

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

Đặng Văn Pháp*, Nguyễn Thị Tình*, Lê Lam Hương*

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát tiến triển của giai đoạn II chuyển dạ. Đánh giá kết quả chuyển dạ dựa trên các mẫu nhịp tim thai có được. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 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. Thời gian nghiên cứu từ tháng 6/2009 - 12/2009. Áp dụng phân loại về mẫu nhịp tim thai của Melchior và áp dụng phân loại giai đoạn chuyển dạ theo People. **Kết quả:** Tuổi mẹ trung bình $27,23 \pm 12$, $P < 0,05$ - Tuổi thai (Tuần) $39,09 \pm 1,2$, $p > 0,05$, 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%. 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 ($P < 0,05$). Về 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 số hạn chế hơn, trên 60 phút từ 83,37% chỉ còn 28,49%, nên kết thúc chuyển dạ. 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 số. Loại 3 và loại 4 cũng là một loại nhịp tim thai báo động 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. **Kết luận:** Kiểu thể lọt của ngôi 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 ($P < 0,05$). Loại 0 chúng tôi gặp 3,3%. Loại 1 chiếm 33,7%. Loại 2 chiếm 45,5%. Loại 3 12,1%. 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. Với RR = 0,89 (CI 95% = 0,69 - 1,29), OR = 1,59 (CI 95% = 0,45 - 5,54)

Abstract

The role of the fetal monitoring in the second stage of labor

Objective: To investigate the progression of the second stage of labor. To evaluation of outcome of labor base on the form of the fetal heart rate CTC. **Method:** Cross-sectional descriptive study on 379 pregnant women with vertex presentation, singleton pregnancy, at term, normal pelvis, and the fetal weight was estimated to be medium according to Vietnamese standard.

From June 2009 to December 2009. Following the distribution in fetal heart form according to Melchior. Following the distribution in stage of labor according to PEOPLE. **Results:** The mean age was 27,23 ± 12, P < 0,05. Gestation age (weeks) was 39,09 ± 1,2 P > 0,05. Nulliparas women was 55,67% (211 womens), and multiparas women was 44,33% (168 womens). 58,37% of those had fetal presentation at 0 position according to Delle's distribution. Majority of cases had fetal position of left occiput anterior (68%). The latent phase of labor was 39, ± 14 minutes (p < 0,05), active phase of labor was 49 ± 35 minutes (P < 0,05). The total duration of second stage was 25 minutes (P < 0,05). Fetal heart rate: Type 1 was 33,7%, type 2 was 45,5%. In the type 1, when the active phase last to 90 minutes, the fetus was well response. In the type 2, the second stage can not last as long as these, if it lasts longer than 60minutes, only 28,49% was at good condition, should stopped labor immediately. Type 0, which was the sign of the bad condition of the fetus, accounted for 3,3%, then got low Apgar score if the time for second stage of labor lasts longer than 30 minutes. Type 3 and 4, were also the signs of the bad condition, and the second stage of labor should not last longer than 30minutes. Because it will get bad into a half (42,85%) after 30 minutes and into a three after 60 minutes, that mean Apgar score will < 7 at 1st minutes, 40 % and 50% in type 3 and 4 respectively. **Conclusions:** Left occiput anterior was 68%. Potential phage of second of labor was 39±14minutes (P<0,05), active phase was 49± 35 minutes (p<0,05). And the total period of the second stage of labor was 88± 25 minutes (p< 0,05). Type 0,1,2,3 and 4 were 3,3%; 33,7%; 45,5%; 12,1% and 7,4% respectively. Apgar score < 7 at 1st minutes with type 0,3 and 4 after 30 minutes for the forceful, and with type 1 after 90 minutes for that. RR = 0,89 (CI 95% = 0,69 - 1,29); OR = 1,59 (CI 95% = 0,45 - 5,54).

* Khoa Phụ sản Bệnh viện Đại học Y Dược Huế

Đặt vấn đề

Vào giai đoạn hai chuyển dạ, khi 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]. Với suy nghĩ này chúng tôi nhận thấy monitoring 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 là có thể để mong rằng 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 nghiên cứu đề tài: "Vai trò của monitoring sản khoa trong giai đoạn II chuyển dạ" nhằm 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 có được.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

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.

