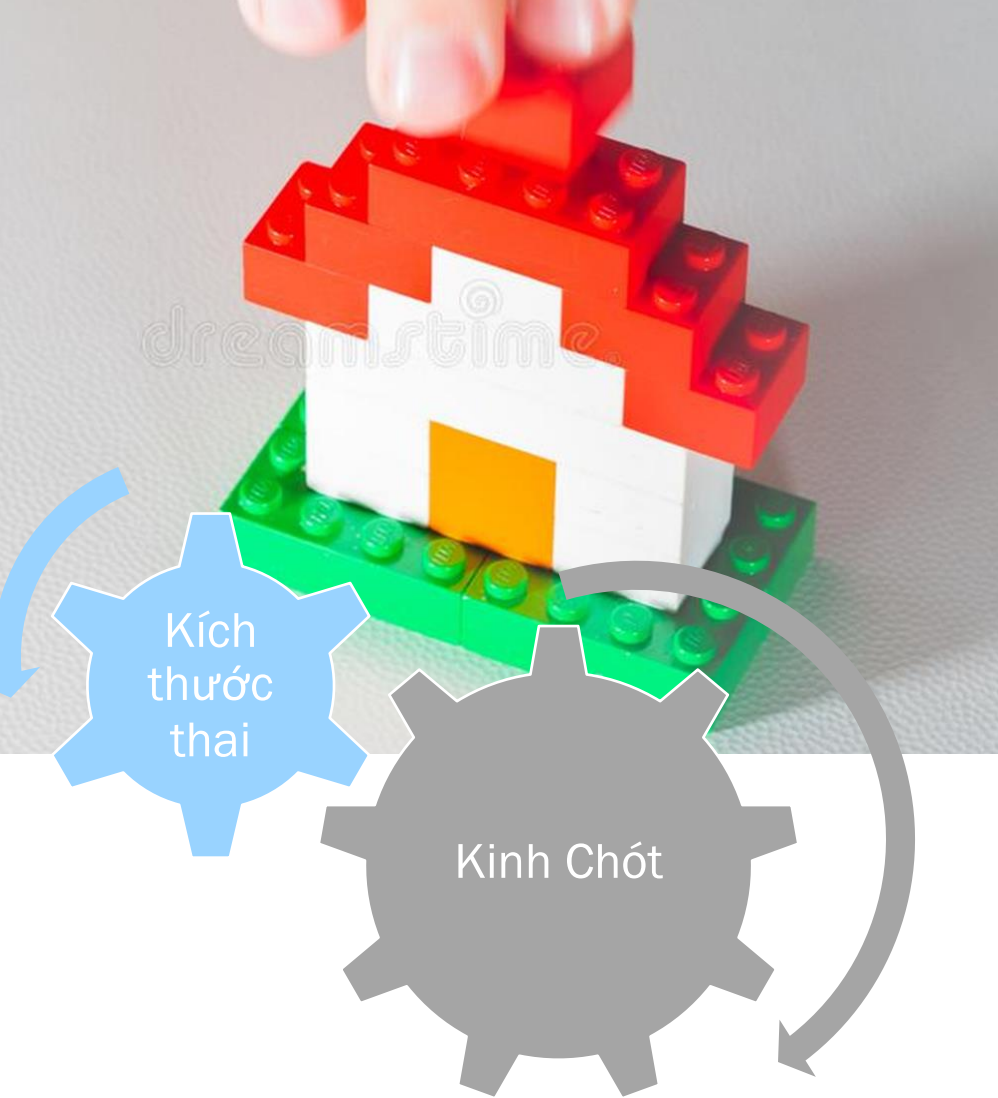
Ngày chuyển phôi: tuổi phôi khi chuyển, hiệu chỉnh



Ngày kinh chót có đáng tin cậy ?

Kích thước phôi thai có đáng tin cậy?





# pháp tính tuổi thai



- Ngày kinh chót: CK đều, 28 ngày, không dùng nội tiết trong 2 tháng

$$\text{Ngày DS} = (\text{ngày} + 7) // (\text{tháng} - 3) // (\text{năm} + 1)$$

- CRL (10 mm - 84 mm):

$$\text{Tuổi thai (ngày vô kinh)} = 42 + \text{CRL (mm)}$$

- BPD (11 → 13+6):

$$\text{Tuổi thai (tuần vô kinh)} = \frac{1}{3} * (\text{BPD} - 17) + 11$$

Cô H. 37 tuổi PARA 1001, 2019 có thai nhờ hỗ trợ sinh sản, đang trữ 5 phôi 3 ngày tuổi. 4 tháng nay đang uống thuốc nội tiết, kinh đều, chu kỳ 28 ngày,

KC: 1/9/20..

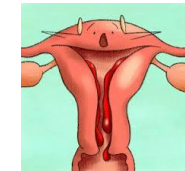
Ngày 20/9/20.. cô được chuyển phôi 3 ngày tuổi (phôi trữ cách đây 4 năm)

Trong quá trình theo dõi tiếp theo có 3 lần siêu âm:

- 1 lần mô tả kích thước đường kính trung bình của túi thai (túi thai có yolk sac)
- 1 lần mô tả chiều dài đầu mông thai (CRL= 15 mm, có tim thai)
- 1 lần mô tả đường kính lưỡng đỉnh của thai (tại thời điểm đo NT)



**Việc tính tuổi thai dựa vào dữ kiện nào?**



Cô M. 33 tuổi PARA 0010, 2020 TNTC điều trị MTX, chu kỳ kinh đều 28 ngày, không dùng thuốc nội tiết trong 4 tháng gần đây

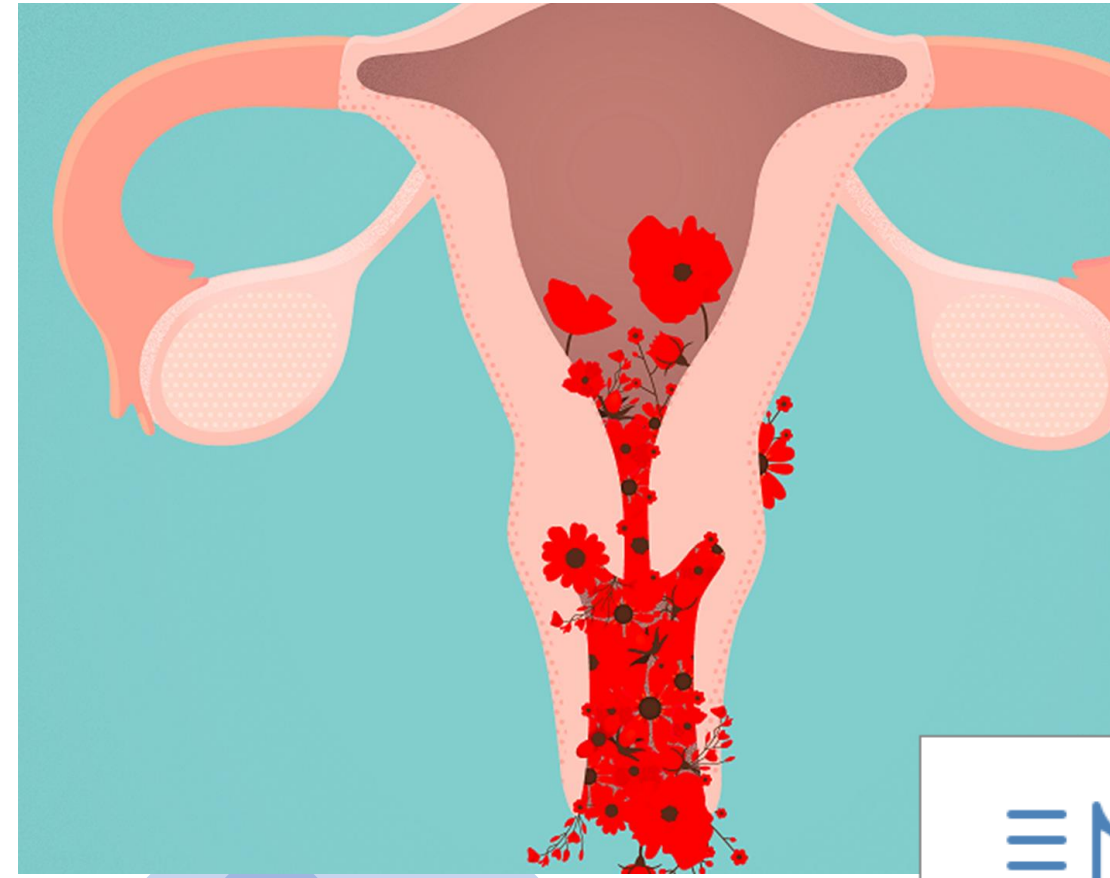
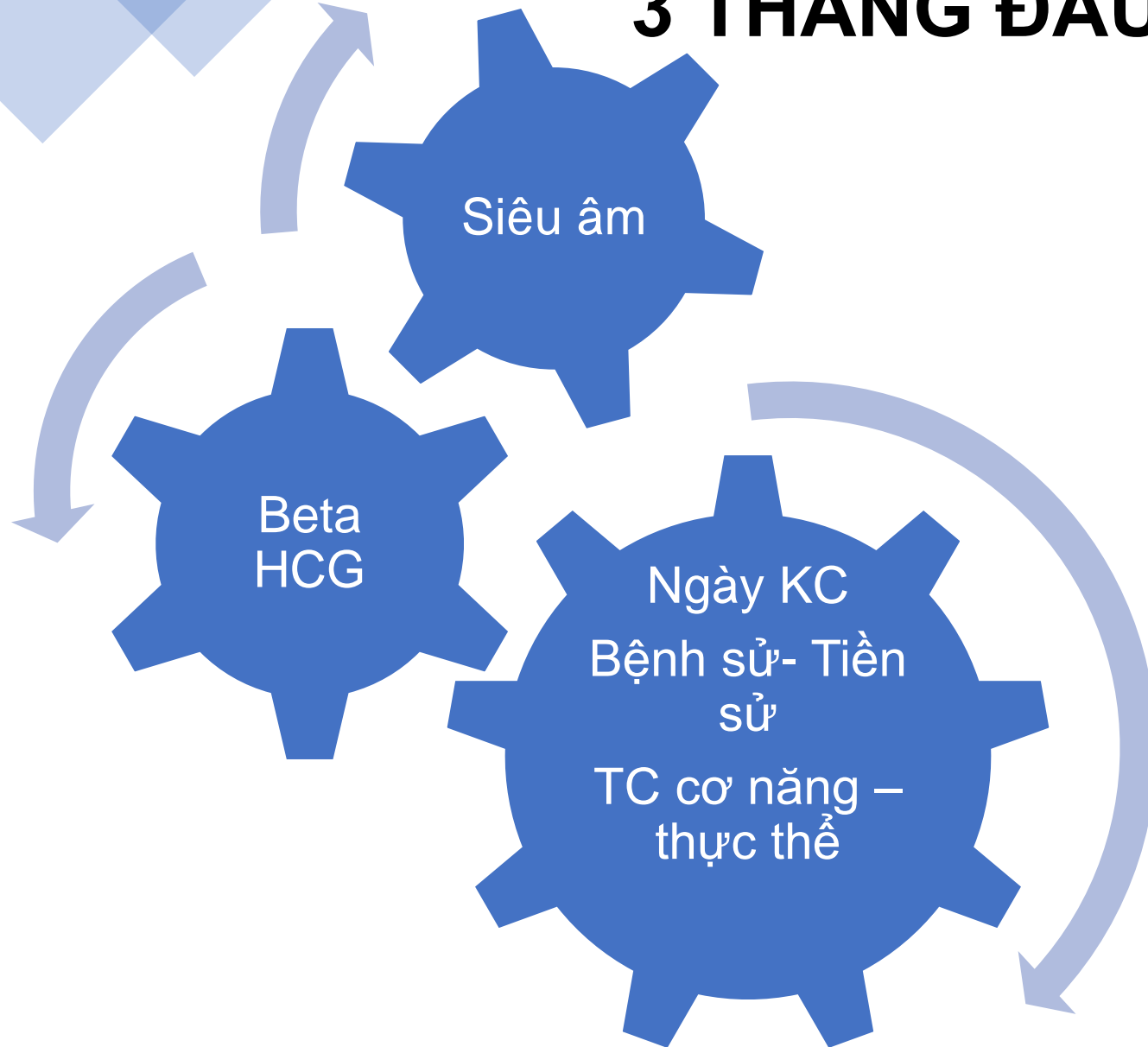
KC: 1/8/20..

Ngày 9/9/20.. : ra huyết ít, không đau bụng. QS (+). Siêu âm: lòng tử cung trống, 2 phần phụ bình thường, dịch túi cùng âm tính.  $\beta$ -hCG huyết thanh 800 mUI/ML

