

CHIỀU DÀI KÊNH CỔ TỬ CUNG NGẮN – SANH NON

Tình huống: Một thai phụ có nguy cơ cao sanh non theo tiền sử, đến khám vì kết quả siêu âm đo chiều dài kênh cổ tử cung ngắn bất thường, cần được thực hiện các biện pháp dự phòng

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 tình trạng hiện tại của chị và thai cũng như hướng xử trí theo dõi tình trạng này.*

2. Thu thập thông tin – Thiết lập chẩn đoán

Mục tiêu thu thập thông tin là để tầm soát các nguy cơ sanh non.

- ☐ Lâm sàng: **sổ khám thai, giấy tờ**
 - Xác định chính xác tuần tuổi thai: **Tuần 19-23**
 - Khai thác các yếu tố nguy cơ như:
 - Tiền căn sanh non, chuyển dạ sanh non, ối vỡ non
 - Hở eo cổ tử cung nguyên phát hoặc thứ phát sau can thiệp ay khoa như khoét chóp cổ tử cung
 - Nhiễm trùng như nhiễm trùng tiểu, loạn khuẩn âm đạo, nhiễm trùng màng ối
 - Đa thai, đa ối
 - Tử cung bị biến dạng do u xơ cơ tử cung, tử cung có vách ngăn hay các dị tật cấu trúc khác của tử cung
 - Bất thường bánh nhau: nhau bong non, nhau tiền đạo
 - Mẹ hút thuốc lá
 - Tìm nguyên nhân có thể có như :
 - Stress của mẹ dẫn tới hoạt hóa trục hạ đồi tuyến yên tuyến thượng thận của mẹ (điều kiện công việc, kinh tế, gia đình)
 - Nhiễm trùng (màng đệm, màng ối, hoặc toàn thân) và loạn khuẩn hệ âm đạo bệnh lý
 - Giảm tưới máu màng ối và xuất huyết tại lớp màng ối (bong nhau)
 - Căng dẫn tử cung quá mức do đa thai, đa ối hay dị dạng tử cung (tử cung đôi)
- ☐ Cận lâm sàng:
 - Vào tuần lễ 24 của thai kỳ, trên một thai phụ không có triệu chứng, nếu chiều dài cổ tử cung ngắn hơn 25mm thì nguy cơ sinh non sẽ tăng lên.
 - Siêu âm: tuổi thai, phát triển bào thai, lượng ối, ngôi thai và vị trí bánh nhau, (nhau bong non, nhau tiền đạo), khảo sát thêm hình dạng của lỗ trong và lỗ ngoài cổ tử cung. (dạng U, dạng Y được biết đến như là những dạng có nguy cơ cao sanh non, dạng I thường có tiên lượng tốt hơn.)
 - NST để đánh giá tần số và cường độ cơn gò
 - Nếu nghi ngờ có nhiễm trùng thì cần làm thêm Procalcitonin, CRP, TPTNT, soi cấy dịch âm đạo: **đặt mô vệt phết dịch âm đạo để có kết quả:**
 - fFN âm tính trong dịch tiết âm đạo-cổ tử cung: khả năng thai phụ sẽ sinh non trong vòng 7 ngày kế tiếp là rất thấp, khoảng 1%, với giá trị dự báo âm là 97.4%. (nồng độ fFN gia tăng thì có thể có liên quan với sự gia tăng nguy cơ sinh non, với khả năng sẽ sinh trong vòng 7-14 ngày từ khi thực hiện test.)
 - PAMG-1 (+) cho thấy nguy cơ ối vỡ non và sanh non.
- ☐ **Lâm sàng chuyển dạ sanh non (⇒ Tri hoãn sanh non để đủ 48h hỗ trợ phổi hoặc cho sanh luôn)**
 - Có 4 cơn gò tử cung trong 20 phút hay 8 cơn trong 60 phút, cơn gò sờ thấy được và gây đau.
 - Cổ tử cung mở $\geq 2\text{cm}$ hoặc xóa trên 80%.
 - Có sự thay đổi ở cổ tử cung được nhận định bởi một người khám trong nhiều lần khám liên tiếp.

- Các dấu hiệu khác: ra **nhót hồng** hoặc dịch nhầy cổ tử cung, đau thắt lưng, trằn nặng bụng.
(nhót hồng – ra máu âm đạo với tính chất dịch nhầy đỏ hồng: nút nhầy cổ TC bung ra trước khi bắt đầu vào chuyển dạ – thường là trong vòng 1 tuần)

3. Kế hoạch quản lý – Theo dõi tại viện

- CL < 25mm ⇒ fFN ⇒ fFN (+) ⇒ PAMG-1 ⇒ PAMG-1 (+) ⇒ Trì hoãn sanh non
- CL < 25mm ⇒ fFN ⇒ fFN (-) ⇒ Dự phòng sanh non

□ Dự phòng sanh non:

- Progesteron: dự phòng sanh non cho thai phụ tiền căn sanh non hay có kênh cổ tử cung ngắn.
 - Sử dụng thuốc từ 16-36 tuần.
 - 200mg Progesteron/ngày đặt âm đạo
- Thủ thuật:

	Mô tả	Chỉ định	Chống chỉ định	Biến chứng – Theo dõi
Khâu vòng cổ tử cung	<p>Thủ thuật khâu một đường vòng tròn quanh cổ tử cung để thu hẹp lỗ trong cổ tử cung.</p> <p>Sau khâu dùng kháng sinh (uống) và chống gò.</p> <p>Khâu lúc 13 – 19 tuần. Cắt chỉ khi thai ≥ 38 tuần hoặc khi có chuyển dạ.</p>	<p>Có tiền sử khâu vòng cổ tử cung hoặc 2 trong các yếu tố:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiền căn sanh non trước 28 tuần. • Nguy cơ hở eo TC: nang nạo buồng TC, khoét chóp, cắt đoạn CTC, rách CTC, bệnh lý collagen, bất thường ở tử cung hoặc CTC. • CL < 25mm • Sự thay đổi cổ TC trước 24 tuần: CL ngắn dần qua 3 lần SA 	<ul style="list-style-type: none"> • Tử cung có cơn co, chuyển dạ • Chảy máu từ tử cung • Viêm màng ối • Ối vỡ non • Bất thường thai nhi • Viêm nhiễm âm đạo, cổ tử cung. • Nhau tiền đạo • Nhau bám thấp 	<ul style="list-style-type: none"> • Ra máu: thường hết ra máu sau khi chèn gạc cầm máu từ 3 - 4 giờ. • Gãy kim vào trong cổ tử cung: nên dùng kim tròn to có độ cong nhỏ. • Tổn thương bàng quang. • Vỡ ối, hoặc rỉ ối non. • Viêm màng ối. • Chuyển dạ sinh non. • Rách CTC. • Sinh khó do CTC xơ hóa, sẹo xơ. • Vỡ TC. <p>Không giao hợp, không đứng lâu, không gắng sức. Nhập viện lại khi có: cơn co tử cung, ra máu âm đạo, ra nước ối.</p>
Vòng nâng cổ tử cung (cerclage pessary)	<p>Một dụng cụ có nhiệm vụ như một mũi khâu vòng túi ở cổ tử cung, được đặt qua đường âm đạo, có tác dụng nâng đỡ phần lớn trọng lượng thai, tử cung, nhau, ối thay cho tử cung.</p> <p>Không cần kháng sinh.</p> <p>Đặt lúc 14-32 tuần. Lấy ra lúc 37 tuần hoặc khi sản phụ chuyển dạ, ối rỉ hoặc vỡ ối.</p>	<p>Tương tự như trên hoặc</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nhau tiền đạo không chảy máu • Thai phụ từ chối phẫu thuật • Thai lớn hơn 20 tuần <p>Ưu điểm: ít xâm lấn và kinh tế hơn so với việc khâu vòng tử cung.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tử cung có cơn co, chuyển dạ • Chảy máu từ tử cung • Viêm nhiễm âm đạo nặng điều trị chưa hết • Dị tật sinh dục bẩm sinh • Ối phồng, rỉ ối, ối vỡ non 	<ul style="list-style-type: none"> • Tuột vòng, cắn khó chịu âm đạo. • Tiêu tiểu khó • Đau cộm • Viêm âm đạo • Tiết dịch âm đạo <p>Theo dõi dấu hiệu tuột vòng (vòng lộ ra khỏi mép màng trinh), tình trạng tiết dịch Âm.</p>

□ Trì hoãn – xử trí sanh non:

- Hướng dẫn sản phụ nằm nghỉ ngơi tuyệt đối, không kích thích đầu vú và tránh giao hợp.
- Ăn uống hợp lý đầy đủ dinh dưỡng. Ăn nhiều trái cây, rau xanh, ngũ cốc để tránh táo bón.

- Corticoid liệu pháp dự phòng RDS: sẽ thực hiện 1 đợt duy nhất khi thai có nguy cơ trực tiếp của sinh non trong vòng 7 ngày và thai ở giữa tuần 24-34. **Betamethasone (12 mg) tiêm bắp, 2 liều, cách 24 giờ hoặc Dexamethasone (6 mg) tiêm bắp, 4 liều, cách 12 giờ.**
- MgSO₄ bảo vệ não thai nhi trong trường hợp sanh non trước 32 tuần.
- Thuốc khống chế tạm thời cơn co tử cung: chỉ định khi tử cung xuất hiện cơn gò vào chuyển dạ để trì hoãn thời gian cho corticoid, không phối hợp nhiều loại thuốc cắt cơn gò cùng lúc:
 - Nifedipine: liều tấn công 20mg ngâm dưới lưỡi trong 20 phút, tối đa 03 liều. Sau khi cắt cơn co duy trì Nifedipine chậm 20mg, uống 6-8h /lần. Theo dõi huyết áp khi dùng thuốc, chống chỉ định nếu huyết áp thấp < 90/50mmHg. Thuốc chẹn kênh calci. Tác dụng phụ: nóng bừng mặt, buồn nôn, tụt HA thoáng qua.
 - Atosiban 75mg (10ml) pha trong 90ml dung dịch Glucose 5% hoặc NaCl 0,9%. Truyền tĩnh mạch 24ml/h, sau 3h giảm xuống 8ml/h. Thời gian điều trị không nên quá 48h, không quá 3 đợt điều trị trong thai kỳ. Oxytocin receptor antagonist. Chỉ định điều trị dọa đẻ non từ tuần 24-33. Chống chỉ định: ối vỡ non, thai suy, IUGR, chảy máu nặng, TSG, NTD, NBN.
- Phối hợp với BS sơ sinh chuẩn bị phương tiện hồi sức và chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng.

