**CÁC PHƯƠNG PHÁP HỖ TRỢ CHUYỂN DẠ**

**I. KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Chỉ định** | **Chống chỉ định** | **Chống chỉ định tương đối** |
| - Thai quá ngày (≥41w)  - TSG + thai đủ tăng trưởng  - TSG chuyển biến nặng  - Sản giật + có khả năng sinh ngã âm đạo  - Bệnh lý của mẹ cần CDTK sớm: ĐTĐ, bệnh lý thận, bệnh lý tim, bệnh lý phổi nặng…  - Thiểu ối  - IUGR có chỉ định khởi phát chuyển dạ  - Thai lưu  - Ối vỡ non, ối vỡ sớm (không khởi phát chuyển dạ bằng phương pháp cơ học)  - Thai dị tật (có ý kiến CDTK theo hội đồng chuyên môn) | - Bất xứng đầu chậu rõ  - Nhau tiền đạo không có khả năng sinh ngã âm đạo, mạch máu tiền đạo.  - Sa dây rốn  - Hespes sinh dục, mụn cóc sinh dục đang tiến triển  - Tiền căn mổ dọc thân TC, vỡ TC…  - Ung thư cổ TC  - Ngôi bất thường: ngôi ngang, ngôi mông  - CTG nhóm III, nhóm II lặp lại  - Dị ứng các thành phần thuốc (Oxytocin, PGE1, PGE2) | - Vết mổ sanh cũ không có CCĐ sanh ngã âm đạo  - Đa ối (có thể giảm ối trước khi khởi phát chuyển dạ), đa thai  - Dị dạng tử cung  - Ngôi bất thường |

**PHƯƠNG PHÁP**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | Mục đích | Chỉ định | | | | |
| Không dùng thuốc | Phá ối | | | - Giảm bớt áp lực buồng ối  - Rút ngắn thời gian chuyển dạ  Điều kiện tại cơ sở y tế phải:  - Có sẵn phòng mổ và các phương tiện hồi sức sơ sinh  - Cần theo dõi tình trạng thai và chuyển dạ sau phá ối. | Có lợi:  - Đa ối, nhau bám mép đang chảy máu nhiều, nhau bong non  - Có cơn gò tử cung cường tính  - Trước khi tăng co trong CD kéo dài do gò tử cung thưa.  - Khi làm nghiệm pháp sinh ngã âm đạo  - CD đã vào gđ hoạt động, đầu ối phồng🡪 cản trở cuộc CD, Cổ CT mở chậm, ngôi đầu cao  - Sản đồ bên P đường báo động và cơn co TC đủ | | | | Nguy hiểm  - Cổ TC chưa mở trọn trong mọi ngôi bất thường (ngôi mông, ngôi mặt, ngôi ngang). Với các ngôi bất thường, bảo vệ đầu ối đến cùng là nguyên tắc bất di bất dịch.  - Sa dây rốn trong bọc ối  - Thai phụ bị nhiễm viêm gan C, nhiễm HIV |
| Foley | | | - Làm mềm cổ TC, kích thích mở cổ TC và cơn gò chuyển dạ |  | | |  | |
| Foley: Nếu điểm Bishop ≥ 7 hay thai phụ vào chuyển dạ thật sự 🡪 chuyển Phòng Sanh, tiếp tục giục sanh nếu cơn gò TC không đủ.  Nếu điểm Bishop < 7 sau 24h 🡪 hội chẩn để thực hiện khởi phát chuyển dạ bằng phương pháp khác.  *(Phác đồ Hùng Vương)* | | | | | | | | |
| Dùng thuốc | Oxytocin | | Cần tăng hoạt động của cơ tử cung.  Nguyên tắc cần tuân thủ:  - Chỉ dùng đường truyền TM thật chậm  - Dùng liều thấp nhất có thể có hiệu quả  - Phải theo dõi chặt chẽ khi dùng oxytocin. | | - Khởi phát chuyển dạ  - Thúc đẩy chuyển dạ, tăng cơn co tử cung  - Dự phòng và điều trị băng huyết sau sinh do đờ tử cung hay sau sanh hay sau sinh mổ. | | \***Chống chỉ định tuyệt đối:**  - Suy thai cấp  - Bất xứng đầu chậu tuyệt đối.  \*Thận trọng trong:  - Phát khởi chuyển dạ hoặc tăng co trên thai phụ có vết mỗ cũ sinh mổ  - Phát khởi chuyển dạ hoặc tăng co trên thai phụ đa sản.  - Phát khởi chuyển dạ trên ngôi ngược. | | |
| Nếu điểm số Bishop ≥ 7 hay thai phụ vào chuyển dạ thật sự 🡪 chuyển Phòng sanh, tiếp tục giục sanh nếu cơn co TC không đủ.  Nếu điểm số Bishop < 7 sau 24h 🡪 Hội chẩn.  *(Phác đồ Hùng Vương)* | | | | | | | | |
| Prostaglandins | PGE1 tương tự misoprostol | - Chấm dứt thai kỳ ở mọi tuổi thai  - Khởi phát chuyển dạ  - Dự phòng băng huyết sau sinh  - Điểu trị băng huyết sau sinh  **Chống chỉ định tuyệt đối:**  - TC có sẹo mổ cũ. | | Dùng để làm chín muồi cổ TC, chúng cũng tạo cơn co, thường gặp cơn co cường tính. | **Chống chỉ định** trên thai đủ tháng và thai sống. | | | |
| PGE2: | Thường dùng cho mục đích làm chín muồi cổ TC hơn là khởi phát chuyển dạ. | Ngưng prostaglandins. Chuyển sang dùng oxytocin khi:  - Màng ối đã vỡ  - Cổ tử cung đã thuận lợi.  - Chuyển dạ thật sự  - Sau 12h dùng. Nhưng oxytocin chỉ được bắt đầu sau liều cuối prostaglandins ít nhất là 6h. | | | |
| PGF2α | - Không được dùng trước khi sinh  - Chủ yếu sử dụng trong điều trị sau sinh. | | | | |
|  | Nếu điểm số Bishop ≥ 7 hay thai phụ vào chuyển dạ thật sự 🡪 chuyển Phòng sanh, tiếp tục giục sanh nếu cơn co TC không đủ.  Nếu điểm số Bishop < 7, cơn gò TC ≤ 2 cơn/10p 🡪 Có thể lặp lại liều nếu đủ điều kiện.  *(Phác đồ Hùng Vương)* | | | | | | | | |

