

# SUY THAI TRONG CHUYỂN ĐẠ

## (Kỳ 2)

### Ban An Toàn Người Bệnh

Bình luận KHKT 09-02-12

#### I. Phân su trong nước ối :

- Lời giải thích bệnh lý đề xuất rằng bào thai tổng xuất phân su do đáp ứng tình trạng thiếu oxy (Walker, 1953).
- Sự tổng xuất của phân su có thể đại diện cho sự trưởng thành đường tiêu hóa bình thường dưới sự kiểm soát thần kinh (Mathews và Warshaw, 1979).
- Thứ ba, tổng xuất phân su là do kích thích phế vị khi dây rốn bị chèn ép thoáng qua và kết quả làm nhu động ruột tăng (Hon và các cộng sự, 1961).
- Vì vậy, tổng xuất phân su cũng có thể đại diện cho các quá trình sinh lý.

Bình luận KHKT 09-02-12

## Chẩn đoán suy thai?

- **Nước ối**
- Nhịp tim thai
- pH da đầu thai nhi
- Test kích thích da đầu thai
- Độ bão hòa oxy thai
- ...

Bình luận KHKT 09-02-12

- Ramin và đồng nghiệp (1996) đưa ra giả thuyết của hội chứng hít phân su: tăng CO<sub>2</sub> bào thai → kích thích hô hấp của thai nhi dẫn đến hít phân su vào các phế nang. Chấn thương nhu mô phổi thứ phát acidemia gây ra tổn thương tế bào phế nang. Do đó phân su trong nước ối là một mối nguy hiểm môi trường của thai nhi.

Bình luận KHKT 09-02-12



- Khoảng một nửa các trường hợp hội chứng hít phân su là không bị toan hóa. Như vậy tỷ lệ nước ối lẫn phân su trong chuyển dạ là quá trình sinh lý bình thường
- Hội chứng hít phân su không thể đoán trước và không có khả năng ngăn ngừa (Williams 23th)
- Greenwood và các cộng sự (2003) cho thấy rằng ối bình thường cũng là một yếu tố dự báo thấp, là một dấu hiệu không đáng tin cậy của thai bình thường.

- Nếu tình trạng trẻ sơ sinh xấu phải đặt nội khí quản nên hút phân su từ bên dưới thanh môn. Nếu trẻ sơ sinh khỏe (lực hô hấp mạnh, trương lực cơ tốt, và nhịp tim > 100 bpm) thì hút khí quản là không cần thiết và có thể làm tổn thương các dây thanh âm.

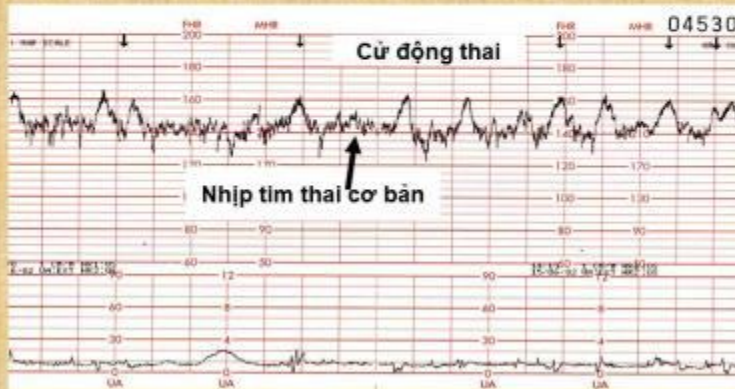
## Khuyến cáo

Trẻ sơ sinh ngay sau sanh nên hút ối ở hầu họng và vòm họng sau khi sổ đầu, trước khi sổ vai. (Các hướng dẫn mới từ American College sản phụ khoa 2007 lại đề nghị rằng động tác này không cần thiết bởi vì nó không ngăn chặn hội chứng hít phân su. )

