

## Suy thai trong chuyển dạ

Nguyễn Duy Hoàng Minh Tâm<sup>1</sup>, Hồ Viết Thắng<sup>2</sup>, Âu Nhựt Luân<sup>3</sup>

© Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

<sup>1</sup> Giảng viên, Bộ môn Phụ Sản Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: [drhmtam03@yahoo.com](mailto:drhmtam03@yahoo.com)

<sup>2</sup> Giảng viên, Bộ môn Phụ Sản Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: [hoviet\\_thang@yahoo.com](mailto:hoviet_thang@yahoo.com)

<sup>3</sup> Giảng viên, Bộ môn Phụ Sản Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: [aunhutluan@gmail.com](mailto:aunhutluan@gmail.com)

### Mục tiêu bài giảng

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được khái niệm về suy thai trong chuyển dạ
2. Trình bày được ý nghĩa của việc thực hiện EFM trong chuyển dạ
3. Trình bày được các biện pháp can thiệp sơ cấp khi nghi ngờ có suy thai trong chuyển dạ

### KHÁI NIỆM VỀ SUY THAI TRONG CHUYỂN DẠ

Một cách tổng quát, suy thai trong được hiểu như một tình trạng mà trong đó thai nhi đang bị đe dọa.

Như vậy, thuật ngữ “fetal distress” không thể hiện một chẩn đoán với các tiêu chuẩn rõ ràng và nghiêm ngặt. Thuật ngữ này chỉ mô tả một tình trạng đáp ứng có chiều hướng bất lợi của thai trước một tình trạng stress.

Các tiêu chuẩn khí máu và toan-kiềm là các tiêu chuẩn nghiêm ngặt cho chẩn đoán, liên quan mạnh với bệnh xuất của tổn thương não bộ và tử vong sơ sinh.

Tuy nhiên, chúng chỉ cho phép xác lập chẩn đoán suy thai khi đã quá muộn.

Nếu định nghĩa một cách nghiêm ngặt bằng cách dùng tình trạng toan chuyển hóa (metabolic acidosis) ghi nhận được trong khí máu thai, ta sẽ có được các tiêu chuẩn nghiêm ngặt cho chẩn đoán, liên quan mạnh với bệnh xuất của tổn thương não bộ và tử vong sơ sinh.

Tuy nhiên, các tiêu chuẩn khí máu và toan-kiềm này chỉ cho phép xác lập chẩn đoán khi đã quá muộn. Vì thế, không có ý nghĩa thực hành.

Các biến động trên EFM là dấu hiệu trực quan để đánh giá tình trạng thai nhi.

Tuy nhiên, mối liên quan giữa các biểu hiện trên EFM và tình trạng khí máu và cân bằng kiềm toan của thai là không đủ mạnh.

Nếu định nghĩa một cách thực hành, bằng cách dựa trên các biến động của theo dõi biến động tim thai theo con cơ tử cung (Electronic Fetal Monitoring-EFM), ta sẽ có được các phương tiện trực quan để đánh giá tình trạng thai nhi khi thai nhi phải bộc lộ trước thử thách quan trọng là các cơn co tử cung.

Tuy nhiên, các bằng chứng từ y học thực chứng cho thấy rằng mối liên quan giữa các biểu hiện trên EFM và tình trạng khí máu và cân bằng kiềm toan của thai là không đủ mạnh. Một số dạng biểu đồ EFM được xác nhận là có mối liên quan mạnh và mật thiết với tình trạng toan chuyển hóa (EFM loại III theo ACOG) không phải là thường gặp. Một số khác liên quan mạnh với một tình trạng thăng bằng kiềm toan bình thường tại thời điểm khảo sát, với điều kiện không xảy ra thêm một biến cố nào khác (EFM loại I theo ACOG), thì lại không có ý nghĩa là một đảm bảo

trong chuyển dạ, do sự xuất hiện trong nhiều giờ của các cơn co tử cung là tác nhân gây thiếu oxy máu thai. Một phần lớn các biểu đồ EFM được xếp loại II theo ACOG, có ý nghĩa rất khác nhau, và đòi hỏi phân tích một cách kỹ lưỡng, với một tính tin cậy cực kỳ thay đổi, kể cả intra-observer và inter-observer, hoặc diễn giải tiền cứu hay diễn giải hồi cứu mang tính chỉ trích.

