

VAI TRÒ CỦA MONITORING SẢN KHOA TRONG GIAI ĐOẠN II CHUYỂN DẠ

*Đặng Văn Pháp¹, Trương Quang Vinh¹, Nguyễn Vũ Quốc Huy¹,
Bạch Cẩm An², Phạm Đình Hùng³, Hoàng Thanh Tuấn⁴*

*1. Bộ môn Phụ sản Trường ĐHY-Dược Huế, 2. Bệnh Viện TƯ Huế
3. Bệnh Viện TP Huế, 4. Bệnh Viện Trường ĐHYD Huế*

Tóm tắt

Mục tiêu: (1) Khảo sát tiến triển của giai đoạn II chuyển dạ. (2) Đánh giá kết quả chuyển dạ dựa trên các mẫu nhịp tim thai theo phân loại Melchior. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 379 sản phụ ngôi chỏm, đơn thai, đủ tháng, khung chậu bình thường và con có trọng lượng ước đoán trung bình theo hằng số sinh học VN. Áp dụng phân loại về mẫu nhịp tim thai của Melchior và phân loại giai đoạn chuyển dạ theo People. Thời gian nghiên cứu: tháng 6/2009 - 12/2009. **Kết quả:** Tuổi mẹ trung bình $27,23 \pm 12$, tuổi thai (Tuần) $39,01 \pm 1,2$, mang thai con so chiếm 55,67% (211 sản phụ), con rạ chiếm 44,33% (168 sản phụ). Độ lọt của thai nhi khi bước vào giai đoạn II: có 211 sản phụ chiếm 58,37% ở vị trí - 0 - theo phân loại của Delle. Kiểu thể lọt đa số là CCTT chiếm 68%. Tổng thời gian của giai đoạn II chuyển dạ 88 ± 25 phút. Nhịp tim thai loại 1 chiếm 33,7%, loại 2 chiếm 45,5%. Với loại 1, pha hoạt động đến 90 phút nhịp tim thai vẫn còn đáp ứng. Loại 2, thời gian rặn sỗ hạn chế hơn, trên 60 phút từ 83,37% chỉ còn 28,49%, nên kết thúc chuyển dạ. Chỉ số Apgar dưới 7 điểm sau 1 phút chiếm 40% ở loại 3 và 50% ở loại 4. **Kết luận:** Kiểu thể lọt của ngôi là CCTT chiếm 68%. Tổng thời gian của giai đoạn II chuyển dạ 88 ± 25 phút. Nhịp tim thai theo phân loại Melchior: loại 0 chiếm 3,3%, loại 1 chiếm 33,7%, loại 2 chiếm 45,5%, loại 3 chiếm 12,1% và loại 4 chiếm 7,4%. Chỉ số Apgar thấp < 7 với loại 0, 3 và loại 4 sau 30 phút rặn, loại 1 sau 90 phút, loại 2 sau 60 phút.

Abstract

ROLE OF FETAL MONITORING IN THE SECOND STAGE OF LABOR

*Dang Van Phap¹, Truong Quang Vinh¹, Nguyen Vu Quoc Huy¹,
Bach Cam An², Pham Dinh Hung³, Hoang Thanh Tuan⁴*

(1) Department of Obstetrics & Gynecology, Hue College of Medicine and Pharmacy,

(2) Hue Central Hospital

(3) Hue City Hospital, (4) Hue University Hospital

Objectives: (1) to investigate the progression of the second stage of labor, (2) to evaluate of outcome of labor base on the form of the fetal monitoring. **Materials and methods:** Crosse sectional describe of 379 pregnant women with vertex presentation, singleton pregnancy, at term, normal pelvis, and the fetal weight was estimated to be medium according to Vietnamese size, applying the distribution in fetal heart form according to Melchior and the distribution in stage of labor according to people. Study period: from June 2009 to December 2009. **Results:** The average of the age was 27.2 ± 12 years. Gestation age (weeks) was 39.1 ± 1.2 . Nulliparous women was 55.67% (211 women), and multiparous women was 44.3% (168 women). 58.4% of

those whose fetus was at 0 position according to Delle's distribution. The position of the fetus was left occiput anterior which was majority, 68%. The total duration of second stage was 88 ± 25 minutes. Fetal heart rate: Type 1 was 33.7%, type 2 was 45.5%. In the type 1, when the active phase stretch to 90 minutes, the fetus was well response. In the type 2, the second stage cannot stretch as long as these, if it lasts longer then 60 minutes, not even 83.37% but just also 28.5% was at good condition, should stopped labor immediately. The mean Apgar score will < 7 at 1st minutes, 40 % and 50% in type 3 and 4 respectively. **Conclusions:** Left occiput anterior was 68%. Total duration of the second stage of labor was 88 ± 25 minutes. Type 0, 1, 2, 3 and 4 of fetal heart rate were 3.3%; 33.7%; 45.5%; 12.1% and 7.4% respectively. Apgar score < 7 at 1st minute with type 0, 3 and 4 after 30 minutes for the forceful, and with type 1 after 90 minutes for that.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cuộc chuyển dạ bình thường trải qua ba giai đoạn, trong đó giai đoạn II chuyển dạ hay là giai đoạn rặn sổ thai, thời gian so với toàn bộ cuộc chuyển dạ tuy ngắn song đó là giai đoạn quan trọng là bước cố gắng gần như cuối cùng của cuộc chuyển dạ của người mẹ. Ngày nay, khi sản phụ chuyển dạ ở các đơn vị chăm sóc sức khỏe sinh sản người ta đều sử dụng monitoring sản khoa, để theo dõi, để đánh giá và phát hiện sớm các bất thường về tình trạng của thai nhi từ đó xử trí kịp thời, song đến giai đoạn II chuyển dạ thì gần như người ta lại thu gọn lại, xếp các đầu dò của monitoring và đưa ra các vật liệu cần thiết cho việc đón em bé, điều này cũng đồng nghĩa lợi thế của monitoring sản khoa đang không được coi trọng.

