

**HƯỚNG DẪN****Thai chậm tăng trưởng**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BVHV ngày 23/5/2014  
của giám đốc bệnh viện Hùng Vương)*

**1. SÀNG LỌC THAI CHẬM TĂNG TRƯỞNG****1.1 Tam cá nguyệt 1:**

- Xác định chính xác tuổi thai
- Yếu tố nguy cơ:
  - + Tiền căn sinh con bị chậm tăng trưởng trong tử cung
  - + Cao huyết áp
  - + Đái tháo đường
  - + Suy thận
  - + Lupus
  - + Antiphospholipid syndrome
  - + Suy dinh dưỡng
  - + Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
  - + Bệnh tim có tím
  - + Bệnh lý hemoglobin
  - + Hút thuốc lá
  - + Đa thai
  - + Nhiễm trùng 3 tháng đầu thai kỳ: TORCH, thủy đậu

Nếu có 1 trong những yếu tố nguy cơ thì lập biểu đồ tăng trưởng thai nhi.

- Siêu âm hình thái (thai 11-13tuần+6): đo độ mờ da gáy
- Tầm soát sinh hóa: Double test
- Xét nghiệm xác định ở bệnh nhân có yếu tố nguy cơ kể trên

**1.1. Tam cá nguyệt 2:**

- Triple test
- Siêu âm
  - + Khi phát hiện bất thường về hình thái học thai nhi, hoặc triple nguy cơ cao, tư vấn xét nghiệm ối làm karyotype, xét nghiệm TORCH (sau khi khám tiền sản và tư vấn di truyền).

- + Khi AC <10th (>=20 tuần): SA chi tiết, SA doppler mạch máu tử cung-nhau(\*). Nếu kết quả bất thường, tư vấn khám tiền sản (xét nghiệm ối làm karyotype hoặc các xét nghiệm chẩn đoán lệch bội nhanh (FISH), xét nghiệm TORCH), quản lý thai chậm tăng trưởng trong tử cung. Nếu kết quả bình thường, siêu âm đánh giá lại AC sau 2 tuần, nếu AC>10: chuyển khám thai bình thường; nếu AC<10: lập lại qui trình như trên (\*).
- + Khi AC >10th (>=20 tuần) kèm theo yếu tố nguy cơ: SA doppler mạch máu tử cung-nhau khi thai 26-28tuần. Nếu kết quả bất thường: quản lý thai kì nguy cơ cao + tư vấn di truyền. Nếu kết quả bình thường: khám thai bình thường.

### 1.2. Tam cá nguyệt 3:

- Dựa vào biểu đồ tăng trưởng (30-32 tuần), nếu các số đo < bình thường: quản lý thai kì nguy cơ cao (hướng dẫn điều trị riêng).
- Đến khám lần đầu >32 tuần
  - + Nếu bất thường: Nhập viện
  - + Nếu bình thường: Quản lý thai kì nguy cơ cao

## 2. QUẢN LÝ THAI CHẬM TĂNG TRƯỞNG

### 2.1. Thai chậm tăng trưởng đã được chẩn đoán

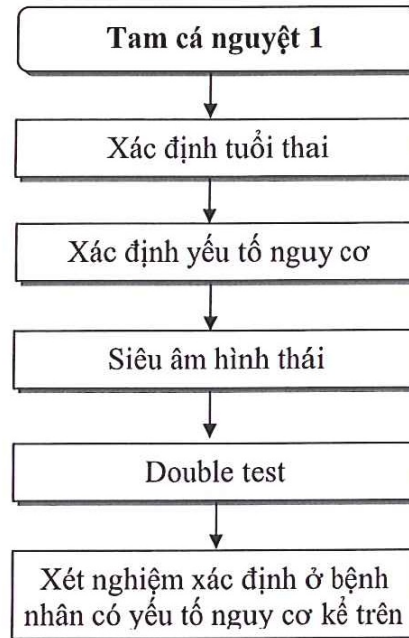
- Kèm theo bất thường nhiễm sắc thể và/hoặc nhiễm trùng bào thai: tư vấn chấm dứt thai (tư vấn di truyền)
- Không kèm bất thường trên theo dõi: theo dõi ngoại trú:
  - + Khám thai + Siêu âm (SA 2D hoặc SA Doppler)
  - + Thiếu ối hoặc /và 1 trong 3 số đo <5th: Siêu âm Doppler (+/-BPP) mỗi 2 tuần.
  - + CTG mỗi tuần từ tuần 32

