

# HỘI THẢO KHOA HỌC HỘI HỘ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH LẦN THỨ 16 NĂM 2026

## TỐI ƯU THEO DÕI CHUYỂN DẠ Giảm can thiệp – Tăng an toàn Mẹ và Thai

**Người trình bày: TTND.PGS.TS.BS. Huỳnh Nguyễn Khánh Trang**

Trưởng khối Sản – Bệnh viện Hùng Vương

Trưởng Bộ môn Sản phụ khoa – Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

*TP. Hồ Chí Minh, ngày 31 tháng 05 năm 2026*



## HƯỚNG DẪN CHĂM SÓC CHUYÊN DẠ

Mã ID BN:

PARA

 CDTN  KPCD 

Chẩn đoán CD hoạt động: \_\_\_/ \_\_\_/20

KH: C: có; K: không; T: từ chối; KR: không rõ; TT: tim thai; CTG: I: nhóm I; II: nhóm II; III: nhóm III; Kiểu thể: CC: chậm chạp; (T) trái; (P) phải; (T): trước; (S) sau; (N) ngang

C: ối còn; V: ối vỡ; T: trắng trong; Đ: trắng đục; H: hồng, lẫn máu; Vg: vàng;

X: xanh lẫn phân su; Het: hết ối;

O: độ lọt; chông khớp, bướu huyết thanh (mức độ: o, +, ++, +++)

P: protein niệu (mức độ: -, vết, 1+, 2+, 3+); A: keton niệu (mức độ: -, 1+, 2+, 3+, 4+)

Ngày, giờ ối vỡ: \_\_\_:\_\_\_/ \_\_\_/ 20

Yếu tố nguy cơ:

		Thời gian												KẾT CỤC				
		Giờ																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3		
		BẢO ĐỘNG ← PHA HOẠT ĐỘNG GIAI ĐOẠN 1 CỦA CD → GIAI ĐOẠN 2 CỦA CD →																
CHĂM SÓC HỒ TRỢ	Ban đồng hành																	
	Đánh giá mức độ đau(VAS)	≥ 4																
	Nước uống vào	K																
	Ăn																	
TÌNH TRẠNG MẸ	Mạch	<60, ≥120																
	HA tâm thu	<80, ≥140																
	HA tâm trương	≥90																
	Nhiệt độ	<35, ≥37.5																
	Nước tiểu	P++, A++																
TÌNH TRẠNG THAI	TT cơ bản	<110, ≥160	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!	!		
	CTG	≥ nhóm II	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:		
	Nước ối	hết ối, Phân su đặc, máu																
	Kiểu thể	sau, ngang																
	Bướu HT	+++																
DIỄN TIẾN CHUYÊN DẠ	Chông khớp	+++																
	Các cơn co TC/10 phút	<2, >5																
	Thời gian của các cơn co TC	<20, >60	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:		
	Cổ TC (KH:X)	10																
		9	≥2h															Pha hoạt động GB 1 của CD đánh dấu "X" ghi độ dẫn nở CTC. Bảo động được kích hoạt khi thời gian để CTC vượt quá ngưỡng mà không có tiến triển. Trong GB 2 của CD ghi "R" để cho biết thời điểm bắt đầu rạn
		8	≥2.5h															
		7	≥3h															
		6	≥5h															
	5	≥6h																
	Độ lọt (KH:O)	-3																
-2																		
-1																		
0																		
+1																		
+2																		
SỬ DỤNG THUỐC	Oxytocin (ml/giờ, số giọt/phút)																	
	Thuốc																	
	Truyền dịch																	
NGƯỜI BỆNH THAM GIA QUYẾT ĐỊNH	Nhận định và đánh giá																	
	Kế hoạch (xử trí)																	
	Ghi tên																	



# VÌ SAO CẦN CẬP NHẬT?

## Thách Thức Hiện Nay

- Tỷ lệ mổ lấy thai tăng cao (30-50%+ tại Việt Nam).
- Sự phụ thuộc quá mức vào Oxytocin.
- Sai lệch trong đánh giá tiến triển chuyển dạ.