Vào giai đoạn hai, khi mà cổ tử cung đã mở hết cơn rặn đều đặn mạnh nhất và có khi dồn dập giúp sổ thai xuất hiện, cơn đau rặn của sản phụ dường như không thể vượt qua được. Trong các cơn co tử cung, tử cung căng mạnh có khi làm cho hệ tuần hoàn rau thai giảm có khi ngừng hoàn toàn, là giai đoạn mà thai nhi phải chịu đựng tình trạng thiếu oxy, một khi thai nhi thì mệt mỏi vì thiếu oxy và sẽ có thể để lại nhiều hậu quả xấu nhất cho cuộc sống sau này nếu tình trạng này kéo dài [1]. Hiện nay trên thế giới đã có nhiều biện pháp để theo dõi đánh giá tình

trạng sức khỏe của thai nhi như vi phân tích máu da đầu của thai nhi được Saling đưa ra từ 1961 [1,2], sử dụng mạch máu da đầu để nghiên cứu tình trạng nhiễm toan và lactate [3,5,6,] cho những kết quả khả quan, nhưng đa số tác giả khuyến nên thực hiện khi việc nghe tim thai vào giai đoạn này xuất hiện nhịp bất thường và theo E.Wibert-Izel thì không có sự khác biệt đáng kể với thăm dò mang tính xâm lấn này [7]. Monitoring sản khoa là phương tiện sẵn có, việc tiếp tục sử dụng monitoring sản khoa vào giai đoạn II chuyển dạ cho các chuyển dạ đủ tháng, đơn thai, ngôi chỏm bình thường có thể giúp đánh giá đúng về tình trạng thai nhi trong lúc có nhiều nguy cơ này và biết được các mẫu tim thai cho các trường hợp rặn sổ có thể áp dụng cho tiên lượng các cuộc chuyển dạ về sau. Chúng tôi thực hiện đề tài: “*Vai trò của monitoring sản khoa trong giai đoạn II chuyển dạ*” nhằm các mục tiêu:

1. *Khảo sát tiến triển của giai đoạn II chuyển dạ.*

2. *Đánh giá kết quả chuyển dạ dựa trên các mẫu nhịp tim thai theo theo phân loại Melchior.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 379 sản phụ vào sinh tại Khoa Phụ Sản Bệnh Viện

Trường Đại Học Y Dược Huế, từ tháng 6/2009 - 12/2009.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Các sản phụ vào sinh, được theo dõi ở khoa từ giai đoạn I chuyển dạ, với các tiêu chí sau:

- + Ngôi chòm
- + Đơn thai
- + Đủ tháng
- + Khung chậu bình thường
- + Con có trong lượng ước đoán trung bình theo hằng số sinh học VN

Có chu kỳ kinh đều, tuổi thai tính từ ngày đầu tiên của tuần 38 đến ngày cuối cùng của tuần 41.

Quên KCC, dựa vào siêu âm quý đầu của thai kỳ

- + Chuyển dạ tự nhiên
- + Đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Sản phụ nào không có đủ các tiêu chí trên
- + Có bệnh lý kèm theo thai nghén như: Bệnh tiền sản giật, Bệnh tim, Rau tiền đạo...
- + Mất tín hiệu nhiều hơn 05 phút khi ghi monitoring sản khoa

+ Mẹ có chiều cao thấp dưới 1,45m

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang
- Phương tiện nghiên cứu:
 - + Phiếu nghiên cứu,
 - + Phân loại về mẫu nhịp tim thai của Melchior [20]
 - + Phân loại giai đoạn chuyển dạ theo People [12,19]
 - + Bản quy trình đỡ đẻ
 - + Biểu đồ chuyển dạ theo Tổ chức Y Tế Thế Giới
 - + Máy monitoring hiệu Phillips Avalon - FM 20, của Đức (2005) máy Doppler, máy siêu âm.... Thước dây, máy đo huyết áp, ống nghe, nhiệt kế. Cân trọng lượng và đo chiều cao mẹ hiệu T.220, Trung Quốc. Cân trẻ sơ sinh hiệu Scale.

2.3. Các bước tiến hành

- Tiếp nhận sản phụ: Khai thác tiền sử, bệnh sử, khám toàn thân điền vào phiếu nghiên cứu vào giai đoạn I chuyển dạ.

- Khám sản khoa:

- + Đo chiều cao tử cung, vòng bụng, xác định ngôi, thế
- + Khám âm đạo xác định ngôi thế, kiểu thế, độ lọt bằng thủ thuật Léopold và độ lọt (Quy trình 5 ngón tay)

+ Ghi monitoring sản khoa khi vào viện.

Loại 0: Không thấy sự thay đổi về nhịp tim thai so với trước khi rặn. Nhịp tim thai ổn định, và trong giới hạn bình thường (có khi có cả DipI)

Loại 1: Có nhịp giảm mỗi khi có cơn rặn sổ, thường thì giảm ngày càng rõ, có cả nhịp giảm chu kỳ (DipI) và nhịp giảm không chu kỳ (DipIII), các loại nhịp giảm không quá 10% nhịp tim thai cơ bản.

Loại 2: Nhịp tim thai cơ bản giảm nhanh dẫn đến nhịp chậm thường trực và kèm theo giảm ĐĐNT và Dip I sâu xuất hiện

Loại 3: Như loại 2, với vùng thấp nhất của nhịp chậm thỉnh thoảng có sự nâng lên của nhịp tim thai

Loại 4: Đây là một loại khác của loại 2, với mẫu nhịp tim thai giảm 2 pha, lúc đầu nhịp tim thai bình thường, rồi giảm hẳn khi có cơn co và lại trở về như nhịp tim thai trước đó.