### 2.2. Chỉ định nhập viện

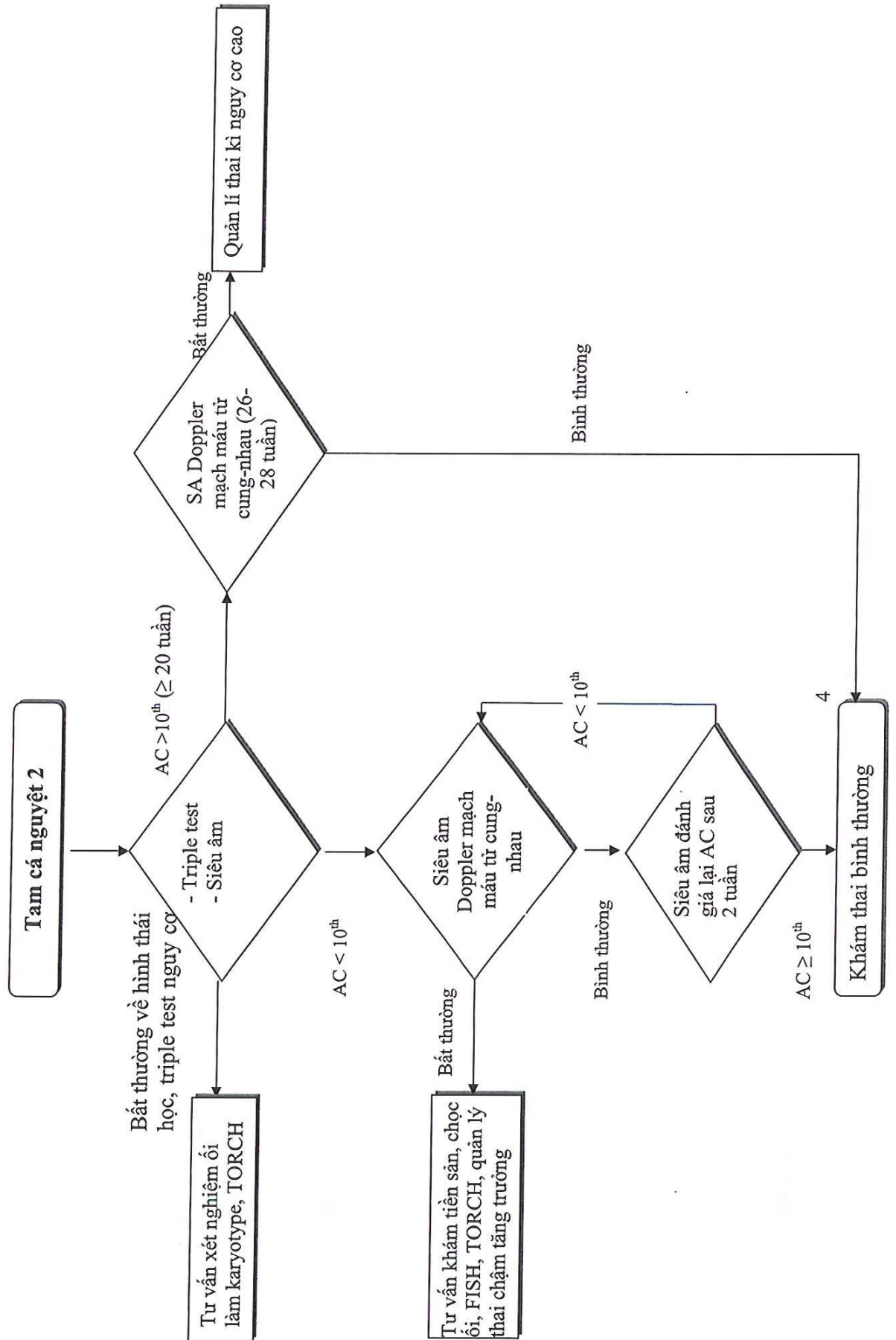
- AC < bách phân vị 3
- AC < bách phân vị 10 kèm theo một trong các dấu hiệu sau:
  - + Mẹ có bệnh nội khoa
  - + Doppler mạch máu bất thường
  - + Thiếu ối
  - + CTG nghi ngờ
  - + Thai 36 tuần

