

BỘ Y TẾ
VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO

CHĂM SÓC BÀ MẸ TRONG KHI ĐẼ?

TÀI LIỆU ĐÀO TẠO HỘ SINH TRUNG HỌC

GUYỄN
C. LIỆU



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

**BỘ Y TẾ
VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO**

CHĂM SÓC BÀ MẸ TRONG KHI ĐẺ

TÀI LIỆU ĐÀO TẠO HỘ SINH TRUNG HỌC

MÃ SỐ: T.30. Z3

**NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2006**

ĐIỀU HÀNH BIÊN SOẠN

BS. Nguyễn Phiên
BS. Nguyễn Đình Loan
PGS. TS. Nguyễn Đức Vy
DS. Đỗ Thị Dung
TS. Lưu Hữu Tự

BAN BIÊN SOẠN

BS. Nghiêm Xuân Đức	ThS. Dương Thị Mỹ Nhân
BS. Trần Nhật Hiến	CN. Vũ Hồng Ngọc
BS. Hà Thị Thanh Huyền	CN. Đặng Thị Nghĩa
BS. Nguyễn Hoàng Lệ	BS. Bùi Sương
ThS. Nguyễn Bích Lưu	PGS. TS. Cao Ngọc Thành
PGS. TS. Trần Thị Phương Mai	ThS. Lê Thanh Tùng
BS. Phó Đức Nhuận	TS. Huỳnh Thị Thu Thủy
CN. Đoàn Thị Nhuận	BS. Phan Thị Kim Thủy

BAN THƯ KÝ

DS. Đỗ Thị Dung
ThS. Đồng Ngọc Đức
BS. Phan Thị Kim Thủy

THAM GIA TỔ CHỨC BÀN THẢO

ThS. Phí Văn Thâm

© Bản quyền thuộc Bộ Y tế (Vụ Khoa học và Đào tạo)

LỜI GIỚI THIỆU

Thực hiện Nghị định số 43/2000/NĐ-CP ngày 30 tháng 8 năm 2000 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn triển khai Luật Giáo dục, Bộ Y tế đã phê duyệt ban hành các chương trình khung cho giáo dục trung học chuyên nghiệp nhóm ngành sức khỏe. Để thống nhất thực hiện trong các trường Trung học y tế, Vụ Khoa học và Đào tạo - Bộ Y tế đã biên soạn Chương trình giáo dục Hộ sinh và tổ chức biên soạn bộ sách cho toàn bộ chương trình này. Tham gia biên soạn có các thầy thuốc chuyên khoa Sản - Phụ, các giáo viên trung học chuyên nghiệp và cao đẳng y tế của nhiều trường. Bộ sách được Hội đồng chuyên môn thẩm định và được Bộ Y tế ban hành để làm tài liệu dạy - học chính thức của Ngành.

Các trường đào tạo Hộ sinh trung học sử dụng tập giáo trình này kết hợp với giáo trình do nhà trường biên soạn để làm tài liệu giảng dạy và hướng dẫn học sinh phù hợp với điều kiện cụ thể của từng vùng.

Cuốn sách Chăm sóc bà mẹ trong khi đẻ được biên soạn theo các tiêu chí:

- Bám sát mục tiêu, nội dung giáo dục của Chương trình khung và Chương trình giáo dục Hộ sinh do Bộ Y tế ban hành.
- Những nội dung chuyên môn được biên soạn căn cứ vào Hướng dẫn chuẩn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của Bộ Y tế.
- Cập nhật những thông tin, kiến thức mới về lĩnh vực Sức khỏe sinh sản để chọn lọc đưa vào giáo trình môn học.
- Đổi mới phương pháp biên soạn, tạo các tiền đề sư phạm để giáo viên, học sinh các trường có thể áp dụng phương pháp dạy - học tích cực.

Vụ Khoa học và Đào tạo - Bộ Y tế chân thành cảm ơn Quỹ dân số Liên hiệp quốc, Dự án VIE/01/P10 đã hỗ trợ trong quá trình biên soạn giáo trình môn học. Cảm ơn các chuyên gia Quốc tế của Quỹ dân số Liên hiệp quốc đã tham gia đóng góp ý kiến với các tác giả trong quá trình biên soạn giáo trình môn học này.

Tập giáo trình môn học chắc chắn còn nhiều khiếm khuyết, Vụ Khoa học và Đào tạo - Bộ Y tế mong nhận được những ý kiến đóng góp của các đồng nghiệp, các thầy, cô giáo và học sinh các trường để tập giáo trình ngày càng hoàn thiện.

BỘ Y TẾ

VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO

MỤC LỤC

<i>Lời giới thiệu</i>	3
Giới thiệu môn học	7
Bài 1. Các dấu hiệu lâm sàng và cơ sở sinh lý của chuyển dạ	9
Bài 2. Theo dõi chuyển dạ	19
Bài 3. Biểu đồ chuyển dạ	31
Bài 4. Vô khuẩn trong sản khoa	40
Bài 5. Thuốc sử dụng trong sản phụ khoa	48
Bài 6. Cơ chế đẻ	56
Bài 7. Chuẩn bị cho một cuộc đẻ thường	67
Bài 8. Đỡ đẻ ngôi chỏm	72
Bài 9. Đỡ đẻ ngoài cơ sở y tế	84
Bài 10. Bong rau - Cách đỡ rau	90
Bài 11. Chấn thương đường sinh dục trong cuộc đẻ	98
Bài 12. Chăm sóc trẻ sơ sinh ngay sau đẻ	111
Bài 13. Suy thai và hồi sức sơ sinh ngay sau đẻ	117
Bài 14. Đẻ khó do thai	126
Bài 15. Đẻ khó do các nguyên nhân từ mẹ	137
Bài 16. Đẻ khó do cơ co tử cung bất thường	147
Bài 17. Chuyển dạ kéo dài-chuyển dạ đình trệ	157
Bài 18. Đẻ khó do ối	165
Bài 19. Sa dây rau	173
Bài 20. Chẩn đoán, xử trí ngôi mông, ngôi mặt, ngôi trán, ngôi vai và đa thai	179
Bài 21. Chuẩn bị một cuộc đẻ can thiệp	192
Bài 22. Doạ vỡ và vỡ tử cung	197
Bài 23. Chảy máu trong thời kỳ sổ rau và sau đẻ	207
<i>Đáp án tự lượng giá</i>	219

CHĂM SÓC BÀ MẸ TRONG KHI ĐẺ

Số tiết học : 90

- Số tiết lý thuyết : 60

- Số tiết thực tập : 30

Xếp loại môn học: : Môn thi

Hệ số môn học: : Hệ số 4

Thời điểm thực hiện môn học: Học kỳ II năm thứ nhất

ỤC TIÊU

1. Trình bày được đặc điểm lâm sàng và cơ sở sinh lý học các giai đoạn của chuyển dạ.
2. Mô tả được các dấu hiệu chuyển dạ bình thường và bất thường
3. Trình bày được vai trò của người hộ sinh và những công việc mà người hộ sinh phải làm trong quá trình theo dõi, chăm sóc sản phụ và trẻ sơ sinh trong cuộc đẻ.
4. Tư vấn được cho sản phụ và gia đình của họ trong cuộc đẻ
5. Rèn luyện được tác phong nhanh nhẹn, thái độ thông cảm, ân cần, chính xác trong quá trình theo dõi, chăm sóc sản phụ trong cuộc đẻ.

ỘI DUNG MÔN HỌC

SỐ TT	TÊN BÀI HỌC	SỐ TIẾT LÝ THUYẾT	SỐ TIẾT THỰC HÀNH
1	Các đặc điểm lâm sàng và cơ sở sinh lý của chuyển dạ	4	
2	Theo dõi chuyển dạ	3	
3	Biểu đồ chuyển dạ	2	2
4	Vô khuẩn trong sản khoa	2	4
5	Thuốc sử dụng trong chăm sóc sản khoa	3	
6	Cơ chế đẻ	3	
7	Chuẩn bị cho một cuộc đẻ thường	0	2
8	Đỡ đẻ ngôi chỏm	3	6
9	Đỡ đẻ ở ngoài cơ sở y tế	1	
10	Bong rau - Cách đỡ rau	2	3
11	Chấn thương đường sinh dục trong cuộc đẻ	4	3

12	Chăm sóc sơ sinh ngay sau đẻ	1	3
13	Suy thai và hồi sức trẻ sơ sinh ngay sau đẻ	3	3
14	Đẻ khó do thai	3	
15	Đẻ khó do nguyên nhân từ mẹ	3	
16	Đẻ khó do cơ co tử cung bất thường	2	
17	Chuyển dạ kéo dài - Chuyển dạ đình trệ	2	
18	Đẻ khó do ối	2	
19	Sa dây rốn	2	
20	Chẩn đoán, xử trí ngôi mông, mặt, trán, ngang và đa thai	8	
21	Chuẩn bị cho một cuộc đẻ can thiệp (mổ đẻ, giác hút, Forceps)	1	1
22	Dọa vỡ và vỡ tử cung	3	
23	Chảy máu (băng huyết) trong thời kỳ sổ rau và sau đẻ	3	3
	Cộng	60	30

Bài 1

CÁC DẤU HIỆU LÂM SÀNG VÀ CƠ SỞ SINH LÝ CỦA CHUYỂN DẠ

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Phân tích được 3 giai đoạn của chuyển dạ, nhận định được 2 pha trong giai đoạn 1.
2. Nêu được 3 tính chất sinh lý và 3 đặc tính lâm sàng của cơn co tử cung.
3. Phân tích được 3 tác dụng của cơn co tử cung trong chuyển dạ
4. Nêu được 3 dấu hiệu cơ năng và 3 dấu hiệu thực thể để chẩn đoán chuyển dạ về lâm sàng.

Chuyển dạ (CD) là hiện tượng sinh lý xảy ra ở cuối thời kỳ mang thai, mở đầu là những cơn co tử cung và kết thúc sau khi thai và rau đã sổ ra ngoài.

Thời kỳ mang thai dài hay ngắn tùy theo đặc điểm sinh học từng loài. Ngắn nhất là chuột chỉ mang thai có 21 ngày, dài nhất là voi: 2 năm. Trâu và ngựa: 11 tháng. Bò giống như người 270 – 280 ngày. Hổ và Sư tử từ 3 tháng rưỡi đến 4 tháng. Các thời gian kể trên đều được dựa vào các thống kê sinh học tiến hành trên các số rất lớn ($n > 10.000$) Các thống kê với số hai phụ trên 10.000 người tiến hành ở thế kỷ XIX và XX đều cho thấy thời điểm chuyển dạ ở con người trung bình vào ngày thứ 280 kể từ ngày đầu của kỳ kinh cuối (có thể hơn kém 7 - 10 ngày).

Hiện tượng chuyển dạ thường được giải thích là do ở cuối thời kỳ mang thai lượng estrogen và progesteron sản xuất từ gai rau giảm làm xuất hiện prostaglandin, oxytocin nội sinh tạo ra cơn co tử cung. Cũng có ý kiến cho rằng khi thai nhi đã trưởng thành thì từ hệ nội tiết của thai sẽ phát các tín hiệu chuyển tới người mẹ để có chuyển dạ.

1. Các giai đoạn của chuyển dạ

1.1. Giai đoạn mở cổ tử cung, còn gọi là giai đoạn I. Giai đoạn này bắt đầu từ khi có cơn co tử cung đến khi cổ tử cung mở hết.

Đây là giai đoạn dài nhất trong chuyển dạ. Với con dạ bình thường không quá 8 giờ, với con so không quá 12 giờ.

Chuyển dạ được xem là kéo dài chủ yếu do giai đoạn mở kéo dài, nhưng giai đoạn mở quá ngắn (1 - 2 giờ) cũng không tốt, được gọi là đẻ cực nhanh, thường không kịp chuẩn bị, tăng nguy cơ đẻ rơi.

Giai đoạn I được chia làm 2 phân kỳ, còn gọi là 2 pha: pha tiềm tàng và pha tích cực:

1.1.1. Pha tiềm tàng

Từ khi bắt đầu chuyển dạ (cổ tử cung xoá) đến khi cổ tử cung mở 3cm. Cổ điển thì tính đến 4cm và những tài liệu mới nhất của Tổ chức Y tế Thế giới cũng quy định là 4cm (áp dụng vào một mẫu Biểu đồ chuyển dạ mới)

Đặc điểm của pha này là cổ tử cung mở chậm

- Từ 0cm đến 1cm có thể trong 3 giờ
- Từ 1cm đến 2cm có thể trong 3 giờ
- Từ 2cm đến 3cm có thể trong 2 giờ

Tối đa, pha này có thể kéo dài 8 giờ, quá 8 giờ là bất thường

1.1.2. Pha tích cực

Từ khi cổ tử cung mở 3cm đến mở hết là pha tích cực. Chậm nhất là 1 giờ mở được 1cm cho nên pha tích cực tối đa là 7 giờ (chi tiết xem ở bài *Biểu đồ chuyển dạ*)

1.2. Giai đoạn sổ thai, còn gọi là giai đoạn 2

Từ khi cổ tử cung mở hết đến khi thai sổ, trung bình từ 15 đến 30 phút đối với con dạ và từ 30 – 45 phút đối với con so.

Khi đẻ con so sản phụ rặn đến 60 phút và con dạ trên 30 phút mà chưa sổ thai được gọi là rặn lâu không chuyển.

1.3. Giai đoạn sổ rau, còn gọi là giai đoạn 3

Từ khi thai sổ đến khi rau sổ. Thời gian bình thường cho cả con so và con dạ là 15 - 30 phút

2. Cơ co tử cung

Khi thai đã đủ tháng, cơ thể người mẹ xuất hiện prostaglandin, oxytocin nội sinh, tạo ra cơn co tử cung.

2.1. Tính chất sinh lý của cơn co tử cung

- Thời gian cơn co
 - Khi mới chuyển dạ 15 - 20 giây
 - Khi cổ tử cung mở hết 45 - 60 giây

- Khoảng cách giữa 2 cơn co
 - Khi mới chuyển dạ 15 - 20 phút
 - Khi cổ tử cung mở hết 1 - 2 phút
- Độ mạnh cơn co
 - Khi mới chuyển dạ: có cường độ nhẹ 20 mmHg
 - Tiếp theo: có cường độ vừa 20 - 40mmHg
 - Cuối giai đoạn 1: có cường độ mạnh 50 - 60mmHg
 (Nếu không có máy ghi cơn co, có thể suy độ mạnh từ thời gian tính giây của mỗi cơn co ra số đo tương ứng bằng mmHg)
- Nhận định cơn co tử cung trên lâm sàng
 - Cơ năng: Từ lúc thai phụ đau đến hết đau là một cơn co
 - Thực thể: Từ lúc tử cung cứng đến hết cứng là một cơn co

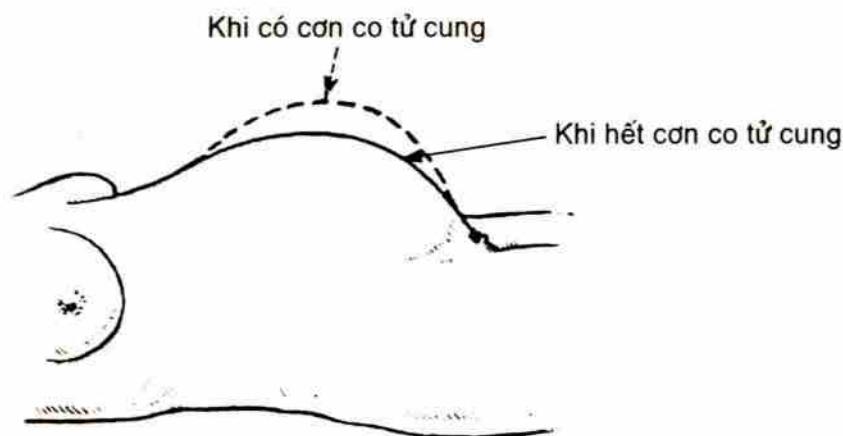
2. Đặc tính của cơn co tử cung

Cơn co tử cung có đường dẫn xoáy tròn ốc với điểm xuất phát là đáy tử cung, phía trên mạnh, xuống dưới giảm dần.

Thân tử cung được chia ra hai đoạn: đoạn trên và đoạn dưới.

- Tại đoạn trên (thân tử cung) đặc tính của các thớ cơ là co rút, có nghĩa là sau mỗi cơn co, thớ cơ có giãn nhưng lại rút ngắn một chút, làm cho thể tích đoạn trên nhỏ đi.
- Tại đoạn dưới (eo tử cung) đặc tính của các thớ cơ là co giãn, có nghĩa là sau mỗi cơn co, thớ cơ lại giãn dài thêm một chút làm đoạn dưới mở rộng ra, nhờ đó việc sổ thai được dễ dàng.

Hình ảnh tử cung trên lâm sàng: được mô tả ở hình 1.1



Hình 1.1: Đường viền thành bụng thay đổi theo cơn co

- Cơ co tử cung ngoài ý muốn của thai phụ
- Cơ co nhịp nhàng, tăng dần
 - Trước ngắn, sau dài
 - Trước thưa, sau mau
 - Trước yếu, sau mạnh
- Cơ co tử cung gây đau
Có 4 độ đau đẻ (tùy thai phụ)
 - Độ 0: Chỉ tức, không đau
 - Độ 1: Đau nhưng không biểu hiện ra nét mặt
 - Độ 2: Đau biểu lộ ra nét mặt
 - Độ 3: Đau biểu lộ ra cử chỉ, lời nói

3. Cơ co thành bụng

- *Cơ co thành bụng xuất hiện* khi ngôi thai đè vào đáy chậu, tạo cảm giác muốn rặn, báo hiệu chuyển dạ đã sang giai đoạn 2
- *Cơ co thành bụng có thể điều khiển theo ý muốn* (cần hướng dẫn cách rặn). Cơ rặn tùy thuộc sức khỏe, thành bụng người mẹ và các hướng dẫn của người hộ sinh.

4. Tác dụng của cơ co tử cung và cơ co thành bụng

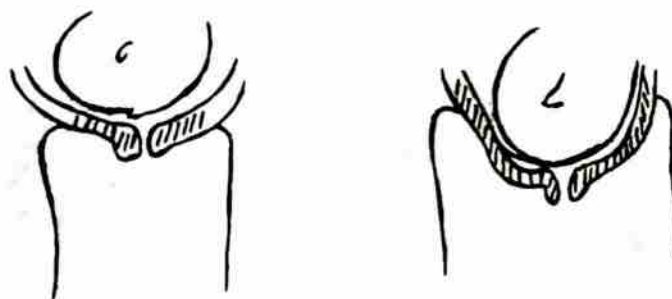
4.1. Về phía người mẹ

- *Thành lập mở rộng đoạn dưới (Hình 1.2)*

Những cơ co sinh lý của tháng cuối và cơ co khi chuyển dạ làm đoạn dưới tử cung giãn dần, dài và mỏng dần. Đó là sự thành lập và mở rộng đoạn dưới.

Cơ co tử cung tốt cộng với ngôi tốt, sẽ giúp đoạn dưới thành lập tốt.

Ngược lại đoạn dưới thành lập tốt, sẽ giúp ngôi thai chuẩn bị lọt tốt.



Hình 1.2: Thành lập mở rộng đoạn dưới

a. Đoạn dưới chưa thành lập tốt

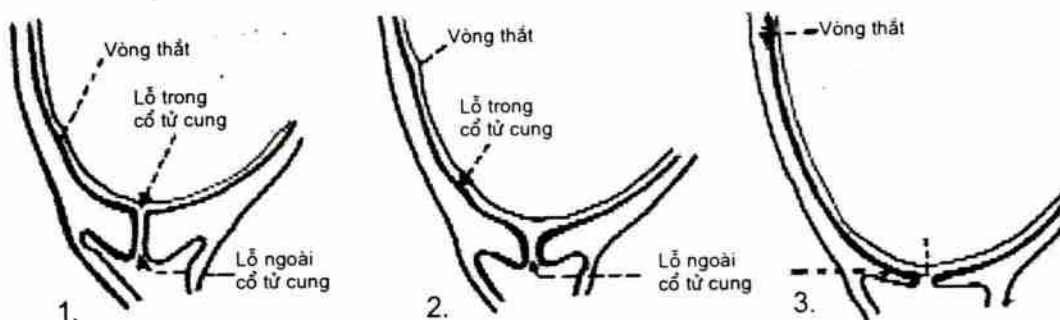
b. Đoạn dưới đã thành lập tốt

Trong hình a đoạn dưới dầy và ngắn

Trong hình b, đoạn dưới (phần giữa cổ tử cung và túi cùng âm đạo) dài và mỏng

- **Xoá mở cổ tử cung (Hình 1.3)**

Xoá: Là hiện tượng lỗ trong giãn dần, làm ống cổ tử cung thu ngắn dần. Khi cổ tử cung xoá hết, thì không còn ống cổ tử cung mà chỉ có lỗ ngoài.



Hình 1.3: Xoá mở cổ tử cung

Mở: Là hiện tượng lỗ ngoài giãn dần đến lúc không còn lỗ ngoài (cổ tử cung mở hết có đường kính 10cm), làm cho buồng tử cung thông thẳng với âm đạo.

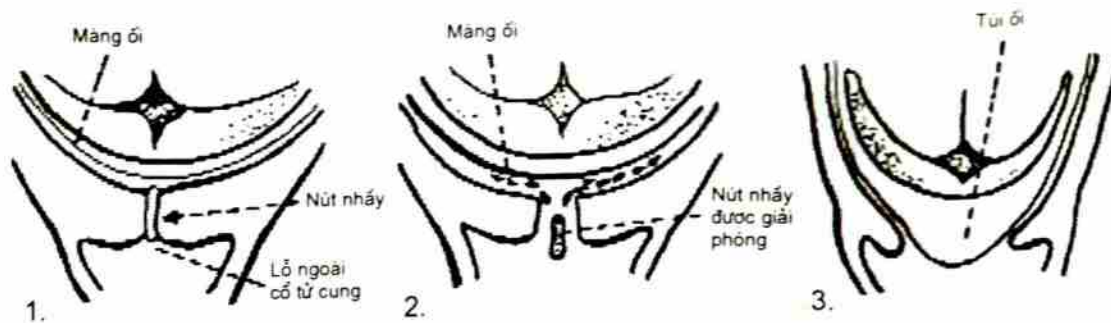
Chú ý: Cổ tử cung xoá mở nhanh, báo hiệu một cuộc đẻ dễ và ngược lại.

- **Thay đổi ở âm đạo, âm hộ, tầng sinh môn:** Ngôi thai xuống đè vào đáy chậu, làm tầng sinh môn giãn mỏng và dài ra, âm hộ mở rộng ra tạo điều kiện cho thai sổ.

2. Về phía thai

- **Thành lập ối (Hình 1.4)**

Khi có sự thay đổi của cổ tử cung, dưới tác dụng của cơn co tử cung, ước ối được cơn co đẩy dần xuống làm màng ối ở chỗ cổ tử cung mở phình ra, gọi là đầu ối (túi ối).



Hình 1.4: Sự thành lập đầu ối

Hình thể ối

- + **Dẹt:** Màng ối sát đầu, thường gặp trong ngôi chỏm đầu bình chỉnh tốt. Khoang ối trước và khoang ối sau được ngôi ngăn cách.
- + **Phồng:** Do ngôi thai cao nước ối dồn xuống nhiều, khoang ối trước và sau thông nhau.
- + **Quả lê:** Do thai chết, màng ối không còn sức chun.

Nhiệm vụ của ối

- + Xoá mở cổ tử cung.
- + Bảo vệ thai trước các cơn co tử cung.
- + Chống nhiễm khuẩn.
- + Khi đẻ, nếu còn nước ối thai sẽ sổ dễ hơn

• Uốn khuôn

- Ngôi thu hẹp đường kính lọt bằng cách cúi thêm (ngôi chỏm) và chồng xương.
- Càng chuyển dạ lâu hiện tượng chồng xương càng rõ.

• Bướu thanh huyết

- Là hiện tượng thanh huyết thẩm thấu ở vùng thấp nhất của ngôi (do bị đường đẻ chèn ép máu động mạch đến được nhưng máu tĩnh mạch không về được).
- Bướu thanh huyết càng lớn chứng tỏ chuyển dạ càng kéo dài.

5. Chuyển dạ về phương diện lâm sàng

5.1. Dấu hiệu tiền chuyển dạ

Có thể xuất hiện 1 - 2 tuần trước đẻ gồm:

- Dấu hiệu "nhẹ bụng", chủ yếu gặp ở con so - do đầu chuẩn bị lọt chiều cao tử cung giảm.

- Tiểu tiện nhiều lần (do đầu chèn vào vùng cổ bàng quang).
- Chuột rút (do đầu chèn vào thần kinh ở lỗ bịt).
- Giãn tĩnh mạch.
- Tăng sức (làm được những việc mà bình thường không có sức làm).
- Ra chất nhầy âm đạo (do nút nhầy ở cổ tử cung được đẩy ra, có thể ra vài giọt máu do cổ tử cung xoa mở).

i.2. Dấu hiệu chuyển dạ

- *Về cơ năng*
 - Đau bụng từng cơn, tăng dần về thời gian và mức đau.
 - Ra nước âm đạo (nếu vỡ ối).
- *Về thực thể*
 - Cơn co tử cung xuất hiện, tăng dần về tần số, thời gian và cường độ tạo nên chu kỳ rõ rệt.
 - Cổ tử cung xoa mở: xoa hết với con so, mở 2cm với con dạ.
 - Ối thành lập.

i.3. Chẩn đoán chuyển dạ

Dựa vào 3 dấu hiệu cơ năng và 3 dấu hiệu thực thể kể trên. Hiện nay, dấu hiệu cơn co tử cung với 5 phút 1 cơn co, mỗi cơn co từ 20 giây trở lên được xem là dấu hiệu chủ chốt để đánh giá chuyển dạ thật và đó cũng là dấu hiệu chính để phân biệt với chuyển dạ giả do những cơn co sinh lý ở cuối thời kỳ thai nghén.

ii. Chăm sóc chuyển dạ (xem bài 2: Theo dõi chuyển dạ)

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu từ 1-15

Câu 1. Giai đoạn 1 của chuyển dạ bắt đầu từ: (A)đến ... (B), còn được gọi là giai đoạn (C)

Câu 2. Giai đoạn 2 của chuyển dạ bắt đầu từ (A) đến (B), còn được gọi là giai đoạn (C)

Câu 3. Giai đoạn 3 của chuyển dạ bắt đầu từ (A) đến (B), còn gọi là giai đoạn(C)

Câu 4. Giai đoạn 1 được chia làm 2 pha, gọi là pha (A) và pha (B)

Câu 5: Ba đặc tính của cơn co là

A:

B:

C:

Câu 6: Tác dụng của cơn co tử cung là

A:

B:

C:

Câu 7: Đầu ối có các hình thù là

A:

B:

C:

Câu 8. Những trường hợp nào sau đây được xem là chuyển dạ bình thường hoặc không bình thường.

TT	Nội dung	Bình thường	Không bình thường
1	Ối dẹt		
2	Chống xương		
3	Bướu thanh huyết to		
4	Giai đoạn mở kéo dài 4 giờ		
5	Giai đoạn sổ thai trên 60 phút		
6	Đoạn dưới thành lập tốt		

Câu 9. Đặc tính của cơn co tử cung ở đoạn trên là (A) và đoạn dưới là (B)

Câu 10. Dấu hiệu tiền chuyển dạ, có thể xuất hiện trước đẻ (A).....

Câu 11. Các dấu hiệu của tiền chuyển dạ

A:

B:

C:

D:

E:

Câu 12. Quan sát hình vẽ và trả lời trường hợp này đoạn dưới có thành lập tốt không? Vì sao?



Câu 13. Tác dụng của nước ối khi chuyển dạ

A:

B:

C:

D:

Câu 14. Trong pha mở nhanh, thời gian cổ tử cung mở thêm 1cm không quá

Câu 15. Bướu thanh huyết được coi là dấu hiệu của dễ khó khi.....

Đánh dấu (✓) vào cột tương ứng Đúng - Sai các câu 16-20

Nội dung	Đúng	Sai
Câu 16. Cơ co tử cung tăng dần giúp cho đoạn dưới tử cung thành lập tốt		
Câu 17. Cơ co tử cung giúp cho lỗ cổ tử cung giãn dần		
Câu 18. Cổ tử cung xoá mở không tác động đến sự thành lập đầu ối		
Câu 19. Khi đẻ, nếu hết nước ối sẽ khó khăn hơn còn nước ối		
Câu 20. Khi tuổi thai tuần thứ 40, thai phụ có dấu hiệu đi tiểu nhiều là có dấu hiệu tiền chuyển dạ		

Khoanh tròn chữ cái đầu câu câu trả lời đúng nhất các câu 21-25

Câu 21. Dấu hiệu thực thể chẩn đoán chuyển dạ là:

A. Thai phụ có cảm giác “nhẹ bụng”



- B. Đau bụng từng cơn
- C. Ra chất nhầy hồng âm đạo
- D. Ối thành lập
- E. Chuột rút

Câu 22. Mức độ mở cổ tử cung khi cuộc chuyển dạ ở pha tiềm tàng là:

- A. 2 cm
- B. 4 cm
- C. 6 cm
- D. 7 cm
- E. 8 cm

Câu 23. Điểm khác biệt cơ bản giữa cơn co tử cung và cơn co thành bụng:

- A. Đau tăng dần
- B. Trước ngắn, sau dài
- C. Cơn đau ngoài ý muốn của sản phụ
- D. Làm thay đổi ở âm đạo, âm hộ, tăng sinh môn

Câu 24. Tình trạng ối tốt nhất trong chuyển dạ:

- A. Ối phong
- B. Ối dẹt
- C. Ối hình quả lê
- D. Ối vỡ sớm
- E. Màng ối dày

Câu 25. Dấu hiệu tiên lượng cuộc đẻ khó khăn:

- A. Cơn co tử cung tăng dần
- B. Cổ tử cung mở 3 cm khi cuộc chuyển dạ đã được 4 giờ
- C. Khi cổ tử cung mở 6 cm, đầu thai nhi có bướu thanh huyết
- D. Khi cổ tử cung mở 6 cm, cơn co tử cung 40 giây, khoảng cách giữa 2 cơn co 3 phút
- E. Cổ tử cung mở 6 cm, đầu chặt

Bài 2

THEO DÕI CHUYỂN DẠ

MỤC TIÊU

1. Mô tả được 8 nội dung phải làm khi theo dõi chuyển dạ ở giai đoạn 1
2. Tư vấn được cho thai phụ và gia đình về chế độ ăn uống, vệ sinh, vận động, cách thở khi chuyển dạ.
3. Lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc thai phụ **trong khi** theo dõi chuyển dạ.

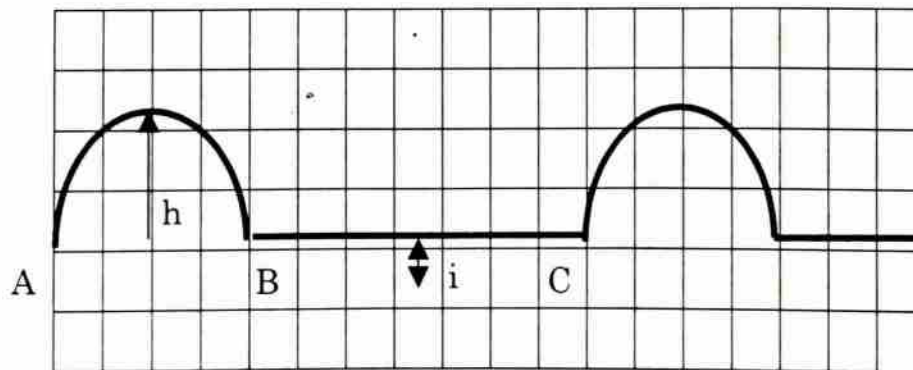
Chuyển dạ đẻ là một quá trình được người phụ nữ Việt Nam hình tượng hoá là “vượt cạn” và điều họ lo ngại nhất là vượt cạn một mình.

