

# THAI QUÁ NGÀY

Bs. Nguyễn Thị Nhật Phượng

# Mục tiêu

- Trình bày được định nghĩa TQN.
- Nắm được các yếu tố nguy cơ của TQN.
- Biết và hiểu được giá trị của các phương pháp được dùng trong chẩn đoán tuổi thai – độ trưởng thành thai.
- Biết cách xử trí TQN.

# Định nghĩa:

- Theo ACOG (1997) là thai kỳ quá 42 tuần vô kinh (294 ngày) tính từ ngày đầu của kỳ kinh cuối của chu kỳ kinh 28 ngày đều.
- Có thể có những thai kỳ không quá ngày thật sự do việc nhớ ngày kinh cuối sai đưa đến việc tính tuổi thai sai.
- Theo Bennet (2004) có vài trường hợp thai kỳ là 40 tuần sau thụ thai nhưng chỉ 41 tuần vô kinh.
- Vì vậy thai quá 42 tuần vô kinh không phải là kéo dài bệnh lý, ngược lại một số thai kỳ chưa tới 42 tuần có thể quá ngày.

# Những yếu tố ảnh hưởng đến thai quá ngày:

- Tần suất thai đổi từ 2% - 6%, có thể đến 15%.
- Tần suất thai đổi dựa vào:
  1. Yếu tố mẹ: tiền thai, tiền sử thai quá ngày trước đó, tình trạng kinh tế xã hội và tuổi, chủng tộc, thể tạng mẹ, mẹ suy giáp – nhiễm độc thai nghén.
  2. Những yếu tố nhau – thai có ảnh hưởng đến thai quá ngày: thai vô sọ, thiếu sản thận, thiếu men sulfatase ở cầu nối X của nhau thai; mất kích thích của thai trên CTC trong BXĐC.
  3. Những yếu tố can thiệp vào trong sinh lý khởi phát chuyển dạ tự nhiên: thành phần sợi collagen trong mô CTC do prostaglandins.

# Sinh bệnh học

- Chưa được biết rõ.
- Biến đổi nhau già tháng: mảng calci, thoái hóa dần các gai nhau.
- Mao mạch của các gai nhau bị giãn và tạo thành những xoang.
- Rối loạn trao đổi nhau – thai: được ghi nhận nghi ngờ hoặc thấy trên đại thể - vi thể, không thấy qua nghiên cứu trao đổi huyết động học thai – mẹ qua velocimetric Doppler động mạch rốn.
- Bánh nhau giảm sản xuất HPL và Estriol, là tiêu chuẩn đánh giá thai già tháng.
- Có trường hợp bánh nhau vẫn hoạt động tốt.

# Ảnh hưởng của thai quá ngày:

## ■ *Thai:*

- *Tử vong chu sinh* tăng: hầu hết xảy ra trong lúc sanh: hạ HA, ngạt, chuyển dạ kéo dài do bất xứng đầu chậu, thiếu oxy, thai to.
  - Thai to.
  - Hội chứng thai già tháng.
- ## ■ Mẹ: sanh khó, tổn thương sinh dục, tỉ lệ MLT tăng.

# Ảnh hưởng của thai quá ngày:

## ■ *Sinh lý bệnh:*

- *HC già tháng:* da bàn tay – bàn chân khô – tróc. Hầu hết trẻ này không bị suy dinh dưỡng trong TC. Shime: tỉ lệ thai già tháng 10% ở thai 41 – 43 tuần, và tỉ lệ này tăng khi thai 44 tuần.
- *Rối loạn chức năng bánh nhau:*  
Tỉ lệ tế bào chết được lập trình tăng khi tuổi thai 41 – 42 tuần.  
Sự yếu kém của bánh nhau dù không tìm thấy sự thoái hóa bánh nhau về mô học.  
Nồng độ erythropoietin tăng thai quá 41 tuần.  
Thai quá ngày vẫn tiếp tục tăng cân
- *Suy thai và thiếu ối:* nguy cơ thai già tháng tăng do sự đe dọa thai trước sanh và suy thai trong lúc sanh là do kết quả chèn ép rốn liên quan đến thiếu ối.
- *Thai suy trường diễn:* tử vong thai ở trẻ sơ sinh suy trường diễn thường gặp nhất với tuổi thai quá 42 tuần và 1/3 trẻ quá ngày có suy trường diễn.

