Chuyển dạ kéo dài

<https://www.uptodate.com/contents/normal-and-abnormal-labor-progression>

<https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Obstetric-Care-Consensus-Series/Safe-Prevention-of-the-Primary-Cesarean-Delivery?IsMobileSet=false>

# Tổng quan

**Để đánh giá và tiên lượng 1 cuộc sanh qua ngả âm đạo, ta cần xét 3P**

* + **Power:**
    - Thể trạng mẹ: mẹ béo phì là ytnc
    - Bệnh nền mẹ: bệnh tim mạch, hô hấp: gây nguy cơ cho mẹ khi gắng sức trong chuyển dạ, cũng như gây nguy cơ suy thai vì làm suy yếu hệ đệm và thai mất khả năng bù trừ khi chuyển dạ.
    - Tâm lý mẹ
    - Sức rặn
    - **Cơn gò tử cung:** Gò yếu là yếu tố thường gặp nhất gây CD kéo dài ở gđ 1 chuyển dạ. Gò yếu được chẩn đoán khi:
      * Bằng sờ và đo EFM ngoài (chủ quan hơn nhưng hay được sử dụng): sờ thấy cơ có không đủ mạnh hoặc gò thưa (<3 cơn gò/ 10 phút) hoặc gò ngắn (<50s).
      * EFM trong: cường độ cơn gò <200MVUs (ít sử dụng)
      * Ở phụ nữ béo phì, EFM ngoài giảm độ chính xác
    - **Giảm đau sản khoa** (làm giảm trương lực cơ sàn chậu)
      * Ở GD1: không ảnh hưởng tới cơn gò, nhưng làm CTC mở chậm hơn => Chỉ áp dụng giảm đau sản khoa khi CD hoạt động
      * Ở GD2: làm giảm nồng độ oxytocin, giảm gò TC, giảm sức rặn sản phụ, khiến đầu thai nhi xoay không tốt => Phải theo dõi sát sinh hiệu sản phụ và monitor tim thai liên tục khi giảm đau sản khoa bằng gây tê ngoài màng cứng
  + **Passenger:**
    - CN thai ước tính
    - Ngôi
      * Ngôi mông: sanh được khi có đủ các điều kiện sau
        + Tuổi thai ≥ 36 tuần
        + Cân nặng: con so <=3 kg, con rạ <=3.2kg
        + Ngôi: ngôi mông đủ hay ngôi mông thiếu kiểu mông. Đầu thai nhi cúi tốt
        + Ko có dị tật thai gây kẹt (bụng cóc, não úng thủy, ...)
        + Các điều khác của 3P thỏa điều kiện sanh qua ngả âm đạo
      * Ngôi mặt: chỉ ngôi mặt cằm trước là có cơ chế sanh. Nếu sinh đường âm đạo, có thể hỗ trợ bằng forceps, tuyệt đối ko dùng giác hút (đặt cái giác hút zô mặt chắc!!!)
      * Ngôi đầu chẩm sau thường kéo dài cuộc sanh thêm 1h ở con rạ và 2h ở con so
      * Ngôi trán, thóp trước, ngôi ngang: không có cơ chế sanh
    - Kiểu thế
    - Cách lọt (bất đối xứng …)
    - Vai to: ở mẹ có ĐTĐ thai kỳ
    - Di tật thai nhi: não úng thủy, u mô mềm
    - Tim thai
  + **Passage:** 
    - CTC: đánh giá bằng chỉ số Bishop:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tham số | Điểm số | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| Độ mở | Đóng | 1-2 | 3-4 | >=5 |
| Độ xóa | <30% | 40-50% | 60-70% | >=80% |
| Mật độ CTC | Chắc | Trung bình | Mềm |  |
| Vị trí CTC trong âm đạo | Sau | Trung gian | Trước |  |
| Độ lọt | -3 | -2 | -1 hoặc 0 | +1 hoặc +2 |

* + - Khung chậu có hẹp không?
      * Dáng người
      * Khám khung chậu có hẹp không
      * Đã từng được thử thách sanh thường chưa
    - Mô mềm ( tầng sinh môn…)
    - Tình trạng bàng quang, trực tràng
    - U
    - Tình trạng ối (còn or vỡ): ối vỡ sẽ kích thích chuyển dạ tự nhiên