Việc theo dõi chu đáo của người hộ sinh trong khi chuyển dạ sẽ giúp thai phụ khắc phục được tâm lý lo sợ, có điều kiện tốt nhất để làm mẹ an toàn. Bài này nói về 8 nội dung cần theo dõi trong giai đoạn 1 của chuyển dạ, 13 dấu hiệu phát hiện về các trường hợp chuyển dạ không bình thường và 9 điều cần tư vấn và giải thích cho thai phụ trong quá trình theo dõi chuyển dạ.

1. Theo dõi cơn co tử cung

Cơn co tử cung là động lực của chuyển dạ và cũng là dấu hiệu đầu tiên của chuyển dạ.

1.1. Các yếu tố có thể nhận định trên lâm sàng về cơn co (Hình 2.1)



Hình 2.1: Sơ đồ cơn co tử cung

Trong đó:

AB = độ dài của 1 cơn co, tính bằng giây. Cơn co trên 20 giây được xem như đã có chuyển dạ thật. Trong cơn co tử cung rắn lại, đau.

BC = Khoảng cách giữa 2 cơn co, tử cung mềm lại, hết đau.

AC = 1 cơn co, gồm cả co và nghỉ. Lấy 10 phút chia cho AC sẽ được tần số cơn co. Ví dụ: AB 30 giây, BC 3 phút, AC = 3 phút 30. Tần số cơn co lúc này là 10 chia cho 3^{1/2}, khoảng bằng 3.

- Cường độ của cơn co (h) được đo bằng mmHg. Dưới 20 mmHg là cơn co nhẹ, từ 20 - 40 mmHg là cơn co vừa, trên 40 mmHg là cơn co mạnh. Trên lâm sàng số đo này tương ứng với số giây của 1 cơn co.
- Trương lực cơ. Đặc tính của cơ tử cung trong chuyển dạ là co và rút chứ không giãn hoàn toàn. Chính tình trạng rút tạo ra trương lực (10 mmHg). Trên lâm sàng với trương lực 10 mmHg sau mỗi cơn co (i) có thể thấy tử cung mềm. Nếu vẫn có thể thấy tình trạng co là tăng trương lực, trương lực tăng làm giảm cường độ của cơn co.

1.2. Cách theo dõi cơn co

Thai phụ ở tư thế nằm, người hộ sinh đứng một bên, mặt nhìn về phía mặt thai phụ với đồng hồ có kim giây. Sau khi đã giải thích về nội dung công việc sẽ làm, đặt lòng bàn tay áp sát trên bụng sản phụ, quan sát nét mặt, cử chỉ của thai phụ trong cơn đau kết hợp với nhận định về thay đổi mật độ tử cung mà xác định 4 yếu tố đã nói trên về cơn co tử cung.

1.3. Tần suất theo dõi cơn co

Mỗi lần theo dõi tối thiểu là 10 phút hoặc tối thiểu là 3 cơn co để tính được tần số cơn co tử cung.

- Pha tiềm tàng: 1 giờ 1 lần
- Pha tích cực: 30 phút 1 lần

2. Theo dõi tim thai

2.1. Phương tiện

- Đồng hồ có kim giây
- Ống nghe tim thai

2.2. Tần suất

- Pha tiềm tàng: khoảng 30 phút 1 lần, pha tích cực 15 phút 1 lần
- Thường động tác nghe tim thai được làm ngay sau theo dõi cơn co

2.3. Cách nghe tim thai

- Giải thích về công việc sẽ làm
- Nắn tìm mỏm vai (nơi nghe tim thai rõ nhất)
- Đặt ống nghe vào vị trí vừa xác định, áp ống nghe vào tai (phải áp sát để âm truyền được tốt)
- Bắt đầu đếm sau khi đã hết cơn co. Đếm cả phút
- Nhịp tim thai bình thường từ 120 - 160 lần/phút. Trên 160 lần/phút và dưới 120 lần/phút là suy thai.

Để kết luận có suy thai phải kiểm tra nghe lại sau 2 cơn co tiếp. Không nên nghe 15 giây rồi nhân 4, dễ sai lệch.

Cũng có thể kiểm tra tim thai trong cơn co. Bình thường nhịp tim thai trong cơn co không chậm hơn nhịp tim thai cơ bản.

- Nghe xong tim thai nên thông báo cho thai phụ để động viên, an tâm. Ghi kết quả vào phiếu theo dõi hoặc biểu đồ chuyển dạ.

3. Theo dõi xoá mở cổ tử cung

3.1. Phương tiện

- Rửa sạch tay, đi găng vô khuẩn.
- Bàn nằm để thăm khám âm đạo.
- Phương tiện rửa ngoài sau mỗi lần thăm khám.
- Tắm lót dưới để thay sau mỗi lần thăm khám.

3.2. Tần suất

Khoảng 4 giờ 1 lần (tránh thăm nhiều gây nhiễm khuẩn), cuối pha tích cực nếu cần thì 2 giờ một lần.

3.3. Cách nhận định và theo dõi xoá mở cổ tử cung

Cổ tử cung xoá là quá trình cổ tử cung thu ngắn lại. Bình thường cổ tử cung dài trên 2 cm, nếu còn 1 cm tức là đã xoá một nửa, nếu không còn là xoá hết.

Cổ tử cung mở đo cổ tử cung mở bằng 2 ngón tay thăm khám âm đạo. Người mới học cần cắt giấy thành những vòng tròn có các đường kính khác nhau cho tới 10 cm rồi mã hoá bằng các chữ cái. Sau đó tự đo và tự đối chiếu với mã.

Ngoài độ mở cần nhận định thêm cổ tử cung dày hay mỏng, cứng hay mềm. Một cổ tử cung mềm và mỏng sẽ mở nhanh hơn.

Thông báo kết quả thăm khám âm đạo, động viên thai phụ và ghi số liệu vào phiếu hoặc biểu đồ chuyển dạ.

Bình thường ở pha tiềm tàng phải 90 - 120 phút mới mở thêm 1 cm và ở pha tích cực là 30 - 40 phút mở thêm 1 cm.

4. Theo dõi ối

4.1. Phương tiện

Như theo dõi xoá mở cổ tử cung và khi ối đột nhiên vỡ

4.2. Tẩn suất

Như theo dõi xoá mở cổ tử cung.

4.3. Các nhận định cần có khi theo dõi ối

- Khi ối còn:
 - + Nhận định hình thù: ối dẹt hay phồng
 - + Màng ối dày hay mỏng
 - + Có gì khác lạ: dây rốn, bánh rau v.v..
- Khi ối vỡ:
 - + Cần ghi giờ và theo dõi số giờ đã vỡ ối
 - + Lượng nước ối: ít, bình thường, nhiều.
 - + Màu sắc: trong hay có màu
 - + Mùi: nếu có mùi hôi là nhiễm khuẩn ối.

Bình thường ối dẹt, tự vỡ khi cổ tử cung mở hết, nước ối khoảng 500 ml, trong.

Chú ý: Cần khám lại ngay khi ối vỡ tự nhiên đột ngột để xác định lại ngôi và đề phòng sa dây rau.

5. Theo dõi ngôi

5.1. Phương tiện

Nắn ngoài và thăm khám âm đạo.

5.2. Tẩn suất

Như theo dõi độ mở cổ tử cung.

5.3. Cách nhận định

Người hộ sinh có chức năng theo dõi chuyển dạ thường và đỡ đẻ thường, đó là đỡ đẻ ngôi chỏm. Nhưng trong ngôi chỏm vẫn có các yếu tố tiên lượng khác nhau.

- Kiểu thế gì? (chỉ có cằm trái trước là kiểu thế tốt).
- Đầu có quay tốt không?
- Có hiện tượng uốn khuôn: chồng xương, bướu thanh huyết.

Ngôi chòm có kiểu thế trái trước, lọt đối xứng, không có chồng xương hoặc bướu thanh huyết là bình thường.

6. Theo dõi độ lọt

6.1. Phương tiện

- Nắn ngoài
- Thăm khám âm đạo

6.2. Tần suất

- Nắn ngoài: pha tiềm tàng 1giờ/ 1 lần, pha tích cực 30 phút/ 1 lần
- Thăm trong: cùng lúc với đánh giá độ mở cổ tử cung

6.3. Nhận định

Sử dụng phương pháp nắn ngoài:

- + Đầu cao 5/5: Phần đầu nắn thấy trên mu đo được 5 khoát ngón tay.
- + Đầu chúc 4/5: phần đầu nắn thấy trên mu đo được 4 khoát ngón tay.
- + Đầu chặt 3/5: phần đầu nắn thấy trên mu đo được 3 khoát ngón tay.
- + Đầu lọt cao 2/5: phần đầu nắn thấy trên mu đo được 2 khoát ngón tay.
- + Đầu lọt vừa 1/5: phần đầu nắn thấy trên mu đo được 1 khoát ngón tay.
- + Đầu lọt thấp 0/5: phần đầu nắn thấy trên mu đo được 0 khoát ngón tay (không nắn thấy đầu thai nhi trên mu)

7. Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn của người mẹ

7.1. Mạch: 1 giờ 1 lần

7.2. Huyết áp: 4 giờ 1 lần.

7.3. Thân nhiệt: 4 giờ 1 lần

- Cách đo mạch, huyết áp, thân nhiệt giống như trong điều dưỡng chung.
- Trong chuyển dạ, các dấu hiệu sống của người mẹ phải ổn định ở mức bình thường.

8. Theo dõi giờ chuyển dạ (Có 4 loại giờ)

8.1. Giờ chuyển dạ bắt đầu từ các dấu hiệu đau, ra chất nhầy

8.2. Giờ theo dõi tại cơ sở y tế, tính từ khi vào

8.3. Giờ trong ngày (ghi theo 24/ 24 giờ)

8.4. Giờ chuyển dạ thật: Tính từ khi tần số cơn co là 2 và thời gian mỗi cơn co từ 20 giây. Các loại giờ ở 8.1; 8.2 và 8.4 thường không khác nhau mấy nhưng để tính chuyển dạ kéo dài, phải căn cứ vào 8.4 để không nhầm với chuyển dạ giả (có cơn co nhưng cơn co không theo qui luật tăng dần về tần số và cường độ).

9. Theo dõi giai đoạn 2 (Sổ thai)

Xem bài *Đỡ đẻ ngôi chỏm*.

10. Theo dõi giai đoạn 3 (Sổ rau)

Xem bài *Bong rau - cách đỡ rau*

Tóm tắt tần số theo dõi các yếu tố trong chuyển dạ

Yếu tố	Pha tiềm tàng	Pha tích cực
Cơn co tử cung	1 giờ	30 phút
Tim thai	30 phút	15 phút
Xoá mở cổ tử cung	4 giờ	2 - 4 giờ
Ổi	4 giờ	2-4 giờ
Ngôi	1 giờ	30 phút
Độ lọt	1 giờ	30 phút
Mạch	1 giờ	1 giờ
Huyết áp	4 giờ	4 giờ
Thân nhiệt	4 giờ	

CÁC TRƯỜNG HỢP CHUYỂN DẠ KHÔNG BÌNH THƯỜNG

(Cần mời bác sỹ hoặc chuyển tuyến)

- Mạch: trên 90 lần/ phút hoặc dưới 60 lần/ phút.
- Huyết áp:
 - + Tâm thu trên 140 mmHg hoặc dưới 90 mmHg
 - + Tâm trương trên 90 mmHg hoặc dưới 60 mmHg

- Thân nhiệt: 38°C trở lên
- Toàn trạng: Mệt mỏi, khó thở
- Tim thai:
 - + Tần suất trên 160 lần/ phút hoặc dưới 120 lần/ phút
 - + Nhanh, chậm không đều
- Nước ối có lẫn phân su hoặc máu
- Có dấu hiệu nhiễm khuẩn ối
- Con co tử cung bất thường: quá dài (trên 60 giây), quá ngắn (dưới 20 giây), quá mau (tần số trên 5)
- Cổ tử cung mở chậm:
 - + Pha tiềm tàng: trên 8 giờ
 - + Pha tích cực: mở dưới 1 cm/ 1 giờ
- Bất tương xứng: đầu không lọt, chong xương
- Các bệnh toàn thân nặng
- Tiền sản giật, sản giật
- Chảy máu trong khi chuyển dạ
- Ngôi bất thường, đa ối, đa thai

TƯ VẤN CHO THAI PHỤ TRONG CHUYỂN DẠ

- Động viên để thai phụ bớt lo âu.
- Lắng nghe những điều khiến thai phụ và gia đình lo lắng.
- Thông cảm và tôn trọng những truyền thống văn hoá và tôn giáo của thai phụ.
- Giải thích cho thai phụ và gia đình biết những điều có thể xảy ra giúp thai phụ hiểu về tình trạng của mình để làm giảm sự lo âu và giúp họ chuẩn bị trước cho những tình huống có thể xảy ra.
- Thông tin về cuộc đẻ bình thường hay có khó khăn.
- Ở nơi có thể, khuyến khích, hướng dẫn người thân hoặc bạn bè sản phụ về cách chăm sóc, đặc biệt về tinh thần.
- Trước và sau mỗi lần thăm khám đều phải giải thích lý do để được sự đồng ý. Thăm xong phải thông báo kết quả.
- Trong các trường hợp đặc biệt (có nguy cơ tai biến, tử vong, chết thai) phải có tư vấn đặc biệt cho thai phụ hoặc gia đình.
- Hướng dẫn sản phụ cách thở, cách rặn.

CHĂM SÓC SẢN PHỤ TRONG QUÁ TRÌNH THEO DÕI CHUYỂN DẠ

1. Nhận định

- Đã chuyển dạ thật chưa? thuộc giai đoạn nào của chuyển dạ?
- Tình trạng người mẹ: các dấu hiệu sống, tinh thần, sức khỏe
- Tình trạng thai nhi: ngôi thai, tim thai...
- Tiến độ chuyển dạ

2. Những vấn đề cần chăm sóc

Nếu đã chuyển dạ thật:

- Tiếp nhận sản phụ
- Lập hồ sơ sản khoa, phát hiện nguy cơ (nếu có)
- Chuyển sản phụ vào phòng chờ sinh, hướng dẫn vệ sinh cá nhân, chế độ ăn khi chuyển dạ, tư vấn khi chuyển dạ.
- Tư vấn vai trò của người nhà sản phụ trong theo dõi và chăm sóc chuyển dạ

Nếu sản phụ chưa chuyển dạ nhưng có các nguy cơ hoặc bệnh lý có chỉ định vào viện chờ sinh, ngoài những vấn đề chăm sóc như các sản phụ khác, cần chú ý theo dõi diễn biến của các yếu tố nguy cơ, tránh tai biến cho mẹ và con.

3. Lập kế hoạch chăm sóc

3.1. Vệ sinh thân thể tại phòng chờ sinh

- Thai phụ đến sớm (pha tiềm tàng)
- + Cho sản phụ tắm nếu có điều kiện
- + Vệ sinh vùng sinh dục, có thể hướng dẫn sản phụ tự làm
- + Thay quần áo sạch, nếu có điều kiện cho sản phụ mặc váy áo riêng của phòng sinh.
- + Không cạo lông
- + Thay guốc dép sạch
- + Có thể đặt Microlax để khi sinh không có phân (không thụt tháo)
- + Thay vải trải giường (hoặc chiếu mới)
- + Hướng dẫn sử dụng các phương tiện sinh hoạt điện, nước...

3.2. Tư vấn khi chuyển dạ

- Tư vấn chung: diễn tiến của chuyển dạ, sự phối hợp cần có giữa sản phụ và hộ sinh, chế độ ăn uống, vận động.
- Tư vấn đặc hiệu: tùy cụ thể từng sản phụ

3.3. Theo dõi chuyển dạ

- Nếu ở pha tiềm tàng
 - + Huyết áp: 4 giờ/ lần
 - + Thân nhiệt: 4 giờ/ lần
 - + Mạch: 1 giờ/ lần
 - + Cơ co tử cung: 1 giờ/ lần
 - + Tim thai: 1 giờ/ lần
 - + Độ mở cổ tử cung: 4 giờ/ lần
 - + Độ lọt: 4 giờ/ lần
 - + Ối: 4 giờ/ lần (cùng với độ mở cổ tử cung)
- Nếu ở pha tích cực
 - + Huyết áp: 4 giờ/ lần
 - + Thân nhiệt: 4 giờ/ lần
 - + Mạch: 1 giờ/ lần
 - + Cơ co tử cung: 30 phút/ lần
 - + Tim thai: 30 phút/ lần
 - + Độ mở cổ tử cung: 2 - 4 giờ/ lần
 - + Độ lọt: 2 - 4 giờ/ lần
 - + Ối: 2 - 4 giờ/ lần (cùng với độ mở cổ tử cung)

4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Làm đầy đủ các nội dung đã lập kế hoạch như trên
- Ghi đầy đủ kết quả theo dõi vào hồ sơ sản khoa
- Chuyển các số liệu đó vào Biểu đồ chuyển dạ (thăm khám xong phải ghi ngay, không để để xong mới ghi hồi cứu)

5. Đánh giá

So sánh tiến triển của cuộc chuyển dạ với biểu đồ chuyển dạ chuẩn để đánh giá:

- Nếu trên biểu đồ độ mở của cổ tử cung nằm bên trái đường báo động, tim thai trong giới hạn bình thường, độ lọt thấp dần... là tiến triển tốt, theo dõi để đẻ đường âm hộ.
- Nếu trên biểu đồ độ mở cổ tử cung nằm ngang, tiếp cận hoặc sang phải so với đường báo động, tim thai ngoài giới hạn bình thường, nước ối có màu... cần báo ngay với bác sỹ để xử trí kịp thời. Đồng thời cần điều chỉnh kế hoạch chăm sóc cho phù hợp với thực trạng sản phụ.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu từ 1 đến 6

Câu 1: Kể tên 3 giai đoạn của cuộc chuyển dạ:

- A. Giai đoạn 1 còn gọi là giai đoạn
- B. Giai đoạn 2 còn gọi là giai đoạn.....
- C. Giai đoạn 3 còn gọi là giai đoạn.....

Câu 2: Kể 3 nội dung cần theo dõi đối với thai nhi:

- A.
- B.
- C.

Câu 3: Kể 3 nội dung cần theo dõi đối với người mẹ:

- A.
- B.
- C.

Câu 4: Kể 3 nội dung cần theo dõi về tiến độ chuyển dạ:

- A.
- B.
- C.

Câu 5: Một hộ sinh chẩn đoán độ lọt bằng nắn ngoài, chỉ còn thấy bướu trán chưa lọt, phần đầu còn lại trên mu đo được 3 khoát ngón tay. Chẩn đoán độ lọt là

Câu 6: Một phụ nữ có thai con so, tuổi thai 39 tuần cho biết mình đã chuyển dạ vì đã ra “nhựa chuối”.

Hệ sinh khám thấy:

- 8 -10 phút có 1 cơn co, mỗi cơn 10 - 15 giây
- Tử cung mềm, chưa có đau bụng
- Cổ tử cung xoá hết, cho lọt đầu ngón tay

Theo bạn thai phụ này đã chuyển dạ chưa?

Khoanh tròn chữ cái đầu câu câu trả lời đúng nhất từ câu 7 đến câu 10.

Câu 7: Dấu hiệu chính để chẩn đoán chuyển dạ:

- A. Cổ tử cung mở 2 cm
- B. Đầu thấp
- C. Ổi thành lập
- D. Cơn co trên 20 giây, tần số từ 2 trở lên
- E. Ra nút nhầy

Câu 8: Tim thai được coi là suy khi nhịp tim thai:

- A. 125 lần/ phút
- B. 136 lần/ phút
- C. 152 lần/ phút
- D. 160 lần/ phút
- E. 164 lần/ phút

Câu 9: Thời gian tối đa được coi là bình thường đối với pha tích cực:

- A. 4 giờ
- B. 5 giờ
- C. 6 giờ
- D. 7 giờ
- E. 8 giờ

Câu 10: Một thai phụ đến trạm vì chuyển dạ đẻ, thai đủ tháng. Người hộ sinh khám thấy cơn co tần số 3, cổ tử cung 3 cm, ối dẹt, ngôi chỏm, đầu chặt. Đo lại chiều cao tử cung, người hộ sinh thấy giảm đi 2 cm so với lần khám cuối cách 1 tuần. Chị hết hoảng nghĩ là thai đã chết lưu. Vì hết hoảng, chị không biết sẽ phải làm gì nữa.

Bạn giúp đỡ người hộ sinh ấy bằng cách nghe lại tim thai thấy tim thai bình thường. Bạn hãy chọn cách giải thích nào mà bạn cho là hợp lý nhất:

- A. Thai bị bệnh nên không phát triển
- B. Thai bị suy dinh dưỡng trong tử cung
- C. Thai xuống thấp và bụng sệt
- D. Do người hộ sinh đo không chính xác

Bài tập tình huống:

Chị Nguyễn Thị Thu Trang 35 tuổi, chuyển dạ đẻ lần 1. Qua hỏi và thăm khám thấy:

- Sản phụ đau bụng từng cơn, kèm theo có cảm giác mỗi lưng
- Có cảm giác buồn nôn nên sản phụ không muốn ăn, uống
- Tuổi thai tuần thứ 40
- Cao tử cung 33 cm, vòng bụng 92 cm
- Ngồi đầu, tim thai 140 lần/ phút
- Cơn co tử cung 20 giây, khoảng cách giữa các cơn cc 10 phút
- Cổ tử cung mở 2cm, mềm
- Ổi đang thành lập

1. Anh/ Chị hãy tư vấn cho chị Trang về vấn đề ăn uống, dinh dưỡng đảm bảo sức khỏe.

2. Anh/ Chị hãy lập kế hoạch chăm sóc sản phụ trong 6 giờ sau khi khám

Bài 3

BIỂU ĐỒ CHUYỂN DẠ

MỤC TIÊU

1. Ghi và phân tích được tình trạng thai nhi qua ba thông số về tim thai, ối và sự chống khớp.
2. Ghi và phân tích được tiến độ chuyển dạ qua ba thông số về độ mở cổ tử cung, độ lọt của đầu thai nhi và cơn co tử cung.
3. Ghi và phân tích được tình trạng người mẹ qua 3 dấu hiệu sống là mạch, huyết áp và thân nhiệt.
4. Ghi được chính xác giờ để đánh giá được sớm chuyển dạ kéo dài.

1. Cấu trúc của biểu đồ chuyển dạ

Sau khi điền vào chỗ trống ở hai dòng đầu (thủ tục hành chính) người hộ sinh phải ghi đủ 10 nội dung của biểu đồ (hình 3.1).

1. Tim thai	Thai nhi
2. Nước ối	
3. Độ chống khớp	
4. Độ mở cổ tử cung	Tiến độ của chuyển dạ
5. Độ lọt của ngôi thai	
6. Cơn co tử cung	
7. Mạch	Dấu hiệu sống của người mẹ
8. Huyết áp	
9. Thân nhiệt	
10. Giờ	

2. Cách ghi biểu đồ chuyển dạ (BĐCD)

Trước hết phải xác định lúc bắt đầu lập biểu đồ chuyển dạ đang ở pha nào

- Nếu ở pha tiềm tàng (cổ TC 0 - 2cm): Giờ đầu với các số liệu thăm khám sẽ được ghi ở dòng đầu của biểu đồ (xem BĐCD mẫu ở hình 3.3).

- Nếu ở pha tích cực (cổ TC từ 3cm trở lên), giờ đầu và các số liệu thăm khám sẽ được ghi ở dòng ứng với số độ mở trên đường bảo động (xem BĐCD mẫu ở hình 3.2)

BIỂU ĐỒ CHUYỂN DẠ

Họ và tên	Số lần mang thai	Số lần sinh	Số nhập viện
Ngày nhập viện	Thời gian nhập viện	Màng ối đã vỡ	Tổng

THÂN NHIỆT

1 Nhịp tim thai

2 Nhiệt độ

3 Độ cứng khớp

TÊN ĐỘ CỦA CHUYỂN DẠ

4 Cổ tử cung (đánh dấu X)

5 Độ rơi của đầu (khoảng 0)

6 Thời gian

7 Số cơn co (mỗi 10 phút)

8 Độ cơn co

9 Oxytocin (đơn vị)

10 Các thuốc đã cho và các dịch chuyển

NGƯỜI ĐIỀU KHIỂN

1 Mạch và huyết áp

2 Thân nhiệt (độ C)

3 Huyết sắc tố

Hình 3.1: Biểu đồ chuyển dạ

2.1. Tim thai: Ghi theo ký hiệu • ở giao điểm cột giờ với dòng ngang ứng tần số đã nghe được, pha tiềm tàng ghi 1 giờ 1 lần, pha tích cực 30 phút ghi 1 lần.

2.2. Nước ối

- Nếu còn: ghi hình thù: Dệt = D, Phồng = P
- Nếu vỡ: đánh mũi tên ↓ ở giờ vỡ
Màu sắc: Trong = T, có màu = M

2.3. Chồng xương

- Không (-)
- Có: (+), (++)

2.4. Độ mở

- Ký hiệu x, ghi 4 giờ 1 lần
- Cách ghi xem mục 1 - chuyển pha : xem mẫu biểu đồ số 1 (để có thể đánh giá độ mở so với đường báo động, đường hành động)

2.5. Độ lọt

Ký hiệu O vào vị trí tương ứng: 5 - cao, 4 - chúc, 3 - chặt, 2 - lọt cao, 1 - lọt vừa, 0 - lọt thấp, ghi 4 giờ 1 lần theo độ mở cổ tử cung

2.6. Cơ co tử cung

Pha tiềm tàng 1 giờ 1 lần, pha tích cực 30 phút 1 lần, ghi theo biểu đồ hình cột, chiều cao ứng với tần số cơn co trong 10 phút, dấu chấm là cường độ nhẹ, vạch đơn là cường độ vừa, vạch kép là cường độ mạnh.

2.7. Mạch: Ký hiệu • ghi 1 giờ 1 lần

2.8. Huyết áp: Ghi 4 giờ 1 lần

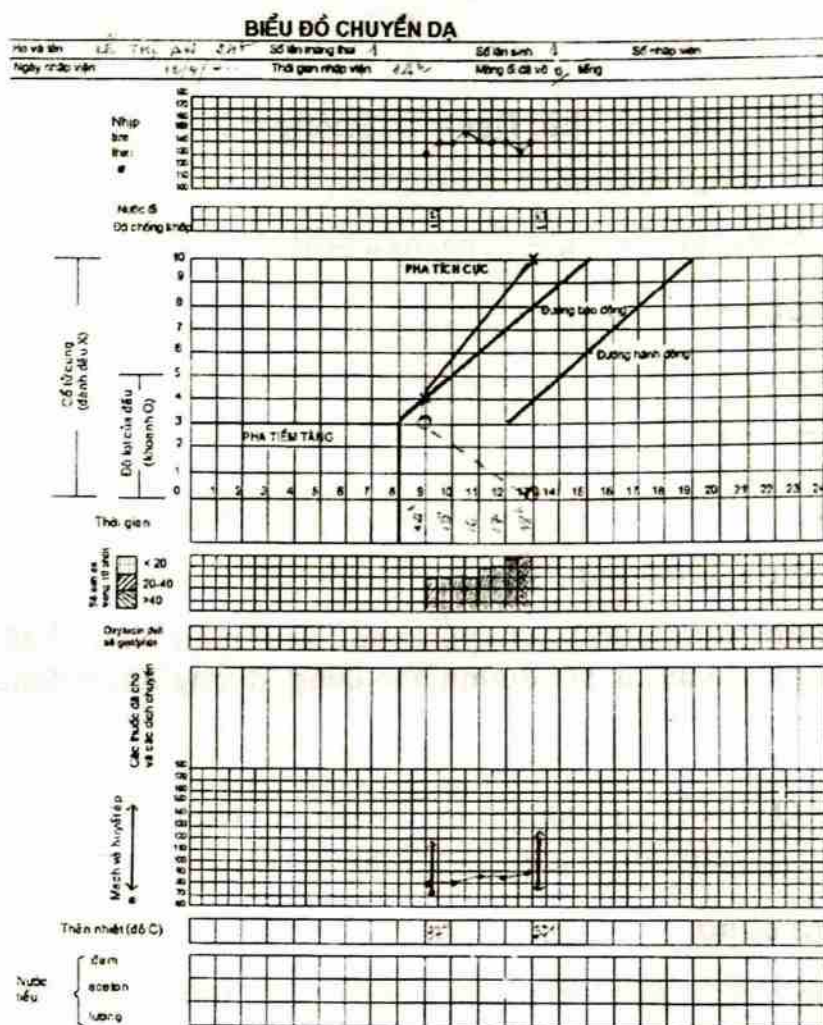
2.9. Thân nhiệt: Ghi số vào ô tương ứng, ghi 4 giờ 1 lần

2.10. Giờ: Ghi theo 24 giờ trong ngày

- Nếu BDCD bắt đầu lập ở pha tiềm tàng thì giờ vào được ký hiệu trên dòng kẻ dọc đầu.
- Nếu BDCD lập ở pha tích cực thì giờ vào được ký hiệu trên dòng kẻ dọc ứng với độ mở tương ứng lúc vào (xem mẫu biểu đồ hình 3.2)

Chú ý: Nếu có chuyển pha, thì tất cả 10 yếu tố đều phải cùng chuyển.

3. Ghi BĐCD khi thai phụ vào ở pha tích cực



Hình 3.2: Mẫu biểu đồ chuyển dạ khi thai phụ ở pha tích cực

Thai phụ: Lê Thị An, 24 tuổi có thai lần 1, sinh lần 1. Vào lúc 14h ngày 12/9, ối còn

1. Nhịp tim thai: 14h - 130; 14h30' - 140; 15h - 140; 15h30' - 150; 16h - 140;

16h30' - 140; 17h - 140; 17h30' - 130; 18h - 140

2. Nước ối: 14h - Dẹt; 18h - vỡ tự nhiên, nước trong

3. Chống khớp: 14h: (-); 18h: (-)

4. Độ mở: 14h: 5cm; 18h: 10cm (thai phụ vào ở pha tích cực)

5. Độ lọt: 14h: chặt; 18h: lọt thấp

6. Cơn co: 14h: tần số 3, dài 30 giây; 15h: tần số 3, dài 35 giây;

16h: tần số 4, dài 40 giây; 17h: tần số 5, dài 50 giây.

