

Số: 2263 /QĐ-BVTD

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 06 tháng 9 năm 2019

QUYẾT ĐỊNH
Ban hành phác đồ điều trị.

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Căn cứ Quyết định số 1507/QĐ-UB ngày 08/04/2004 của UBND TP. HCM về việc cho phép đổi tên Bệnh viện Phụ sản TP. HCM thành Bệnh viện Từ Dũ trực thuộc Sở Y tế TP Hồ Chí Minh và quy định chức năng, nhiệm vụ của bệnh viện Từ Dũ;

Căn cứ Quyết định số 2912/QĐ-SYT ngày 12/9/2014 của Sở Y tế TP.HCM về việc Ban hành Quy chế tổ chức và hoạt động của bệnh viện Từ Dũ;

Căn cứ nội dung các biên bản cuộc họp xét duyệt phác đồ;

Xét đề nghị của Hội đồng Thuốc và Điều trị và Trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp bệnh viện Từ Dũ,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Nay đồng ý ban hành kèm theo Quyết định này phác đồ “Thai chậm tăng trưởng trong tử cung” tại bệnh viện Từ Dũ (đính kèm).

Điều 2. Phác đồ “Thai chậm tăng trưởng trong tử cung” là tài liệu tham khảo chính của bệnh viện trong công tác điều trị và quản lý chuyên môn.

Điều 3. Các Ông (Bà) Trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp, Trưởng các khoa lâm sàng và các nhân viên y tế liên quan công tác tại bệnh viện Từ Dũ có trách nhiệm thi hành Quyết định này kể từ ngày ký. *ll*

Nơi nhận:

- Như Điều 3;

- Lưu: VT, KHTH. *ll*



BS. CKII. Nguyễn Bá Mỹ Nhi

THAI CHẬM TĂNG TRƯỞNG TRONG TỬ CUNG

(Ban hành kèm theo Quyết định số 2263/QĐ-BVTD ngày 06/9/2019 của bệnh viện Từ Dũ)

I. ĐỊNH NGHĨA

- Các thuật ngữ:

+ Fetal growth restriction (FGR)/ Intrauterine growth restriction (IUGR): thai chậm tăng trưởng trong tử cung

+ Small for gestational age (SGA): thai nhỏ so với tuổi thai

+ Appropriate for gestational age (AGA): thai có cân nặng phù hợp với tuổi thai

- Định nghĩa:

Thai gọi là chậm tăng trưởng trong tử cung (FGR) khi cân nặng dưới bách phân vị (BPV) thứ 10 theo tuổi thai trên siêu âm.

II. NGUYÊN NHÂN

- Do mẹ:

+ Bệnh lý nội khoa (bệnh lý thận, tim mạch, nội tiết, huyết học, ...)

+ Hội chứng kháng phospholipid

+ Hút thuốc lá, nghiện rượu, thiếu dinh dưỡng, ...

- Từ phân phụ của thai: bệnh lý bánh nhau, dây rốn

- Từ thai: đa thai, nhiễm trùng bào thai, các rối loạn di truyền, ...

Tuy nhiên, nguyên nhân FGR đôi khi khó xác định và có thể do một hoặc nhiều nguyên nhân.

III. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI

1. Xác định tuổi thai chính xác đối với FGR theo thứ tự ưu tiên: siêu âm 3 tháng đầu, ngày chuyển phôi trong hồ trợ sinh sản (nếu có), kinh chót.

2. Tiêu chuẩn chẩn đoán FGR: ước lượng cân nặng thai (Estimated Fetal Weight - EFW) < bách phân vị thứ 3 theo tuổi thai hoặc EFW < BPV 10 kèm bất thường Doppler.

Nếu đủ tiêu chuẩn chẩn đoán theo siêu âm, thai phụ sẽ được theo dõi chu vi vòng bụng và trọng lượng thai bằng biểu đồ Hardlok.

3. Siêu âm Doppler (xem thêm phần phụ lục):

- Đánh giá chức năng bánh nhau: Doppler động mạch rốn (ĐMR) và động mạch tử cung (ĐMTC).

- Đánh giá tình trạng sức khỏe thai: Doppler động mạch não giữa (ĐMNG) và ống tĩnh mạch.