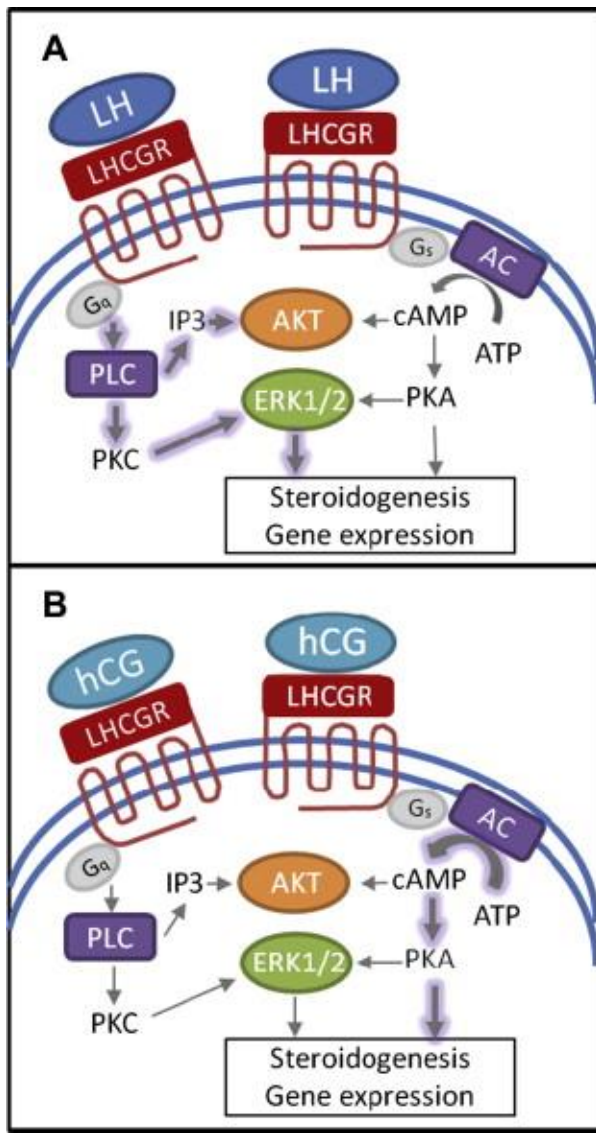
**Làm gì tiếp theo?**



# TIẾP CẬN XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG 3 THÁNG ĐẦU THAI KỲ

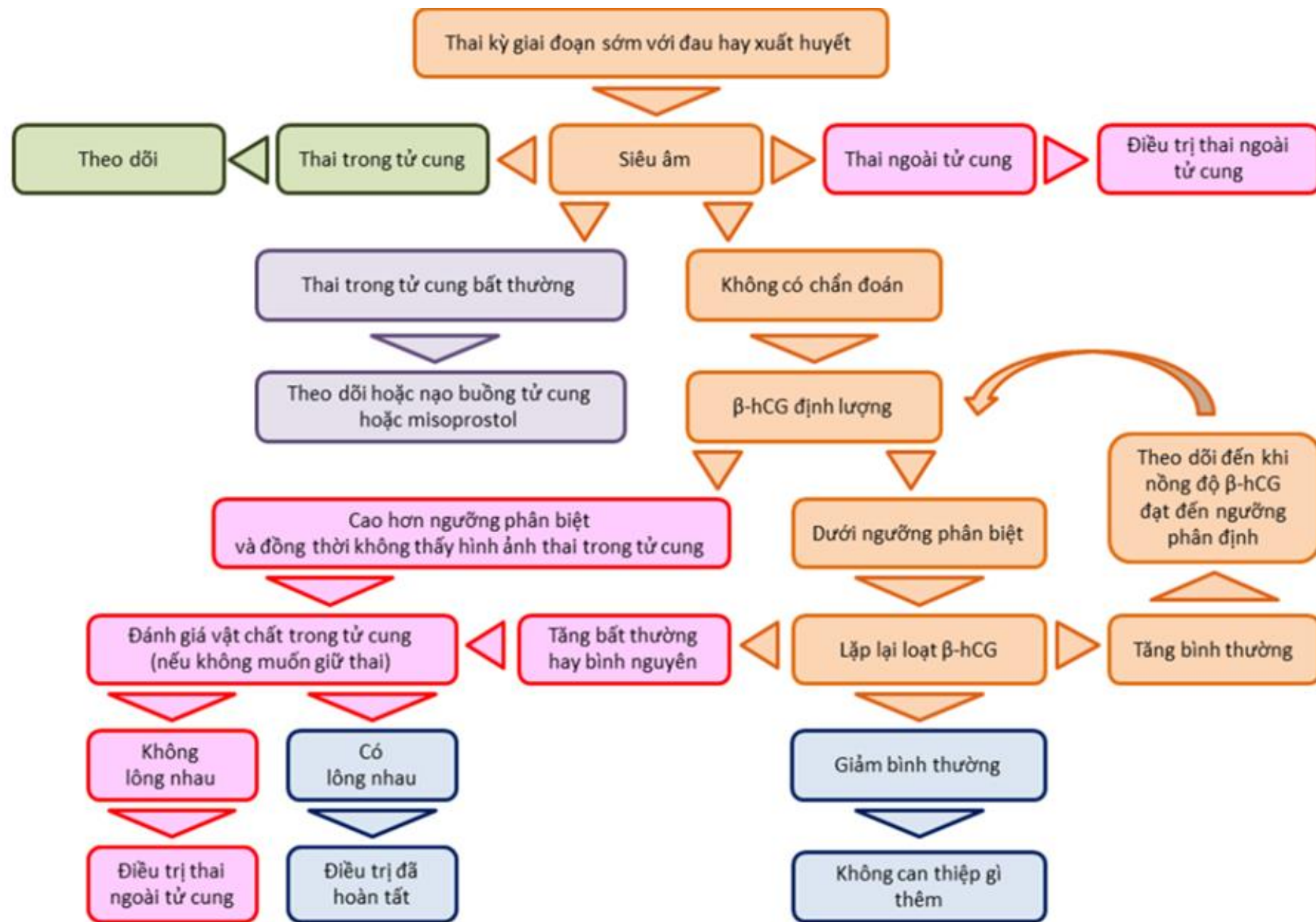


# hCG gồm 2 chuỗi Alpha và Beta (chuỗi Beta tạo đặc tính sinh học)



- Bắt đầu (+) tuần thứ 3, tiết ra từ hoi bào nuôi
- Tăng gấp đôi mỗi 48h (66%)
- Túi thai (đơn thai) /VUS →  $\geq 1.500-2.000$  mUI/ML
- Song thai 3.000 mUI/ML
- Đỉnh 8-10 W



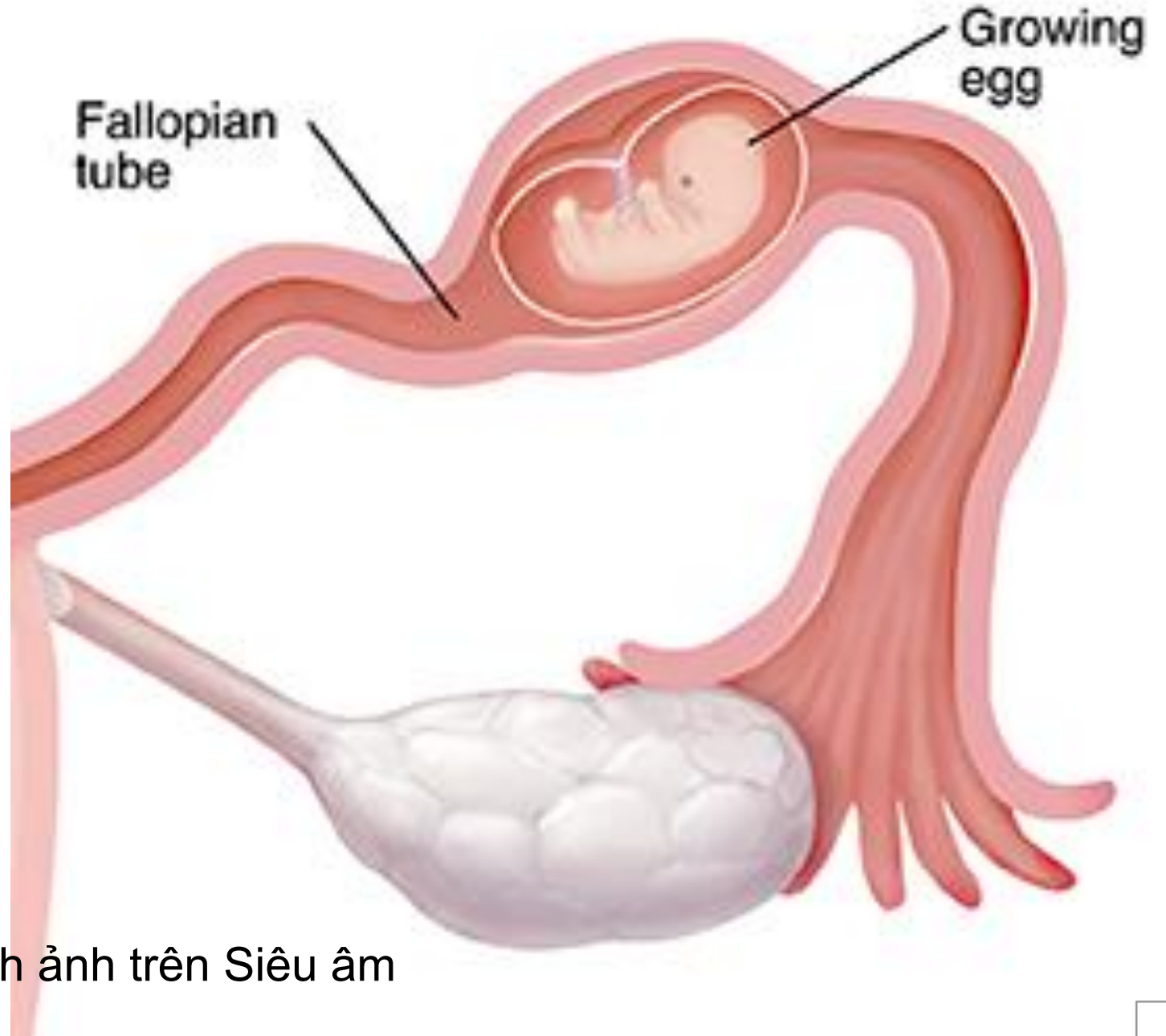




# Quản lý Thai ngoài tử cung

---

- Bệnh sử: KC, triệu chứng
- Tiền sử, các yếu tố nguy cơ
- Động học  $\beta$ -hCG
- Ngưỡng phân định  $\beta$ -hCG – hình ảnh trên Siêu âm





# Thai ngoài tử cung

## Theo dõi

- Huyết động học ổn định
- Khối thai < 2cm.
- $\beta$ -hCG < 1.000 mUI/mL và giảm dần theo thời gian

## Nội khoa

- Huyết động học ổn định
- TNTC chưa vỡ
- Khối thai < 3.5 cm và không có tim thai
- $\beta$ -hCG < 5000 mUI/mL
- Muốn điều trị nội khoa

## Ngoại khoa

- TNTC đã vỡ hoặc chưa vỡ nhưng huyết động học không ổn định
- CCĐ MTX
- MTX thất bại
- Có bệnh lý hiểm muộn do vòi trứng
- Có thai trong TC cùng tồn tại
- Mong muốn triệt sản

Cô H. 37 tuổi PARA 1001, 2019 có thai nhờ hỗ trợ sinh sản, đang trữ 5 phôi 3 ngày tuổi  
4 tháng nay đang uống thuốc nội tiết, kinh đều, chu kỳ 28 ngày,  
KC: 1/9/20..  
Ngày 20/9/20.. cô được chuyển phôi 3 ngày tuổi (phôi trữ cách đây 4 năm)

Ngày 10/10/20.. : Siêu âm: 01 túi thai trong lòng tử cung có yolk sac, chưa có phôi

Ngày 23/10/20..: Siêu âm 01 túi thai trong lòng tử cung có yolk sac, chưa có phôi

**Chẩn đoán là gì?**



# Thai nghén thất bại sớm –

## Nhận diện và quản lí


Thai nghén thất bại sớm: Thai lâm sàng có thể gặp thất bại trong việc tiếp tục tiến triển

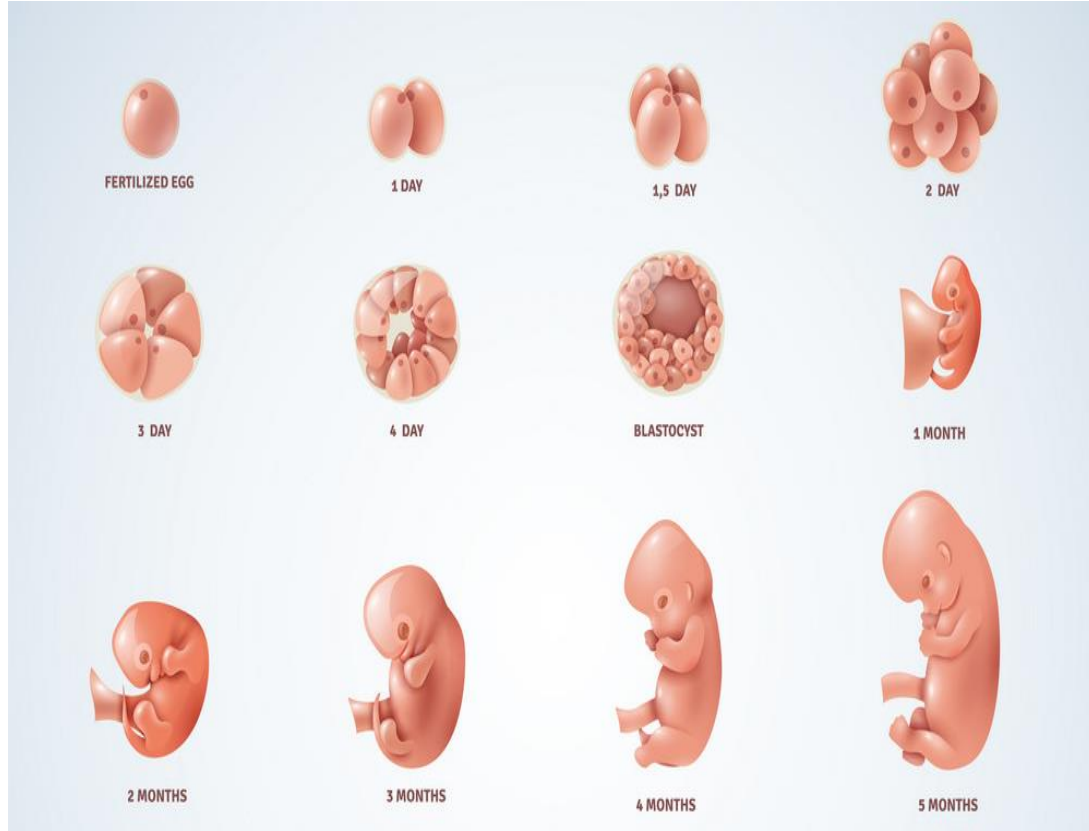
- Thai lưu
- Dọa sảy thai lưu
- Sảy thai khó tránh
- Sảy thai không trọn
- Sảy thai trọn



### DẤU HIỆU CHẮC CHẮN

- CRL  $\geq$  7 mm và tim thai (-)
- MSD  $\geq$  25 mm và phôi thai (-)
- Không thấy phôi có hoạt động tim thai sau 14 ngày mà trước đó đã có túi thai không có yolk-sac
- Không thấy phôi có hoạt động tim thai sau 11 ngày mà trước đó đã có túi thai có yolk-sac

	ƯU ĐIỂM	NHƯỢC ĐIỂM	KHUYẾN CÁO
<b>Theo dõi diễn tiến</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hạn chế tác dụng phụ của thuốc và can thiệp ngoại khoa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Theo dõi dài</li> <li>Chỉ tam cá nguyệt I</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Thành công cao trong sảy thai không trọn</li> <li>= Siêu âm</li> </ul>
<b>Điều trị nội khoa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Thời gian ngắn hơn s/v dõi diễn tiến</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Theo dõi dài</li> <li>+/- Tác dụng phụ thuốc</li> <li>Thất bại → ngoại khoa (10-36%)</li> </ul>	
<b>Điều trị ngoại khoa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Theo dõi ngắn</li> <li>Thành công 99%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nguy cơ gây dính TC (19%),</li> <li>Nhiễm trùng (4%),</li> <li>Sốt nhau/mô thai (4%),</li> <li>Thủng TC (0.1-1.5%)</li> <li>Chảy máu nặng (0.3%),</li> <li>Rách đáng kể CTC (&lt;0.01%)</li> </ul>	Trong một số điều kiện: <ul style="list-style-type: none"> <li>Xuất huyết nặng kéo dài</li> <li>Huyết động không ổn định</li> <li>Nhiễm trùng do sốt mô</li> <li>Nghi ngờ bệnh lý nguyên bào nuôi</li> </ul>



# QUẢN LÝ CÁC VẤN ĐỀ THƯỜNG GẶP LIÊN QUAN ĐẾN NỬA ĐẦU THAI KỲ

TS.BS TRẦN NHẬT THĂNG  
ThS.BS THÂN TRỌNG THẠCH  
ThS.BS NGÔ THỊ BÌNH LỰA  
ThS.BS NGUYỄN ĐĂNG PHƯỚC HIỀN  
ThS.BS CAO THỊ MAI PHƯƠNG  
ThS.BS NGUYỄN THỊ THANH TH



# MỤC TIÊU HỌC TẬP

## 1. LỆCH BỘI

- i. Liệt kê và phân tích các công cụ tầm soát lệch bội
- ii. Quản lý các kết quả tầm soát lệch bội

## 2. SONG THAI

- i. Hiểu được tầm quan trọng của việc xác định hình thái song thai
- ii. Tính tuổi thai trong song thai

## 3. NHIỄM TRÙNG TRONG THAI KỲ

- i. Quản lý giảm lây truyền mẹ – con trong trường hợp nhiễm Rubella trong thai kỳ
- ii. Quản lý giảm lây truyền mẹ – con trong trường hợp nhiễm HBV trong thai kỳ
- iii. Quản lý giảm lây truyền mẹ – con trong trường hợp nhiễm Giang mai trong thai kỳ

## 4. THIẾU MÁU HỒNG CẦU NHỎ NHƯỢC SẮC TRONG THAI KỲ

- i. Tiếp cận một trường hợp thiếu máu thiếu sắt trong thai kỳ
- ii. Tiếp cận một trường hợp thiếu máu Thalassemia trong thai kỳ

## 5. THUỐC TRONG THAI KỲ

- i. Nắm được các nguyên lý cơ bản của sử dụng thuốc trong thai kỳ





# LỆCH BỘI – MỤC ĐÍCH TẦM SOÁT LỆCH BỘI

- Lệch bội (aneuploidy): thừa hoặc thiếu một hay nhiều nhiễm sắc thể
- Hệ quả:
  - Tình trạng thất bại thai nghén sớm
  - Mang nhiều khiếm khuyết bẩm sinh nếu phát triển thành thai sống

**Lưu ý: Không phải mọi trường hợp khiếm khuyết bẩm sinh đều liên quan lệch bội**

- Việc tầm soát lệch bội nhằm định ra hai nhóm đối tượng **(1)** nhóm thai phụ **gia tăng nguy cơ** mang một thai lệch bội so với nguy cơ nền tảng và **(2)** nhóm thai phụ có **nguy cơ lệch bội thấp**



# CÁC CÔNG CỤ TẦM SOÁT LỆCH BỘI

Có nhiều công cụ tầm soát lệch bội

## TẦM SOÁT LỆCH BỘI DỰA VÀO NGUY CƠ NỀN TẢNG

- Tuổi mẹ, cân nặng, số lượng thai, tiền căn sinh con lệch bội ...