7. Mạch: 14h - 80; 15h - 80; 16h - 85; 17h - 85; 18h - 90

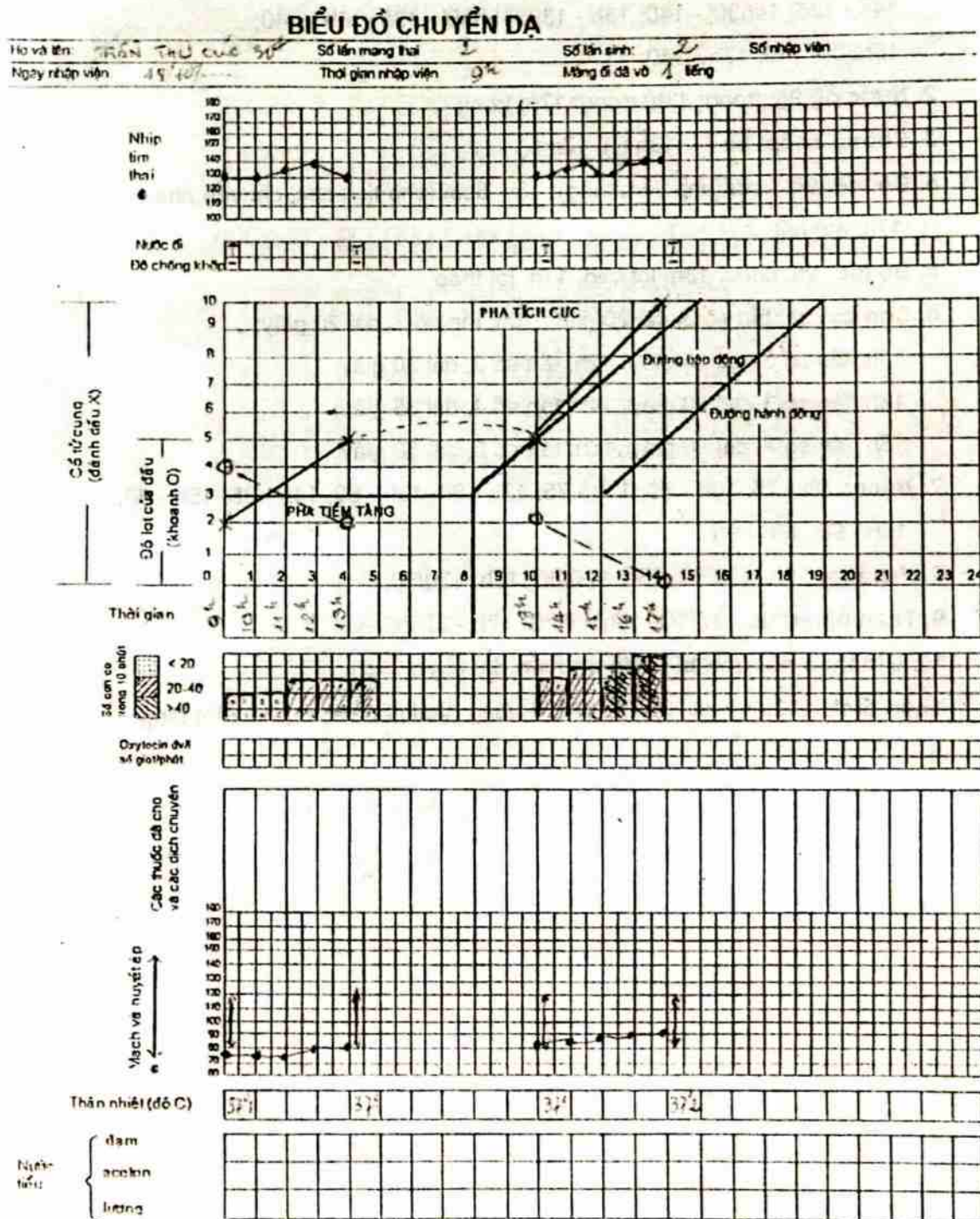
8. Huyết áp: 14h: 120/70; 18h: 125/75

9. Thân nhiệt: 14h: 37°C; 18h: 37°C

10. Giờ theo dõi trên biểu đồ chuyển dạ: 4 giờ

Nhận định: Biểu đồ chuyển dạ bình thường (thai phụ vào ở pha tích cực).

4. Ghi BĐCD khi thai phụ vào ở pha tiềm tàng



Hình 3.3: Mẫu biểu đồ chuyển dạ khi thai phụ ở pha tiềm tàng

Thai phụ Trần Thu Cúc 30 tuổi có thai lần 2, sinh lần 2. Vào lúc 9h ngày 18/10....ối vỡ 1 tiếng

1. Tim thai: 9h - 130; 10h - 130; 11h - 135; 12h - 140; 13h - 130; 13h30' - 130;
14h - 135; 14h30' - 140; 15h - 130; 15h30' - 130; 16h - 140;
16h30' - 140; 17h - 140;

2. Nước ối: 9h: trong; 13h: trong; 17h: trong

3. Chống khớp: 9h (-); 13h (-); 17h (-)

4. Độ mở: 9h: 2cm (pha tiềm tàng); 13h: 5cm (pha tích cực, chuyển pha);
17h: mở hết

5. Độ lọt: 9h: chúc; 13h: lọt cao; 17h: lọt thấp

6. Cơ co: 9h: tần số 2, dài 20 giây; 10h: tần số 2, dài 20 giây;
11h: tần số 3, dài 25 giây; 12h: tần số 3, dài 30 giây;
13h: tần số 3, dài 30 giây; 14h: tần số 4, dài 35 giây;
15h: tần số 4, dài 40 giây; 16h: tần số 5, dài 50 giây.

7. Mạch: 9h - 75; 10h - 75; 11h - 75; 12h - 80; 13h - 80; 14h - 85; 15h - 90;
16h - 90; 17h - 90.

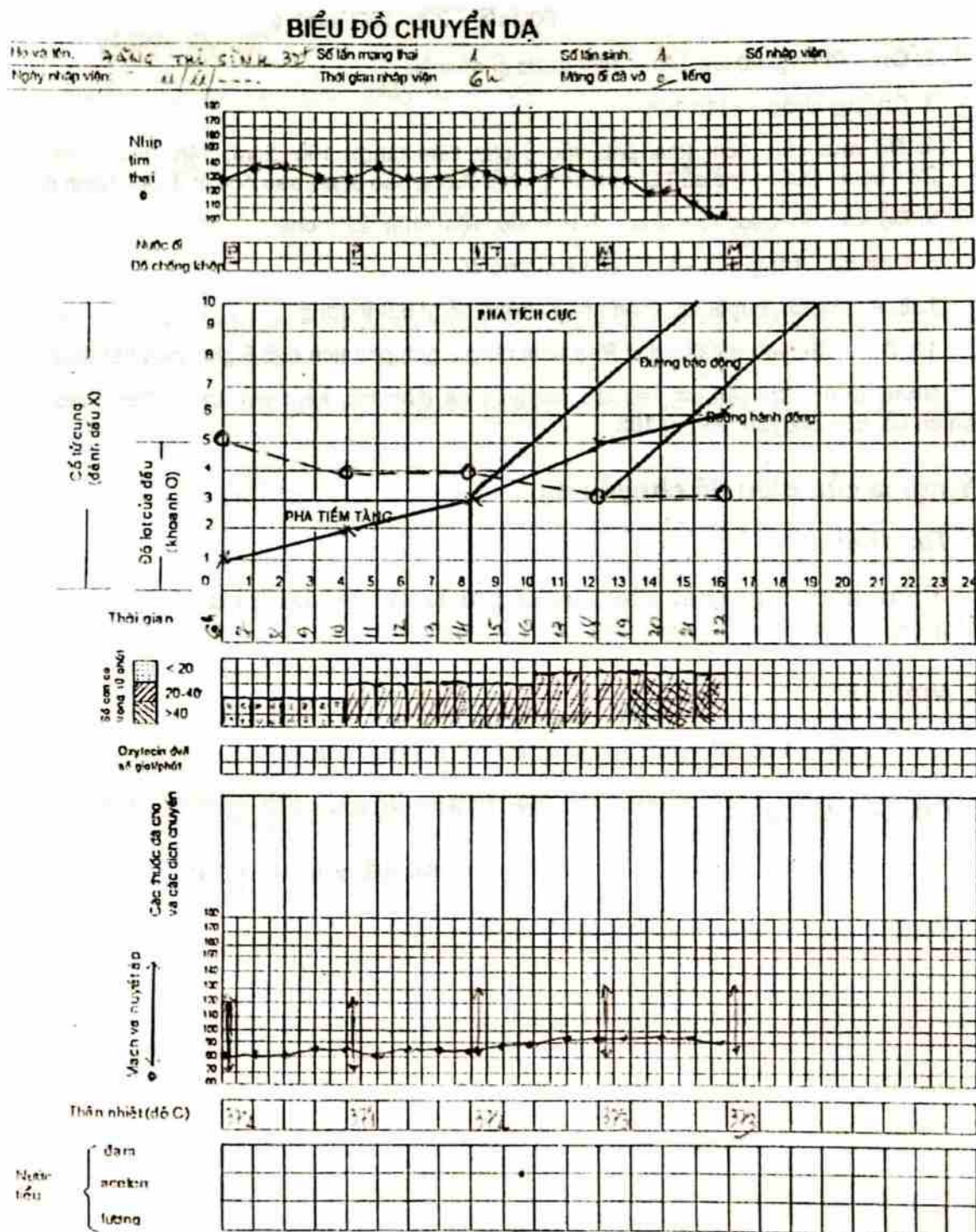
8. Huyết áp: 9h: 120/80; 13h: 120/80; 17h: 120/80.

9. Thân nhiệt: 9h - 37⁰1C; 13h - 37⁰C; 17h - 37⁰2C.

10. Giờ theo dõi trên biểu đồ chuyển dạ: 8 giờ

Nhận định: Biểu đồ chuyển dạ bình thường (thai phụ vào ở pha tiềm tàng)

5. Một mẫu biểu đồ chuyển dạ bất thường (Hình 3.4)



Hình 3.4: Mẫu biểu đồ chuyển dạ bất thường

Thai phụ: Đặng Thị Sinh, con số 32 tuổi vào 6h ngày 11/11.....ối còn, phồng

1. Tim thai: Dao động từ 130 - 140 lần/phút. Từ 19h30': 120lần/phút.

Từ 21h: 110 lần/phút, 21h30': 100lần/ph, 22h: 100lần/ph (suy chậm)

2. Ối: Phồng, vỡ lúc 14h – 18h: nước ối có màu

3. Chống khớp: (+) từ 13h

4. Độ mở: 6h: 1cm (thai phụ vào ở pha tiềm tàng): 10h: 2cm, 14h: 3cm, 18h: 5cm, 22h: 6cm - Đường mở cổ TC nằm sang phải đường báo động, sau đó cắt đường hành động.

5. Độ lọt: 6h: cao, 10h: chúc, 14h: chúc, 18h: chặt, 22h: chặt

6. Cơ co: Tăng dần về tần số và cường độ

7, 8, 9: Mạch, huyết áp, thân nhiệt không có gì bất thường

10. Giờ: Chuyển dạ kéo dài: Pha tiềm tàng 8 giờ, pha tích cực 8 giờ chưa kết thúc

Nhận định: Chuyển dạ kéo dài (chuyển dạ đình trệ, kèm suy thai). Nếu theo dõi ở tuyến cơ sở, cần chuyển viện từ 18h.

3. Ý nghĩa của Biểu đồ chuyển dạ

3.1. Tim thai

Phát hiện suy thai khi đường ghi trên 160 lần/phút hoặc dưới 120 lần/phút.

3.2. Nước ối

Cho thấy có ối vỡ sớm, nước ối có màu (suy thai).

3.3. Chống xương

Chống xương là dấu hiệu của bất tương xứng đầu - chậu.

3.4. Độ mở

Đường mở cổ TC sang phải đường báo động là mở chậm khi nó cắt đường hành động, phải có xử trí thích hợp.

3.5. Độ lọt

Không tiến triển khi cơ co tốt là chuyển dạ đình trệ.

3.6. Cơ co tử cung

Biểu đồ cho thấy sự tương thích hoặc không tương thích giữa cơ co tử cung với độ mở cổ tử cung, độ lọt của ngôi thai.

- | | | |
|---|---|--|
| <p>3.7. Mạch</p> <p>3.8. Huyết áp</p> <p>3.9. Nhiệt độ</p> | } | Giúp theo dõi các dấu hiệu sống của người mẹ |
|---|---|--|
- 3.10. Giờ:** Giúp nhận định chuyển dạ kéo dài.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Trình bày 10 nội dung của Biểu đồ chuyển dạ và phân tích ý nghĩa của từng nội dung.

Câu 2. Đọc và nghiên cứu Mẫu biểu đồ chuyển dạ khi sản phụ ở pha tích cực (Hình 3.2 trang 34) và thực hiện:

- Ghi lại diễn biến của cuộc chuyển dạ theo 10 nội dung của biểu đồ chuyển dạ.
- Căn cứ vào các diễn biến của sản phụ Lê Thị An (trang 34 vẽ lại biểu đồ chuyển dạ của sản phụ An, đưa ra nhận xét về cuộc chuyển dạ của sản phụ An.

Câu 3. Đọc và nghiên cứu mẫu biểu đồ chuyển dạ khi sản phụ ở pha tiềm tàng (Hình 3.3 trang 35) và thực hiện:

- Ghi lại diễn biến của cuộc chuyển dạ theo 10 nội dung của biểu đồ chuyển dạ.
- Căn cứ vào các diễn biến của sản phụ Trần Thu Cúc (trang 36) vẽ lại biểu đồ chuyển dạ của sản phụ Cúc, đưa ra nhận xét về cuộc chuyển dạ của sản phụ Cúc.

Câu 4. Đọc và nghiên cứu Mẫu biểu đồ chuyển dạ bất thường (Hình 3.4 trang 37) và thực hiện:

- Ghi lại diễn biến của cuộc chuyển dạ theo 10 nội dung của biểu đồ chuyển dạ.
- Căn cứ vào các diễn biến của sản phụ Đặng Thị Sinh (trang 38) vẽ lại biểu đồ chuyển dạ của sản phụ Sinh, đưa ra nhận xét về cuộc chuyển dạ của sản phụ Sinh.

VÔ KHUẨN TRONG SẢN KHOA

MỤC TIÊU

1. Giải nghĩa những thuật ngữ dùng trong vô khuẩn sản khoa: vô khuẩn, sát khuẩn, khử nhiễm, khử khuẩn cao, tiệt khuẩn.
2. Nêu được đối tượng của 4 sạch trong sản khoa.
3. Lựa chọn được quy trình khống chế nhiễm khuẩn cho phù hợp với các đối tượng của 4 sạch.

Nhiễm khuẩn sản khoa hiện nay vẫn còn là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong mẹ. Nếu cứu sống được thì chi phí điều trị cũng rất tốn kém và thời gian điều trị cũng thường kéo dài. Các tai biến này hầu hết có thể tránh được nếu ta thực hiện tốt các biện pháp vô khuẩn trong sản khoa.

1. Các thuật ngữ dùng trong vô khuẩn sản khoa

1.1. Vô khuẩn

Là thuật ngữ chung dùng trong các lĩnh vực chăm sóc sức khoẻ để mô tả sự kết hợp các nỗ lực nhằm phòng ngừa sự xâm nhập của vi sinh vật vào các bộ phận trong cơ thể mà chúng có thể gây viêm nhiễm. Mục tiêu là giám sát hoặc loại trừ vi khuẩn trên bề mặt của sinh vật (da, mô) cũng như không sinh vật (dụng cụ sản khoa...) đến mức an toàn.

1.2. Sát khuẩn

Là cách đề phòng nhiễm khuẩn bằng cách dùng hoá chất thích hợp để tiêu diệt hoặc ngăn chặn sự phát triển của vi sinh vật trên da và các mô khác của cơ thể.

1.3. Khử nhiễm (tẩy uế)

Là cách xử lý bằng hoá chất đối với các dịch, các mô của cơ thể tại các dụng cụ sản khoa vừa dùng hoặc các dịch máu bắn vào nền nhà, tường nhà hoặc trên bàn làm thủ thuật để hạn chế số vi sinh vật trước khi làm sạch.

1.4. Làm sạch

Là quá trình tẩy bỏ có tính chất vật lý các vết máu, vết dịch hoặc các mô tại các dụng cụ sản khoa, hoặc làm sạch bàn, buồng làm thủ thuật.

1.5. Khử khuẩn cao

Là quá trình tiêu diệt hầu hết vi sinh vật, trừ nha bào.

1.6. Tiệt khuẩn

Là quá trình tiêu diệt hết các vi sinh vật, kể cả nha bào.

2. Đối tượng cần khống chế nhiễm khuẩn trong sản khoa

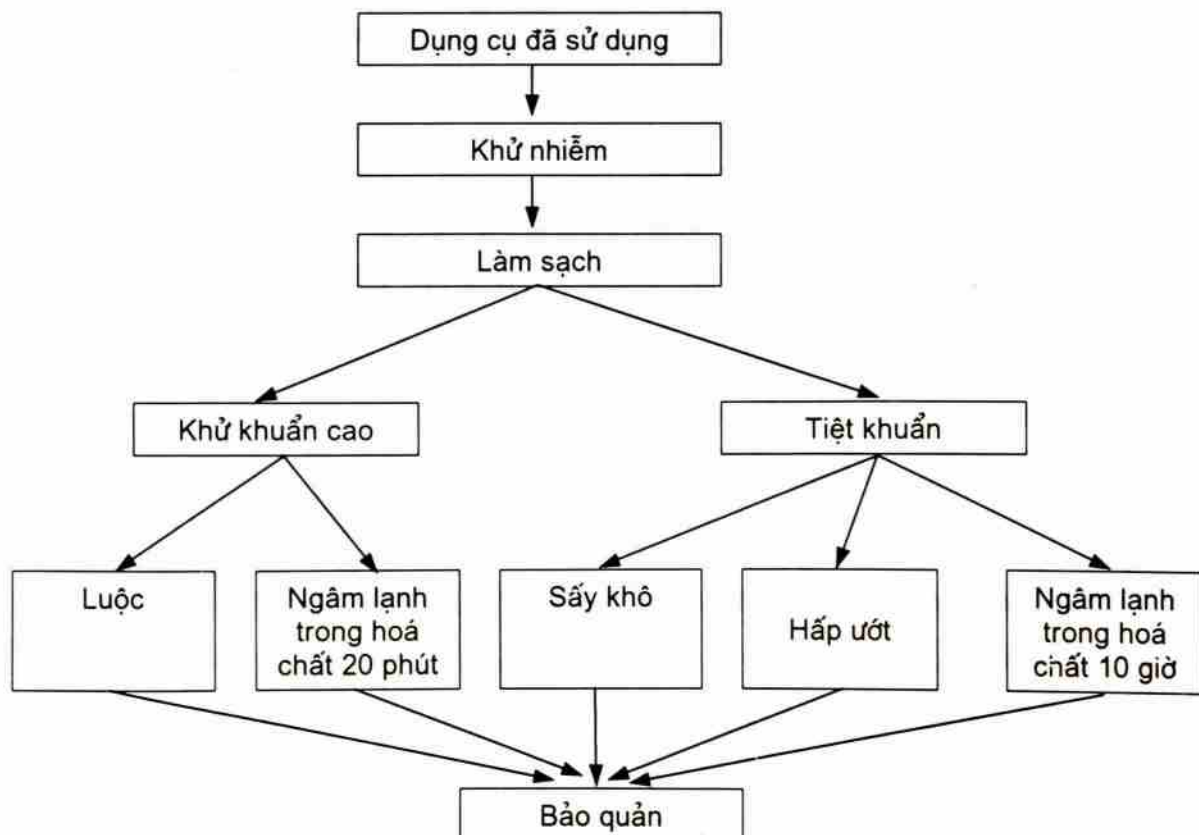
2.1. Dụng cụ

Có 5 chất liệu thường dùng

- Kim loại: kẹp, kéo, dao mổ...
- Vải: bông, băng, gạc.
- Cao su: găng tay, ống thông tiểu, ống hút nhót...
- Nhựa: dây hút (giác hút), kẹp rốn, bơm tiêm.
- Thủy tinh: bơm tiêm.

Tốt nhất và trong điều kiện có thể chỉ nên dùng một lần (loại đã được tiệt khuẩn) và bao gói theo phương pháp công nghiệp.

Đối với loại dùng lại phải xử trí theo sơ đồ dưới đây



2.2. Thấy thuốc

Cần khống chế nhiễm khuẩn từ thấy thuốc sang sản phụ và ngược lại.

Quan trọng nhất là bàn tay sạch (rửa tay, đi găng) khi làm thủ thuật, nếu đầy đủ phải có mũ, áo, khẩu trang, tạp dề, ủng, kính bảo vệ mắt (để bảo vệ thấy thuốc).

2.3. Sản phụ

Quan trọng nhất là giữ cho vùng đẻ, vùng mổ sạch.

2.4. Môi trường: phòng đẻ sạch

- Vị trí: Phòng đẻ đặt ở nơi cao ráo, sạch sẽ, tránh xa nơi lây nhiễm như nhà bếp, nhà vệ sinh, khoa truyền nhiễm.
- Nền, tường không thấm nước để có thể rửa được bằng nước và xà phòng, có hệ thống kín dẫn nước thải.
- Trong phòng không dùng quạt trần, mà dùng quạt bàn hoặc điều hòa nhiệt độ.
- Các cửa sổ phải có kính mờ cao hơn sàn nhà 1,5 m, nếu không có kính phải có lưới che hoặc vải xô tránh ruồi muỗi bay vào.
- Khi không có sản phụ đẻ phải đóng kín tuyệt đối, không làm việc khác trong phòng đẻ.
- Bàn đẻ luôn sạch sẽ, có thể nâng cao hoặc hạ thấp phần trên để thích hợp với tư thế của sản phụ trong từng giai đoạn của cuộc đẻ.
- Sau mỗi ca đẻ, phải thay tấm lót bàn, lau chùi sạch sẽ tấm trải bàn, rồi mới tiếp tục sử dụng.
- Bục lên xuống dành cho sản phụ phải chắc chắn, tránh ngã sản phụ.
- Phòng đẻ phải được rửa hàng tuần (nền, tường) bằng các loại dung dịch sát khuẩn, chiếu đèn cực tím để khử trùng. Sau mỗi ca đẻ, phải lau sạch sẽ bằng dung dịch sát khuẩn.
- Phải có guốc dép đi riêng trong phòng đẻ.

**Khi đỡ đẻ, chủ yếu phải có 3 sạch:
Bàn tay sạch, âm môn sạch và dụng cụ đỡ đẻ sạch**

3. Lựa chọn cách khống chế nhiễm khuẩn đối với dụng cụ

3.1. Đối với dụng cụ kim loại

- Tốt nhất: sấy khô, vừa diệt khuẩn tốt vừa giữ được độ bền.
- Có thể luộc.
- Tránh đốt cồn: mau hỏng dụng cụ.

3.2. Với đồ vải

- Chỉ có hấp ướt (không được sấy khô)
- Băng gạc rốn có thể mua các gói đóng sẵn đã tiệt khuẩn, dùng 1 lần.

3.3. Với đồ cao su

- Hấp ướt hoặc luộc
- Găng làm thủ thuật nên dùng 1 lần.

3.4. Với đồ nhựa

Tiệt khuẩn lạnh, khuyến khích các loại dùng 1 lần.

3.5. Thủy tinh

Hấp ướt hoặc luộc

4. Các nguyên tắc vô khuẩn đối với cán bộ y tế

- (1) Vào phòng kỹ thuật phải thay guốc dép.
- (2) Khi làm thủ thuật phải mặc áo choàng, đội mũ kín tóc, khẩu trang kín mũi, nếu cần phải đeo kính bảo vệ mắt. Nhân viên y tế đang có bệnh lây như cảm cúm, viêm họng, ho hoặc tay có bệnh ngoài da không được phục vụ trong phòng kỹ thuật.
- (3) Móng tay cắt ngắn, rửa tay sạch đúng quy cách.
- (4) Đi găng vô khuẩn (khi đỡ đẻ, làm rốn, khâu tầng sinh môn, kiểm soát tử cung...)

5. Bàn tay đỡ đẻ sạch

5.1. Rửa tay

- Phương tiện cần thiết
 - Thùng nước sạch có vòi; vòi được thiết kế để khi mở và đóng không phải dùng tay, có máng hứng đủ sâu để nước rửa không bắn trở lại tới tay đang rửa.
 - Xà phòng tiệt khuẩn
 - Bàn chải sạch đã luộc để trong hộp có nắp đậy
 - Xô nước, gáo múc nếu không có nước vòi
- Kỹ thuật rửa tay
 - Trang phục đủ mũ, áo, khẩu trang (để đỡ đẻ cần mặc trước, trừ mũ mặc sau)

- Móng tay đã cắt ngắn, không bôi màu móng tay vì sinh vật có thể ẩn dưới đó.
- Mở vòi xối nước, không rửa tay trong thau (nếu không có nước vòi phải nhờ người dội)
- Đánh xà phòng từ bàn tay đến khuỷu bằng bàn chải
- Rửa sạch tay cho đến khi hết xà phòng
- Nếu làm thủ thuật có tiếp xúc như làm rốn, khâu tầng sinh môn, kiểm soát tử cung cần rửa tay thêm lần thứ hai sau đó sát khuẩn bằng cồn

5.2. Đi găng vô khuẩn

Tốt nhất là dùng một lần với một cuộc đẻ thường ít nhất cần có 3 đôi: Thăm khám, đỡ thai, làm rốn và đỡ rau. Nếu có kiểm soát tử cung hoặc khâu tầng sinh môn (TSM) phải dùng găng tay riêng

- Không dùng găng tay quá hạn hoặc đã rách vỏ bọc
- Đi găng không chạm tay (dù đã rửa) vào mặt ngoài găng. Muốn thế phải lộn trái cổ găng. Đối với găng thứ nhất khi đi, tay kia (chưa có găng) chỉ được cầm vào mặt cổ găng đã lộn. Khi đi găng sau, bàn tay đã đi găng luôn vào trong nếp gấp, giữ găng cho tay sạch luôn vào. Khi các ngón tay sau đã vào hết thì lộn hết nếp gấp ở cổ găng này lúc đó mới dùng các đầu ngón đã đi găng ở tay thứ hai cho vào lộn nếp gấp cổ của găng thứ nhất.
- Rửa lại tay sau khi tháo găng

6. Các nguyên tắc vô khuẩn đối với sản phụ

- (1) Trước khi đẻ: Tắm rửa, thay quần áo sạch.
- (2) Vùng âm môn phải được rửa sạch trước và sau mỗi lần thăm khám, trước khi sinh; sau khi rửa, thay tấm lót (băng vệ sinh) mới sạch và khô.
- (3) Sát khuẩn âm môn trước và sau các thủ thuật như cắt khâu tầng sinh môn.
- (4) Nếu cần sự có mặt của người nhà trong phòng đẻ thì người nhà cũng cần được trang phục như đối với cán bộ y tế.
- (5) Âm môn sạch

6.1. Hướng dẫn sản phụ tự vệ sinh nhất là đối với bộ phận sinh dục ngoài

- Mặc quần áo sạch, tốt nhất là váy (quần) áo riêng của phòng đẻ

6.2. Rửa ngoài

- Rửa sạch âm môn
- + Trong khi theo dõi chuyển dạ: trước và sau mỗi lần thăm khám.
- + Trước khi đỡ đẻ
- + Trước khi kiểm soát tử cung
- Không cạo lông vì có thể gây xây xước tạo đường vào cho vi khuẩn.
- Dùng 06 viên bông

Viên 1: Rửa vùng mu

Viên 2: Rửa mặt trong một bên đùi (từ trong ra ngoài)

Viên 3: Rửa mặt trong đùi bên kia

Viên 4: Rửa các môi lớn và môi bé (chiều từ trước ra sau)

Viên 5: Rửa tầng sinh môn và quanh hậu môn

Viên 6: Lau khô sau khi rửa

6.3. Trải tấm lót sạch

Nên có nhiều tấm ni lông sạch, kích thước 50 x 50cm để thay sau mỗi lần rửa vừa sạch sẽ vừa tạo cảm giác dễ chịu đối với thai phụ.

Trước khi làm các thủ thuật như đỡ đẻ, cắt khâu TSM, kiểm soát tử cung nên trải tối thiểu một tấm vải khổ 80 x 80cm đã tiệt khuẩn.

7. Các nguyên tắc vô khuẩn đối với phòng đẻ (môi trường)

- (1) Trong cơ sở y tế phòng đẻ phải được ưu tiên nơi sạch sẽ khô ráo, xa các nơi khó giữ vệ sinh như: nhà bếp, nhà vệ sinh.
- (2) Hệ thống trần, cửa, tường, nền phải đảm bảo đầy đủ các yêu cầu để duy trì vệ sinh.
- (3) Sau mỗi ca đẻ, những nơi có dính máu trên tường và nền nhà phải được tẩy uế bằng dung dịch cloramin trước khi rửa sạch.
- (4) Định kỳ tổng vệ sinh hàng tuần.
- (5) Xử lý các chất thải y tế:

Chất thải y tế là một trong những nguồn ô nhiễm lớn nhất đối với các cơ sở đỡ đẻ và chữa bệnh nếu không được xử lý tốt.

- Đối với các vật liệu không thể đốt như kim tiêm, dùng xong phải cho vào hộp cứng, có nắp đậy, sau đó đem chôn đủ sâu để không bị đào bới lên.

- Đối với các vật liệu có thể đốt cháy như bông, băng, gạc... thì cho thiêu huỷ. Mỗi cơ sở y tế cần có 1 lò đốt rác hợp qui cách.
- Đối với các chất thải lỏng phải có hệ thống xử lý trước khi thải ra đường dẫn chung. Ở các trạm hộ sinh phải có đường dẫn kín (có bể chứa có nắp đậy, định kỳ cho thuốc sát khuẩn).

8. Tiêu chuẩn phòng đẻ sạch

8.1. Cấu trúc

- Diện tích đủ rộng (trên 16m²)
- Trần sạch, kiên cố
- Tường sạch ốp gạch men, tối thiểu cao 1,6m
- Hệ thống cửa đảm bảo chống bụi, chống ruồi
- Nền lát gạch men không thấm nước, đủ độ dốc để dễ thoát nước, cọ rửa dễ dàng, không trơn
- Có đèn điện, dây mắc gọn gàng, an toàn
- Có guốc dép riêng
- Có khu rửa tay thuận tiện cho việc đỡ đẻ, nhưng không làm ướt nền phòng đẻ
- Vị trí xa nơi ô nhiễm
- Có hố xí tự hoại
- Có hệ thống kín dẫn nước thải

8.2. Bảo quản

Khi tường, nền có vết máu, nước ối cần sát khuẩn bằng nước Gia ven hoặc cloramin, sau đó cọ rửa lau sạch. Không sử dụng phòng đẻ để khám phụ khoa.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu từ 1-10

Câu 1: Vô khuẩn nhằm phòng ngừa sự(A).....của(B)..... vào các bộ phận trong cơ thể

Câu 2: Sát khuẩn là cách dùng(A).....để tiêu diệt hoặc ngăn chặn sự phát triển của vi sinh vật trên(B).....của cơ thể

Câu 3. Làm sạch là quá trình tẩy bỏ có tính(A).....các vết máu, vết dịch hoặc các mô tại các dụng cụ sản khoa

Câu 4. Khử khuẩn cao là quá trình tiêu diệt hầu hết vi sinh vật trừ(A).....

Câu 5. Tiệt khuẩn là quá trình tiêu diệt hết các(A).....kể cả.....(B).....

Câu 6: Bốn đối tượng cần khống chế nhiễm khuẩn trong sản khoa là

A:

B:

C:

D:

Câu 7: Kể các quá trình xử lý dụng cụ sản khoa sau khi dùng

A:

B:

C:

D:

Câu 8: Đánh dấu X vào các ô thích hợp giữa chất loại của dụng cụ với cách khử khuẩn cao, tiệt khuẩn

TT	Phương pháp	Đồ vải (A)	Cao su (B)	Nhựa (C)	Thủy tinh (D)	Kim loại (E)
1	Luộc					
2	Ngâm hoá chất					
3	Hấp ướt					
4	Sấy khô					

Câu 9: Trong một cuộc đẻ thường, để có bàn tay đỡ đẻ sạch, tối thiểu cần có A..... đôi găng tay.

Câu 10: Để có âm môn sạch, khi rửa cần thực hiện 6 động tác

A:

B:

C:

D:

E:

F:

THUỐC SỬ DỤNG TRONG SẢN PHỤ KHOA

MỤC TIÊU

1. Liệt kê được 13 nhóm thuốc thường dùng trong sản phụ khoa.
2. Trình bày đúng tên thuốc, dạng thuốc, hàm lượng, cách dùng của một số thuốc thường dùng trong sản phụ khoa.

Bài này sẽ giới thiệu 13 nhóm thuốc theo mục đích sử dụng. Trong mỗi nhóm thuốc sẽ có các thuốc thường dùng. Với mỗi tên thuốc sẽ trình bày dạng thuốc, hàm lượng, cách dùng với phần ghi chú để người hộ sinh có thể thực hiện theo đúng y lệnh của thầy thuốc hoặc tự xử trí một số trường hợp cấp cứu theo đặc điểm của nghề nghiệp.