# Chẩn đoán tuổi thai:

## ■ Lâm sàng:

1. Ngày đầu của kỳ kinh cuối: trong trường hợp kinh đều, phóng noãn vào ngày thứ 14 của chu kỳ.
2. Những trường hợp khác: biểu đồ thân nhiệt, khởi phát phóng noãn, ngày bơm tinh trùng cho ngày thụ thai tin tưởng được.

## ■ Cận lâm sàng:

- Siêu âm 3 tháng đầu: đo chiều dài đầu mông ở tuần thứ 7 – 13 vô kinh.
  - 4 – 7 tuần: chiều dài túi thai  $\pm 4$  ngày.
  - 10 tuần: CRL  $\pm 3$  ngày.
  - 12 tuần: kết hợp: CRL, BDP, FL  $\pm 5$  ngày.
- Siêu âm 3 tháng giữa: đến 20 tuần vô kinh, kết hợp BDP và FL  $\pm 7$  ngày.
  - Sau 20 tuần: không chính xác, chỉ mô tả sự trưởng thành của thai.
  - BDP: 28 tuần  $\pm 10$  ngày; 30 tuần  $\pm 14$  ngày, 42 tuần  $\pm 21$  ngày.
  - FL: chính xác hơn BDP, sai số  $\pm 8$  ngày cho đến 42 tuần..



# ***Định độ trưởng thành thai:***

■ Trên 1 thai kỳ nghi ngờ quá ngày cần định độ trưởng thành để loại trừ trường hợp chấm dứt thai non tháng hơn là chẩn đoán thai già tháng.

■ ***Siêu âm:***

**BDP > 92cm.**

**Độ lão hóa bánh nhau theo Grannum, nếu nhau độ III thì 100% L/S > 2 nhưng nó xuất hiện trễ khoảng thai 38 tuần và không có nó không kiến quan đến khiếm khuyết trưởng thành thai nhi.**

# ***Định độ trưởng thành thai:***

## ■ ***Siêu âm:***

**Điểm cốt hóa của xương:**

+ Đầu dưới xương đùi: trên siêu âm: 33 tuần và trung bình trước 3 tuần trên X quang

+ Đầu trên xương chày: xuất hiện hằng định ở thai 37 tuần và 2/3 trường hợp trên 35 tuần.

+ Tiêu chuẩn khác: độ phản âm của phôi thai nhi so với gan.

## ■ ***X quang:***

- Béclard (+):  $\geq 36$  tuần, 95% trường hợp thai đủ tháng.

- Told (+):  $\geq 38$  tuần, 45% trường hợp đủ ngày.

- X.cánh tay (+):  $\geq 40$  tuần.

# ***Định độ trưởng thành thai:***

## **■ Chọc ối:**

- ❖ Đo nồng độ bilirubine: lượng bilirubine giảm dần theo tuổi thai và biến mất khi thai > 36 tuần.**
- ❖ Đo lượng creatinine và acid uric: thận thai nhi càng trưởng thành thì creatinine và acid uric càng tăng.  
Trên 36 tuần: creatinine  $\geq$  20 mg/l, acid uric  $\geq$  92,9 mg/l.**
- ❖ TB cam: sự trưởng thành của da thai nhi, tb tuyến nhày của da bắt màu cam khi nhuộm Bleu de Nil 0,1%.
  - + Thai 36 tuần: > 30%**
  - + Thai 38 tuần: > 50%**
  - + Thai 40 tuần: > 80%****