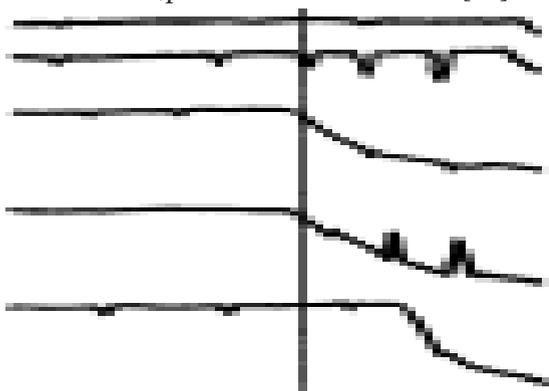
Tiêu chuẩn chọn bệnh: Các sản phụ vào sinh, được theo dõi ở khoa từ giai đoạn I chuyển dạ, với các tiêu chí sau: Ngôi chỏm. Đơn thai. Đủ tháng. Khung chậu bình thường. Con có trọng lượng ước đoán trung bình theo hàng số sinh học VN. Sản phụ có chu kỳ kinh đều, tuổi thai tính từ ngày đầu tiên của tuần 38 - 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.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Phương tiện nghiên cứu:

- Mẫu nhịp tim thai của Melchior [20].



Hình 1. Phân loại Melchior [9- 20] Vào giai đoạn tổng thai (Trục dọc là giới hạn lúc người mẹ bắt đầu rặn. Từ trên xuống dưới là các loại 0,1,2,3 và 4 biểu hiện của nhịp tim thai ở pha tổng thai) Phân 5 loại biểu hiện nhịp tim thai khi rặn số:

+ 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 số, 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.

+ Phân loại giai đoạn chuyển dạ theo People [12-19]. Bản quy trình đồ đẻ. Phiếu nghiên cứu, Biểu đồ chuyển dạ theo Tổ chức Y Tế Thế giới. Máy monitoring hiệu Phillips Avalon - FM 20, của Đức (2005) 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.

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

+ Ghi monitoring sản khoa khi vào viện

+ 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 PEPOLE

+ 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

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

+ Đánh giá co tử cung

+ Ghi nhận kết quả chuyển dạ về mẹ: M, HA, Nhiệt độ, Máu mất, Tình trạng TSM, CTM, Hémoglobin

+ Ghi nhận tình trạng trẻ sơ sinh: Apgar, Cân nặng ngay sau sinh.

Xử lý số liệu: Số liệu thu thập được xử lý theo phương pháp thống kê y học qua chương trình Epi.info 2000 (3.3.2). Với độ tin cậy tối thiểu 95%, $\alpha < 0,05$.

Kết quả và bàn luận

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

Đặt điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi mẹ (Năm)	27,23 ± 12	P < 0,05
Tuổi thai (Tuần)	39,09 ± 1,2	P > 0,05
Con so	211	55,67%
Con rạ	168	44,33%
Chiều cao của mẹ (cm)	157 ± 18	P < 0,05

Tuổi mẹ nhỏ nhất là 18 và lớn nhất 42, trung bình 27 tuổi. 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. 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 dự 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 lactates 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.

Bảng 2. Kiểu thể của thai nhi 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 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 Tấn 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]

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

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

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 Delle, không có trường hợp nào đầu lọt thấp. Tuy nhiên, khi tham khảo nghiên cứu của Trần Ngọc Tấn Quyên, kết quả của chúng tôi khác với Trần Ngọc Tấn Quyên, tác giả chỉ nghiên cứu đối tượng là con so mà có tỷ lệ khá cao về đầu lọt thấp.

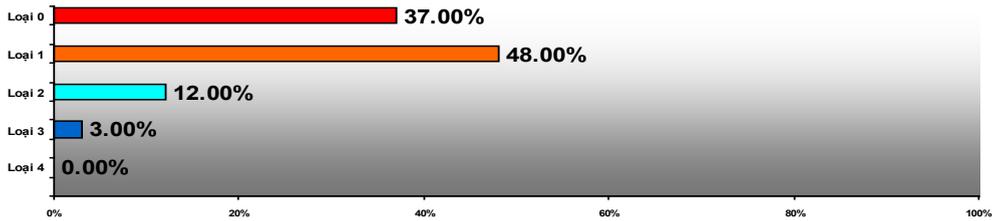
Bảng 4. Thời gian của giai đoạn II Chuyển dạ

Thời điểm chuyển dạ	Thời gian (Phút) ($\bar{x} \pm SD$)	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 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 chúng tộc Việt Nam dễ đẻ 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 Freidman, 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 1,1giờ đến 2,9 giờ, ngắn nhiều so với phát

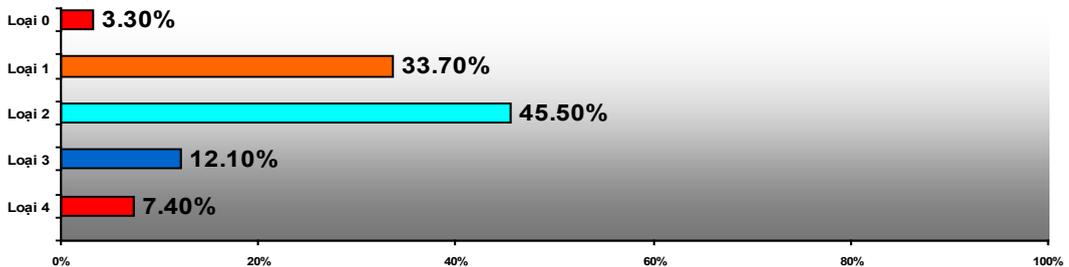
hiện của chúng tôi, qua đó Friedman cũng đề nghị rằng khi quá 2,9giờ thì chuyển dạ phải đi theo hướng khác mới bảo đảm được sức khỏe cho trẻ sơ sinh.