Nhóm I: Thuốc giảm đau, tiền mê

- 1.1. Tê tại chỗ
- 1.2. Tiền mê
- 1.3. Giảm đau không có opi
- 1.4. Giảm đau có opi

Nhóm II: Thuốc chống nhiễm khuẩn, nhiễm ký sinh trùng

- 2.1. Thuốc sát khuẩn
- 2.2. Thuốc kháng sinh
- 2.3. Thuốc sốt rét
- 2.4. Thuốc trị giun sán

Nhóm III: Thuốc có tác dụng đối với máu

- 3.1. Chống thiếu máu
- 3.2. Thuốc tác dụng lên quá trình đông máu

Nhóm IV: Dịch truyền và dịch thay thế máu

Nhóm V: Thuốc điều trị tăng huyết áp

Nhóm VI: Thuốc điều trị suy tim (chống choáng sản khoa)

Nhóm VII: Thuốc lợi tiểu

Nhóm VIII: Thuốc chống co thắt

Nhóm IX: Thuốc chống đẻ non

Nhóm X: Thuốc thúc đẻ, co tử cung cầm máu sau đẻ

Nhóm XI: Vitamin

Nhóm XII: Thuốc tra mắt

Nhóm XIII: Các thuốc miễn dịch

NHÓM I: THUỐC GIẢM ĐAU, TIỀN MÊ

Tên thuốc	Dạng	Hàm lượng	Cách dùng	Ghi chú
1. Thuốc tê lidocain	ống 1 - 2 - 5ml	1% - 2%	tiêm tại chỗ	
2. Tiền mê				
Atropin sulphat	ống 1ml	0,25mg	tiêm	
Diazepam	ống 2ml	5mg/ml	tiêm	
Morphin	ống 1ml	10mg/ml	tiêm	
Promethazin	ống 1-2ml	25mg/ml	tiêm	
3. Giảm đau không opi				
Ibuprofen	viên	200-400mg	uống	
Paracetamol	viên	100-500mg	uống	
4. Giảm đau có opi				
Morphin	ống 1ml	10mg/ml	tiêm	
Pethidin	ống 2ml	50mg/ml	tiêm	

NHÓM II: THUỐC CHỐNG NHIỄM KHUẨN, NHIỄM KÝ SINH TRÙNG

Tên thuốc	Dạng	Hàm lượng	Cách dùng	Ghi chú
1. Thuốc sát khuẩn				
Cloramin	d/d	0,5%	dùng ngoài	
Glutaraldehyd	d/d	2%	dùng ngoài	
Chlorhexidin	d/d	5%	dùng ngoài	
Cồn 70°	d/d		dùng ngoài	
Iod	d/d	0,5%	dùng ngoài	
Polyvidon iod	d/d	10%	dùng ngoài	
2. Kháng sinh				
2.1. Nhóm Betalactam				
Amoxicillin	viên	250-500mg	uống	Dùng với mục đích
Ampicillin	lọ	500-1000đv	pha tiêm	- Dự phòng
Benzathin benzyl penicilin	lọ	1,2-2,4triệu đv	tiêm	

Benzyl penicillin	ống	600-3000mg	tiêm	- Điều trị
Cefotaxim	lọ	500-1000mg	tiêm	
Ceftriaxon	lọ	250mg	tiêm	
2.2. Nhóm Aminoglycosid				Không dùng khi đang mang thai
Gentamycin	ống	40-80mg/ 2ml	tiêm	
2.3. Nhóm Chloramphenicol				Không dùng khi đang mang thai
Chloramphenicol	viên lọ	250mg 1g	uống pha để tiêm	
2.4. Nhóm Imidazol				Khi nhiễm khuẩn kỵ khí
Metronidazol	viên chai	250-500mg 500mg/100ml	uống tiêm	
2.5. Nhóm Lincomycin				
Lincomycin	viên ống 2ml	250-500mg 150-300mg	uống tiêm	
2.6. Nhóm Macrolid				
Azythromycin (AZT)	viên	500mg	uống	
Erythromycin	viên	250-500mg	uống	
2.7. Nhóm Quinolon				Không dùng khi đang mang thai
Ciprofloxacin	viên	250mg	uống	
Ofloxacin	viên lọ 40ml	250mg 5mg/ml	uống tiêm	
2.8. Nhóm Sulfamid				Không dùng khi đang mang thai
Sulfamethoxazol và Trimethopim	viên	400mg và 80mg 800mg và 160mg 100mg và 20mg	uống	
3. Thuốc sốt rét				
3.1. Thuốc phòng bệnh				
Chloroquin	viên	250mg	uống	
Mefloquin	viên	250mg	uống	
Sulfadoxin và Pyrimethamin	viên	500mg và 25mg	uống	
3.2. Thuốc chữa bệnh				
Artemisinin	viên	250mg	uống	
Artesunat	viên lọ	50mg 60mg bột + 0,6ml Natri carbonat 5%	uống tiêm	
Chloroquin	viên	250mg	uống	
Quinin dihydrochlorid	ống 2ml	250mg/ml	tiêm	
Quinin sulfat	ống 2ml	300mg	tiêm	
Sulfadoxin và Pyrimethamin	viên	500mg và 25mg	uống	
4. Thuốc trị giun sán				Không dùng trong 3 tháng đầu của kỳ thai nghén
Albendazol	viên	200-400mg	uống	
Mebendazol		100-500mg		

NHÓM III: THUỐC CÓ TÁC DỤNG ĐỐI VỚI MÁU

Tên thuốc	Dạng	Hàm lượng	Cách dùng	Ghi chú
1. Chống thiếu máu				
Axit folic	viên	1-5mg	uống	Uống trong thời kỳ mang thai (tối thiểu 90 ngày và một tháng sau đẻ)
Sắt sulfat (hay oxalat)	viên	60mg sắt	uống	
Sắt folic	viên	60mg sắt và 0,25mg acid folic	uống	
2. Tác dụng lên quá trình đông máu				
Phytomenadion (Vit K1)	viên ống	2-5-10mg 5mg/ml	uống tiêm	Tiêm nhất loạt cho trẻ mới đẻ phòng chảy máu não

NHÓM IV: DỊCH TRUYỀN

Tên thuốc	Dạng	Hàm lượng	Cách dùng	Ghi chú
Dextran	chai 250-500ml	40-70-75	tiêm truyền	Dịch thay thế máu. Có chỉ định một khi mất máu, hạ huyết áp, choáng sản khoa
Huyết tương khô	chai	250ml	tiêm truyền	
Natri clorua	chai	0,9%	tiêm truyền	
Glucose đẳng trương	chai	5%	tiêm truyền	
Glucose ưu trương	chai	20%	tiêm truyền	
Ringer lactat	chai	500ml	tiêm truyền	

NHÓM V: THUỐC ĐIỀU TRỊ HUYẾT ÁP CAO, TIỀN SẢN GIẬT VÀ SẢN GIẬT

Tên thuốc	Dạng	Hàm lượng	Cách dùng	Ghi chú
Furosemid	ống viên	20mg/2ml 40mg	tiêm uống	
Methyldopa (Aldomet)	viên	250mg	uống (bóp giọt dưới lưỡi)	
Nifedipin	viên	10-20-30mg	uống	
Magie sulfat	ống	15% / 10ml	Tiêm truyền	

NHÓM VI: THUỐC ĐIỀU TRỊ SUY TIM, CHOÁNG SẢN KHOA

Tên thuốc	Dạng	Hàm lượng	Cách dùng	Ghi chú
Dopamin (hydrochlorid)	ống 5ml	40mg/ml	tiêm truyền tĩnh mạch	
Epinephrin (Adrenalin)	ống	1mg/ml	tiêm	
Lanatosid C	ống	2ml, 0,2mg/ml 1mg/ml	tiêm uống theo giọt	

NHÓM VII: THUỐC LỢI TIỂU

Tên thuốc	Dạng	Hàm lượng	Cách dùng	Ghi chú
Furosemid	viên	40mg	uống	
	ống	20mg/2ml	tiêm	
Hydrochlorothiazid	viên	25-50mg	uống	
Mannitol	dung dịch	10-20%	tiêm truyền	

NHÓM VIII: THUỐC CHỐNG CO THẮT

Tên thuốc	Dạng	Hàm lượng	Cách dùng	Ghi chú
Atropin (sulfat)	viên	0,25mg	uống	
	ống	0,25mg/ml	tiêm	
Papaverin	viên	40mg	uống	
	ống	40mg/ml	tiêm	

NHÓM IX: THUỐC CHỐNG ĐẺ NON

Tên thuốc	Dạng	Hàm lượng	Cách dùng	Ghi chú
Papaverin	viên	40mg	uống	
	ống	40mg/ml	tiêm	
Salbutamol	viên	2mg	ngậm	
	ống	pha 1 ống 5mg với 500ml glucose 5%	truyền 30 giọt/phút	

NHÓM X: THUỐC THỨC ẪN, LÀM CO TỬ CUNG, CẦM MÁU SAU ẪN

Tên thuốc	Dạng	Hàm lượng	Cách dùng	Ghi chú
1. Thuốc thúc đẻ Oxytocin	ống	5 đv	truyền	Chỉ được tiêm truyền tĩnh mạch với tốc độ theo y lệnh.
2. Thuốc cầm máu sau đẻ Ergometrin Oxytocin	ống ống	0,2mg/ml 5 đv	tiêm bắp tiêm bắp/ tĩnh mạch	

NHÓM XI: VITAMIN

Tên thuốc	Dạng	Hàm lượng	Cách dùng	Ghi chú
Vitamin A	viên bọc	5.000 đv	uống	
Vitamin B1	viên	10-50-100mg	uống	
	ống	25mg	tiêm	
Vitamin B2	viên	5mg	uống	
Vitamin B6	viên	25mg	uống	
Vitamin C	viên	50-100-500mg	uống	
	ống	100-500mg	tiêm	

NHÓM XII: THUỐC TRA MẮT

Tên thuốc	Dạng	Hàm lượng	Cách dùng	Ghi chú
Argyrol	dung dịch	3%	nhỏ mắt	
Chloramphenicol	dung dịch nhỏ mắt	0,4%	nhỏ mắt	

NHÓM XIII: THUỐC MIỄN DỊCH

Tên thuốc	Dạng	Hàm lượng	Cách dùng	Ghi chú
1. <i>Huyết thanh</i>				
Huyết thanh kháng uốn ván (SAT)	ống	500 đv/ml	tiêm	
2. <i>Vaccin</i>				
Vaccin uốn ván	ống		tiêm	Tiêm phòng uốn ván khi mang thai
BCG đông khô	ống		tiêm	Tiêm cho bé sau sinh
Vaccin Bạch hầu-Ho gà-Uốn ván (DPT)	ống		tiêm	Tiêm cho trẻ từ ≥ 2 tháng tuổi
Vaccin bại liệt	dung dịch		uống	
Vaccin sởi	ống		tiêm	

TỰ LƯỢNG GIÁ

Điền vào chỗ trống

Câu 1: Atropin sulfat thuộc nhóm thuốc.....

Câu 2: Morphin thuộc nhóm thuốc.....

Câu 3: Chloramin thuộc nhóm thuốc.....

Câu 4: Cefriaxon thuộc nhóm thuốc.....

Câu 5: Ofloxacin thuộc nhóm thuốc.....

Câu 6: Chloroquin thuộc nhóm thuốc.....

Câu 7: Mebendazol thuộc nhóm thuốc.....

Câu 8: Ringer lactat thuộc nhóm thuốc.....

Câu 9: Methyldopa thuộc nhóm thuốc.....

Câu 10: Salbutamol thuộc nhóm thuốc.....

Câu 11: Phân biệt Đúng/ Sai các câu sau bằng cách đánh dấu ✓ vào cột phù hợp

TT	Nội dung	Đúng	Sai
A	Oxytocin có dạng thuốc uống		
B	Ibuprofen có thể giảm đau		
C	Artesunat là thuốc uống phòng sốt rét		
D	Viên sắt folic có thể dùng để phòng và trị thiếu máu thai nghén		
E	Ergometrin có thể tiêm trước đẻ		
G	Vaccin uốn ván dùng để tiêm phòng uốn ván cho mẹ và con		

Câu 12: Điền vào ô trống nội dung thích hợp trong các câu 12-16 thuốc giảm đau, tiền mê

Tên thuốc	Dạng (ống 1-2-5ml)	Hàm lượng	Cách dùng
A. Diazepam			
B. Morphin			
C. Promethazin			
D. Ibuprofen			
E. Pethidin			

Câu 13: Thuốc kháng sinh

Tên thuốc	Dạng	Hàm lượng	Cách dùng
A. Amoxicillin	viên		
B. Cefotaxim	lọ		
C. Ceftriaxon	lọ		
D. Gentamycin	ống		
E. Lincomycin	ống		
G. Erythromycin	viên		
H. Ofloxacin	lọ 40ml		

Câu 14: Thuốc điều trị huyết áp cao, sản giật

Tên thuốc	Dạng	Hàm lượng	Cách dùng
A. Aldomet	viên		
B. Nifedipin	viên		
C. Magie sulfat	ống		

Câu 15: Thuốc chống co thắt, chống đẻ non

Tên thuốc	Dạng	Hàm lượng	Cách dùng
A. Atropin sulfat	ống		
B. Papaverin	ống		
C. Salbutamol	ống		

Câu 16: Thuốc co tử cung

Tên thuốc	Dạng	Hàm lượng	Cách dùng
A. Oxytocin	Ống		
B. Ergometrin	Ống		

CƠ CHẾ ĐỂ

MỤC TIÊU

1. Trình bày theo thứ tự 4 nội dung của cơ chế để là **lọt** - **xuống** - **quay** - **sổ**.
2. Mô tả được chi tiết cơ chế để trong ngôi chỏm kiểu thế trước (chấm trái trước).
3. Mô tả được chi tiết cơ chế để trong ngôi chỏm kiểu thế sau (chấm phải sau).
4. Mô tả được chi tiết cơ chế để trong ngôi chỏm kiểu thế phải trước (chấm phải trước).
5. Mô tả được chi tiết cơ chế để trong ngôi chỏm kiểu thế trái sau (chấm trái sau).

Nghiên cứu cơ chế để là nghiên cứu cách các phần lớn nhất của thai nhi (đầu và vai) đi qua các phần hẹp nhất của khung chậu (eo trên, eo giữa và eo dưới) như thế nào. Khi các phần của thai nhi đi qua eo trên là **lọt**, đi trong tiểu khung là **xuống** và **quay**, khi qua eo dưới là **sổ**.

1. Đại cương về cơ chế để

1.1. Đối với thai nhi

Phải thu hẹp kích thước khi đi qua khung chậu.

1.1.1. Đầu (Hình 6.1)

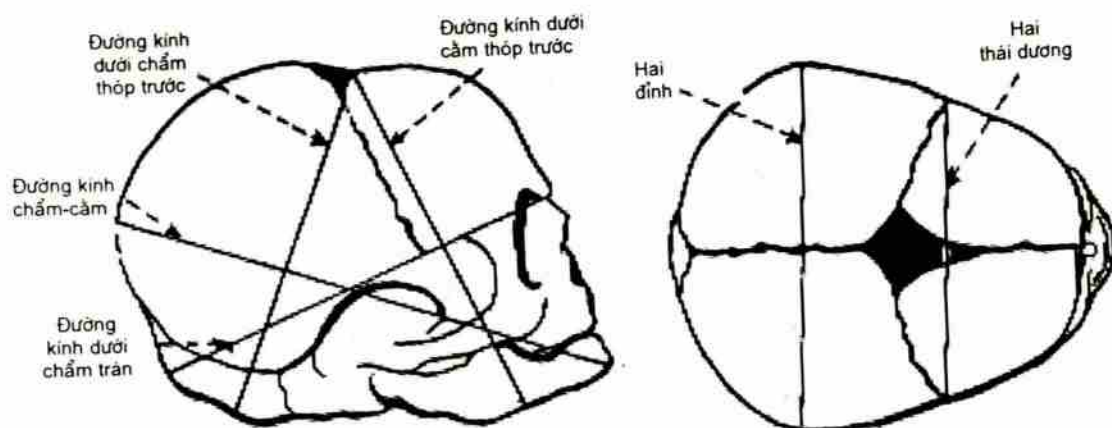
- Chiều trước sau (là chiều lớn nhất của đầu).

Không cúi = Chấm - Trán 11,5cm.

Cúi vừa = Dưới chấm - Trán 10,5cm.

Cúi hết = Dưới chấm - Thóp trước 9,5cm.

Nếu tương xứng với khung chậu, đầu chỉ cần cúi vừa.



Hình 6.1: Các đường kính đầu thai nhi

- *Chiều ngang* khoảng cách ngang giữa 2 đỉnh 9,5cm (hình 9).
 - Bình thường không cần thu hẹp vì không có đường kính nào của eo trên (và cả của khung chậu) nhỏ hơn 10,5 cm, hai bướu đỉnh sẽ cùng qua eo trên bằng cách lọt đối xứng.
 - Khi có khó khăn:

Một bướu đỉnh lọt trước là lọt không đối xứng, nếu bướu đỉnh trước lọt trước, gọi là lọt không đối xứng trước, nếu bướu đỉnh sau lọt trước gọi là lọt không đối xứng sau.

Khi đầu lọt không đối xứng, đường kính ngang sẽ là **Đỉnh - Thái dương** nhỏ hơn 9,5 cm.

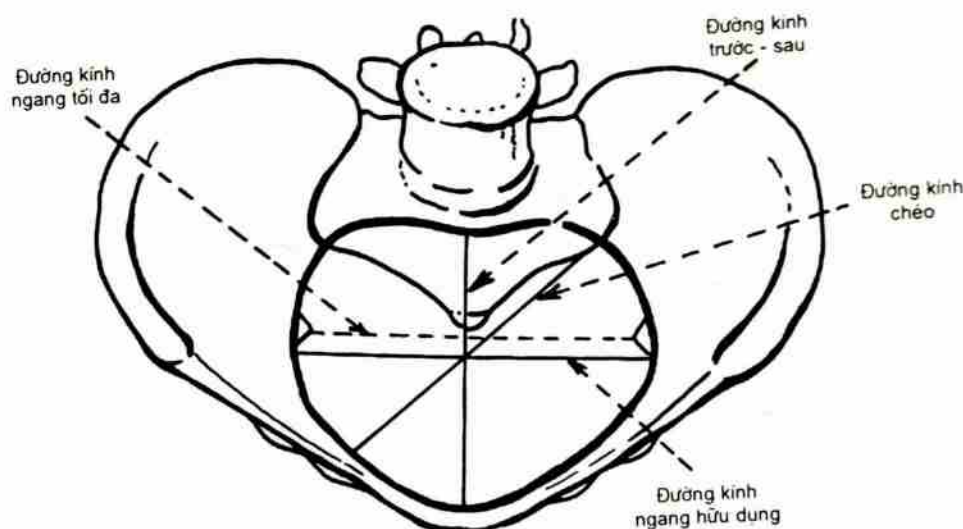
Chống xương: Là một cách ép nhỏ đường kính ngang. Lọt càng khó, mức độ chống xương càng nhiều (độ 1 = khít xương, độ 2 = chống lỏng, độ 3 = chống chặt)

1.1.2. Vai

Bình thường đường kính 2 móm vai 12cm, qua cơ chế **ép**, 2 móm vai chỉ còn là 9,5cm cho nên lọt vai không khó bằng đầu.

1.2. Đối với khung chậu

Chủ yếu là chọn hướng lọt, hướng xuống, các khớp mu cùng chậu tuy được coi là bán động nhưng cũng không có tác dụng gì đáng kể trong cơ chế đẻ (xem thêm hình 6.2).



Hình 6.2: Các đường kính của khung chậu

1.2.1. Với eo trên

Có 2 cặp đường kính mà đầu có thể chọn để lọt qua eo trên:

- Cặp ngang - trước sau.
- Cặp hai đường kính chéo.

Hướng lọt theo hai đường kính chéo rộng hơn và đây là hướng lọt bình thường của đầu thai nhi.

1.2.2. Với eo giữa

Tại eo giữa đường kính trước sau rộng nhất và đường kính ngang (hai gai hông) hẹp nhất .

Sau khi lọt và xuống đến eo giữa, đầu phải quay cho chiều trước sau của đầu từ hướng chéo (khi lọt) ra hướng trước sau của khung chậu.

Việc quay của đầu được thực hiện nhờ cơn co tử cung và mặt phẳng nghiêng của các cơ đáy chậu.

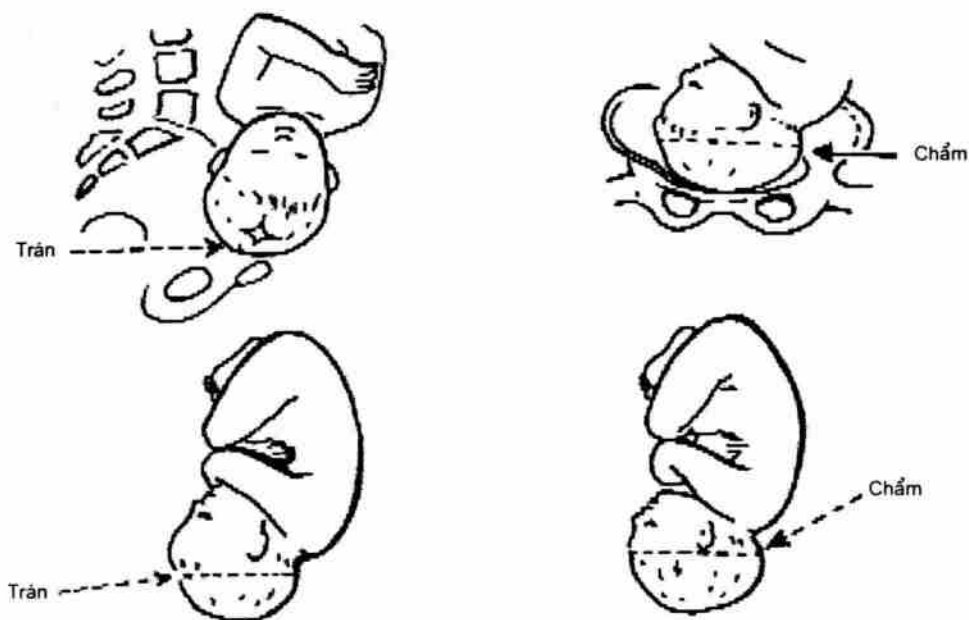
1.2.3. Với eo dưới

Tại eo dưới chiều ngang (giữa 2 ụ ngồi) cũng là chiều hẹp nhất và chiều trước sau cũng là rộng nhất để đường kính trước sau của đầu sổ ra ngoài. Tuy thế khi sổ đầu và cả vai nữa đều phải theo một nguyên tắc là số 2 thì: với đầu là chằm ra trước, trán ra sau để giảm thêm đường kính của đầu . Khi sổ vai thì vai trước ra trước, vai sau ra sau.

2. Cơ chế đẻ trong ngôi chỏm kiểu thế trước (Chỏm trái trước – ChTT)

2.1. Xác định vị trí các mốc (Hình 6.3)

- Chỏm ở vị trí 1h30
- Trán ở vị trí 7h30
- Bướu đỉnh trước ở vị trí 10h30
- Bướu đỉnh sau ở vị trí 4h30
- Vai trước ở vị trí 10h30
- Vai sau ở vị trí 4h30



Hình 6.3: Vị trí các điểm mốc

2.2. Diễn biến trong cơ chế đẻ

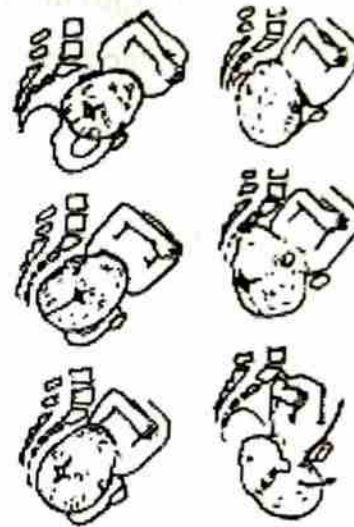
2.2.1. Lọt (đầu)

- Chọn hướng lọt:
- + Đường kính trước sau của đầu thai nhi song song với đường kính chéo trái của khung chậu người mẹ
- + Đường kính ngang của đầu thai nhi song song với đường kính chéo phải của khung chậu người mẹ.
- Đầu cúi (bình thường chỉ cần cúi vừa)
- Lọt chính thức và xuống theo hướng đã lọt

2.2.2. Tới eo giữa

Quay (hình 6.4):

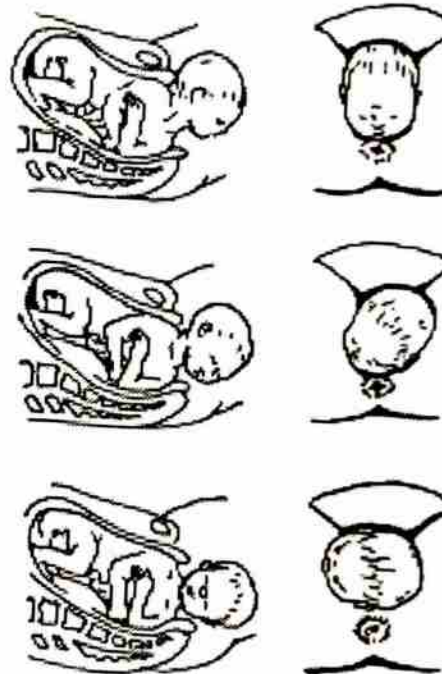
- Chẩm quay 45° ngược kim đồng hồ về 12h
- Trán quay 45° ngược kim đồng hồ về 6h
- Bướu đỉnh trước quay 45° ngược kim đồng hồ về 9h
- Bướu đỉnh sau quay 45° ngược kim đồng hồ về 3h
- Hai vai vẫn ở 10h30 (cổ vặn nhẹ 45°)



2.2.3. Tới eo dưới

- Đầu cúi thêm cho chẩm sổ trước (do trán bị TSM và xương cùng cụt giữ lại).
- Vùng dưới chẩm tới dưới xương mu.
- Cơ co đẩy cho vùng mặt sổ ra từ từ.
- Đường kính sổ đầu là dưới chẩm - trán = 10,5cm.
- Sau khi sổ ra đầu quay lại 45° theo chiều kim đồng hồ (trở lại vị trí cũ).

Hình 6.4: Cách quay của đầu thai nhi



2.2.4. Để vai

- Hai vai lọt theo chéo phải (ép vai để thu hẹp đường kính)
- Tới eo giữa vai cũng phải quay 45° để vai trước tới xương mu
- Động tác quay này làm cho đầu bên ngoài cũng quay theo. Đầu quay về vị trí cũ + 45° quay theo vai. Lúc này gáy thai nhi ở vị trí 3 h (hình 6.5).

Hình 6.5: Cách quay của vai (bên trong) và đầu (bên ngoài)

Khi sổ vai cũng tuân tự vai trước sổ trước, vai sau sổ sau. Nhờ đó ta có đường kính mồm vai - dưới mồm vai nhỏ hơn, vai ra dễ và đỡ rách tầng sinh môn.

Như vậy cơ chế để nếu xét theo 3 eo có thể mô tả theo 3 phần là lọt, xuống, sổ.

Nếu xét theo thai nhi thì có thể mô tả theo cúi, quay, ngửa, vai quay bên trong đầu quay bên ngoài.

2.3.5. Hiện tượng uốn khuôn

Hai đường kính lọt của đầu là dưới cằm – trán (chiều trước sau) và hai đỉnh (chiều ngang) bị ép lại khi qua đường để làm đường kính vuông góc với chúng là trên cằm - cằm dài ra về phía xương cằm.

Bướu thanh huyết hình thành ở phía sau đỉnh phải của đầu.

3. Cơ chế đẻ trong ngôi chỏm kiểu thế sau (Chẩm phải sau - ChPS)

3.1. Vị trí các mốc

- Chẩm: 7h30
- Trán: 1h30
- Bướu đỉnh trước: 10h30
- Bướu đỉnh sau: 4h30
- Vai trước: 10h30
- Vai sau: 4h30

3.2. Diễn biến trong cơ chế đẻ

3.2.1. Lọt (đầu)

- Chọn hướng lọt:
- + Đường kính trước sau của đầu thai nhi song song với đường kính chéo trái của khung chậu người mẹ.
- + Đường kính ngang của đầu thai nhi song song với đường kính chéo phải của khung chậu người mẹ.
- Chuẩn bị lọt: Vì chẩm quay ra sau, mặt phẳng eo trên lại chệch 45-60° so với mặt phẳng ngang nên chẩm vào eo dễ hơn và chuẩn bị lọt cũng kém hơn, thường sờ được 2 thóp. **Đó là khó khăn thứ nhất của kiểu thế chẩm sau.**
- Lọt chính thức và xuống theo hướng đã lọt.

3.2.2. Tới eo giữa

Có 2 cách quay

- Quay cách 1: 135° theo chiều kim đồng hồ về chẩm mu. Đây là tình huống thường gặp, vì quay dài nên thời gian lâu hơn chẩm trước. **Đó là khó khăn thứ hai của kiểu thế chẩm sau.**
- Quay cách 2: 45° theo ngược kim đồng hồ về chẩm cùng

3.2.3. Qua eo dưới

- Nếu số chằm mu: Diễn biến như đã nói trong số chằm trước
- Nếu số chằm cùng :
 - + Trán số trước
 - + Tiếp đó chằm số
 - + Cuối cùng là số mặt

Đường kính số đầu là chằm - trán 11,5cm. **Đó là khó khăn thứ ba của kiểu thế chằm sau**

Vì thế chằm sau được coi là kiểu thế xấu.

4. Cơ chế đẻ trong ngôi chỏm kiểu thế phải trước (Chằm phải trước - ChPT)

4.1. Xác định vị trí các mốc

- Chằm ở vị trí 10h30
- Trán ở vị trí 4h30
- Bướu đỉnh trước ở vị trí 1h30
- Bướu đỉnh sau ở vị trí 7h30
- Vai trước ở vị trí 1h30
- Vai sau ở vị trí 7h30

4.2. Diễn biến trong cơ chế đẻ

4.2.1. Lọt (đầu qua eo trên)

- Chọn hướng lọt: Đường kính trước sau của đầu thai nhi song song với đường kính chéo phải của khung chậu người mẹ
- Đường kính ngang của đầu thai nhi song song với đường kính chéo trái của khung chậu người mẹ.
- Đầu cúi (chỉ cần cúi vừa)
- Lọt chính thức và xuống theo hướng đã lọt

4.2.2. Tới eo giữa (quay)

- Chằm quay 45° theo chiều kim đồng hồ về chằm mu (12h)
- Trán quay 45° theo chiều kim đồng hồ về 6h
- Bướu đỉnh trước quay 45° theo chiều kim đồng hồ về 3h
- Bướu đỉnh sau quay 45° theo chiều kim đồng hồ về 9h
- Hai vai vẫn ở 1h30 và 7h30 (cổ vặn nhẹ 45°)

4.2.3. Tới eo dưới

- Đầu cúi thêm cho cằm sổ trước (trán bị TSM và xương cùng cụt giữ lại)
- Dưới cằm (gáy) tới xương mu và dừng lại khi cột sống lưng tiếp xúc với bờ trên xương mu
- Hiệu lực của cơ co chuyển ra phía sau đẩy cho mặt ra từ từ (đầu ngửa). Đường kính sổ đầu là dưới cằm - trán 10,5cm
- Sau khi sổ ra đầu quay 45° ngược chiều kim đồng hồ về lại vị trí phải trước để sửa tư thế vận

4.2.4. Để vai

- Hai vai lọt theo đường kính chéo trái (ép vai để thu hẹp đường kính)
- Mặt phẳng nghiêng của các eo đáy chậu làm cho vai quay 45° ngược chiều kim đồng hồ để vai trước từ 1h30 về 12h
- Đầu thai nhi lúc này đã ở ngoài không có gì cản trở nên cũng quay theo vai. Cằm ở vị trí 10h30 quay về 9h
- Khi sổ vai cũng tuần tự vai trước sổ trước vai sau sổ sau.

4.2.5. Hiện tượng uốn khuôn

- Hai đường kính lọt theo chiều trước sau của ngôi là dưới cằm - trán và theo chiều ngang là hai đỉnh bị ép lại khi qua đường để làm cho đường kính vuông góc với chúng là trên cằm - cằm dài ra làm cho có hình dài lên về phía sau
- Bướu thanh huyết hình thành ở phía sau bướu đỉnh trái của đầu.
- Đầu càng dài nhọn, bướu thanh huyết càng to chứng tỏ cuộc đẻ có nhiều khó khăn.

