

KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ

Bs Tô Hoài Thư

Mục tiêu

- Cơ chế sinh lý của khởi phát chuyển dạ
- Chỉ định, chống chỉ định khởi phát chuyển dạ
- Các yếu tố ảnh hưởng đến khởi phát chuyển dạ
- Các biện pháp khởi phát chuyển dạ
- Lựa chọn biện pháp khởi phát chuyển dạ

Định nghĩa

- **Chuyển dạ** là quá trình diễn tiến của nhiều hiện tượng, quan trọng nhất là cơn co tử cung làm cho cổ tử cung xóa mờ, kết quả là thai, nhau được tổng xuất ra ngoài.
- **Khởi phát chuyển dạ (KPCD)** là chủ động gây ra cơn co tử cung trước khi vào chuyển dạ tự nhiên, bất kể là ối đã vỡ hay chưa, nhằm mục đích gây ra chuyển dạ sanh

Định nghĩa

- **Khởi phát chuyển dạ (KPCD) thất bại** khi tử cung không có đáp ứng nào đối với kích thích hoặc khi tử cung có bất thường gây nguy hiểm cho thai phụ hoặc cổ tử cung không mờ.

Cơ chế sinh lý KPCD

- **Sự chín muồi cổ tử cung** (cervical ripening): sự thay đổi ở CTC trước khi bắt đầu chuyển dạ bao gồm sự mềm dần, ngắn dần, và sự mờ dần của lỗ trong cổ tử cung.
- Cơ chế chưa được biết rõ.

Chỉ định KPCD

- **Chỉ định về phía mẹ:**
 - Tiền sản giật nặng
 - Mẹ đái tháo đường thai kỳ
 - Bệnh lý nội khoa nặng
 - Ung thư
 - Các chỉ định về tâm lý xã hội

Chỉ định KPCD

Chỉ định về phía thai:

- Thai lưu
- Thai quá ngày hoặc thai quá ngày dự sanh
- Thai không đáp ứng với các test đánh giá sức khỏe trước sanh
- Thai dị tật bẩm sinh
- Thai đủ trưởng thành, nhà sản phụ xa cơ sở y tế

Chỉ định KPCD

Chỉ định về phía phần phụ:

- Vỡ ối tự nhiên
- Thiếu ối
- Nhiễm trùng ối

Chống chỉ định KPCD

- **Về phía mẹ:** tử cung có sẹo mổ cũ ảnh hưởng đến chất lượng cơ tử cung, BXĐC tuyệt đối, các bất thường ở đường sinh dục, bệnh lí mãn tính trầm trọng hoặc vùng chậu bị tổn thương nặng
- **Về phía thai nhi:** thai suy cấp, đa thai, thai to, não úng thủy nặng, ngôi bất thường
- **Về phía phần phụ:** sa dây rốn, nhau tiền đạo, xuất huyết âm đạo 3 tháng cuối không rõ nguyên nhân, tử cung quá căng trong đa ối

Các yếu tố ảnh hưởng đến sự thành công của KPCD

Bảng chỉ số Bishop

Tham số	Điểm số			
	0	1	2	3
Độ mở cổ tử cung (cm)	Đóng	1 - 2	3 - 4	≥ 5
Độ xóa cổ tử cung (%)	< 30	40 - 50	60 - 70	≥ 80
Chiều dài CTC (Bishop cải tiến)	> 2 cm	1 - 2 cm	0.5 - 1 cm	< 0.5 cm
Mật độ cổ tử cung	Chắc	Trung bình	Mềm	
Vị trí cổ tử cung trong ÂĐ	Sau	Trung gian	Trước	
Độ lọt ngôi thai	-3	-2	-1 hoặc 0	+1 hoặc +2

Các yếu tố ảnh hưởng đến sự thành công của KPCD

Bishop cải tiến:

- Cộng thêm 1 điểm khi:
 - Mẹ có tiền sản giật
 - Sanh con rạ: tiền căn mỗi con cộng 1 điểm
- Trừ 1 điểm khi:
 - Thai quá ngày dự sanh
 - Sanh con so
 - Ối vỡ sớm hay ối vỡ lâu
- **Đánh giá kết quả:**
 - Khởi phát chuyển dạ khi: Bishop ≥ 5; ối vỡ
 - Lâm chín muồi CTC bằng prostaglandin trước khi thực hiện KPCD: Bishop < 5, ối còn, không có cơn gò chuyển dạ

Các yếu tố ảnh hưởng đến sự thành công của KPCD

Fetal Fibronectin (fFN)

- Với fFN # 50 ng/ml (dương tính) qua phết dịch âm đạo, khả năng KPCD thành công cao hơn nhóm có fFN < 50 ng/ml kể cả khi Bishop < 5 điểm.
- Vấn đề này vẫn còn đang bàn luận

Các biện pháp KPCD

- Ưu thế làm chín muối CTC
- Ưu thế tạo cơn gò hữu hiệu
- Có cả hai tác dụng
- KPCD có thể dùng một phương pháp đơn thuần nhưng cũng có lúc cần sự kết hợp nhiều phương pháp

Các biện pháp KPCD: dùng thuốc

Các prostaglandins:

Prostaglandin E₂

- Diniprostone gel: bơm vào kênh cổ tử cung
- Dây Cervidil chứa 10 mg dinoprostone đặt trong âm đạo

Các biện pháp KPCD: dùng thuốc

Các prostaglandins:

Prostaglandin E₁

- Misoprostol 200 µg
- ACOG 2009 chấp nhận misoprostol như là một phương tiện rẻ tiền và hữu hiệu, thậm chí là an toàn trong việc KPCD nếu sử dụng đúng liều lượng và theo dõi hợp lý.
- Đường dùng, liều và khoảng cách giữa các lần dùng tối ưu vẫn chưa được thống nhất

Các biện pháp KPCD: dùng thuốc

Prostaglandin E₁

Misoprostol 200 µg

- Theo HDCDVCSKSS 2009: 50 µg đặt vào cùng đồ sau 3 giờ/ lần, tối đa 6 liều hoặc 25 µg mỗi 3 giờ tối đa 8 liều hoặc uống 50 µg mỗi 4 giờ.
- WHO: liều an toàn đặt âm đạo tùy vào tuổi thai:
 - 3 tháng đầu: 800 µg / 24 giờ
 - 3 tháng giữa: 200 µg / 12 giờ
 - Sau 24 tuần: 25 µg / 6 giờ
- Hầu hết các tác giả nghiên cứu đều đồng thuận liều an toàn và hiệu quả khi sử dụng misoprostol trên thai đủ tháng là đặt âm đạo 25 µg/4 giờ

Các biện pháp KPCD: dùng thuốc

Prostaglandin E₁

Misoprostol 200 µg

Theo HDCDVCSKSS 2009: khám mỗi 3 – 6 giờ

- Dấu hiệu sinh tồn
- BTC, tim thai, cơn gò
- Tình trạng xóa mờ cổ tử cung

Nếu:

- Gò ≤ 2 cơn/ 10 phút, lập lại liều
- Bishop cải thiện (tăng ≥ 3 điểm) hoặc bệnh nhân vào chuyển dạ thất sự thì tiếp tục theo dõi, nếu cần dùng oxytocin thì phải sau liều cuối misoprostol 4 giờ
- Bishop không cải thiện (tăng < 3 điểm) lập lại liều, nếu đạt liều tối đa mà Bishop không cải thiện xem như KPCD thất bại

Các biện pháp KPCD: dùng thuốc

Oxytocin

Từ Cochrane qua 110 thử nghiệm lâm sàng với hơn 11000 sản phụ cho thấy so với prostaglandins, tỷ lệ thất bại trong KPCD sau 24 giờ dùng oxytocin khi CTC chưa thuận lợi cao hơn một cách có ý nghĩa. Ngược lại, khi CTC được làm chín muối bằng các tác nhân khác, tiếp tục giục sinh với oxytocin đem lại hiệu quả cao.