Các triệu chứng chủ quan như hiện diện của phân su trong nước ối bị chỉ trích do tính tin cậy của chúng không cao.

Thiết lập chẩn đoán suy thai dựa trên các triệu chứng chủ quan như hiện diện của phân su trong nước ối bị chỉ trích do tính tin cậy của các dấu hiệu này không cao, kể cả về Sensitivity lẫn Specificity.

Nhiều yếu tố có thể dẫn đến phóng thích phân su vào nước ối, trong đó có cả các tình trạng sinh lý hay ứng phó của thai với một eustress thoáng qua trước đó. Đừng quên rằng phải hiểu nghĩa của cụm từ stress theo cả ý nghĩa tích cực (eustress) lẫn tiêu cực (distress) của nó.

Thuật ngữ Fetal distress (suy thai) và Asphyxia (sơ sinh ngạt) thể hiện 2 vấn đề hoàn toàn khác nhau.

Stress là phản ứng của thai nhi với các biến đổi của môi trường sống của thai nhi. Lúc ban đầu, thường là một eustress. Khi stress vượt quá giới hạn, nó trở thành distress và có thể gây các biến đổi bất lợi ở thai.

Suy thai là tất cả các đáp ứng của thai với các tác nhân gây ảnh hưởng bất lợi cho thai từ môi trường sống trong tử cung-trong chuyển dạ.

Như vậy thuật ngữ suy thai (fetal distress) thể hiện tất cả các đáp ứng của thai với các tác nhân gây ảnh hưởng bất lợi cho thai từ môi trường sống trong tử cung-trong chuyển dạ. Các đáp ứng này được thể hiện ra ngoài qua nhiều biểu hiện khác nhau như biến động trên EFM, trên tổng xuất phân su, trên rối loạn khí máu hô hấp và khí máu chuyển hóa.

Trong phần lớn trường hợp, ngạt là hệ quả của suy thai.

Ngạt liên quan mạnh đến tổn thương não bộ ở sơ sinh.

Thuật ngữ ngạt (asphyxia) thể hiện một tình trạng gây bởi tình trạng thiếu oxygen ở mô tế bào, có nguyên nhân do bất thường trong trao đổi khí (gas exchange) tại hồng cầu hay phế nang, hay do tiến trình vận chuyển đến mô, có hay

không có các biểu hiện của hệ quả của tình trạng này trên chức năng sinh tồn của cơ thể.

Ngạt đưa đến thiếu  $O_2$  và thừa  $CO_2$  trong máu thai (toan hô hấp). Thiếu oxy kéo dài đưa đến việc thai phải chuyển hóa glucose theo con đường yếm khí, sản xuất acid lactic và gây toan hóa máu thai (toan chuyển hóa).

Như vậy, trong phần lớn các trường hợp, ngạt là hệ quả của suy thai. Tình trạng ngạt liên quan mạnh đến tổn thương não bộ ở sơ sinh.

## NGUYÊN NHÂN CỦA TÌNH TRẠNG SUY THAI TRONG CHUYỂN DẠ

Có thể phân các nguyên nhân của tình trạng thiếu  $O_2$  ở thai thành 4 nhóm chính:

1. Nhóm các nguyên nhân làm giảm nồng độ  $O_2$  trong máu mẹ
2. Nhóm các nguyên nhân làm suy giảm việc vận chuyển máu chứa  $O_2$  đến hồ máu
3. Nhóm các nguyên nhân gây suy giảm trao đổi khí máu tại hồ máu
4. Nhóm các nguyên nhân cản trở việc vận chuyển máu bão hòa  $O_2$  từ hồ máu đến mô thai nhi

Các nguyên nhân khác nhau có ảnh hưởng rất khác nhau lên tình trạng thai nhi.

### *Các nguyên nhân làm giảm nồng độ $O_2$ trong máu mẹ*

Các nguyên nhân làm giảm nồng độ  $O_2$  trong máu mẹ thường là trường diễn và là nguyên nhân của suy thai trường diễn.

