**Sản Đồ**

Nguyên tắc xây dựng sản đồ:

1/ Lấy tốc độ mở CTC ở trung vị => đường này có 3 giai đoạn là tiềm thời, hoạt động, giảm tốc

Pha hoạt động có khác biệt giữa con so (độ mở CTC 1,2cm) và con rạ (độ mở CTC 1,5cm)

2/ Nghiên cứu lại, pha hoạt động không có sự khác biệt và pha giảm tốc không tồn tại

3/ Philpot xây dựng đường mở xóa CTC theo bách phân vị 10 với tốc độ là 1cm/h. Chậm hơn đồng nghĩa với chuyển dạ kéo dài và kết cục xấu của thai kỳ => bách phân vị 10 là tiền thân đường báo động

**SẢN ĐỒ MODEL 1993**

* Khoảng cách giữa đường hành động và đường báo động là 4h vì:

Nếu quá ngắn thì thời gian để thực hiện can thiệp có ý nghĩa phân định giữa chờ đợi và tích cực ít => xử trí quá tay

Nếu quá dài thì thời gian dễ dẫn đến can thiệp bị chậm nên chuyển dạ kéo dài

* Sản đồ giúp cải thiện quẩn lý chuyển dạ ở nơi nguồn lực y tế chưa có kinh nghiệm quản lý chuyển dạ
* Sản đồ không có chức năng chẩn đoán mà chỉ dùng để thể hiện cuộc chuyển dạ và cảnh báo là chuyển dạ đã ra khỏi bình thường

**SẢN ĐỒ MODEL 2002**

* Không có pha tiềm thời
* Đường báo động bắt đầu từ khi CTC mở 4cm

**Chuyển dạ kéo dài:**

Khi chuyển dạ kéo dài >24h. Khi chuyển dạ hoạt động kéo dài >12h

Biến chứng chuyển dạ kéo dài:

* Nhiễm trùng sơ sinh và nhiễm trùng hậu phẫu: Sau 6h là vi khuẩn phát triển trong nước ối, nhiễm trùng từ đường tiểu trên => nước ối => màng ối => màng rụng => máu mẹ => shock nhiễm khuẩn
* Dò bàng quang sinh dục niệu đạo
* Hội chứng vượt trở ngại - Dọa vỡ tử cung - Vỡ tử cung
* Suy thai trong chuyển dạ
* Sản đồ là 1 công cụ rất mạnh để tầm soát chuyển dạ kéo dài

**THỰC HÀNH GHI SẢN ĐỒ**

1. **Hành chính**

Tên, tuổi, thời điểm vỡ ối, giờ vỡ ối

1. **Tim thai, tình trạng ối, tình trạng chồng xương sọ**

* Tim thai: Tim thai cơ bản tại 1 thời điểm => không thể đánh giá suy thai
* Tình trạng ối:

+ C: ối còn

+ T: ối vỡ, không lẫn phân su

+ X: ối vỡ, có phân xu

+ K: ối vỡ, không còn ối nên không đánh gía được màu

* Tình trạng chồng xương sọ:

O: không chồng

+,++,+++

1. **Trung tâm sản đồ: Diễn tiến mở CTC và sự đi xuống đầu thai**

Mở CTC: X

Sự đi xuống đầu thai: O

Khám bằng khám bụng: đặt 5 ngón tay trên xương vệ. 2/5 là lọt

1. **Cơn co tử cung**

Tần số = số ô

Thời gian co = màu sắc: đen: >40s, dọc chéo: 20-40s, chấm <20s

1. **Tình trạng khác của mẹ**

Mạch, sinh hiệu, thuốc đang dùng, các kết quả cận lâm sàng

**Tiến hành ghi sản đồ:**

* Chỉ ghi sản đồ khi thai phụ **đã vào chuyển dạ thực sự**:

Khi có cơn co tử cung đủ, gây xóa mở cổ tử cung:

* >2 cơn, 20s trong 10ph

Có sự thành lập đầu ối

* Nếu sản phụ có chỉ định mổ sanh từ lúc đầu, không thực hiện ghi sản đồ

**Tịnh tiến sản đồ:**

Khi CTC đã mở >=3cm, tịnh tiến lên đườgn báo động, chứng tỏ là sản phụ đã vào chuyển dạ hoạt động

**KẾT QUẢ SẢN ĐỒ:**

Sản đồ bên trái đường báo động:

* Ý nghĩa: Cổ tử cung mở với tốc độ lớn hơn 1cm/ giờ. **Cơn gò và sự đi xuống cuả đầu thai nhi tốt**

Đánh giá 1 sản đồ:

* Sản đồ bắt đầu ở trên đường báo động, sau đó lệch hẳn về bên trái. Có sự đi xuống của ngôi thai theo thời gian. Cơn gò tử cung đủ, tốt. Ngôi thai ở kiểu thế trước, đả hoàn tất xoay trong về phía chẩm vệ. **Giai đoạn chuyển dạ hoạt động thuận lợi.**
* Sản đồ bắt đầu trên đường hành động, lệch hẳn về bên trái. Sự đi xuống của đầu thai không phù hợp với tốc độ mở cộ tử cung, độ lọt 3/5, thai chưa lọt. Gò >=5 cơn/10 phút, thời gian >40s => cơn gò nhanh. Ngôi thai ở kiểu thế sau, có hiện tượng lọt không đối xứng (chỉ thấy bướu đỉnh 1 bên). Có hiện tượng uốn khuôn: chồng xương 3+, ối vỡ, có lẫn phân xu. **Giai đoạn chuyển dạ hoạt động có hội chứng vượt trở ngại**
* Sản đồ bắt đầu trên đường báo động, lệch hẳn về bên trái, tốc độ mở CTC nhanh hơn 1cm/h. Cơn gò tử cung 4-5 cơn/ 10 phút. Sự đi xuống của ngôi thai nhanh, thai hoàn tất xoay trong về chẩm vệ. **Cần cẩn thận tổn thương đường sinh.**

Sản đồ giữa báo động và hành động:

* Sự mở cổ tử cung chậm hơn 1cm/h, có 3 nguyên nhân:

+ **Nguyên nhân cơ học:** chuyển dạ tắc nghẽn:

Bất xứng đầu chậu

U tiền đạo

Kiểu thế không thuận lợi: Ngôi mặt cằm sau

Kiểu thế không có cơ chế sinh ngã âm đạo: Ngôi trán, ngôi ngang

+ Cơn co không đủ

+ Đầu ối phồng cản trở sự đi xuống của ngôi thai

1. Cơ học:

* **Cơn co** nhanh: >=5 cơn/10 phút, >40s
* **Ối vỡ**
* **Không có sự đi xuống của ngôi thai**
* Có dấu hiệu uốn khuôn (chồng xương), và dấu hiệu lọt bất đối xứng
* Mổ lấy thai
* **Ối đã vỡ**

1. Ối cản trở sự đi xuống của ngôi thai

* Cơn co tốt (3-4 cơn/10 phút) hoặc không
* Ối còn
* Không có dấu hiệu chồng xương và dấu hiệu lọt bất đối xứng
* Tiến hành phá ối, nếu sau đó mà CTC vẫn mở chậm, co vẫn không tốt mới tiến hành tăng co

**Phá ối**

Mục đích của phá ối là làm giảm bớt áp lực buồng từ cung và thúc đẩy chuyển dạ

Chỉ định phá ối:

* Giảm áp lực tử cung:

+ Đa thai đa ối, nhau bám mép đang chảy máu nhiều, nhau bong non, tử cung gò nhiều

* **Rút ngắn thời gian chuyển dạ (**không phải là khới phát chuyển dạ do nó chống chỉ định trong giai đoạn chuyển dạ tiềm thời)

**+ Sản đồ bên phải đường báo động, gò kém, thực hiện tia ối trước khi cho tăng co bằng oxytocin** để giảm bớt thời gian sử dụng oxytocin

**+ Ối phồng cản trở sự di chuyển xuống của đầu thai, ngôi cao, cổ tự cung mở chậm**

**+ Sản đồ bên phải đường báo động, gò tốt, ối còn**

**+ Khi thực hiện nghiệm pháp lọt:**

Tia ối và tăng co để thử thách sinh ngã âm đạo trên thai phụ:

* Khung chậu nhỏ, con bình thường <3,5 kg
* Khung chậu bình thường, con to 3,5-4kg
* Khung chậu nhỏ, con nhỏ

Còn thai phụ nào mà con >4kg thì chỉ sinh khi mà trước đó đã có con >4kg

+ **Song thai đã sổ 1 thai, thì tử cung co thắt => giảm tưới máu thai còn lại, phải tia ối để lấy em bé ra sớm**

Chồng chỉ định:

* Ngôi không phải là ngôi đầu
* Sa dây rốn trong bọc ối
* Mẹ viêm gan B, HIV, HCV

Chỉ thực hiện phá ối khi có đủ điều kiện cần thiết:

* Ở trung tâm có điều kiện mổ lấy thai ngay
* Phải theo dõi sát sản phụ sau khi thực hiện phá ối để giảm biến chứng:

Vỡ mạch máu tiền đạo, nhiễm trùng, sa dây rốn, thuyên tắc ối

**Nghe tim thai trước khi bấm ối**

**Bấm ối sau đỉnh cơn gò, xẻ từ từ màng ối, tránh để ối ra nhanh làm shock do giảm áp lực đột ngột trong ổ bụng, sa dây rốn**

**Đánh giá lại màu, mùi, lượng nước ối**

**Nghe lại tim thai loại trừ sa dây rốn**

1. Cơn co tử cung không đủ

* Co tử cung kém (<3 cơn/10 phút, <40s)
* Ối vỡ
* Không có dấu hiệu chồng xương và lọt bất đối xứng
* Tiến hành tăng co bằng oxytocin

Thuốc tăng co:

* **Oxytocin**

***Oxytocin bắt đầu nhạy cảm với cơ tử cung từ tuần 20, tăng chậm đến tuần 30, ổn định từ tuần 34. Tính nhạy cảm tăng rất nhiều từ lúc bắt đầu chuyển dạ đến khi sổ nhau và co hồi tử cung.***

