

# THEO DÕI TIM THAI - CƠN GÒ TỬ CUNG BẰNG MONITORING SẢN KHOA

## I. MỤC ĐÍCH

- Đánh giá sức khỏe thai nhi
  - Phát hiện tình trạng suy thai sớm
  - Phát hiện sớm các bất thường về cơn gò
- Giúp thầy thuốc có hướng xử trí kịp thời, đúng đắn, bảo đảm an toàn cho mẹ và con

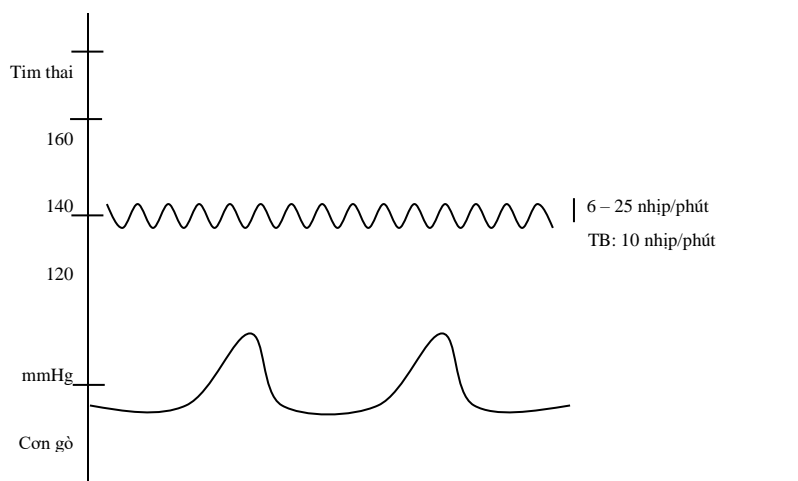
## II. CHỈ ĐỊNH SỬ DỤNG MONITORING SẢN KHOA

- Non stresstest
- Stresstest
- Thai kỳ nguy cơ cao
- Theo chỉ định của bác sĩ

## III. PHÂN TÍCH VÀ DIỄN GIẢI ĐƯỜNG BIỂU DIỄN TIM THAI

### A. Tim thai bình thường:

- Nhịp tim thai cơ bản: 120 – 160 nhịp/phút
- Biên độ dao động của nhịp tim thai: 6–25 nhịp/ phút (khoảng cách giữa tần số tối đa và tần số tối thiểu ghi được trong 1 thời gian hoạch định để khảo sát)





### B. Tim thai bất thường:

#### 1. Tim thai cơ bản:

- Nhanh vừa : 160 – 180 nhịp/ phút
- Nhanh trầm trọng : > 180 nhịp/ phút
- Chậm vừa : 100 – 120 nhịp/ phút

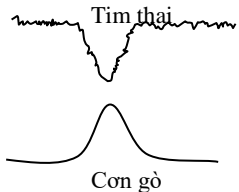
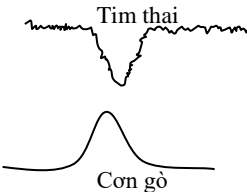
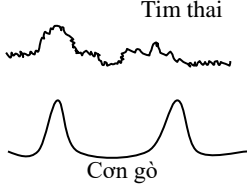
- Chậm trầm trọng : < 100 nhịp/ phút

**2. Biên độ dao động của nhịp tim thai:**

- < 5 nhịp/phút : nhịp tim thai dạng phẳng: 
- > 25 nhịp/phút : nhịp tim thai dao động nhịp nhảy: 

**3. Thay đổi tim thai theo cơn gò:**

- Nhịp giảm sớm = DIP I = early deceleration (hậu quả của sự chèn ép đầu thai nhi (đã lọt))
- Nhịp giảm muộn = DIP II = late deceleration (hậu quả của sự thiếu toàn hoàn tử cung – nhau)
- Nhịp giảm bất định = variable deceleration (hậu quả sự đè ép dây rốn)

Nhịp giảm sớm	Nhịp giảm muộn	Nhịp giảm bất định
Đỉnh của nhịp giảm trùng với đỉnh của cơn gò.	Đỉnh của nhịp giảm xuất hiện sau đỉnh của cơn gò ≥ 30 giây.	Đỉnh của nhịp giảm xuất hiện cùng với cơn gò nhưng hồi phục chậm, có hình dạng chữ U.
		

**C. Những trường hợp trầm trọng:**

- DIP tăng lên : DIP I → DIP II
- Giảm nhịp tim cơ bản: < 100 nhịp/ phút
- Độ sâu của DIP: > 30 nhịp/ phút
- Đường biểu diễn tim thai dạng phẳng

\*Những yếu tố này nếu xuất hiện kết hợp với nhau: suy thai nặng thêm

**A. Hướng xử trí: khi có đường biểu diễn tim thai bất thường:**

- Ghi hồ sơ, trình bác sĩ
- Thay đổi tư thế nằm của sản phụ tránh sự đè ép cuống rốn (ngiêng hoặc theo chỉ định của bác sĩ).
- Cho sản phụ ngửi oxy để tăng lượng oxy đến thai trung bình 3- 4 lít/phút (theo chỉ định của bác sĩ)
- Tạm ngưng truyền oxytocin (nếu có)
- Thực hiện y lệnh bác sĩ, hồi sức tim thai (thường dùng: Lactate Ringer 500 ml, truyền tĩnh mạch XXX giọt/phút)
- Đánh giá lại sau 30 – 40 phút hồi sức tim thai hoặc ngay khi có diễn biến bất thường nặng thêm hoặc theo chỉ định của bác sĩ.
- Chuẩn bị sẵn các xét nghiệm tiền phẫu

#### **IV. PHÂN TÍCH ĐƯỜNG BIỂU DIỄN CƠN CO TỬ CUNG**

##### **1. Con co tử cung bình thường:**

- Trương lực cơ bản: 8 – 10 mmHg
- Cường độ cơn co: biên độ dao động ở mức tối đa không kể trương lực cơ bản
- Tần số: Số lần xuất hiện cơn co tử cung trong 10 phút
  - + Giai đoạn tiềm thời: 3 cơn gò trong 10 phút, cường độ: 40 mmHg
  - + Giai đoạn hoạt động: 3 – 4 cơn gò/10 phút, cường độ: 60 – 100 mmHg
  - + Khi cổ tử cung gần trọn: 4 – 5 cơn gò/10 phút, cường độ: 80 – 100 mmHg
- Thời gian co và nghỉ của cơn co tử cung:
  - + Giai đoạn tiềm thời: thời gian co: 20", thời gian nghỉ: 3' – 4'
  - + Giai đoạn hoạt động: thời gian co: 30" – 40", thời gian nghỉ: 2' – 3'
  - + Khi cổ tử cung gần trọn: thời gian co: 40"–50", thời gian nghỉ: 1'–1'30"

##### **2. Con co tử cung bất thường:**

- Tăng trương lực cơ bản
- Tăng cường độ cơn co
- Tăng tần số cơn co
- Nguyên nhân:
  - + Bất xứng đầu chậu
  - + Ngôi bất thường
  - + Nhau bong non
  - + Dùng thuốc tăng co (oxytocin) không đúng kỹ thuật, không đúng chỉ định.

#### **V. GHI HỒ SƠ:**

- Thời điểm đặt máy
- Thời điểm truyền dịch (nếu có)
- Thời điểm bắt đầu có 3 cơn gò/10 phút
- Thời điểm trình bác sĩ đọc kết quả: nhận định biểu đồ tim thai, cơn gò, phần khám âm đạo xác định cổ tử cung, ngôi, ối...