

# SIÊU ÂM TẠI PHÒNG SÁN

# MỞ BÀI

- ◆ là kỹ thuật quan trọng nhất vào khoảng 30 năm trở lại đây
- ◆ *Sắc lệnh năm 1996* :
  - Một máy siêu âm tại phòng sanh cho tất cả các bệnh viện phụ sản có hơn 1500 ca sanh mỗi năm

Với :

- ◆ đầu dò bụng : 3.5 MHz
- ◆ đầu dò âm đạo : 7 MHz
- ◆ siêu âm màu doppler
- ◆ máy in

# Siêu âm tại phòng sanh và các khó khăn trong ghi nhận hoặc nhịp tim thai bất thường

- ◆ Bệnh nhân béo phì
- ◆ Song thai
- ◆ Thai lưu
- ◆ Bất thường về nhịp tim thai :
  - chậm nhịp tim từ ngay khi đặt đầu dò
  - Chẩn đoán phân biệt block nhĩ thất hoàn toàn với chậm nhịp xoang
  - ngoại tâm thu nhịp đôi

# Làm siêu âm tại phòng sanh nếu thai kì không được theo dõi

- ◆ Xác định tuổi thai :
  - Điểm tạo cốt xương đùi ở xa (Beclar)
    - ◆ 3 mm vào 36 tuần thai
    - ◆ 7 mm vào 38 tuần thai
  - Điểm hóa cốt xương chày gần (Todd) : xuất hiện vào tuần 33/34 của thai kì
- ◆ Số lượng thai
- ◆ Lượng giá cân nặng thai
- ◆ Khảo sát hình thái học nhanh
- ◆ Xác định vị trí bánh nhau
- ◆ Làm doppler động mạch rốn



Le Brise Nadia, Dr Tillaut  
14382-09-10-19-3

4C-A/OB  
8.3cm / 61Hz

MI 1.1  
TIs 0.2

19.10.2009 09:51:53

3. Trim  
Har-Basse  
Puiss. 100 dB  
Gn 1  
C7 / M5  
P4 / E3  
SRI II 3



GE



LF 64.5mm  
SA 33S6j  
DT 08.12.2009

Cine 199

3.3 sec

# Siêu âm tại phòng sanh để lượng giá chỉ số ối

- ◆ Thiếu ối (chỉ số ối < 50 mm), yếu tố tiên lượng có suy thai trong chuyển dạ?
- ◆ Nghiên cứu của Chauhan (1999) và Gosh (2002) : đúng vậy, OR = 3.86 cho sự cần thiết phải lấy thai ra khẩn cấp = yếu tố tiên lượng một ca mổ lấy thai, nhưng nghiên cứu vẫn còn phải được khẳng định.
- ◆ Ngày nay : không có chỉ định khởi phát chuyển dạ một cách có hệ thống



Hydramnios

14382-09-10-27-2

4C-A/OB

15.0cm / 41Hz

MI 1.2

TIs 0.2

27.10.2009 10:51:34

3. Trim

Har-Basse

Puiss. 100 dB

Gn 1

C7 / M5

P4 / E3

SRI II 3



Cine 338

8.4 sec

# Siêu âm tại phòng sanh và việc lượng giá cân nặng thai nhi

- ◆ Tại sao ?
  - Nếu sanh non = điều chỉnh sự chăm sóc cho phù hợp.
  - Nếu nghi ngờ thai khổng lồ.
- ◆ Thực tế :
  - Chỉ khi có tiểu đường + lượng giá cân nặng thai > 4500 g

→ **quyết định mổ lấy thai**

Xét nghiệm ít nhạy (74 %).



# Siêu âm tại phòng sanh trước các trường hợp băng huyết

Có thể gợi đến chẩn đoán :

- ◆ Máu tụ sau bánh nhau :
  - Hình ảnh écho trống giữa bánh nhau và màng ối (nếu có écho thì đã hình thành cục máu đông).
  - Rất khó ++ nếu nhau bám mặt sau
  - Và chỉ nếu tụ máu sau bánh nhau giới hạn không có bất thường về nhịp tim thai

# Siêu âm tại phòng sanh trước các trường hợp băng huyết

Có thể gợi đến chẩn đoán :

## ◆ Nhau tiền đạo :

- Siêu âm qua ngã âm đạo : tin tưởng được và chắc chắn
- Đo khoảng cách lỗ trong cổ tử cung → bánh nhau
- Phương pháp qua ngã bụng ít tin tưởng được hơn.



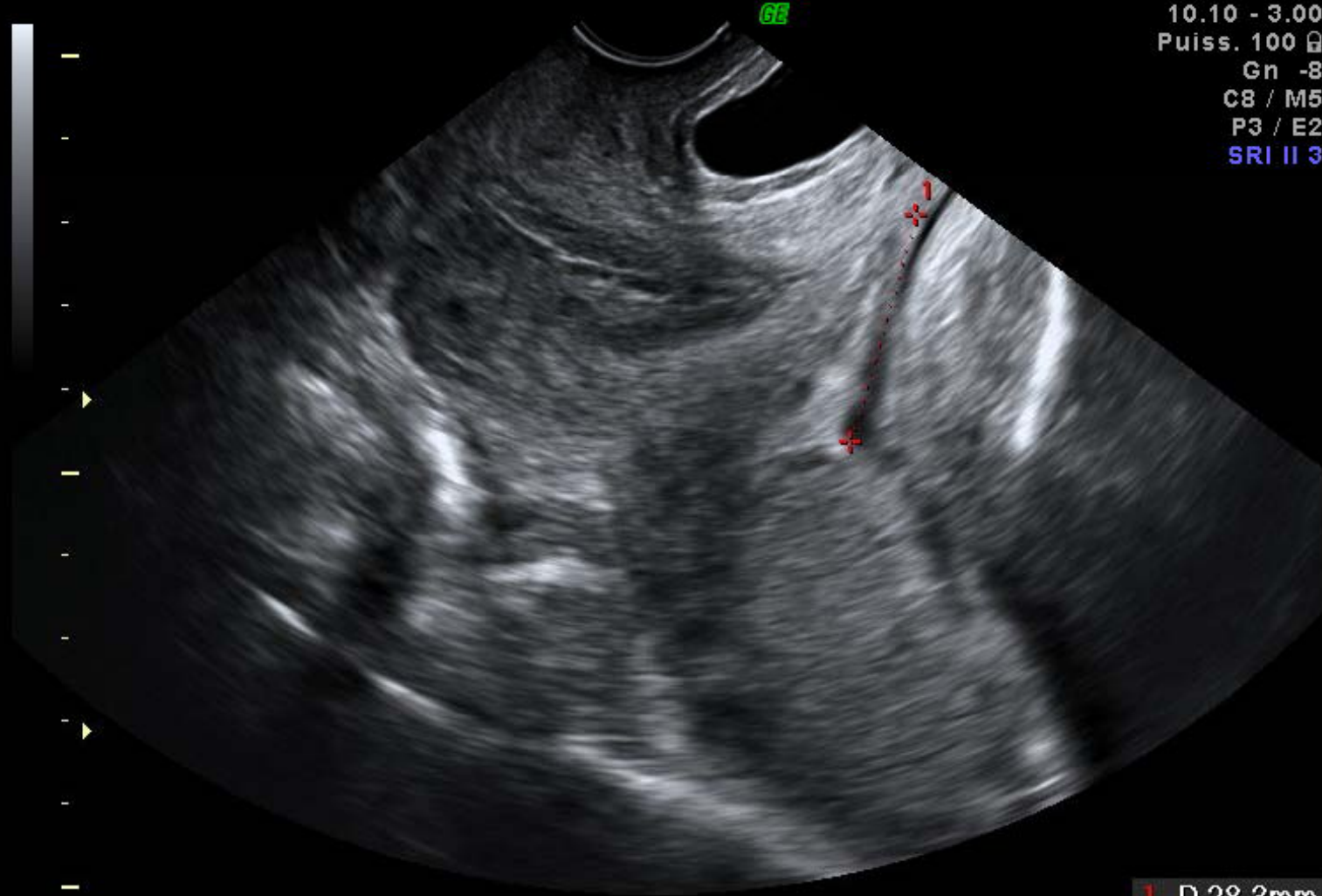
Le Brise Nadia, Dr Tillaut  
14382-09-10-19-3