Phổ biến trong các nguyên nhân này là

- Các bệnh lý hô hấp mãn tính ở mẹ
- Bệnh tim bẩm sinh ở mẹ
- Các bệnh lý hemoglobin ở mẹ

Chúng là các nguyên nhân làm giảm nồng độ  $O_2$  ( $PaO_2$ ) trong máu mẹ một cách trường diễn, ảnh hưởng kéo dài và liên tục trên tăng trưởng bào thai và do đó gây ra suy thai trường diễn. Thiếu oxygen trường diễn gây ra các bất thường trong tăng trưởng bào thai, với một hệ đệm suy yếu, và mất khả năng bù trừ khi phải đối phó với các stress gây ra do cơn co tử cung trong chuyển dạ.

Các nguyên nhân làm giảm nồng độ  $O_2$  trong máu mẹ không trực tiếp gây suy thai trong chuyển dạ, nhưng là yếu tố làm cho thai trở nên không còn đủ khả năng để chịu đựng được chuyển dạ.

### *Suy giảm việc vận chuyển máu chứa oxygen đến hồ máu*

Suy giảm việc vận chuyển máu chứa oxygen đến hồ máu có thể xảy ra trường diễn hay cấp diễn.

Việc vận chuyển máu chứa oxygen có  $PaO_2$  bình thường đến hồ máu có thể suy giảm do nhiều nguyên nhân, trường diễn và cấp diễn.

Ngoài chuyển dạ, thường thấy nhất là các bệnh lý mạch máu mãn tính của mẹ (tăng huyết áp thai kỳ hay tăng huyết áp mạn, tiểu đường với biến chứng mạch máu, lupus đỏ...) làm giảm cấp máu cho hồ máu.

Trong chuyển dạ, tình trạng chèn ép tĩnh mạch chủ dưới làm giảm cung lượng tuần hoàn về tim gây hệ quả làm giảm cung lượng tim, với biểu hiện tụt huyết áp. Tụt huyết

áp ở mẹ trong hội chứng tĩnh mạch chủ dưới là nguyên nhân trực tiếp làm giảm cấp máu bão hòa oxygen đến hồ máu. Đôi khi, gây tê ngoài màng cứng giảm đau sản khoa cũng có thể gây tụt huyết áp ở mẹ và ảnh hưởng đến cấp máu cho nhau. Phục hồi thể tích tuần hoàn là giải pháp cho trường hợp này.

Cũng trong chuyển dạ, cơ tử cung co thắt. Tình trạng co cơ tử cung gây ra co thắt và siết chặt các mạch máu xoắn ốc đi xuyên thành tử cung vào hồ máu. Khi cường độ cơn co vượt quá huyết áp tâm thu của các động mạch xoắn, thì hiện tượng cấp máu có oxy cho hồ máu sẽ bị gián đoạn tạm thời. Tình trạng thoát lưu máu bão hòa  $CO_2$  khỏi hồ máu cũng bị gián đoạn khi cường độ cơn co vượt quá huyết áp tĩnh mạch xuyên thành.

Tần số của cơn co quá cao cũng làm thu ngắn khoảng hồi phục của tuần hoàn, và gây nên rối loạn khí máu do gián đoạn tuần hoàn. Trong trường hợp cơn co cường tính gây thiếu oxy thai, khắc phục tình trạng rối loạn cơn co đủ để giải quyết tình trạng cung cấp oxygen cho thai.

Thai sử dụng hệ đệm để chống lại tình trạng toan hô hấp gây bởi gián đoạn cung cấp  $O_2$  và đào thải  $CO_2$ .

Nếu không có đủ dự trữ kiềm, thì sẽ nhanh chóng đi vào toan chuyển hóa.

Gián đoạn cung cấp oxygen và đào thải  $CO_2$  làm thai buộc phải sử dụng hệ đệm để chống lại tình trạng toan hô hấp. Nếu dự trữ kiềm của thai là bình thường trước chuyển dạ, thì thai nhi có thể vượt qua được tình trạng này bằng hệ đệm của nó. Nếu thai không có đủ dự trữ kiềm trước chuyển dạ, thì thai sẽ nhanh chóng đi vào toan chuyển hóa khi đã sử dụng hết dự trữ kiềm.