### 3. SÀNG LỌC THAI CHẬM TĂNG TRƯỞNG

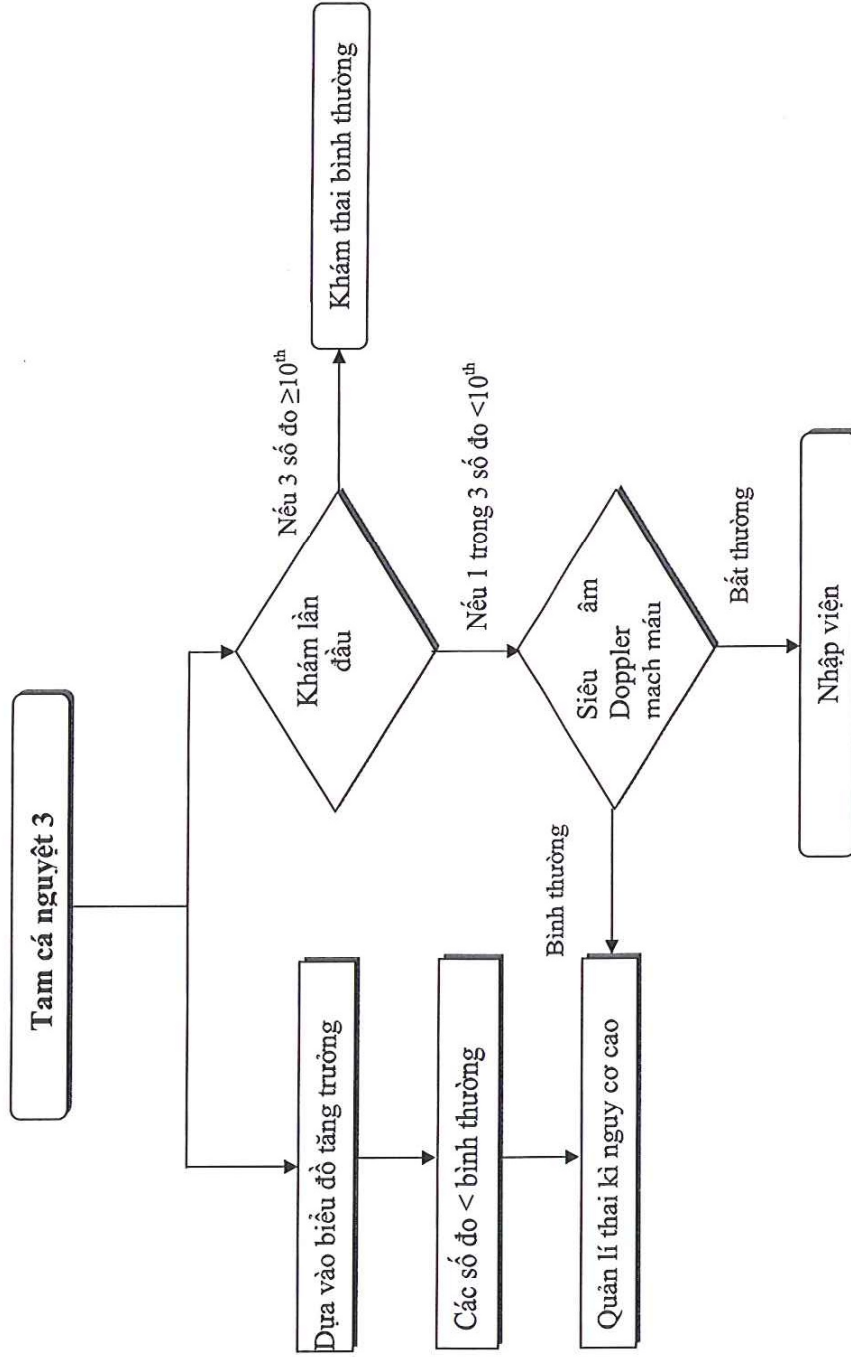
#### 3.1. Tam cá nguyệt 1



### 3.2 Tam cá nguyệt 2



### 3.3. Tam cá nguyệt 3



## 13. NGÔI BẤT THƯỜNG

*Ngôi bất thường là ngôi không phải ngôi chỏm, gồm: ngôi mặt, ngôi trán và ngôi thóp trước, ngôi mông, ngôi vai (ngôi ngang), ngôi đầu sa tay (ngôi phức tạp).*

### I. Ngôi mặt

- Là ngôi đầu ngửa tối đa, mặt thai nhi trình diện trước eo trên.
- Ngôi mặt được chẩn đoán xác định trong chuyển dạ sinh bằng cách khám âm đạo.
- **Khám bụng**
  - Ngôi đầu, nắn ngoài, có dấu hiệu nhát riu nếu là kiểu cầm sau, nếu là kiểu cầm trước sờ thấy cầm có hình móng ngựa.
- **Khám âm đạo**
  - Chẩn đoán xác định bằng khám âm đạo, tìm được mấu của ngôi là cầm, việc chẩn đoán xác định sẽ dễ hơn khi cổ tử cung đã mở, nhưng phải cẩn thận khi thăm khám để không làm vỡ ối.
  - Không bao giờ thấy thóp sau hoặc thóp trước khi khám âm đạo.
  - Cần chẩn đoán phân biệt với ngôi trán, ngôi mông.
- **Xử trí**
  - Cuộc sinh ngôi mặt diễn ra lâu và khó khăn hơn sinh ngôi chỏm.