Biểu đồ 1. Các loại nhịp tim thai theo Melchior giả I chuyển dạ

Đọc 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 DipI), theo Melchior thì đó là loại 0, và 1 phù hợp với nhận xét của chúng tôi (85% = 37+48). Về cơn co tử cung đếm được 3 cơn trong 10 phút trên monitoring. Không có trường hợp mất tín hiệu.



Biểu đồ 2. Các loại nhịp tim thai theo Melchior giả II chuyển dạ

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 cơn co tử cung khó đếm được số cơn 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 cơn 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 sổ thai [20]. Về nhịp tim thai thì rất khó cho rằng đây là nhịp chậm hay là nhịp giảm khi mà độ giao 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.

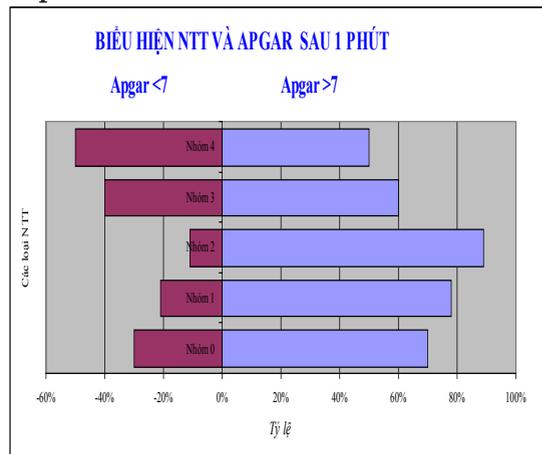
Kết quả chuyển dạ

Bảng 5. 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 thống kê

Đối với rặn sổ, đa số chúng tôi gặp thai sổ theo kiểu chằm vệt chiếm 89,97%, chằm cùng 10,03% đầu thai nhi ngửa dần đáy chậu bị phân tán, mặt đẻ vào làm phồng to lên giãn dài ra. 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 trọng lượng trẻ sơ sinh 3145,25 ± 763g, phù hợp với trọng lượng trung bình hằng số sinh học của người Việt Nam. Về giới thì nam nữ tương đương.

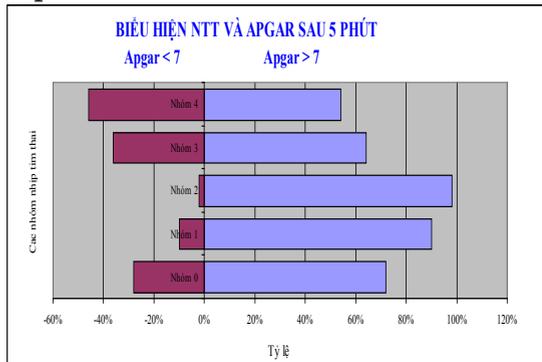
Biểu hiện nhịp tim thai và chỉ số apgar /1 phút



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

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 giảm 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. Với RR=0,89 (CI 95% = 0,69 - 1,29), OR = 1,59 (CI 95% = 0,45 - 5, 54).

Biểu hiện nhịp tim thai và chỉ số Apgar /5 phút



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

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 1phút không tăng nhiều sau 5phút. Với RR = 1,68 (CI 95% = 1,18 - 2,37); OR = 7,66 (CI 95% = 3,99 - 19,59).

Kết luận

Phân loại của Melchior có một giá trị tiên lượng không thể chối cãi, nhưng hiện nay không có nghiên cứu nào cho phép khẳng định chính xác độ dài của giai đoạn II chuyển dạ. 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:

Tiến triển chuyển dạ giai đoạn II

- Tuổi mẹ trung bình 27,23 ± 12, P < 0,05 - Tuổi thai (Tuần) 39,09 ± 1,2, P > 0,05, 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%.- Thời gian của pha tiềm tàng 39 ± 14phút (P < 0,05), pha hoạt động 49 ± 35phút (P < 0,05). Tổng thời gian của giai đoạn II chuyển dạ 88 ± 25phút (P < 0,05).

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 số 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 số. RR=0,89 (CI 95% = 0,69 - 1,29), OR = 1,59 (CI 95% = 0,45 - 5, 54).

- 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 fœtal 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 fœtale 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 Tân 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 sơ". 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.