## Hệ Quả & Vai Trò

- Gây ra các can thiệp y khoa không cần thiết.
- Tăng nguy cơ tai biến sản khoa.
- **Nữ hộ sinh:** Người bảo vệ sự an toàn tại phòng sanh.



# MỤC TIÊU BÀI HỌC



## Nhận Diện

Nhận diện chuyển dạ tiến triển bình thường theo sinh lý.



## Cập Nhật

Nắm vững các điểm mới từ hướng dẫn WHO & FIGO.



## Thực Hành

Ứng dụng hiệu quả vào quy trình thực hành tại phòng sanh.



# KHÁI NIỆM CHUYỂN DẠ HIỆN ĐẠI



## Không chỉ là "Mở Cổ Tử Cung"

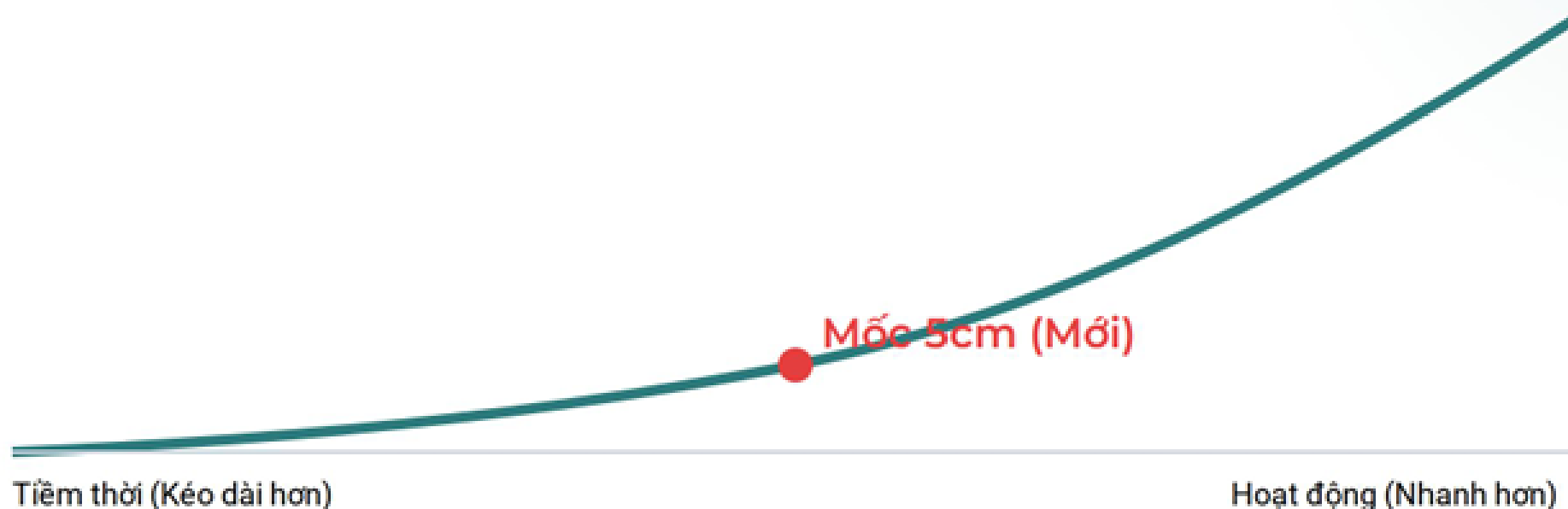
Chuyển dạ là một quá trình động, đòi hỏi sự đánh giá đa chiều:

- **Cơn gò tử cung:** Tương xứng với giai đoạn.
- **Cổ tử cung:** Độ xóa, mở và mật độ.
- **Tiến triển thai:** Sự xuống và xoay của đầu thai.