IC 5-9H/OB  
10.1cm / 24Hz

MI 1.2  
TIs 0.2

19.10.2009 09:55:42

A. Cereb Med  
10.10 - 3.00  
Puiss. 100 dB  
Gn -8  
C8 / M5  
P3 / E2  
SRI II 3



D 28.3mm

Cine 140

6.1 sec



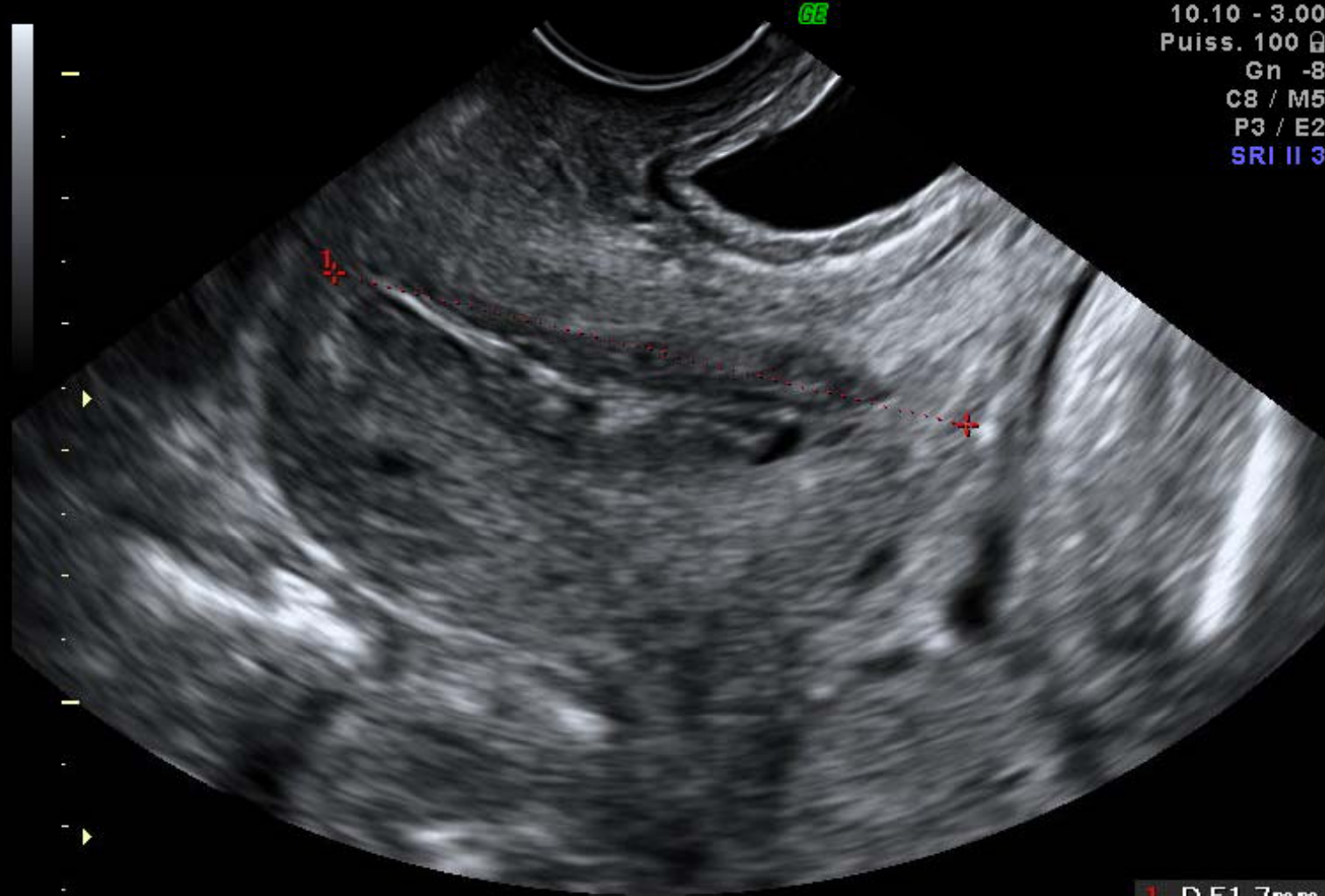
Le Brise Nadia, Dr Tillaut  
14382-09-10-19-3

IC 5-9H/OB  
6.5cm / 30Hz

MI 1.2  
TIs 0.2

19.10.2009 09:55:23

A. Cereb Med  
10.10 - 3.00  
Puiss. 100 dB  
Gn -8  
C8 / M5  
P3 / E2  
SRI II 3



D 51.7mm

Cine 250

8.6 sec

# Siêu âm tại phòng sanh trước các trường hợp băng huyết

Có thể gợi đến chẩn đoán :

