

SUY THAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Suy thai là tình trạng thai nhi bị đe dọa hoặc tình trạng đáp ứng có chiều hướng bất lợi của thai trước tình trạng stress.

- Tiêu chuẩn khí máu và toan - kiềm là tiêu chuẩn nghiêm ngặt, tỉ lệ thuận với bệnh suất của tổn thương não và tử vong chu sinh, tuy nhiên chẩn đoán thường được xác lập khi đã muộn.

- Các thay đổi trên biểu đồ tim thai - cơ gò (CTG - Cardiotocography) có tính trực quan. Tuy nhiên mối liên quan giữa các biểu hiện trên CTG và tình trạng khí máu và cân bằng kiềm toan của thai là không đủ mạnh (độ nhạy 95%, độ đặc hiệu 50%).

+ CTG nhóm III liên quan mạnh với tình trạng toan chuyển hóa thì ít gặp.

+ CTG nhóm I chứng tỏ tình trạng thặng bằng kiềm toan bình thường tại thời điểm khảo sát với điều kiện không xảy ra biến cố nào khác, không đảm bảo trong chuyển dạ (do xuất hiện cơn gò tử cung trong nhiều giờ gây thiếu oxy thai).

+ CTG nhóm II thường gặp nhất, có ý nghĩa rất khác nhau.

Sự hiện diện phân su trong nước ối không tỉ lệ thuận với suy thai.

II. NGUYÊN NHÂN

2.1. Nhóm nguyên nhân làm giảm nồng độ oxy trong máu mẹ

- Bệnh lý hô hấp mãn tính của mẹ: bệnh tim, bệnh lý hemoglobin, ... là nguyên nhân suy thai trường diễn dẫn đến thai chậm tăng trưởng trong tử cung, với hệ đệm suy yếu và mất khả năng bù trừ khi đối phó với stress trong chuyển dạ.

2.2. Nhóm nguyên nhân làm giảm vận chuyển máu chứa oxy đến hồ máu

- Nguyên nhân ngoài chuyển dạ: tăng huyết áp (tiền sản giật, tăng huyết áp mãn, ...), đái tháo đường biến chứng mạch máu, lupus đỏ.

- Nguyên nhân trong chuyển dạ: chèn ép tĩnh mạch chủ dưới (làm giảm cung lượng tuần hoàn về tim gây hệ quả giảm cung lượng tuần hoàn về tim gây hệ quả giảm cung lượng tim với biểu hiện tụt huyết áp), tê ngoài màng cứng, cơn gò tử cung.

Thai sử dụng hệ đệm để chống lại tình trạng toan hô hấp gây ra bởi sự gián đoạn cung cấp O₂ và đào thải CO₂. Nếu không đủ dự trữ kiềm sẽ nhanh chóng vào toan chuyển hóa.

2.3. Nhóm nguyên nhân làm giảm trao đổi khí máu tại hồ máu: có thể diễn ra cấp hoặc mạn tính.

- Nguyên nhân mạn tính do các thành phần mao mạch của lông nhau bị thoái hóa, các bệnh lý gây suy giảm trao đổi khí: thai quá ngày, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, tiền sản giật...

- Nguyên nhân cấp tính: nhau bong non, cơn gò cường tính...