+ Chẩn đoán: Giai đoạn Chuyển dạ (thời gian, độ mở cổ tử cung),

+ Tiến hành các xét nghiệm thường quy

- Bước và giai đoạn II: Phân chia hai pha theo PEPOL

+ Pha tiềm tàng giai đoạn II Khi cổ tử cung mở hết, sản phụ có một rặn

+ Pha tích cực giai đoạn II: Từ khi sản phụ rặn đến khi sổ thai

+ Khuyến khích sản phụ đi tiểu

+ Khám âm đạo đánh giá độ lọt theo Delle [2]

+ Ghi lại monitoring sản khoa liên tục cho đến khi sổ thai: Sản phụ tự lựa chọn tư thế rặn

đẻ (Ngồi xổm, nằm nghiêng hay nằm ngửa), đặt máy monitoring với đầy đủ 2 đầu dò (con co và nhịp tim thai), hướng dẫn sản phụ rặn (Hít hơi dài, nín thở, kéo tay vào nắm kéo và đạp chân, đồng thời gập cổ), ghi nhận diễn biến theo quy trình.

+ Đánh giá diễn biến của chuyển dạ (Các yếu tố)

+ Đánh giá tim thai trên monitoring theo phân loại của Melchior [20]

+ Đánh giá cơ co tử cung

+ Ghi nhận kết quả chuyển dạ về mẹ: M,

HA, Nhiệt độ, Máu mắt, Tình trạng TSM, CTM, Hémoglobin

+ Ghi nhận tình trạng trẻ sơ sinh: Apgar, Cân nặng, pH động mạch rốn tức thì ngay sau sinh.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu thu thập được xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng chương trình Epi.Info 2000 (3.3.2).

3. KẾT QUẢ

Nghiên cứu 379 sản phụ bước vào giai đoạn II chuyển dạ, chúng tôi có được kết quả sau:

Bảng 1: Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi mẹ (Năm)	27,23 ± 12	
Tuổi thai (Tuần)	39,09 ± 1,2	
Con so	211	55,67%
Con rạ	168	44,33%
Chiều cao của mẹ (cm)	157 ± 18	

Tuổi trung bình của mẹ là 27,23 ± 12 tuổi, tuổi thai trung bình 39,09 ± 1,2, trong đó 55,67% mang thai con so, 44,33 mang thai lần thứ hai trở lên

Bảng 2: Kiểu thể của thai ở cuối giai đoạn I chuyển dạ

Kiểu thể	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
CCTT	257	68,00
CCTN	012	03,00
CCTS	000	00,00
CCPT	008	02,00
CCPN	018	05,00
CCPS	084	22,00
TỔNG	379	100,00

Kiểu thể Châm - chậu - trái - trước chiếm đa số (68%), tiếp theo là châm - chậu - phải - sau (22%)

Bảng 3: Độ lọt của thai nhi ở cuối giai đoạn I Chuyển dạ (Theo DELL)

Độ lọt	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
- 3	0	00,00
- 2	4	01,06
- 1	31	08,20
0	221	58,37

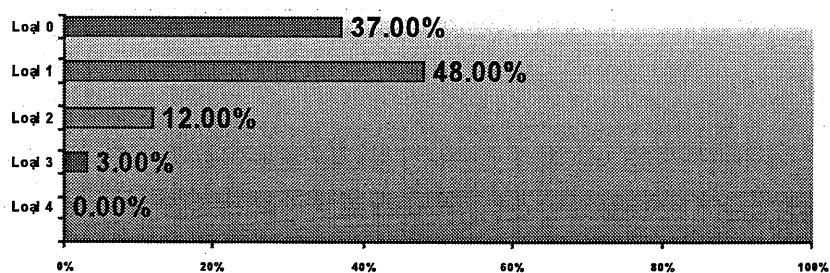
+ 1	111	29,37
+ 2	12	03,00
+ 3	0	00,00
TỔNG	379	100,00

Ở cuối giai đoạn 1 chuyển dạ, đa số đầu ở vị trí O theo Dell, chiếm 58,37% tiếp theo là lọt vị trí ± 1 , chiếm 29,37%.

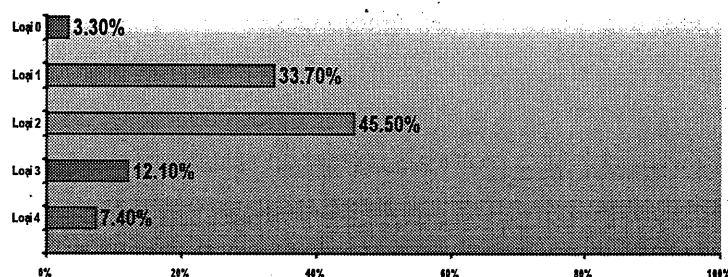
Bảng 4: Thời gian của giai đoạn II Chuyển dạ

Thời điểm chuyển dạ	Thời gian (Phút) $X \pm SD$	P
Pha tiềm tàng	39 ± 24	$P < 0,05$
Pha hoạt động	49 ± 35	$P < 0,05$
TỔNG	88 ± 45	$P < 0,05$

Thời gian chuyển dạ giai đoạn II trung bình là 88 ± 45 phút.



