



# **HENRI JEAN PHILIPPE**

## **GIÁO SƯ**

*Hội hành động vì sức khỏe phụ nữ (ASF)*

*Trưởng khoa Sức khỏe sinh sản và Y học thai nhi*

*Khoa Y*

*Đại học Y khoa Paris Descartes (Pháp)*

HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA  
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á - THÁI BÌNH DƯƠNG  
LẦN THỨ  
TP. HỒ CHÍ MINH, 19 & 20/5/2016



# Xử trí trường hợp sảy thai

Pr Henri-Jean Philippe

*Bệnh viện Cochin*

*Faculté de médecine Paris Descartes*

CNGOF

# Sẩy thai

- o **Từ đồng nghĩa :**

- o fausse couche spontanée = FCS

- o **Định nghĩa (Tổ chức Y Tế Thế Giới 1976) :**

- o Gọi là sẩy thai khi thai bị tống xuất khỏi buồng tử cung khi chưa có khả năng tự sống được, có cân nặng < 500 gr và/hoặc trước 22 tuần vô kinh.

# Phân loại

- o Sảy thai sớm: < 14 tuần vô kinh
- o Sảy thai muộn: 14 - 22 tuần vô kinh

# Dàn bài

- o Thai tiến triển không chắc chắn
- o Thai ngừng tiến triển
- o Sảy thai không trọn
- o Sảy thai muộn
- o Sảy thai liên tiếp

# Thai tiến triển không chắc chắn

- o Hình ảnh siêu âm (ngả âm đạo) cho thấy túi thai < 25 mm không thấy phôi hoặc hình ảnh phôi thai < 7 mm không có hoạt động tim thai.