# THAY ĐỔI MỐC GIAI ĐOẠN HOẠT ĐỘNG

Theo WHO 2018, giai đoạn hoạt động bắt đầu muộn hơn so với quan niệm cũ.



*Giai đoạn tiềm thời có thể kéo dài mà không cần can thiệp nếu mẹ và thai ổn định.*



# | TỐC ĐỘ MỞ CỔ TỬ CUNG

**1cm/h**  
KHÔNG CÒN LÀ CHUẨN

## Quan điểm hiện đại:

- Tốc độ mở có sự dao động sinh lý rất lớn giữa các cá thể.
- Sản phụ con so thường mở chậm hơn ở những cm đầu tiên.
- Chỉ can thiệp khi có bằng chứng rõ ràng về đình trệ thực sự.

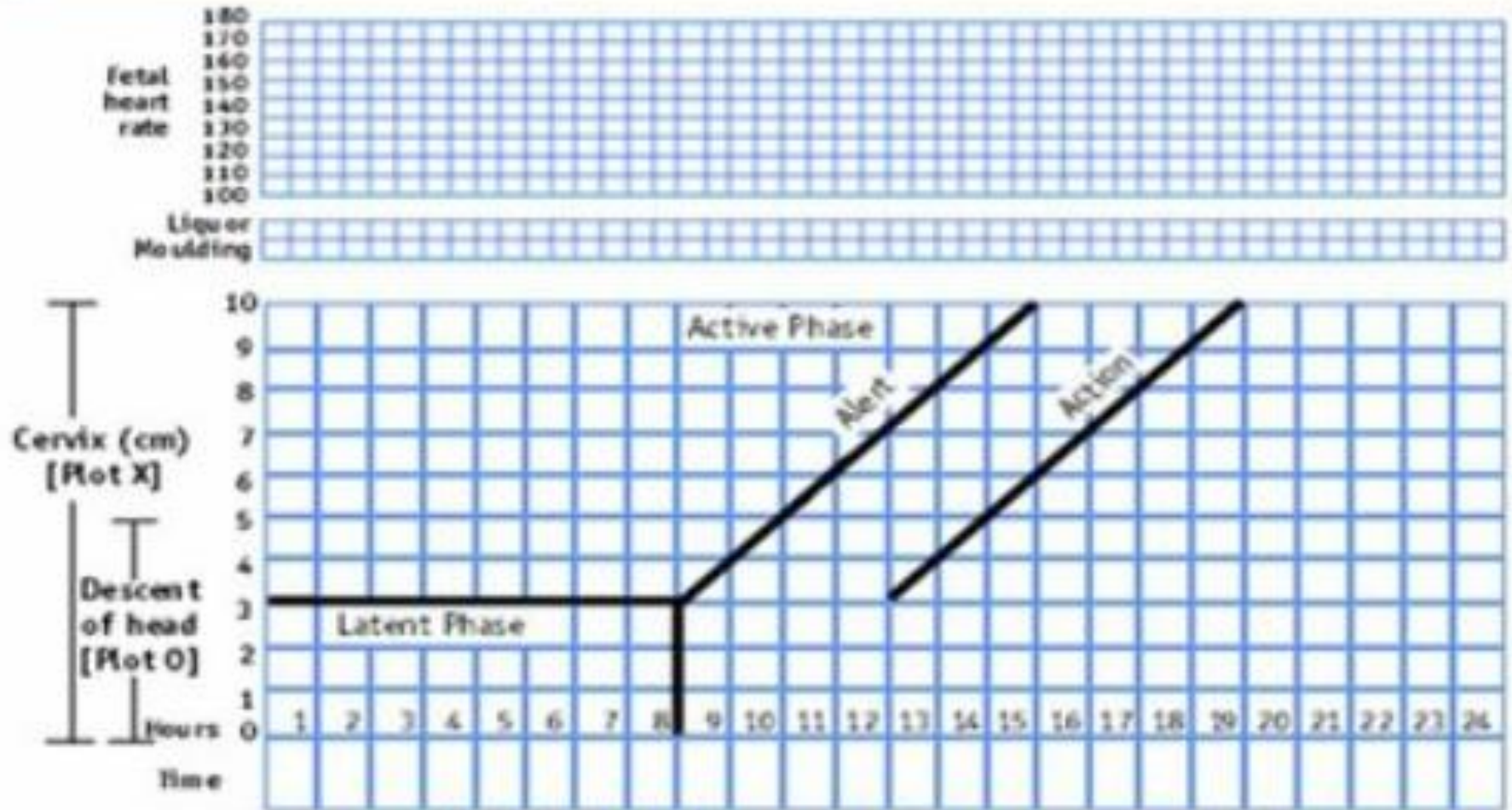
## Tránh Chẩn Đoán "Đình Trệ" Sớm

Mục tiêu: Giảm tối đa các can thiệp không cần thiết và tạo trải nghiệm sinh tích cực.



# PARTOGRAPH

Name \_\_\_\_\_ Gravida \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ Hospital no. \_\_\_\_\_  
 Date of admission \_\_\_\_\_ Time of admission \_\_\_\_\_ Ruptured membranes \_\_\_\_\_ Hours \_\_\_\_\_



# WHO LABOUR CARE GUIDE (LCG)

## Công cụ thể hệ mới

- Thay thế Partograph cổ điển từ năm 2020.
- Thiết kế dạng Checklist hỗ trợ ra quyết định.
- Tập trung vào **Cá thể hóa** và **Chăm sóc tôn trọng**.
- Theo dõi cả sự thoải mái và tâm lý sản phụ.

WHO LABOUR CARE GUIDE											
Name		Parity		Labour onset		Active labour diagnosis (Date)					