Biểu đồ 1: Các loại nhịp tim thai theo Melchior gd I chuyển dạ



Biểu đồ 2: Các loại nhịp tim thai theo Melchior gd II chuyển dạ

Bảng 5: Nhịp tim thai loại 0 theo thời gian của giai đoạn II Chuyển dạ

Nhịp tim thai loại 0	Số lượng (13)	Tỷ lệ (3,3%)
→ 30 phút	13	100,00%
Từ 31 - 60 phút	11	84,61%
Từ 61 - 90 phút	8	61,52%
> 90 phút	2	15,38%

Bảng 6: Nhịp tim thai loại 1 theo thời gian của giai đoạn II Chuyển dạ

Nhịp tim thai loại 1	Số lượng (128)	Tỷ lệ (33,70%)
→ 30 phút	128	100,00%
Từ 31 - 60 phút	146	114,06%
Từ 61 - 90 phút	138	107,81%
> 90 phút	92	15,38%

Bảng 7: Nhịp tim thai loại 2 theo thời gian của giai đoạn II Chuyển dạ

Nhịp tim thai loại 2	Số lượng (172)	Tỷ lệ (45,50%)
→ 30 phút	152	88,37%
Từ 31 - 60 phút	149	86,62%
Từ 61 - 90 phút	49	28,48%
> 90 phút	29	16,86%

Bảng 8: Nhịp tim thai loại 3 theo thời gian của giai đoạn II Chuyển dạ

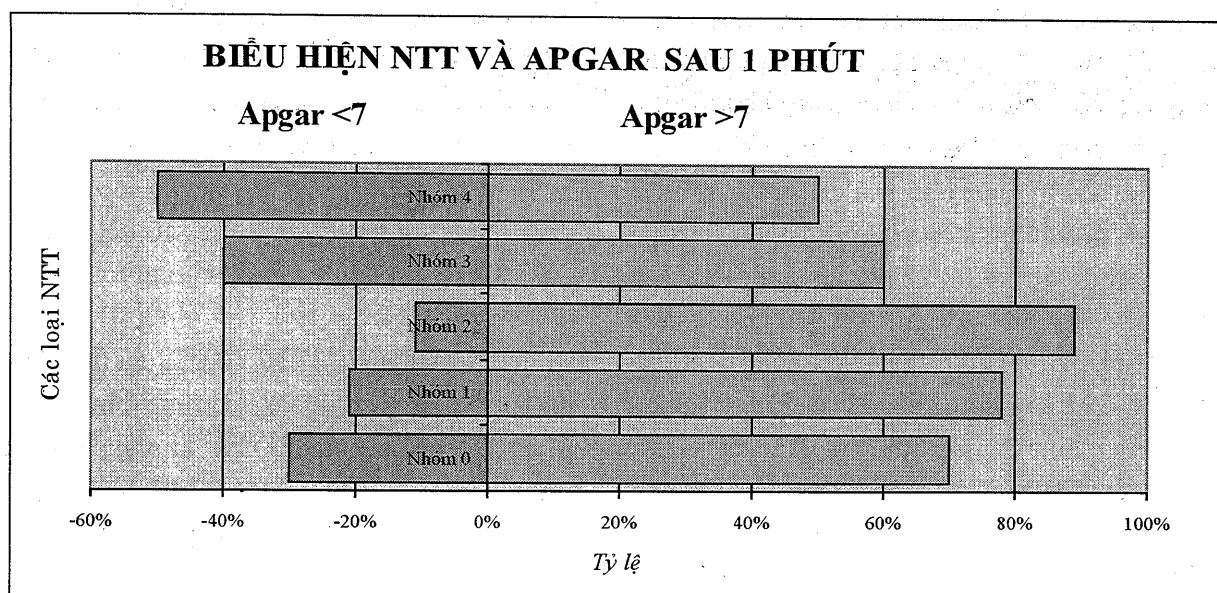
Nhịp tim thai loại 3	Số lượng (46)	Tỷ lệ (12,10%)
→ 30 phút	46	100,00%
Từ 31 - 60 phút	21	45,65%
Từ 61 - 90 phút	19	41,30%
> 90 phút	11	23,91%

Bảng 9: Nhịp tim thai loại 4 theo thời gian của giai đoạn II Chuyển dạ

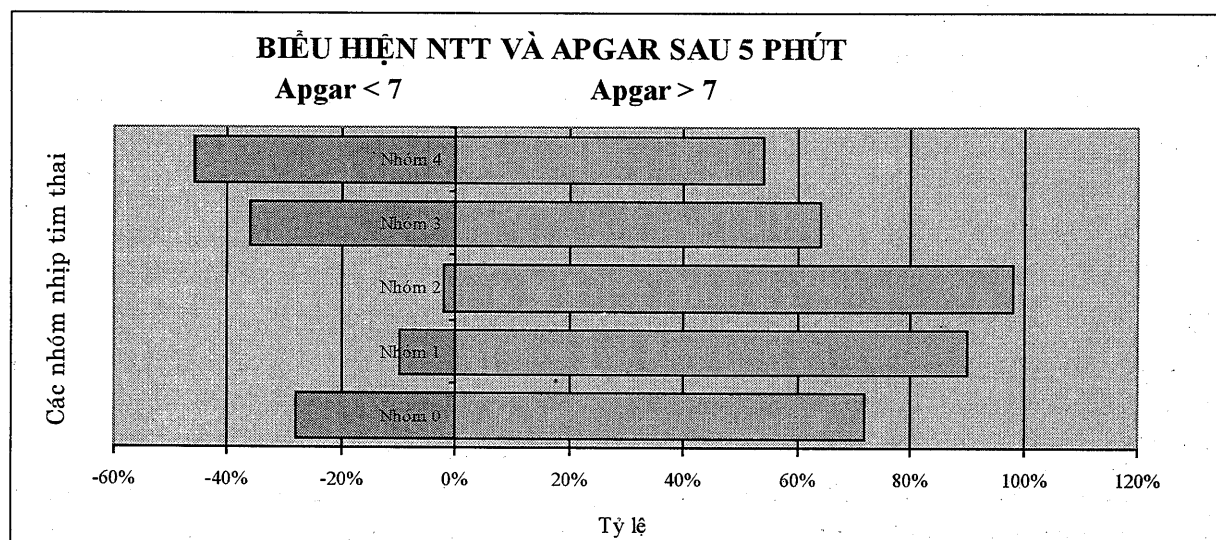
Nhịp tim thai loại 4	Số lượng (28)	Tỷ lệ (7,40%)
→ 30 phút	28	100,00%
Từ 31 - 60 phút	12	42,85%
Từ 61 - 90 phút	10	35,71%
> 90 phút	7	25,00%