**Bất xứng đầu chậu:** là sự bất tương xứng giữa tiểu khung của mẹ và đường kính trình thai

* **Nguyên nhân:** 
  + Do mẹ:
    - Khung chậu hẹp hoặc biến dạng (chấn thương vùng chậu)
    - U đường sinh dục hoặc khung chậu
  + Do con:
    - thai quá to, sanh khó do vai to
    - Kèm theo u quá
    - Song thai
  + Ngôi bất thường sanh khó hoặc không có cơ chế sanh
  + Kiểu trình thai bất thường do đầu cúi không tốt, đầu lọt bất đối xứng
* **Chẩn đoán:** 
  + Chẩn đoán thường chỉ trong chuyển dạ. Chẩn đoán trước chuyển dạ chỉ khi nguyên nhân do kích thước tiểu khung quá nhỏ, thai quá to
  + LS: dựa vào các biểu hiện ở dưới
  + CLS:
    - Siêu âm giúp chẩn đoán ngôi thế nên được thực hiện, nhưng việc thu các đường kính lọt về tối thiểu, điều chỉnh tư thế, kích thước ngôi để thích nghi (trình bất đối xứng, uốn khuôn,..) chỉ có thể xác định khi chuyển dạ
    - Quang kích chậu không được khuyến cáo thực hiện vì độ chính xác kém
* **Biểu hiện và di chứng:** chuyển dạ tắc nghẽn, với biểu hiện là
  + **Hội chứng vượt chướng ngại** = Tăng co cơ TC + không tiến triển ngôi thai + biến dạng trên ngôi thai (uốn khuôn đầu, chồng xương sọ)
  + **Dọa vỡ tử cung** (xảy ra sau) = $ vượt trở ngại đi trước + vòng Bandl/dấu Frommel (vỡ có thể xảy ra mà ko có dọa vỡ trước đó nếu có VMC)
  + **Suy thai trong chuyển dạ:** phân tầng nguy cơ bằng 1 băng ghi EFM khi nhập viện
    - Nếu EFM loại 1: theo dõi sau đó chỉ cần nghe tim thai doppler là đủ. Khi có bất thường tim thai khi theo dõi => Chuyển qua Monitoring gián đoạn hoặc liên tục
    - Nếu EFM lúc nhập viện bất thường: cần theo dõi bằng Monitoring sau đó
    - Đối với riêng suy thai do CD tắc nghẽn, suy thai là do cơ co tử cung => Nhịp giảm, nhịp chậm, mất DĐNT.
    - Xử trí:
      * Thở oxy
      * Truyền dịch tinh thể đẳng trương
      * Nằm nghiêng trái
      * Ngưng tức khắc oxytocin nếu có. Sd thuốc giảm co mạnh (Nitroglycerin ngậm dưới lưỡi)
      * Chấm dứt ngay chuyển dạ, mổ lấy thai.
  + **Dò sinh dục với BQ hoặc trực tràng**
  + **NTSS – NT hậu sản**

# Định nghĩa và chẩn đoán theo quan điểm đương đại

**Sự khác biệt với các định nghĩa cũ: (đọc chơi để hiểu)**

**Based on Friedman’s work**, the **traditional definition of a protracted active phase** (based on the 95th percentile) has been cervical dilatation in the active phase of **less than 1.2 cm/h for nulliparous women and less than 1.5 cm/h for multiparous women**([19](https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Obstetric-Care-Consensus-Series/Safe-Prevention-of-the-Primary-Cesarean-Delivery?IsMobileSet=false#19)**). Active phase arrest traditionally** has been defined as the **absence of cervical change for 2 hours** **or more** in the presence of **adequate uterine contractions** and **cervical dilation of** **at least 4 cm.**

However, more recent data from the Consortium on Safe Labor have been used to revise the definition of contemporary normal labor progress ([20](https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Obstetric-Care-Consensus-Series/Safe-Prevention-of-the-Primary-Cesarean-Delivery?IsMobileSet=false#20)). **In this study, the 95th percentile rate of active phase dilation was substantially slower** **than the standard rate derived from Friedman’s work,** varying from 0.5 cm/h to 0.7 cm/h for nulliparous women and from 0.5 cm/h to 1.3 cm/h for multiparous women (the ranges reflect that at more advanced dilation, labor proceeded more quickly)