Registered midwife (Date)		Time		Risk factors							
Alert Column		Time									
		← ACTIVE FIRST STAGE →					← SECOND STAGE →				
Section 2	CONTRACTILE CASE	Contraction	W								
	Placental	W									
	Fetal Head	W									
	Position	W									
Section 3	MAP	Amplitude	cm	1-10	1-10						
	Frequency	min	1								
	Baseline	mmHg	80-90	80-90							
	Fetal position	cm	0-1								
	Caput	cm	0-1								
Section 4	MEMBRANES	Placenta	cm	1-10							
	Amniotic fluid	cm	1-10								
	Amniotic fluid	cm	1-10								
	Amniotic fluid	cm	1-10								
	Amniotic fluid	cm	1-10								
Section 5	LABOUR PROGRESS	1									
	2										
	3										
	4										
	5										
Section 6	Medication	Medication									
	Medication										
	Medication										
Section 7	ASSESSMENT										
	PLAN										



# Bảng Friedman vs Zhang vs WHO Labour Care Guide

Nội dung	Friedman (1955)	Zhang (2010)	WHO Labour Care Guide
Khởi đầu active labor	~4 cm	5–6 cm	≥5 cm
Quan niệm tiến triển	Tuyến tính	Cá thể hóa	Cá thể hóa
Ngưỡng 1 cm/giờ	Rất quan trọng	Không cố định	Không khuyến cáo dùng cứng
Nguy cơ	Can thiệp sớm	Giảm overdiagnosis	Chăm sóc lấy sản phụ làm trung tâm