Bảng 10: Các kết quả của chuyển dạ

Thông số	Số lượng (n)	Tỷ lệ (7,40%)
Kiểu sổ (CV/CC)	341/38	89,99%/10,03%
Đẻ đường âm đạo	375	98,94%
Đẻ thủ thuật	4	1,06%
Trọng lượng thai (gam)	3145,25±763	P < 0,05
Giới thai (Trai/Gái)	189/190	Không có ý nghĩa th.kê



Biểu đồ 3: Chỉ số Apgar sau 1 phút với các loại nhịp tim thai



Biểu đồ 4: Chỉ số Apgar sau 5 phút với các loại nhịp tim thai

4. BÀN LUẬN

Theo quan sát của chúng tôi, tuổi mẹ nhỏ nhất là 18 và lớn nhất 42, trung bình 27 tuổi. Hiện nay xu thế phát triển toàn cầu nên tuổi phụ nữ bắt đầu sinh con muộn. Tuổi mẹ quá nhỏ hay quá lớn có thể ảnh hưởng đến chức năng tử cung làm giảm tỷ lệ chuyển dạ bình thường. Nhận xét của Yamaguchi M., Honjo S tuổi của mẹ là một yếu tố được chú ý, xem xét và cho rằng tỷ lệ sinh đường âm đạo tăng có ý nghĩa với tuổi mẹ ($p < 0.0001$) [17] Có sự kết

hợp tăng nguy cơ rối loạn chức năng tử cung với tuổi mẹ [0]. Một số báo cáo tương tự như của Melchior J. và Bernard N. phụ nữ trên 40 tuổi, có sự gia tăng tỷ lệ sinh đường âm đạo so với phụ nữ trẻ hơn [20]. Tuổi thai, với các thai nhi đủ tháng bình thường, chúng tôi nhận thấy rằng chuyển dạ xảy ra không bị ảnh hưởng nhiều.

Mặc dù chưa có quy định và nghiên cứu rõ ràng nào chính xác về thời gian giai đoạn II chuyển dạ [9], song với thực tế lâm sàng

khi chăm sóc một sản phụ chuyển dạ sinh con so và con rạ là khác nhau, tài liệu cũ trước đây người ta cũng cho thấy có sự khác biệt rõ về thời gian giai đoạn 2 chuyển dạ không quá 60 phút và 30 phút ở người chuyển dạ con so và con rạ, nhưng nói về độ an toàn thì phải cần thêm nhiều yếu tố khác nữa mới đánh giá thật đầy đủ như việc nghe tim thai ngắt quãng, theo dõi trên monitoring sản khoa, hoặc các thăm dò khác như xem pH và lượng lactate của mạch máu da đầu thai nhi. Tuy vậy vẫn có nhiều trường hợp đẻ nhiều, tử cung mất chất lượng, con co dễ hỗn loạn có khi gây đẻ khó. [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có đến 55,67% sản phụ sinh con so, và 44,33% sản phụ chuyển dạ sinh con từ thứ 2 trở lên, nhiều nhất là sinh con thứ 6.

Kiểu thể là điều quan trọng, với đối tượng là các sản phụ bình thường chúng tôi gặp nhiều nhất là kiểu thể lọt CCTT chiếm 68%. Điều này giải thích tại sao trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi lại có tỷ lệ sinh đường âm đạo cao. Theo nghiên cứu của Trần Ngọc Tần Quyên và Nguyễn Vũ Quốc Huy ngoài các kiểu thể của thai nhi khi bước vào giai đoạn II là quan trọng còn có độ lọt của thai nhi cũng ảnh hưởng đến kết quả của giai đoạn II chuyển dạ [11]

Bước vào giai đoạn II chuyển dạ, ở đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có hơn 50% các sản phụ đầu chưa lọt, điều này cũng phù hợp với thực tế vì đa số sản phụ của chúng tôi chuyển dạ sinh con so, cũng có tới 32,37% đầu đã lọt cao và trung bình theo phân loại của Dell, không có trường hợp nào đầu lọt thấp. Tuy nhiên, khi tham khảo nghiên cứu của Trần Ngọc Tần Quyên, kết quả của chúng tôi khác với Trần Ngọc Tần Quyên, tác giả chỉ nghiên cứu đối tượng là con so mà có tỷ lệ khá cao về đầu lọt thấp.

Thời gian là việc làm chúng ta có thể ghi lại được, song với giai đoạn II nhất là pha tiềm tàng bắt đầu chính xác từ khi nào thì khá khó,