The Consortium on Safe Labor data highlight two important features of contemporary labor progress ([Fig. 4](https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Obstetric-Care-Consensus-Series/Safe-Prevention-of-the-Primary-Cesarean-Delivery?IsMobileSet=false#fig4)). First, **from 4–6 cm,** nulliparous and multiparous women dilated at essentially **the same rate**, and **more slowly** **than historically** described. **Beyond 6 cm**, multiparous women dilated more rapidly. Second, the maximal slope in the rate of change of cervical dilation over time (ie, the active phase) often did not start until at least 6 cm. The Consortium on Safe Labor data do not directly address an optimal duration for the diagnosis of active phase protraction or labor arrest, **but do suggest that neither should be diagnosed before 6 cm of dilation**. Because they are contemporary and robust, it seems that the Consortium on Safe Labor data, rather than the standards proposed by Friedman, should inform evidence-based labor management.

<https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Obstetric-Care-Consensus-Series/Safe-Prevention-of-the-Primary-Cesarean-Delivery?IsMobileSet=false>

**Chuyển dạ :** khi :

* Có >= 2 cơn co dài >= 20s trong mỗi 10’, gây đau
* CTC xóa 30% hoặc đã mở CTC
* Thành lập đầu ối, ối phồng khi TC co

**CD tiềm thời:** giai đoạn trước khi có CD hoạt động

**CD hoạt động :** khi có chuyển dạ và CTC mở >= 6cm - ACOG (theo TBL: > =3cm)

The *active phase of labor* has been defined as the point at which the rate of change of cervical dilation significantly increases

*Cervical dilation of 6 cm should be considered the threshold for the active phase of most women in labor. Thus, before 6 cm of dilation is achieved, standards of active phase progress should not be applied. -IB*

**Diễn tiến chuyển dạ bình thường :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Chưa sanh con**  Median number of hours (95th percentile) | **Đã sanh con**  Median number of hours (95th percentile) |
| **Change in cervix** | | |
| From 4 cm to 5 cm | 6.4 | 7.3 |
| From 5 cm to 6 cm | 3.2 | 3.4 |
| From 6 cm to 7 cm | 2.2 | 1.9 |
| From 7 cm to 8 cm | 1.6 | 1.3 |
| From 8 cm to 9 cm | 1.4 | 1.0 |
| From 9 cm to 10 cm | 1.8 | 0.9 |
| **Chuyển dạ giai đoạn 2** | | |
| Có gây tê ngoài màng cứng | 3.6 | 2.0 |
| Không gây tê ngoài màng cứng | 2.8 | 1.3 |

Note the 95th percentile for duration of time to dilate from 4 to 6 cm is almost 10 hours in nulliparous women.

**Chuyển dạ kéo dài (protraction disorder) :**

* Chuyển dạ tiềm thời kéo dài : kéo dài >20h ở người chưa sanh con và > 14h ở người đã sanh con (đồng thuận giữa các quan điểm)
* Chuyển dạ hoạt động kéo dài**:** khi CTC đã mở >= 6cm và tốc độ mở sau đó nhỏ hơn 1-2 cm/giờ (xem bảng trên)

**Thai trình ngưng tiến (Arrest disorder) ở gđ hoạt động (ACOG, NICHD) :** CTC >= 6cm với màng ối đã vỡ và :

* CTC không tiến triển trong >= 4h dù cơn co tử cung đủ (>200 MVU)
* CTC không tiến triển trong >= 6h với cơn co tử cung không đủ

Lưu ý : Không có chẩn đoán lâm sàng cho ‘thai trình ngưng tiến ở gđ tiềm thời’

**Giai đoạn 2 chuyển dạ :**

* Chưa xác định được thời gian tối đa 1 cho chuyển dạ gđ 2
* Trước khi đưa chẩn đoán **thai trình ngưng tiến** ở gđ 2, nếu tình trạng mẹ và thai cho phép, nên đợi :
  + Ít nhất 2h với cố gắng sổ thai ở phụ nữ đã sanh con
  + Ít nhất 3h với cố gắng sổ thai ở phụ nữ chưa từng sanh con
  + Đối với trường hợp có gây tê ngoài màng cứng, thời gian chờ đợi nên được cá thể hóa
* Trong giai đoạn 2, chúng ta quan tâm hơn về Passenger và Passage hơn là Power.