  - Chỉ có ngôi mặt cầm trước có thể sinh đường âm đạo. Nếu sinh đường âm đạo có thể có hỗ trợ bằng forceps, tuyệt đối không được dùng giác hút.
  - Ngôi mặt cầm sau tự xoay được về cầm trước cũng có thể sinh đường âm đạo.
  - Phẫu thuật lấy thai cho những trường hợp ngôi mặt cầm sau hoặc cầm trước có kết hợp thêm các yếu tố sinh khó khác.

### II. Ngôi trán và ngôi thóp trước

Là ngôi trung gian giữa ngôi mặt và chỏm, đầu không cúi hẳn mà cũng không ngửa hẳn, trán hoặc thóp trước của thai trình diện trước eo trên.

- **Chẩn đoán**
  - Lúc bắt đầu chuyển dạ là một ngôi đầu cao lỏng.
  - Chẩn đoán xác định dựa vào việc khám âm đạo khi cổ tử cung mở được từ 3 cm trở lên, ối đã vỡ và ngôi đã cố định chặt.
  - Sờ thấy góc mũi, 2 hố mắt, trán và thóp trước (ngôi trán) hoặc thấy thóp trước ở chính giữa tiểu khung (ngôi thóp trước).
  - Không sờ thấy thóp sau và cầm.
  - Cần chẩn đoán phân biệt với ngôi mặt và ngôi chỏm.
- **Xử trí**
  - Theo dõi sát các cuộc chuyển dạ để phát hiện sớm.
  - Phẫu thuật lấy thai khi có chẩn đoán xác định.