## TẦM SOÁT LỆCH BỘI DỰA VÀO CÁC CHỈ BÁO HUYẾT THANH

- Có hai test căn bản là Double test và Triple test. Double test thường kết hợp với siêu âm khảo sát NT gọi là combined test
- Ngoài tầm soát lệch bội, các test huyết thanh có vai trò trong tiên đoán kết cục xấu của thai kỳ

## TẦM SOÁT LỆCH BỘI DỰA VÀO SIÊU ÂM HÌNH THÁI HỌC

- Thực hiện cuối TCN1 nhằm phát hiện các bất thường cấu trúc lớn trên thai, các dấu chỉ điểm siêu âm quan trọng (NT), tầm soát các bệnh lý trong thai kỳ
- Thực hiện ở đầu TCN2 ngoài mục tiêu khảo sát chi tiết lần thứ nhì hình thái học thai, còn khảo sát đa số các soft marker để hiệu chỉnh với nguy cơ của các test huyết thanh.



# CÁC CÔNG CỤ TẦM SOÁT LỆCH BỘI

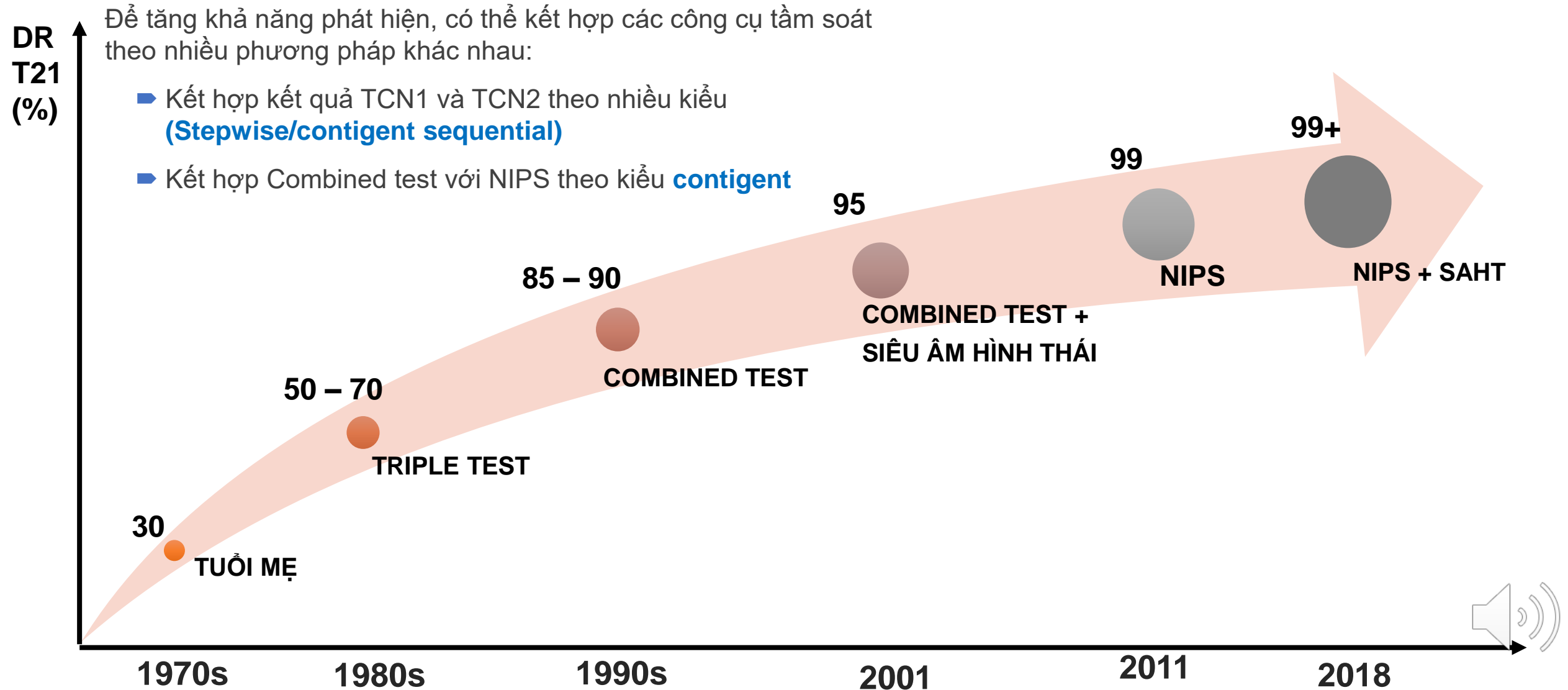
## TẦM SOÁT LỆCH BỘI DỰA VÀO XÉT NGHIỆM TIỀN SẢN KHÔNG XÂM LẤN (NIPS)

- Dựa trên cơ sở cell free DNA nguồn gốc bánh nhau → **không được xem là test chẩn đoán lệch bội**
- Khi diễn giải kết quả NIPS cần lưu tâm đến các vấn đề: lượng chất liệu di truyền nhau thai trong tuần hoàn mẹ, số lượng thai, noãn tự thân hay noãn hiến tặng, bệnh lý của thai phụ ... vì sẽ ảnh hưởng đến DR của test
- NIPS có thể được thực hiện ở các bối cảnh (1) test **sàng lọc ban đầu** hay (2) **kết hợp có điều kiện** (contingent)
- Khi hiện diện một bất thường cấu trúc rõ hoặc một major marker (NT > 3.5mm), chỉ định NIPS không được khuyến cáo mà thay vào đó cần thực hiện một test chẩn đoán.
- Siêu âm hình thái quý I và NIPS cho tính giá trị cao nhất trong sàng lọc lệch bội.



# LỰA CHỌN CÔNG CỤ TẦM SOÁT LỆCH BỘI

Lựa chọn công cụ tầm soát lệch bội nào tùy thuộc vào nguy cơ nền tảng của thai phụ, điều kiện cơ sở y tế cung cấp dịch vụ, điều kiện kinh tế và mong muốn của thai phụ ...

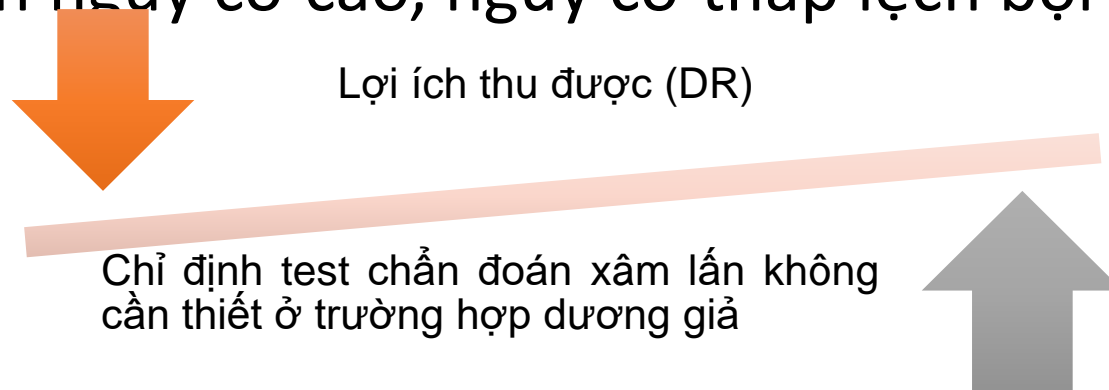


# DIỄN GIẢI KẾT QUẢ TẦM SOÁT LỆCH BỘI

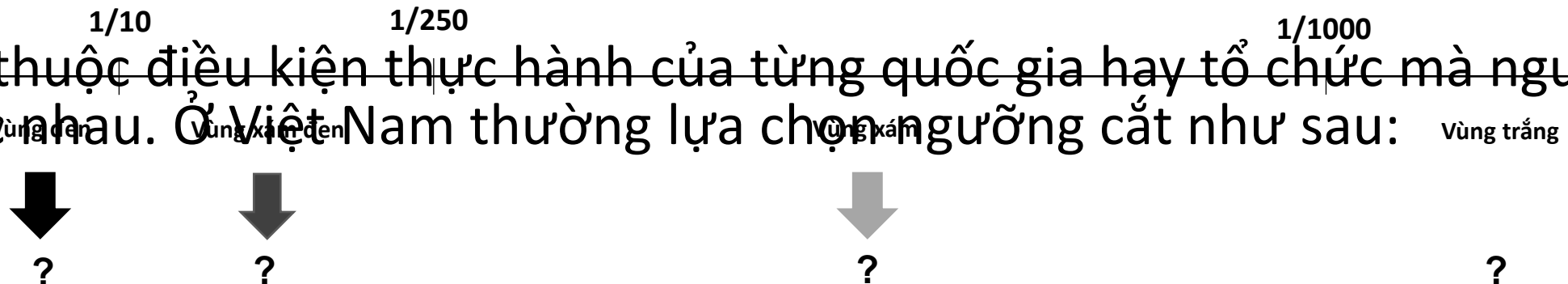
Kết quả test tầm soát cho biết : **Nguy cơ tính toán**

**NGUY CƠ TÍNH TOÁN = NGUY CƠ NỀN TẢNG X NGUY CƠ HUYẾT THANH X LR+/LR- CỦA CHỈ BÁO SIÊU ÂM**

- Ngưỡng cắt xác định nguy cơ cao, nguy cơ thấp lệch bội được xác định dựa trên cân nhắc:



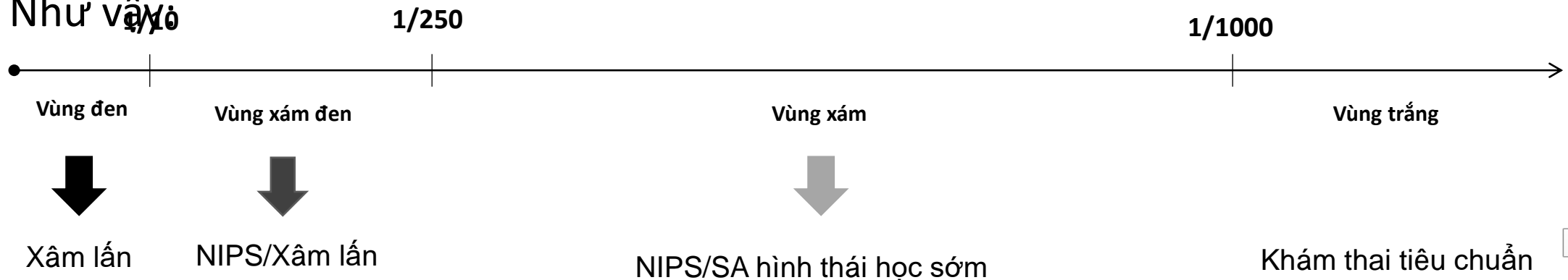
- Tùy thuộc điều kiện thực hành của từng quốc gia hay tổ chức mà ngưỡng cắt khác nhau. Ở Việt Nam thường lựa chọn ngưỡng cắt như sau:



# QUẢN LÝ KẾT QUẢ TẦM SOÁT LỆCH BỘI

- Khi kết quả tầm soát là “**gia tăng (so với lý thuyết) rủi ro thai lệch bội**” → đề xuất các giải pháp quản lý sao cho hạn chế số test chẩn đoán phải thực hiện đến mức thấp nhất có thể, mà không bỏ sót lệch bội không được phát hiện
- Khi kết quả tầm soát là “**giảm rủi ro (so với lý thuyết)**” tuy nhiên vẫn đi kèm nguy cơ có lệch bội ở thai nhưng thấp hơn đáng kể” → thai phụ có quyền lựa chọn test chẩn đoán khi có vấn đề tâm lý hoặc hình ảnh học gợi ý bất thường.

• Như vậy



# SONG THAI

## TÍNH QUAN TRỌNG CỦA XÁC ĐỊNH HÌNH THÁI SONG THAI

### Có 2 dạng song thai

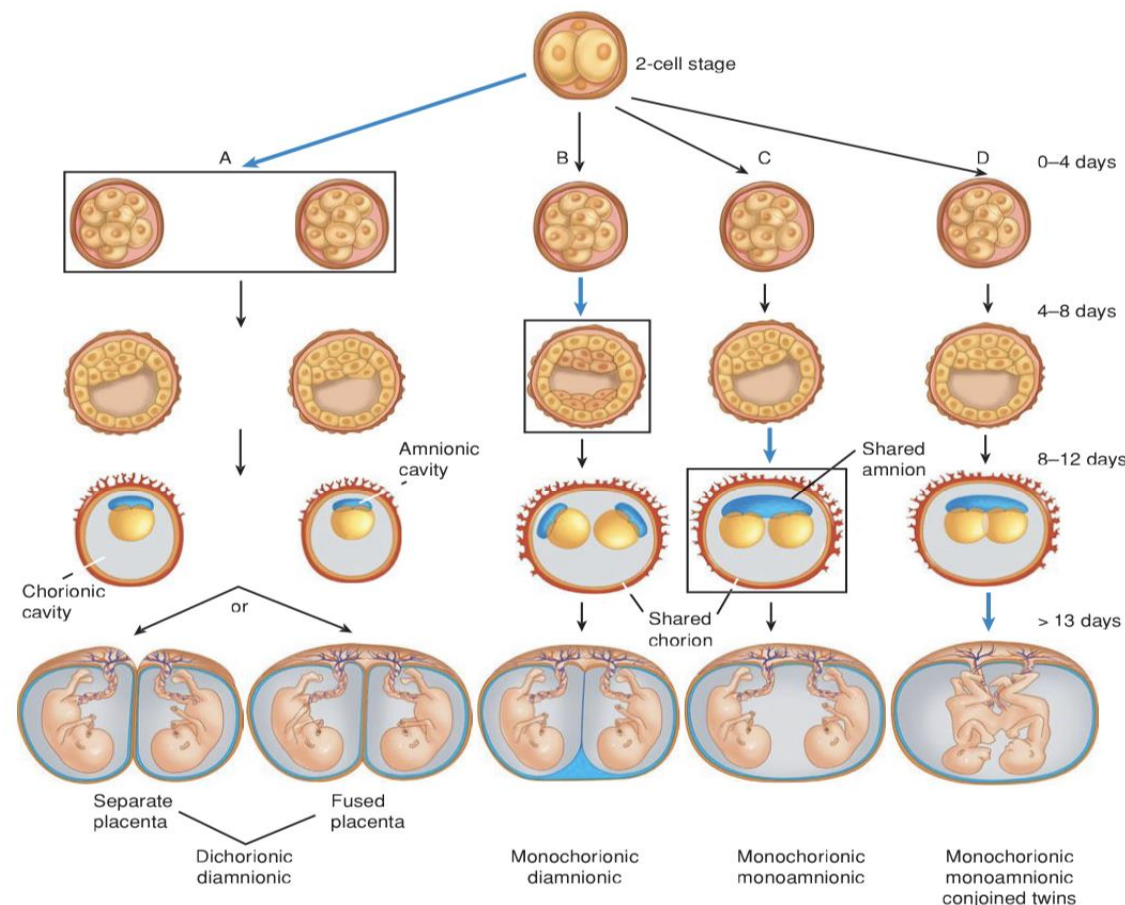
- Song thai khác trứng
- Song thai cùng trứng: có 3 kiểu hình thái khác nhau
  - 2 nhau – 2 ối (DCDA): chiếm 60%
  - 1 nhau – 2 ối (MCDA): chiếm 30%
  - 1 nhau – 1 ối (MCMA): chiếm 10%
  - Song thai dính: rất hiếm, khi sự tách ra rất muộn