Chọn lưa phương pháp KPCD trên 1 số trường hợp đặc biệt: *(Phác đồ Từ Dũ)*

- Có VMC: + KPCD trên vết mổ cũ MLT 1 lần: ưu tiên chọn KPCD bằng Foley hoặc/và phác đồ Oxytocin liều thấp với bơm tiêm điện.

+ Cân nhắc sử dụng Prostaglandin E1 liều thấp và Prostaglandin E2 trên những trường hợp sản phụ có vết mổ cũ và thai ≥ 28w + có chỉ định CDTK mà thai không có khả năng nuôi được.

- Ối vỡ ≥ 12h, thai ≥ 34w, chưa vào chuyển dạ: KPCD bằng Oxytocin, đánh giá thành công sau 12h.

- Song thai, ngôi 1 là ngôi đầu, không có chống chỉ định KPCD có thể KPCD bằng Oxytocin và/hoặc kết hợp với các phương pháp làm chín muổi CTC.**II. GIẢM ĐAU TRONG CHUYỂN DẠ**

\* Gây tê ngoài màng cứng:

**Lợi ích:**

- Giúp sản phụ chịu được cuộc sanh dễ dàng hơn.

- Thường dùng cho sinh mổ.

- Tính uyển chuyển có thể điều chình, phong bế hoặc kéo dài hoặc làm lại khi tình trạng lâm sàng đòi hỏi.

- An toàn cho sản phụ có TSG nặng, hay với 1 số bệnh tim (hẹp van ĐMC nặng) có khả năng đáp ứng kém với sự thay đổi đột ngột huyết động.

**CHỐNG CHỈ ĐỊNH TUYỆT ĐỐI:**

- Sản phụ từ chối thực hiện giảm đau

- Nhiễm trùng nơi sẽ chọc kim gây tê

**CHỐNG CHỈ ĐỊNH TƯƠNG ĐỐI:**

- Thoát vị đĩa đệm hay đau lưng

- Bệnh lý hệ TK

- Thiếu khối lượng tuần hoàn

- Bệnh lý đông máu

- Bệnh lý có khả năng gây RL đông máu khi có thai: TSG, sẩy thai to, thai chết lưu, thuyên tắc ối, đang dùng thuốc kháng đông

**Ảnh hưởng:**

Có thể ảnh hưởng đến chuyển dạ nhưng không ảnh hưởng đến kết cục sản khoa.

- GĐ I: không làm thay đổi cơn gò nhưng có thể làm cổ TC mở chậm hơn 🡪 thường áp dụng khi CDHĐ.

- GĐ II: giảm sản xuất oxytocin nội sinh và giảm cơn gò TC. Giảm sức rặn của sản phụ và làm tầng sinh môn dãn 🡪 đầu thai nhi xoay không tốt🡪 tăng khả năng can thiệp sinh thủ thuật.

Biến chứng:

- Hạ huyết áp: hay gặp nhưng thoáng qua. 🡪 phòng ngừa: bù dịch truyền nhanh + theo dõi sát sinh hiệu.   
Thay đổi nhịp tim thai thoáng qua: hiếm khi giảm nặng và kéo dài gây toan chuyển hóa 🡪 theo dõi sát sinh hiệu sản phụ + monitoring tim thai liên tục.