- ◆ Nhau cài răng lược:
  - ++ với sự gia tăng sọ của tử cung
- Hiện diện:
  - ◆ chỗ khuyết bên trong bánh nhau
  - ◆ sự xuất hiện của mép giảm echo ở sau bánh nhau
  - ◆ Bàn quang bị phồng lên (ít chắc chắn)
  - ◆ siêu âm doppler màu/năng lượng

# Siêu âm tại phòng sanh trước các trường hợp băng huyết

Có thể gợi đến chẩn đoán :

- ◆ Tìm kiếm mạch máu tiền đạo :
  - Để tránh xuất huyết Benkiser
  - Để tránh sa dây rốn

# Siêu âm tại phòng sanh và ngôi của thai nhi

## Cho phép:

- ◆ Xóa tan nghi ngờ (bệnh nhân béo phì, ngôi cao)
- ◆ Khẳng định trường hợp ngôi ngang
- ◆ Trường hợp ngôi mông:
  - Hoàn chỉnh/chưa hoàn chỉnh
  - Đầu cúi,
  - Lượng giá cân nặng thai,
  - BIP
  - Mặt lưng
  - Lượng nước ối

# Siêu âm tại phòng sanh và ngôi của thai nhi

## Cho phép :

### ◆ Các kiểu ngôi đầu

1 – Nghiên cứu so sánh thăm âm đạo và siêu âm

- ◆ 20 % trái ngược ( $>45^\circ$ )

- ◆ Trung bình 50 % trong các kiểu thể sau

2 – Lợi ích trước trường hợp sanh giúp :

#### ◆ Thất bại của ventouses :

- 4 % nếu đặt tốt

- 17 % nếu đầu gập và đặt cạnh đường giữa

- 29 % nếu đầu không cúi và đặt ventouse ở đường giữa

- 35 % đầu không cúi + đặt ventouse ở cạnh đường giữa



# Siêu âm tại phòng sanh và ngôi của thai nhi

## – **Tổn thương của da đầu :**

- ◆ 5 % nếu đặt tốt

- ◆ 45 % nếu đầu không gập + cạnh đường giữa

## – Nếu sanh bằng Forceps sai sót $90^\circ$ :

- ◆ gây ra các tổn thương nhãn cầu và các tổn thương cổ

# Siêu âm tại phòng sanh và ngôi của thai nhi

3 – Trong siêu âm làm cho thấy rõ :

- ◆ lưng
- ◆ **nhãn cầu**

4 – Nghiên cứu về dạng ngôi thai vào giai đoạn 2 của chuyển dạ đầu lọt trong 60 ca:

- 100 % bằng đầu dò âm đạo
- 7 sai sót bởi thăm khám âm đạo
- 9 sai sót bởi siêu âm ngả bụng



L R, Nolwenn  
14382-09-10-25-2 SA=41s0j

4C-A/OB  
15.0cm / 41Hz

MI 1.1  
TIs 0.1

25.10.2009 12:36:27

3. Trim  
Har-Basse  
Puiss. 100 dB  
Gn -4  
C7 / M5  
P4 / E3  
SRI II 3



68

Cine 256

6.3 sec



L R, Nolwenn

14382-09-10-25-2 SA=41s0j

4C-A/OB

13.3cm / 45Hz

MI 1.2

TIs 0.2

25.10.2009 12:38:26

3. Trim

Har-Basse

Puiss. 100 dB

Gn 3

C7 / M5

P4 / E3

SRI II 3



69



Cine 669

15 sec

# Siêu âm tại phòng sanh và chẩn đoán lọt

- ◆ Chẩn đoán không phải lúc nào cũng chính xác ấy thế mà chủ yếu lựa chọn sanh ngã âm đạo
- ◆ Mỗi tương quan giữa thăm khám âm và siêu âm đầu dò bụng (mặt cắt dọc giữa)

# Siêu âm chẩn đoán độ lọt của ngôi thai



## Giáo sư Didier Riethmuller

Khoa sản phụ khoa  
Bệnh viện Saint Jacques  
25000 Besançon

e-mail : [didier.riethmuller@univ-fcomte.fr](mailto:didier.riethmuller@univ-fcomte.fr)

Giáo sư, chuyên gia sản phụ khoa.  
Được biết đến như chuyên gia toàn quốc và  
lãnh đạo trong lĩnh vực cơ khí và các kỹ thuật  
sản khoa, và virus HPV; người khởi xướng và là  
tín đồ bảo vệ việc đưa siêu âm vào phòng  
sinh.

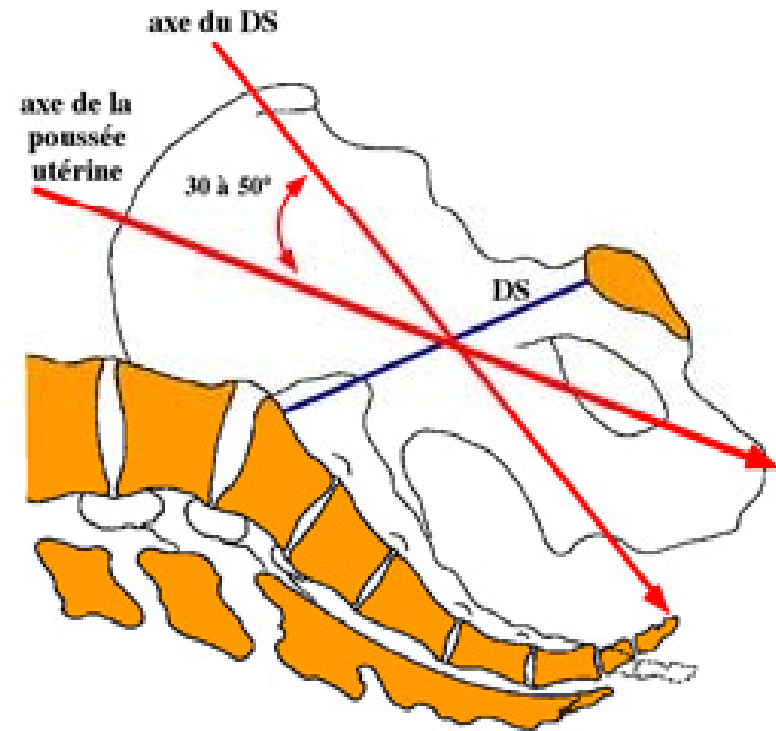
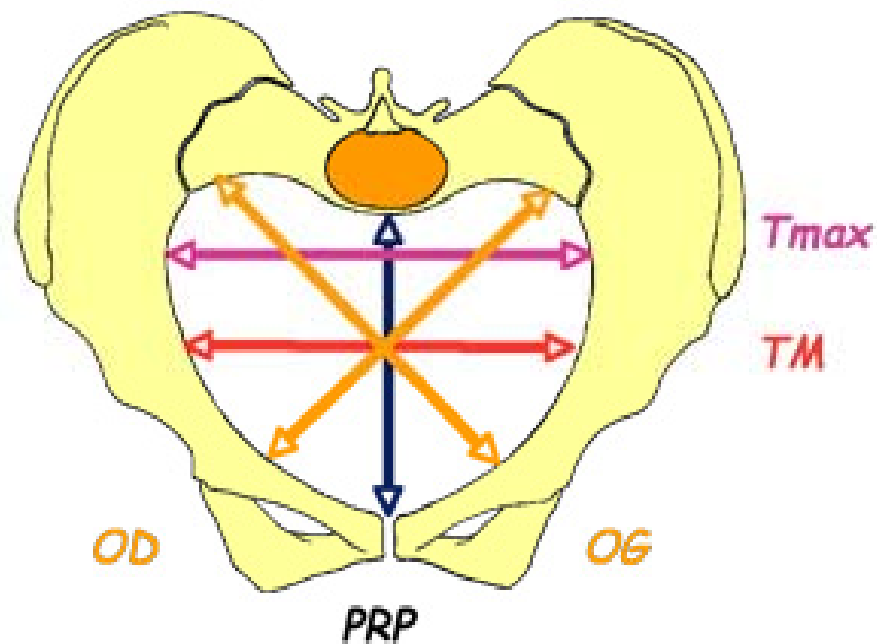