### Như vậy:

- Song thai MCDA và MCMA: chắc chắn là song thai cùng trứng
- Song thai DCDA: có thể là song thai cùng trứng hay khác trứng

**BẮT BUỘC** phải phân biệt loại song thai vì:

- Tử suất của song thai cùng trứng **cao hơn** khác trứng
- Song thai cùng trứng, tử suất càng cao khi tách đôi càng muộn
  - 2 bánh nhau: 9%
  - Một bánh nhau: có sự thông nối mạch máu giữa 2 thai → các hội chứng đặc trưng cho song thai 1 bánh nhau (TTTS) → tăng tử suất MCDA 25%
  - Một bánh nhau – một buồng ối: ngoài những vấn đề của song thai một bánh nhau, còn các vấn đề của song thai một buồng ối (xoắn dây rốn, song thai dính) → tử suất MCMA 60%





# TÍNH TUỔI THAI TRONG SONG THAI

## Theo ISUOG

- Song thai thụ tinh ống nghiệm: dựa vào ngày phóng noãn hoặc ngày thụ tinh cho noãn
- Song thai tự nhiên:
  - Khuyến cáo sử dụng CRL để tính tuổi thai, với khoảng CRL từ 45 – 84mm ( $11^{+0}$  –  $13^{+6}$  tuần)
  - CRL của thai lớn hơn được chọn để ước tính tuổi thai
  - Khi CRL > 84mm: khuyến cáo tính tuổi thai theo chu vi vòng đầu (HC) của thai lớn



# NHIỄM TRÙNG TRONG THAI KỲ

Nhiễm trùng trong thai kỳ được phân ra:

- Nhiễm trùng ở thai phụ có biến chứng và nặng lên trong thai kỳ
- Nhiễm trùng thường gặp trong thai kỳ và hậu sản
- Nhiễm trùng đặc biệt chỉ xuất hiện lúc có thai
- Nhiễm trùng ảnh hưởng lên thai

**TORCH**

Toxoplasma

Rubella

Cytomegalo  
virus

**HBV** và HCV

HIV

HSV

**Giang mai**

Khác

Thuỷ đậu

Parvovirus B19



# NHIỄM RUBELLA TRONG THAI KỲ

Mẹ nhiễm Rubella

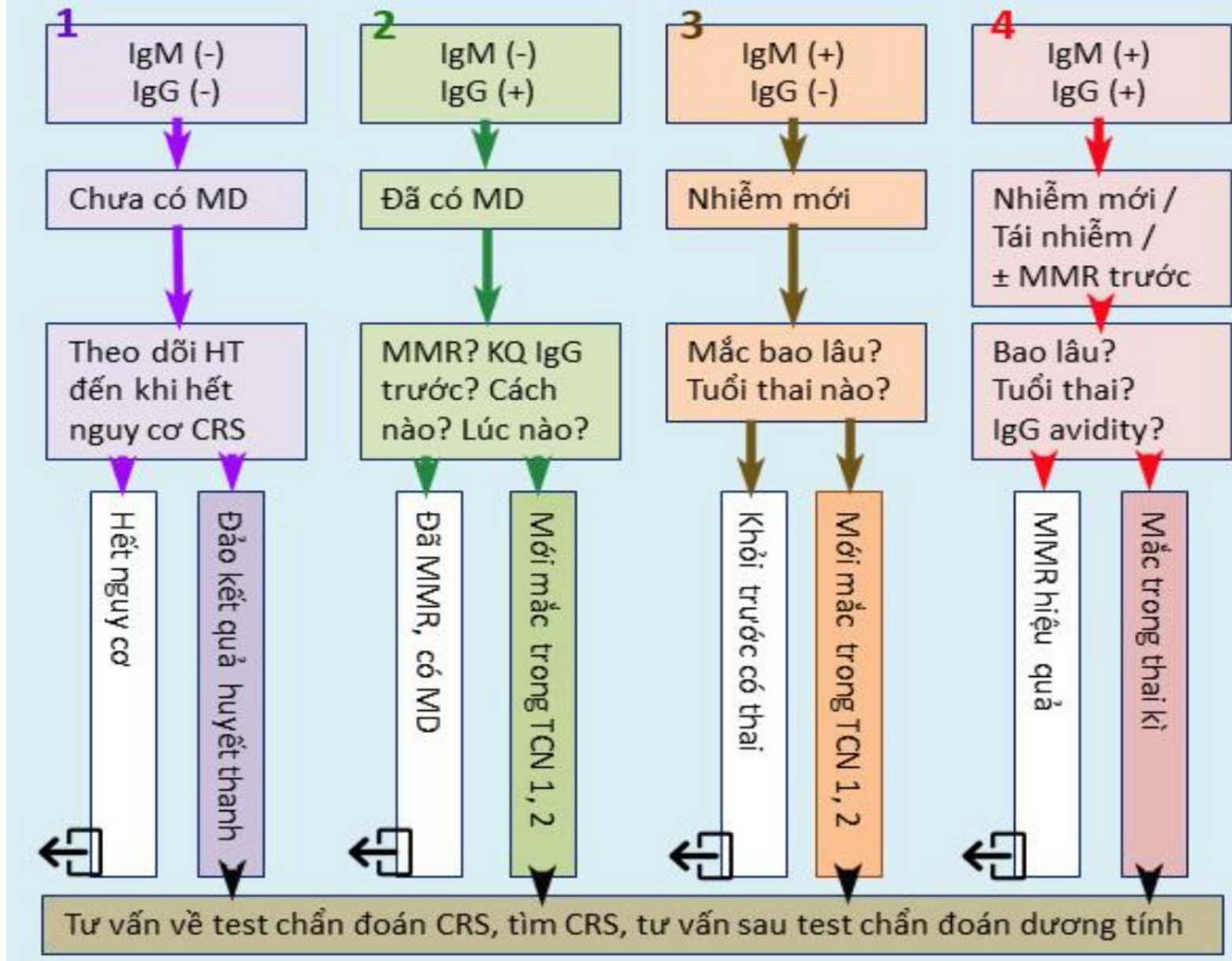
Thai nhiễm Rubella

Hội chứng  
Rubella bẩm sinh

- Nguy cơ thai bị hội chứng Rubella bẩm sinh rất cao, lên đến 85% khi nhiễm vào tuần 5 – 8, 40% ở tuần 8 – 12, 20% ở tuần 13 - 18
- Phương pháp dự phòng hiệu quả nhiễm Rubella trong thai kỳ là chích vaccine MMR trước khi mang thai
- Khảo sát huyết thanh Rubella là bắt buộc ở mọi thai phụ chưa có bằng chứng đã có miễn dịch với Rubella trước đó.
- Khảo sát được chỉ định càng sớm càng tốt trong lần khám thai đầu tiên ở tam cá nguyệt 1.
- Khi diễn giải kết quả huyết thanh học Rubella (IgM, IgG) cần phối hợp với tiền căn chích ngừa hoặc đã nhiễm trước đây, các biểu hiện lâm sàng trong thai kỳ, thời điểm khởi phát bệnh trong thai kỳ ....



# NHIỄM RUBELLA TRONG THAI KỲ



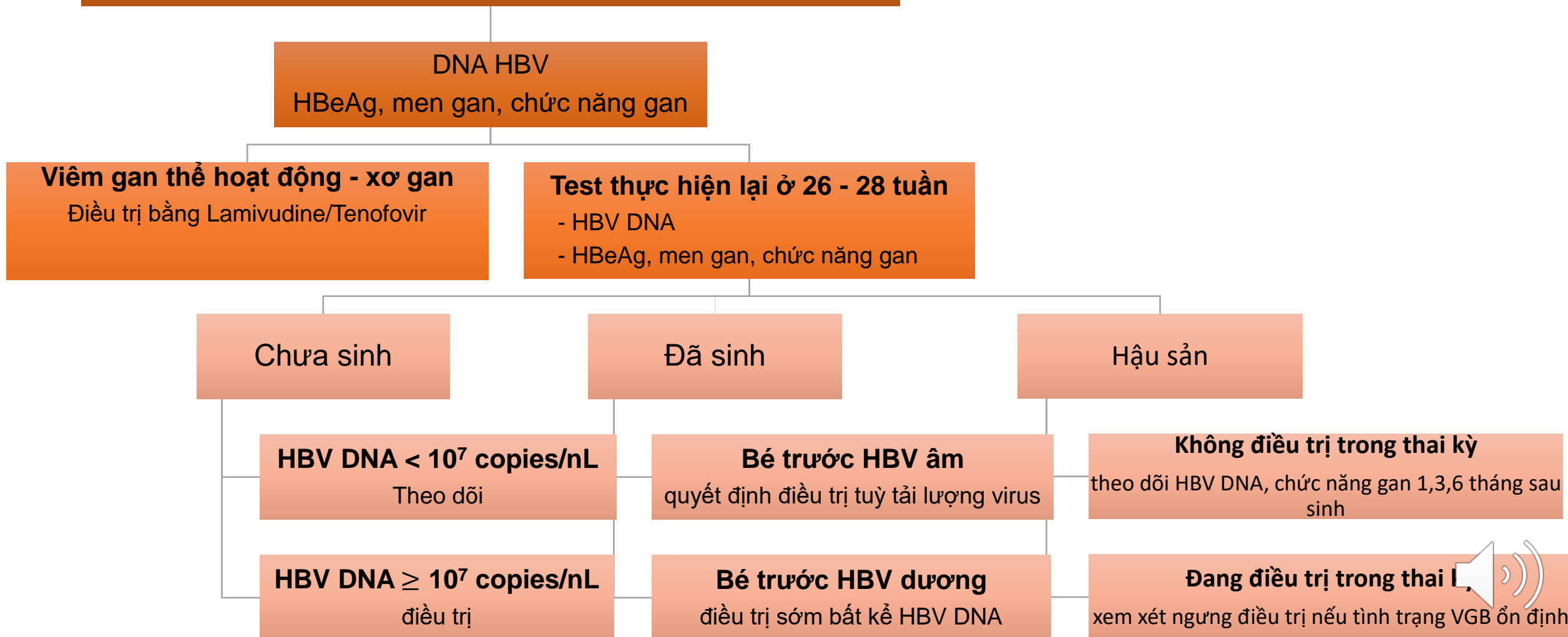
# NHIỄM HBV TRONG THAI KỲ

- Trong thai kỳ, các thai phụ cần được tầm soát nhiễm HBV nhằm mục đích triển khai các biện pháp tránh lây truyền dọc từ mẹ sang con.
- Ở các thai phụ nhiễm HBV với biểu hiện HBsAG (+), cần thực hiện thêm một số xét nghiệm ở mốc 3 tháng đầu và 3 tháng giữa thai kỳ để đánh giá mức độ ảnh hưởng của nhiễm virus lên thai kỳ
- Hiện nay, chỉ định điều trị thuốc kháng virus chủ yếu dựa vào tải lượng HBV



# NHIỄM HBV TRONG THAI KỲ

Thai phụ với HBsAg dương tính đầu thai kỳ



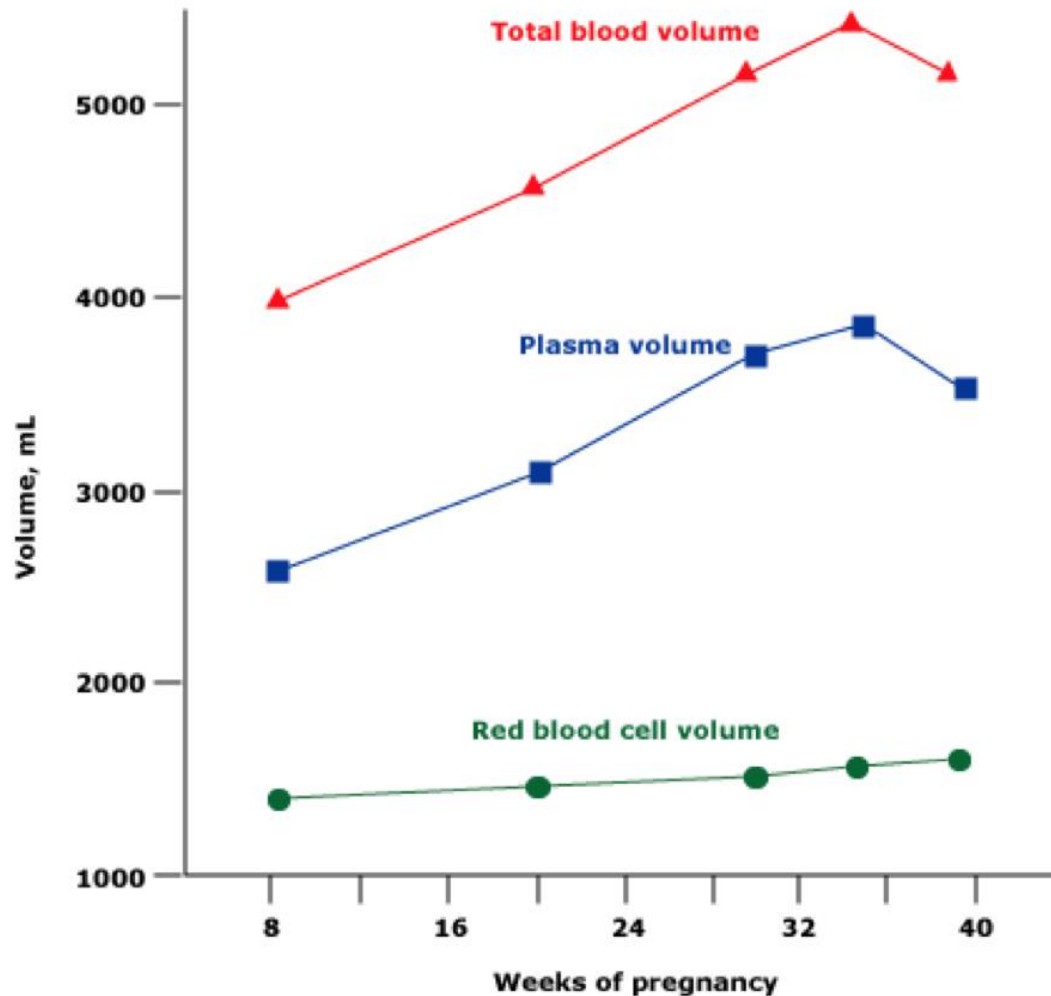
# NHIỄM GIANG MAI TRONG THAI KỲ

- Xoắn khuẩn giang mai có thể xâm nhập thai nhi tại bất kỳ thời điểm nào của thai kỳ và gây giang mai bẩm sinh
- Tỷ lệ mắc giang mai bẩm sinh tăng dần theo sự chậm trễ của điều trị → mọi sản phụ phải được tầm soát giang mai sớm vào lần khám thai đầu tiên và trước kết thúc tam cá nguyệt 1
- Phương tiện tầm soát nhiễm giang mai bao gồm xét nghiệm có treponema (TPPA, FTA-ABS) hoặc xét nghiệm không có treponema (RPR, VDRL). Việc lựa chọn tầm soát bằng xét nghiệm nào tùy thuộc vùng dịch tễ, nguồn lực y tế, tiền căn nhiễm trước đây ...
- Mọi trường hợp nhiễm giang mai đều phải được điều trị càng sớm càng tốt để có thể diệt khuẩn trước khi vi khuẩn kịp xâm nhập thành công vào thai nhi