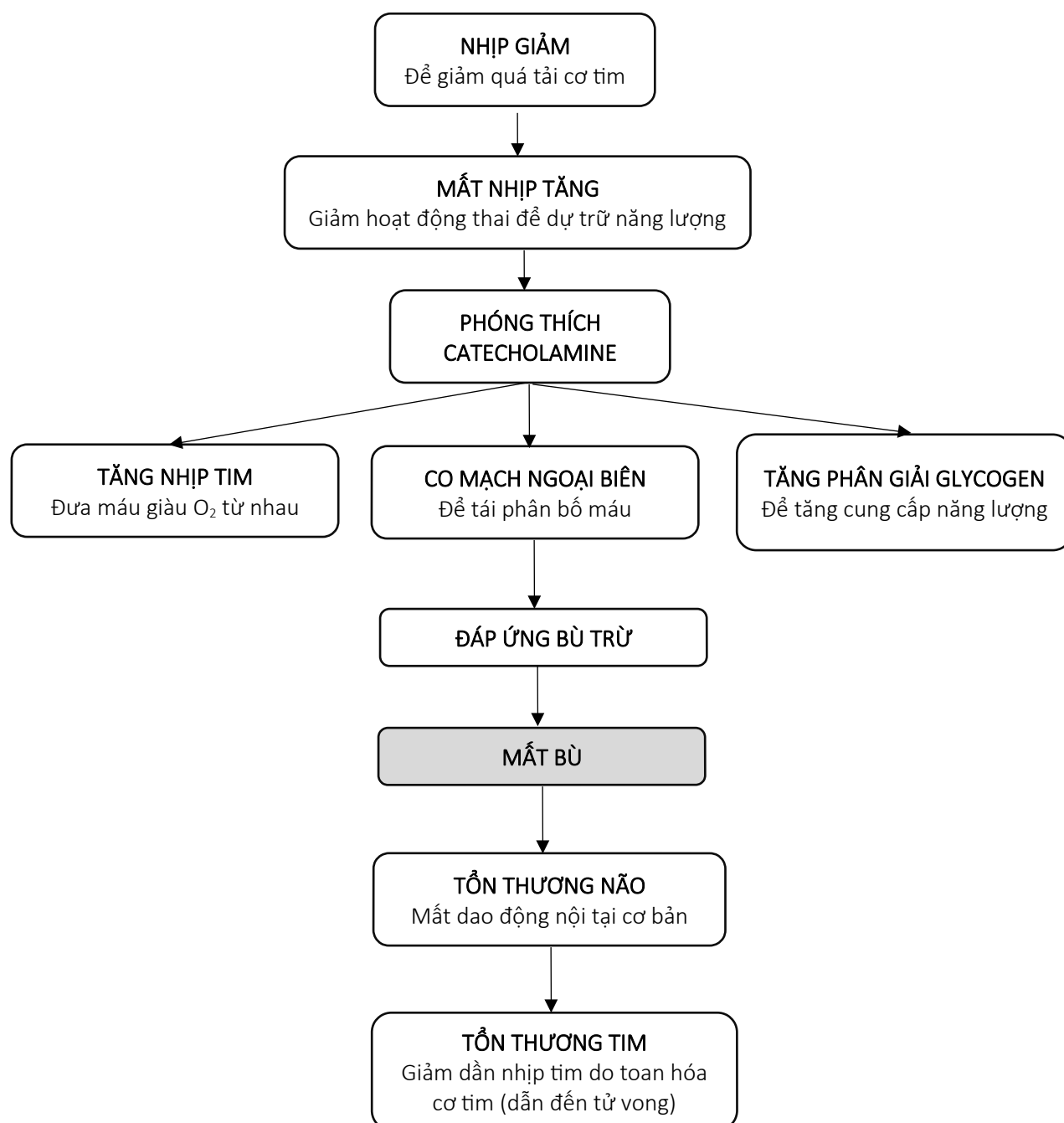
2.4. Nhóm nguyên nhân làm cản trở việc vận chuyển máu chứa oxy từ hồ máu đến thai nhi

- Bệnh lý hemoglobin thai: gây suy giảm vận chuyển O_2 từ nhau đến thai.

- Chèn ép rốn: tiên lượng rất khác nhau tùy theo kiểu cách và mức độ chèn ép.

- Sa dây rốn: cấp cứu sản khoa thường khẩn.

*** Đáp ứng của thai nhi khi thiếu O_2**



III. CHỈ ĐỊNH THEO DÕI TIM THAI LIÊN TỤC TRONG GIAI ĐOẠN CHUYỂN DẠ HOẠT ĐỘNG

- Phương tiện phát hiện suy thai: CTG.
- Đánh giá nguy cơ khi vào chuyển dạ: dữ kiện lâm sàng, các xét nghiệm thường quy và theo dõi CTG 30 phút. Nếu không thuộc nhóm nguy cơ cao (liệt kê bên dưới): theo dõi tim thai gián đoạn.