Fig.1 Diamètres et axes du détroit supérieur (DS). TM = transverse médian ; Tmax = transverse maximum ; OD = oblique droit ; OG = oblique gauche ; PRP = promontorétropubien

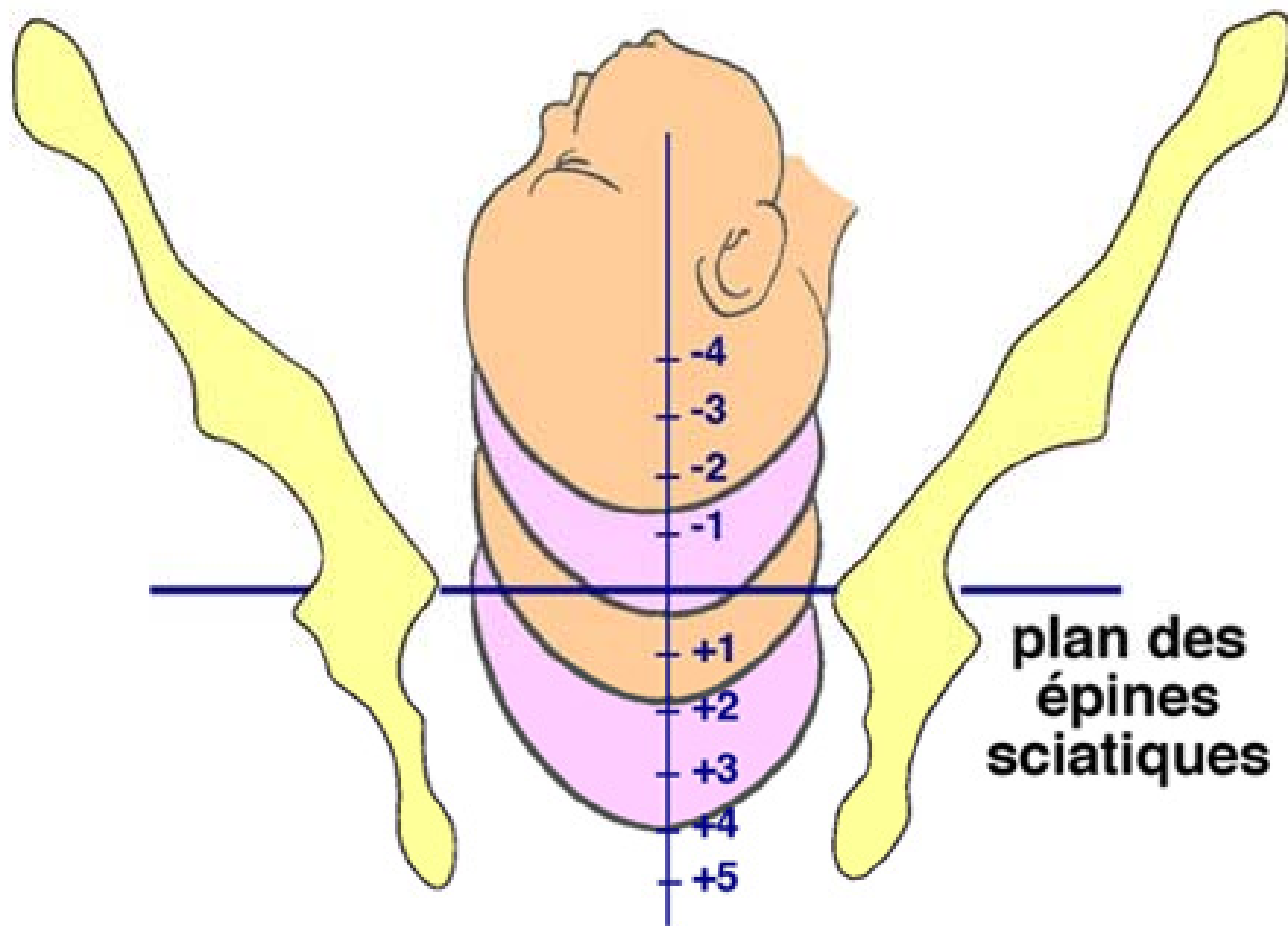


Fig.2 Niveaux de la descente en cm par rapport au plan des épines sciatiques



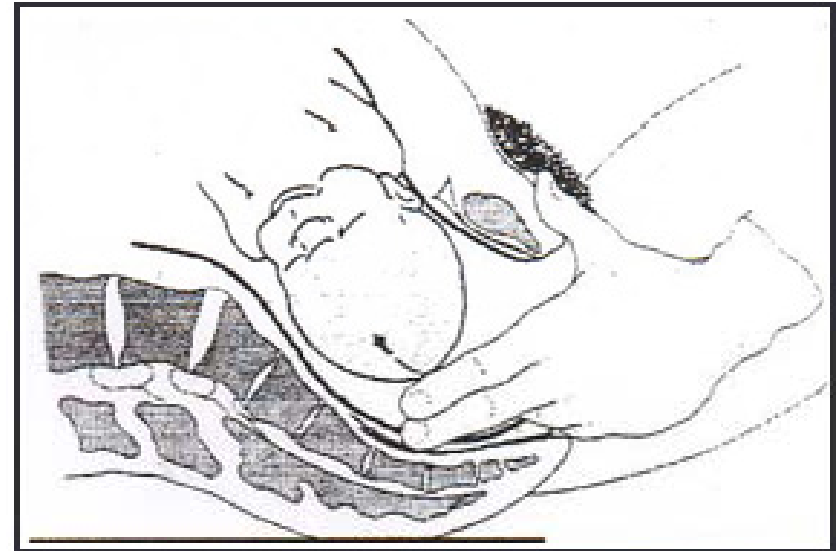