Bảng 1. Phân loại FGR theo tuổi thai tại thời điểm chẩn đoán (Đồng thuận Delphi)

FGR khởi phát sớm	FGR khởi phát muộn
Thai < 32 tuần, không có bất thường bẩm sinh	Thai ≥ 32 tuần, không có bất thường bẩm sinh
AC/EFW < BPV 3 hoặc mất sóng tâm trương ĐMR <i>Hoặc</i> AC/ EFW < BPV 10 kèm với 1. Trở kháng ĐMTC > BPV 95 và/hoặc 2. Trở kháng ĐMR > BPV 95	AC/EFW < BPV 3 Hoặc ít nhất 2/3 yếu tố sau đây: 1. AC/ EFW < BPV 10 2. Đường biểu diễn của AC/EFW giảm > 2 từ phân vị trên biểu đồ tăng trưởng 3. CPR < BPV 5 hoặc trở kháng ĐMR > BPV 95

AC (Abdominal circumference): chu vi vòng bụng

CPR (Cerebroplacental ratio): chỉ não nhau

Bảng 2. Phân loại giai đoạn FGR

Giai đoạn	Sinh bệnh học liên quan	Tiêu chuẩn (có bất kỳ 1 trong các tiêu chuẩn sau)
I	Rối loạn chức năng bánh nhau nhẹ	EFW < BPV 3 Tăng trở kháng ĐMR Giảm trở kháng ĐMNG CPR < BPV 5
II	Thiếu oxy	Mất sóng tâm trương ĐMR ± Đảo ngược sóng ở eo ĐMC
III	Các dấu hiệu toan hóa máu thai nhi	Đảo ngược sóng tâm trương ĐMR PI ống tĩnh mạch > BPV 95
IV	Tổn thương hệ thần kinh trung ương và nguy cơ cao thai tử vong	Đảo ngược sóng a ống tĩnh mạch cCTG: STV < 3 ms Nhịp giảm trên biểu đồ tim thai

IV. XỬ TRÍ

1. Mục tiêu: chấm dứt thai kỳ đúng thời điểm.
2. Thời điểm chấm dứt thai kỳ: khi nguy cơ thai chết trong tử cung lớn hơn nguy cơ chết sau sinh.
3. Nguyên tắc tiếp cận các trường hợp FGR

a) Nhận dạng thai nhỏ

EFW < BPV 10

b) Phân biệt SGA và FGR

Bất thường Doppler hoặc EFW < BPV 3

c) Xử trí

Không

Có

SGA	
Theo dõi	Chấm dứt thai kỳ
TCN II: mỗi 2-4 tuần	38 tuần - 39 tuần 6 ngày
TCN III: mỗi 1-2 tuần	

FGR		
Giai đoạn	Theo dõi	Chấm dứt thai kỳ
I	TCN II: mỗi 2-4 tuần	37 tuần
	TCN III: mỗi 1-2 tuần	KPCD
II	2 lần/tuần	32 tuần MLT*
III	Mỗi 1-2 ngày	30 tuần MLT*
IV	Mỗi 12 giờ	28 tuần MLT*

* Mổ lấy thai cấp cứu hoặc bán cấp trong vòng 12-24 giờ để chờ hỗ trợ phổi

Hình 1. Lưu đồ kết hợp xử trí FGR



- Lưu ý:

+ Sử dụng Corticosteroids đến khi thai 26 - 34 tuần, có thể cân nhắc sử dụng Corticosteroids đến khi thai 35 tuần 6 ngày đối với các trường hợp FGR.

+ Sử dụng Magnesium Sulfat khi thai 28 - 32 tuần nếu có chỉ định chấm dứt thai kỳ, tối thiểu 2 giờ trước khi chấm dứt thai kỳ.

+ Đây là khuyến cáo khoảng cách giữa các lần theo dõi trong trường hợp không kèm với tiền sản giật nặng.

+ Theo dõi gồm: siêu âm Doppler và cCTG.

+ Cần tư vấn gia đình về khả năng nuôi sống và nguy cơ của thai, nguy cơ và lợi ích của phương pháp chấm dứt thai kỳ.

+ Chỉ định nhập viện khi có chỉ định chấm dứt thai kỳ.

+ Đối với các trường hợp FGR khởi phát muộn, chấm dứt thai kỳ khi thai ≥ 36 tuần khi có kèm các đặc điểm sau: thiếu ối (xoang ối lớn nhất < 2 cm); EFW $< BPV 3$ và PI ĐMR $> BPV 95$ hoặc CPR $< BPV 5$; EFW trong khoảng BPV 3 đến BPV 10, PI ĐMR $> BPV 95$ và CPR $< BPV 5$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ACOG (2019), ACOG practice bulletin number 204: Fetal growth restriction, vol 133, no 2, pp 97-108.