3.1. Mẹ (các trường hợp làm tăng nguy cơ suy tuần hoàn nhau thai)

- Đái tháo đường
- Ối vỡ lâu (> 24 giờ)
- Xuất huyết âm đạo (nhau bong non tiên lượng có thể sinh ngã âm đạo, nhau bám thấp, ...)
- Vết mổ cũ (nguy cơ nứt vết mổ cũ)
- Tiền sản giật
- Thai quá ngày (> 42 tuần)
- Bệnh lý nội khoa nặng (tim mạch, nội tiết, ...)

3.2. Thai (các trường hợp giảm tưới máu thai hoặc đe dọa đáp ứng thai với thiếu O₂)

- Thai non tháng (32 tuần - 36 tuần 6 ngày)
- Thiếu ối
- Thai chậm tăng trưởng trong tử cung
- Bất thường Doppler velocimetry
- Đa thai
- Ối lẫn phân su
- Nhiễm trùng ối

3.3. Các yếu tố nguy cơ trong chuyển dạ

- Tê ngoài màng cứng
- Mẹ sốt
- Ối xấu
- CTG có nhịp giảm hay nhịp tim thai cơ bản bất thường

IV. PHÂN LOẠI BIỂU ĐỒ TIM THAI - CƠN GÒ (CTG)

Nhóm	Diễn giải	Tính chất
I	Dự báo tình trạng kiểm toan bình thường ở thời điểm khảo sát	<ul style="list-style-type: none">- Nhịp tim thai cơ bản 110-160 lần/phút- Dao động nội tại (DĐNT) trung bình (6-25 lần/phút)- Không nhịp giảm muộn hoặc bất định

		<ul style="list-style-type: none"> - Có/không nhịp tăng - Có/không nhịp giảm sớm
II	Không dự báo tình trạng kiểm toan bất thường, tuy nhiên chưa đủ cơ sở để phân loại là nhóm I hoặc III	<p>Tất cả CTG không thuộc I hoặc III, ví dụ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nhịp tim thai cơ bản chậm, không kèm mất ĐĐNT - Nhịp tim thai cơ bản nhanh - Giảm ĐĐNT - Mất ĐĐNT không kèm nhịp giảm lặp lại - Nhịp tăng nhiều - Không có nhịp tăng sau kích thích thai - Nhịp giảm bất định lặp lại với ĐĐNT giảm hoặc bình thường - Nhịp giảm kéo dài ≥ 2 phút nhưng ≤ 10 phút - Nhịp giảm muộn lặp lại và ĐĐNT bình thường - Nhịp giảm bất định phục hồi chậm, “shoulders”, “overshoot”.
III	Dự báo tình trạng kiểm toan bất thường	<ul style="list-style-type: none"> - Hình sin - Mất ĐĐNT và 1 trong các yếu tố sau: <ul style="list-style-type: none"> + Nhịp giảm muộn lặp lại + Nhịp giảm bất định lặp lại + Tim thai cơ bản chậm

- Lưu ý quan trọng khi đánh giá CTG
 - + Nhịp tim thai cơ bản (phải đặt trong bối cảnh lâm sàng, nhiệt độ, thuốc đang dùng, huyết áp, bệnh lý mẹ,...).
 - + ĐĐNT (giảm trong trường hợp thai non tháng, thai ngủ, do thuốc, tổn thương thần kinh do thiếu O₂).
 - + Nhịp tăng.
 - + Nhịp giảm (loại nhịp giảm, tương quan với cơn gò và tần suất xuất hiện).
- Mục đích chính của đánh giá CTG là xác định tình trạng cung cấp O₂ và tình trạng kiểm toan thai, vì tình trạng thai là động có thể thay đổi nên cần phải thường xuyên đánh giá lại.
- Do có nhiều tình huống lâm sàng kết hợp với nhiều dạng CTG trong nhóm II, nhưng đằng sau là các nguyên nhân sinh lý khác nhau, cũng như mức độ liên quan sức khỏe thai khác nhau. Vì vậy việc sử dụng phân loại các nhóm CTG để ra quyết định lâm sàng trong nhóm II thực sự là thử thách.