# Quản lý :

## Chuyển dạ tiềm thời kéo dài (>14h ở con rạ, >20h ở con so)

* Không phải là chỉ định của mổ lấy thai. Điều trị chủ yếu là theo dõi + giảm đau
* Có thể cân nhắc thể bấm ối hoặc tăng co bằng oxytocin.
* Điều trị hỗ trợ :
  + Tư vấn
  + Bù dịch

## CD hoạt động kéo dài (Mở < 1cm/h ở giai đoạn hoạt động)

* **Oxytocin** : chỉ định ngay cả khi cơn co TC không yếu
* Nếu ngôi đã lọt : phá ối (amniotomy)
* Nếu ngôi chưa lọt : chỉ sd oxytocin trong 4-6h. Nếu sau thời gian này CTC vẫn chưa tiến triển tốt, thực hiện phá ối bất chấp ngôi đã lọt hay chưa
* Mặt khác, chờ đợi (expectant management) cũng là 1 lựa chọn có thể được xem xét

**Oxytocin :** xem thêm ‘cách dùng oxytocin trong tăng co TBL

* + Cách dùng:
    - Chỉ sử dụng đường IV
      * Đường nhỏ giọt TM: Pha 5IU oxytocin trong 500ml Glu 5%. Khởi đầu với tốc độ 4 mIU/phút (tương đương VIII giọt/phút)
      * Bơm tiêm tự động: Pha 5 IU oxytocin trong 49ml Glu 5% (tổng là 50ml). Truyền tốc độ 2,4 ml/h (thực chất bằng 4 mIU/phút)
    - Tăng liều khi và chỉ khi cơ co không đạt hiệu quả mong muốn. Biên độ mỗi lần tăng là 4mIU/phút.
    - Liều tối đa là 20 mIU/phút
  + Theo dõi : mỗi 15-20’ đánh giá lại cơn co và tim thai trên monitoring.
* Nếu giục sanh thất bại (CTC không tiến triển trong >= 4h dù cơn co tử cung đủ (>200 MVU) hoặc CTC không tiến triển trong >= 6h với cơn co tử cung không đủ): mổ lấy thai

## Thai trình ngưng tiến ở gđ hoạt động

* Mổ lấy thai.
* Lưu ý: GIục sanh thất bại là 1 trường hợp con của thai trình ngưng tiến, trong đó thai phụ đã được tăng co đủ bằng oxytocin.

## Giai đoạn 2 kéo dài:

* Sau khi chờ đợi khoảng 2-3 h (xem lại phần định nghĩa), **chỉ** tiếp tục chờ đợi nếu các điều kiện sau là thuận lợi:
  + Tiền căn sản khoa: đã thử thách sanh ngả âm đạo
  + Không có bệnh lý nền nghiêm trọng
  + Khung chậu không hẹp
  + Mẹ không quá thấp, không béo phì
  + Ngôi chẩm chậu trước, uốn khuôn và chồng xương chậu là rất ít
  + Mẹ không có dấu hiệu nhiễm trùng ối
  + Thai không to
  + Sức rặn của mẹ còn tốt
  + EFM nhóm 1
  + Thai phụ mong muốn tiếp tục sanh qua ngả âm đạo
* Mổ lấy thai hoặc giúp sanh bằng dụng cụ nếu bất thường các yếu tố trên.
* Trong trường hợp tiếp tục chờ đợi, nếu chuyển dạ diễn tiến không tốt trong vòng 30-45’ tiếp theo, tiến hành mổ lấy thai hoặc giúp sanh bằng dụng cụ (do các nguy cơ của sổ thai kéo dài bên dưới)
* **Nguy cơ của GĐ 2 kéo dài:**
  + Đầu thai xuống sâu trong khung chậu, gây khó khăn trong trường hợp cần mổ lấy thai
  + Nhiễm trùng ối
  + BHSS và NT hậu sản cho mẹ
  + Kết cục xấu cho thai