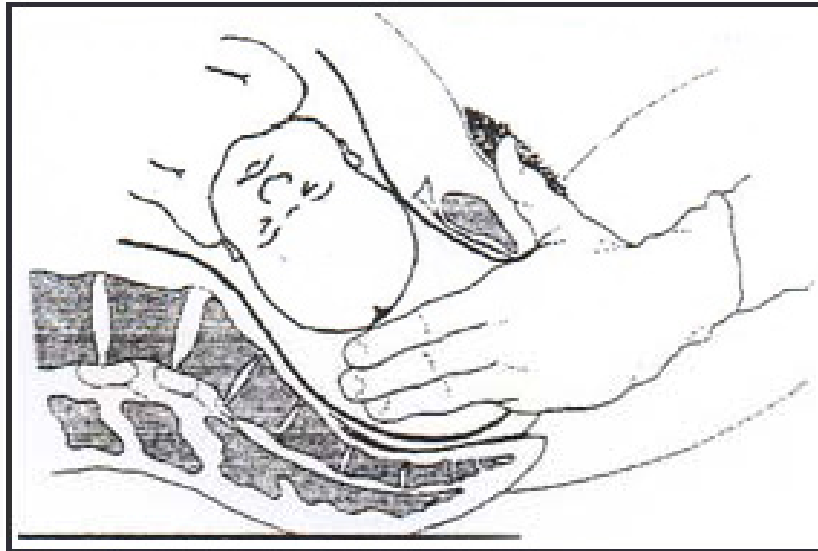


Fig.3 Signe de Farabeuf sur une présentation non engagée à droite et engagée à gauche

© D. RIETHMULLER / CHU BESANÇON / CNGOF 2008

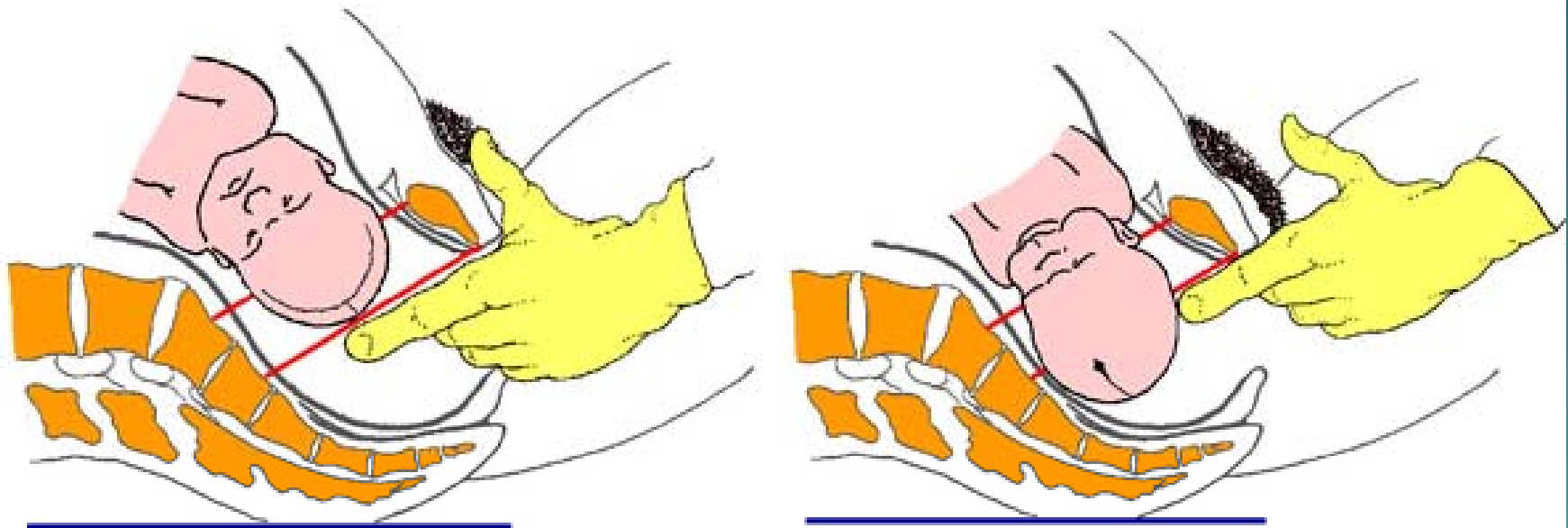


Fig.4 Signe de Demelin sur une présentation non engagée à gauche et engagée à droite