V. XỬ TRÍ CTG NHÓM II

- Lưu đồ theo dõi và xử trí CTG nhóm II (đính kèm).

- Thông tin sử dụng lưu đồ:
 - + Xác định ĐĐNT ưu thế của nhịp tim thai cơ bản trong 30 phút và ĐĐNT tăng được xem như ĐĐNT trung bình trong lưu đồ này.
 - + Nhịp giảm “có ý nghĩa” được định nghĩa là 1 trong những nhịp giảm sau:
 - Nhịp giảm bất định kéo dài > 60 giây và giảm > 60 nhịp so với nhịp tim thai cơ bản.
 - Nhịp giảm bất định kéo dài > 60 giây và tim thai < 60 nhịp/phút bất kể nhịp tim thai cơ bản.
 - Nhịp giảm muộn.
 - Nhịp giảm kéo dài.
 - + Việc áp dụng lưu đồ có thể trì hoãn 30 phút trong khi cố gắng dùng các biện pháp cải thiện (điều chỉnh huyết áp, thay đổi tư thế, giảm hoặc ngưng thuốc gò tử cung, thuốc cắt cơn gò tử cung).
 - + Khi đã xác định là nhóm II, CTG phải được đánh giá mỗi 30 phút.
 - + Cân nhắc mổ lấy thai (MLT) khi có chỉ định đem thai ra nhanh.
 - + Khi CTG chuyển qua nhóm I hoặc III: không áp dụng tiếp lưu đồ. Tuy nhiên, khi CTG nhóm I trở lại nhóm II: áp dụng lưu đồ trở lại.
 - + Không sử dụng lưu đồ đối với thai < 32 tuần.
 - Các yếu tố cần xem xét khi CTG nghi ngờ hay bất thường:
 - + Nhịp tim thai cơ bản, ĐĐNT, có hay không nhịp tăng và nhịp giảm.
 - + Tình trạng cổ tử cung, diễn tiến chuyển dạ, liều Oxytocin đang sử dụng, hoạt tính cơ tử cung, cơn co tử cung nhiều, ra huyết, thuốc giảm đau, tê ngoài màng cứng, huyết áp, thời gian vỡ ối, màu sắc ối, mẹ sốt, chuyển dạ nhanh, cơn rặn của sản phụ, sa dây rốn, nghiệm pháp sinh ngã âm đạo ở sản phụ có vết mổ cũ.
 - + Các biện pháp hồi sức thai và hiệu quả.
 - + Tiến triển của CTG.
 - + Mức độ khẩn cấp.

VI. XỬ TRÍ BAN ĐẦU CTG BẤT THƯỜNG TRONG CHUYỂN DẠ

6.1. Do giảm nồng độ O₂ trong máu mẹ

- Thở O₂ (trong chuyển dạ sản phụ thở nhanh và nông do đau).
- Giảm đau sản khoa.

6.2. Do giảm cung cấp máu chứa O₂ đến hồ máu

- Truyền dịch tinh thể đẳng trương (tụt huyết áp do: mất nước, thuốc hạ áp, tê ngoài màng cứng, ...).
- Nằm nghiêng 1 bên (nếu do chèn ép tĩnh mạch chủ dưới).

- Điều chỉnh rối loạn cơn gò tử cung (ngưng Oxytocin, thuốc cắt cơn gò tử cung, MLT nếu có bất xứng đầu chậu).

6.3. Do giảm trao đổi khí tại hồ máu

- Cần chấm dứt chuyển dạ ngay.

6.4. Do bất thường tuần hoàn dây rốn

- Xử trí tùy nguyên nhân và mức độ.

Lưu ý: CTG nhóm II kéo dài đặc biệt trong 2 giờ ngay trước sinh làm tăng bệnh suất chu sinh (> 50% Apgar < 7).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. F. Gary Cunningham et al (2018), Williams Obstetrics, McGraw Hill education.

2. Steven L. Clark, Micheal P. Nageote (2013), Intrapartum management of category II fetal heart tracings: towards standardization of care, American Journal of Obstetrics & Gynecology.

3. The American College of Obstetricians and Gynecologists (2009), ACOG practice bulletin: Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature interpretation and general management principles.