# THIẾU MÁU HỒNG CẦU NHỎ NHƯỢC SẮC Ở THAI PHỤ

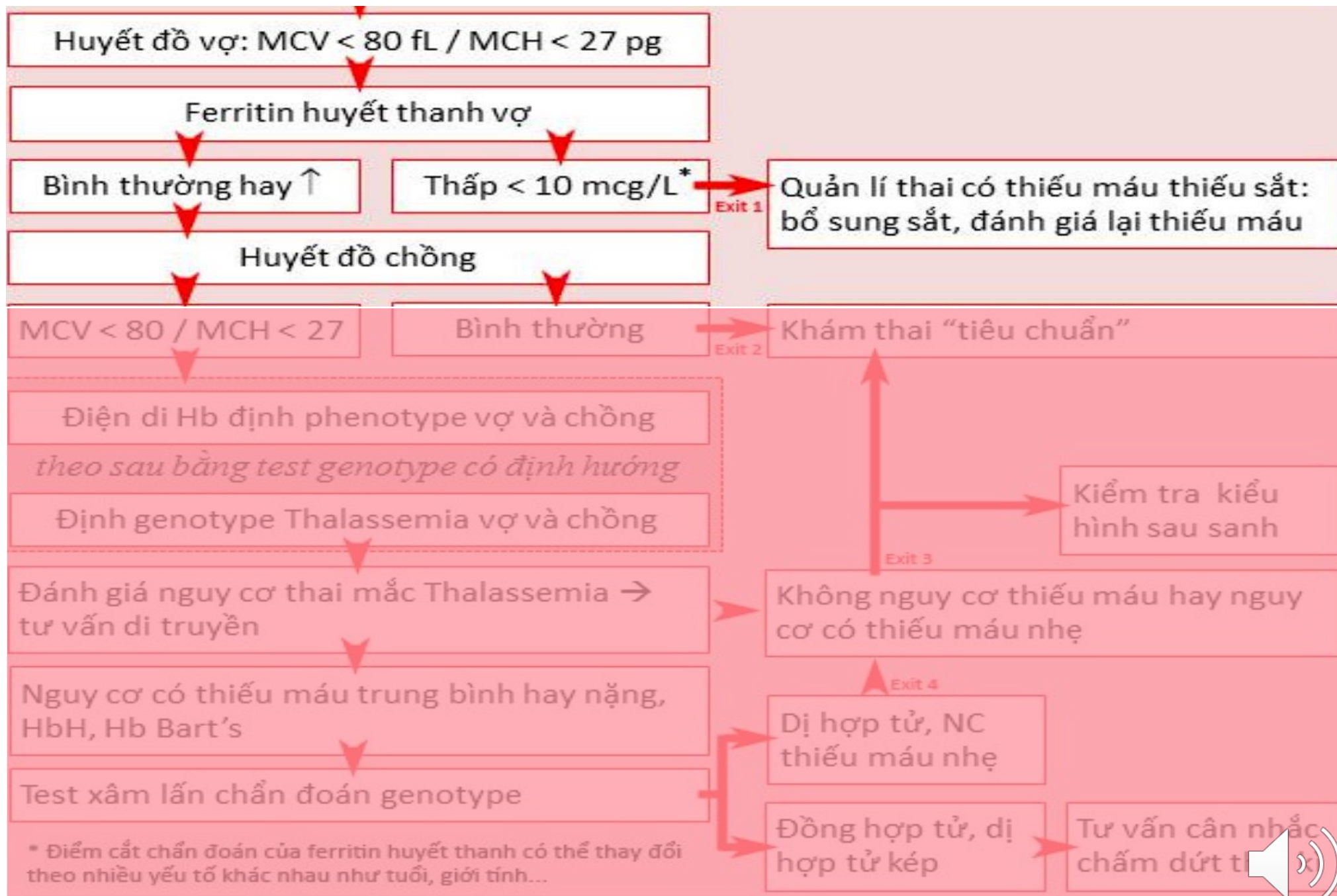


- Phân loại thiếu máu theo CDC:
  - Hb < 10.5 g/dL trong 3 tháng giữa
  - Hb < 11g/dL trong 3 tháng đầu và 3 tháng cuối
- Phân loại hồng cầu nhỏ nhược sắc:
  - MCV < 80fL
  - và MCH < 28 pg
- Có 3 nhóm nguyên nhân gây thiếu máu chính trong thai kỳ:
  - Thiếu máu thiếu sắt/acid folic
  - Thiếu máu tán huyết (Thalassemia)
  - Mất máu

Thiếu máu trong thai kỳ ảnh hưởng đến cả mẹ và thai, do đó tất cả các thai phụ cần được tầm soát tình trạng thiếu máu dựa trên huyết đồ và ferritin huyết thanh



# TIẾP CẬN THIẾU MÁU THIẾU SẮT



# ĐIỀU TRỊ THIẾU MÁU THIẾU SẮT

- Chủ yếu: bù sắt qua đường uống (dạng viên/nước)
- Thiếu máu do thiếu acid folic: 2 – 5mg acid folic/ngày
- Thiếu máu thiếu sắt:
  - Giai đoạn cấp: 100 – 200mg *sắt nguyên tố*/ngày
  - Dự phòng thiếu máu thiếu sắt trong suốt thai kỳ

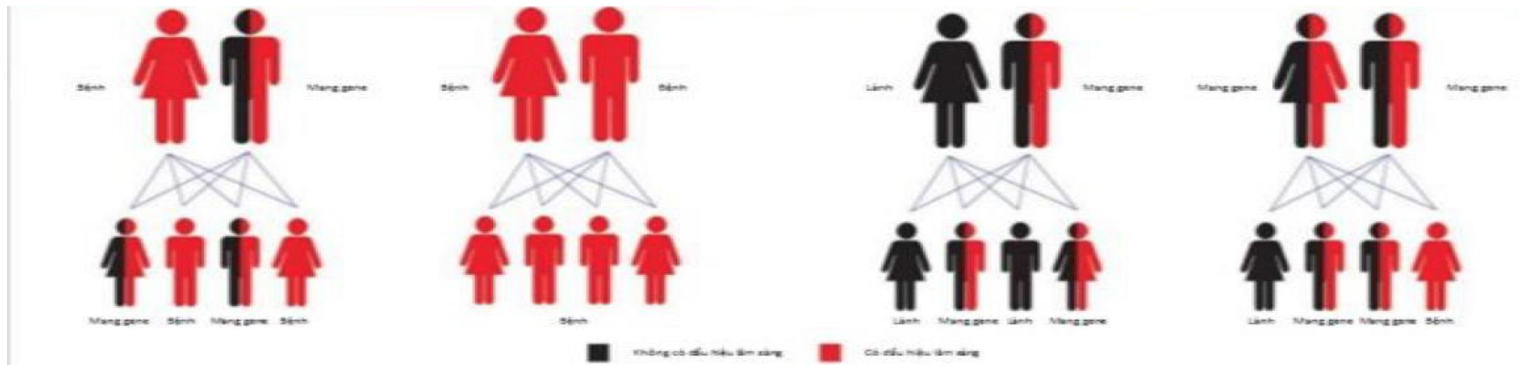
**Bảng 2: Bổ sung Fe trong thai kỳ theo tình trạng thiếu máu (ACOG)**

	Hemoglobin (g/dL)	Ferritin (µg/L)	Khuyến cáo
3 tháng đầu	< 9	Bất kỳ	Đánh giá bệnh nội khoa
	9-10.9	>30	Đánh giá bệnh nội khoa
	9-10.9	12-20	30 mg sắt/ngày
	≥ 11	≤ 20	30 mg sắt/ngày
	9-10.9	<12	60-120 mg sắt/ngày
	> 11	>20	Không cần bổ sung sắt
3 tháng giữa	< 9	Bất kỳ	Đánh giá bệnh nội khoa
	≥ 10.5	≤ 20	30 mg sắt/ngày
	9-10.4	< 12	60-120 mg sắt/ngày
	> 10.5	>20	Không cần bổ sung sắt
3 tháng cuối	< 9	Bất kỳ	Đánh giá bệnh nội khoa
	≥ 11	Bất kỳ	30 mg sắt/ngày
	9-10.9	Bất kỳ	60-120 mg sắt/ngày



# BỆNH THALASSEMIA TRONG THAI KỲ

- Thalassemia là bệnh hemoglobin di truyền đơn gen thể lặn trên nhiễm sắc thể thường theo quy luật Mendel

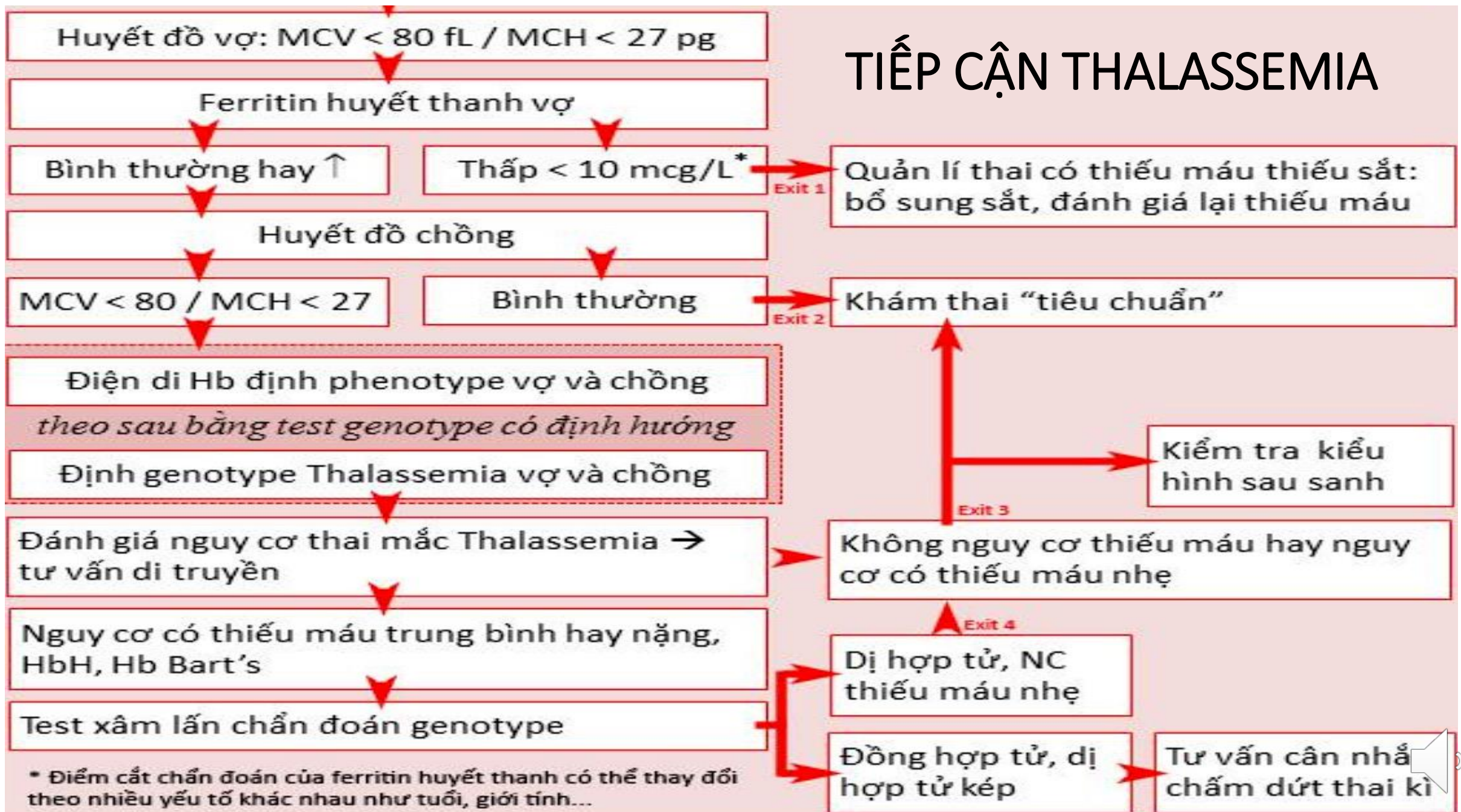


- Việt Nam nằm trong vùng có tần suất lưu hành bệnh cao.
- Trẻ với thalassemia thể nặng có thể không sống sót sau sanh. Ngoài ra thalassemia cũng gây nhiều hệ quả nghiêm trọng cho người mẹ.
- Hiện phương pháp điều trị triệt để sau sinh còn đang nghiên cứu → **tầm quan trọng của sàng lọc trước sinh**
- Chiến lược chẩn đoán tiền sản  $\alpha$  - thalassemia và  $\beta$  - thalassemia bao gồm năm bước chính và cần được thực hiện thường quy cho tất cả các thai phụ





# TIẾP CẬN THALASSEMIA



# CÁC NGUYÊN LÝ CƠ BẢN CỦA VIỆC DÙNG THUỐC TRONG THAI KỲ

## ĐỘNG HỌC CỦA THUỐC TRONG THAI KỲ

- So với người không mang thai, dược động học các thuốc ở thai phụ có nhiều khác biệt do:
  - Thay đổi sinh lý của hoạt động các hệ cơ quan và chuyển hoá
  - Các thuốc được vận chuyển qua hàng rào nhau rất khác nhau, lệ thuộc vào trọng lượng phân tử cũng như ái lực với mỡ hay với nước

## HỆ THỐNG PHÂN LOẠI FDA VỀ CÁC NHÓM THUỐC DÙNG TRONG THAI KỲ

- Thuốc dùng trong thai kỳ và cho con bú nên được kiểm chứng độ an toàn **theo hệ thống phân loại FDA**
- Thuốc phân loại **X** bị chống chỉ định trong thai kỳ bất chấp lý do.
- Thuốc phân loại **D** được cân nhắc chỉ định khi việc sử dụng là bắt buộc, không thể tránh được, bất chấp các bằng chứng rằng việc sử dụng thuốc có thể gây dị tật/độc tính cho thai



# CÁC NGUYÊN LÝ CƠ BẢN CỦA VIỆC DÙNG THUỐC TRONG THAI KỲ

## NGUYÊN LÝ TÁC ĐỘNG CỦA CÁC NHÓM DƯỢC CHẤT SINH QUÁI THAI TRONG THAI KỲ

- Tác nhân sinh quái có thể lệ thuộc vào loại tác nhân, liều, tuổi thai phơi nhiễm
- Độc tính sinh quái thai rất đa dạng: gây chết, bất thường cấu trúc, tăng trưởng kém, sinh ung ...