### *Suy giảm trao đổi khí máu tại hồ máu*

Suy giảm trao đổi khí máu tại hồ máu cũng có thể là cấp diễn hay trường diễn.

Suy giảm trao đổi khí máu tại hồ máu do nguyên nhân trường diễn là do các thành phần mao mạch của lòng nhau bị thoái hóa. Các bệnh lý gây suy giảm chức năng trao đổi khí ở nhau thường thấy là thai quá ngày, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, lắng đọng fibrin quanh lòng nhau trong tiền sản giật... Trao đổi khí máu qua lòng nhau giảm, thai mất khả năng tiếp nhận oxy và mất khả năng thải trừ  $CO_2$ . Trong những trường hợp này, lượng giá sức khỏe thai ngoài chuyển dạ là một điều kiện bắt buộc để quyết định kiểu sanh của sản phụ.

Suy giảm trao đổi khí máu ở hồ máu có thể là cấp diễn, khi các lòng nhau bị tách ra khỏi hồ máu trong nhau bong non. Đây là một tình trạng cấp cứu sản khoa.

### *Bất thường hay gián đoạn tuần hoàn dây rốn*

Bất thường tuần hoàn dây rốn là nguyên nhân chủ yếu cản trở việc vận chuyển máu bão hòa  $O_2$  từ hồ máu đến mô thai nhi.

Chèn ép cuống rốn là nguyên nhân thường thấy nhất trong nhóm này.

Sa dây rốn là dạng thức nặng nhất và thượng khẩn của chèn ép tuần hoàn rốn.

Sa dây rốn là một cấp cứu thượng khẩn trong sản khoa. Gián đoạn hoàn toàn lưu thông mạch máu rốn trong sa dây rốn là yếu tố dẫn đến cái chết nhanh chóng của thai nhi.

Trong sa dây rốn, dây rốn bị sa ra trước ngôi thai và bị chèn ép giữa ngôi thai và khung chậu (sa dây rốn). Sa dây rốn trong ngôi đầu là nguy hiểm nhất, do dây rốn bị ép giữa 2 phần xương cứng là đầu thai và khung chậu. Trong ngôi mông, mức độ nguy hiểm có ít hơn do mông là một khối mềm. Gián đoạn hoàn toàn lưu thông mạch máu rốn trong sa dây rốn là yếu tố dẫn đến cái chết nhanh chóng của thai nhi. Đa phần, phải thực hiện mổ lấy thai khẩn cấp, ngoại trừ trong 2 trường hợp: (1) thai đã chết và (2) có đủ điều kiện để tiến hành sanh ngã âm đạo tức thì một cách an toàn.

Chèn ép rốn có tiên lượng rất khác nhau, tùy theo kiểu cách và mức độ chèn ép

Dây rốn cũng có thể bị chèn ép giữa phần mềm của thai và thành tử cung trong những trường hợp mà lượng ối còn lại không thỏa đáng hay dây rốn ở những vị trí bất lợi. Trong chèn ép rốn, mức độ nguy hiểm lệ thuộc vào mức độ của chèn ép và thành phần bị chèn ép.

Phân tích các đặc điểm của băng ghi EFM có thể cung cấp các ý niệm về tình trạng của chèn ép rốn cũng như mối đe dọa của nó trên thai nhi.

Một dạng thức đặc biệt của chèn ép rốn là dây rốn thắt nút. Tình trạng này là không thể dự báo trước, cũng như không thể dự phòng. Chỉ có may mắn mới giúp được đứa bé tránh khỏi cái chết hiển nhiên mà thôi.

**Bệnh lý Hemoglobin thai gây suy giảm vận chuyển oxy từ nhau đến thai.**

Gây suy giảm vận chuyển oxy từ nhau đến thai. Bệnh lý này có những biểu hiện trường diễn, và có thể nhận ra bằng các phương tiện đặc thù.

## PHƯƠNG TIỆN PHÁT HIỆN SUY THAI TRONG CHUYỂN DẠ

Đối với các chuyển dạ nguy cơ thấp, theo dõi tim thai bằng ống nghe Pinard hoặc máy nghe tim thai dùng hiệu ứng Doppler.

