

THAI CHẬM TĂNG TRƯỞNG TRONG TỬ CUNG

Thai gọi là chậm tăng trưởng trong tử cung (IUGR) khi cân nặng thai dưới bách phân vị (BPV) thứ 10 theo tuổi thai trên siêu âm và có dạng biểu đồ tăng trưởng đi xuống. Nếu thai có cân nặng nhỏ hơn tuổi thai và biểu đồ tăng trưởng đi lên thì là thai nhỏ.

1. Mở đầu buổi tư vấn

- ☐ Chào hỏi, tự giới thiệu: *Chào chị tôi là ... hôm nay tôi sẽ phụ trách khám/tư vấn cho chị.*
- ☐ Mời thai phụ tự giới thiệu
 - Tên, tuổi, nghề nghiệp
 - PARA
 - Tuần tuổi thai
- ☐ Thai phụ trình bày về mục đích buổi tư vấn: *Điều gì khiến cho chị phải đến buổi tư vấn hôm nay?*
- ☐ Làm rõ mục đích buổi tư vấn: *Hôm nay tôi sẽ tư vấn cho chị hiểu rõ hơn về vấn đề ... này.*

2. Thu thập thông tin

Mục tiêu thu thập thông tin là để phân loại THA thai kỳ:

- ☐ Hỏi bệnh: **hỏi sổ khám thai, kết quả SA từ đầu thai kỳ, các giấy tờ trong thai kỳ, sinh hóa máu, TPTNT, đạm niệu 24h, siêu âm**
 - Xác nhận tuổi thai theo kinh chót
 - Tiền căn sanh con IUGR, sanh non, con nhẹ cân
 - Mẹ tăng cân chậm, điều kiện kinh tế kém, bệnh lý nội khoa
- ☐ CLS:
 - **Hiệu chỉnh đúng tuổi thai trên siêu âm**
 - Chủ yếu đánh giá SA: các số liệu sinh trắc, tiến triển sinh trắc, nước ối (thường là thiếu ối, đa ối gợi ý bất thường NST), bất thường hình thái học.
 - Các CLS gợi ý nguyên nhân: CTM, miễn dịch, HA mẹ...
- ☐ **SA Doppler:**
 - **Đánh giá chức năng bánh nhau: Doppler ĐM rốn và ĐM tử cung** (IUGR do mẹ TSG: Doppler ĐM tử cung tăng)
 - **Đánh giá tình trạng sức khỏe thai: Doppler ĐM não giữa và ống TM.**

3. Truyền tải thông tin

- ☐ Hỏi thai phụ đã biết gì về IUGR chưa, thai phụ lo lắng điều gì nhất.
- ☐ *Thai được chẩn đoán là IUGR khi cân nặng thai dưới BPV thứ 10 theo tuổi thai trên siêu âm và có dạng biểu đồ tăng trưởng đi xuống. Nghĩa là tương ứng với tuổi thai hiện tại, khảo sát 100 thai thì con chị thuộc 10 thai có cân nặng nhất. Việc nuôi dưỡng thai trong tử cung hiện có vấn đề nên sẽ luôn cân nhắc giữa việc nuôi thai trong bụng mẹ và nuôi thai bên ngoài thì phương pháp nào có nhiều lợi ích hơn.*
- ☐ Nguyên nhân có thể do
 - Mẹ: nội khoa (tim, gan, thận,...) hội chứng kháng phospholipid, nghiện rượu, thuốc lá, thiếu dinh dưỡng.
 - Phần phụ của thai: bánh nhau, dây rốn.
 - Thai: đa thai, nhiễm trùng, rối loạn di truyền
 - Đôi khi khó xác định, do 1 hoặc nhiều nguyên nhân

4. Chẩn đoán – xử trí – quản lý

- ☐ Đảm bảo tính chính xác tuổi thai.
- ☐ Nếu chưa có chẩn đoán nào cho thấy nguyên nhân: tìm nguyên nhân
 - Bất thường di truyền
 - Rubella, VDRL, CMV và toxoplasma
 - Bệnh lý nội khoa: TSG
- ⇒ **Hiện tại bé được chẩn đoán là thai tăng trưởng giới hạn trong tử cung, khởi phát rất sớm/sớm/muộn, giai đoạn 1/2/3/4 có thể do...**