### III. Ngôi mông

- Là một loại ngôi dọc, đầu thai nằm ở đáy tử cung, mông trình diện trước eo trên.
- Là một ngôi sinh khó do đầu là phần to và cứng nhất lại sinh ra sau cùng, nguy cơ kẹt đầu hậu có thể làm cho thai chết hoặc sang chấn.

#### • Chẩn đoán

##### *Lâm sàng*

- Ngôi dọc, đầu ở đáy tử cung.
- Khám âm đạo sờ thấy xương cùng, lỗ hậu môn và hai mông thai nhi, có thể một hoặc hai bàn chân cùng với mông.
- Có thể thấy phân su nhưng không đánh giá là thai suy.
- Chẩn đoán phân biệt với: ngôi mặt, ngôi vai, ngôi đầu sa chi.

*Cận lâm sàng:* siêu âm giúp chẩn đoán và ước lượng cân thai.

#### • Xử trí

- Đỡ sinh đường âm đạo khi có những điều kiện thuận lợi:
  - + Ngôi mông đủ hoặc thiếu kiểu mông.
  - + Khung chậu bình thường.
  - + Thai nhi không quá lớn, ước lượng cân thai  $\leq 3200g$ .
  - + Đầu thai cúi tốt.
- Chỉ định mổ lấy thai: khi có kết hợp với bất kỳ một yếu tố nguy cơ
  - + Chuyển dạ kéo dài.
  - + Ngôi mông thiếu kiểu chân.
  - + Khung chậu giới hạn, hẹp, biến dạng.
  - + Con so, thai  $> 3000g$ .
  - + Thai to, ước lượng cân thai  $> 3200g$ .
  - + Đầu không cúi tốt.
  - + Vết mổ cũ trên TC.

### IV. Ngôi vai

- Trong ngôi vai thai không nằm theo trục của tử cung mà nằm ngang hoặc chéo, trục của thai không trùng với trục của tử cung.
- Mốc của ngôi là móm vai, ngôi vai không có cơ chế sinh nên hầu hết các trường hợp đều phải phẫu thuật lấy thai. Chỉ làm nội xoay thai cho thai thứ 2 trong song thai.

#### • Chẩn đoán

- Tử cung bè ngang, sờ thấy đầu ở hạ sườn hoặc hố chậu.
- Chiều cao tử cung thấp hơn so với tuổi thai.
- Khám âm đạo thấy tiểu khung rộng, ối phòng.
- Khi có chuyển dạ nếu ối vỡ, CTC mở có thể sờ thấy móm vai hoặc tay thai nhi ở trong âm đạo.
- Có thể dùng siêu âm để chẩn đoán.
- Chẩn đoán phân biệt với ngôi mông.

- **Xử trí**

- Phẫu thuật lấy thai khi thai đủ trưởng thành.
- Nội xoay thai cho thai thứ hai ngôi vai trong trường hợp sinh đôi, đủ điều kiện nội xoay.

## V. Ngôi phức tạp

Là khi tay thai nhi sa xuống sát bên ngôi thai hay phần trình diện của thai.

- **Chẩn đoán**

- Cả tay sa xuống và đầu thai cùng đồng thời trình diện trong khung chậu khi khám âm đạo.
- Có thể phát hiện khi ối còn hoặc đã vỡ.

- **Xử trí**

- Sinh tự nhiên chỉ có thể xảy ra khi thai rất nhỏ hoặc chết lưu.
- Có thể đặt lại vị trí của tay thai nhi như sau
  - + Đẩy tay thai lên trên tiểu khung và giữ cho đến khi con co tử cung đẩy đầu thai vào tiểu khung.
  - + Nếu đầu thai giữ được trong tiểu khung và không sờ thấy tay thai nữa thì có thể theo dõi chuyển dạ tự nhiên.
  - + Phẫu thuật lấy thai khi đẩy tay thất bại, hoặc kèm sa dây rốn.