2. Ahmand A, Noor S (2018), Fetal growth restriction: An update on recent trends in Management, Pan Asian J Obs Gyn, vol 1, issue 1, pp 21-26.

3. Francesc Figueras, Eduard Gratacós (2014), Update on the Diagnosis and Classification of Fetal Growth Restriction and Proposal of a Stage-Based Management Protocol, Fetal Diagn Ther 2014;36:86–98.

4. Henry L. Galan (2015), “Fetal growth restriction”, Protocols for high risk pregnancy: an evidence –based approach, 6th edition, chapter 40, Wiley Blackwell, pp 340-351.

5. Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal college of physicians of Ireland (2017), Clinical practice guideline: fetal growth restriction – recognition, diagnosis and management no28.

6. Lesley M. McCowan, Francesc Figueras, Ngaire H. Anderson (2018), Evidence –based national guidelines for the management of suspected fetal growth restriction: comparison, consensus, and controversy, AJOG, pp855-868.

7. New Zealand Obstetrics Doppler Guideline (2014), NZMFMN, p. 9.

8. RCOG (2013), The investigation and management of the small for gestational age fetus, Green top guideline no31.



BS. CKII. Nguyễn Bá Mỹ Nhi

PHỤ LỤC 1

GIÁ TRỊ CỦA SIÊU ÂM DOPPLER VÀ CTG ĐIỆN TOÁN TRONG THAI CHẬM TĂNG TRƯỞNG TRONG TỬ CUNG

1. Doppler ĐMR:

Thể hiện sự thiếu dinh dưỡng của bánh nhau giai đoạn sớm.

Trong giai đoạn muộn, Doppler ĐMR chỉ trở nên bất thường khi một phần rộng của bánh nhau bị ảnh hưởng.

Siêu âm Doppler ĐMR trong thai kỳ nguy cơ cao giúp cải thiện kết cục chu sinh, giảm 29% tỷ lệ tử vong chu sinh.

Mất hoặc đảo ngược sóng cuối tâm trương hiện diện trung bình 1 tuần trước khi suy thai cấp xảy ra và đi kèm với kết cục chu sinh bất lợi.

Sau 30 tuần tuổi thai, nguy cơ thai lưu của thai nhi với đảo ngược sóng cuối tâm trương động mạch rốn đơn thuần vượt quá nguy cơ của thai non tháng, vì vậy, cần chấm dứt thai kỳ.

2. Doppler ĐMNG:

Báo hiệu có sự giãn mạch não, dấu hiệu của sự thiếu oxy, có liên quan đến kết cục chu sinh và thần kinh bất lợi, đặc biệt có giá trị để xác định và tiên lượng kết cục thai nhi bất lợi trong FGR khởi phát muộn.

3. Chỉ số não nhau (CPR):

Phản ánh sự tái phân bố cung cấp máu về não, có độ nhạy cao hơn so với Doppler ĐMR và ĐMNG. Trong FGR khởi phát muộn, bất thường CPR chiếm 25% các trường hợp và kèm với kết cục chu sinh bất thường. CPR nên là công cụ theo dõi đầu tay trong thai kỳ FGR muộn.

4. Doppler ống tĩnh mạch:

Ống tĩnh mạch là thông số đơn lẻ mạnh nhất để dự đoán nguy cơ tử vong ngắn hạn trong trường hợp FGR khởi phát sớm.

Ống tĩnh mạch chỉ trở nên bất thường khi ở giai đoạn thai suy tiến triển, mất/đảo ngược sóng a liên quan đến tử vong chu sinh với 40-100% nguy cơ thai tử vong trong FGR khởi phát sớm. Do đó, thông số này là đủ để khuyến cáo chấm dứt thai kỳ vào bất kỳ tuổi thai nào sau khi đủ liều hỗ trợ phổi.

5. Doppler eo động mạch chủ (AoI)

Eo động mạch chủ phản ánh sự cân bằng giữa trở kháng của mạch não và tuần hoàn hệ thống và đại diện cho bước tiếp theo của chuỗi bắt đầu với bất thường Doppler ĐMR và ĐMNG. Bất thường Doppler eo động mạch chủ có liên quan đến cả kết cục chu sinh và thần kinh bất lợi, xảy ra trước bất thường ống tĩnh mạch khoảng 1 tuần. Do đó, khả năng dự đoán chính xác của Doppler eo động mạch chủ không cao hơn so với ống tĩnh mạch về tử vong ngắn hạn.