điều này phù hợp với hướng dẫn của Ottawa Hospital's Clinical thì khó xác định chắc chắn. Tuy vậy, với số lượng quan sát không nhiều chúng tôi đã làm theo quy trình và cũng đã phân chia giai đoạn II chuyển dạ làm hai pha, tiềm tàng khi cổ tử cung mở hết mà sản phụ chưa mót rặn ở pha này chúng tôi có thời gian trung bình là 39 ± 14 phút ($P < 0,05$), pha hoạt động 49 ± 35 ($P < 0,05$), và thời gian của giai đoạn II chuyển dạ trung bình là 88 ± 25 ($P < 0,05$), để nhanh nhất khoảng 6 phút, chậm nhất 112 phút. So với hướng dẫn của Bệnh Viện OTTAWA của Mỹ thì giai đoạn II chuyển dạ của chúng tôi ngắn hơn nhiều. Có phải chủng tộc Việt Nam đẻ dễ hay không nhưng thật sự rất ngắn [19], vì với Lawrence Oppenheimer, Janet Brownlee thì ở các sản phụ chuyển dạ sinh tự nhiên có đến 3 giờ ở giai đoạn II và đến 4 giờ nếu có áp dụng giảm đau trong đẻ [19]. Khá dài so với phát hiện của chúng tôi, Fraser và cộng sự trong một nghiên cứu ($n = 1862$) ngẫu nhiên lớn, đa trung tâm, kiểm soát thử nghiệm tìm thấy một khoảng thời gian giai đoạn II chuyển dạ trung bình 187 phút [12]. Nhưng với Janni W, Schiessl B, Peschers U, Huber S, thời gian của chúng tôi khá tương đồng (70 ± 73 phút) [4] Theo Friedman, giai đoạn II chuyển dạ phần thấp nhất của ngôi thai đi xuống với tốc độ trung bình là 0,96cm/ giờ, hoặc giai đoạn II có độ dài trung bình 1,1 giờ đến 2,9 giờ, ngắn nhiều so với phát hiện của chúng tôi, qua đó Friedman cũng đề nghị rằng khi quá 2,9 giờ thì chuyển dạ phải đi theo hướng khác mới bảo đảm được sức khỏe cho trẻ-sơ sinh.

Độc monitoring vào giai đoạn I chuyển dạ thì biểu hiện các loại monitoring theo Melchior còn có thể nhận biết được, chúng tôi ghi nhận được để so sánh với mục tiêu của nghiên cứu. Chúng tôi không phát hiện loại 4 và có 11 trường hợp loại 3 (chiếm tỷ lệ 3%), vào thời kỳ này chúng tôi không thấy sự thay đổi về nhịp tim thai khi có cơn co, nhịp tim

thai ổn định, và trong giới hạn bình thường (có khi có cả Dip I), theo Melchior thì độ là loại 0, và 1 phù hợp với nhận xét của chúng tôi ($85\% = 37+48$). Về con co tử cung đếm được 3 con trong 10 phút trên monitoring. Không có trường hợp mất tín hiệu.

Vào giai đoạn II chuyển dạ đặc biệt khó khi đọc monitoring, đó là chưa nói đến những trường hợp chúng ta không ghi được nhịp tim thai hay còn gọi là mất tín hiệu, mà điều này thì thường hay gặp vào giai đoạn II chuyển dạ. Về con co tử cung khó đếm được số con trong 10 phút vì sự thay đổi tư thế của sản phụ khi có cơn đau hoặc do bà mẹ nôn - buồn nôn, cũng có khi do bà mẹ thở gấp cũng cho những mẫu nhịp tim thai và con co tử cung khó đọc. Trong nghiên cứu chúng tôi có được 33,7% (128 trường hợp) loại 1, 45,5% (172 trường hợp) loại 2, khá phù hợp với Piquard và cs có 44,4% và 29,00% đối với loại 1 và 2 [13], Melchior cũng đồng ý rằng loại 1 và 2 là các mẫu nhịp tim thai hay gặp vào giai đoạn rặn sơ thai [20]. Về nhịp tim thai thì rất khó cho rằng đây là nhịp chậm hay là nhịp giảm khi mà độ dao động nhịp tim thai tăng mạnh và nhất là nhịp giảm kéo dài theo lập luận của Ann E., Lawrence O [19]. Khi tổng thai, đầu thai nhi bị ép vào tiểu khung có thể kích thích mạnh vào trung tâm dây thần kinh X làm tim đập chậm có chu kỳ đó là Dip I, Dip IV (nhịp chậm kéo dài) hay là nhịp tim thai cơ bản chậm thay vì nhanh, trong khi tình trạng dây rốn bị chèn ép sẽ dẫn đến sự xuất hiện của Dip III hay còn gọi là dip cuốn rốn.

Đối với nhịp tim thai loại 0 của Melchior rất ít gặp khi rặn sơ chỉ có 2,1% và theo Piquard có đến 13,6%, chúng tôi gặp 3,3% (Biểu đồ 1) điều này khá phù hợp với Melchior song lại thấp so với Piquard. Song thực tế lâm sàng khi rặn sơ đầu thai nhi bị ép trong tiểu khung thì nhịp tim thai ít nhiều phải thay đổi, nhận xét của chúng tôi thấy loại này không thay đổi lắm qua quá trình chuyển dạ, có khi đó là dấu

hiệu báo động một thai nhi kém đáp ứng như nhận xét của Katz M., Lunenfeld E [16], với O. Dupuis A, và A. Simon B thì cho rằng nhịp tim thai loại 0 thường có diễn biến tốt [9]

Nhịp tim thai loại 1 và 2 là thường gặp nhất, theo Melchior chiếm từ 73 - 86% các trường hợp. Tuy thời gian rặn sơ tự nhiên đến 60 phút vẫn thấy tồn tại có khi lại tăng lên; điều này cho chúng ta tiên lượng rằng có thể dễ sản phụ tiếp tục rặn tự nhiên khi nó xuất hiện như khuyến nghị của Ottawa Hospital's Clinical Practice Guideline vào giai đoạn II chuyển dạ. Nhận xét của chúng tôi có hơn 100% (114%) các trường hợp rặn sơ tự nhiên đến 60 phút, và tất nhiên sẽ đột ngột hạ rất thấp còn 15,38% khi rặn trên 90 phút. Với nhận xét đó dù rặn sơ tự nhiên không nên quá 90 phút với nhịp tim thai loại này.

Nhưng với loại 2 thì thời gian rặn sơ tự nhiên hạn chế hơn, nhận xét của chúng tôi, nếu trên 60 phút chỉ còn 28,48% báo hiệu rằng chuyển dạ phải được chấm dứt nếu không muốn đe dọa đến sức khỏe của thai nhi. Theo Melchior sau thời gian này nhịp tim thai cơ bản giảm nhanh dẫn đến nhịp chậm thường trực và kèm theo giảm ĐĐNT và Dip I xuất hiện và sâu.