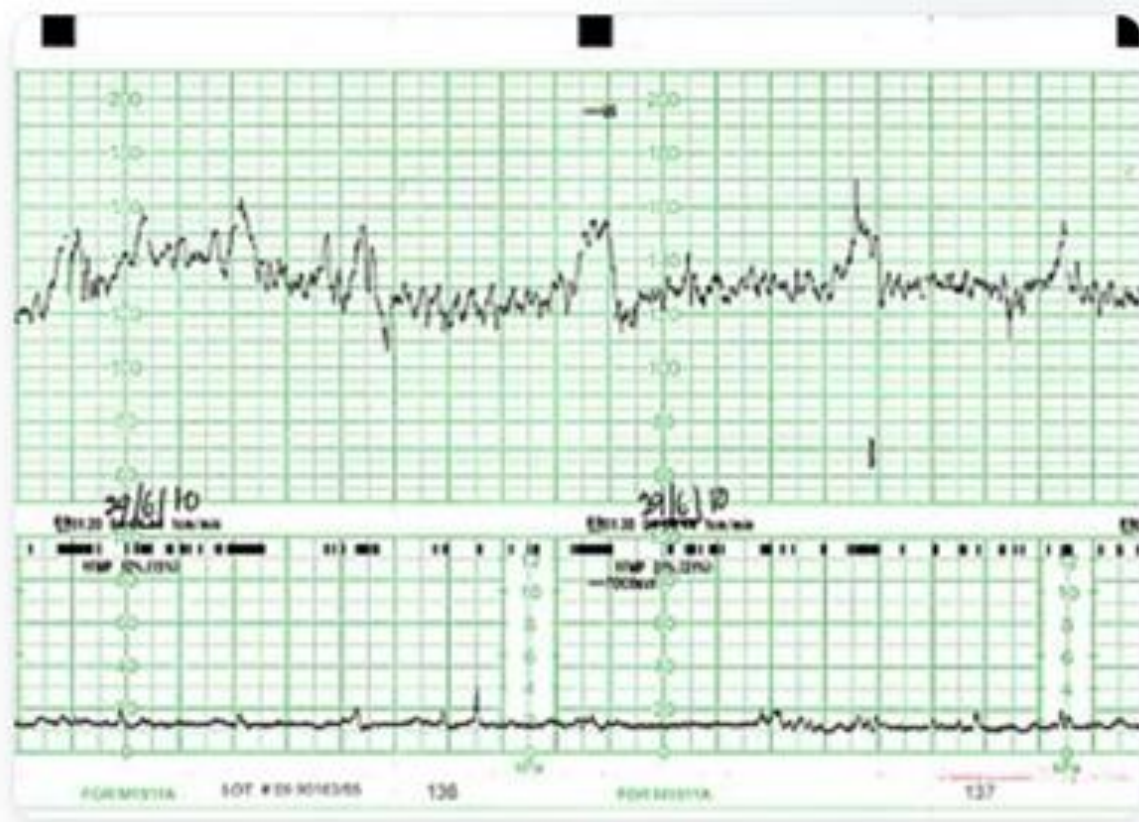
**“Chuyển dạ hiện đại không còn đánh giá đơn thuần bằng tốc độ mở cổ tử cung.”**



# PHÂN LOẠI TIM THAI FIGO



- Bình thường: Theo dõi thường quy
- Nghi ngờ: Cần hồi sức trong tử cung
- Bất thường: Can thiệp ngay lập tức



# ĐÁNH GIÁ CƠN GÒ TỬ CUNG

Theo dõi 3 yếu tố: Tần số (số cơn/10 phút), Cường độ và Thời gian cơn gò.

## Chỉ số Montevideo (MVU)

$$\text{MVU} = (\text{Cường độ trung bình}) \times (\text{Số cơn gò trong 10 phút})$$

- Cơn gò hiệu quả thường đạt 200 - 250 MVU trong giai đoạn hoạt động.
- Tránh lạm dụng Oxytocin khi MVU vẫn trong giới hạn sinh lý.



## **Bảng Tachysystole – Những điểm cần nhớ**

**Định nghĩa**

**>5 cơn co/10 phút**

Nguyên nhân thường gặp

Oxytocin

Hậu quả

Suy thai, toan hóa

Xử trí

Giảm/ngưng oxytocin, đổi tư thế, hồi sức thai

**“Tachysystole là biến chứng do điều trị thường gặp nhất trong chuyển dạ.”**



## **Bảng : Oxytocin – Lợi ích và nguy cơ**

### **Lợi ích**

Tăng co hiệu quả

Rút ngắn chuyển dạ

Giảm prolonged labor

### **Nguy cơ**

Tachysystole

Suy thai

Vỡ tử cung

Tăng PPH do receptor fatigue



# NHẬN BIẾT CD BÌNH THƯỜNG

## Động lực học

- Cơ gò tăng dần về tần số và cường độ một cách nhịp nhàng.
- Sản phụ thích nghi tốt với cơn đau.