Các biện pháp KPCD: dùng thuốc

Oxytocin

Có 2 phác đồ:

- Phác đồ liều thấp: liều khởi đầu thấp, tăng liều chậm, liều tối đa thấp
- Phác đồ liều cao: liều khởi đầu cao, tăng liều nhanh, liều tối đa cao

Loại	Liều bắt đầu (mIU/min)	Liều tăng thêm (mIU/min)	Thời gian tăng liều (phút)
Liều thấp	0,5 - 1	1	30 - 40
	1 - 2	2	15
Liều cao	6	3 - 6	15 - 40

Các biện pháp KPCD: dùng thuốc

Oxytocin: tại Việt Nam sử dụng Phác đồ liều thấp (Glucose 5% 500 ml + 5 IU oxytocin)

Khởi đầu: V giọt / phút (# 3 mIU / phút)

Tăng liều:

- Đạt cơn co mong muốn, duy trì tốc độ truyền cho đến khi sanh, phần lớn tốc độ 12 mIU/ph sẽ giúp có cơn co hiệu quả
- Nếu cơn co không đạt yêu cầu, chỉnh giọt mỗi 30 phút, biên độ một lần điều chỉnh 1,5 – 2,5 mIU / ph
- Nếu cơn co không đạt yêu cầu ở tốc độ truyền 20 mIU/ph (#40 giọt/ph), xem xét tăng nồng độ oxytocin trong dịch truyền, tránh quá tải dịch, tuy nhiên cần cân nhắc kỹ

Các biện pháp KPCD: dùng thuốc

Oxytocin: tại Việt Nam sử dụng Phác đồ liều thấp (Glucose 5% 500 ml + 5 IU oxytocin)

Tăng liều:

- Sau khi đã truyền hết 5 IU oxytocin mà vẫn chưa tạo được cơn co, cần thiết tạm ngưng khởi phát chuyển dạ và thực hiện lại vào ngày hôm sau
- Nếu đã đến giới hạn 32 mIU/ph mà vẫn không KPCD được thì xem như KPCD thất bại

Các biện pháp KPCD: dùng thuốc

Oxytocin: tại Việt Nam sử dụng Phác đồ liều thấp (Glucose 5% 500 ml + 5 IU oxytocin)

Theo dõi:

- Sinh hiệu
- Monitor sản khoa cơn gò, tim thai
- Giảm hoặc ngưng truyền oxytocin ngay nếu có rối loạn cơn co, có hay không kèm bất thường nhịp tim thai

Các biện pháp KPCD: dùng thuốc

Các nhóm thuốc khác

- **Relaxin** là một hormone polypeptide được sản xuất bởi nang hoàng thể thai kỳ
 - Các đối kháng cạnh tranh với receptor của progesterone: **mifepristone**, **onapristone**
- Hiệu quả chưa được chứng minh rõ ràng

Các biện pháp KPCD: không dùng thuốc

Kích thích núm vú:

- Kích thích tuyến yên tiết ra oxytocin
- Kích thích quầng vú từng bên trong 5 – 30 giây, cách khoảng 2 tới 3 phút, ngưng kích thích khi có cơn co tử cung
- Hiệu quả nếu CTC đã thuận tiện

Các biện pháp KPCD: không dùng thuốc

Lóc ối

- Gây phóng thích các prostaglandin nội sinh từ các màng thai
- Dùng ngón tay tách màng ối ra khỏi thành CTC và đoạn dưới tử cung
- 2 thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên so sánh lóc ối làm chín muối CTC với không lóc ối trước khi giục sinh với oxytocin cho thấy việc lóc ối làm tăng tỷ lệ sanh ngã âm đạo và làm rút ngắn thời gian chờ chuyển dạ.

Các biện pháp KPCD: không dùng thuốc

Bấm ối

- Là gây vỡ nhân tạo các màng ối, là đục lỗ gây thủng màng ối.
- Cochrane: bấm ối + tăng co làm tăng khả năng thành công hơn bấm ối đơn độc.
- Việc bấm ối sớm không làm tăng nguy cơ nhiễm trùng ở mẹ.
- Không phải là một biện pháp thường quy để rút ngắn chuyển dạ.