Việc đánh giá nguy cơ ở thai phụ khi vào chuyển dạ là bắt buộc. Đánh giá nguy cơ của chuyển dạ được thực hiện bằng các yếu tố lâm sàng và một admission test đầu chuyển dạ.

Cùng với các dữ kiện lâm sàng sàng lọc âm tính, một admission test bình thường (EFM loại I theo ACOG) sẽ xác nhận nguy cơ của chuyển dạ là thấp.

Khi nguy cơ của chuyển dạ là thấp, việc theo dõi tim thai ngắt quãng bằng các phương tiện đơn giản như ống nghe hay máy nghe cầm tay dùng Doppler, cả trong và ngoài cơn co, sẽ có hiệu quả tương đương với việc thực hiện monitoring tim thai-cơn co trong chuyển dạ.

Khi có bất thường của tim thai ghi nhận được qua các phương tiện này, cần phải thực hiện monitoring gián đoạn hay liên tục.

Trên máy nghe tim thai cầm tay dùng hiệu ứng Doppler, tim thai gọi là bất thường khi có nhịp tim thai nhanh  $\geq 160$

nhịp/ph (tachycardia), nhịp tim thai chậm  $\leq 120$  nhịp/ph (bradycardia), hay nhịp tim thai không đều kiểu nhịp giảm (deceleration).

Các chuyển dạ có nguy cơ, hay khi có bất thường của nhịp tim thai, monitoring là phương tiện được lựa chọn.

EFM tạo cho người thực hành cảm giác an tâm khi theo dõi liên tục nhịp tim thai.

Tuy nhiên, vấn đề lớn nhất của việc đọc và diễn giải các băng ghi EFM là (1) các khác biệt trong diễn giải băng ghi, kể cả intra-observer và inter-observer, tiên cứu và hồi cứu và (2) độ đặc hiệu (specificity) của việc diễn giải biểu đồ.

Việc tiến hành phân loại các băng ghi EFM trong chuyển dạ theo ACOG 2009 có ý nghĩa sàng lọc.

Việc tiến hành phân loại các băng ghi EFM trong chuyển dạ theo ACOG có ý nghĩa sàng lọc.

Băng ghi xếp loại I giúp nhận diện các sản phụ có nguy cơ thấp sẽ xuất hiện rối loạn thăng bằng kiểm toan trong chuyển dạ, với điều kiện không xảy ra các sự kiện bất thường nghiêm trọng trong chuyển dạ.

Băng ghi xếp loại III liên quan mạnh đến sự hiện diện của toan hóa máu thai tại thời điểm khảo sát, cần có một can thiệp thích hợp tức thời.

Băng ghi xếp loại II đòi hỏi các phân tích chi tiết, căn cứ vào các yếu tố thành phần của băng ghi và mối liên quan giữa chúng với nhau và giữa chúng với các thành tố của chuyển dạ.

Khi có một băng ghi EFM bất thường, cần phân tích băng ghi một cách cẩn trọng.

Cơn co tử cung làm giảm cấp máu và thoát lưu máu đến hồ máu. Bất thường cơn co kiểu tachysystol, tetany hay tăng trương lực cơ bản ảnh hưởng mạnh đến các biến đổi trên băng ghi EFM.

Mọi biến động trên EFM trước tiên phải đặt trong mối quan hệ với cơn co tử cung khi giải thích các biến động trên EFM.

Trị số tim thai căn bản (baseline) là dữ kiện phản ánh tình trạng tổng quát của thai, thể hiện phản ứng điều chỉnh trung hạn của thai với stress gây ra do chuyển dạ. Baseline có một giá trị nhận định trung hạn. Giá trị tự thân của việc đánh giá baseline không cao.

Đánh giá baseline phải được đặt trong bối cảnh lâm sàng tổng quát của chuyển dạ như thân nhiệt, huyết áp, dùng thuốc, bệnh lý mẹ...; Cũng như là có hay không kèm theo các biến động tức thời của nhịp tim thai gồm cả nhịp tăng, nhịp giảm, và các điều chỉnh lên xuống của baseline ngay tiếp theo sau các biến động tức thời.