# Xử trí

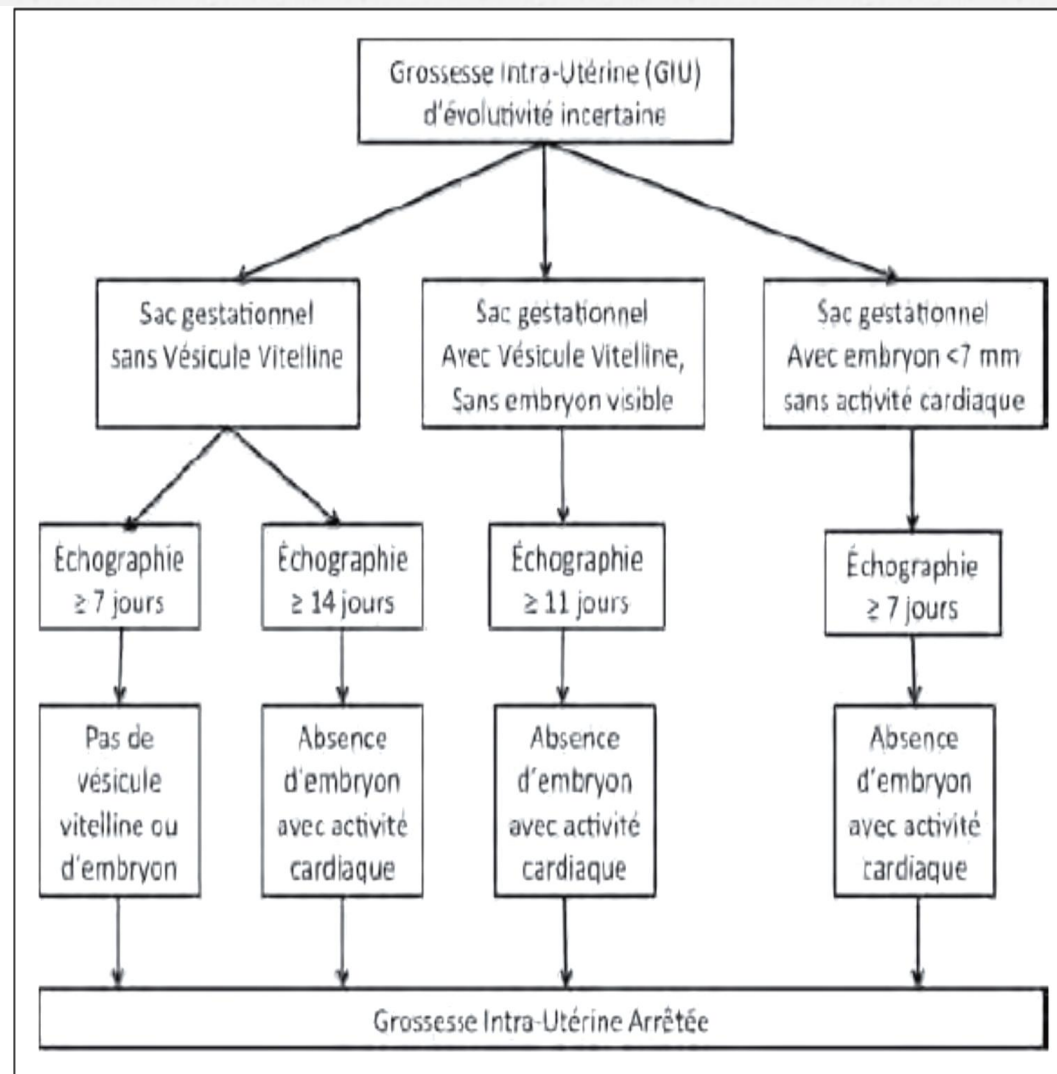


- o Trong trường hợp thai trong TC tiến triển không chắc chắn với sự hiện diện của túi thai:
- o Không có túi noãn hoàng => siêu âm kiểm tra **14 ngày sau**
- o **Không có hoạt động tim thai trên siêu âm = thai ngừng tiến triển**

- o Trong trường hợp thai trong TC tiến triển không chắc chắn với sự hiện diện của túi thai :
- o Có túi noãn hoàng=> siêu âm kiểm tra lại **11 ngày sau**
- o **Không có hoạt động tim thai trên siêu âm = thai ngừng tiến triển**



- o Trong trường hợp thai trong TC tiến triển không chắc chắn với sự hiện diện của túi thai
- o Có phôi thai => siêu âm kiểm tra lại **7 ngày sau**
- o **Không có hoạt động tim thai trên siêu âm = thai ngừng tiến triển**



# Trong trường hợp dọa sảy thai

- o Không khuyến cáo vì không có lợi ích với việc :
  - o Bổ sung vitamin,
  - o Điều trị bằng progestérone hoặc hCG,
  - o Nằm nghỉ

# **XỬ TRÍ**

## **trong trường hợp thai ngừng tiến triển**

- o Hai phương pháp điều trị được đề nghị: hút thai hoặc dùng misoprostol .
- o Những biến chứng xảy ra sớm như chảy máu và nhiễm trùng ở hai phương pháp điều trị này thì hiếm gặp và có thể so sánh được (< 5 %)
- o Không nên trì hoãn vì nó làm tăng nguy cơ không tổng xuất thai tự nhiên, phẫu thuật đột xuất và truyền máu.

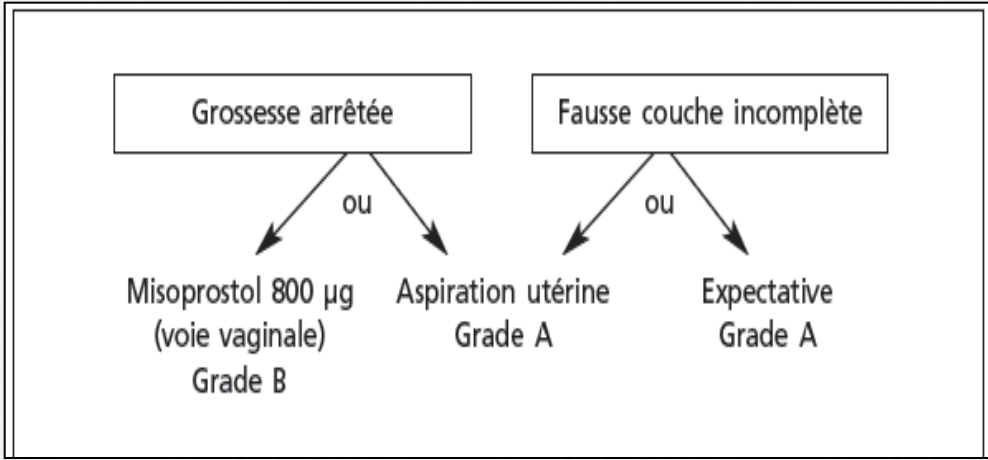
- o Trong trường hợp thai ngừng tiến triển điều trị bằng cách hút thai thì hiệu quả hơn là dùng misoprostol
- o Điều trị nội khoa bằng misoprostol thì rẻ tiền hơn nhưng thời gian ra huyết kéo dài hơn, đau nhiều hơn và nguy cơ nhập viện cũng cao hơn.

# Sử dụng misoprostol

- Misoprostol được dùng đường âm đạo với liều duy nhất **800 µg**, có thể nhắc lại sau 24-48 giờ (tỷ lệ thành công thường là trên 80 %)
- Dùng trước bằng mifépristone là không cần thiết
- Trong trường hợp túi thai vẫn tồn tại sau khi dùng misoprostol, có thể trì hoãn 1 thời gian (2 ngày đến 2 tuần) trước khi dùng phương pháp điều trị khác .

