**IUGR**

**Case Y4 thi:** Trạm 3: trạm giấy, khó, nhiều bẫy. Bài làm sẽ yêu cầu vẽ biểu đồ tăng trưởng, chẩn đoán và giải thích, điều trị và giải thích. Dữ kiện có trang đầu của sổ khám thai để **kinh chót và số đo crl**, chú ý ở dưới sẽ để kinh **không đều**. Kế bên là 3 siêu âm, 1 siêu âm để crl đã nói, 2 siêu âm 28w và 32w để vẽ biểu đồ tăng trưởng. Biểu đồ đề cho là **shinozuka**, lưu ý vd tuổi thai **28w2d là phải chấm ở mốc 28**. 2 giới hạn trên và dưới lần lượt là 95th và 5th. Vẽ ra thai có số đo rất lớn, kết hợp lâm sàng trong 1 tờ giấy nữa ghi chú khám đợt này và sổ khám thai của bn ghi nhận đợt này thể tích ối nhiều và ở 28w thai phụ cho làm ogtt nhưng ói nghĩ đtđ thai kỳ. Xử trí thầy Luân nói chỉ cần làm xn đường huyết ko phải ogtt

**Key:** Phải xác định đúng tuổi thai, vẽ biểu đồ chấm vào vị trí dựa trên số tuần tròn tuổi thai

* 32w: kết luận nó là thai to,
* Làm gì?
  + Tìm nguyên nhân mẹ (đường huyết đói + 2 giờ sau ăn): xác định có RL đường huyết thai kì.
  + Làm lượng giá sức khỏe thai: Non-stress test, AFI (chỉ số ối) => Đánh giá sức khỏe thai
* Có nhập viện ko? (Nếu mọi xét nghiệm bây giờ ổn định (ĐH đói < 95, sau 2h: <120) => ko NV)

=> Về nhà: mua máy thử đường (thử đường huyết mỗi ngày: đường huyết đói, đường huyết 2h sau ăn) + điều trị tiết chế (chia nhiều bữa nhỏ trong ngày, đặc biệt buổi sáng ăn ít tinh bột, ko ăn trái cây ngọt, ko uống nước ngọt..., ko ăn quán …) + có thể tập luyện nhẹ nhàng.

=> Tái khám: sau 1 tuần hoặc sớm hơn khi có triệu chứng báo động

=> Khi nào chấm dứt thai kì: bất cứ khi nào có dấu hiệu xấu hơn, hoặc lúc 39 tuần nếu mọi thứ tốt ổn định.)

**Phân loại:** sớm – muộn để định hướng nguyên nhân

|  |  |
| --- | --- |
| **IUGR sớm (<32w)** | **IUGR muộn (>32w)** |
| 1. Bất thường cấu trúc/lệch bội => NIPT, karyotype, FISH, vi mất đoạn, siêu âm tim thai  2. Nhiễm trùng bào thai (5%) (CMV/Rubella) | 1. Bệnh lí gây bất thường trao đổi tử cung nhau (thường gặp nhất):  - THA (TSG- co thắt tiểu ĐM xoắn và / hoặc lắng đọng fibrin)  - Thai quá ngày (thoái hóa lông nhau)  - ĐTĐ có trước thai kì kèm tổn thương cơ quan đích  - Lupus, Hc kháng phospholipid  - Đa thai  - Bất thường dây rốn...  => Theo dõi sinh trắc thai, suy giảm hệ đệm ( cử động thai, EFM), nặng hơn là thiểu ối, bất thường động học dòng chảy ( tái phân bố tuần hoàn gồm co mạch thận và cơ quan ngoại vi dồn máu cho não)  2. Bệnh lí gây thiếu O2 trường diễn ở mẹ/giảm khả năng vận chuyển O2 đến thai:  - Thiếu máu nặng, bệnh Hb( HC hình liềm)  - COPD, hen phế quản trong thai kì, hút thuốc lá  - Nghiện rượu, suy dinh dưỡng,... |
| Theo dõi bằng Velocimetry doppler | Theo dõi bằng EFM (NST, BPP biến đổi) |

**Corticoid liệu pháp:** Đối với SGA/IUGR, corticoid liệu pháp có thể mở rộng đến 36w

**Phân độ và xử trí theo ACOG 2014:**