# ***Định độ trưởng thành thai:***

## **❖ Các xét nghiệm đánh giá sự trưởng thành phổi:**

**+ Định lượng phospholipide: trưởng thành = 600 mg/l.**

**+ Tỷ lệ Lecithine / Sphingomyeline.**

**Trước 34 tuần: L/ S = 1, sau đó tăng dần.**

**L/ S  $\geq$  2: thai đủ trưởng thành.**

**L/ S  $>$  2: nguy cơ suy hô hấp ít.**

**L/ S = 1,5 – 2: suy hô hấp 40%.**

**L/ S  $<$  1,5: suy hô hấp 73%.**

**+ Phosphatidyl glycerol test: nhạy gần 100%, khi có nó trong dịch ối gần như bảo đảm không suy hô hấp. Chất này không có trong máu, phân su, dịch tiết âm đạo.**

**+ Tỷ lệ acide palmitique/ acide stearique (P/ S):  $>$  5 thai trưởng thành.**

# ***Định độ trưởng thành thai:***

## **❖ + Shake test (test sủi bọt):**

**Nguyên tắc: ethanol + phospholipide sẽ tạo bọt.**

<b>Cách làm:</b>	<b>5 ống nghiệm</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Nước ôi (ml)</b>	<b>1</b>	<b>0,75</b>	<b>0,5</b>	<b>0,25</b>	<b>0,2</b>	<b>0</b>
<b>NaCl 9‰ (ml)</b>	<b>0</b>	<b>0,25</b>	<b>0,5</b>	<b>0,75</b>	<b>0,8</b>	<b>1</b>
<b>Ethanol</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

**Lắc 15 giây, để yên 15 phút. Kết quả (+) khi bọt bóng chiếm  $\frac{1}{2}$  diện tích bề mặt ống nghiệm sau 15 phút.**

**Kết quả:**

**Nếu (+) ống 1 → 3: vừa trưởng thành.**

**Nếu (+) ống 1 → 4: 90% đủ trưởng thành**

**Nếu (+) ống 1 → 5: 100% đủ trưởng thành.**

**Sai lệch: lẫn máu, ống nghiệm dư, rửa ống nghiệm bằng xà bông, sai lầm do đo đạc.**

## *Định độ trường thành thai:*

- ❖ + Phương pháp đo độ nhớt bởi sự tập trung huỳnh quang: nhận biết hoạt tính của surfactant trong dịch ối, hòa nước ối với thuốc nhuộm huỳnh quang
- ❖ + Test hấp thu ánh sáng ở bước sóng 650 nm, có tương quan tốt với tỉ lệ L/ S trong dịch ối, nhưng nước ối phải thuần khiết.

# ***Những dấu liên quan đến thai quá ngày:***

- ***Cử động thai:*** giảm cử động thai đột ngột là dấu hiệu của gợi ý khởi đầu suy thai, tuy nhiên cũng tùy thai sự phân loại giảm cử động thai.
- ***BCTC:*** cuối thai kỳ có liên quan đến thể tích ối, không tăng hoặc giảm có thể do giảm lượng ối.
- ***Soi ối:*** theo dõi mỗi 2 ngày từ sau 41 tuần, tỉ lệ phân su: 5,6 – 16,8% tùy tác giả.
- ***Nhịp tim thai:***
  - + Dao động nội tại bất thường: biên độ nhỏ, nhịp phẳng hay hình sin.
  - + Không có nhịp tăng: phải ít nhất 90'.
  - + Có nhịp giảm: có giá trị quan trọng.

# ***Những dấu liên quan đến thai quá ngày:***

## **■ Siêu âm:**

+ Đánh giá bề dày, độ vôi hóa bánh nhau và thể tích ối.

+ Đánh giá lượng nước ối.

+ Velocimetrie: của động mạch TC và động mạch rốn không thay đổi trong thai quá ngày, động mạch chủ có tương quan với thai > 40 tuần.