## XỬ TRÍ trong trường hợp sẩy thai không trọn

- o 2 phương pháp điều trị được đề nghị : hút thai hoặc trì hoãn
- o Trì hoãn có thể là lựa chọn đầu tiên, nhưng không thể xác định được thời gian chờ đợi là bao lâu.
- o **Làm thủ thuật (hút thai)** cho thấy tỉ lệ thành công cao (97-98 %), tỉ lệ về nguy cơ chảy máu và nhiễm trùng thấp (< 5 %). Nó cũng làm giảm nguy cơ phải đi tái khám và điều trị phẫu thuật đột xuất so với các phương pháp điều trị khác. **Việc làm thủ thuật nạo hút thai thì được ưa chuộng vì không mất thời gian, ít đau và ít chảy máu.**
- o Trong trường hợp sẩy thai không trọn, **phương pháp điều trị nội khoa bằng misoprostol không được khuyến cáo**, bởi vì nó không cải thiện tỉ lệ làm sạch lòng TC so với phương pháp trì hoãn trong hai tuần và không làm giảm tỉ lệ biến chứng chảy máu và nhiễm trùng.





# Sau khi sẩy thai

- o Không khuyến cáo làm bilan xét nghiệm sau 1 hoặc 2 lần bị sẩy thai, trừ trường hợp nghi ngờ bệnh nhân có bệnh lý sous-jacente.
- o Trong trường hợp mong muốn có thai lại, khuyến cáo theo dõi thai kỳ này như các trường hợp thai bình thường khác

# XỬ TRÍ trường hợp dọa sảy thai muộn

- o Trong trường hợp CTC mở hoặc màng ối phồng không có nhiễm trùng màng ối và hoặc vỡ màng ối => khâu CTC theo phương pháp Mc Donald kết hợp indomethacin giảm gò và kháng sinh
- o Trong trường hợp chỉ có CTC ngắn (<25mm trên SA) và không có sự mở CTC => progesterone đặt âm đạo mỗi ngày (90-200 mg/ngày) kéo dài đến 34 tuần
- o Trong trường hợp CTC ngắn với tiền căn sảy thai muộn hoặc sanh non => khâu CTC

# Sảy thai muộn

- o **Không có thai** => khảo sát xem có bất thường TC hoặc bệnh lý ở TC bằng siêu âm, nội soi BTC hoặc chụp MRI
- o **Thai kỳ sau đó** => đo chiều dài kênh CTC qua siêu âm ngã âm đạo từ **15-24 tuần**

# Điều trị dự phòng trường hợp tiền căn sảy thai muộn

- o TC có vách ngăn và tiền căn sảy thai muộn => cắt vách ngăn dưới nội soi BTC
- o TC hình T => metroplastie
- o Bệnh lý BTC => điều trị các bất thường ở BTC
- o Sảy thai muộn và CTC ngắn => khâu CTC
- o Sảy thai muộn sau 20 tuần và không kèm nguyên nhân nào khác => điều trị bằng progesterone

**Menace de FCT** : Existence des modifications cervicales éventuellement associées à la présence de contractions utérines  $\geq 14$  SA et  $< 22$  SA.

**Bilan initial (Grade B) :**

- Interrogatoire : recherche un antécédent de FCT et/ou d'accouchement prématuré
- Température et pouls maternels
- Examen au spéculum : précise la présence de la poche des eaux dans le vagin
- Mesure de la longueur cervicale par échographie endovaginale
- +/- Prélèvement vaginal à la recherche d'une vaginose bactérienne
- NFS et CRP
- Tocométrie externe : recherche de contractions utérines

**Exclusion :**

- Rupture prématuroe des membranes
- Chorioamnionite

**Col court** ( $\leq 25$  mm) à l'échographie

**Col dilaté\***  
+/- poche des eaux dans le vagin

**Antécédent d'accouchement prématuré et/ou de FCT**

**Non**

**Oui**

**Traitement par Progestérone vaginale (Grade A)**

**Cerclage (Grade A)  
Repos (Grade C)**

**Cerclage (Mc Donald)  
Tocolyse (indométacine)  
Antibiothérapie et repos**

\* Le col dilaté est défini dans les différentes études par : une dilatation cervicale  $> 2$  cm à l'échographie transvaginale ou  $> 4$  cm au toucher vaginal ou une poche des eaux visibles au niveau de l'orifice du col utérin ou protruse dans le vagin.