## NGUYÊN LÝ CỦA SỬ DỤNG THUỐC TRONG THAI KỲ

- Thai phơi nhiễm với tác nhân gây quái thai trong 2 tuần đầu tiên sau thụ thai sẽ có hiệu ứng **“tất cả hoặc không”**
- Thai phơi nhiễm trong giai đoạn hình thành các cơ quan có thể bị bất thường cấu trúc
- Phơi nhiễm sau giai đoạn này có thể gây thai chậm tăng trưởng, ảnh hưởng sự phát triển hệ TKTU





# CÁC NGUYÊN LÝ CƠ BẢN CỦA VIỆC DÙNG THUỐC TRONG THAI KỲ

## NGUYÊN LÝ CỦA SỬ DỤNG THUỐC AN TOÀN TRONG THAI KỲ

- Chọn lựa các loại thuốc đã được sử dụng và có bằng chứng an toàn trong thai kỳ
- Kê toa liều thấp nhất có hiệu quả
- Giới hạn việc dùng các thuốc không cần thiết
- Tránh những thuốc không biết rõ có gây hại trong thai kỳ không
- Tránh sử dụng thuốc trong TCN1 đến mức có thể
- Chọn loại tại chỗ thay vì loại uống nếu hiệu quả như nhau
- Không khuyến khích tự mua thuốc





# Lượng giá sức khỏe thai

## Mini-lecture

*(dùng sau khi người học đã đọc hết phần lý thuyết của chủ đề 43 trên trang e-learning và đã thảo luận xong bài RAT)*

*Võ Minh Tuấn*

*Trần Nhật Huy*

*Trương Ngọc Diễm Trinh*

*Nguyễn Thị Ngọc Trúc*



# Đếm cử động thai

- Cử động thai có thể liên quan đến giảm tưới máu bánh nhau và toan hoá máu
- Có thể áp dụng được cho mọi thai phụ
- Giảm cử động thai có thể liên quan với kết cục xấu của thai kỳ
- Cử động thai nên được đếm sau khi thai có khả năng sinh sống
- Thai phụ nên nằm, thư giãn khi đếm cử động thai
- Có nhiều mốc để xác định giảm cử động thai
- Thông thường nên có  $> 3$  cử động/giờ hoặc  $> 6$  cử động/2 giờ



## Đếm cử động thai

- Giảm cử động thai có tỉ lệ dương giả khá cao
- Đếm cử động thai không được coi là phương tiện độc lập đủ đảm bảo an toàn cho các thai kỳ nguy cơ cao
- Thai kỳ giảm cử động thai cần các khảo sát sâu hơn càng sớm càng tốt sau đó
- Các khảo sát này thường là non-stress test, siêu âm và tùy vào từng thai kỳ cụ thể



# Non-stress test (NST)

- Độ dài của một chu chuyển tim thai được điều chỉnh liên tục
- Trị số tức thời của tim thai cũng sẽ luôn không hằng định, luôn dao động quanh trị số tim thai căn bản
- Non-stress test dùng để khảo sát sự toàn vẹn của chức năng thần kinh tự trị: áp cảm thụ quan, dẫn truyền hướng tâm, hành não, dẫn truyền ly tâm
- NST bình thường (có đáp ứng): dao động nội tại bình thường và đáp ứng nhịp tăng sau cử động thai
- NPV rất cao nếu các điều kiện thực hiện test không thay đổi
- PPV tương đối thấp



## Non-stress test (NST)

- NST được bắt đầu thực hiện khi thai có khả năng sinh sống
- Không được khuyến cáo thực hiện cho mọi thai kỳ
- Thực hiện khi chưa chuyển dạ
- Thai phụ thư giãn, nằm nghiêng trái
- Thời gian 20-40 phút
- NST được diễn giải: đáp ứng - không đáp ứng *hoặc* bình thường - không điển hình - bất thường (tùy tổ chức, quốc gia)
- NST không bình thường cần được khảo sát ngay với các test khác và xử trí phụ thuộc vào từng trường hợp cụ thể



## Contraction stress test (CST / OCT)

- Cơ co tử cung kết hợp với sự gián đoạn của máu tới và rời khỏi hồ máu bánh nhau
- Nồng độ oxygen giảm nhanh chóng trong mỗi cơn co tử cung
- Giảm  $\text{PaO}_2$  ở hồ máu dẫn đến giảm  $\text{PaO}_2$  ở thai nhi
- Thai nhi với hệ đệm đủ tốt sẽ giúp bù trừ các thiếu hụt này
- $\text{PaO}_2$  giảm đến mức độ nhất định sẽ gây ra các nhịp giảm muộn do kích thích các hoá cảm thụ quan
- Cơ co tử cung được tạo ra bởi oxytocin ngoại sinh (Oxytocin Challenge Test) hoặc kích thích đầu vú (Breast Stimulating Test)



## Contraction stress test (CST / OCT)

- Thai phụ được nằm thư giãn, nghiêng trái
- Không có chống chỉ định của việc dùng oxytocin
- Tạo được 3 cơn co tử cung phù hợp / 10 phút
- CST được phân loại là âm tính, dương tính hoặc nghi ngờ dựa vào tim thai căn bản, dao động nội tại, nhịp giảm muộn
- CST có giá trị tiên đoán âm rất cao
- Giá trị tiên đoán dương của CST lại (rất) thấp
- CST không được dùng để quyết định phương pháp chấm dứt thai kỳ



## Khảo sát thể tích nước ối

- Từ  $\frac{1}{2}$  sau thai kỳ nước ối chủ yếu được sản xuất từ hệ niệu và hấp thu bởi hệ tiêu hoá
- Tình trạng giảm oxy máu thường diễn  $\rightarrow$  tái phân bố tuần hoàn  $\rightarrow$  giảm tưới máu thận  $\rightarrow$  giảm thể tích nước ối

# Khảo sát thể tích nước ối

- Bất thường thể tích ối có thể là:
  - Đa ối: dị tật tiêu hoá, đái tháo đường...
  - Thiếu ối: dị tật tiết niệu, FGR, tiền sản giật...
- Thiếu ối liên quan với tăng kết cục xấu cho thai kỳ
- Thiếu ối khi:
  - Độ sâu xoang ối lớn nhất (SDP)  $< 2$  cm *hoặc*
  - Chỉ số ối (AFI)  $< 5$  theo tuổi thai
- Dùng AFI thường làm tăng số trường hợp chẩn đoán thiếu ối nhưng không khác biệt về kết cục thai kỳ



# Biophysical profile & Modified biophysical profile

- Biophysical profile (BPP): khảo sát sự thay đổi các đặc điểm của cử động thai qua siêu âm trong 30 phút
- Các thành tố của BPP: cử động hô hấp, cử động toàn thân, trương lực cơ, lượng nước ối ± Non-stress test
- BPP có điểm số càng thấp càng liên quan với các kết cục xấu của thai kỳ
- Modified biophysical profile (M-BPP) khảo sát nước ối và NST
- M-BPP là phương tiện tầm soát các thai có vấn đề về sức khỏe thai ở các thai kỳ nguy cơ cao / một số tình huống cần thiết



# Khảo sát động học các dòng chảy (velocimetry Doppler)

## Động mạch tử cung (UA)

- Nguyên bào nuôi bình thường xâm nhập hoàn toàn vào tiểu động mạch xoắn của tử cung → hệ thống có trở kháng thấp
  - Tăng vận tốc dòng chảy, giảm trở kháng là đặc điểm bình thường của UA khi thai kỳ tiến triển
- Nếu xâm nhập không hoàn toàn → hệ thống có trở kháng cao
  - Giảm vận tốc dòng chảy, trở kháng cao → đặc điểm của các thai kỳ với tang huyết áp, thai chậm tăng trưởng
- UA Doppler nên được khảo sát ở các thai kỳ nguy cơ cao
- Thời điểm: Siêu âm quý I và quý II



# Khảo sát động học các dòng chảy (velocimetry Doppler)

## Động mạch tử rốn (UMA)

- Đích đến của động mạch rốn là các vi nhung mao ở bánh nhau
- Trở kháng thấp và giảm dần về cuối thai kỳ, vận tốc dòng chảy tâm trương tăng dần
- Được thực hiện ở các thai kỳ có nguy cơ cao suy tuần hoàn nhau thai
- Bất thường Doppler động mạch rốn liên quan kết cục xấu của thai kỳ
- Tình trạng nặng như mất song tâm trương / đảo ngược dòng chảy cuối tâm trương (rất nặng) tiên lượng thai có thể tử vong trong tử cung



# Khảo sát động học các dòng chảy (velocimetry Doppler)

## Động mạch não giữa (MCA)

- Bình thường có trở kháng cao hơn động mạch rốn
- CPR (cerebral placental ratio)  $> 1$
- Tái phân bố tuần hoàn  $\rightarrow$  giãn mạch ở não  $\rightarrow$  giảm trở kháng MCA  $\rightarrow$  CPR  $< 1$
- CPR có thể nhạy vì thay đổi trước khi UMA và MCA bất thường rõ ràng
- Doppler khảo sát UMA và MCA ngày càng được dùng nhiều ở các thai kỳ suy tuần hoàn nhau thai như thai với giới hạn tăng trưởng trong tử cung (FGR)



# Biểu đồ tăng trưởng

- Trục hoành: Tuổi thai ứng với tuần lễ tròn vô kinh đã qua
- Trục tung: Giá trị của thông số khảo sát: BPD, AC, HC, FL, EFW
- Các đường bách phân vị dùng để so sánh các giá trị khảo sát với các số liệu thống kê đã nghiên cứu: 3<sup>rd</sup>, 10<sup>th</sup>, 50<sup>th</sup>, 90<sup>th</sup>, 97<sup>th</sup>
- Phải tuân thủ các tiêu chuẩn khi dùng mỗi loại biểu đồ
- Đối tượng khảo sát phải có đặc tính tương đồng với dân số được khảo sát để xây dựng biểu đồ
- Biểu đồ sinh trắc thai theo số liệu tham chiếu của Shinozuka tương đối giống với dân số Việt Nam



# Biểu đồ tăng trưởng

- 10<sup>th</sup> và 90<sup>th</sup> percentile thường được dùng cho tầm soát
- 3<sup>rd</sup> và 97<sup>th</sup> percentile thường được dùng cho chẩn đoán
- Hình dạng, tính liên tục của biểu đồ có ý nghĩa hơn là một điểm cắt riêng biệt
- Biểu đồ Intergrowth-21<sup>st</sup> dùng để so sánh sinh trắc thai theo các chuẩn mực tối thiểu của phát triển thai trong điều kiện lý tưởng
- Biểu đồ Intergrowth-21<sup>st</sup> được dùng để nhận diện các thai có vấn đề về phát triển và tìm giải pháp giải quyết hơn là xác định các mốc chẩn đoán FGR



# Quản lí các vấn đề thường gặp ở ½ sau thai kì

*Nguyễn Hữu Trung*

*Âu Nhật Luân*

*Đỗ Thị Ngọc Mỹ*

*Nguyễn Vũ Hà Phúc*

*Trần Thị Minh Châu*



# Các rối loạn tăng đường huyết thai kì GDM và chiến lược tầm soát đại trà

- Thai kì được xem như tác nhân gây đái tháo đường
- Mọi thai phụ đều có thể mắc đái tháo đường thai kì (GDM)
- Tầm soát GDM phải được thực hiện đại trà cho mọi thai phụ (universal), ngoại trừ những thai phụ đã biết và đang điều trị đái tháo đường
- Mục đích của tầm soát là cải thiện kết cục của thai kì ở mẹ và con khi có kết quả tầm soát dương tính
- FIGO khuyến cáo thực hiện chiến lược tầm soát “universal” dựa trên đánh giá nguy cơ qua bệnh sử và OGTT-75



# Các rối loạn tăng đường huyết thai kì

## Medical Nutrition Treatment cho GDM

- Điều trị tiết chế nội khoa (MNT) là can thiệp đầu tay khi có OGTT-75 [ + ]
- Mục tiêu của MNT là hạn chế các biến động glycemia
- Nội dung của MNT nhằm vào tổng lượng carb, phân bố carb, loại carb
- Hiệu quả của MNT được đánh giá qua việc đạt mục tiêu glycemia, các thông số lâm sàng, sinh trắc thai
- Insulin hay các tác nhân tăng nhạy insulin được chỉ định khi thất bại MNT
- Khuyến cáo chấm dứt thai kì đúng thời điểm nhằm hạn chế kết cục xấu



# Sinh non và dự phòng sinh non

## Corticosteroid liệu pháp (CST) và sinh non

- Sinh non và hệ quả của non tháng là gánh nặng cho mọi nền y tế, kể cả các nền y tế tiên tiến
- Tăng tỉ lệ “nuôi sống” không đồng nghĩa với điều trị thành công
- Bệnh suất và tử suất cao ở sơ sinh non tháng liên quan đến suy hô hấp, bại não và nhiễm trùng
- CST cho phép cải thiện tần suất RDS và bệnh lí não
- Corticosteroid là *“1 độc chất sở hữu được vài lợi ích”*
- Các can thiệp trong sinh non gồm CST và giảm co
- Mục tiêu của các can thiệp trong sinh non là trì hoãn cuộc sinh cho đến khi CST phát huy hiệu quả



# Sinh non và dự phòng sinh non

## Các thuốc giảm co và CST

- Quyết định can thiệp trên sinh non là bài toán cân nhắc lợi ích-nguy cơ
- Tương quan lợi ích-nguy cơ chỉ ủng hộ điều trị khi
  - Nguy cơ sinh non là cận kề, và
  - xảy ra ở tuổi thai dưới 34 tuần lễ tròn vô kinh
- Chiều dài kênh tử cung, fFN và PAMG-1 là những yếu tố quan trọng cho việc ra quyết định
- Dự phòng sinh non bằng cách dùng progesterone, pessary hay cerclage
  - là khả thi, và
  - phải được cá thể hoá



# Các rối loạn tăng huyết áp trong thai kì

## Tiền sản giật, sản giật và hội chứng HELLP

- Rối loạn tăng huyết áp trong thai kì ảnh hưởng xấu đến kết cục sản khoa
- Có thể xuất hiện ở mọi thai phụ, có hay không có tăng huyết áp trước đó
- Bệnh sinh của tiền sản giật (TSG) bắt đầu bằng xâm nhập bất toàn của nguyên bào nuôi vào mạch máu, và kết thúc bằng tổn thương tế bào nội mô
- Dấu hiệu nhận diện của TSG là tăng huyết áp xuất hiện sau tuần lễ 20<sup>th</sup> của thai kì và có biểu hiện của tổn thương tế bào nội mô, trong đó tổn thương vi cầu thận là dấu hiệu nhận diện phổ biến



# Các rối loạn tăng huyết áp trong thai kì

## Tiền sản giật, sản giật và hội chứng HELLP

- Có thể trở nặng, với tổn thương nội mô đa cơ quan
- Hội chứng HELLP là tình trạng rất nặng, với tổn thương đa cơ quan
- Can thiệp duy nhất trên bệnh sinh là chấm dứt thai kì
- Cân nhắc giữa nguy cơ tiềm ẩn của kéo dài thai kì với nguy cơ hiển nhiên do non tháng là thách thức lớn
- Mọi can thiệp khác đều chỉ để điều trị triệu chứng: thuốc chống THA (tránh biến chứng của tăng huyết áp),  $\text{MgSO}_4$  (ngăn ngừa triệu chứng co giật)
- Aspirin cho dân số nguy cơ là biện pháp dự phòng đã được chứng minh



# Các rối loạn tăng trưởng bào thai

## Fetal Growth Restriction (FGR)

- Mọi kiểu rối loạn tăng trưởng bào thai đều được định nghĩa “một cách thống kê”, dùng các percentile, dù còn một số khiếm khuyết
- Các FGR với khởi phát sớm liên quan đến nhiễm trùng bào thai (Rubella, CMV...), hay lệch bội, hay bất thường thành tạo lá nuôi. Chúng có kết cục xấu
- Các FGR với khởi phát muộn liên quan đến suy thoái chức năng của lá nhau, diễn biến theo thời gian, dẫn đến bài toán cân nhắc giữa lợi ích của việc kéo dài đời sống trong tử cung tránh non tháng với nguy cơ của thiếu  $O_2$  trường diễn do suy thoái bánh nhau





# Các rối loạn tăng trưởng bào thai SGA và LGA

- Thai nhỏ hơn so với tuổi thai (SGA)
  - Là tình trạng sinh lí
  - Khó để có thể phân định chính xác FGR và SGA
  - Chức năng lá nuôi được bảo tồn là minh chứng tốt nhất cho SGA
- Thai to so với tuổi thai (LGA)
  - Phần lớn liên quan đến GDM
  - Có kết cục thai sản xấu
  - Dấu chỉ nhận diện không phải là ở bản thân LGA mà là ở GDM



# CĐ 5: Quản lý chuyển dạ



# CHUYỂN DẠ

- 3 giai đoạn
  - GĐ1: xóa mở CTC
    - GĐ tiềm thời
    - GĐ hoạt động
  - GĐ2: sổ thai
  - GĐ3: sổ nhau
- 3 yếu tố ảnh hưởng lên chuyển dạ
  - Power
  - Passenger
  - Passage



# CHUYỂN DẠ

- CD kéo dài
  - Trên 24 giờ
  - CD hoạt động kéo dài: trên 12 giờ
- CD tắc nghẽn – hội chứng vượt trở ngại
- Bất xứng đầu chậu