4. Tư vấn về ảnh hưởng trên mẹ và con

- ☐ Hỏi thai phụ đã biết gì về ý nghĩa của chiều dài kênh cổ TC hay chưa. Thai phụ lo lắng điều gì khi sanh non.
- ☐ *Cổ tử cung được là phần kết nối giữa âm đạo và buồng tử cung của phụ nữ, có nhiệm vụ vô cùng quan trọng trong thai kỳ cũng như lúc sinh nở. Trong thai kỳ cổ tử cung đóng kín đảm bảo an toàn cho sự phát triển của thai nhi. Về cơ bản, tình trạng cổ tử cung ngắn không hề ảnh hưởng đến chức năng sinh lý, chuyện quan hệ vợ chồng hay cơ hội thụ thai. Tuy nhiên, cổ tử cung ngắn là một trong những nguyên nhân dẫn đến sinh non, sảy thai.*
- ☐ Đối với con:
 - Dễ gây sanh non, nhau bong non, thai chết trong tử cung.
 - Non tháng suy hô hấp, xuất huyết não.
 - Nhiễm trùng bào thai và sau sinh, chậm tăng trưởng trong tử cung, bất toàn cơ thể.
 - Thiếu sản phổi, thận, biến dạng hình thể do thiếu ối. Phổi không dẫn nở, thận không hoạt động.
 - Tử vong chu sinh tăng.
- ☐ Đối với mẹ:
 - Sảy thai lớn, mất máu nhiều, chuyển dạ nhanh.
 - BHSS, MLT, cắt TC và có thể tử vong.
 - Tăng nguy cơ sanh non cho lần mang thai tiếp theo.

5. Tư vấn theo dõi sức khỏe

- ☐ Uống đủ nước trong ngày để ngăn chặn tình trạng mất nước gây khó chịu ở tử cung.
- ☐ Không nên nhịn tiểu thường xuyên và sau khi đi vệ sinh, lau từ trước ra sau để hạn chế viêm nhiễm.
- ☐ Khi nằm cần hạn chế tư thế nằm ngửa, có thể nằm nghiêng trái hoặc nghiêng phải.
- ☐ Giữ chế độ dinh dưỡng, làm việc, nghỉ ngơi hợp lý và giảm căng thẳng trong cuộc sống hàng ngày.
- ☐ Khám thai đều đặn.
- ☐ Có thể đặt nhẹ tay trên bụng để phát hiện những cơn gò tử cung bất thường và đi khám điều trị dự phòng sinh non kịp thời
- ☐ Nhập viện khi có các dấu hiệu bất thường.

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
 - Quyết định dự phòng sanh non
 - Theo dõi tại viện/ngoại viện
- ☐ Dẫn dò thai phụ chuẩn bị cho cuộc sanh, lưu ý các bất thường ra máu ra nước, đếm thai máy
- ☐ 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.

Phân loại theo WHO 2014

Sinh cực non	< 28 tuần
Sinh rất non	từ 28 – < 32 tuần
Sinh non trung bình	từ 32 – 33 tuần 6 ngày
Sinh non muộn	từ 34 – 36 tuần 6 ngày
Thai gần đủ tháng	từ 37 – 38 tuần 6 ngày
Thai đủ tháng	từ 39 – 41 tuần

Điều trị cắt cơn gò bằng thuốc

Chống chỉ định tuyệt đối	Chống chỉ định tương đối
<ul style="list-style-type: none"> • Nguy cơ cho mẹ và thai do kéo dài thai kỳ hay nguy cơ do thuốc cao hơn nguy cơ sinh non. • Thai chết trong tử cung. • Thai dị tật bẩm sinh nặng. • Thai suy cấp. • Tiền sản giật nặng hay sản giật. • Nhiễm trùng ối. 	<ul style="list-style-type: none"> • Xuất huyết trước sinh nhiều (cân nhắc trong nhau tiền đạo). • Thai suy dinh dưỡng nặng trong tử cung • Đái tháo đường phụ thuộc insulin (có thể dùng Atosiban) • Đa thai (tăng thể tích huyết tương, cường aldosteron) nguy cơ thuốc tác động nặng lên tim mạch, phù phổi cấp nên không sử dụng Nifedipine và Salbutamol. • Ối vỡ non.