

# KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ

## I. ĐẠI CƯƠNG

- Khởi phát chuyển dạ (KPCD) là gây ra cơn co tử cung trước khi bắt đầu chuyển dạ tự nhiên bằng các phương tiện nội khoa và/hoặc ngoại khoa nhằm mục đích gây chuyển dạ.

- KPCD thành công:

+ Điểm Bishop tăng  $\geq 3$  điểm sau KPCD (12 giờ).

+ Sinh ngã âm đạo trong vòng 24 - 48 giờ.

## II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

KPCD được chỉ định khi lợi ích đối với mẹ và/hoặc đối với thai nhi nếu được sinh ra thì lớn hơn các nguy cơ tiềm tàng của việc tiếp tục kéo dài thai kỳ.

### 2.1. Chỉ định

- Tăng huyết áp thai kỳ, sản giật, tiền sản giật
- Đái tháo đường thai kỳ
- Bệnh lý mẹ (đái tháo đường, tăng huyết áp mạn, bệnh lý thận, hội chứng kháng phospholipid, bệnh lý tim, bệnh lý phổi nặng)
- Thai quá ngày dự sinh ( $\geq 40$  tuần)
- Thiếu ối
- Thai chậm tăng trưởng trong tử cung
- Thai chết lưu trong tử cung
- Thai dị tật bẩm sinh
- Ối vỡ non
- Song thai ngôi 1 ngôi đầu

### 2.2. Chống chỉ định

- Tiền căn mổ dọc thân tử cung, mổ bóc u xơ tử cung, vỡ tử cung, xén góc tử cung
- Nhau tiền đạo hoặc mạch máu tiền đạo (nhau tiền đạo loại II- III: cân nhắc tùy trường hợp đối với nhóm thai không có khả năng nuôi sống)
- Sa dây rốn
- Herpes sinh dục, mụn cóc sinh dục đang tiến triển
- Ung thư cổ tử cung (CTC)
- Bất tương xứng giữa thai và khung chậu
- Ngôi bất thường: ngôi ngang, ngôi mông
- Biểu đồ tim thai - cơn gò (CTG) nhóm 3, CTG nhóm 2 lặp lại

## III. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KPCD

- Bước 1: xác định tuổi thai.
- Bước 2: đánh giá sức khỏe thai.
- Bước 3: đánh giá chỉ định và chống chỉ định sinh ngã âm đạo.
- Bước 4: đánh giá chỉ số Bishop:

Đánh giá	Điểm	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Độ mở cổ tử cung (cm)		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6

Độ xóa cổ tử cung (%)	0 – 30	40 – 50	60 – 70	≥ 80
Độ lọt của thai	-3	-2	-1 đến 0	+1 đến +2
Mật độ cổ tử cung	Chắc	Vừa	Mềm	
Hướng cổ tử cung	Sau	Trung gian	Trước	

Dựa vào chỉ số Bishop để lựa chọn biện pháp KPCD:

- Bishop < 5 (CTC không thuận lợi): CTC không thuận lợi, cần làm chín muôi CTC trước khi KPCD: prostaglandin, foley, CRB (cervical ripening balloon), lóc ối, laminaria.

- Bishop ≥ 5 (CTC thuận lợi): oxytocin hoặc oxytocin kết hợp bấm ối.

#### **IV. CÁC PHƯƠNG PHÁP KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ**

##### **4.1. Phương pháp cơ học**

- Kích thích núm vú
- Lóc ối
- Nong cơ học: laminaria, foley, CRB
- Bấm ối

##### **4.2. Phương pháp hóa học**

###### **4.2.1. Prostaglandin E2**

- Dinoprostone là dạng prostaglandin E2 tổng hợp, sử dụng để KPCD trên những sản phụ ối vỡ non, hoặc thai quá ngày nhưng không có vết mổ cũ.

- Dinoprostone có 3 dạng: dạng gel, dạng hệ phân phối thuốc đặt âm đạo, dạng viên đạn.

+ Gel Dinoprostone 0,5 mg/3g (2,5mL gel). Liều có thể được lặp lại mỗi 6 giờ, với tối đa 3 liều trong 24 giờ.

+ Hệ phân phối thuốc đặt âm đạo Dinoprostone 10 mg phóng thích thuốc 0,3 mg/giờ trong 10 giờ, sử dụng liều duy nhất.

- Sản phụ nên nằm ít nhất 30 phút sau khi đặt Dinoprostone 10 mg để đo tim thai.

- Hệ phân phối thuốc đặt âm đạo Dinoprostone 10 mg được lấy ra sau 24 giờ hoặc khi chuyển dạ bắt đầu.

+ Viên đạn Dinoprostone 20 mg thường được sử dụng cho những trường hợp thai 12-20 tuần.

- Theo dõi

+ Theo dõi tim thai và cơn gò bằng monitor sau khi sử dụng prostaglandin E2.

+ Sử dụng oxytocin sau khi làm chín muôi CTC bằng prostaglandin E2 ít nhất 6-12 giờ đối với gel 0,5 mg Dinoprostone và ít nhất 30 phút sau khi lấy hệ phân phối thuốc đặt âm đạo Dinoprostone 10 mg.