Nhịp tim thai ở loại này trong khi giảm khi có cơn co, rải rác có tăng lên, song khi quan sát trên lâm sàng chúng tôi thấy khi rặn trong 30 phút đầu nhịp tim thai không thay đổi và sẽ thay đổi nhanh theo chiều hướng xấu nếu quá 30 phút rặn tự nhiên còn 45,65% các trường hợp.

Theo chúng tôi loại 3 và loại 4 của phân loại Melchior chiếm đến 19,50% điều này phù hợp với kết luận của Melchior là từ 14 - 27% các trường hợp, cao hơn nhận xét của Piquard là 13,00%, tuy nhiên đây cũng là một loại nhịp tim thai báo cho chúng ta biết không nên rặn tự nhiên quá 30 phút, vì sẽ giảm nặng chỉ còn chưa đến một nửa (42,85%) sau 30 phút và chỉ còn một phần ba (35,71%) sau 60 phút.

Kiểu thể lọt của thai nhi chỉ ảnh hưởng đến thời gian của giai đoạn I chuyển dạ. Đối với rặn sớm, đa số chúng tôi gặp thai sớm theo kiểu chậm vệ chiếm 89,97%, chậm cùng 10,03% đầu thai nhi ngửa dần đáy chậu bị phần trán, mặt đè vào làm phồng to lên dần dài ra. Hạ cằm của đầu thai nhi tỳ vào bờ dưới khớp vệ, dưới áp lực của cơn co tử cung đầu ngửa dần để các đường kính hạ cằm thóp trước, hạ cằm trán, cằm cằm tuần tự sổ ra ngoài. Khi cằm thoát ra khỏi âm hộ là hết giai đoạn đẻ đầu. Sau khi sổ xong đầu thai nhi quay 45° từ phải sang trái để trở lại vị trí cũ cằm ở vị trí trái trước. Đối với kiểu sổ chậm cùng có tỷ lệ ít xảy ra hơn, khó khăn hơn nhiều do khi thai nhi nằm ngửa đường kính lọt của đầu không thay đổi, nhưng đầu khó gập-cúi. Một số trường hợp nếu ngôi sổ kiểu chậm cùng sẽ gây sổ khó khăn. Cắt rộng tầng sinh môn hoặc hỗ trợ thủ thuật là thao tác cần thiết khi sổ chậm cùng. Là một trung tâm nghiên cứu chúng tôi chỉ thu nhận những trường hợp sinh đường dưới, chính sự cương quyết đã cho chúng có những mô tả sự chuyển dạ của phụ nữ sinh đường dưới khi trong lượng trẻ sơ sinh $3145,25 \pm 763\text{g}$, phù hợp với trọng lượng trung bình hằng số sinh học của người Việt Nam. Về giới thì nam nữ tương đương.

Sức khỏe của thai nhi là điều cốt yếu khi theo dõi chuyển dạ, khi sinh ra mà trước đó có loại 0 (Phân loại Melchior) chỉ số Apgar có được lớn hơn 7 đạt 70%. Trong khi đó ở loại 1 và 2 chỉ số Apgar lần lượt là 79 và 90%, rất thấp ở loại 3 và loại 4, chiếm lần lượt là 60% và 50% có chỉ số Apgar lớn hơn 7 sau một phút. Không may là khó đọc, khó xếp loại mà ngay cả những tác giả nổi tiếng như Bloom S.L., Casey B.M., Schaffer J.I., McIntire D.D khi nghiên cứu về sự rặn đẻ tự nhiên các sản phụ đủ tháng ở Mỹ, cũng như Fitzpatrick M., Harkin R., McQuillan K., O'Brien C khi nghiên cứu về sự rặn đẻ có giám đau ở Anh Quốc đều nhận thấy rằng đã

không có nhiều thông tin để so sánh vào giai đoạn II chuyển dạ vì đã không cùng áp dụng sự phân loại của Melchior.

Sau 5 phút, sức khỏe của trẻ sơ sinh tốt hơn nhiều ở loại 1 và 2. Từ 21% dưới 7 điểm chỉ còn 10% ở loại 1, và loại 2 từ 11% dưới 7 điểm sau 5 phút không còn trẻ sơ sinh nào dưới 7 điểm.

Đối với nhịp tim thai loại 3 và 4, cũng như loại 0, chỉ số Apgar trên 7 điểm sau 1 phút không tăng nhiều sau 5 phút.

4. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu mô tả 379 sản phụ có ngôi chỏm, đơn thai, đủ tháng, khung chậu bình thường chuyển dạ sinh được theo dõi và áp dụng sự phân loại nhịp tim thai theo Melchior chúng tôi có được một số nhận xét sau:

1. Tiến triển chuyển dạ giai đoạn II

- Tuổi mẹ trung bình $27,23 \pm 12$. Tuổi thai (tuần) $39,09 \pm 1,2$. Mang thai con so chiếm 55,67% (211 sản phụ), con rạ chiếm 44,33% (168 sản phụ).

- Độ lọt của thai nhi khi bước vào giai đoạn II, có 211 sản phụ chiếm 58,37% ở vị trí - 0 - theo phân loại của Dell. Kiểu thể lọt đa số là CCTT chiếm 68%

- Thời gian của pha tiềm tàng 39 ± 14 phút ($P < 0,05$), pha hoạt động 49 ± 35 phút ($P < 0,05$). Tổng thời gian của giai đoạn II chuyển dạ 88 ± 25 phút ($P < 0,05$)

2. Các mẫu nhịp tim thai và kết quả chuyển dạ (Sức khỏe trẻ sơ sinh)

- Loại 1 (Nhịp tim thai) chiếm 33,7% (128 trường hợp), loại 2 chiếm 45,5% (172 trường hợp). Với loại 1, pha hoạt động đến 90 phút nhịp tim thai vẫn còn đáp ứng. Loại 2, thời gian rặn sớm hạn chế hơn, trên 60 phút từ 83,37% chỉ còn 28,49%, nên kết thúc chuyển dạ.