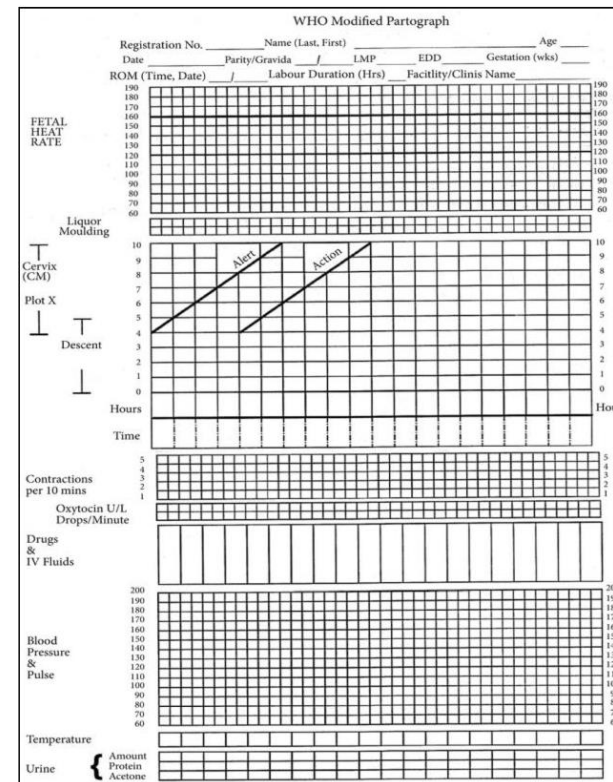
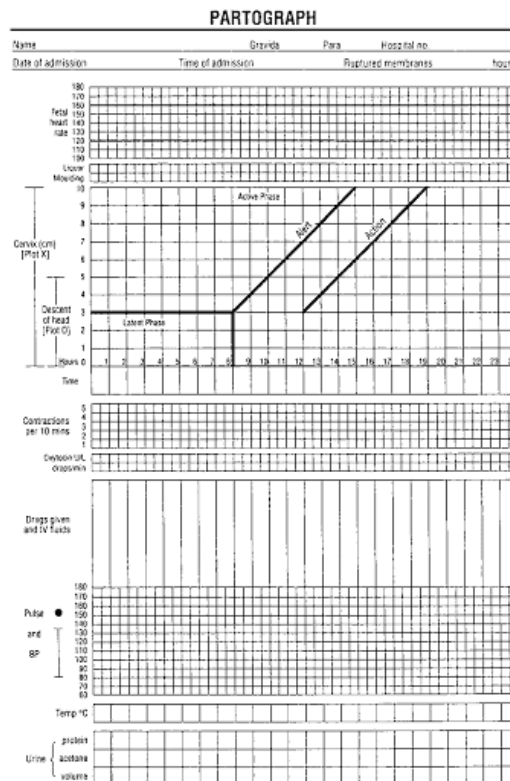
# CHUYỂN DẠ

- Biến chứng của CD tắc nghẽn
  - Suy thai
  - Vỡ tử cung
  - Dò sinh dục
  - Nhiễm trùng ối, nhiễm trùng hậu sản



# CHUYỂN DẠ

- Sản đồ: nhận biết chuyển dạ kéo dài
- WHO 1993 – WHO 2004



# CHUYỂN DẠ

- CD giai đoạn 2 kéo dài
  - Con số:  $\geq 2h$ ; nếu có gây tê vùng  $\geq 3h$
  - Con rạ:  $\geq 1h$ ; nếu có gây tê vùng  $\geq 2h$



# SUY THAI TRONG CD

- Suy thai trong CD là tình trạng thai đang bị nguy hiểm
- Hiện chẩn đoán chủ yếu dựa EFM, độ chuyên kém
  - pH máu da đầu
  - Vấn đề MLT khi suy thai



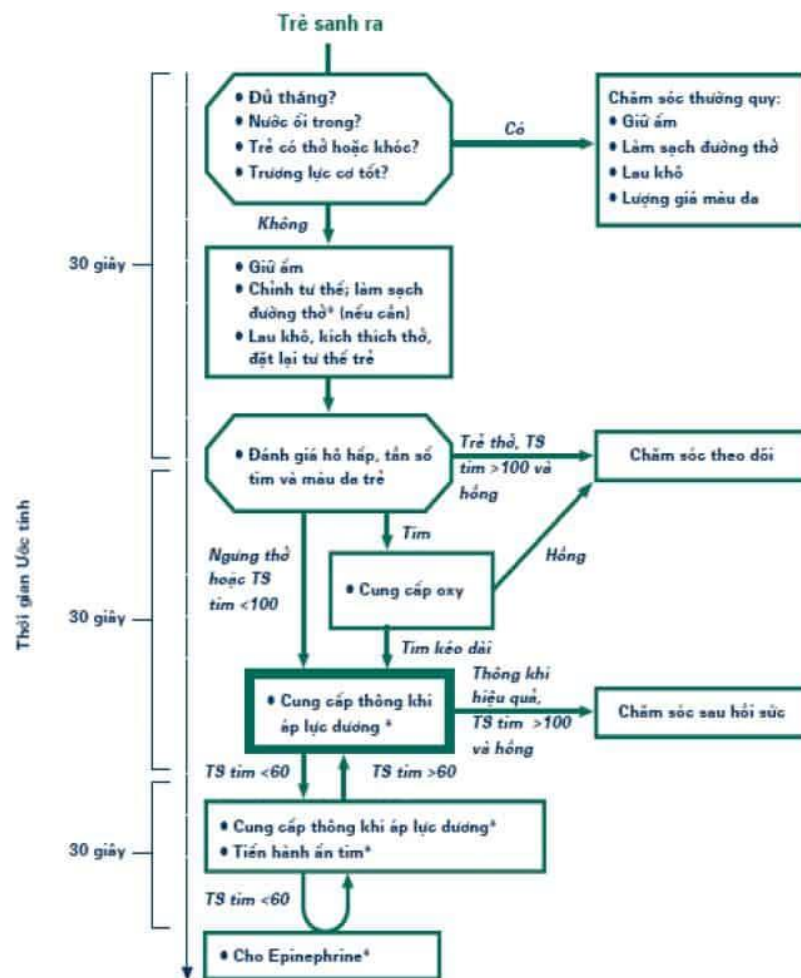


# SUY THAI TRONG CHUYỂN DẠ

- Sa dây rốn: cần lấy thai ra ngay, đa phần MLT
- Bất thường trên EFM
  - Thở oxy
  - Truyền dịch đẳng trương
  - Nằm nghiêng trái



# HỒI SỨC SƠ SINH



\* Có thể cân nhắc đặt nội khí quản trong một số bước.



# CẤP CỨU SẢN KHOA



# Định nghĩa

- Định nghĩa: Các tình trạng đe dọa tính mạng cho mẹ/thai nhi xảy ra trong thai kỳ hoặc trong chuyển dạ hoặc sau sinh.
- Gồm:
  1. Sốc sản khoa
  2. Xuất huyết trong thai kỳ và sinh: nhau tiền đạo, nhau bong non, vỡ tử cung, băng huyết sau sinh
  3. Sản giật
  4. Sa dây rốn
  5. Sinh khó do vai



# 1. Sốc sản khoa

- Nguyên nhân chính:
  - Sốc giảm thể tích do mất máu: do tình trạng nhau tiền đạo, nhau bong non, vỡ tử cung, băng huyết sau sinh
  - Sốc do thuyên tắc mạch ối (thuyên tắc ối): có sự xâm nhập của nước ối và các thành phần hữu hình của nó vào tuần hoàn mẹ gây tình trạng trụy hô hấp và trụy tuần hoàn cấp tính
- Nguyên tắc xử trí:
  - Hồi sức tích cực
  - Xử lý nguyên nhân
  - Riêng đối với thuyên tắc ối: hầu như chỉ có thể điều trị triệu chứng
- Chú ý: phát hiện sớm và dự phòng



# Sốc mất máu

Trong thai kỳ có 5 điểm thay đổi về huyết động học:

- (1) thể tích huyết tương tăng 40-50% với đơn thai
  - (2) số lượng hồng cầu tăng 20-30% vào cuối thai kỳ
  - (3) tăng cung lượng tim
  - (4) giảm kháng trở thành mạch
  - (5) và gia tăng fibrinogen- các yếu tố đông máu (II,VII,VIII, IX và X).
- Sự thay đổi về huyết động trong thai kỳ và sự đáp ứng của cơ thể làm cho các dấu hiệu lâm sàng của mất máu chỉ xuất hiện khi tình trạng mất máu từ 1000 mL (15%) trở lên.



# MỨC ĐỘ MẤT MÁU VÀ ĐÁP ỨNG SINH LÝ CỦA CƠ THỂ

(Theo Baker RJ cải tiến)

Mức độ	Lượng máu mất cấp	Tỉ lệ mất máu	Biểu hiện lâm sàng
1	1000 mL	15%	Chóng mặt, hồi hộp, huyết áp thay đổi ít
2	1500 mL	20%	Mạch nhanh , thở nhanh nông, đổ mồ hôi, mệt, huyết áp kẹt
3	2000 mL	25%	Mạch nhanh (120-160 l/p), thở nhanh nông (>30 l/p), huyết áp tụt, bứt rứt, da tái xanh, chi lạnh
4	2500 mL	30%	Choáng, mất mạch xa, thở nhanh sâu, thiếu niệu hoặc vô niệu.



# Phân giai đoạn sốc mất máu

- (1) Giai đoạn sốc còn bù
- (2) Giai đoạn sốc mất bù:  $\geq 1000$  mL máu mất  $\rightarrow$  điều trị kịp thời và phù hợp  $\rightarrow$  cải thiện nhanh chóng
- (3) Pha tổn thương và đe dọa tử vong.

## Xử trí

- 1. Bồi hoàn thể tích
- 2. Song song với hồi sức tuần hoàn là tìm nguyên nhân
- 3. Thuốc





## 2. Xuất huyết trong thai kỳ và sau sinh (Antepartum and Postpartum Hemorrhage)

### Nhau bong non

- Nhau bong non: chiếm 1/3 trường hợp xuất huyết trong thai kỳ, nhất là 3 tháng cuối thai kỳ, 40-60% nhau bong non xảy ra sau 37 tuần.
- Chẩn đoán nhau bong non:
  - Chủ yếu dựa vào lâm sàng. Nhau bong non cấp có biểu hiện cơ bản là ra huyết âm đạo từ ít tới nhiều và đau bụng kèm theo bất thường cơn co tử cung; và các dấu hiệu nhịp tim thai bất thường, hoặc thai chết lưu và/hoặc đông máu nội mạch lan tỏa là các dấu hiệu mạnh cho chẩn đoán và cho biết nhau bong lan rộng.
  - Dấu hiệu hình ảnh học, cận lâm sàng và giải phẫu bệnh có thể giúp củng cố chẩn đoán. Hình ảnh khối máu tụ sau nhau có giá trị tiên đoán dương cao (88%) nhưng độ nhạy chẩn đoán thấp (25-60%).
- Thiết lập đánh giá tình trạng thai và sản phụ ngay khi có chẩn đoán nghi ngờ nhau bong non.
- Xử trí tùy thuộc vào tình trạng thai còn sống hay đã chết, huyết động học của sản phụ. Nếu thai còn sống thì xử trí sẽ tùy thuộc vào tuổi thai và biểu hiện tim thai.



# Nhau tiền đạo

- Nhau tiền đạo là nhau bám ở đoạn dưới tử cung.
- Chẩn đoán:
  - Siêu âm ngả âm đạo có độ nhạy và độ chuyên cao trong chẩn đoán nhau tiền đạo.
  - Thời điểm xác định chẩn đoán: 28 tuần vô kinh.
- Một số điểm quan trọng:
  - Chảy máu trong nhau tiền đạo có thể rất nhiều và cần phải theo dõi chính xác. Do đó, cần chú ý: KHÔNG khám âm đạo bằng tay khi thai phụ có xuất huyết trong ½ sau thai kỳ cho đến khi xác định vị trí bánh nhau qua siêu âm.
  - Nhau tiền đạo trên đối tượng có VMC là yếu tố nguy cơ cao của nhau cài răng lược. Chẩn đoán nhau cài răng lược nên sử dụng các công cụ chẩn đoán hình ảnh để xác định và đánh giá mức độ NCRL.
  - Nhau cài răng lược gia tăng nguy cơ chảy máu trầm trọng và gia tăng khả năng cắt tử cung (7%).
  - Xác định dấu hiệu mạch máu tiền đạo trong thai kỳ là quan trọng và giúp cải thiện kết cục thai kỳ.



# Nhau tiền đạo (tt)

- Xử trí:
  - Nhau tiền đạo ra máu ít với thai chưa trưởng thành có thể điều trị mong đợi và theo dõi ngoại viện có thể áp dụng cho một số trường hợp có chọn lọc.
  - Mổ lấy thai cần thiết cho tất cả các trường hợp nhau tiền đạo toàn phần. Mổ lấy thai có nguy cơ chảy máu nhiều, cần thiết phải can thiệp phải thực hiện kỹ thuật cầm máu ngoại khoa (thắt động mạnh tử cung, thuyên tắc mạch) và có thể cần thiết cắt tử cung, do đó cần một đội ngũ chuyên nghiệp.
  - Nhau cài răng lược cần có sự phối hợp các bs chuyên sản khoa- niệu khoa- ngoại khoa- nhi khoa- hồi sức gây mê. Mổ chủ động đối với nhau cài răng lược percreta vào thời điểm 34-35 tuần.



# Băng huyết sau sinh

- Định nghĩa: Tình trạng mất máu sau sinh ngã âm đạo  $\geq 500$  mL và sau mổ lấy thai:  $\geq 1000$  ML
- Nguyên nhân:
  - BHSS sớm ( $\leq 24$  g sau sinh): đờ tử cung (T), sốt mô (T), vỡ tử cung (T), Rối loạn đông máu (T).
  - BHSS muộn : sốt mô (T), nhiễm trùng, rối loạn đông máu
  - Nguyên nhân thường gặp nhất: đờ tử cung
  - Nguyên nhân kế tiếp là tổn thương đường sinh dục/ sốt mô trong tử cung
- Xử trí:
  - Hồi sức
  - Giải quyết nguyên nhân:
    - Đờ tử cung  $\rightarrow$  sử dụng hiệu quả các thuốc co hồi tử cung (dự phòng, điều trị) + BP hỗ trợ (xoay bóp tử cung, bóng chèn). Phẫu thuật cắt tử cung: cứu sống
    - Tổn thương đường sinh dục/ sốt mô trong tử cung: phát hiện và điều trị đúng nguyên nhân
  - Xác định yếu tố nguy cơ cao của BHSS: để có kế hoạch dự phòng
    - Con to, đa sản, chuyển dạ kéo dài  $\rightarrow$  có kế hoạch dự phòng.
    - Tuy nhiên, BHSS có thể xảy ra ngay cả khi không có yếu tố nguy cơ.



# BHSS: HAEMOSTASIS/ CHẨN ĐOÁN + ĐIỀU TRỊ

H	Ask for HELP and hands on the uterus (uterine massage)
A	Assess and resuscitate
E	Establish aetiology, ensure availability of blood and ecbolic
M	Massage uterus
O	Oxytocin infusion/prostaglandins IV/per rectal/IM/ intramyometrial
S	Shift to theatre aortic pressure or anti-shock garment/bimanual compression as appropriate
T	Tamponade ballon/uterine packing after exclusion of tissue and trauma
A	Apply compression sutures B-Lynch/modified
S	Systematic pelvic devascularization uterine/ ovarian/quadruple/internal iliac
I	Interventional radiology and, if appropriate, uterine artery embolization
S	Subtotal/total abdominal hysterectomy



### 3. Sản giật

- Thai kỳ có biến chứng sản giật sẽ gia tăng bệnh suất của mẹ như nhau bong non (7-10%), DIC (7-10%), phù phổi (3-5%), suy thận cấp (5-8%), viêm phổi hít (2-3%) và ngưng tim (2-5%).
- Nguyên nhân:
  - Chưa hiểu biết đầy đủ nguyên nhân, bệnh sinh, các dấu chứng báo trước của sản giật.
  - Có 20-40% trường hợp sản giật không có dấu hiệu báo trước.
  - Hiếm khi có sản giật trong trường hợp thai nhỏ hơn 20 tuần và sau sinh 48 giờ.
- **Khuyến cáo:**
  - Theo dõi chặt chẽ các thai kỳ có tiền sản giật
  - Kiểm soát huyết áp
  - Dự kiến thời điểm chấm dứt thai kỳ
  - Sử dụng magnesium sulfate trong chuyển dạ và sau sinh. Magnesium sulfate là thuốc ngăn ngừa và điều trị sản giật



## 4. Vỡ tử cung

- Gồm: Vỡ tử cung hoàn toàn và không hoàn toàn.
  - Vỡ tử cung/ tiền căn phẫu thuật tại tử cung (VMC): tổn thương không hoàn toàn và “không/ ít” triệu chứng
- Nguy cơ:
  - Chuyển dạ tắc nghẽn cơ học không được xử trí kịp thời (dọa vỡ tử cung) gây vỡ tử cung: tai biến nặng cho cả mẹ và con.
  - Tiền căn phẫu thuật trên tử cung: nguy cơ tùy vào loại phẫu thuật (bóc u xơ cơ tử cung, tái tạo tử cung)- thường gặp tiền căn MLT (VMC): DỰ BÁO KHÓ KHĂN
- Phải thực hiện phẫu thuật khẩn ngay khi nghi ngờ có vỡ tử cung.