© D. RIETHMULLER / CHU BESANCON / CNGOF 2008

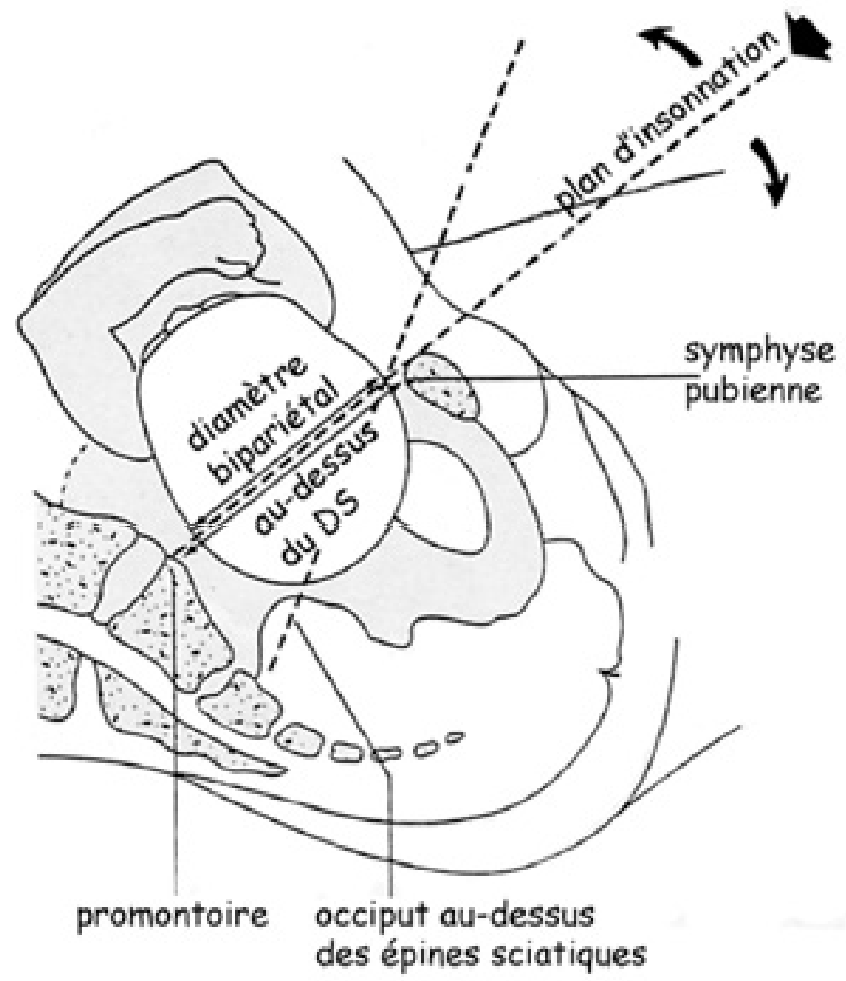


Fig.5 Méthode et repères d'insonnation selon la technique sus-pubienne de Sherer

© D. RIETHMULLER / CHU BESANÇON / CNGOF 2008



Engagement tete  
9773-09-10-27-2

AB 2-7IOB  
15.2cm / 30Hz

MI 1.3  
TIs 0.2

CH Bretagne Sud

27.10.2009 14:57:15

3. Trim  
Har-Basse  
Puiss. 100 %  
Gn 0  
C8 / M7  
P3 / E2  
SRI II 3

68



P

T

13 sec



Fig.10 Présentation non engagée (distance mesurée = 68mm)



Fig.8 Mesure de la distance périnée-présentation ici à la partie moyenne de l'excavation pelvienne

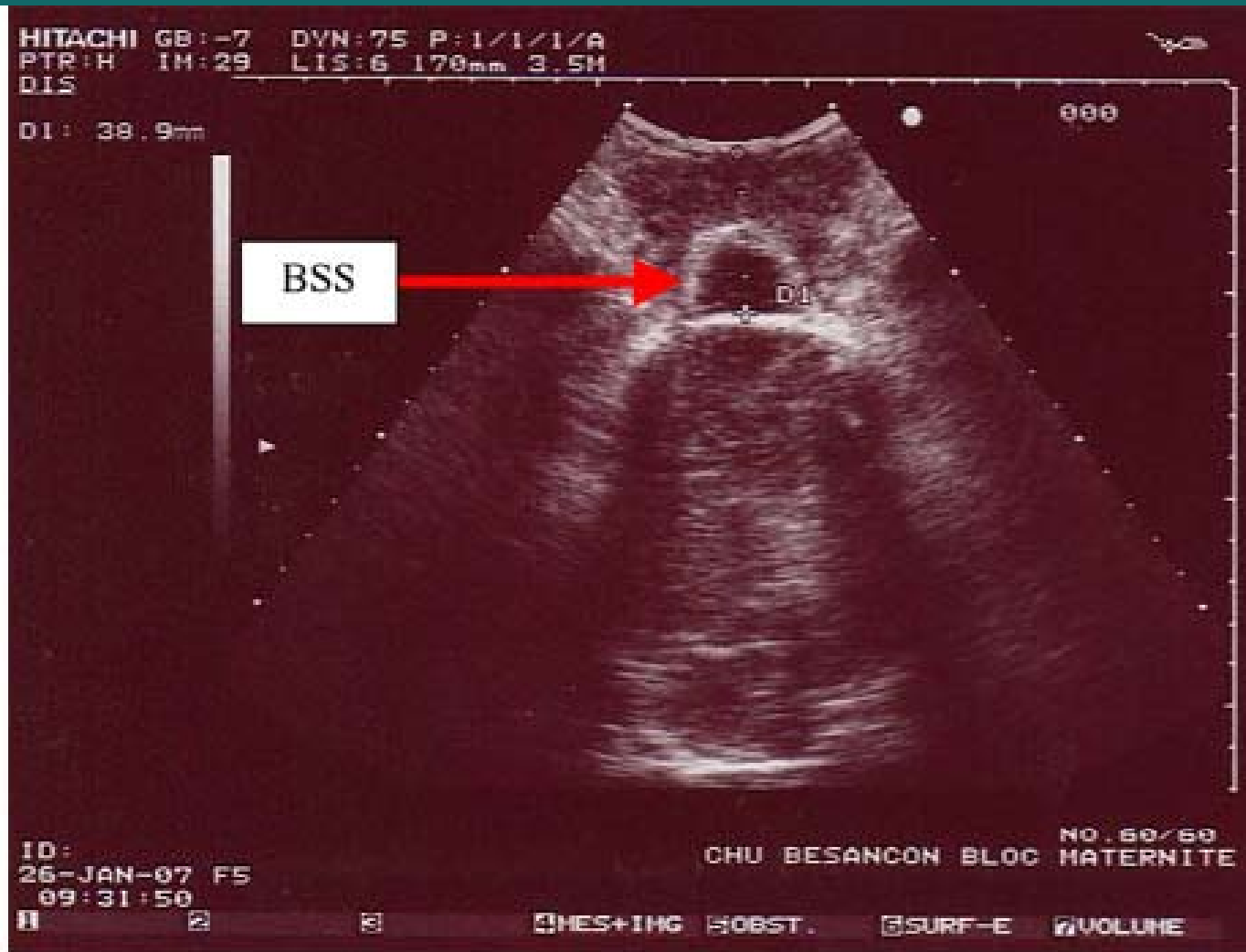


Fig.9 On visualise parfaitement la BSS entre le périnée et la voûte crânienne



Fig.13 Présentation partie basse (20 mm)