4.2.6. So sánh đẻ trong chỏm trái trước với chỏm phải trước

- Chỏm phải trước ít gặp hơn. Có người còn cho rằng đó chỉ là chỏm phải sau đang quay nửa chừng. Song về mặt cơ chế đẻ phải trước không có gì khó khăn hơn so với trái trước.
- Cần chú ý là do lưng thai nhi quay về bên phải người mẹ, người hộ sinh khi đỡ từ vai sau trở đi phải dùng tay trái không thuận bằng khi đỡ trái trước.

5. Cơ chế đẻ trong ngôi chỏm kiểu thế trái sau (ChTS)

5.1. Xác định vị trí các mốc

- Cằm ở vị trí 4h30
- Trán ở vị trí 10h30

- Bước đỉnh trước ở vị trí 1h30
- Bước đỉnh sau ở vị trí 7h30
- Vai trước ở vị trí 1h30
- Vai sau ở vị trí 7h30

5.2. Diễn biến trong cơ chế đẻ

5.2.1. Lọt

- Đường kính trước sau của đầu thai nhi song song với đường kính chéo phải của khung chậu người mẹ
- Đường kính ngang của đầu thai nhi song song với đường kính chéo trái của khung chậu người mẹ
- Đầu cúi: ở kiểu thế này không giúp đầu cúi tốt, đường kính trước sau của đầu thu nhỏ kém, làm đầu lọt chậm (**đó là khó khăn thứ nhất của kiểu thế trái sau**)
- Tiếp đó đầu lọt chính thức và xuống theo hướng đã lọt

5.2.2. Tới eo giữa (quay) có 2 khả năng

- Quay 135 độ ngược chiều kim đồng hồ về chằm mu, thời gian quay chậm và dễ bị dừng lại ở vị trí trái ngang (**đó là khó khăn thứ hai của kiểu thế trái sau**)
- Quay 45 độ theo chiều kim đồng hồ về chằm cùng, kiểu thế trái sau hay quay về chằm cùng hơn phải sau.

5.2.3. Tới eo dưới

- Sở chằm mu với 2 thì: cúi cho chằm sổ, ngửa cho mặt sổ. Đường kính sổ của đầu là dưới chằm - trán 10,5 cm.
- Sở chằm cùng với 3 thì: ngửa cho trán sổ, cúi cho chằm sổ rồi lại ngửa cho mặt sổ. Đường kính sổ của đầu là chằm trán 11,5 cm (**đó là khó khăn thứ ba của kiểu thế trái sau**)

5.2.4. Hiện tượng uốn khuôn

- Đường kính trên chằm cằm bị kéo dài ra
- Bước thanh huyết ở phía trước của đỉnh phải

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu từ 1-16

Câu 1: Những trường hợp sau đây là không có khó khăn trong cơ chế để

TT	Nội dung	Đúng	Sai
A	Đầu cúi hết		
B	Lọt không đối xứng		
C	Không chống xương		
D	Lọt theo đường kính ngang giữa		
E	Đầu quay thành chấm mu		

Câu 2: Đường kính sổ của đầu trong kiểu chấm mu là đường kính(A).....với số đo là(B).....cm

Câu 3: Đường kính sổ của đầu trong kiểu chấm cùng là đường kính(A).....với số đo là(B).....cm

Câu 4: Trong sổ chấm mu, bộ phận của đầu ra trước là(A).....sau đó là(B).....

Câu 5: Trong sổ chấm cùng bộ phận của đầu ra trước là(A).....tiếp đó là(B).....và cuối cùng là(C).....

Câu 6: Trong 3 chiều: Ngang, chéo, trước sau, chiều rộng nhất của eo giữa là chiều

Câu 7: Trong 3 chiều: Ngang, chéo, trước sau chiều rộng nhất của eo dưới là chiều.....

Câu 8: Trong ngôi chấm trái trước, sau khi hoàn thành thì sổ đầu, vị trí của chấm là giờ

Câu 9: Trong ngôi chấm phải sau, sau khi hoàn thành thì sổ đầu, vị trí của chấm là giờ

Câu 10: Kể 3 khó khăn của kiểu thể chấm sau

A.

B.

C.

Câu 11: Do hiện tượng uốn khuôn, đường kính(A)trong ngôi chòm sẽ dài ra

Câu 12: Trong ngôi chằm trái sau, vị trí bấu thanh huyết được hình thành ở(A)...

Câu 13: Trong ngôi chỏm, ở kiểu số..... (A) đầu ra theo hình đường sin

Câu 14: Trong hướng lợt, bình thường đầu xuống A. Theo đường kính chéo B. Theo đường kính ngang C. Theo chiều trước sau.

Câu 15: Trong 3 hướng lợt, hướng nào khó nhất

- A. Chéo
- B. Ngang
- C. Trước sau

Câu 16: Định nghĩa 4 bước của cơ chế đẻ

- A. Lợt:
- B. Xuống:.....
- C. Quay:.....
- D. Số:.....

Bài 7

CHUẨN BỊ CHO MỘT CUỘC ĐẺ THƯỜNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được 3 nội dung cần chuẩn bị đối với phòng đẻ.
2. Kể được 4 bộ dụng cụ và 4 yêu cầu về thuốc cần chuẩn bị cho một cuộc đẻ thường.
3. Trình bày được 8 nội dung cần chuẩn bị cho mẹ và con khi sinh.
4. Trình bày được 3 nội dung cần chuẩn bị về phía người hộ sinh.

1. Chuẩn bị phòng đẻ

1.1. Vệ sinh

Người đẻ có thể vào bất kỳ giờ nào trong ngày. Phòng đẻ do đó phải luôn được giữ sạch bằng cách:

- Định kỳ vệ sinh hàng tuần.
- Làm vệ sinh ngay sau mỗi ca đẻ.
- Phủ khăn sạch lên bàn đẻ và bàn dụng cụ để tránh bụi.
- Có guốc dép riêng (cho cả nhân viên và sản phụ).
- Khi không hoạt động phải đóng kín cửa.
- Chỉ những người cần thiết mới được vào. Không dùng phòng đẻ vào các mục đích khác như khám phụ khoa, đặt dụng cụ tử cung...
- Cần lưu ý duy trì vệ sinh ở những nơi đẻ đông, hoặc ngược lại đẻ quá thưa.

1.2. Ánh sáng

- Cần có ánh sáng tốt để theo dõi chăm sóc thai phụ.
- Ban đêm, nếu mất điện cần có nguồn sáng thay thế ngay.

1.3. Nhiệt độ trong phòng

- Có quạt mát mùa hè (nhưng không dùng quạt trần).
- Có lò sưởi mùa đông, tối thiểu là một bóng điện 150W để sưởi ấm cho bé. Tốt nhất có điều hoà nhiệt độ.

2. Chuẩn bị dụng cụ và thuốc

2.1. Dụng cụ sản khoa

- Phải có đủ 4 bộ:
 - + Bộ đỡ đẻ (2 bộ: 1 bộ để cắt rốn, một bộ để làm rốn).
 - + Bộ cắt khâu tầng sinh môn: 1 bộ.
 - + Bộ chữa ngạt sơ sinh: 1 bộ.
 - + Bộ kiểm tra cổ tử cung: 1 bộ.
- Găng vô khuẩn: Tối thiểu 3 đôi (1 đỡ đẻ, 1 làm rốn, 1 găng khám).
- Dụng cụ phải đã tiệt khuẩn, còn hạn dùng, để trong hộp bảo quản có nắp kín. Khi chưa dùng cần được phủ vải sạch lên trên.

2.2. Gói băng rốn đã tiệt khuẩn

2.3. Thuốc

- Trong phòng đẻ phải có một tủ thuốc cấp cứu riêng.
- Tủ thuốc phải có đủ thuốc thiết yếu, có sơ đồ bố trí để khi cần lấy được ngay.
- Chỉ để thuốc còn hạn dùng.
- Luôn sẵn sàng bơm tiêm, kim tiêm (đã vô khuẩn), dây truyền, cốc truyền để khi cần dùng là có ngay.

2.4. Các phương tiện theo dõi chuyển dạ (để vào một khay riêng)

- Thuốc dây.
- Đồng hồ có kim giây.
- Ống nghe tim thai.
- Ống nghe tim phổi.
- Huyết áp kế.
- Nhiệt kế.
- Găng vô khuẩn.
- Hồ sơ sản khoa.
- Biểu đồ chuyển dạ.
- Bút ghi.

3. Chuẩn bị cho người mẹ và sơ sinh

3.1. Tôn trọng quyền sản phụ

- Được chọn nơi đẻ (không máy móc phân tuyến).
- Được chọn người đỡ.

- Được yêu cầu có người nhà chăm sóc (tất nhiên với số lượng hạn chế và cũng phải được trang phục như cán bộ y tế).
- Được kín đáo riêng tư (các cửa phải có rèm che).
- Được tôn trọng tập tục của các địa phương.

3.2. Về tinh thần: Tư vấn khi chuyển dạ

Trong cuộc đẻ phải chờ đến kết thúc mới có thể nói là thường hay bất thường nhưng phần lớn có thể tiên lượng qua các thông số khi thăm khám và theo dõi chuyển dạ. Nếu biết được mình sẽ đẻ thường, khoảng bao lâu nữa sẽ sinh và từ giờ đến khi sinh sẽ như thế nào thì sản phụ sẽ dễ dàng đương đầu với cuộc đẻ hơn. Đó là những nội dung tư vấn mà người hộ sinh phải làm khi theo dõi chuyển dạ.

3.3. Vệ sinh thân thể

- Nên tắm rửa và mặc đồ sạch. Tốt nhất là mặc đồ của nhà hộ sinh.
- Rửa âm hộ trước và sau mỗi lần thăm trong.
- Rửa xong thay tã lót trải dưới (có thể là ni lông hoặc vải).
- Thông tiểu: chỉ làm khi bàng quang đầy mà thai phụ không tự đi tiểu được (dùng xông cao su mềm).
- Đại tiện: nếu thai phụ còn ở pha tiềm tàng, có thể kích thích đại tiện bằng bơm Microlax - khi đẻ sẽ không có phân ra theo (về thực tế: nhiều người cho rằng cách làm này hơi phức tạp với một người chuyển dạ dễ, và khi rặn thường có nước thụt ra theo).
- Cạo lông: Không làm vì không cần thiết cho một cuộc đẻ thường. Mặt trái là khi cạo có thể xước da, tạo đường xâm nhập cho vi khuẩn.

3.4. Ăn uống

Thai phụ có thể ăn uống theo nhu cầu. Tránh ép ăn nhiều để lấy sức rặn. Nếu có nguy cơ đẻ khó xuất hiện thì nên hạn chế ăn nhiều, vì khi mô nguy cơ thức ăn trào ngược sẽ rất nguy hiểm.

3.5. Vận động

Thai phụ có thể đứng, ngồi, nằm, đi lại theo nhu cầu. Tránh nằm ngửa đầu thấp vì ở tư thế này máu đến tử cung ít nhất và sẽ ảnh hưởng không tốt đến thai. Tư thế nằm nghiêng trái được khuyến dùng vì ở tư thế này tĩnh mạch chủ bụng không bị chèn ép máu sẽ đến tử cung nhiều hơn.

3.6. Phương tiện chuyển viện (khi cần)

Vấn đề này được đặt ra cho những tuyến đỡ đẻ không có mổ. Cần đưa sẵn tình huống nếu có yêu cầu cần chuyển thì chuyển bằng gì, những ai sẽ đi theo, chuyển đến đâu. Kinh phí chuyển tuyến và viện phí cần thiết khi xảy ra đẻ khó, nhờ đó sẽ giảm được các tai biến do chậm chuyển.

3.7. Đồ dùng cho mẹ và con sau sinh

- Cho mẹ: Quần áo sạch, băng vệ sinh sạch. Tốt nhất nhà hộ sinh cung cấp băng và hấp tiệt khuẩn.
- Cho con: Mũ, áo, tã lót, sắp sẵn và cân sẵn, bé sinh xong có thể mặc áo quần lót để giữ ấm trước khi cân.

3.8. Người nhà

Ở các cơ sở đỡ đẻ thường người nhà giúp được nhiều việc:

- Chăm sóc sản phụ về vệ sinh ăn uống.
- Nâng đỡ, động viên khi đau đẻ.
- Có thể phụ giúp người hộ sinh một số việc như: kích thích đầu vú, để tăng cơn co, phụ giúp khi người đỡ đẻ chỉ có một mình như tình trạng phổ biến ở các trạm y tế xã hiện nay.
- Giúp chuyển viện nhanh chóng.

Do đó, người hộ sinh cần hướng dẫn và hợp tác với người nhà trong quá trình theo dõi cuộc chuyển dạ.

4. Chuẩn bị về phía người hộ sinh

4.1. Bàn tay sạch

- Rửa tay đúng quy cách.
- Đi găng vô khuẩn trong các thì đỡ đẻ, làm rốn, khâu tầng sinh môn, kiểm soát tử cung, bóc rau. Không dùng một đôi găng cho 2 thủ thuật, trừ đôi găng làm rốn có thể sử dụng tiếp để đỡ rau.
- Có găng cao su cổ dài để kiểm soát tử cung.

4.2. Trang bị phòng hộ tránh lây nhiễm do máu, nước ối bắn vào cơ thể (phòng HIV và virus gây viêm gan các loại).

Cần có mũ, khẩu trang (kín mũi), kính che mắt, áo công tác, tạp dề, ủng cao su cùng với găng tay.

4.3. Trong hoàn cảnh đỡ đẻ không có người phụ nên sắp sẵn dụng cụ lên khay theo thứ tự dùng trước dùng sau, có phủ khăn vô khuẩn, tránh tình trạng bàn tay đã đi găng vô khuẩn lại phải mở nắp hộp dụng cụ.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu hỏi từ 1 đến 4

Câu 1: Kể 6 yêu cầu về chuẩn bị vệ sinh phòng đẻ

A:.....

B:.....

C:.....
 D:.....
 E:.....
 G:.....

Câu 2: Phương tiện sưởi ấm cho sơ sinh đơn giản, dễ có nhất là

.....

Câu 3: Kể tên các bộ dụng cụ cần chuẩn bị trước khi đỡ đẻ thường

A:.....
 B:.....
 C:.....
 D:.....

Câu 4: Nêu các yêu cầu về chuẩn bị thuốc trước khi đỡ đẻ thường

A:.....
 B:.....
 C:.....
 D:.....

Phân biệt đúng/ sai các câu sau bằng cách đánh dấu v vào các cột tương ứng

Câu 5: Chuẩn bị cho người mẹ trước đẻ

Mã	Công việc, nội dung	Đúng	Sai
A	Tắm, mặc đồ sạch		
B	Cạo lông		
C	Thông tiểu nhất loạt		
D	Thụt tháo		
E	Không được đứng hoặc đi lại		
G	Cho nằm ngửa, đầu thấp		
H	Không nên ăn uống		
K	Người nhà có thể cùng chăm sóc		

Bài tập:

Chị họ sinh N.T. Lan chuẩn bị đỡ đẻ cho một thai phụ đẻ lần thứ hai (tiền sử đẻ thường, tăng sinh môn không rách) ở Trạm Y tế xã. Thai phụ có chiều cao tử cung 31cm, thời gian chuyển dạ tính từ khi vào 4 giờ, ối mới vỡ, chị Lan cần chuẩn bị những dụng cụ gì?

ĐỖ ĐẼ NGÔI CHỖ

MỤC TIÊU

5. *Kể được 6 nội dung cần chuẩn bị cho đỡ đẻ ngôi chễm.*
6. *Kể được 4 nội dung của đỡ đẻ đúng lúc.*
7. *Trình bày được 5 động tác cơ bản khi đỡ đẻ tại bàn đẻ.*
8. *Trình bày được 5 động tác cơ bản khi đỡ đẻ tại giường.*
9. *Lập kế hoạch chăm sóc với 10 nội dung*

Đỡ đẻ ngôi chễm là một công việc mà người hộ sinh sẽ thực hiện suốt đời làm chuyên môn của mình, là công việc vừa mang tính kỹ thuật cũng vừa là nghệ thuật. Đỡ đẻ có thể học theo cách truyền nghề bằng kinh nghiệm của các bà đỡ dân gian, nhưng chỉ tiêu phấn đấu của Việt Nam đến năm 2010 là trên 97% số đẻ được cán bộ y tế đã qua đào tạo đỡ. Thông qua đào tạo, người hộ sinh đã có kiến thức, kỹ năng đỡ đẻ an toàn bao gồm các yêu cầu: đỡ đẻ sạch, đỡ đẻ đúng lúc, đúng quy cách.

1. Chuẩn bị cho đỡ đẻ ngôi chễm

Các nội dung của phần chuẩn bị đều đã có những bài riêng nhưng do tính quan trọng, cần được nhắc lại.

1.1. Nơi đẻ

1.2. Dụng cụ đỡ đẻ: để đúng vị trí quy định, khi cần dùng là có ngay.

1.3. Phương tiện chăm sóc sơ sinh (bình thường và dụng cụ chữa ngạt)

1.4. Thuốc thiết yếu

1.5. Thai phụ: động viên an ủi về tư tưởng, tâm lý, vệ sinh...

1.6. Người đỡ và người phụ giúp trong lúc đỡ đẻ. Nếu thiếu nhân viên y tế, có thể sử dụng người nhà trong một số việc và cần hướng dẫn trước.

(Xem chi tiết ở các bài tương ứng)

2. Tư thế đẻ

Các tư thế đứng, ngồi, nằm (nghiêng, ngửa, nằm đầu gối ngực) đều được sản phụ lựa chọn.

Về nguyên tắc sản phụ tự chọn tư thế. Ở nước ta, ngoài tư thế đẻ ngồi ở một số địa phương miền núi, tư thế đẻ chủ yếu là nằm ngửa, đầu và thân hơi cao.

2.1. Đẻ tại bàn đẻ

Bàn đẻ cao 0,80m, được thiết kế để đáp ứng tư thế được gọi là “Tư thế sản khoa”. Sản phụ nằm ngửa, đầu và lưng hơi cao, khớp gối và khớp háng nửa gấp, đùi dang. Bàn được thiết kế chỗ để chân (tựa vào bàn chân hoặc khoeo chân) để hỗ trợ sức rặn. Bàn còn có hai tay nắm hai bên cùng với mục đích tạo điểm tựa cho sức rặn.

Tư thế này không thật khoẻ cho sức rặn như tư thế ngồi xổm nhưng có nhiều lợi ích

- Sức rặn không hướng ra sau như tư thế ngồi mà hướng vào chính giữa âm môn.
- Có thời gian để chuẩn bị cho tầng sinh môn giãn nở, khi đẻ đỡ rách tầng sinh môn.
- Ngoài đỡ đẻ thường, có thể làm các thủ thuật đường dưới như: Forceps, giác hút, xoay thai, cắt khâu tầng sinh môn, bóc rau, kiểm soát tử cung mà không phải chuyển đổi tư thế sản phụ.

2.2. Đẻ tại giường đẻ

- Giường đẻ dài hơn, rộng hơn và thấp hơn bàn đẻ (cao 0, 60m)
- Giường đẻ có ưu điểm là nằm thoải mái, không sợ đẻ rơi con xuống nền nhà, được sử dụng ở những nơi phòng chờ đẻ và phòng đẻ là một.
- Thích hợp với đẻ thường, không phải can thiệp gì, đẻ tại nhà.

2.3. Các tư thế khác (chưa áp dụng ở nước ta)

- Tư thế nằm nghiêng để người đỡ đẻ quan sát tầng sinh môn (tư thế người Anh).
- Tư thế quỳ ở một số nước đạo hồi.

3. Tư thế người đỡ đẻ

3.1. Đỡ đẻ tại bàn

Người đỡ đứng trước, giữa hai đùi và hơi xé sang phải (nếu thuận tay phải). Dụng cụ để trên một bàn chuyên dùng.

3.2. Đỡ đẻ tại giường

Nếu thuận tay phải, ngồi bên phải sản phụ. Dụng cụ để phía cuối giường trong một khay vô khuẩn có khăn vô khuẩn che phủ trước khi dùng.

4. Đỡ đẻ đúng lúc

- Đúng lúc có nghĩa là không muộn quá và cũng không sớm quá.
- + Đỡ muộn quá sẽ giảm phần hỗ trợ tích cực của người hộ sinh, lại có nguy cơ đẻ rơi.
- + Đỡ sớm quá sẽ chưa có tác dụng, thời gian công sức bỏ ra không cần thiết, lại có thể đi đến nhận định không chính xác là rặn lâu không chuyển.
- Thế nào là đúng lúc? Đó là khi đầu đã lọt đến +5 (mức ngang 2 gai hông là 0, ngang 2 ụ ngồi là +4). Nói cách khác, đó là lúc đầu thập thò, lộ ra âm môn với đường kính 4 - 5cm.
- Người hộ sinh phải đứng cạnh sản phụ từ lúc có cơn rặn và trước khi âm môn nở tròn, tầng sinh môn giãn làm lộ âm môn hướng lên trên và ra trước. Đây là những dấu hiệu báo công việc đỡ đẻ sắp bắt đầu.
- Cần thận trọng để phòng có thể sổ thai lúc người hộ sinh đi rửa tay.

5. Đỡ đẻ tại bàn - Kiểu sổ chằm mu

5.1. Đỡ chằm: nguyên tắc là giúp đầu “cúi hết”.

5.1.1. Theo cơ chế đẻ

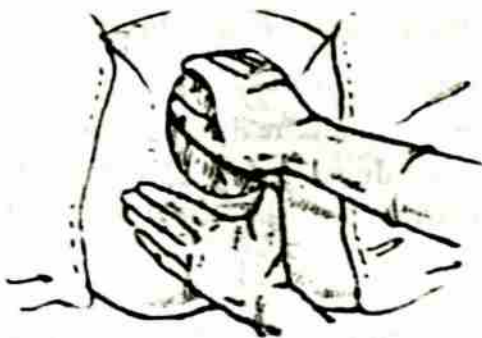
Đầu từ cúi vừa chuyển sang cúi hết. Cơ co tử cung cộng với sức rặn của thành bụng đẩy đầu xuống lúc này trở lực về phía trán lớn hơn (xương cùng cụt và tầng sinh môn), trán bị giữ lại, chằm tiến, tức là chằm sổ trước.

5.1.2. Động tác đỡ chằm (hỗ trợ cơ chế đẻ tự nhiên)

- Bàn tay **thuận** giữ tầng sinh môn.
- + Đặt một miếng gạc vô khuẩn kích thước 20 x 20cm gạc khâu 4 lần, vừa che được tầng sinh môn và hậu môn, vừa thêm được độ dày cho lòng bàn tay áp sát.
- + Bàn tay để úp ngang, ngón cái một bên, các ngón còn lại ở một bên (xem hình 8.1).
- + Bàn tay kia dùng 4 đầu ngón ấn xuống cho chằm cúi. Động tác này hỗ trợ trực tiếp cho chằm sổ.

Lúc đầu âm môn còn mở nhỏ (4-5cm) cần thận trọng không để các đầu ngón làm thương tổn vùng tiền đình.

Theo cơ chế đẻ khi chằm đã sổ hết, vùng dưới chằm tới dưới mu, gáy và xương mu đều đo được 4cm. Sau khi khớp nhau cột sống lưng thai nhi sẽ tới bờ trên xương mu và dừng lại. Tác dụng của cơ co tử cung và thành bụng sẽ chuyển về phía sau đẩy cho mặt sổ.



Hình 8.1: Giữ tầng sinh môn
Chỉ giữ trong cơn rặn. Động tác này hỗ trợ giữ trán lại cho cằm tiến. Vì cần có lực nhất định cho nên dùng tay thuận.

5.2. **Đỡ mặt:** Nguyên tắc là giúp mặt “ngửa từ từ”

5.2.1. Tay giữ tầng sinh môn

Vị trí và tác động giống như động tác đỡ cằm, nhưng lực giữ phải tăng cường hơn với mục đích cho trán ra từ từ để tầng sinh môn có điều kiện giãn nở, đỡ rách.

5.2.2. Tay hướng cho mặt sổ (hình 8.2)



Hình 8.2: Hướng cho mặt sổ

Khi đỡ cằm các đầu ngón hướng lên trên thì bây giờ quay xuống dưới hướng cho trán và mặt ngửa lên. Cần chú ý nhất lúc sổ trán vì đường kính dưới cằm - trán (10,5cm) là đường kính sổ lớn nhất của cằm mu.

Trường hợp đẻ con so hoặc đầu thai to có thể dùng bàn tay này (5.2.2) làm động tác nghiêng (lách) cho một buồng đỉnh sổ trước, ta sẽ thay thế đường kính 2 đỉnh 9,5cm bằng đường kính đỉnh - thái dương nhỏ hơn. Trong cơ chế đẻ tự nhiên không có thì này.

5.2.3. Sau khi mặt sổ hết, đầu sẽ có 2 động tác quay

- Quay thứ nhất: Trở lại vị trí ban đầu để sửa tư thế cổ vặn - ví dụ nếu lọt kiểu thế cằm trái trước thì đầu sẽ quay lại 45^0 - từ cằm mu về trái trước.
- Quay thứ hai: Quay theo vai vì trước khi sổ vai phải quay từ đường kính chéo về trước sau.

- Tổng hai lần quay nếu lưng trái, chằm sẽ về trái ngang. Nếu lưng phải, chằm sẽ về phải ngang. Người hộ sinh quan sát xem đầu có xu thế quay về bên nào thì giúp cho chằm quay về bên đó.
- Hút nhót để khi trẻ thở không hít phải dịch này
- Xử trí dây rốn quấn cổ nếu có: Trước hết nếu dây rốn lỏng gỡ qua đầu, hoặc gỡ qua vai. Nếu không gỡ được thì kẹp và cắt giữa hai kẹp. *Xử trí lủng túng dây rau quấn cổ có thể làm trẻ ngạt.*

5.3. Đỡ vai trước

Người hộ sinh chuyển sang tư thế đứng giữa, phối hợp hai bàn tay kéo nhẹ đầu xuống trong cơn rặn cho vai trước sổ. Động tác này sẽ kết thúc khi cơ delta của vai trước đã sổ.

5.4. Đỡ vai sau

Tay hướng về phía lưng, đặt ngón cái xuống dưới gáy. Các ngón còn lại đỡ phía trên cổ, nâng đầu lên cho vai sau sổ.

Tay hướng về phía mặt chuyển sang làm động tác giữ tầng sinh môn cho vai sau sổ từ từ vì thì này cũng có thể gây rách.

5.5. Đỡ thân và chân

Điều quan trọng là không để rơi bé. Tay đỡ cổ vẫn giữ nguyên như lúc đỡ vai sau nhưng có chuyển nhẹ để lưng nằm ngang. Tay giữ tầng sinh môn đỡ lần lượt từ lưng - mông - hai chân và giữ hai cổ chân giữa các ngón thứ hai và ba.

6. Đỡ đẻ tại bàn kiểu sổ chằm - cùng (hình 8.3)

Kiểu sổ này chỉ gặp trong 1-2% khi đỡ ngôi chỏm.

6.1. Đỡ trán

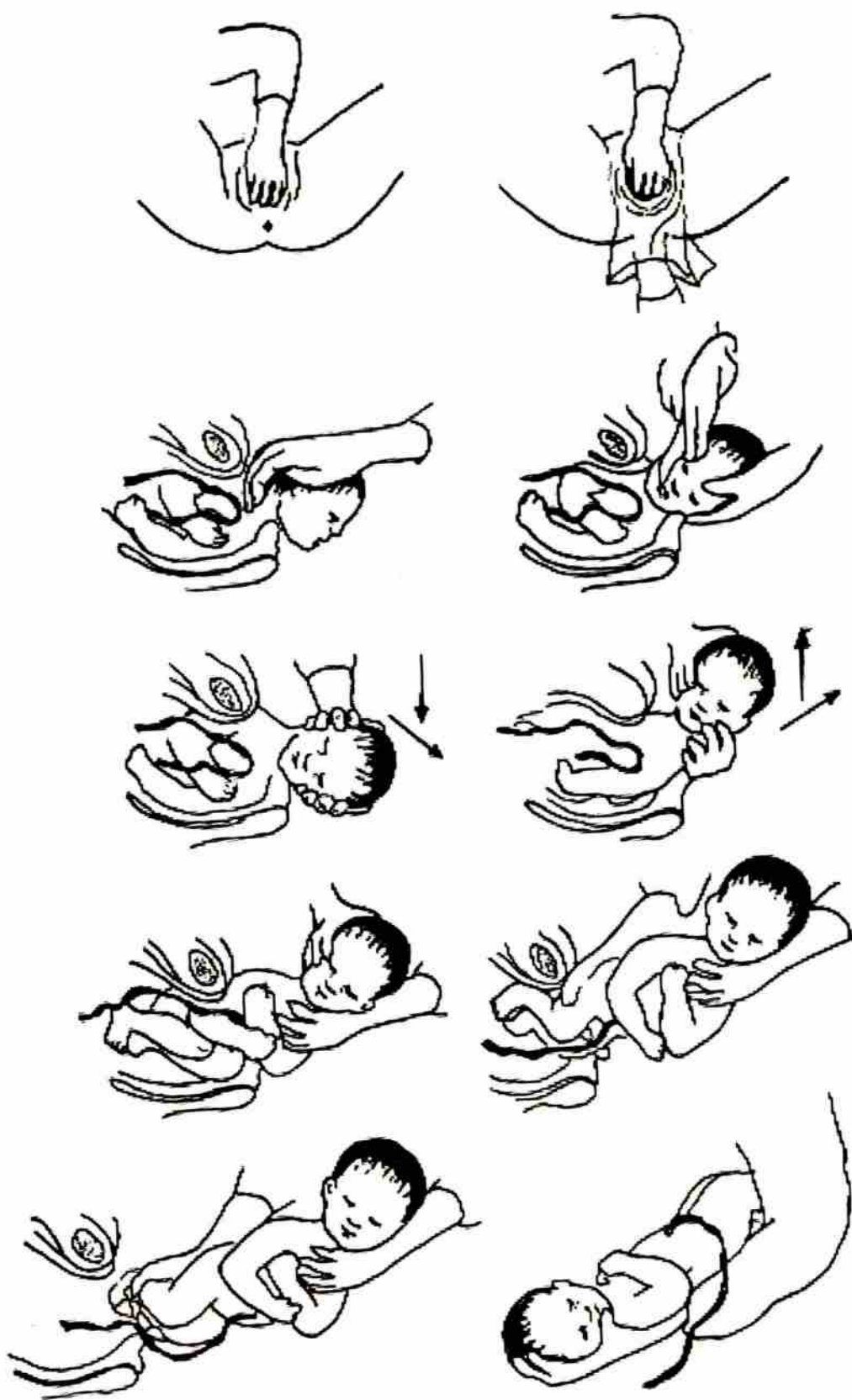
Giữ tầng sinh môn (giữ chằm) để sức rặn đẩy phần trán phía trước sổ, đầu ngửa. Tới gốc mũi thì này dừng lại.

6.2. Đỡ chằm

Sức rặn dồn về phía sau vì lực cản lúc này ít hơn đẩy cho chằm tiến: Đầu cúi.

6.3. Khi chằm đã sổ hết thì mặt tiếp tục ngửa cho phần còn lại của mặt sổ nốt.

Đường kính sổ lớn nhất của ngôi là trán chằm 11,5cm dễ gây rách tầng sinh môn và do đó cũng có yêu cầu cắt tầng sinh môn cao hơn hoặc phải can thiệp bằng forceps, giác hút.



Hình 8.3: Đỡ đỡ tại bàn

7. Đỡ đẻ tại giường

7.1. Đỡ chấm (Hình 8.4)



Hình 8.4: Bàn tay thuận giữ tầng sinh môn, bàn tay kia đặt úp, dùng lòng bàn tay tác động lên vùng chấm cho đầu cúi.