## Kết quả lâm sàng

- Cổ tử cung tiến triển mở dần (không nhất thiết theo đường thẳng).
- Ngôi thai lọt và xuống tương ứng với độ mở.



# DẤU HIỆU CHUYỂN DẠ BẤT THƯỜNG



## Đình Trệ

Không thay đổi độ mở trong  $\geq 4$  giờ ở giai đoạn hoạt động.



## Rối Loạn Cơ Gò

Cơ gò quá thưa hoặc quá dày (tăng trương lực tử cung).



## Bất Tương Xứng

Đầu thai không xuống dù cơ gò tốt (CPD).

**Tình trạng sức khỏe thai phụ**  
**Tình trạng sức khỏe thai nhi**



# TIÊU CHÍ CAN THIỆP AN TOÀN

## Đánh giá

CD không tiến triển sau khi đã  
hỗ trợ tối đa

## Suy thai

Tim thai bất thường (FIGO nhóm  
3)

## Sức khỏe mẹ

Mẹ mệt mỏi, kiệt sức hoặc có  
bệnh lý kèm theo

## Quyết định

Hội chẩn bác sĩ và chọn phương  
pháp phù hợp



# SIÊU ÂM HỖ TRỢ ĐÁNH GIÁ

## Giảm sự phụ thuộc chủ quan

Siêu âm giúp xác định độ lọt và kiểu thể chính xác hơn khám âm đạo:

- **AoP (Angle of Progression):** Góc tiến triển đầu thai.
- **HPD (Head-Perineum Distance):** Khoảng cách đầu - đáy chậu.
- Hỗ trợ tiên lượng thành công cho các ca sinh giúp (Forceps/Vác).



# VAI TRÒ NỮ HỘ SINH

Nữ hộ sinh là người trực tiếp theo dõi sát sao nhất, đóng vai trò:

- Phát hiện sớm các lệch lạc sinh lý.
- Báo cáo kịp thời và chính xác cho bác sĩ.
- Đồng hành, hỗ trợ tâm lý giúp sản phụ tự tin.
- Đảm bảo mọi quy trình an toàn được tuân thủ.