Các biện pháp KPCD: không dùng thuốc

Các phương pháp nong cơ học

Nong bằng cách hút ẩm (hygroscopic dilators): laminaria japonica, Dilapan, Lamicel

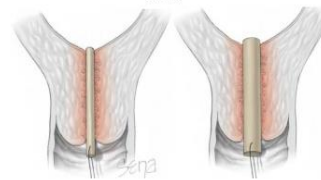
- Khi hút nước chúng sẽ phồng to dần, làm giãn nở dần CTC.
- Hiệu quả tương tự như gel PGE₂ trong việc làm chín muối CTC, tuy nhiên không khuyến cáo sử dụng thường quy vì gây khó chịu cho sản phụ.

Các biện pháp KPCD: không dùng thuốc

Nong bằng cách hút ẩm

Hình V-8. Lamineaire đặt kênh cổ tử cung giờ [2]

Hình 5. Lamineaire nở to sau 12 – 24 giờ [2]



Các biện pháp KPCD: không dùng thuốc

Các phương pháp nong cơ học

Nong bằng túi nước hoặc bóng nước:

- **Kovac's**: không dùng nữa vì làm thay đổi vị trí ngôi thai, sa dây rốn, nhau bong non.
- **Foley**: hiện đang sử dụng tại viện, so với giục sinh bằng oxytocin thì phương pháp này tốt hơn vì làm giảm tỷ lệ mổ lấy thai.

Các biện pháp KPCD: không dùng thuốc

Các phương pháp nong cơ học

Nong bằng túi nước hoặc bóng nước:

ATA double-balloon

Hình V-10: Bóng đặt lòng tử cung để KPCDATA [2]



Các biện pháp KPCD: không dùng thuốc

Các phương pháp nong cơ học

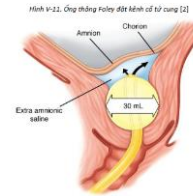
EASI (extra-amnionic saline infusion):

- Đặt sonde Foley vào trong kênh CTC sao cho vị trí bóng nước nằm ở giữa lỗ trong CTC và màng ối, bơm truyền nước muối sinh lý vào trực tiếp trong ống sonde với tốc độ 20 – 40 ml/giờ.
- Cochrane: so sánh EASI với prostaglandins cho thấy EASI có vẻ ít dẫn tới sanh ngà AĐ trong vòng 24 giờ hơn cũng như không giảm được tỷ lệ gò cường tính
- Khuyến cáo: không nên xem EASI như là một phương pháp hỗ trợ cho đặt Foley

Các biện pháp KPCD: không dùng thuốc

Các phương pháp nong cơ học

EASI (extra-amnionic saline infusion):



Lựa chọn các biện pháp KPCD

RCOG khuyến cáo: lóc ối thường quy đối với tất cả các sản phụ với thai 40 tuần.

ACOG khuyến cáo:

- PGEs hiệu quả trong làm chín mùi CTC
- Giục sanh với oxytocin khi đã vào chuyển dạ thực sự, tức CTC đã mở.
- Thai kỳ trước 28 tuần, misoprostol đặt âm đạo là lựa chọn đầu tay bất kể Bishop, ngoài ra có thể giục sanh từ đầu bằng oxytocin liều cao.
- Liều misoprostol an toàn và hiệu quả làm chín muồi CTC và KPCD là 25 µg mỗi 3 – 6 giờ.

Lựa chọn các biện pháp KPCD

ACOG khuyến cáo:

- Không nên dùng misoprostol để khởi phát chuyển dạ trong trường hợp có VMC MLT vì tăng nguy cơ vỡ tử cung.
- Trong trường hợp ối vỡ, liệu pháp an toàn và thích hợp là PGE2 đường âm đạo.
- Phương pháp nong cơ học bằng Foley là phương tiện thay thế trong trường hợp không thể dùng PGEs hoặc không có sẵn PGEs