7.2. Đỡ mặt

- Bàn tay thuận vẫn giữ tầng sinh môn
- Bàn tay kia dùng các đầu ngón hướng cho mặt ngửa lên.

7.3. Xử trí phần đỡ cổ (hút nhót, xử trí dây rốn quấn cổ) như đỡ tại bàn.

7.4. Đỡ vai trước (hình 8.5)



Hình 8.5: Hai bàn tay áp vào trên và dưới mặt, kéo đầu xuống cho vai trước sổ.

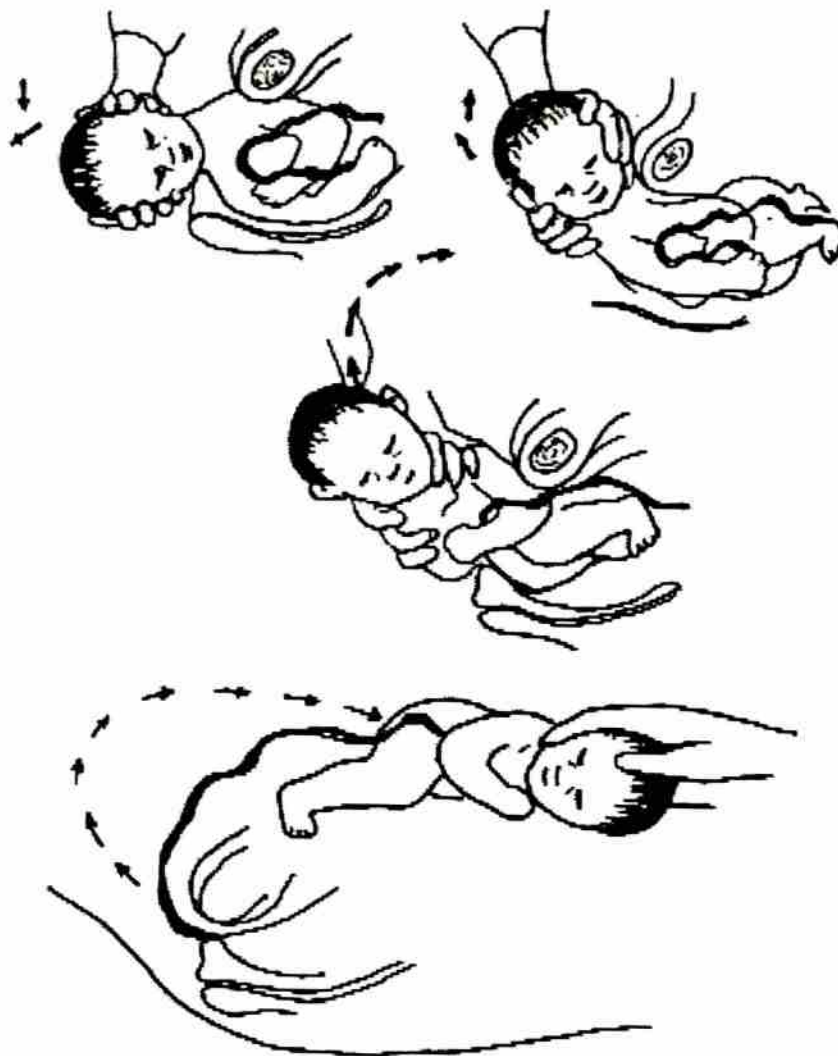
7.5. Đỡ vai sau (hình 8.6)



Hình 8.6: Tay dưới trở lại giữ tầng sinh môn. Tay trên chạm các đầu ngón đặt ở dưới mặt nâng đầu lên cho vai sau sổ (cũng để tránh rách tầng sinh môn khi sổ vai sau)

7.6. **Đỡ mông và chân** (hình 8.7)

Hai tay lại giữ đầu (như đã mô tả ở phần đỡ đẻ tại bàn) kéo cho thân, mông và chân sổ sau đó đặt trẻ trên bụng người mẹ và cặp cắt rốn.



Hình 8.7: Đỡ đẻ tại giường

8. Các hỗ trợ khác khi đỡ ngôi chỏm

8.1. **Hỗ trợ tinh thần**

- Phải thật sự thông cảm, động viên, không để sản phụ có tâm lý phải “vượt cạm một mình”. Trước khi làm gì phải thông báo trước vì sao làm, sẽ làm gì để có sự hợp tác tốt của sản phụ.
- Sự có mặt của người nhà cũng là một hỗ trợ tinh thần tốt.
- Thường xuyên thông báo tiến độ để sản phụ vững tâm.

8.2. Hỗ trợ sức rặn

Trong đỡ đẻ ngôi chỏm, chủ yếu là để diễn biến tự nhiên. Nhưng nếu hỗ trợ mà có tác dụng thì cũng nên làm và phải hết sức tránh những hỗ trợ phản tác dụng.

Ngoài việc hướng dẫn cách rặn, thời điểm rặn thích hợp, động viên sự cố gắng trong mỗi cơn rặn có thể giúp cơn co bằng phản xạ vú - tử cung (về đầu vú).

9. Chăm sóc sản phụ trong đỡ đẻ ngôi chỏm

9.1. Nhận định

- Bước chuyển từ giai đoạn 1 sang giai đoạn 2 để chuẩn bị đỡ đẻ
- Sức khỏe người mẹ: toàn trạng, dấu hiệu sống, sức rặn
- Thai nhi: Tim thai, kiểu sổ
- Tiến độ và các biến chứng có thể gặp trong giai đoạn sổ thai

9.2. Chẩn đoán/Các vấn đề cần chăm sóc

- Khi nào thì chuyển thai phụ từ phòng chờ đẻ sang phòng đẻ
- Tư thế đẻ
- Phương tiện đỡ đẻ: Chuyển từ nơi bảo quản sang vị trí sẽ sử dụng ở thời điểm thích hợp
- Số người chăm sóc: hợp đồng giữa những người chăm sóc (có thể sử dụng cả người nhà - cần hướng dẫn trước)
- Có khuyến khích, hỗ trợ sức rặn
- Có thông tiểu
- Có giữ tầng sinh môn, có dự kiến cắt TSM, cắt rách...
- Có sử dụng thuốc giảm đau
- Theo dõi sức khỏe người mẹ: tần suất đo mạch, huyết áp, thân nhiệt...
- Theo dõi sức khỏe con: tần suất nghe tim thai
- Phương tiện chăm sóc con ngay sau đẻ

9.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- (1) Chuyển thai phụ sang phòng đẻ. Thời điểm
 - + Con dạ: Cuối giai đoạn mở (lúc chuyển tiếp của giai đoạn 1 và 2)
 - + Con so: ở đầu giai đoạn 2
 - + Có thể diu sang phòng đẻ hoặc chuyển bằng cang nếu cần

- (2) Tổ chức kíp đỡ đẻ: Tối thiểu 2 người. Người phụ phải cần biết giúp người chính những việc gì. Phải mặc áo, mũ y tế và mang khẩu trang khi các hộp vô khuẩn đã mở nắp.
- (3) Sắp sẵn các phương tiện đỡ đẻ, đặt đúng vị trí
- (4) Kiểm tra các phương tiện ủ ấm sơ sinh, hơ ấm trước tã lót khi trời lạnh
- (5) Kiểm tra, vận hành thử các phương tiện chữa ngạt sơ sinh.
- (6) Vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài trước và sau thăm trong. Thay vải hoặc ni lông sau mỗi lần rửa
- (7) Theo dõi thể trạng người mẹ, các dấu hiệu sống
 - + Mạch
 - + Huyết áp
 - + Thân nhiệt
 - + Hô hấp

Nếu các thông số tốt, ít nhất một lần trước, một lần ngay sau đỡ đẻ. Kiểm tra lại ngay nếu thấy sản phụ khó thở, tím tái

- (8) Có cần hỗ trợ sức rặn (khi rặn yếu)
- (9) Có cần giảm đau (khi cắt TSM)
- (10) Người đỡ: rửa tay, đi găng. Trong lúc rửa tay phải có người phụ hoặc phải quan sát tránh để rơi.

9.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Mười nội dung của kế hoạch chăm sóc cần được thực hiện trong trường hợp cụ thể

- Đối với bước (1) tùy mức độ có thể để thai phụ tự đi, dìu, bế, cáng...
- Đối với bước (2) trường hợp chỉ có 1 nhân viên đỡ đẻ, cần sử dụng người nhà
- Các bước từ (3) đến (6) thực hiện theo thường qui
- Đối với bước (7) nên phân công cho người phụ giúp. Nếu chỉ có một người, phải thường xuyên quan sát nét mặt, hô hấp
- Với các bước (8) và (9): Bình thường không phải can thiệp gì
- Với bước (10) thì người hộ sinh phải có mặt đúng lúc để có thể rửa tay đúng qui cách, tránh trường hợp đi găng để đỡ bé.

9.5. Đánh giá

- Tốt: Cuộc đẻ an toàn cho cả mẹ và con, đảm bảo vô khuẩn.
- Chưa tốt: khi mẹ bị chấn thương đường sinh dục gây chảy máu nhiều hoặc con chậm hô hấp...

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu từ 1 đến 12

Câu 1: Kể 6 nội dung cần chuẩn bị khi dỡ ghế ngồi chồm

A:

B:.....

C:.....

D:.....

E:.....

G:.....

Câu 2: Kể 3 lợi ích của tư thế sản khoa

A:

B:.....

C:.....

Câu 3: Tại sao khi dỡ ghế ngồi chồm phải cho đầu cúi hết?

.....

Câu 4: Tại sao khi dỡ mặt phải cho đầu ngửa từ từ?

.....

Câu 5: Một động tác mà người dỡ có thể giúp đầu sổ. Động tác ấy không có trong cơ chế đẻ tự nhiên. Đó là gì?

Câu 6: Trong khi dỡ ghế ngồi chồm, có hai thì dễ gây rách tầng sinh môn là:

A:.....

B:.....

Câu 7: Khi gấp dây rau quấn cổ một vòng có 3 cách xử trí đó là:

A:

B:.....

C:.....

Câu 8: Nếu ghế ngồi chồm lật theo kiểu thế chằm phải trước, sau khi mặt sổ hết, đầu sẽ tự quay như thế nào.

A: Quay về vị trí cũ: từ.....đến.....

B: Quay theo vai: từ.....đến.....

Câu 9: Tại sao khuyên nên giữ tăng sinh môn bằng bàn tay thuận?

Câu 10: Khi đỡ vai trước, lưng phải:

A. Tay đặt trên để kéo đầu là tay.....(A1)....., tay đặt dưới là tay.....(A2).....

B. Vì sao nên làm như vậy

Câu 11: Tại sao nên đỡ cổ bằng bàn tay có lòng hướng về phía lưng thai nhi

Câu 12: Khi đỡ đầu, lách cho một bướu đỉnh sọ trước có tác dụng gì

Đánh dấu (✓) vào cột tương ứng Đúng – Sai các câu 13 - 20

Nội dung	Đúng	Sai
Câu 13. Khi xử trí dây rau quấn cổ chặt hoặc quấn nhiều vòng phải cắt dây rau giữa 2 kẹp trước khi đỡ thai tiếp để tránh chảy máu dây rau phía con để ngạt cho trẻ		
Câu 14. Khi đầu thai nhi quay chậm, người hộ sinh nên dùng tay giúp đầu quay tiếp		
Câu 15. Người Hộ sinh giỏi chỉ cần đỡ đẻ một mình không cần có người phụ giúp.		
Câu 16. Đỡ đẻ đúng lúc là tiến hành đỡ đẻ khi đầu thai nhi thập thò, ló ra ở âm môn với đường kính khoảng 4-5cm.		
Câu 17. Khi cổ tử cung mở hết, đầu lọt người hộ sinh mới phải rửa tay chuẩn bị đỡ đẻ.		
Câu 18. Nguyên tắc đỡ đẻ ngôi chỏm là: giúp đầu cúi hết, ngửa từ từ		
Câu 19. Trong cuộc đẻ người nhà có thể hỗ trợ sản phụ bằng cách vỗ đầu vú theo sự hướng dẫn của người hộ sinh		
Câu 20. Trong khi đỡ đẻ người hộ sinh cần thường xuyên thông báo cho sản phụ biết tiến độ của cuộc đẻ để sản phụ yên tâm		

Bài tập

Lúc 14 giờ, chị Hoàng Thị Mai 32 tuổi, chuyển dạ đẻ lần 2. Mạch 85 lần/phút, HA 120/70 mmHg, nhiệt độ 37°C, cao tử cung 31 cm, vòng bụng 95 cm, tim thai 140 lần/ phút, cổ tử cung mở hết, đầu lọt vừa(mức độ 1), ối chưa vỡ.

Sản phụ đã ăn 1 bát cháo lúc 10 giờ và uống 01 cốc sữa lúc 12 giờ.

Anh/ Chị hãy lập kế hoạch chăm sóc sản phụ Mai trong cuộc đẻ.

Bài 9

ĐỠ ĐỂ NGOÀI CƠ SỞ Y TẾ

MỤC TIÊU

1. *Thiết kế được một túi đỡ đẻ ngoài cơ sở y tế*
2. *Mô tả được 9 nội dung của một gói đỡ đẻ sạch (dùng một lần)*
3. *Trình bày được 10 bước sử dụng gói đỡ đẻ sạch*
4. *Lập được kế hoạch chăm sóc và lường hiện theo thực tế nơi đẻ ngoài cơ sở y tế*

CÁC NGUYÊN NHÂN DẪN ĐẾN ĐỠ NGOÀI CƠ SỞ Y TẾ

1. Tập tục: Đẻ tại nhà
2. Không khám thai, không được dự kiến ngày sinh
3. Chủ quan: Gần ngày đẻ vẫn đi xa, làm xa (đi nương rẫy)
4. Không đến kịp cơ sở y tế do:
 - Khó khăn về giao thông (đường xá, phương tiện)
 - Thời tiết (bão lụt, đêm tối)
 - Kinh tế khó khăn
 - Đẻ cực nhanh

Chiến lược về sức khỏe sinh sản đến năm 2010 (đã được Thủ tướng Chính phủ nước CHXHCN Việt Nam phê duyệt) sẽ có 97 % trường hợp đẻ tại các cơ sở y tế.

NƠI ĐỠ ĐỂ NGOÀI CƠ SỞ Y TẾ

1. Không định trước

Tình huống rất đa dạng - vì không có người đỡ nên được gọi là đẻ rơi tuy bé không thật sự bị rơi tự do. Có thể là đẻ tại nương rẫy, đẻ trên đường đi, đẻ trong phương tiện tàu xe, vì thế còn có tên gọi là đẻ bất ngờ, đẻ đường, đẻ phố. Nguy cơ nhiễm khuẩn và chảy máu cũng như ngạt sơ sinh sẽ cao.

2. Có định trước

(Đẻ tại nhà)

Sau khi đã hết sức vận động thai phụ đến sinh tại cơ sở y tế nhưng không được chấp thuận, cán bộ y tế nên đến thăm tại nhà để cùng bàn về chuẩn bị nơi sinh, các phương tiện vệ sinh khi đỡ đẻ, và đến ngày sinh sẽ đến giúp họ tại nhà cùng với túi đỡ đẻ ngoài cơ sở y tế (TĐĐ).

2.1. Thiết kế một túi đỡ đẻ (TĐĐ) ngoài cơ sở y tế

Một TĐĐ đầy đủ cần có 5 gói

2.1.1. Gói 1

- 1 hộp đỡ đẻ (luôn kiểm tra còn hạn vô khuẩn)
- + 1 hộp kim loại có nắp kín
- + 2 kẹp thẳng
- + 1 kéo thẳng
- Găng tay: 1-2 đôi
- Băng miếng: 6 miếng
- Gạc rốn: 3 miếng
- Chỉ buộc rốn: 3 sợi, 25 - 30cm hoặc kẹp rốn nhựa: 01 chiếc
- Ống hút nhót: 01
- Quả bóp (để hút): 01

2.2.2. Gói 2

- | | |
|-------------------------------|----|
| - Đồng hồ có kim giây: | 01 |
| - Huyết áp kế: | 01 |
| - Ống nghe tim thai: | 01 |
| - Ống nghe tim phổi: | 01 |
| - Nhiệt kế: | 01 |
| - 1 tấm ni lông 100cm x 120cm | 01 |
| - Đèn pin | 01 |

2.2.3. Gói 3

- | | |
|-----------------------------|-------|
| - Oxytocin 5 đv | 2 ống |
| - Ergometrin 0,2mg | 2 ống |
| - Bơm kim tiêm dùng một lần | 02 |
| - Cồn iốt 5%, lọ 5ml | 01 lọ |

2.2.4. Gói 4

- Băng vệ sinh dùng cho mẹ
- 1 bộ quần áo cho mẹ
- Mũ áo, tã lót cho con

2.2.5. Gói 5

- Dung dịch glucose 5% x 500ml: 01 chai
- Dung dịch Ringer lactat: 01 chai
- Dây truyền: 01 bộ

2.3. Quy định chung về túi đỡ đẻ ngoài cơ sở y tế

- (1) Cơ sở y tế làm sản khoa nào cũng phải có
- (2) Cỡ túi cần thích hợp với yêu cầu gọn nhẹ
- (3) Thống nhất nơi để với yêu cầu bảo quản được, dễ thấy
- (4) Khi dùng xong phải bổ sung ngay
- (5) Nếu không dùng, hàng tuần phải tiến hành vô khuẩn lại
- (6) Thuốc phải còn hạn, thay kịp thời khi hạn dùng dưới 1 tháng
- (7) Đèn pin phải có pin và còn sáng

2.4. Sử dụng túi đỡ đẻ ngoài cơ sở y tế

Với tấm ni lông trải làm bàn đẻ đã chiến và các gói từ 1- 5 người hộ sinh hoàn toàn có thể đỡ đẻ theo đúng những bước như trong cơ sở y tế.

2.5. Gói đỡ đẻ sạch dùng một lần

Gói đỡ đẻ sạch được sản xuất phương pháp công nghiệp, thai phụ có thể mua dùng. Người hộ sinh khi phải đỡ đẻ ngoài cơ sở y tế mà không có túi đỡ đẻ cũng có thể sử dụng có hiệu quả gói đỡ đẻ sạch.

2.5.1. Thiết kế gói đỡ đẻ sạch với các yêu cầu tối thiểu

- | | |
|--------------------------------------|------------|
| (1) Tấm ni lông (mỏng) cho bà mẹ nằm | 1 tấm |
| (2) Xà phòng rửa tay | 1 bánh nhỏ |
| (3) Găng tay (đã vô khuẩn) | 2 đôi |
| (4) Chỉ buộc rốn, mỗi sợi 25cm | 3 sợi |
| (5) Lưỡi dao mỏng không gỉ (dao lam) | 1 cái |
| (6) Bông thấm nước vô khuẩn | 3 miếng |

(7) Cồn i ốt 0,5% x 5ml	1 lọ
(8) Gạc rốn 4 x 6cm	3 miếng
(9) Băng rốn 6 x 100cm	1 cuộn (hoặc băng thun: 01 chiếc)

Trong gói đỡ để sạch các vật phẩm đã vô khuẩn: (3); (4); (5); (6); (8); (9) lại được đóng riêng trong gói ni lông nhỏ, găng tay có bao gói bảo vệ. Không để thuốc tra mắt vào vì dễ lẫn với cồn i ốt, rất nguy hiểm.

2.5.2. Cách sử dụng gói đỡ để sạch

Mở bao gói, sau đó lần lượt thực hiện 10 bước:

- (1) Trải tấm ni lông cho bà mẹ nằm lên trên
- (2) Rửa tay bằng xà phòng và nước sạch (nước dội)
- (3) Đi găng, đỡ đẻ theo kỹ thuật đỡ đẻ tại giường, đặt bé trên tấm ni lông giữa 2 đùi người mẹ hoặc đặt bé lên bụng mẹ (có tã lót) và người mẹ có thể giữ bé.
- (4) Buộc rốn sợi 1 cách gốc rốn 2cm
- (5) Buộc rốn sợi 2 ngoài sợi 1: 1cm
- (6) Buộc rốn sợi 3 ngoài sợi 2: 2cm
- (7) Cắt rốn giữa sợi 2 và 3
- (8) Dùng bông thấm cồn iốt sát khuẩn mồm cắt rốn
- (9) Dùng gạc bọc đầu rốn
- (10) Băng rốn quanh bụng bé bằng băng cuộn hoặc băng thun. Sau đó thực hiện các bước tiếp theo của quy trình chăm sóc sơ sinh ngay sau đẻ.

CHĂM SÓC

1. Nhận định

1.1. Lý do đẻ ngoài cơ sở y tế

- Có định trước
- Không định trước

1.2. Điều kiện môi trường

- Tại nhà
- Đẻ rơi

1.3. Nhân lực

1.4. Phương tiện có thể có

2. Chẩn đoán/ Các vấn đề cần chăm sóc

2.1. Thiết lập một nơi đẻ kín đáo, sạch sẽ trong điều kiện có thể

2.2. Tập hợp và phân công nhân lực trong điều kiện ngoài cơ sở y tế (cán bộ y tế, người nhà)

- Chăm sóc người mẹ: nâng đỡ, động viên không trách móc việc không đến sinh tại cơ sở y tế
- Chăm sóc bé
- Phụ giúp người đỡ

2.3. Phương tiện

- Tối thiểu phải có gói đẻ sạch dùng một lần
- Hoặc túi đồ đẻ ngoài cơ sở y tế (cơ sở sản khoa nào cũng phải trang bị túi này sẽ có đủ dụng cụ thuốc dùng cần thiết)
- Khi có bất thường, chuyển viện bằng cách gì.

2.4. Theo dõi tiến độ chuyển dạ và sức khỏe người mẹ, sức khỏe thai nhi (xem bài Đỡ đẻ *ngôi chòm*)

3. Lập kế hoạch chăm sóc

3.1. **Chọn nơi đẻ:** Vệ sinh môi trường, vệ sinh thai phụ

3.2. Sắp xếp nhân lực, phân công cụ thể

3.3. **Chuẩn bị phương tiện đỡ đẻ:** cắt rốn, làm rốn, tã lót mũ áo cho bé với điều kiện vô khuẩn tối đa cho phép (trường hợp đẻ ngoài cơ sở y tế có chủ định trước thì các mục 3.1, 3.2, 3.3 cần có kế hoạch ngay cả trước chuyển dạ)

3.4. Chuẩn bị phương tiện chuyển nếu gặp khó khăn.

3.5. Động viên, hướng dẫn sản phụ và người nhà phối hợp trong quá trình xử trí

4. Thực hiện kế hoạch

Như kế hoạch chăm sóc, điều quan trọng là phải luôn có 1 túi đồ đỡ đẻ ở ngoài cơ sở y tế. Túi này phải định kỳ kiểm tra cơ sở và tiệt khuẩn lại hàng tuần.

Tối thiểu phải có 2 nhân viên y tế để chủ động công việc.

5. Đánh giá

5.1. Tinh thần khẩn trương: có mặt ngay sau khi được gọi

5.2. Chuẩn bị đầy đủ người, phương tiện

5.3. Tinh thần phục vụ và thông cảm với khó khăn của thai phụ khi đẻ ngoài cơ sở y tế

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Kể 4 nguyên nhân dẫn đến đẻ ngoài cơ sở y tế

- A.
- B.
- C.
- D.

Câu 2: Phân tích tác dụng của các phương tiện trong túi đồ đẻ ngoài cơ sở y tế

TT	Phương tiện	Tác dụng
A	Tấm ni lông rộng	
B	Đèn pin	
C	Quả bóp	
D	Đồng hồ có kim giây	
E	Oxytocin	
G	Cồn i ốt 0,5%	
H	Dịch truyền	

Câu 3: Kể 9 yêu cầu tối thiểu cần phải có của một gói đồ đẻ sạch

Câu 4: Mô tả 10 bước quy trình sử dụng gói đồ đẻ sạch

Câu 5: Vì sao trong túi đồ đẻ tại nhà lại khuyên không có thuốc tra mắt Argylol

Câu 6: Lập kế hoạch chăm sóc khi đẻ ngoài cơ sở y tế

- A:
- B:
- C:
- D:
- E:

BONG RAU - CÁCH ĐỖ RAU

MỤC TIÊU

1. Định nghĩa và nêu tầm quan trọng của giai đoạn 3 của cuộc đẻ
2. Trình bày được cơ chế bong rau và 2 kiểu sổ rau
3. Mô tả được nghiệm pháp bong rau
4. Trình bày được cách đỡ rau theo phương pháp truyền thống và tích cực
5. Nhận định được bánh rau, màng rau, dây rau và trọng lượng bánh rau sau sổ.
6. Lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc trong giai đoạn 3 của cuộc đẻ.

Sổ rau là giai đoạn thứ 3 của cuộc đẻ. Đây là giai đoạn ngắn nhất của thời kỳ chuyển dạ, trung bình là 15 – 20 phút bắt đầu từ sau khi thai nhi đã sổ hoàn toàn đến khi rau ra. Tuy ngắn nhưng trên 60% tử vong bà mẹ lại xảy ra ở giai đoạn này, chủ yếu do băng huyết mà phần lớn có thể khắc phục được nếu có sự theo dõi chăm sóc và xử trí tốt.

1. Cơ chế bong rau

1.1. Cơ co tử cung

Sau sổ thai, tử cung có một thời gian từ 3 – 5 phút nghỉ ngơi sinh lý. Sau đó cơn co tử cung xuất hiện lại với tần số khoảng 2 phút 1 cơn co.

Cơn co làm cho bánh rau bong khỏi chỗ bám và đẩy bánh rau xuống đoạn dưới và xuống âm đạo để sổ ra ngoài. Thông thường người hộ sinh không phải can thiệp gì về cơn co đối với giai đoạn 3, nhưng nếu đang cho đẻ chỉ huy thì cần duy trì dây truyền đến khi rau sổ xong.

Trong đỡ rau tích cực người hộ sinh có thể tiêm 5 đơn vị oxytocin vào bắp (thời điểm xem chi tiết ở mục đỡ rau tích cực) để rút ngắn giai đoạn 3 xuống còn 5 - 10 phút

1.2. Cơ chế bong rau từ giữa (sổ kiểu màng)

Cơ tử cung với 3 lớp: cơ vòng, cơ đan, cơ dọc có sức co mạnh làm buồng tử cung thu nhỏ lại, thành tử cung dày lên, bánh rau do đó cũng bị ép lại

nhưng không thể co nhỏ bằng thành tử cung. Do đó diện bám của bánh rau vào thành tử cung bị tách ra là vùng giữa của bánh rau và nơi tách là lớp xốp của màng rụng (ngoại sản mạc).

Từ điểm tách máu sẽ chảy ra thành cục sau rau, khi to lên cục máu lại có tác dụng thúc đẩy bánh rau bong rộng hơn. Cứ thế rau bong từ giữa cho đến rìa.

Mặt bánh rau về phía con (mặt có dây rốn và màng ối) được đẩy ra trước trong khi rau đi xuống đoạn dưới và cũng là diện xuất hiện trước tiên khi rau sổ. Vì thế, cơ chế RAU BONG từ giữa ta có kiểu sổ rau mặt phía con, còn gọi là sổ kiểu màng ối). Căn cứ theo tên của người giải thích của cơ chế này, các sách của Anh, Nga gọi là sổ kiểu Achultz, sách của Pháp gọi là sổ kiểu Baudelocque. Người hộ sinh có thể nhận biết dễ dàng khi thấy một mặt nhẵn hơi xanh ra trước

1.3. Cơ chế bong rau từ rìa (sổ kiểu múi)

Bánh rau bám ở các phần cao và thấp của thành tử cung. Ở phần cao cơ dày nên sức co rút mạnh hơn. Phần dưới mỏng, sức co kém hơn nên trong mỗi cơn co rìa bánh rau bị kéo lên và bong trước. Tại nơi bong cũng có máu chảy nhưng không hình thành được cục máu sau rau mà ra thẳng ở âm đạo. Cứ theo cơ chế ấy rau bong dần từ dưới lên và khi đã bong hết nó không lộn như bong từ giữa mà tự xuống theo trọng lượng.

Cách bong này lâu, chảy máu và dễ sót rau hơn. Các tài liệu gọi là sổ kiểu Duncan. Khi rau sổ ra mặt có múi rau sẽ ra trước, do đó gọi là sổ kiểu múi.

2. Các kiểu sổ rau

2.1. Sổ tự động: Người hộ sinh không can thiệp gì, sản phụ tự rặn cho rau ra

2.2. Sổ tự nhiên: Để rau tự bong, người hộ sinh đỡ khi bánh rau đã xuống đoạn dưới

2.3. Sổ nhân tạo: (xem bài bóc rau)

Trừ các trường hợp có chỉ định bóc rau (chảy máu trong thời kỳ sổ rau, rau lâu không bong, nghi ngờ sự toàn vẹn của tử cung hoặc nghi tử cung dị dạng) người hộ sinh cần chọn cách **sổ tự nhiên**.

3. Nghiệm pháp bong rau

Nghiệm pháp bong rau (NPBR) là cách kiểm tra xem bánh rau đã bong và đã xuống tới vị trí mà ta có thể đỡ rau an toàn.

Người làm nghiệm pháp đứng bên phải sản phụ. Đặt bờ trong (bờ ngón út) của tay trái lên bờ trên xương mu sản phụ ấn tay xuống phía đoạn dưới, có thể kết hợp dùng mu tay này đẩy thân tử cung lên. Quan sát dây rốn nếu không bị kéo vào là đỡ rau được.

Các quan sát khác bổ sung cho NPBR

- Kẹp dây rốn cách âm hộ 10cm sau khi cắt rốn. Quan sát trong thời kỳ sổ rau nếu thấy chỗ kẹp rốn di chuyển ngày càng xa âm hộ là rau đã bong.
- Hướng dẫn sản phụ rặn rồi nín rặn. Khi nín rặn nếu dây rốn không bị kéo vào là rau đã bong và đỡ được.
- Quan sát chiều cao và hình dáng tử cung. Khi rau còn ở trong buồng tử cung thì tử cung hình dài, khi rau đã vào âm đạo, tử cung co tròn.
- Khi rau đã vào đoạn dưới, lớp cơ ở đây bị giãn ra làm đáy tử cung cao lên. Khi rau đã vào âm đạo, đáy tử cung hạ xuống thấp.

4. Cách đỡ rau

4.1. Đỡ rau thông thường

- Thời điểm: Ngay sau khi chăm sóc bé xong
- Làm NPBR: Đánh giá chính xác rau đã bong hay chưa, chỉ đỡ rau khi xác định rau đã bong qua NPBR.
- Sản phụ nằm ở tư thế làm NPBR, người đỡ rau đứng bên. Nói cho sản phụ biết công việc sẽ làm để họ yên tâm cộng tác với mình khi thao tác.
- Sửa tư thế tử cung cho buồng tử cung thông thẳng với trục âm đạo, thông thường tử cung đổ ra trước và lệch phải. Trước hết hãy đẩy thân tử cung vào giữa và vuốt từ đoạn dưới lên phía đáy để sửa tư thế gập trước, tay kia cầm kẹp rốn nâng nhẹ lên .
- Đẩy từ trên xuống cho bánh rau ra thông qua động tác ấn đáy tử cung. Nếu có kết quả âm môn sẽ nở ra và một mặt của bánh rau sẽ lộ ra.
- Cho rau sổ từ từ để không bị rách sót màng, lúc này phải giảm lực ấn đáy hoặc cầm kẹp rốn nâng bánh rau lên phối hợp tốt giữa một tay ấn đáy với một tay cầm kẹp rốn để rau sổ nhẹ nhàng. Cách đỡ này không sử dụng lực kéo dây rốn.
- Nếu có khó khăn khi đỡ màng rau: Bàn tay đặt trên bụng nâng mặt trước thân tử cung lên để đoạn dưới giãn các nếp gấp giải phóng màng rau hoặc chuyển vị trí người hộ sinh ra đứng giữa, hai bàn tay giữ và xoắn bánh rau theo chiều kim đồng hồ màng rau sẽ vặn tròn lại và lực vặn đủ cho màng ra mà không đứt không sót

4.2. Cách đỡ rau tích cực

- Thời điểm: Khoảng 5 phút sau khi thai sổ (phương pháp đỡ rau cổ điển đỡ rau sau khi sổ thai 10 - 15 phút)
- Không cần làm nghiệm pháp bong rau
- Thúc đẩy rau bong bằng tiêm oxytocin: thời điểm tiêm sớm nhất là sau khi vai trước sổ nhưng cũng có thể tiêm sau khi cặp cắt rốn xong để tránh oxytocin vào cơ thể bé.
- Trong đỡ rau thông thường không kéo dây rốn, trong đỡ rau tích cực, động tác chính là kéo dây rốn bằng một lực có kiểm soát, không được kéo mạnh.
- Không ấn đáy tử cung mà tay trên bụng tác động từ đoạn dưới lên để rau đi qua đoạn dưới.
- Những người chủ trương đỡ rau tích cực cho rằng với cách đỡ này giảm được tỉ lệ chảy máu thời kỳ sổ rau.