# TƯ DUY MỚI TRONG CHUYỂN DẠ

## "Chờ đợi có kiểm soát"

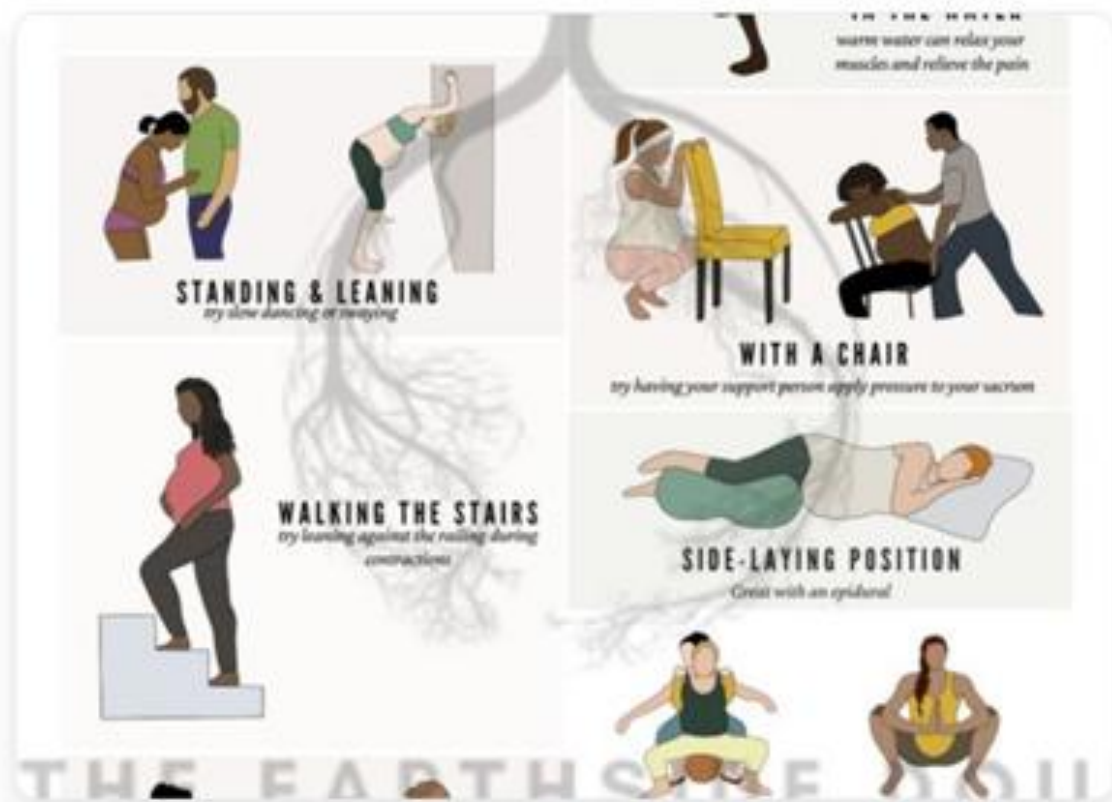
Chấp nhận chuyển dạ kéo dài hơn nếu các thông số an toàn mẹ và thai vẫn trong giới hạn cho phép.

↓ **20%**

**Giảm can thiệp sớm**



# CHĂM SÓC LẤY SẢN PHỤ LÀM TRUNG TÂM



## Tối ưu hóa trải nghiệm sinh

- Khuyến khích thay đổi tư thế sinh linh hoạt.
- Sử dụng các phương pháp giảm đau không dùng thuốc (massage, nước, bóng).
- Giao tiếp thấu cảm và tôn trọng quyền tự quyết.
- Sự hiện diện của người thân (nếu điều kiện cho phép).



## **Bảng : WHO Positive Childbirth Experience**

### **Thành phần**

### **Ý nghĩa**

Tôn trọng

Respectful maternity care

Giao tiếp

Giảm lo âu

Hỗ trợ liên tục

Giảm mổ lấy thai

Giảm can thiệp không cần thiết

Tăng hài lòng

Tham gia quyết định

Patient-centered care



# AN TOÀN & CHẤT LƯỢNG (ACHS)

- ✔ Sử dụng Checklist theo dõi chuyển dạ chuẩn hóa.
- ✍ Ghi chép hồ sơ đầy đủ, kịp thời và chính xác.
- 📈 Thực hiện Audit định kỳ để cải tiến quy trình.



# KẾT LUẬN

## 1. Kiên nhẫn với sinh lý

Từ bỏ quy tắc cứng nhắc "1cm/h" – Hãy tôn trọng tốc độ riêng biệt của mỗi sản phụ và mỗi cuộc chuyển dạ.

## 2. Công cụ hiện đại, Chăm sóc cá thể

Áp dụng WHO Labour Care Guide (LCG) để theo dõi toàn diện, tập trung vào cả sức khỏe lâm sàng và trải nghiệm của người mẹ.

## 3. Vai trò Nữ hộ sinh

Nữ hộ sinh là nhân tố then chốt, là người đồng hành giúp hiện thực hóa mục tiêu: **Giảm can thiệp – Tăng an toàn.**



---

# TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!

Quý chủ tọa và quý đồng nghiệp đã chú ý lắng nghe