## II. Thay đổi nhịp tim thai



## TIM THAI CƠ BẢN



9

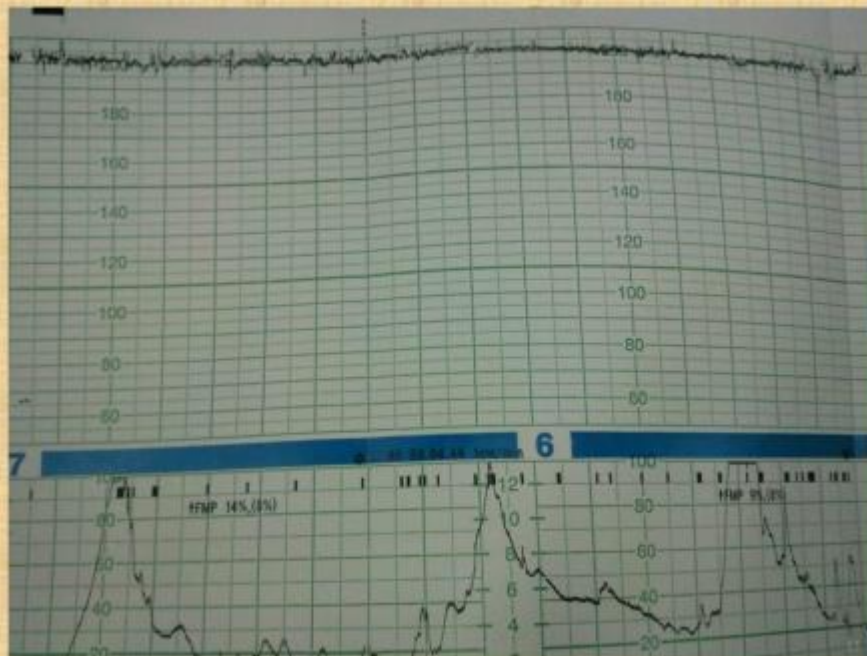
Sách học KHKT 09-02-12

## DAO ĐỘNG NỘI TẠ

- Dao động nội tại phản ánh sự điều phối nhịp tim bởi hành não, thông qua hệ TKTV. Như thế, ĐĐNT thể hiện tính toàn vẹn của hành não.
- Mất ĐĐNT thể hiện sự tê liệt trong can thiệp nhằm điều phối nhịp TT của hành não.

Sách học KHKT 09-02-12

10



## NHỊP TĂNG

- **Cơ chế:** do ảnh hưởng của hệ giao cảm xảy ra khi có một thay đổi làm giảm áp suất lên quai ĐM chủ và xoang cảnh.
- Nhịp tăng thể hiện một hành não bình thường, lành mạnh cũng như sự toàn vẹn của các đường giao cảm ly tâm và của cơ tim.

Sách học KHKT 09-02-12

11



## NHỊP GIẢM

- Nhịp giảm sớm
- Nhịp giảm muộn
- Nhịp giảm kéo dài
- Nhịp giảm bất định

Sinh hoạt KHKT 09-02-12

13

## Nhịp giảm sớm

- Nhịp giảm sớm có liên hệ với phản xạ dây X, xảy ra khi đầu thai bị chèn ép, và vì thế thường xuất hiện muộn trong chuyển dạ.
- Nhịp giảm sớm không phải là biểu hiện đe dọa thai.

Sinh hoạt KHKT 09-02-12

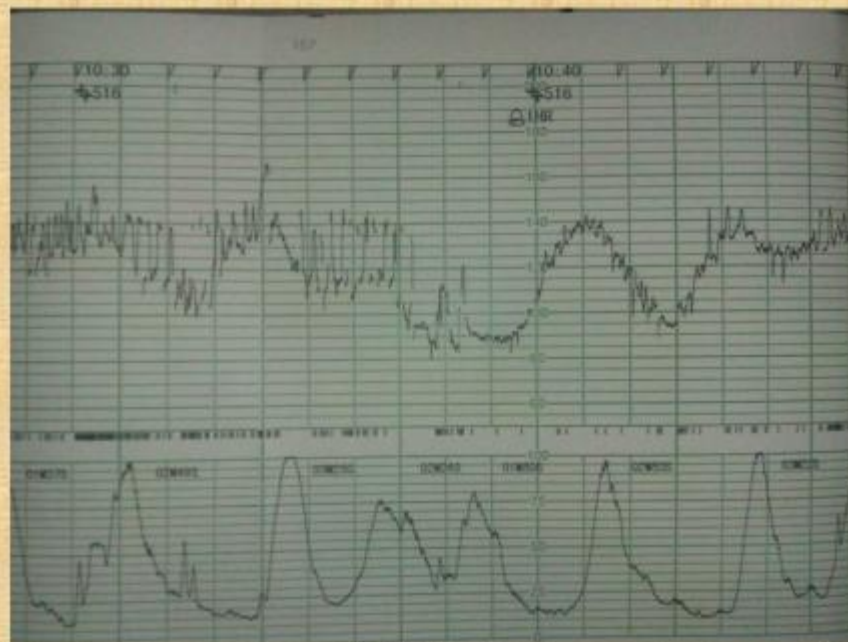
14

## Nhịp giảm muộn

- Nhịp giảm muộn được gán cho tình trạng thiếu oxy thai, hệ quả của rối loạn trao đổi TC-Nhau.
- Khi có nhịp giảm muộn, phải xét đến:
  1. Sự lặp lại của nhịp giảm muộn
  2. Dao động nội tại