5. Kiểm tra bánh rau

5.1. Kiểm tra mặt mũi bánh rau

- Đặt bánh rau lên trên khay men phẳng hoặc trên lòng bàn tay cho mặt mũi ngửa lên trên để quan sát
- Dùng gạc ướt gạt máu cục và thấm khô để quan sát rõ toàn bộ mặt mũi.
- Quan sát kỹ các mũi rau và khe giữa các mũi
- Phát hiện xem có mũi rau nào bị sót không? chất lượng mũi rau: Xơ hoá, các ổ nhồi máu, các điểm đọng calci.

5.2. Kiểm tra mặt màng bánh rau

- Lật ngược mặt màng lên hoặc cầm dây rốn giữ cho lộ mặt màng để màng rũ xuống
- Quan sát lỗ võ ối, từ mép lỗ võ đến rìa bánh rau (sau khi đã kéo màng ra) phải trên 10cm, nếu dưới 10cm là rau bám thấp.
- Quan sát vị trí dây rốn: Giữa, bên hay bám màng dễ gây chảy máu, làm lẫn với rau tiền đạo.
- Quan sát kỹ hệ thống mạch máu từ chân rốn toả ra đến bờ bánh rau hay vượt bờ (xem có bánh rau phụ)

5.3. Kiểm tra dây rốn

- Độ dài (bình thường 35 – 60cm)
- Độ lớn

- Màu sắc bình thường màu trắng xanh, màu vàng là có suy thai, tím sẫm là thai chết lưu
- Quan sát mặt cắt dây rốn có đủ 3 mạch máu (01 tĩnh mạch rốn, 02 động mạch rốn)
- Phát hiện các bất thường như thắt nút, phù nề

5.4. Cân nặng (bình thường bằng 1/5 đến 1/6 trọng lượng thai nhi. Người hộ sinh cần kiểm tra bánh rau một cách nghiêm túc, tránh thái độ lơ là để sót rau, sót màng gây băng huyết, nhiễm khuẩn. Nhưng cũng cần hết sức tránh thái độ can thiệp dẫn đến tỉ lệ kiểm soát tử cung rất cao.

Bốn nội dung của đỡ rau tích cực

Cần ít nhất có 2 hộ sinh trong một cuộc đẻ.

- (1) Tiêm 10 đơn vị oxytocin vào bắp thịt mẹ khi vai trước bé vừa sổ
- (2) Buộc và cắt dây rốn sớm, giao đứa trẻ cho người phụ làm rốn.
- (3) Đỡ rau sớm, phải phối hợp với cơn co tử cung (không bao giờ được kéo vào dây rau khi tử cung chưa có cơn co). Các thì của đỡ rau giống như đỡ rau bình thường.
- (4) Xoa bóp tử cung ngay sau khi rau vừa sổ, tạo cho tử cung một khối co chắc đảm bảo cầm máu (khối an toàn)

6. Chăm sóc sản phụ trong giai đoạn sổ rau

Trong một cuộc đẻ thường, giai đoạn sổ rau là giai đoạn có thể xảy ra các biến chứng, đặc biệt là nguy cơ chảy máu cao. Vì vậy, người hộ sinh cần theo dõi và chăm sóc sản phụ chu đáo để tránh các tai biến có thể xảy ra.

6.1. Nhận định

- Dấu hiệu rau bong
- Sổ rau thường: (không có các phần ghi ở bất thường)
- Sổ rau bất thường: Ra máu, thời gian kéo dài, phải can thiệp (bóc rau...)
- Tình trạng sức khỏe của mẹ

6.2. Chẩn đoán/Các vấn đề cần chăm sóc

- Chảy máu trong thời kỳ bong rau
- Kéo dài thời gian bong rau
- Đỡ và kiểm tra rau
- Sốt rau
- Chảy máu sau sổ rau
- Mức độ chảy máu và ảnh hưởng đến thể trạng sản phụ.

6.3. Lập kế hoạch chăm sóc.

6.3.1. Theo dõi các dấu hiệu sống của người mẹ ngay sau sổ thai và sau sổ rau (tiếp đó xem phần theo dõi ngay sau đẻ)

6.3.2. Quan sát các dấu hiệu bong rau

- Đo chiều cao tử cung ngay sau đẻ (chiều cao ban đầu)
- + Khi rau đang bong, chiều cao tử cung sẽ tăng
- + Khi rau sắp sổ, chiều cao tử cung thấp hơn
- Hướng dẫn sản phụ rặn và nín rặn. Khi nín rặn dây rốn không bị kéo vào là rau đã bong.
- Làm nghiệm pháp bong rau: ấn tay sâu trên mu, dây rốn không bị kéo vào là đỡ rau được.

6.3.3. Chọn cách đỡ rau

- Đỡ tự nhiên (quan sát các dấu hiệu bong rau, không đỡ quá sớm hoặc quá muộn)
- Đỡ nhân tạo (xem bài bóc rau)
- Đỡ tích cực (xem bài đỡ tích cực)

6.3.4. Có đủ phương tiện để kiểm tra rau sau đẻ: khay men, thước đo, cân

6.3.5. Cần lưu giữ bánh rau, phải có hộp đựng đề tên người sinh để gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý, không cần lưu giữ phải có kế hoạch xử lý (chôn hoặc đốt).

6.3.6. Làm vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài. Đóng băng vệ sinh sạch, theo dõi co hồi tử cung, ra máu, thể trạng (dấu hiệu bất thường sớm nhất là mạch nhanh lên...)

6.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Theo dõi dấu hiệu sống: nên có người phụ giúp vì trong lúc này người hộ sinh phải khẩn trương chăm sóc bé rồi đỡ rau.
- Nếu đỡ rau theo cách cổ điển: Làm nghiệm pháp bong rau.
- Nếu đỡ rau theo phương pháp tích cực, cần có sẵn bơm, kim tiêm, Oxytoxin tiêm bắp khi thai sổ đến vai (xem bài đỡ rau tích cực)
- Kiểm tra rau ngay sau đỡ: dây rốn, màng rau, múi rau.
- + Nếu rau thiếu: xem có cần kiểm soát tử cung
- + Nếu rau đủ: Làm vệ sinh, đóng băng sạch, theo dõi chảy máu thời kỳ sổ rau trong 2 giờ, giờ đầu 15phút/1 lần, giờ thứ hai 30 phút/1 lần sau đó 1 giờ 1 lần đến giờ thứ sáu.

6.5. Đánh giá

Đối với đẻ thường, giai đoạn sổ rau là quan trọng nhất đối với tính mệnh người mẹ.

- Với sổ rau thường: Đánh giá theo việc thực hiện qui trình chăm sóc, qui trình kỹ thuật
- Với sổ rau bất thường: Phát hiện, chuyển hoặc xin ý kiến bác sỹ kịp thời
- Dựa vào bằng chứng (qua thực tế đỡ rau) tìm ra được kinh nghiệm tốt nhất: giảm tỷ lệ sót rau, giảm băng huyết, giảm tỷ lệ kiểm soát tử cung đến mức tối ưu.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu 1-2

Câu 1: Nghiệm pháp bong rau là thao tác nhằm đánh giá xem..... (A)đã bong ra khỏi thành tử cung hay chưa, thực chất là xem bánh rau đã(B)..... hay chưa

Câu 2: Kiểm tra rau là lần lượt kiểm tra các phần sau:

- A:
- B:
- C:
- D:

Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu từ 3 đến 6

Câu 3: Cơ chế bong rau là:

- A. Do thai ra kéo rau ra luôn
- B. Trong quá trình chuyển dạ cơn co tử cung đã làm cho rau bong khỏi thành tử cung
- C. Do tính chất đàn hồi của cơ tử cung mà bánh rau không có tính chất đó, nên khi tử cung co bóp nhỏ lại làm cho diện rau bám thu nhỏ lại làm bong rau
- D. Cả 3 câu trên đều đúng

Câu 4: Trong khi đỡ rau, nếu bánh rau còn vướng ở trong chưa ra được, ta có thể:

- A. Cho tay vào buồng tử cung lấy rau ra.

- B. Dùng tay phải cầm kim, kéo nhẹ nhàng bánh rau xuống cùng với động tác ấn của bàn tay trên bụng.
- C. Kéo mạnh kẹp rốn, kết hợp với tay trên bụng đẩy thân tử cung lên trên.
- D. Ngưng ngay thủ thuật, chờ làm lại nghiệm pháp.

Câu 5: Trong khi đỡ rau nếu màng rau chưa bong hết thì

- A. Hạ thấp bánh rau xuống để trọng lượng bánh rau kéo bong nốt phần màng còn lại.
- B. Cho tay vào buồng tử cung lấy nốt phần còn lại.
- C. Có thể cầm bánh rau kéo căng.
- D. Không cần thiết phải lấy nốt phần còn sót.

Câu 6: Có thể nghĩ đến máu rau phụ còn sót khi:

- A. Tìm thấy mạch máu đi qua rìa bánh rau ra phía màng rau
- B. Tìm thấy mạch máu ở phía màng rau mà không tìm thấy máu rau phụ nào.
- C. Không tìm thấy mạch máu nào đi ra phía màng rau nhưng có máu rau bị khuyết
- D. Không tìm thấy mạch máu nào ở phía màng rau nhưng chảy máu dai dẳng từ buồng tử cung.

Câu 7: Trường hợp mạch máu rốn bất thường khi số lượng là

Câu 8: Trong đỡ rau thông thường, động tác chính là

Câu 9: Trong đỡ rau tích cực động tác chính là

Câu 10: Thời gian rau lâu không bong là.

- A. Trên 15 phút
- B. Trên 30 phút
- C. Trên 45 phút
- D. Trên 60 phút

Bài tập

Chị Lê Thị Nga 25 tuổi đẻ lần thứ 2, thời gian chuyển dạ là 16 giờ, vừa sinh 1 cháu trai cân nặng 3100g, cháu ra khóc ngay. Tăng sinh môn cắt điểm 5 giờ.

Anh/ Chị hãy lập kế hoạch chăm sóc chị Nga ngay sau sổ thai đến hết 2 giờ đầu sau đẻ

CHẤN THƯƠNG ĐƯỜNG SINH DỤC TRONG CUỘC ĐỂ

MỤC TIÊU

1. Phân loại được các chấn thương đường sinh dục trong cuộc đẻ
2. Nêu được các nguyên nhân dẫn đến chấn thương đường sinh dục
3. Chẩn đoán được các chấn thương đường sinh dục
4. Trình bày được các biện pháp dự phòng chấn thương đường sinh dục
5. Xử trí được chấn thương đường sinh dục trong phạm vi chức năng của người hộ sinh

Có 2 quan điểm trái ngược nhau về chấn thương đường sinh dục trong cuộc đẻ: đẻ thì phải có rách nhất là đối với tầng sinh môn, nhưng lại có ý kiến không được để rách, nếu rách là một thiếu sót về chuyên môn, từ đó dẫn đến cắt tầng sinh môn mở rộng để phòng rách.

Ý niệm “mẹ tròn con vuông” nói rộng ra có thể bao gồm cả sự toàn vẹn của đường sinh dục vì chấn thương đương nhiên có 3 điều không lợi:

- Nguy cơ chảy máu
- Nguy cơ nhiễm khuẩn
- Để lại sẹo không tốt, tăng nguy cơ rách cho lần đẻ sau

Thái độ đúng nhất của người hộ sinh trong khi đỡ đẻ là phải phòng chấn thương đường sinh dục, nếu có rách phải phát hiện và xử trí kịp thời góp phần làm cuộc đẻ an toàn.

1. Phân loại chấn thương đường sinh dục

1.1. Rách âm hộ và tầng sinh môn

1.2. Rách âm đạo (bao gồm thành âm đạo trước, sau và hai thành bên)

1.3. Rách cổ tử cung: từ phần trong âm đạo, rách phần trên âm đạo được xếp vào vỡ tử cung.

Trong phạm vi công việc của mình, người hộ sinh chủ yếu gặp rách âm hộ - tầng sinh môn nhưng không phải vì thế mà bỏ qua rách âm đạo, cổ tử cung vì những loại rách này tuy ít gặp nhưng lại có thể gây tử vong vì chảy máu nhiều.

1.4. Võ tử cung xem bài “Doạ võ và võ tử cung”

2. Rách tầng sinh môn

2.1. Nguyên nhân

2.1.1. Về phía người mẹ

- Tầng sinh môn dài, âm môn hẹp
- Tầng sinh môn phù nề (do nhiễm độc thai nghén, do chuyển dạ lâu)
- Tầng sinh môn có sẹo cũ, chất lượng khâu không tốt
- Con so lớn tuổi

2.1.2. Về phía con

- Thai to, đường kính sỏ lớn
- Thai nhỏ, sỏ quá nhanh, tầng sinh môn chưa giãn nở kịp
- Cách sỏ: chậm cùng
- Ngôi bất thường: ngôi mặt (đường kính sỏ lớn); đầu sau của ngôi mông

2.1.3. Về phía người hộ sinh

- Kỹ thuật đỡ đầu không tốt, không giúp cho đầu cúi hết, không hướng cho mặt ngửa từ từ
- Kỹ thuật đỡ vai sau: không kịp giữ tầng sinh môn cho vai sau sỏ từ từ.
- Không hướng dẫn tốt cách rặn đẻ, không đạt được sự phối hợp tốt với người mẹ

2.1.4. Do các can thiệp sản khoa đường dưới

- Forceps
- Giác hút

Trong hai thủ thuật này rách do forceps cao hơn vì 2 cánh làm tăng thể tích đầu và do kỹ thuật tháo càn chậm.

2.2. Phân độ rách tầng sinh môn

Trong thực hành sản khoa chủ yếu gặp rách hở với khởi điểm rách từ mép sau âm hộ.

- Về giải phẫu có các mốc theo thứ tự từ trước ra sau:
 - + Mép sau âm hộ
 - + Nút thớ trung tâm (giao điểm của các cơ ngang với các cơ vòng âm môn, cơ vòng hậu môn)

- + Cơ vòng hậu môn
- + Thành trước trực tràng

Theo 4 mức giải phẫu ấy, tùy theo sự mở rộng của đường rách (hình 21)

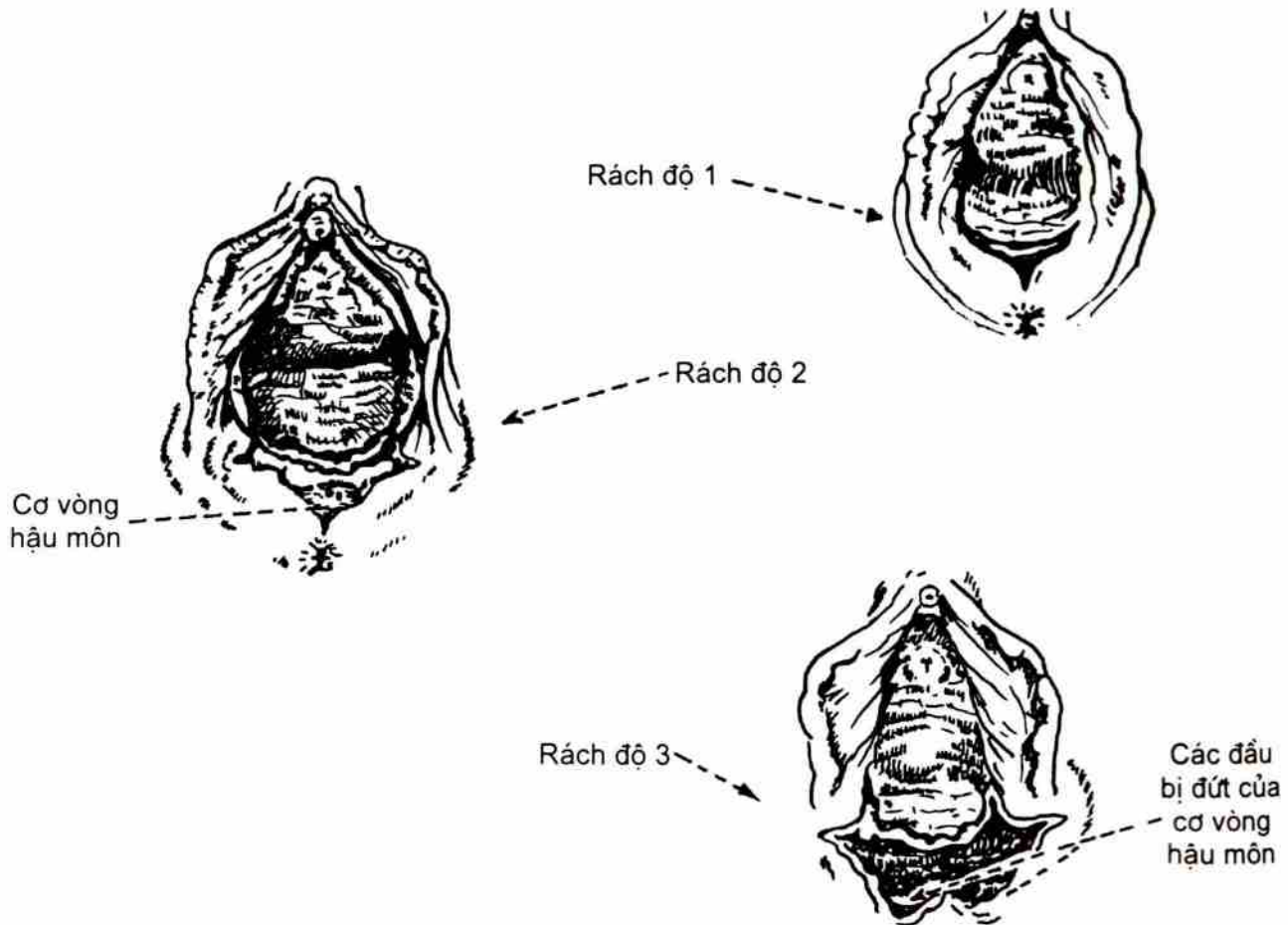
- Rách mép sau âm hộ: Rách tầng sinh môn độ 1
- Rách nút trung tâm: Rách độ 2
- Rách cơ vòng hậu môn: Rách độ 3
- Rách thành trước trực tràng: Rách độ 4

Rách độ 1 và độ 2 còn được gọi là rách không hoàn toàn

Rách độ 3 và độ 4 còn được gọi là rách hoàn toàn

Riêng rách độ 4 còn gọi là rách phức tạp

Trong sản khoa dù là forceps hay giác hút cũng không được để rách từ độ 3 trở lên.



Hình 11.1: Mức độ rách tầng sinh môn

2.3. Chẩn đoán rách tầng sinh môn

Vì là rách hở và rách từ mép sau âm hộ chỉ cần dùng đầu ngón tay banh rộng là có thể quan sát và định mức độ rách. Nếu nghi là có rách cơ vòng hậu môn hoặc thành trước trực tràng cần khám hậu môn để nhận định cơ vòng bị đứt hoặc trực tràng bị rách.

2.4. Xử trí rách tầng sinh môn mới

Mọi rách hở đều phải được khâu. Thời điểm khâu tốt nhất là sau khi đã đỡ rau và đã chắc chắn là không phải can thiệp bên trong (nếu khâu ngoài rồi mới can thiệp bên trong thì coi như phá hỏng chỗ khâu ngoài).

Nếu vết rách từ độ 3 trở lên thì phải được xử trí tại bệnh viện. Nếu ở tuyến y tế cơ sở, dùng gạc tẩm huyết thanh mặn, ẩm chèn chặt chỗ rách chuyển tuyến trên ngay, vì thời gian chậm trễ sẽ làm tăng khả năng chảy máu, nhất là nhiễm khuẩn.

2.5. Xử trí rách tầng sinh môn cũ

- Rách không hoàn toàn: Yêu cầu làm lại phụ thuộc đòi hỏi về thẩm mỹ của người phụ nữ, không có chỉ định về sản phụ khoa trừ khi kết hợp với phẫu thuật sa sinh dục.
- Rách hoàn toàn: Có chỉ định làm lại, thời gian tối thiểu sau đẻ phải 2 - 3 tháng, đợi khi vết thương lên sẹo hoàn toàn. Người hộ sinh cần làm tốt chuẩn bị trước mổ như ăn nhẹ, thụt tháo làm sạch trực tràng trước mổ 4 - 5 ngày. Mổ xong phục vụ tại giường khoảng 5 ngày để liền vết khâu. Trong thời gian này cần cho táo bón nhưng sau đó lại phải cho nhuận tràng để phân đi được mềm, không làm hỏng vết khâu.

2.4.1. Kỹ thuật khâu cổ điển

Phân tích vết rách tầng sinh môn ta sẽ thấy có:

- Rách âm đạo
- Rách cơ
- Rách da

Vì thế, có ý kiến không giống nhau về khâu mấy lớp. Đa số người làm sản khoa tiến hành khâu 2 lớp.

- Lớp trong: gồm thành âm đạo và phần cơ bị rách phía trong
- Lớp ngoài: gồm da tầng sinh môn và phần cơ bị rách phía ngoài

Khi khâu phải đảm bảo:

- Giảm đau tốt
- Vô khuẩn tốt (xem bài cắt khâu tầng sinh môn)

Chỉ khâu tốt nhất là chỉ tự tiêu. Khi khâu vết rách vì đường rách ở chính giữa nên ít bị so le mép như đường cắt.

Khâu rách cũng phải đảm bảo:

- Không có khoảng chết (khi khâu không lộ kim ở đáy đường rách)
- Không lợp mép da: dùng chỉ khâu sâu lại mũi cách 2 mép da 0,5mm - 1mm, buộc chỉ với lực vừa phải.

2.4.2. Khâu một sợi vắt liên tục

Trong kỹ thuật khâu tầng sinh môn có 2 điểm nên tránh:

- Tránh nút buộc nhiều vì ở chỗ nút là nơi dịch và máu có thể đọng lại gây nhiễm khuẩn.
- Tránh chỉ xuyên qua da, vì đây cũng là đường vào thuận tiện cho nhiễm khuẩn.

Từ hai yêu cầu trên, kỹ thuật khâu vắt một sợi liên tục được sử dụng (xem thêm bài khâu cắt tầng sinh môn - Quy trình thực hành môn Chăm sóc sản phụ trong đẻ).

Một sợi chỉ liên kim (chỉ tự tiêu) khâu từ trên góc trong điểm rách, khâu vắt cả lớp cơ và thành âm đạo ra đến gốc màng trinh thì khâu tiếp lớp cơ (cũng vắt) còn lại lớp da thì khâu chữ U hai mép trong da, khép buộc nút tại mép sau âm hộ.

Cách khâu này ngoài hai lợi thế là giảm thiểu số nút buộc và không xuyên qua da còn đem lại thẩm mỹ (không thấy đường khâu) và sau thủ thuật đỡ đau, không ảnh hưởng đến vận động và các hồi phục chức năng khác như tiểu tiện.

Có thể để sản phụ về mà không hẹn ngày cắt chỉ.

3. Rách âm hộ

Chủ yếu là rách mép sau (đã nêu ở rách tầng sinh môn), tuy vậy cũng có thể gặp một số hình thái khác.

3.1. Rách vùng tiền đình

Chủ yếu là do bàn tay giúp đỡ cúi gây ra, vết rách không rộng nhưng ở vùng này chảy máu nhiều, khi phát hiện phải khâu ngay, không cần chờ xử trí xong đỡ rau.

3.2. Rách thành bên

Chủ yếu là rách giữa môi lớn - môi bé, nguyên nhân cũng là do bàn tay người đỡ đẻ

4. Rách âm đạo

Chủ yếu ở 1/3 ngoài thành sau và rách này được xếp vào rách tầng sinh môn.

4.1. Rách thành trước

Về nguyên tắc trong đẻ thường không gặp rách thành trước tuy vậy hai tình huống có thể gặp.

4.1.1. Do forceps

Do forceps khó kèm với bàn quang đầy trước khi rặn.

4.1.2. Do đẻ khó

Do đẻ khó chuyển dạ lâu, thành trước âm đạo bị chèn ép giữa đầu thai nhi và mặt sau xương mu, sau đó hoại tử để lại lỗ dò bàn quang - âm đạo.

4.2. Rách thành bên

Có thể gặp trong forceps, giác hút

4.3. Chẩn đoán rách âm đạo

Khi chảy máu sau đẻ mà tử cung co tốt, đã kiểm tra rau đủ hoặc đã kiểm soát tử cung mà vẫn thấy ra máu tươi phải kiểm tra xem có rách sâu. Phải đặt van âm đạo và quan sát dưới ánh sáng dội tốt.

4.4. Xử trí rách âm đạo

Phải được khâu ngay sau khi phát hiện, khâu bằng chỉ tự tiêu, khâu từ trong ra, mũi khâu đầu phải ở phía trong đỉnh mép rách để cầm máu tốt. Trường hợp rách sâu, để tránh khâu phải trực tràng, có thể cho một ngón tay vào trong hậu môn để kiểm tra.

5. Rách cổ tử cung

5.1. Nguyên nhân

- Rặn non
- Forceps cao
- Forceps, giác hút khi cổ tử cung chưa mở hết
- Đỡ đầu hậu khi cổ tử cung chưa mở hết (vì không còn ối, mông lại nhỏ không thể làm tốt nhiệm vụ mở hết cổ tử cung như đầu).

5.2. Vị trí rách

Có thể gặp ở bất cứ chỗ nào của cổ tử cung nhưng thông thường là rách ở hai vị trí 3 giờ và 9 giờ.

Rách có thể cao lên tới vị trí âm đạo bám vào cổ tử cung, loại rách sâu này khó khâu và chảy máu nhiều. Hình thái này còn được gọi là vỡ tử cung thấp.

5.3. Chẩn đoán rách cổ tử cung

Việc kiểm tra cổ tử cung không có yêu cầu làm cho mọi cuộc đẻ, nhưng có hai chỉ định phải làm:

- Những trường hợp có nguy cơ cao về rách cổ tử cung: sau forceps, giác hút.
- Những trường hợp chảy máu sau đẻ mà tử cung vẫn co tốt hoặc đã kiểm soát tử cung, máu ra đỏ tươi.

Có hai cách khám:

5.3.1. Khám bằng hai ngón tay

Dùng ngón 2 và 3 của tay thuận để tìm mép trước cổ tử cung nếu khó có thể tìm thấy mép sau. Sau đó đi lần 360° quanh mép cổ tử cung để kiểm tra nếu lành thì cảm giác liên tục, nếu rách thì cảm giác có khuyết.

Nếu khám bằng hai ngón tay và không thấy rách cũng như không chảy máu thì không cần khám dụng cụ.

5.3.2. Khám bằng dụng cụ

* Chuẩn bị: yêu cầu mọi nơi đỡ đẻ đều phải có một bộ kiểm tra cổ tử cung gồm:

- Hai kẹp dài sát khuẩn, 1 dùng ngoài, 1 dùng sát khuẩn trong âm đạo - cổ tử cung.
- Hai van âm đạo dài và to bản để nâng cao thành trước và sau âm đạo, giúp quan sát cổ tử cung.
- Hai kẹp hình tim dài 28cm để cặp mép cổ tử cung. Ngoài dụng cụ phải có người phụ và nguồn sáng tốt.

* Tiến hành

- Sát khuẩn âm hộ
- Trải vải: dưới mông, trên bụng và hai bên đùi
- Đặt van sau, sau đó đặt van trước, giao cho người phụ giữ để nâng hai thành âm đạo.

- Có nguồn ánh sáng rọi tốt vào vùng khám.
- Tìm cổ tử cung - kẹp vị trí quan sát được đầu tiên. Kẹp với lực nhẹ, không kẹp mạnh làm tổn hại cổ tử cung. Dùng một kẹp hình tim thứ hai kẹp sát và cố thể đổi vị trí giữa hai kẹp để tới 360° - khắp cổ tử cung - chỗ nào khuyết hình chữ V lộn ngược là có rách.

5.4. Xử trí rách cổ tử cung

- Về nguyên tắc có chảy máu là phải khâu ngay. Nếu không chảy máu cũng nên khâu vì đó là cách để phòng lộ tuyến cổ tử cung và còn có ý kiến là phòng ung thư cổ tử cung (thống kê cho thấy ở phụ nữ không đẻ rất ít người bị ung thư cổ tử cung so với phụ nữ có đẻ).

Nên sử dụng gậy tê vùng (xem bài “Gây tê thần kinh thẹn”).

- Dùng 2 kẹp hình tim kẹp hai bên mép rách. Khâu mũi đầu phía trong đỉnh chữ V ngược để đảm bảo cầm máu tốt. Sau đó lần lượt khâu từ trong ra, mũi cuối dừng lại ở mép ngoài cổ tử cung. Cắt chỉ và kiểm tra không chảy máu là thủ thuật khâu rách cổ tử cung đã hoàn thành.

Cũng có ý kiến khâu mũi đầu từ mép ngoài vì dễ thấy, dễ tiếp cận sau đó dùng mũi ấy làm lực kéo để đi vào sau khâu nốt chỗ rách. Cách này có nhược điểm là dễ kéo rách cổ tử cung ở chỗ khâu và khó tìm đỉnh chỗ rách để có thể cầm máu tốt.

Trong những trường hợp khâu sâu trong âm đạo trước khi lấy van âm đạo ra phải kiểm tra có sót gạc trong âm đạo không.

Nếu không có phương tiện khâu hoặc không có đủ kỹ năng khâu sâu thì dùng kẹp hình tim kẹp hai mép rách (đủ để cầm máu) rồi chuyển tuyến. Chèn gạc không có tác dụng cầm máu trong rách cổ tử cung.

6. Đề phòng chấn thương đường sinh dục

6.1. Đề phòng rách tầng sinh môn

Các trường hợp có nguy cơ rách tầng sinh môn từ độ 3 trở lên: forceps cho con so, tiền sử rách tầng sinh môn độ 3 đã khâu lại đều phải được cắt tầng sinh môn.

Để giảm rách độ 1, 2 cần đỡ để đúng quy cách: đầu cúi hết, ngửa từ từ, chú ý thì đỡ vai sau. Phấn đấu giảm tỷ lệ rách và nếu có rách thì giảm độ rách nhưng không thay thế rách bằng cắt tầng sinh môn. Người hộ sinh chỉ được cắt tầng sinh môn khi cần cho thai sổ nhanh (có suy thai) hoặc khi tầng sinh môn là cản trở của thì sổ (rặn lâu).

6.2. Để phòng rách âm hộ

Rách âm hộ phía tiền đình và hai bên hoàn toàn có thể tránh nếu như bàn tay đỡ đầu không chạm vào.

6.3. Để phòng rách âm đạo

Trong đẻ thường, hầu hết chỉ gặp rách 1/3 ngoài thành sau âm đạo (cùng với rách tầng sinh môn).

Không đặt forceps cao, không quay đầu bằng cành forceps. Khi đặt giác hút luôn phải kiểm tra thành âm đạo có bị hút vào miệng bầu giác không.

Người hộ sinh bao giờ cũng cần nhớ phải thông tiểu trước khi thủ thuật forceps tiến hành.