Fig.14 Mesure de la distance périnée-BSS montrant que cette bosse est à partie moyenne de l'excavation pelvienne



Engagement tete  
9773-09-10-27-2

AB 2-7/0B  
10.4cm / 39Hz

MI 1.3  
TIs 0.3

CH Bretagne Sud

27.10.2009 15:01:21

3. Trim  
Har-Basse  
Puiss. 100 %  
Gn 0  
C8 / M7  
P3 / E2  
SRI II 3



62



1 D 48.1mm

Cine 200

5.2 sec



Engagement tete  
9773-09-10-27-2

AB 2-7/0B  
8.8cm / 43Hz

MI 1.3  
TIs 0.3

CH Bretagne Sud

27.10.2009 15:16:47

3. Trim  
Har-Basse  
Puiss. 100 %  
Gn 0  
C8 / M7  
P3 / E2  
SRI II 3



GE



1 D 45.1mm

Cine 554

14 sec



Engagement tete  
9773-09-10-27-2

AB 2-7/OB  
8.8cm / 43Hz

MI 1.3  
TIs 0.3

CH Bretagne Sud

27.10.2009 15:21:20

3. Trim  
Har-Basse  
Puiss. 100 %  
Gn 0  
C8 / M7  
P3 / E2  
SRI II 3



GE



D 37.3mm

Cine 377

11 sec



Engagement tete  
9773-09-10-27-2

AB 2-7/0B  
13.6cm / 33Hz

MI 1.3  
TIs 0.2

CH Bretagne Sud

27.10.2009 15:23:51

3. Trim  
Har-Basse  
Puiss. 100 %  
Gn 0  
C8 / M7  
P3 / E2  
SRI II 3



GE



D 30.0mm

Cine 331

12 sec



Engagement tete  
9773-09-10-27-2

AB 2-7/0B  
7.2cm / 47Hz

MI 1.2  
TIs 0.2

CH Bretagne Sud

27.10.2009 15:27:28

3. Trim  
Har-Basse  
Puiss. 100 %  
Gn 0  
C8 / M7  
P3 / E2  
SRI II 3



1 D 34.8mm  
2 D 19.5mm

Cine 681

16 sec



Engagement tete  
9773-09-10-27-2

AB 2-7/0B  
7.2cm / 47Hz

MI 1.2  
TIs 0.2

CH Bretagne Sud  
27.10.2009

15:29:57

3. Trim  
Har-Basse  
Puiss. 100 %  
Gn 0  
C8 / M7  
P3 / E2  
SRI II 3



66



Cine 738

16 sec

# Siêu âm tại phòng sanh và sinh đôi

- ◆ Khẳng định có song thai
- ◆ Nếu thai 1 không phải ngôi đầu thường cho sanh mổ
- ◆ Sự tiến triển ở thai 2 sau khi sanh thai 1
  - Tần suất thay đổi của ngôi thai 2 sau khi sanh thai 1 (20 %)
  - Mặt lưng
  - Đặt đầu dò tim thai
  - Trước đại kéo thai ngôi mông hoặc thủ thuật đại kéo thai



# Siêu âm tại phòng sanh và kiểm soát trống lòng tử cung

- ◆ Sự sót nhau là nguyên nhân gây xuất huyết sau sanh và viêm nội mạc tử cung sau sanh
- ◆ Kiểm soát dễ dàng dựa vào kích thước của tử cung bằng đầu dò ngả bụng
- ◆ +/- được giúp đỡ bởi siêu âm Doppler
- ◆ +++ sau chấm dứt thai kì bằng thuốc, sau bỏ thai của tam cá nguyệt thứ hai bởi vì kiểm tra tử cung khó khăn hơn