Sinh hoạt KHKT 09-02-12

15



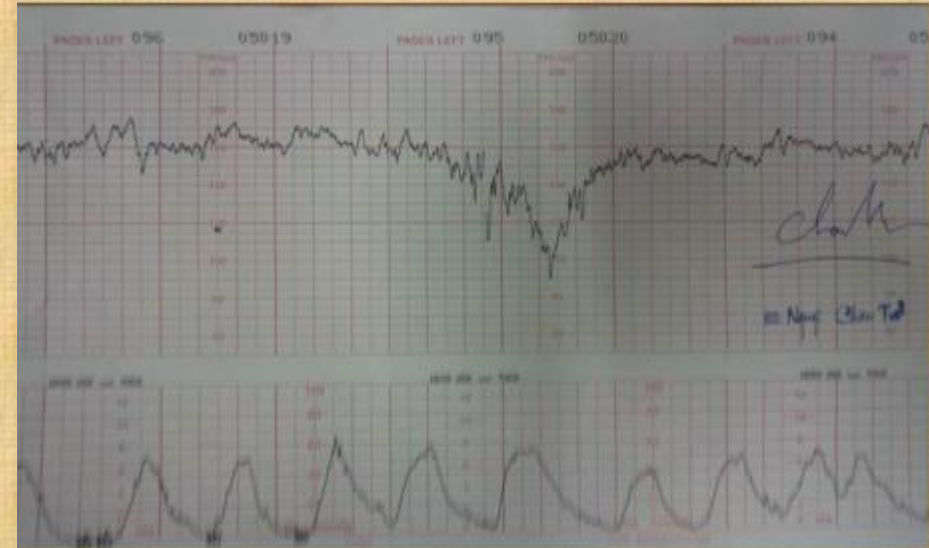


## Nhịp giảm bất định

- Nhóm thứ nhất của nhịp giảm bất định là các nhịp giảm hình tam giác rất ngắn, rất nhọn, khởi đầu đột ngột và nhanh. Đây là các nhịp giảm liên quan đến tình trạng biến động cung lượng cuống rốn tạm thời và thoáng qua gây ra bởi sự giảm lưu lượng tuần hoàn trong mạch máu rốn.
- Các nhịp giảm bất định kiểu tương lực thường được dẫn trước bởi một nhịp tăng (shoulder) hay theo sau bởi một nhịp tăng bù trừ.

Ảnh hoạt KHKT 09-02-12

17



Ảnh hoạt KHKT 09-02-12

18

- Nhóm thứ hai của các nhịp giảm bất định liên quan đến sự chèn ép lưu thông máu cuống rốn.
- Nhịp giảm bất định kiểu chèn ép thường có dạng một hình thang, với đáy nhỏ phẳng hoặc răng cưa. Các nhịp giảm bất định do chèn ép khởi đầu thường chậm hơn nhưng vẫn mang tính đột ngột, tương ứng với sự chèn ép tuần tiến của dây rốn trong cơn co TC. Hồi phục của nhịp giảm bất định cũng tương tự như trong nhịp giảm muộn.

Ảnh hoạt KHKT 09-02-12

19



Ảnh hoạt KHKT 09-02-12

20





## NHỊP GIẢM KÉO DÀI

- Nhịp giảm  $> 30$ /p và kéo dài  $> 60''$
- Bất thường khi nhịp giảm kéo dài  $> 3'$
- Nguyên nhân:
  - Sa dây rốn
  - Chèn ép rốn nặng
  - Tụt HA...

Biểu đồ NHỊP 05-02-12

23



## Biểu đồ hình sin

- Baseline có dạng sóng sin với độ cong nhẹ và mượt
- Tần số ổn định: 3-5nhịp/phút
- Tồn tại trong  $\geq 20$ phút.
- các biểu đồ CTG dạng hình sin đặc trưng của thiếu máu bào thai, mà thường nhất là thiếu máu tán huyết.