# Sẩy thai liên tiếp

- o Định nghĩa: gọi là sẩy thai liên tiếp khi sản phụ bị sẩy thai tự nhiên 3 lần trở lên
- o Sẩy thai liên tiếp liên quan đến 1 - 5 % hiếm muộn

# Khảo sát trường hợp sảy thai liên tiếp

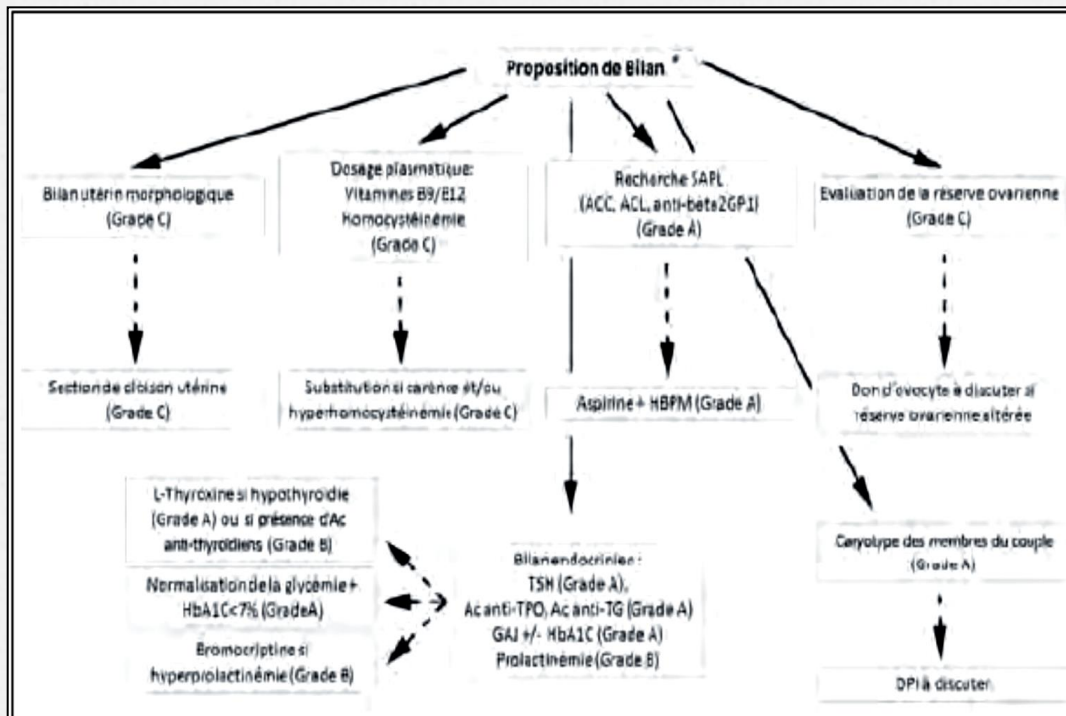
- o Tiểu đường ,
- o SAPL , dùng thuốc kháng đông, anticardiolipine,
- o Suy giáp với sự hiện diện của anti-TPO và anti-TG,
- o Thiếu hụt vitamin (B9, B12), tăng homocystein máu,
- o Tăng prolactine máu,
- o Suy giảm dự trữ buồng trứng (CFA siêu âm vùng chậu ngày thứ 3 của chu kỳ và hoặc định lượng AMH),
- o Bất thường TC hoặc bệnh lý ở TC có can thiệp bởi phẫu thuật
- o Làm Karyotypes hai vợ chồng và phân tích di truyền mô sảy thai nếu được
- o Không khuyến cáo thực hiện bilan thrombophilie hoặc các nghiên cứu về di truyền học khác.

# Xử trí cho thai kỳ sau

Điều trị cụ thể cho :

- o Bất thường ở BTC => phẫu thuật
- o SAPL => aspirine và HBPM
- o Suy giáp và/hoặc kháng giáp (anti-TPO hoặc anti-TG)=> L-Thyroxine
- o Thiếu hụt vitamin B12 => bổ sung vitamin B12 (uống 250-500 µg/ngày hoặc 1 000 µg/tuần)
- o Điều trị sảy thai liên tiếp bằng aspirine, HBPM, hoặc tiêm TM immunoglobulines





# Kết luận

1. Thai tiến triển không chắc chắn: tuân thủ thời gian theo dõi để chẩn đoán thai ngừng tiến triển trong TC
2. Xử trí thai ngừng tiến triển trong TC : ưu tiên hút thai nhưng có thể sử dụng Misoprostol
3. Xử trí sảy thai không trọn: ưu tiên hút thai nhưng có thể trì hoãn
4. Dọa sảy thai muộn, khâu CTC và dùng progesterone còn bàn cãi
5. Sảy thai liên tiếp, làm bilan xét nghiệm đầy đủ và điều trị dựa trên những hiệu quả đã được chứng minh