**Chỉ định**

1/ Khởi phát chuyển dạ

2/ Tăng co trong chuyển dạ

3/ Dự phòng băng huyết sau sinh

**Chống chỉ định**

* Tuyệt đối: Suy thai trong chuyển dạ/ Bất xứng đầu chậu tuyệt đối
* Tương đối: Thai phụ đa sản/ Vết mổ cũ/ Ngôi ngược

**Trên thai phụ đa sản/ vết mổ cũ thì không được dùng liều tối đa của oxytocin (20mUI/phút)**

Nguyên tắc dùng oxytocin

1. Dùng liều thấp nhất

Bắt đầu từ liều thấp nhất, tăng dần liều đến khi đạt 3-4 cơn/ 10 phút và duy trì ở tốc độ này. Khi có rối loạn cơn co, phải dừng ngay oxytocin, đánh giá nguyên nhân cơ học. Nếu không có mới **cân nhắc dùng Salbutamol truyền tĩnh mạch giảm gò**

1. Tốc độ truyền chậm nhất
2. Theo dõi sát thai phụ:

Nghe tim thai mỗi 30ph, sau đỉnh cơn gò

Bắt cơn gò mỗi 30 phút, tần số, thời gian

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Khởi phát chuyển dạ | Tăng co trong chuyển dạ |
| Liều khởi đầu | Luôn bắt đầu bằng dịch tinh thể đẳng trương Glucose 5% 500ml, chỉnh **tốc độ truyền VII giọt/ phút** | Luôn bắt đầu bằng dịch tinh thể đẳng trương Glucose 5% 500ml, chỉnh **tốc độ truyền VIII giọt/ phút** |
| Nồng độ Oxytocin | 5UI | 5UI |
| Tốc độ truyền | 3mUI/phút | 4mUI/phút |
| Chỉnh liều | Mỗi 30 phút  1,5-2,5 mUI/phút | Mỗi 30 phút  4mUI/phút |
| Mục tiêu cơn co | 3-4 cơn/10 phút, 40s | 3-4 cơn/10 phút, 40s |
| Lưu ý | Khi đã đạt được 20 mUI/phút, cân nhắc tăng nồng độ của Oxytocin để tránh quá tải thể tích  **TỐC ĐỘ TỐI ĐA LÀ 32** mUI/phút | Khi đã đạt được **20 mUI/phút,** cân nhắc tăng nồng độ của Oxytocin để tránh quá tải thể tích, **lúc đó giảm tốc độ truyền về thấp nhất** |
| Thất bại | Thất bại khởi phát chuyển dạ  + Khi đã truyền hết 5UI mà không đạt cơn co => dừng, thực hiện lại ngày mai  Khi tốc độ truyền đạt 32 mUI/phút là thất bại  **Truyền tĩnh mạch chậm** | Không sử dụng oxytocic khác để tăng co  **Không dùng đường khác để tăng co ngoài truyền tĩnh mạch chậm** |

**Điều trị băng huyết sau sinh:**

Oxytocin tiêm bắp 10UI hoặc cơ tử cung sau thì sổ vai để đảm bảo co hồi tử cung

Chống chỉ định tiêm tĩnh mạch trực tiếp

**Chưa được phép tăng co bằng oxytocin nếu chưa thực hiện phá ối**

**Can thiệp thành công:**

**+ Độ mở CTC >=1cm/h**

**+ Ngôi thai lọt, xuống, xoay trong**

Sản đồ chạm đường hành động

Cần thực hiện ngay

**Prostagladin:**

Dùng cho bất kỳ thời điểm nào của thai kỳ

* Kết thúc thai kỳ
* Khởi phát chuyển dạ
* Dự phòng băng huyết sau sinh
* Điều trị băng huyết sau sinh

Chống chỉ định thai có vết mổ cũ

**E1: minoprostol:**

* BYT cho phép sử dụng misoprostol cho thai chết trong tử cung để khởi phát chuyển dạ và làm chín muồi CTC
* Misoprostol đặt âm đạo dùng để dự phòng BHSS

**E2: Dinoprostol (gel) hoặc Cerdivil (dây)**

* Dùng để làm chín muồi cổ tử cung
* Khi ngưng prostagladin để chuyển sang oxytocin phải đảm bảo cách nhau ít nhất 6 tiếng
* Chỉ dùng E2 cho chín muồi CTC: CTC có bishop <6, ối còn, dùng tối đa 12h
* Chuyển sang khi oxytocin khi:

+ Vỡ ối

+ Dùng 12h

+ CTC thuận lợi

+ Chuyển dạ thực sự

**F2a:** Dùng dự phòng BHSS

Chống chỉ định cho bệnh nhân hen suyễn

Không dùng khi còn thai trong lòng tử cung. Dùng ổ giai đoạn III chuyển dạ.

Tiêm bắp/ truyền tĩnh mạch

**Ergometrin**

Tiêm bắp/ cơ tử cung

Chống chỉ định THA, tiền sản giật