Post abortum  
9773-09-10-25-1

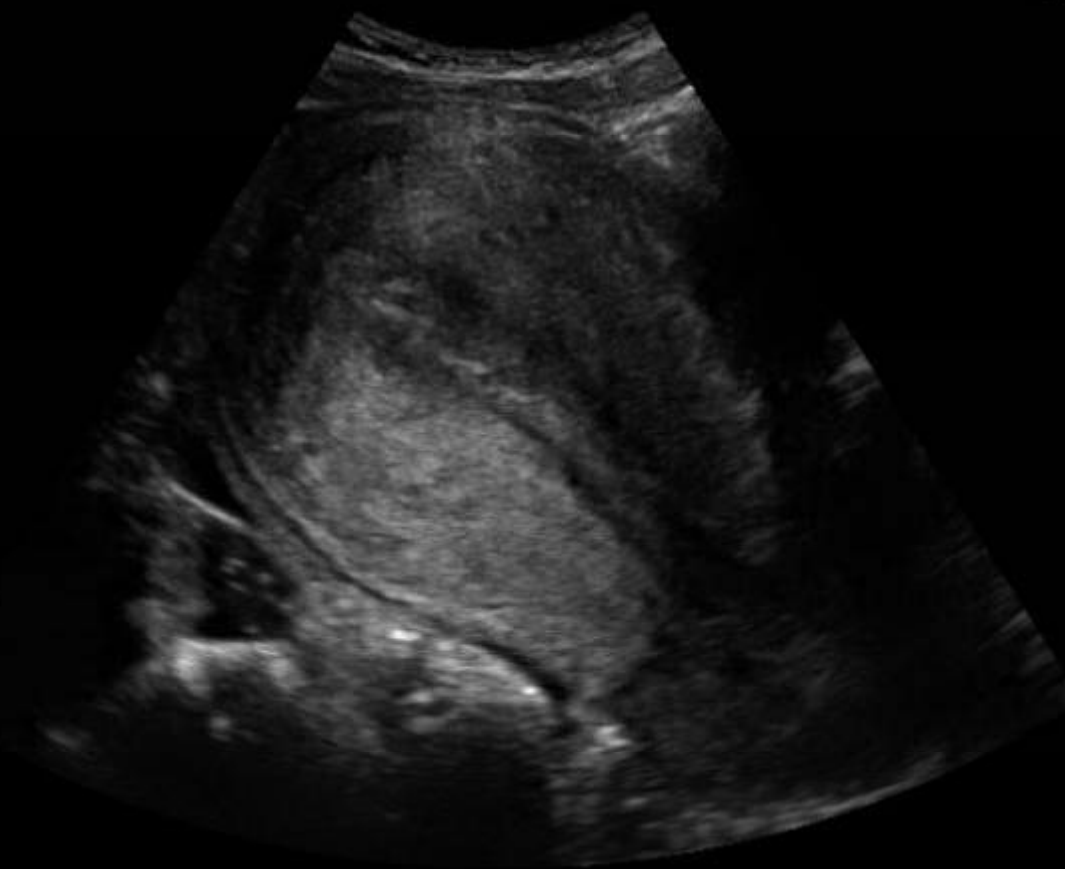
RAB 4-8L/Gyn  
13.6cm / 37Hz

MI 0.9  
TIs 0.2

CH Bretagne Sud

25.10.2009 10:58:27

Uterus  
Har-Basse  
Puiss. 100 dB  
Gn -1  
C8 / M7  
P2 / E2  
SRI II 3



Cine 492

13 sec



Post abortum  
9773-09-10-25-1

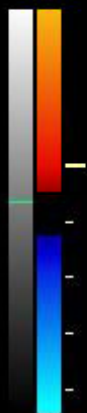
RAB 4-8L/Gyn  
15.4cm / 14Hz

MI 1.2  
TIs 0.2

CH Bretagne Sud

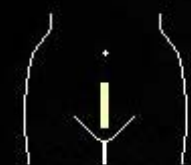
25.10.2009 11:01:43

17cm/s



-17cm/s

GE

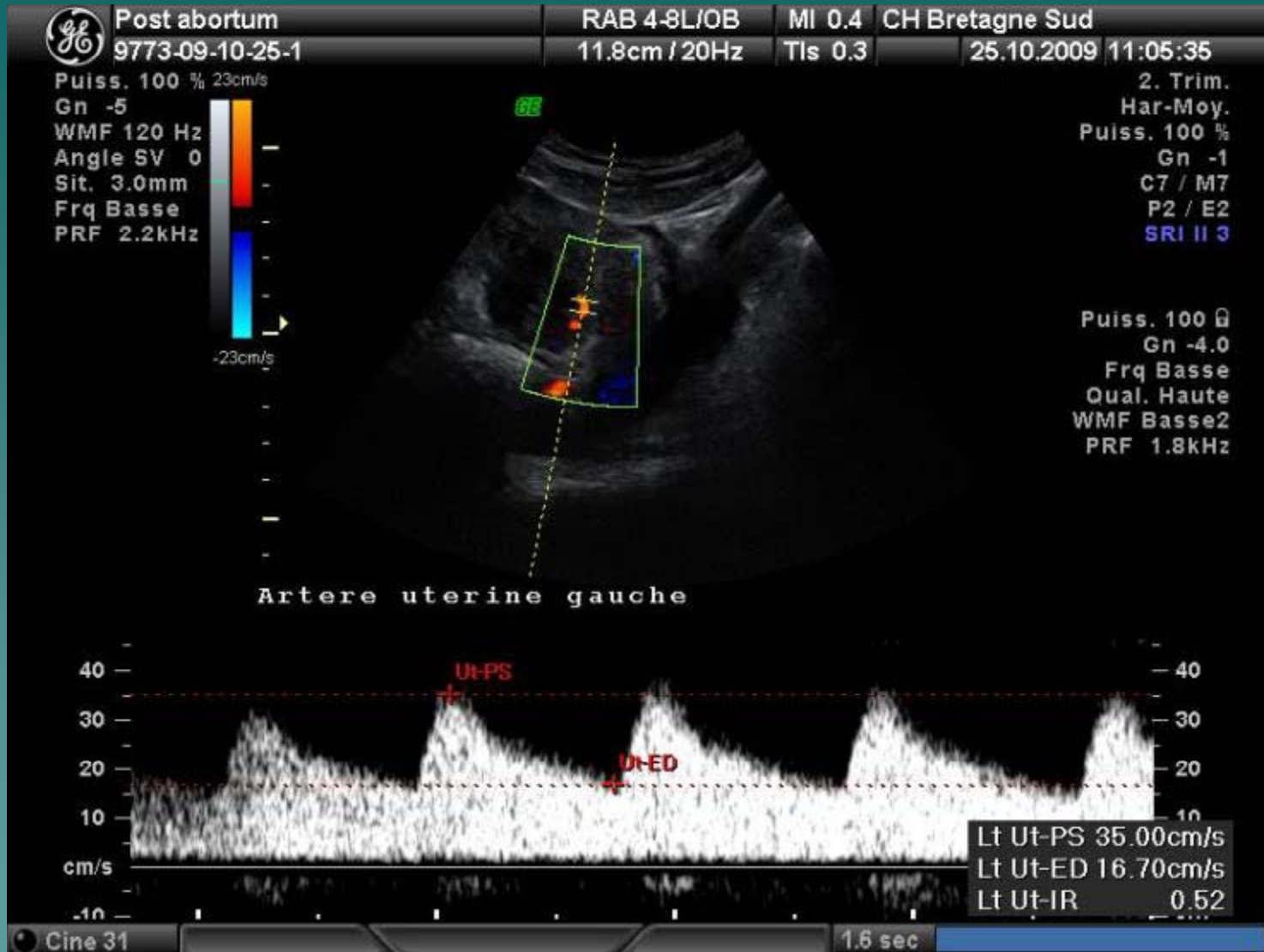


Uterus  
Har-Basse  
Puiss. 100 %  
Gn 1  
C8 / M7  
P2 / E2  
SRI II 3

Puiss. 100 %  
Gn 1.0  
Frq Basse  
Qual. Norm  
WMF Basse2  
PRF 1.3kHz

Cine 116

8.8 sec





Vacuite uterine  
9773-09-10-27-1

AB 2-7/0B  
12.0cm / 36Hz

MI 1.3  
TIs 0.3

CH Bretagne Sud

27.10.2009 14:43:46

3. Trim  
Har-Basse  
Puiss. 100 %  
Gn 0  
C8 / M7  
P3 / E2  
SRI II 3



Cine 587

17 sec



Vacuïte uterine  
9773-09-10-27-1

AB 2-7/0B  
12.0cm / 36Hz

MI 1.3  
TIs 0.3

CH Bretagne Sud

27.10.2009 14:45:14

3. Trim  
Har-Basse  
Puiss. 100 %  
Gn 0  
C8 / M7  
P3 / E2  
SRI II 3



Cine 529

17 sec



Vacuite uterine  
9773-09-10-27-1

AB 2-7/OB  
12.0cm / 36Hz

MI 1.3  
TIs 0.3

CH Bretagne Sud

27.10.2009 14:46:40

3. Trim  
Har-Basse  
Puiss. 100 %  
Gn 0  
C8 / M7  
P3 / E2  
SRI II 3



62



Cine 587

17 sec