Dao động nội tại (variability): Tim thai hoạt động theo một nhịp tự thân của một pace-marker từ nhĩ, nhịp này cũng phụ thuộc trực tiếp vào cấp  $O_2$  cho cơ tim, qua hóa cảm thụ quan với  $O_2$  tại chỗ. Đồng thời nhịp tim chịu sự chi phối của hệ thống thần kinh thực vật, cả trực và đối giao cảm. Variability thực chất hình ảnh của các điều chỉnh nhịp theo nhịp (beat-to-beat) của hành não lên nhịp tự thân, thông qua hệ thần kinh thực vật. Điều chỉnh này là



các phản ứng với thông tin đến từ các áp cảm thụ quan (baroreceptor) hay hóa cảm thụ quan (chemoreceptor).

Khi mất điều chỉnh từ hành não, tim thai sẽ hoạt động theo nhịp tự thân của nó, và không còn hiện tượng biến động nhịp theo nhịp nữa.

Biểu đồ không còn dao động nội tại, với nhịp muộn phản ánh một tình trạng rất nặng của thai nhi.

Nhịp tăng (acceleration) là kết quả của một loạt điều chỉnh nhịp theo nhịp theo chiều hướng tăng, thông qua hệ thống trục giao cảm, theo sau một biến động giảm áp tại xoang động mạch cảnh và quai động mạch chủ. Sự hiện diện của nhịp tăng phản ánh một hành não lành mạnh. Sensitivity và specificity của nhịp tăng đối với tình trạng bình thường của thai rất cao. Khi tình trạng giảm áp được khắc phục, nhịp tim thai tức thời sẽ dần dần trở về trị số baseline.

Thông thường, nhưng không phải là luôn luôn, hiện diện của nhịp tăng liên quan đến một tình trạng thai khỏe mạnh.

Nhịp giảm (deceleration) là kết quả của một loạt điều chỉnh nhịp theo nhịp theo chiều hướng giảm, thông qua hệ thống đối giao cảm, theo sau một biến động giảm PaO<sub>2</sub> trong máu thai hoặc theo sau một biến động tăng huyết áp hệ thống của thai.

Phân tích chi tiết cơ chế bệnh sinh của các nhịp giảm đóng một vai trò quan trọng trong việc ra quyết định quản lý bất thường của EFM trong chuyển dạ.

Nhịp giảm bất định (variable deceleration) liên quan đến tình trạng tăng áp hệ thống do chèn ép lưu thông ở động mạch rốn. Hình dạng của nhịp giảm bất định có thể giúp dự đoán các đặc tính của chèn ép trên dây rốn. Các biến động của dao động nội tại hay baseline đi kèm cung cấp thông tin quan trọng cho dự báo tiên lượng của nhịp giảm.

Nhịp giảm muộn (late deceleration) liên quan đến tình trạng giảm PaO<sub>2</sub> trong máu thai trong máu ngoại vi, cũng như tác động trực tiếp của giảm PaO<sub>2</sub> tại cơ tim. Cần lưu ý rằng do có liên quan đến cả hypoxia lẫn tác động trực tiếp lên cơ tim, nên khi nhịp giảm muộn đi kèm theo bradycardia hay kèm theo variability thấp/mất variability thì các nhịp giảm muộn này có liên quan mạnh đến tình trạng toan hóa máu thai.

Để tránh các vấn đề liên quan đến sai lệch trong diễn giải EFM, người ta có xu hướng dùng CTG điện toán.

Các nghiên cứu tổng quan đầu tiên về computerized CTG cho thấy đây là một phương pháp có nhiều hứa hẹn trong nỗ lực làm giảm tổn thương não bộ sơ sinh.

Khảo sát khí máu thai và pH được chỉ định trong những trường hợp nghi ngờ có đe dọa thai.

Do specificity của EFM không cao, nên khi có bất thường trên EFM, cần nghĩ đến việc phân tích một cách kỹ lưỡng băng ghi, và đặt các biến động này trong bối cảnh lâm sàng cụ thể.