- Chống chỉ định

- + Hen phế quản nặng
- + Tăng nhãn áp, hoặc tăng áp lực nội nhãn

**4.2.2. Prostaglandin E1:** (xem thêm phác đồ “Chấm dứt thai kỳ từ 13-22 tuần”, “Chấm dứt thai kỳ từ 23-27 tuần”)

- Thai  $\geq 28$  tuần và không có khả năng nuôi được (thai lưu, thai bị dị tật bẩm sinh, thai chậm tăng trưởng nặng trong tử cung): Misoprostol 25 mcg, đặt âm đạo mỗi 6 giờ hoặc uống mỗi 2 giờ.

- Nếu sử dụng Oxytocin phải sau ít nhất 4 giờ sau khi sử dụng liều misoprostol cuối cùng (không sử dụng Oxytocin sau khi sử dụng misoprostol nếu sản phụ có vết mổ cũ).

- Trong trường hợp cần KPCD ngay (tiền sản giật nặng, nhiễm trùng ối): có thể không sử dụng Mifepristone.

- Tác dụng ngoại ý:

+ Gò cường tính, vỡ tử cung, ảnh hưởng tim thai, hít nước ối phân su

+ Sốt, rét run

+ Nôn, buồn nôn, tiêu chảy

- Chống chỉ định:

+ Tiền căn hen phế quản nặng, tiền sử có rối loạn đông máu, tình trạng dị ứng mạn hoặc cấp tính.

+ Trường hợp sản phụ có vết mổ cũ và thai sống  $\geq 28$  tuần, có khả năng nuôi.

#### **4.2.3. Oxytocin**

- Có 2 cách sử dụng

+ Phác đồ “liều thấp”: liều khởi đầu thấp, tăng liều chậm, liều tối đa 30 mIU/phút

+ Phác đồ “liều cao”: liều khởi đầu cao, tăng liều nhanh, liều tối đa 30 mIU/phút

- Cách sử dụng oxytocin: sử dụng bơm tiêm điện.

+ Phác đồ liều thấp: pha 5 đơn vị oxytocin trong 49 ml Glucose 5%

• Khởi đầu: 0,5-2 mIU/phút (0,3-1,2 mL/giờ)

• Tăng liều: 1-2 mIU/phút (0,6-1,2 mL/giờ)

• Liều tối ưu: 8-12 mIU/ phút (4,8-7,2 mL/giờ)

• Tối đa: 30 mIU/ phút (18 mL/giờ)

• Khoảng cách tăng liều: mỗi 15 - 30 phút

+ Phác đồ liều cao: pha 5 đơn vị trong 49 ml Glucose 5%

• Khởi đầu: 4 mIU/ phút (2,4 mL/giờ)

• Tăng liều: 4-6 mIU/ phút (2,4-3,6 mL/giờ)

• Liều tối ưu: 8- 2 mIU/phút (4,8-7,2 mL/giờ)

• Tối đa: 30 mIU/phút.

• Khoảng cách tăng liều: mỗi 15-30 phút

- Thời gian theo dõi từ 12-24 giờ tính từ khi đạt 3 cơn gò/10 phút. Gọi là thất bại khi sau 12-24 giờ mà không đạt được 3 cơn gò/10 phút hoặc CTC không thay đổi, chỉ số Bishop không tiến triển.

- Tác dụng ngoại ý:

- + Con gò cường tính, có thể gây vỡ tử cung
- + Ảnh hưởng tim thai
- + Ngộ độc nước
- + Ảnh hưởng tim mạch: tụt huyết áp, giảm tưới máu động mạch vành, ngưng tim

## **V. CHỌN LỰA PHƯƠNG PHÁP KPCD TRÊN MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT**

- Trường hợp có vết mổ cũ:
  - + KPCD trên vết mổ cũ mổ lấy thai 1 lần: ưu tiên chọn KPCD bằng foley hoặc/và phác đồ oxytocin liều thấp với bơm tiêm điện.
  - + Cân nhắc sử dụng prostaglandin E1 liều thấp và prostaglandin E2 trên những trường hợp sản phụ có vết mổ cũ và thai  $\geq 28$  tuần + có chỉ định chấm dứt thai kỳ mà thai không có khả năng nuôi được.
- Ối vỡ  $\geq 12$  giờ, thai  $\geq 34$  tuần, chưa vào chuyển dạ: KPCD bằng Oxytocin hoặc prostaglandin E2.
- Song thai, ngôi 1 là ngôi đầu, không có chống chỉ định KPCD có thể KPCD bằng Oxytocin và/hoặc kết hợp với các phương pháp làm chín muồi CTC.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2009), Practice Bulletin, Induction of Labor, Number 107.
2. WHO, Recommendations for induction labor.
3. Williams Obstetrics 24<sup>th</sup>, Induction and Augmentation of Labor.
4. Society of Obstetrics and Gynaecologists of Canada (SOGC), Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth.
5. Society of Obstetrics and Gynaecologists of Canada (SOGC) (2013), Guidelines for induction of labor.
6. High risk pregnancy (2015), Induction labor
7. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2008), Clinical guideline, nice.org.uk/guidance/cg70
8. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2010), Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery, Number 115.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists (2008), Management of postterm pregnancy, ACOG Practice Bulletin, Number 55.