+ *Chỉ số sinh học Manning* gồm 5 thông số: cử động hô hấp, cử động thai, trương lực cơ, lượng nước ối và nhịp tim thai.

## **❖ *Biểu hiện trẻ sơ sinh già tháng:***



# Xử trí:

Có thể khởi phát chuyển dạ hay theo dõi qua đánh giá sức khỏe thai. Roussis: 41 tuần thì 2/3 tán thành KPCD nếu CTC thuận lợi, đánh giá sức khỏe thai nếu CTC không thuận lợi. Khi 42 tuần, tất cả tán thành KPCD khi CTC thuận lợi, 58% KPCD khi CTC không thuận lợi.

## ■ *Quản lý thai từ 40 tuần*

### ❖ *Chấm dứt thai kỳ:*

- Thiếu ối.
- Ới nhuộm phân su.
- Bất thường nhịp tim thai.
- Thai thật sự quá ngày dự sanh  $\geq 10$  ngày.

# Xử trí:

- **Quản lý thai từ 40 tuần:** vào chuyển dạ tự nhiên sau ngày dự sanh 3 ngày: 40 – 50%, 7 ngày: 90%/
- Tần suất mỗi ngày hay 2 lần 1 ngày: tiền căn sản khoa bệnh lý, thai kỳ bệnh lý, giảm cử động thai, chỉ số trở kháng động mạch rốn tăng.
- Bilan theo dõi và đánh giá: Ghi cử động thai 3 giờ/ ngày, sự xuất hiện cơn gò
- Soi ối ghi nhận tình trạng nước ối.
- Thực hiện NST (3 lần/ tuần).
- Siêu âm đánh giá chỉ số Manning, lượng ối (3 lần/ tuần), chỉ số sinh học của thai, tình trạng bánh nhau.
- Sau 41 tuần chưa vào chuyển dạ hay có dấu hiệu suy thai qua theo dõi cử động thai sản phụ phải được nhập viện.

# Xử trí:

- **Phương pháp chấm dứt thai kỳ:** trước khi KPCD phải đánh giá thai nhi có khả năng sanh ngã âm đạo không qua kết quả stresstest.
  - ❖ **KPCD ngã âm đạo:** khi stresstest âm tính. Cần đánh giá chỉ số Bishop trước KPCD, CTC được coi là không thuận lợi khi Bishop < 7 điểm.
  - 1. **Khi CTC không thuận lợi:** theo dõi sát tình trạng mẹ và thai. Có nhiều phương pháp KPCD:
    - Truyền oxytocin + tia ối.
    - Kovac's: nhằm tách rộng màng ối gây sản xuất prostaglandin nội sinh.
    - Làm chín muồi CTC bằng prostaglandin sẽ cải thiện tình trạng chín muồi CTC trong đa số trường hợp.
- Khi KPCD bằng oxytocin, sau 6 tiếng nếu CTC không tiến triển, thai không suy - ối chưa vỡ có thể cho sản phụ nghỉ ngơi ngày sau làm lại.

# Xử trí:

## ❖ *MLT:*

1. Suy thai cấp, stresstest (+).
  2. KPCD thất bại.
  3. BXĐC.
  4. Con so lớn tuổi, điều kiện sản khoa không thuận lợi.
- Hannah (1992) tỉ lệ MLT , chi phí điều trị nhóm KPCD < theo dõi.

# Kết luận

## ■ Tiên lượng:

➤ *Mẹ*: tỉ lệ MLT tăng.

➤ *Con*:

- Suy thai và tử vong thai nhi.

- Ngạt chu sinh.

- Nguy cơ hít ối phân su.

- Con to.

- Đa hồng cầu, hạ thân nhiệt, hạ đường huyết.

■ **Kết luận**: chẩn đoán thai quá ngày chủ yếu là nghi ngờ, nên người thầy thuốc phải theo dõi sát và chăm sóc tốt để phát hiện kịp thời.