Khảo sát khí máu thai bằng máu da đầu là một khảo sát xâm lấn.

Cần thực hiện các can thiệp cần thiết, theo cơ chế bệnh sinh trước khi quyết định thực hiện một test xâm lấn, như giám co, điều chỉnh tư thế mẹ, bù thiếu hụt thể tích...

Sau khi đã thực hiện các can thiệp sơ cấp, và có nghi ngờ của toan hóa máu thai, cần nghĩ đến việc thực hiện khí máu da đầu.

## CÁC BIỆN PHÁP CAN THIỆP SƠ CẤP KHI CÓ BẤT THƯỜNG TRÊN EFM

Các biện pháp can thiệp sơ cấp được đặt ra khi có bất thường của EFM. Các biện pháp này nhằm vào các yếu tố nguyên nhân gây nên biến động EFM và fetal distress.

Xử lý nguyên nhân làm giảm nồng độ O<sub>2</sub> trong máu mẹ.

### 1. Thở oxy

Do đau nên rối loạn thông khí, kiểu thở nhanh và nông, rất thường thấy trong chuyển dạ. Tình trạng này có thể làm thay đổi thông số khí máu của mẹ do tình trạng tăng thải CO<sub>2</sub>.

Rối loạn thông khí có thể ảnh hưởng đến các thai phụ không bệnh lý trước đó, nhưng bị ảnh hưởng nhiều nhất vẫn là các thai phụ với bệnh lý tim mạch và bệnh lý hô hấp. Bảo hòa oxygen thấp trước đó ở thai phụ có bệnh lý tim mạch hay hô hấp có thể diễn biến xấu hơn do các rối loạn thông khí và stress xuất hiện trong chuyển dạ. Các thai phụ này phải được cung cấp đủ oxy khi vào chuyển dạ. Mặc dù lượng tăng PaO<sub>2</sub> tuyệt đối ở máu tĩnh mạch rốn có vẻ không có ý nghĩa (từ 28 mmHg đến 47 mmHg), nhưng nó vẫn đưa đến sự gia tăng bão hòa oxy ở máu thai một cách đáng kể (từ 65% đến 87%), phản ánh đúng độ dốc của đường biểu diễn phân ly O<sub>2</sub>-Hb thai ở các trị số PaO<sub>2</sub> này.

Với các thai phụ không có bệnh lý, theo tổng quan Cochrane, việc thở oxy dự phòng trong chuyển dạ không mang lại bất cứ lợi ích nào. Việc thở oxy trong các chuyển dạ với bất thường băng ghi EFM không cho thấy cải thiện trên kết cục của thai.

### 2. Giảm đau sản khoa bằng thuốc giảm đau sản khoa

Giảm đau sản khoa có thể có ích, nhằm giúp sản phụ có thể tránh được rối loạn gây bởi stress và đau.

Xử lý nguyên nhân dẫn đến suy giảm cấp máu chứa oxygen đến hồ máu.

### 1. Truyền dịch tinh thể đẳng trương

Tình trạng giảm cấp máu đến hồ máu trong chuyển dạ thường thấy nhất là do tụt huyết áp hệ thống ở mẹ. Tụt huyết áp hệ thống có thể do mất nước, do chèn ép tĩnh mạch chủ dưới, do gây tê ngoài màng cứng giảm đau sản khoa, dùng các thuốc chống tăng huyết áp. Bù thể tích bằng các dịch tinh thể đẳng trương thường là đủ để giải quyết vấn đề.

### 2. Nằm nghiêng trái

Nếu nguyên nhân của việc tụt áp hệ thống là do giảm cung lượng về nhĩ phải do chèn ép tĩnh mạch chủ dưới thì việc cho thai phụ nằm nghiêng trái có thể giúp làm giảm lực ép lên tĩnh mạch chủ dưới, qua đó cải thiện cung lượng về nhĩ phải và cải thiện cung lượng tuần hoàn ở thai phụ.

### 3. Điều chỉnh rối loạn con co tử cung

Con co tử cung, điều trị tetany cơ tử cung và điều trị tachysystol là điều trị quan trọng nhất trong nỗ lực cải

thiện cấp máu đến hồ máu trong những trường hợp có rối loạn cơn co tử cung.