- Chọc thủng màng cứng, catheter chui vào tủy sống hay lòng mạch

- Tê không hoàn toàn

- Lâu dài: nhức đầu sau gây tê, liệt chi, đau lưng.

**III. GIÚP SINH BẰNG DỤNG CỤ**

**4 tình huống mà có thể có lợi:**

- Bệnh lý của mẹ mà cần tránh gắng sức: suy tim NYHA III-IV, THA, các bệnh lý khác như dị dạng mạch máu não, nhược cơ, tổn thương tủy sống.

- Bất thường trên băng ghi EFM xuất hiện trong giai đoạn II của chuyển dạ: khó phân định.

- Giai đoạn sổ thai kéo dài:

+ Con so: gđ II ≥ 2h nếu không gây tê, ≥3h nếu gây tê.

+ Con rạ: gđ II ≥ 1h nếu không gây tê, ≥2h nếu gây tê.

- Mẹ mệt mỏi không đủ sức rặn

**Điều kiện tiên quyết** phải đảm bảo trước khi giúp sinh bằng dụng cụ:

- Chỉ được thực hành cho ngôi chỏm.

- Ngôi chỏm đã đạt đến các vị trí thấp hay rất thấp trong đường sinh.

- Không có tình trạng bất xứng đầu chậu ở mọi bình diện của đường sinh

- Biết chính xác kiểu thế và tình trạng biến dạng của ngôi thai: bất đối xứng và uốn khuôn.

- Các điều kiện đảm bảo giảm thiểu sang chấn trên đường sinh: cổ TC mở trọn, bàng quang, trực tràng trống.

- Các màng ối vỡ hoàn toàn.

- Được tư vấn đầy đủ về nguy cơ và lợi ích.

\***TAI BIẾN**

|  |  |
| --- | --- |
| Forceps | Sọ mặt: liệt VII ngoại biên (thường 1 bên, tạm thời, mất sau 48h)  Sọ não: nứt x. sọ, lõm sọ, xuất huyết khoang dưới nhện, xuất huyết nhu mô não.  Phần mềm: rách ra, rách mí mắt, tổn thương nhãn cầu, lòi nhãn cầu  Di chứng xa: chậm phát triển tâm thần – vận động, bại não, động kinh |
| Giác hút | Toàn thân: bướu huyết thanh to 🡪 thiếu máu, vàng da tán huyết.  Tại chỗ: trầy da, tụ máu dưới da đầu, tụ máu dưới màng xương.  Xuất huyết não – màng não, xuất huyết võng mạc  Di chứng của xuất huyết nội sọ: liệt, bại não, chậm phát triển tâm thần – vận động… |
| Mẹ | Chấn thương đường sinh dục: rách cổ TC, vỡ TC, rách âm đạo – tầng sinh môn.  Chấn thương các cơ quan vùng chậu: bí tiểu sau sinh, dò bàng quang- âm đạo, rách cơ vòng hậu môn, tổn thương trực tràng.  Biến chứng muộn: sa sinh dục. |

**IV. MỔ LẤY THAI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Chỉ định tuyệt đối | Chỉ định tương đối |
| Mẹ | - KPCD thất bại  - Chuyển dạ ngưng phát triển  - Bất xứng đầu chậu | - Mổ lấy thai nhiều lần  - Bệnh ở mẹ (TSG, bệnh tim, ĐTĐ, K cổ TC). |
| Thai | - Suy thai, stress test (+)  - Sa dây rốn  - Ngôi ngang | - Ngôi bất thường: ngôi mông, …  - Thai to |
| Tử cung - nhau | - Tiền căn vết mổ dọc TC  - Vỡ TC nguyên phát  - Kẹt đường ra  - Nhau tiền đạo  - Nhau bong non | - Tiền căn vết mổ cũ  - Sa dây rốn trong bọc ối. |

Những **yếu tố xem xét** thêm nhưng không phải chỉ định mổ:

- Con so lớn tuổi

- Con quý

Những yếu tố làm chỉ định mổ **cần cân nhắc** lại:

- Thai lưu

- Thai có DTBS quan trọng đã xác định

- Thai còn quá non tháng khó có khả năng sống

Tai biến mổ lấy thai:

- Mẹ: chảy máu, nhiễm trùng, tử suất, phạm phải các cơ quan lân cận, tai biến gây mê hồi sức, sẹo mổ trên thân TC có thể nứt trong thai kỳ sau, dính ruột, tắc ruột…

- Con: bị ảnh hưởng thuốc mê, hít phải nước ối, suy hô hấp do chậm hấp thu dịch phổi, …

**CHỈ ĐỊNH CẮT TC TRONG MỔ LẤY THAI**

- Chảy máu vùng nhau bám không kiểm soát được

- Nhiễm trùng ối nặng đã lan vào thành cơ tử cung

- u xơ tử cung to hay ở sản phụ đã đủ con.

-