- So với loại 1, loại 0 chúng tôi gặp 3,3%, là dấu hiệu báo động một thai nhi kém đáp ứng, sẽ có chỉ số Apgar thấp sau 30 phút rặn sớm.

- Loại 3 và loại 4 cũng là một loại nhịp tim thai báo cho chúng ta biết không nên rặn tự nhiên quá 30 phút, vì sẽ giảm nặng chỉ còn một nửa (42,85%) sau 30 phút và chỉ còn một phần ba (35,71%) sau 60 phút, điều này đồng

nghĩa chỉ số Apgar dưới 7 điểm sau 1 phút chiếm 40% ở loại 3 và 50% ở loại 4. RR = 1,68 (CI 95% = 1,18 - 2,37); OR = 7,66 (CI 95% = 3,99 - 19,59)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Trường Duyệt (2000), Các phương pháp thăm dò trong sản phụ khoa, Nhà xuất bản Y Học Hà Nội.
2. Bộ môn Phụ Sản Trường ĐHY Dược Huế (2007), "Sinh lý chuyển dạ", Sản Phụ Khoa, trang 79-88. Nhà xuất bản Y Học Hà Nội.
3. Kruger K., Hallberg B., Blennow M., Kublickas M., Westgren M. (1999). Predictive value of fetal scalp blood lactate concentration and pH as markers of neurologic disability Am J Obstet Gynecol; 181: 1072-1078
4. Janni W, Schiessl B, Peschers U, Huber S, Strobl B, Hantschmann P, Uhlmann N, Dimpfl T, Rammel G, Kainer F. (2002), The prognostic impact of a prolonged second stage of labor on maternal and fetal outcome. Acta Obstet Gynecol Scand.;81(3):214-21
5. Ramanah R., Martin A., Riethmuller D., Maillet R., Schaal J.P. (2005). Intérêt de la mesure des lactates au scalp foetal au cours du travail. Étude comparative avec le pH au scalp Gynecol Obstet Fertil; 33 : 107-112
6. Westgren M., Kruger K., Ek S., Grunevald C., Kublickas M., Naka K., và cộng sự (1998). Lactate compared with pH analysis at fetal scalp blood sampling: a prospective randomised study Br J Obstet Gynaecol;105 : 29-33
7. Saju Joy, MD, E.Wibert-Izel, (2009). Abnormal labor: Follow up. Department of Obstetrics and Gynecology, Virginia Tech Carilion School of Medicine.
8. Huch A., Huch R., Schneider H., Rooth G. (1977) Continuous transcutaneous monitoring of fetal oxygen tension during labour Br J Obstet Gynaecol;84:1-39
9. Dupuis O., Simon A., (2008), La surveillance foetale pendant l'expulsion Fetal monitoring during the active second stage of labor. J Gyn Obst et Bio Reproduction. Volume 37, numéro 1S, pages 93-100
10. Herman Van Geijn P., (2004). Modules 14 Fetal monitoring I. Stiftung Mercator
11. Trần Ngọc Tần Quyên, Nguyễn Vũ Quốc Huy. (2010). "Nghiên cứu một số yếu tố ảnh hưởng và kết quả xử trí giai đoạn II chuyển dạ ở sản phụ sinh con so". Tạp chí Sản Phụ khoa, Tập 8, trang 46-53
12. Fraser WD, Marcoux S, Krauss I, Douglas J, Goulet C, Boulvain M, (2000) For the PEOPLE (Pushing Early or Pushing Late With Epidural) Study Group. Multicenter, randomized, controlled trial of delayed pushing for nulliparous women in the second stage of labor with continuous epidural analgesia. Am J Obstet Gynecol;182:1165-72
13. Piquard F., Schaefer A., Dellenbach P., Haberey P. (1991) Is fetal acidosis in the human fetus maternogenic during labor? A reanalysis Am J Physiol; 261 : R1294-R1299
14. Sheiner E., Hadar A., Hallak M., Katz M., Mazor M., Shoham-Vardi I. (2001) Clinical significance of fetal heart rate tracings during the second stage of labor Obstet Gynecol; 97 : 747-752

15. Langer B., Boudier E., Haddad J., Pain L., Schlaeder G. (1996). Fetal pulse oximetry during labor of 62 patients. *Fetal Diagn Ther*; 11 : 37-45
16. Katz M., Lunenfeld E., Meizner I., Bashan N., Gross J. (1987) The effect of the duration of the second stage of labour on the acid-base state of the fetus *Br J Obstet Gynaecol*; 94 : 425-430
17. Yamaguchi M., Honjo S. (2001) Umbilical artery blood acid-base analysis and fetal heart rate baseline in the second stage of labor *J Obstet Gynaecol Res* ; 27 : 249-254
18. Nordstrom L., Achanna S., Naka K., Arulkumaran S. (2001). Fetal and maternal lactate increase during active second stage of labour. *BJOG*;108:263-268
19. Ann E., Lawrence O., Linda M., Janet Brownlee, Ian D.Graham, (2000), The Ottawa Hospital's Clinical Practice Guideline for the Second Stage of Labour, *J Obstet Gynaecol Can* 2006; 28(9):769-779
20. Melchior J., Bernard N., Pinardeau M. (1972) Variations du rythme cardiaque fœtal et état néonatal à la naissance *J Gynecol Obstet Biol Reprod*; 1 : 595