Ngưng ngay tức khắc oxytocin nếu như các rối loạn cơn co này có nguyên nhân là việc dùng oxytocin ngoại sinh.

Dùng thuốc giảm co nếu nguyên nhân của tăng hoạt năng tử cung là do nguyên nhân chức năng. Beta-mimetic như Terbutalin là thuốc được lựa chọn cho mục đích này.

Nếu như nguyên nhân của rối loạn cơn co là do hội chứng vượt trở ngại, tức do nguyên nhân cơ học, thì phải chấm dứt ngay chuyên dạ. Đi tìm, xác nhận hay loại trừ bất xứng đầu chậu và hội chứng vượt trở ngại là việc bắt buộc phải làm và có mức độ ưu tiên cao nhất cho các bất thường trên EFM có tachysystol. Đồng thời với việc chấm dứt chuyên dạ ngay tức khắc, cần dùng ngay một giảm co tử cung mạnh như Nitroglycerine ngâm dưới lưỡi, một mặt để cải thiện tưới máu nhau, mặt khác để tránh một trường hợp vỡ tử cung.

#### Xử lý suy giảm trao đổi khí máu tại hồ máu.

1. Trong chuyên dạ, không có biện pháp cải thiện trao đổi khí tại hồ máu, khi các tổn thương quanh gai nhau đã tồn tại trước đó.
2. Trong trường hợp của nhau bong non, gián đoạn trao đổi khí do tình trạng bong nhau đòi hỏi một can thiệp chấm dứt chuyên dạ tức thì.

Xử lý bất thường tuần hoàn dây rốn tùy thuộc vào nguyên nhân và mức độ.

Chèn ép lưu thông cuống rốn tùy thuộc vào nhiều nguyên nhân và có nhiều mức độ ảnh hưởng khác nhau. Phân tích chính thái của các nhịp giảm bất định trên biểu đồ EFM có thể giúp phán đoán mạch máu bị chèn ép là động mạch hay tĩnh mạch hay cả hai, mức độ chèn ép động mạch, dự trữ kiểm để có thái độ quyết định.

1. Mổ sanh ngay nếu có sa dây rốn: Khi có bất thường EFM, bằng mọi giá phải xác nhận hay loại trừ khả năng có sa dây rốn. Sa dây rốn là một cấp cứu thượng khẩn. Việc xử lý tùy thuộc vào tình trạng cổ tử cung có cho phép thực hiện một cuộc sanh ngã âm đạo tức thì và an toàn hay không.
2. Thay đổi tư thế có thể làm một nhịp giảm bất định biến mất, nếu như tư thế mới làm cho dây rốn không bị chèn ép nữa.

Vấn đề mổ sanh vì “suy thai”. Mổ sanh vì suy thai như thế nào là chính đáng?

Do không thể định nghĩa tình trạng suy thai một cách rạch ròi, nên việc đánh giá mổ sanh trong suy thai là rất khó khăn. Mổ sanh vì lý do suy thai luôn luôn phải đối mặt với các chỉ trích.

Nếu bạn mổ ra mà sơ sinh có pH máu cuống rốn và tình trạng khí máu bình thường, bạn sẽ nói rằng là bạn “can thiệp quá đáng”? Hay bạn sẽ nói rằng “bạn can thiệp rất đúng lúc”, khi em bé chưa bị ảnh hưởng bởi các stress?

Nếu bạn mổ ra mà sơ sinh có pH máu cuống rốn thấp và tình trạng khí máu bất thường, bạn sẽ nói rằng là bạn “can thiệp chính đáng?” hay bạn đã “can thiệp muộn với nguy cơ tổn thương não bộ cho sơ sinh là cao?”

Để thay cho lời kết, bạn hãy suy ngẫm về các dòng này....

#### TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Obstetrics and gynecology 8<sup>th</sup> edition. Tác giả Beckmann. Hợp tác xuất bản với ACOG. Nhà xuất bản Wolters Kluwer Health 2018.
2. Williams Obstetrics 24<sup>th</sup> edition. Nhà xuất bản McGraw-Hill Education 2014.