Phân độ (theo ACOG 2014)	Độ 0	Độ I	Độ II	Độ III
	Doppler ĐM rốn và ĐM não giữa bình thường	Doppler ĐM rốn hoặc ĐM não giữa bất thường	Mất sóng tâm trương hoặc đảo ngược sóng tâm trương ĐM rốn	Bất thường ống tĩnh mạch
Xử trí	<ul style="list-style-type: none"> Mục tiêu: CDTK đúng thời điểm Thời điểm CDTK: khi nguy cơ chết thai trong tử cung lớn hơn chết sau sinh (hoặc khi tình trạng thai diễn tiến xấu: NST không đáp ứng, siêu âm Doppler diễn tiến nặng). Nguyên tắc xử trí: tùy thuộc vào tuổi thai và mức độ chậm tăng trưởng + thảo luận cùng bác sĩ nhi để đưa ra quyết định tốt nhất cho thai. 			
	IUGR rất sớm (≤ 29 tuần)			
	Tư vấn tiền sản, có thể chọc ối tìm nguyên nhân, tùy tình huống sẽ có hướng xử trí sau.			
	IUGR sớm (29 – ≤ 34 tuần)			
	Độ 0	Độ I	Độ II	Độ III
	<ul style="list-style-type: none"> Ngoại trú SA Doppler mỗi 2 tuần 	<ul style="list-style-type: none"> Ngoại trú, nhập viện nếu có vấn đề khác (TSG) SA Doppler + NST mỗi 2 tuần Hỗ trợ phổi CDTK ở 37 tuần nếu NST có đáp ứng, AFI > 5cm 	<ul style="list-style-type: none"> Nội trú SA Doppler 1 lần/ngày + NST 2 lần/ngày Hỗ trợ phổi NST không đáp ứng: MLT 	CDTK ở 34 tuần nếu NST có đáp ứng, AFI > 5cm, SA ổn định CDTK ở 32 tuần nếu NST có đáp ứng, AFI > 5cm, SA ổn định
	IUGR muộn (> 34 tuần)			
	Theo dõi: tương tự IUGR sớm. Hỗ trợ phổi nếu có chỉ định mổ lấy thai khi < 36 tuần.			
Tư vấn	Nếu tình trạng bé xấu đi thì có thể sẽ phải chấm dứt thai kì sớm hơn. Nhưng phải lưu ý rằng: với kết quả hiện tại, thì bé có khả năng mất tim thai bất cứ lúc nào, điều này là không thể dự báo trước được.			
	Ảnh hưởng mẹ: nguy cơ của bệnh lí nền, nguy cơ mổ lấy thai Ảnh hưởng con: chết lưu, ối vỡ non, sanh non tháng khó thích nghi với mt sống bên ngoài, đa hồng cầu (do thiếu oxy trường diễn), hạ đường huyết, tăng bilirubin máu, hạ thân nhiệt, suy hô hấp, vàng da sơ sinh nặng, nhiễm trùng sơ sinh, co giật và tử vong sơ sinh...			
	Dặn dò thai phụ đếm cử động thai. Bổ sung dinh dưỡng, nghỉ ngơi, đảm bảo sức khỏe mẹ. Tái khám nếu thấy bất thường: đau bụng, ra nước, ra huyết âm đạo, thai máy ít, máy yếu.			

5. Tư vấn CDTK

- ☐ Có 2 phương pháp CDTK: khởi phát chuyển dạ hoặc MLT. Cố gắng sinh đường âm đạo. Tuy nhiên, khi việc khởi phát chuyển dạ hay sinh chỉ huy không thuận tiến triển tốt hoặc tình trạng mẹ/thai trở nên nguy kịch thì phải mổ lấy thai (tư vấn biến chứng mổ lấy thai).
- ☐ Khởi phát chuyển dạ dựa theo:
- ☐ Nếu cổ TC đã mở sẵn sàng cho cuộc sanh, tăng co với Oxytocin.
 - ☐ Nếu cổ TC chưa mở sẵn sàng cho cuộc sanh, thúc đẩy quá trình này bằng PGE1, PGE2 trước khi dùng Oxytocin. (Chú ý sau khi dùng PGE1, PGE2, tử cung rất nhạy với Oxytocin và dễ gây cơn gò cường tính, dọa vỡ - vỡ TC, thai suy nên cần theo dõi chặt chẽ CD với monitor sản khoa. Chỉ sử dụng Oxytocin sau 4 tiếng sử dụng PGE1 hay 6 tiếng sử dụng PGE2.)

6. Kết thúc buổi tư vấn

- ☐ Hệ thống hóa các thông tin cơ bản về vấn đề
- ☐ Tuần tuổi thai, vấn đề đến tư vấn
 - ☐ Các thông tin đã thu thập và đã tư vấn
- ☐ Hệ thống hóa các trao đổi đã thực hiện về định hướng quản lý, nhằm đạt đồng thuận
- ☐ Dặn dò thai phụ
- ☐ Tìm hiểu có vấn đề nào khác còn tồn đọng sau tư vấn: *Chị còn thắc mắc gì không?*

Điểm giao tiếp

- ☐ Trao đổi thông tin hai chiều, thảo luận trao đổi với thai phụ.
- ☐ Thường xuyên đặt câu hỏi. Câu hỏi đóng mở thích hợp, có mục đích rõ ràng.
- ☐ Lắng nghe đồng cảm, trấn an.
- ☐ Tôn trọng sự lựa chọn của thai phụ.
- ☐ Ngôn ngữ dễ hiểu.