Biểu đồ NHỊP 05-02-12

24



## MONITORING SẢN KHOA (ACOG 2007 )

- Năm 2007 ACOG đã đưa ra một hệ thống diễn giải về biểu đồ TT gồm 3 nhóm, trong đó nhóm 1 thể hiện NTT bình thường, nhóm 3 bất thường, nhóm 2 là nghi ngờ

Sinh học KHKT 09-02-12

25

|                         | TTCB  | ĐĐNT        | NHỊP GIẢM  | NHỊP TĂNG   |
|-------------------------|---|-------------|--|---|
| Đáp ứng / Bình thường   | 110-160   | 6-25        | (-)  | (+)   |
| Không đáp ứng/ Nghi ngờ | 100-109<br>161-180  | <5 (40-90p) | Nhịp giảm bất định > 50% cơn gò TC, > 90p<br>1 nhịp giảm kéo dài 3p                                | Không có nhịp tăng/ không có bất thường khác không có ý nghĩa chẩn đoán |
| Bất thường              | <100<br>>180<br>Nhịp hình sin $\geq 10p$                        | <5 (>90p)   | Nhịp giảm bất định trầm trọng và nhịp giảm muộn > 50% cơn gò TC (>30p)<br>1 nhịp giảm kéo dài > 3p |   |
| Bình thường             | Cả 4 đặc điểm đều đáp ứng                                       |             |  |   |
| Nghi ngờ                | 1 đặc điểm không đáp ứng và 3 đặc điểm đáp ứng                  |             |  |   |
| Bệnh lý                 | $\geq 2$ đặc điểm không đáp ứng<br>$\geq 1$ đặc điểm bất thường |             |  |   |

Sinh học KHKT 09-02-12

26

| Phân loại   | Bệnh lý    | XỬ TRÍ  |
|---|------------|---|
| <b>Category I : NTT bình thường</b>   |            |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Tim thai cơ bản: 110 – 160 nhịp/phút</li> <li>ĐĐNT: trung bình</li> <li>NG muộn hay NG bất định: Không</li> <li>NG sớm: có hoặc không</li> <li>Nhịp tăng: có hoặc không</li> </ul> | Biểu đồ BT | <ul style="list-style-type: none"> <li>Td monitor liên tục hay gián đoạn dựa trên tình trạng LS và yếu tố nguy cơ BN</li> <li>Td GĐTT/ 30p, GĐHĐ/15p</li> </ul> |

Sinh học KHKT 09-02-12

27

| <b>Category III : bệnh lý</b>                                 |   |       |
|---|---|-------|
| DDNT mất hẳn và xuất hiện NG muộn , NG bất định hay nhịp chậm | Gia tăng nguy cơ toan hóa máu                             | - MLT |
| Hình sin  | Gia tăng nguy cơ thiếu máu..<br>Gia tăng nguy cơ toan hóa | - MLT |

Sinh học KHKT 09-02-12

28



**Category II : NTT nghi ngờ**

|  |                   |  |
|--|-------------------|--|
| Nhịp giảm bất định (< 50% cơn gò)          | BT                | Không cần thiết can thiệp  |
| Nhịp giảm bất định lặp lại (> 50 % cơn gò) | - Chèn ép dây rốn | - SP nghiêng (T) hay (P)<br>- Phá ối<br>- Truyền dịch<br>- Thở Oxy<br>- Giảm gò<br>- Kích thích da da đầu thai nhi → NTT tăng → dấu hiệu thai nhi không bị toan hóa máu<br>- MLT nếu tình trạng trên không cải thiện |

|                        |  |  |
|------------------------|--|--|
| Nhịp giảm muộn lặp lại | Do sự thiếu hụt trao đổi TC – nhau tạm thời hay mãn tính<br>-HA thấp<br>-Nhịptimnhanh<br>-Thiếu oxy mẹ | - SP nghiêng (T) hay (P)<br>- Phá ối<br>- Truyền dịch<br>- Thở Oxy<br>- Giảm gò<br>- Kích thích da da đầu thai nhi → NTT tăng → dấu hiệu thai nhi không bị toan hóa máu<br>- MLT nếu tình trạng trên không cải thiện<br>- Nhịp giảm muộn liên tục với DDNT kém hoặc phẳng, NT (-) → nghĩ tới tình trạng toan hóa máu |
|------------------------|--|--|