6. Giá trị của CTG điện toán

Đánh giá được dao động nội tại ngắn hạn của nhịp tim thai và có độ nhạy đủ để phát hiện thai suy với giá trị tương đương với Doppler ống tĩnh mạch đảo ngược sóng a.

7. Nước ối

Một nghiên cứu ngẫu nhiên có nhóm chứng lớn 2010 (DIGITAT) cho thấy 1/3 SGA muộn có thiếu ối (AFI < 5 cm). Chỉ số ối (AFI) chẩn đoán quá mức thiếu ối so với khoang ối lớn nhất. Một phân tích gộp gồm 18 nghiên cứu (1999) cho thấy mối liên quan thiếu ối với Apgar 5 phút, không liên quan đến toan hóa máu hay tử vong sơ sinh. Không đủ bằng chứng để đưa tiêu chuẩn nước ối vào lưu đồ đánh giá và xử trí SGA/FGR.

PHỤ LỤC 2

Các điểm khác biệt chính giữa thai chậm tăng trưởng trong tử cung khởi phát sớm và muộn

FGR khởi phát sớm	FGR khởi phát muộn
THÁCH THỨC: ĐIỀU TRỊ	THÁCH THỨC: CHẨN ĐOÁN
Tỉ suất: #1%	Tỉ suất: 3-5%
Bệnh lý bánh nhau nặng: Doppler ĐMR bất thường, thường kết hợp với tiền sản giật	Bệnh lý bánh nhau nhẹ: Doppler ĐMR bình thường, ít kết hợp với tiền sản giật
Thiếu oxy nặng (++)	Thiếu oxy nhẹ
Bệnh suất và tử suất cao	Tử suất thấp (nhưng là nguyên nhân thường gặp gây thai lưu)

PHỤ LỤC 3

CÁC GIÁ TRỊ THAM KHẢO CỦA SIÊU ÂM DOPPLER

Tuổi thai	PI ĐMR		PI ĐMNG		Chỉ số não nhau		PI trung bình ĐMTC	
	Bất thường khi > BPV 95		Bất thường khi < BPV 5		CPR = MCA PI/UA PI Bất thường khi < BPV 5		Mean PI=(RT PI + LT PI)/2 Bất thường khi > BPV 95	
	BPV 50	BPV 95	BPV 50	BPV 5	BPV 50	BPV 5	BPV 50	BPV 95
18							1.20	1.79
19	1.25*	1.63*					1.15	1.70
20	1.22*	1.59*					1.10	1.61
21	1.15	1.46					1.05	1.54
22	1.13	1.43					1.00	1.47
23	1.10	1.40					0.96	1.41
24	1.08	1.38	1.86	1.38	1.74	1.16	0.93	1.35
25	1.06	1.35	1.94	1.44	1.85	1.24	0.89	1.30
26	1.04	1.33	2.01	1.50	1.95	1.32	0.86	1.25
27	1.02	1.31	2.06	1.55	2.05	1.40	0.84	1.21
28	1.00	1.28	2.11	1.58	2.14	1.47	0.81	1.17
29	0.98	1.26	2.15	1.61	2.21	1.53	0.79	1.13
30	0.96	1.24	2.16	1.62	2.28	1.58	0.77	1.10
31	0.94	1.21	2.16	1.62	2.32	1.62	0.75	1.06
32	0.92	1.19	2.14	1.61	2.35	1.64	0.73	1.04
33	0.90	1.16	2.10	1.58	2.36	1.65	0.71	1.01
34	0.88	1.14	2.04	1.53	2.35	1.63	0.70	0.99
35	0.86	1.11	1.96	1.47	2.32	1.60	0.69	0.97
36	0.84	1.09	1.86	1.39	2.27	1.55	0.68	0.95
37	0.81	1.06	1.75	1.30	2.19	1.48	0.67	0.94
38	0.79	1.03	1.63	1.20	2.09	1.40	0.66	0.92
39	0.77	1.00	1.49	1.10	1.97	1.29	0.65	0.91
40	0.75*	1.07*	1.29*	1.02*	1.80*	1.24*	0.65	0.90

Nguồn: New Zealand Obstetrics Doppler Guideline, NZMFMN, revised September 2014, page 9