# Sinh ngã âm đạo khi có VMC (VBAC)

- Sinh ngã âm đạo/ VMC giảm từ 30% năm 1996 xuống 5% năm 2010
- Hầu hết các trường hợp MLT ngang đoạn dưới tử cung đều có thể thử thách sinh ngã âm đạo và nên được tư vấn. Tỷ lệ thành công tùy thuộc vào chỉ định MLT lần trước, tiền căn sinh ngã âm đạo, đặc điểm dịch tễ như tuổi mẹ, BMI, sự chuyển dạ tự nhiên, và tình trạng CTC lúc nhập viện.
- CCD tuyệt đối cho VBAC: tiền căn vỡ tử cung.
- Xử trí trong quá trình VBAC:
  - Oxytocin có thể được sử dụng để khởi phát chuyển dạ, tăng co
  - Sử dụng Misoprostol là **chống chỉ định** cho việc làm chín muồi CTC
  - Dấu hiệu luôn có trong vỡ tử cung: nhịp tim thai giảm kéo dài và nhịp chậm.





## 5. Sa dây rốn

- Sa dây rốn trong ngôi chỏm: cấp cứu thương khẩn- gây chết thai trong vài phút
- Sa dây rốn trong bọc ối/ ngôi không phải ngôi chỏm: tình trạng tắc nghẽn không hoàn toàn nhưng thai vẫn trong tình trạng đe dọa
- Xử trí tùy thuộc:
  - Tình trạng thai còn sống hay không
  - Tuổi thai
  - Điều kiện sinh ngã âm đạo.



## 6. Sinh khó do kẹt vai

- Thời gian từ khi sinh đầu- vai: > 60 giây
- Nguy cơ: đường kính lưỡng móm vai to → thai có thể to/ không to (ĐTĐTK) hoặc có thể do can thiệp sai trên cuộc sinh
- Hậu quả nặng nề cho thai nhi: ngạt, tổn thương hành não, tổn thương đám rối thần kinh cánh tay (liệt Erb/ Klumpke), gãy xương đòn, tổn thương cơ ức đòn chũm, gãy xương cánh tay, thậm chí tử vong.
- Dự phòng: Mổ lấy thai con to (4500g-5000g), chú ý các trường hợp mẹ có ĐTĐ nhưng chưa kiểm soát tốt
- Xử trí kẹt vai: Thủ thuật McRobert đã giải quyết 70% trường hợp



Chăm sóc mẹ và con  
trong thời gian hậu sản  
Mini-lecture

*Trần Lệ Thủy*

*Lê Thị Mỹ Trinh*

*Nguyễn Văn Yến Nhi*

*Trần Thị Minh Châu*

# Vấn đề thường gặp ở sản phụ những ngày đầu hậu sản

- 3 đặc trưng của thời kỳ hậu sản:
  - Sự căng sữa tiết sữa
  - Sự co hồi tử cung
  - Sự tống xuất sản dịch
- Các bất thường phổ biến
  - Bí tiểu sau sinh
  - Nhiễm trùng hậu sản



# Sinh lý

## Hiện tượng căng sữa

- Do sữa về:
  - Hiện tượng sinh lý
  - Ngày hậu sản 2-3
- Sữa mẹ:
  - Không vô khuẩn

### Cho con bú không đúng cách

Bất thường ở vú: phẳng, tụt, quá cỡ...



### Thoát lưu vú không hiệu quả

Ứ đọng sữa ở vú



### Hậu quả theo trình tự

Cương tức vú, tắc tia sữa, viêm vú vô trùng

Viêm vú nhiễm trùng



# Sinh lý

## Sự co hồi tử cung

- Sau sinh, tử cung thành “khối cầu an toàn” trên vệ, đáy ngang rốn
- Giảm # 1 cm/ ngày → bình thường trong tuần đầu hậu sản
- Co hồi tử cung tốt ⇔ tử cung lành mạnh.
- Co hồi tử cung chậm ⇔ bệnh lí



# Sinh lý

## Sự tổng xuất sản dịch

- Thành phần sản dịch:
  - màng rụng
  - cục máu đông
  - dịch tiết từ vết thương của đường sinh
- Sản dịch nhạt màu và ít dần
  - → hết hẳn sau khoảng 2 tuần
- Sản dịch không vô trùng
  - → Ứ đọng sản dịch  $\Leftrightarrow$  điều kiện cần và đủ để gây nhiễm trùng hậu sản



# Bất thường Bí tiểu sau sinh

- Định nghĩa:
  - Sản phụ chưa tiểu sau sinh  $\geq 6$  giờ và
  - Thể tích nước tiểu tồn lưu bàng quang  $> 150$  mL
- Yếu tố nguy cơ:
  - Giảm đau sản khoa
  - Chuyển dạ kéo dài, sanh khó, mổ sinh chủ động...
- Dự phòng:
  - Tập tiểu sớm
- Điều trị:
  - Thông tiểu giải áp / lưu thông tiểu





# Bệnh lý

## Nhiễm trùng hậu sản

- Định nghĩa:
  - Nhiễm trùng từ đường sinh dục nữ
  - Trong khoảng thời gian 6 tuần hậu sản
- Các hình thái của nhiễm trùng:
  - Phần thấp của đường sinh: vết may tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo, cổ tử cung
  - Tử cung: viêm nội mạc, viêm toàn bộ tử cung, viêm tử cung-phần phụ, viêm phúc mạc chậu
  - Lan rộng: viêm phúc mạc toàn thể, septicemia
- Uốn ván hậu sản



# Bệnh lý

## Nhiễm trùng hậu sản

- Điều trị tùy theo hình thái nhiễm trùng
- Vết may tầng sinh môn nhiễm trùng được xử lý như một ổ nhiễm trùng ngoại khoa
- Nhiễm trùng tử cung:
  - Nong cổ tử cung thoát sản dịch nếu có bế sản dịch
  - Làm sạch lòng tử cung nếu sót mô
  - Kháng sinh tĩnh mạch phối hợp
  - Điều trị triệu chứng
  - Bảo tồn hoặc dẫn đến cắt tử cung tùy mức độ



# Chăm sóc sơ sinh trong những ngày đầu tiên của cuộc sống

- Bảo vệ thân nhiệt
- Chăm sóc rốn
- Chăm sóc mắt
- Chủng ngừa
- Nuôi con bằng sữa mẹ



# Chăm sóc sơ sinh trong những ngày đầu tiên của cuộc sống

- Bảo vệ thân nhiệt: tôn trọng chuỗi ấm
- Chăm sóc rốn: sạch và khô thoáng
- Chăm sóc mắt: dự phòng, phát hiện sớm viêm kết mạc sơ sinh do tác nhân STDs
  - *Chlamydia Trachomatis*: dd Erythromycin 0,5%
  - *Neisseria gonorrhoeae*: dd AgNO<sub>3</sub> 1%
- Chủng ngừa:
  - Theo chương trình tiêm chủng Quốc gia
  - Gồm: lao, HBV, bại liệt



# Nuôi con bằng sữa mẹ (NCBSM) và Vàng da sơ sinh (VDSS)

- VDSS có thể là sinh lí hoặc bệnh lí →
  - Theo dõi, phát hiện sớm VD nặng tránh diễn tiến đến bệnh não do bilirubin
- Phân biệt *VD do sữa mẹ* với *VD do NCBSM*
  - VD do NCBSM: bú không đủ (VD do “chết đói”)



**Hình 1:** Vàng da sơ sinh do tăng bilirubin gián tiếp  
Da có màu vàng sáng, tươi. Mức độ vàng da thể hiện độ nặng



# Nuôi con bằng sữa mẹ (NCBSM) và Vàng da sơ sinh (VDSS)

- Điều trị: tùy nguyên nhân và mức độ
  - Định lượng Bilirubin
  - Quang liệu pháp
  - Thay máu
  - Tắm nắng không cải thiện VDSS



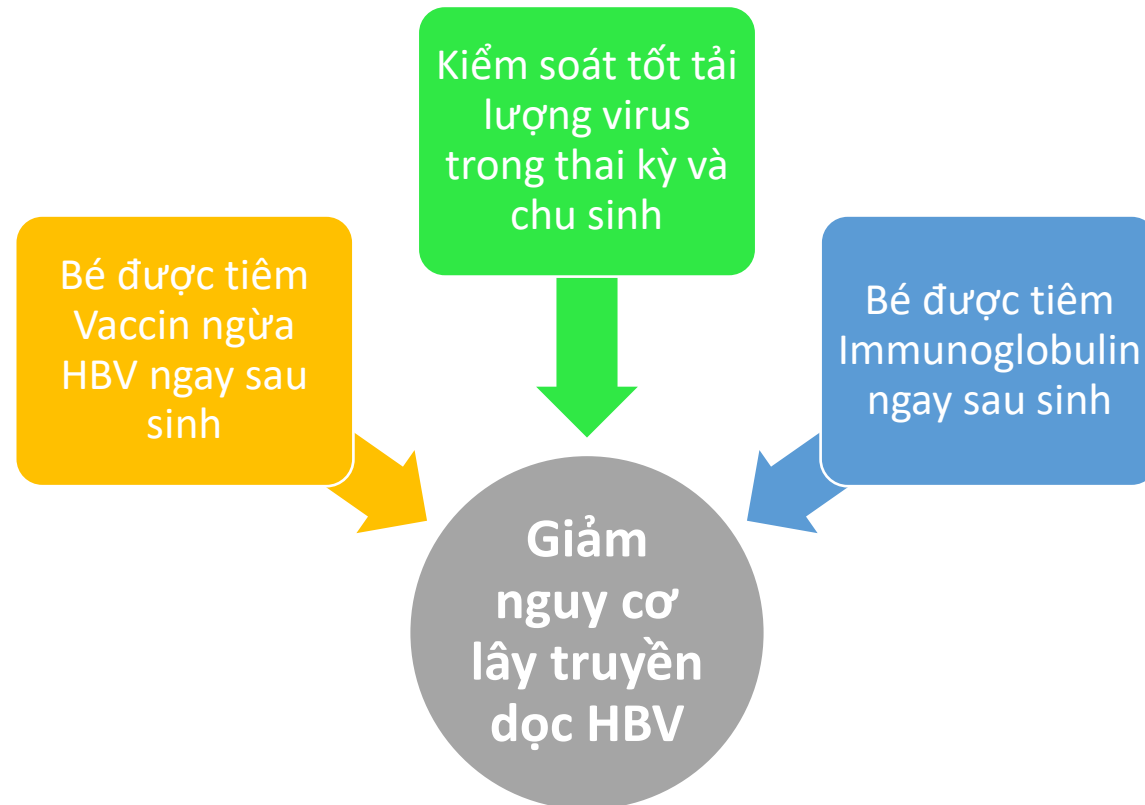
**Hình 1:** Vàng da sơ sinh do tăng bilirubin gián tiếp  
Da có màu vàng sáng, tươi. Mức độ vàng da thể hiện độ nặng



# NCBSM

## trong trường hợp mẹ bị nhiễm HBV

- Thực hiện NCBSM tiềm ẩn và tồn tại nguy cơ lây truyền dọc cho con.



# NCBSM

## trong trường hợp mẹ bị nhiễm HIV

- Thực hiện NCBSM có nguy lây truyền dọc cao hơn rất nhiều so với mẹ nhiễm HBV
- Nên thực hiện AFASS
- Khi không thực hiện được AFASS, phải NCBSM hoàn toàn, và bú mẹ trực tiếp





# Vấn đề ngừa thai trong thời kỳ hậu sản và NCBSM

- WHO MEC (2015)

- LAM
- POCs
- COCs
- IUD

CONDITION	Sub-condition	COC	DMPA	Implants	Cu-IUD	LNG-IUS
<b>Pregnancy</b>		NA	NA	NA		
<b>Breastfeeding</b>	Less than 6 weeks postpartum					
	≥ 6 weeks to < 6 months postpartum				See i.	See i.
	≥ 6 months postpartum					
<b>Postpartum not breastfeeding</b> <small>VTE = venous thromboembolism</small>	< 21 days					
	< 21 days with other risk factors for VTE*				See i.	See i.
	≥ 21 to 42 days with other risk factors for VTE*					
<b>Postpartum timing of insertion</b>	≥ 48 hours to less than 4 weeks	See i.	See i.	See i.		
	Puerperal sepsis					
<b>Postabortion (immediate post-septic)</b>						
<b>Smoking</b>	Age ≥ 35 years, < 15 cigarettes/day					
	Age ≥ 35 years, ≥ 15 cigarettes/day					
<b>Multiple risk factors for cardiovascular disease</b>						
<b>Hypertension</b> <small>BP = blood pressure</small>	History of (where BP cannot be evaluated)					
	BP is controlled and can be evaluated					
	Elevated BP (systolic 140-159 or diastolic 90-99)					
	Elevated BP (systolic ≥ 160 or diastolic ≥ 100)					
	Vascular disease					
<b>Deep venous thrombosis (DVT) and pulmonary embolism (PE)</b>	History of DVT/PE					
	Acute DVT/PE					
	DVT/PE, established on anticoagulant therapy					
	Major surgery with prolonged immobilization					
<b>Known thrombogenic mutations</b>						
<b>Ischemic heart disease (current or history of)</b>				I C		I C
<b>Stroke (history of)</b>				I C		
<b>Complicated valvular heart disease</b>						
<b>Systemic lupus erythematosus</b>	Positive or unknown antiphospholipid antibodies					
	Severe thrombocytopenia		I C		I C	

Adapted from: *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 5th Edition*. Geneva: World Health Organization, 2015.  
Available: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/en/index.html)

- Category 1** There are no restrictions for use.
- Category 2** Generally use; some follow-up may be needed.
- Category 3** Usually not recommended; clinical judgment and continuing access to clinical services are required for use.
- Category 4** The method should not be used.

- I/C** Initiation/Continue use a method. With
- NA** Not Applicable
- i** The condition, condition
- ii** Women who use
- \*** Other risk factors

# Ngừa thai trong thời kỳ hậu sản và NCBSM LAM và POCs

## 1. Ngừa thai bằng cho con bú vô kinh (LAM)

- NCBSM hoàn toàn
- Cho đến 4-6 tháng sau sinh
- Hiệu quả không cao → cân nhắc

## 2. Ngừa thai bằng progestin (POCs)

- Thường dùng Progestin liều thấp
- Đường dùng: uống, miếng dán ngoài da, que cấy dưới da, đường tiêm
- Vấn đề: ảnh hưởng ngắn/dài hạn lên trẻ sơ sinh ??



# Ngừa thai trong thời kỳ hậu sản và NCBSM COCs và IUD

## 3. Thuốc viên ngừa thai dạng uống, phối hợp Estrogen và Progestin

- Tăng nguy cơ huyết khối nếu sử dụng trong thời gian hậu sản gần

## 4. Đặt dụng cụ tử cung tránh thai IUD

- An toàn khi thực hiện
  - Sau sinh hoặc sau 4 tuần hậu sản
  - Không có tình trạng nhiễm trùng



# Sử dụng kháng sinh trong thời gian NCBSM

- Xem xét được chất cần dùng theo trình tự:
  1. Có qua được sữa mẹ hay không?
  2. Có hấp thu qua đường tiêu hóa trẻ hay không?
  3. Có gây tác hại gì cho trẻ không?



“thank you for  
your **ATTENTION**  
:)”