|   |   |  |
|---|---|--|
| NTT nhanh > 160 l/p   | -Nhiễm trùng<br>- Mẹ dùng thuốc<br>- Nhịp tim thai nhanh và không đều | - Điều trị theo nn nếu biết<br>- Kích thích da da đầu thai nhi → NTT tăng → dấu hiệu thai nhi không bị toan hóa máu<br>- MLT nếu tình trạng trên không cải thiện |
| NTT chậm < 110 l/p<br>Nhịp giảm kéo dài trên 2p và dưới 10p | - HA thấp<br>- Dây rốn tắc nghẽn<br>- Gò cường tính                   | - Điều trị theo nn nếu biết<br>- Kích thích da đầu thai nhi → NTT tăng → dấu hiệu thai nhi không bị toan hóa máu<br>- MLT nếu tình trạng trên không cải thiện    |

|          |   |   |
|----------|---|---|
| DDNT < 5 | - Bé ngủ<br>- Mẹ dùng thuốc<br>- Toan hóa máu | Nếu giảm oxy thai →<br>- SP nghiêng (T) hay (P)<br>- Phá ối<br>- Truyền dịch<br>- Thở Oxy<br>- Giảm gò<br>- Kích thích da da đầu thai nhi → NTT tăng → dấu hiệu thai nhi không bị toan hóa máu<br>- ph da đầu<br>-Không cải thiện → MLT |
|----------|---|---|



Gò nhiều (> 5 cơn/10p) kéo dài > 30p với NTT thay đổi  
Gò nhiều 1 cách tự nhiên với NTT bt không cần phải điều trị, nhưng cần lưu ý nguy cơ nhau bong non

CD tự nhiên: gò nhiều có thể liên quan tới toan hóa nếu kèm theo nhịp giảm.  
Gò nhiều do tăng cơ

- SP nghiêng (T) hay (P)  
- Phá ối  
- Truyền dịch  
- Thở Oxy  
- Giảm gò  
- Kích thích da da đầu thai nhi → NTT tăng → dấu hiệu thai nhi không bị toan hóa máu  
Giảm hay ngưng hẳn thuốc tăng cơ  
- SP nghiêng (T) hay (P)  
- Phá ối  
- Truyền dịch  
- Thở Oxy  
- Dùng thuốc giảm gò  
- Kích thích da da đầu thai nhi → NTT tăng → dấu hiệu thai nhi không bị toan hóa máu

Bình.Nguyễn.BHKT.09-02-12

39

- Biểu đồ nhóm 2 dự đoán không có sự bất thường về tình trạng acid-base, nhưng cần thiết phải tiếp tục theo dõi và đánh giá lại tình trạng acid- base như Td monitoring, kích thích thai nhi, lấy máu da đầu
- Biểu đồ nhóm 3 tiên lượng sự bất thường về tình trạng acid-base tại thời điểm quan sát và cần phải can thiệp nhanh chóng: thở oxy, thay đổi tư thế sp, giảm gò, ngưng tăng cơ nếu có. Mục đích của sự can thiệp này là nhằm cải thiện tình trạng cung cấp oxy cho em bé. Nếu tình trạng trên không được cải thiện thì MLT ngay lập tức.

Bình.Nguyễn.BHKT.09-02-12

39

### III. PH DA ĐẦU THAI NHI:

| pH          | Kết quả      |
|-------------|--------------|
| ≥ 7.25      | Bình thường  |
| 7.21 – 7.24 | Tiền bệnh lý |
| ≤ 7.20      | Bất thường   |

- FBS bất thường cần chuẩn bị lấy thai ra gấp
- FBS bình thường nên lấy lại pH da đầu trong vòng 1 giờ nếu như biểu đồ TT thể hiện nghi ngờ hay bệnh lý

Bình.Nguyễn.BHKT.09-02-12

35

- . FBS tiền bệnh lý nên lấy lại pH da đầu trong vòng 30p nếu như biểu đồ TT thể hiện nghi ngờ hay bệnh lý.
- . Nếu biểu đồ TT và pH da đầu lần 2 không thay đổi thì cần xem xét làm pH lần 3 trừ khi biểu đồ TT tiến triển xấu đi

Bình.Nguyễn.BHKT.09-02-12

36



## DỰ PHÒNG

- Cần phát hiện sớm những trường hợp thai chậm phát triển trong TC, các bệnh lý của mẹ để có hướng xử trí thích hợp
- Áp dụng các phương pháp giục sanh, tăng co, phá ối đúng quy cách.
- Tránh chuyển dạ kéo dài.
- Nên chấm dứt thai kỳ sớm nếu tình trạng thai bị đe dọa

**CHÂN THÀNH CẢM ƠN**