6.4. Để phòng rách cổ tử cung

Không đặt forceps, giác hút khi cổ tử cung chưa mở hết. Trong đẻ thường có thể gặp mép trước cổ tử cung bị chèn ép giữa mặt sau xương mu và đầu thai nhi. Có thể giải thoát mép trước cổ tử cung bằng cách đẩy lên.

- Cho tay vào vị trí mép trước cần được đẩy lên.
- Chờ hết cơn co dùng hai đầu ngón 2 và 3 đẩy mép cổ tử cung vào sâu phía sau xương mu.
- Cố định mép cổ tử cung ở vị trí đã đẩy lên cho đến cơn co sau mới rút ngón tay.
- Kiểm tra nếu cổ tử cung không xuống nữa là đạt kết quả.

Người hộ sinh cần luôn nhớ là trong đẻ thường vẫn có thể xảy ra chảy máu nặng, có thể tử vong do rách cổ tử cung để phát hiện và xử trí kịp thời.

7. Chăm sóc sản phụ chấn thương đường sinh dục trong cuộc đẻ

7.1. Nhận định

- Vị trí rách
- Mức độ rách
- Mức độ chảy máu
- Ảnh hưởng trước mắt và lâu dài của rách.

7.2. Chẩn đoán/ những vấn đề cần chăm sóc

- Thể trạng: ảnh hưởng của rách tới thể trạng (Mạch, huyết áp, da niêm mạc...), tinh thần của sản phụ

- Loại trừ chảy máu do đồ tử cung trong trường hợp sót rau. Nếu cần phải kiểm tra, bao giờ cũng phải giải quyết bên trong trước.
- Phục hồi vết rách
- Thời gian từ khi rách (khi đẻ) đến khi phát hiện, xử trí (Khoảng cách càng dài nguy cơ nhiễm khuẩn càng tăng).
- Chăm sóc sau phụ hồi

7.3. Kế hoạch chăm sóc

- Trao đổi với sản phụ về tình trạng sức khỏe, mức độ tổn thương và khả năng phục hồi của vết rách. Động viên sản phụ và người nhà bình tĩnh, tin tưởng vào khả năng xử trí của thầy thuốc. Hướng dẫn sản phụ và người nhà phối hợp với thầy thuốc trong quá trình xử trí.
- Theo dõi các dấu hiệu sống: tùy theo số đo mạch, huyết áp để chỉ định theo dõi. Tuy nhiên, cần chú ý có một số trường hợp, huyết áp vẫn ở mức bình thường, nhưng mạch nhanh > 90 nhịp/ phút là có nguy cơ chảy máu nặng, cần theo dõi sát.
- Đánh giá khả năng co hồi của tử cung để loại trừ chảy máu do đồ tử cung.
- Kiểm tra kỹ bánh rau sau đẻ loại trừ sót rau
- Tìm hiểu trạng thái tinh thần của sản phụ và người nhà, nếu sản phụ quá lo lắng hoặc buồn phiền có thể ảnh hưởng đến mức độ chảy máu
- Kiểm tra âm hộ, âm đạo phát hiện vị trí rách, mức độ rách
- Kiểm tra cổ tử cung bằng 2 ngón tay, nếu nghi ngờ có rách cổ tử cung cần kiểm tra bằng dụng cụ ngay
- Nếu mức độ rách ngoài khả năng xử trí của hộ sinh, cần mời bác sỹ ngay hoặc chuyển viện. Trong khi chờ đợi cần thực hiện các biện pháp làm giảm chảy máu
- Nếu người hộ sinh có khả năng xử trí tốt: chuẩn bị dụng cụ, nhân lực, sản phụ (giảm đau, vô khuẩn) để xử trí kịp thời
- Hồi sức, truyền dịch ngay, nếu huyết áp tối đa dưới 90 mmHg
- Chăm sóc hồi phục sau khâu: thời gian cần nằm tại giường, thời gian rút gạc, thời gian cắt chỉ, kháng sinh và thuốc trợ sức khác nếu cần. Chế độ ăn thích hợp tùy theo từng sản phụ, không nên kiêng khem quá kỹ (dẫn đến thiếu dinh dưỡng hoặc gây táo bón)

7.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Theo dõi chức năng sống tùy từng trường hợp. Nếu các số đo bình thường, chỉ cần ghi trước và sau xử trí. Nếu có choáng, phải theo dõi Mạch, Huyết áp 5 - 10 phút/ lần.

- Loại trừ sốt rau và đờ tử cung trước khi chẩn đoán rách
- Nếu rách ở nhiều vị trí khác nhau, bao giờ cũng phải xử trí rách trong trước
- Chú trọng các khâu giảm đau, vô khuẩn, hồi sức, động viên sản phụ trong quá trình xử trí
- Tùy mức độ xử trí mà có chế độ chăm sóc thích hợp, đặc biệt khâu rách tầng sinh môn độ 3 hoặc các vết rách gây dò phân, nước tiểu

7.5. Đánh giá

- Kết quả tốt khi vết rách được phát hiện sớm, rách không ảnh hưởng đến toàn trạng, được xử trí kịp thời, đảm bảo vô khuẩn tốt.
- Kết quả chưa tốt khi phát hiện muộn, rách ảnh hưởng đến toàn trạng sản phụ, xử trí không kịp thời hoặc rách ngoài khả năng xử trí (phải chờ đợi), xử trí, chăm sóc không đảm bảo vô khuẩn

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu từ 1- 10

Câu 1: Kể 3 nguy cơ của chấn thương đường sinh dục trong cuộc đẻ

A:.....

B:.....

C:.....

Câu 2: Kể 4 loại rách đường sinh dục

A:.....

B:.....

C:.....

D:.....

Câu 3: Kể 4 nguyên nhân gây rách tầng sinh môn từ phía người mẹ

A:.....

B:.....

C:.....

D:.....

Câu 4: Kể 4 nguyên nhân gây rách tầng sinh môn về phía con

A.....

B.....

C.....

D.....

Câu 5: Kể 3 nguyên nhân gây rách từ phía người hộ sinh

A.....

B.....

C.....

Câu 6: Rách tầng sinh môn độ 3 là rách đến.....(A).....và còn được gọi là.....(B).....

Câu 7: Khâu rách tầng sinh môn phải đảm bảo 3 yêu cầu về kĩ thuật là:

A.....

B.....

C.....

Câu 8: Rách âm hộ hay gây chảy máu nhiều là rách ở(A).....

Câu 9: Kể 4 nguyên nhân gây rách cổ tử cung

A.....

B.....

C.....

D.....

Câu 10: Kể 2 cách xử trí của người hộ sinh đối với rách cổ tử cung

A.....

B.....

Câu 11: Cách khâu TSM theo cổ điển gồm.....(A).....lớp, lớp(B).....gồm thành âm đạo và cơ bị rách phía trong, lớp(C).....gồm da TSM và phần cơ bị rách phía ngoài

Câu 12: Bên cạnh cách khâu cổ điển, người hộ sinh còn có thể khâu TSM theo kĩ thuật(A).....

Câu 13: Kể 3 kĩ thuật cơ bản của khâu TSM

- A:
- B:
- C:

Câu 14: Thời điểm tốt nhất để khâu TSM (Chọn câu trả lời đúng)

- A. Ngay sau sổ thai
- B. Ngay sau sổ rau
- C. Sau khi đã kiểm tra rau
- D. Sau khi đã loại trừ sót rau và chấn thương cổ tử cung, âm đạo.

Câu 15: Rách TSM hoàn toàn bao gồm rách độ.....(A).....và rách độ(B).....

Câu 16: Rách âm hộ hay gây chảy máu nhiều là rách ở.....(A).....

Câu 17: Nguyên nhân gây rách vùng tiền đình là(A).....

Câu 18: Để gây tê khi cắt khâu TSM nên dùng lidocain với hàm lượng (Chọn câu trả lời đúng)

- A. 0,25%
- B. 0,5%
- C. 1%
- D. 2%
- E. 3%

Câu 19: Khi tiếp nhận một sản phụ bị rách TSM đến sau sinh 3 ngày, vết khâu không chảy máu, không nhiễm khuẩn thì xử trí thế nào.....

Câu 20: Để phòng rách âm đạo, trước khi đặt forceps, người hộ sinh cần làm thủ thuật

Câu 21: Một điều kiện đặt ra để tránh gây rách cổ tử cung khi forceps và giác hút là

Bài tập:

Chị Nguyễn Thị Loan 24 tuổi, đẻ lần thứ nhất, có cắt tầng sinh môn ở vị trí 7 giờ. Sau đẻ, khâu tầng sinh môn 2 lớp, không có chảy máu, vết khâu không chồng mép, không phù nề.

Anh/chị hãy lập kế hoạch chăm sóc chị Loan 6 giờ đầu sau đẻ.

Bài 12

CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH NGAY SAU ĐẼ

MỤC TIÊU

1. Kể đủ và đúng trình tự 10 bước chăm sóc sơ sinh ngay sau đẻ.
2. Mô tả đầy đủ quy trình cắt rốn.
3. Mô tả đầy đủ quy trình lau khô.
4. Mô tả đầy đủ quy trình làm rốn.

Trình tự và nội dung chăm sóc dưới đây dành cho sơ sinh có chỉ số Áp - ga ngay sau đẻ từ 8 - 10.

1. Hút (hoặc lau) dịch miệng

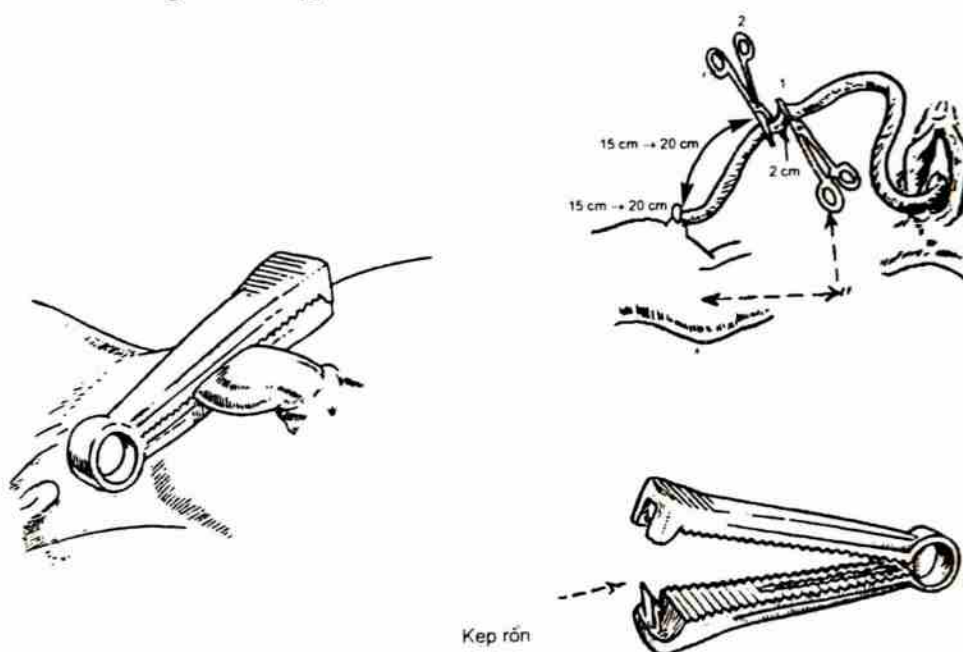
- Thông thường, trẻ khỏe mạnh không cần hút dịch cho trẻ. Trong trường hợp miệng trẻ nhiều dịch hoặc có phân su thì phải hút.
- Thời điểm: trước khi đỡ vai trước, khi đầu đã ở tư thế quay ngang.
- Cách làm: Nếu trẻ khỏe mạnh bình thường không cần hút, có thể dùng gạc mềm quấn vào đầu ngón tay út, lau nhẹ trong miệng. Nếu miệng trẻ có nhiều dịch hoặc phân su, dùng ống hút hút nhẹ dịch trong miệng (H.12.1).
- Mục đích: tránh cho trẻ hít phải dịch trong miệng khi bắt đầu thở.



Hình 12.1: Hút dịch nhầy bằng miệng

2. Kẹp và cắt rốn

- Ngay khi đỡ trẻ ra, nên đặt trẻ cạnh mẹ theo phương pháp da áp da và phủ vải mềm hoặc chăn.
- Thời điểm: bình thường cắt rốn sau khi thai sổ vài phút, dây rốn hết đập hoặc ngay sau khi thai sổ hoàn toàn nếu trẻ có nguy cơ bị ngạt.
- Cách làm (Hình 12.2).
- + Kẹp thứ nhất cách gốc rốn 15 - 20 cm
- + Kẹp thứ hai đặt sát ngoài kẹp 1 sau đó vuốt ra khoảng 2cm rồi kẹp lại (mục đích vuốt để khi cắt không bị bắn máu).
- + Cắt rốn giữa 2 kẹp.



Hình 12.2: Cặp và cắt rốn

Nếu có người phụ thì việc cắt rốn đơn giản. Nếu chỉ có một mình, nên đặt bé nằm cạnh mẹ trước khi kẹp cắt. Khi không có chỗ đặt nằm thuận tiện có thể một tay giữ hai chân bé, tay kia lần lượt các thao tác kẹp cắt (cần rất thận trọng không để tuột tay).

3. Đặt nằm, lau khô, ủ ấm

- **Đặt nằm:** đặt bé nằm lên bàn chăm sóc. Trên bàn này đã sắp sẵn khăn lau khô và cạnh bàn là phương tiện ủ ấm (khi trời lạnh). Một phương tiện ủ ấm mà hầu hết các cơ sở đỡ đẻ có thể làm là một bóng điện 150 W. Trên bàn cũng đã sắp sẵn mũ áo, tã lót để theo thứ tự, dùng trước đặt ở trên.

- *Lau khô*: dùng khăn mềm sạch lần lượt lau;

- Mặt.
- Đầu và gáy.
- Ngực.
- Bụng.
- Lưng.
- Tay.
- Nách.
- Chân.
- Mông.
- Bộ phận sinh dục và hậu môn.

- Ủ ấm: thay khăn ướt bằng khăn khô.

Trời lạnh, có thể đội mũ và mặc áo trước khi làm rốn.

4. Làm rốn (không dùng lại dụng cụ của hộp cắt rốn)

- Đặt một miếng gạc vô khuẩn lên bụng, phía trên rốn.
- Sát khuẩn cuống rốn từ gốc ra một đoạn chừng 5cm.
- Nếu dùng chỉ:
 - + Buộc sợi 1 cách gốc rốn 2cm. Buộc chặt, 3 lần nút (nút dẹt). Cắt chỉ cách nút buộc 1cm.
 - + Buộc sợi 2 cách sợi 1 ra 1cm. Chưa cắt chỉ (đầu chỉ này còn dùng để nâng móm cắt rốn).
 - + Dùng một kẹp thẳng kẹp rốn ngoài sợi 2 khoảng 1,5cm.
 - + Cắt rốn giữa kẹp và sợi 2, để lại móm cắt dài 1cm.
 - + Cầm đầu chỉ sợi 2 nâng móm cắt.
 - + Thay gạc trên bụng: dùng gạc mới thay, nặn sạch máu đầu móm cắt (không chạm tay vào móm cắt, dù sau đó để đã thay găng mới để làm rốn).
 - + Chấm cồn I-ốt lên móm cắt, xuống chân rốn.
 - + Bọc móm cắt bằng gạc vô khuẩn mới. Cắt chỉ (sợi 2).
 - + Băng rốn: có thể dùng băng cuộn hoặc băng thun. Nếu dùng băng cuộn, bắt đầu đặt băng từ rốn vòng quanh bụng bé 3 lần và gài đầu băng ở phía bên sườn.

- Nếu dùng kẹp rốn nhựa (hình 12.2)
- + Kẹp rốn ở vị trí cách gốc rốn 2cm.
- + Đặt kẹp theo hướng trên dưới - không đặt ngang (trẻ khó chịu hơn).
- + Cắt rốn sát mặt ngoài kẹp.
- + Sát khuẩn mồm cắt bằng cồn Iốt vô khuẩn.
- + Bọc mồm cắt bằng gạc vô khuẩn mới.
- + Băng rốn bằng băng mỏng, có thể không cần băng rốn nếu điều kiện chăm sóc trẻ vô khuẩn.

5. Quan sát dị tật

Quan sát nhanh từ đầu đến thân và các chi. Đặc biệt xem có lỗ hậu môn không?

6. Mặc áo, quấn lót

7. Cân đo

Cân trọng lượng sơ sinh. Thì này để sau mặc quần áo, thuận lợi cho giữ ấm mà không làm mất chính xác của số đo vì các thứ sẽ mặc cho bé đã được cân trước. Cân phải được chỉnh thẳng bằng trước.

Đo chiều cao của trẻ sơ sinh.

8. Nhỏ mắt

Thuốc tra mắt phải để ở vị trí riêng với đúng quy chế nhãn, tránh nhầm với các thuốc khác.

9. Tiêm vitamin K1

Đây là quy định mới để phòng xuất huyết não. Trước khi tiêm cho bé, cần trao đổi với bà mẹ và gia đình về lợi ích của việc tiêm vitamin K₁.

10. Trao bé cho gia đình

Hướng dẫn đặt nằm cạnh mẹ và cho bú sớm. Ở những nơi sơ sinh đông, cần có biện pháp đánh dấu để tránh nhầm con.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu sau

Câu 1: Trong chăm sóc trẻ mới đẻ, điều quan trọng là phải giữ ấm. Trong bài này theo bạn có bao nhiêu nội dung công việc nhằm giữ ấm trẻ và đó là những nội dung nào?

Câu 2: Trong chăm sóc trẻ mới đẻ, điều rất quan trọng là phải giữ sạch. Trong bài này theo bạn có bao nhiêu nội dung công việc nhằm giữ sạch và là những nội dung nào?

Câu 3: Những biện pháp nào bảo đảm an toàn cho sơ sinh không để chảy máu rốn sau khi buộc.

Câu 4: Trình tự 10 bước chăm sóc sơ sinh ngay sau đẻ

A:.....

B:.....

C:.....

D:

E:.....

G:

H:

I:.....

K:

L:.....

Câu 5: Trình tự lau khô

A:.....

B:.....

C:.....

D:

E:.....

G:

H:

I:.....

K:

L:.....

Câu 6: Nếu thai không bị ngạt, nhiệt độ phòng đẻ không quá lạnh, nên kẹp rốn khi nào

Câu 7: Khi kẹp rốn, người hộ sinh được khuyên đặt kẹp thứ nhất về phía con đẻ

Câu 8: Khuyên kẹp rốn cách gốc rốn 10cm để

Câu 9: Khuyên buộc rốn bằng hai sợi, buộc nút dẹt, có khoá nút để

Câu 10: Các biện pháp để giữ sạch mồm cắt rốn

A:

B:

C:

D:

E:

G:

H:

SUY THAI VÀ HỒI SỨC SƠ SINH NGAY SAU ĐẺ

MỤC TIÊU

1. Kể được 4 nhóm nguyên nhân dẫn đến suy thai.
2. Kể được các dấu hiệu bất thường về tiếng tim thai và nước ối để chẩn đoán suy thai.
3. Chẩn đoán và phân loại được ngạt sơ sinh bằng chỉ số Áp-ga.
4. Kể được trình tự hồi sức đối với trẻ ngạt.

1. Suy thai: là một thuật ngữ sản khoa dùng để chỉ tình trạng sự sống của thai nhi bị đe dọa, thường là do thiếu oxy.

1.1. Nguyên nhân suy thai

1.1.1 Về phía thai

- Thai suy dinh dưỡng, kém phát triển
- Già tháng.
- Dị dạng.
- Bất đồng nhóm máu mẹ và con.

1.1.2. Phần phụ của thai

- Rau tiền đạo chảy máu.
- Rau bong non.
- Bánh rau xơ hoá trong trường hợp thai già tháng.
- Vỡ ối non, vỡ ối sớm, nhiễm khuẩn ối.
- Sa dây rau.

1.1.3. Về phía người mẹ

- Rối loạn cơ co tử cung (tử cung bóp chặt thai).
- Những bệnh làm người mẹ thiếu oxy: suy tim, thiếu máu, lao phổi, nhiễm khuẩn, nhiễm độc cấp tính.

1.1.4. Do thấy thuốc

- Dùng thuốc tăng co không đúng chỉ định, quá liều.

1.2. Triệu chứng lâm sàng

1.2.1. Thay đổi nhịp tim thai

Nếu dùng ống nghe một tai và đặt đúng ổ tim thai (mỏm vai), nghe trong lúc không có cơn co ta sẽ thấy

Dấu hiệu	Bình thường	Bất thường (suy tim)	
		Suy nhanh	Suy chậm
Nhịp tim thai	120 - 160 lần/phút	Trên 160 lần/phút	Dưới 120 lần/phút
Tiếng tim	Đều, rõ	Không đều, xa xăm	

Yêu cầu đặt ra là:

- Phải đếm nhịp tim thai trong cả một phút.
- Không bỏ qua một nhịp nào vì từ 161 trở lên và 119 trở xuống được coi là có suy thai.
- Nghe ngoài cơn co (vì trong cơn co, nhịp tim thai thường chậm lại, có thể không nghe thấy và lại làm cho thai phụ khó chịu thêm)
- Nếu nghi có suy thai, phải nghe đủ 3 lần (cũng ngoài cơn co) rồi mới chẩn đoán. Thay ống nghe gỗ, người hộ sinh có thể dùng máy nghe tim thai.

1.2.2. Thay đổi về nước ối (màu, mùi)

- Khi thai thiếu oxy, cơ vòng hậu môn giãn, ruột tăng nhu động đẩy phân su ra ngoài làm nước ối có màu.
 - + Khi mới ra phân su nước ối có màu xanh (chứng tỏ thai mới suy).
 - + Sau một thời gian, nếu nguyên nhân suy thai được khắc phục thì nước ối chỉ còn màu vàng (chứng tỏ đã có lúc suy thai).
 - + Nếu bất đồng nhóm máu giữa mẹ và con, do xuất hiện sắc tố mật (bilirubin) nước ối sẽ có màu hoàng kim.
 - + Nếu thai chết lưu, nước ối sẽ có màu nâu.
 - + Nếu có màu đỏ, ngoài các nguyên nhân chảy máu 3 tháng cuối có thể là rách mạch tiền đạo của bánh rau.
- Khi vỡ ối sớm, buồng tử cung thông thẳng với buồng âm đạo gây ra nhiễm khuẩn ngược dòng.
- Về sinh học sau vỡ ối 6 giờ có thể coi đã có nhiễm khuẩn ối nhưng về lâm sàng còn tùy thuộc số cơn co tử cung, số lần thăm khám và

mức vô khuẩn sản khoa được thực hiện. Thân nhiệt tăng cũng là một biểu hiện của nhiễm khuẩn ối với dấu hiệu lâm sàng là nước ối hôi và suy thai.

- Khi ối còn, có thể soi ối để xem nước ối có màu hay không.

1.3. Phát hiện suy thai bằng máy ghi cơn co - tim thai

Cách ghi này cho phép theo dõi tim thai liên tục, rất tốt cho các trường hợp có nguy cơ cao về suy thai. Phần lớn các máy được thiết kế để theo dõi ở tư thế nằm nhưng cũng có loại có đầu dẫn vô tuyến, cho phép thai phụ có thể đi lại được (hình 13.1).

- **Đọc kết quả:**

- Nhịp tim thai giữa 2 cơn co:
 - + Bình thường máy ghi được 120 - 160 lần/ phút
 - + Từ 161 đến 180 lần/phút là nhanh vừa, trên 180 lần/phút là nhanh rõ rệt
 - + Từ 119 đến 100 lần/phút là chậm vừa, dưới 100 lần/phút là chậm rõ rệt
- Giao động nhịp: Bình thường, trong thời gian 1 phút, nhịp tim phải giao động trên 5 nhịp/ phút (hình 13.2). Giao động giảm có thể do "thai ngủ", hoặc sau khi tiêm pethidin cho người mẹ nhưng thường không tồn tại tới 20-30 phút. Nếu tồn tại lâu hơn là bất thường.
- Thay đổi nhịp tim theo cơn co

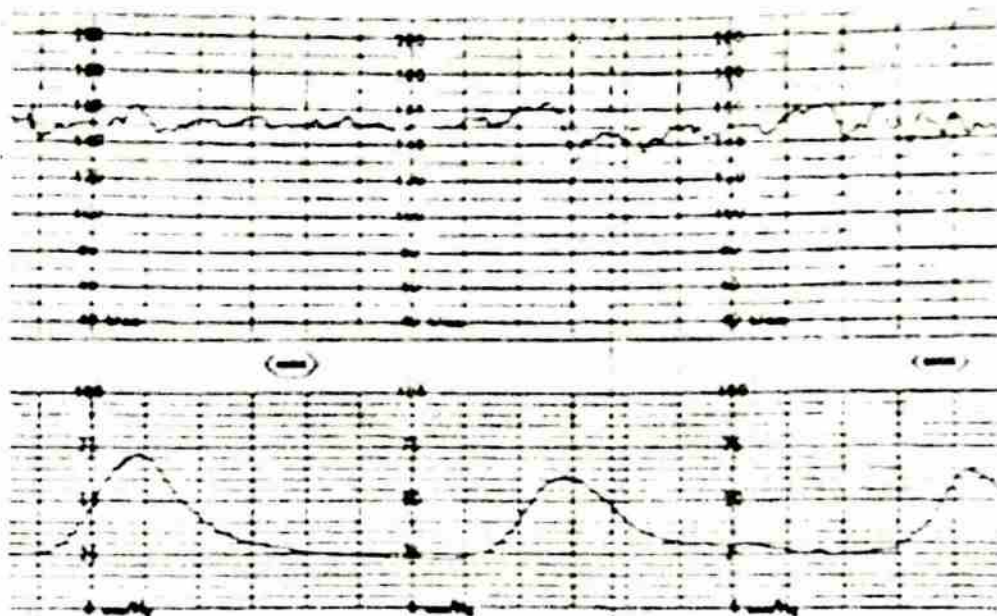
ĐPP1+ **Chậm sớm:** Khi cơn co lên đến đỉnh cũng là lúc nhịp tim thai chậm nhất - được ví như hình ảnh trong gương của cơn co (hình 13.3).

ĐPP2+ **Chậm muộn:** đã hết cơn co nhịp tim thai mới chậm lại. Chậm càng muộn, suy thai càng nặng (hình 13.4).

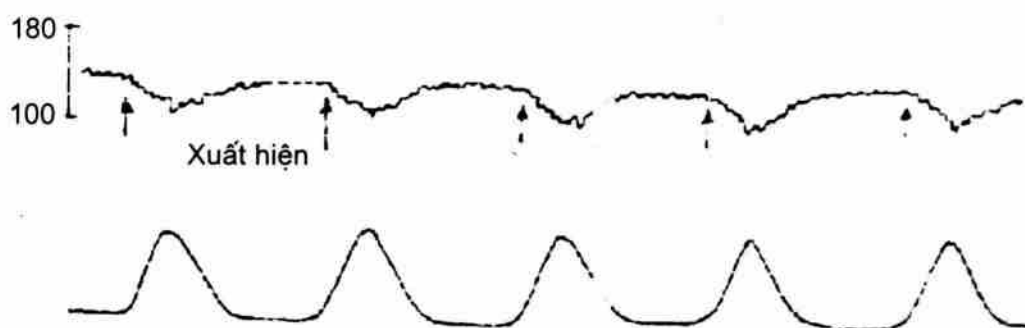
ĐPP3+ **Chậm bất định:** Chậm sau hoặc ngoài cơn co, thường do dây rau cuốn cổ hoặc sa dây rau.



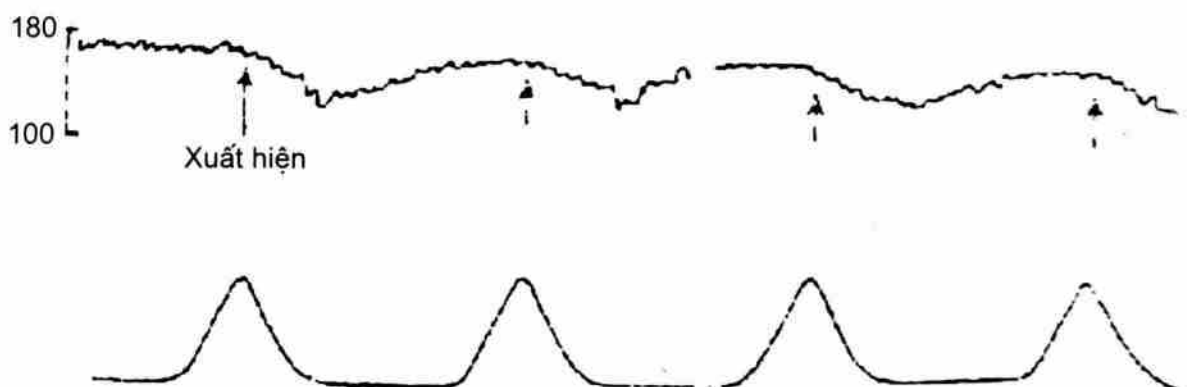
Hình 13.1: Phát hiện suy thai bằng ghi cơn co - tim thai



Hình 13.2: Đường ghi nhịp tim thai bình thường



Hình 13.3: Nhịp tim thai "Chậm sớm"



Hình 13.4: Nhịp tim thai "Chậm muộn"

1.4. Xử trí suy thai

1.4.1. Xử trí nguyên nhân

Tìm nguyên nhân gây suy thai để xử trí - ví dụ thấy sa dây rau phải tìm cách đẩy lên ngay.

1.4.2. Xử trí triệu chứng

- Cho người mẹ nằm nghiêng trái.
- Cho thở oxy (nếu thai suy nặng cần dùng chụp thở) .
- Tiêm glucose ưu trương (ít nhất 60ml dung dịch 20% tiêm tĩnh mạch).
- Trợ tim.
- Cho kháng sinh (khi có nhiễm khuẩn ối).
- Tiêm nhỏ giọt tĩnh mạch mẹ dung dịch Natri bicarbonat 150ml.

1.4.3. Xử trí sản khoa

- Nếu đang đẻ chỉ huy, phải khoá dây truyền ngay.
- Có thể cho thuốc giảm co nếu cơn co quá mạnh.
- Lấy thai ra sớm.
- + Forceps nếu đầu đã lọt.
- + Mổ lấy thai nếu không có điều kiện lấy thai nhanh theo đường dưới.

1.5. Chăm sóc

Thực hiện quá trình chăm sóc theo qui trình thực hành, trong quá trình chăm sóc cần chú ý:

- Tinh thần của sản phụ trong chuyển dạ rất khác nhau, phụ thuộc vào tình trạng thai nhi, tiến độ của chuyển dạ v.v.. Vì vậy, trong trường hợp suy thai, người hộ sinh cần thảo luận với sản phụ về diễn biến của cuộc chuyển dạ và các công việc sản phụ cần làm để phối hợp với thầy thuốc trong quá trình xử trí.
- Hướng dẫn sản phụ cách thở, tư thế nằm thích hợp.
- Hướng dẫn sản phụ và người nhà về chế độ ăn uống hợp lý.
- Động viên người nhà và sản phụ yên tâm, tin tưởng vào quá trình xử trí của thầy thuốc.

2. Hồi sức sơ sinh

2.1. Lượng giá trẻ ngay sau đẻ và vấn đề hồi sức sơ sinh

Cách lượng giá đơn giản và chính xác trẻ ngay sau đẻ là tính chỉ số Áp - ga với 5 nội dung.

2.1.1. *Nhịp tim*: dùng ống nghe, đếm trong 30 giây. Cần đếm nhanh, có thể đếm trong 6 giây và thêm vào sau kết quả đếm được một số 0.

2.1.2. *Thở*: được quan sát cùng lúc đếm nhịp tim đánh giá bằng mắt nhìn hoặc ống nghe nếu thở nông.

2.1.3. *Trương lực cơ*: mức co lại khi duỗi thẳng chi.

2.1.4. *Phản xạ*: đáp ứng của trẻ khi kích thích lỗ mũi hoặc gan bàn chân.

2.1.5. *Màu da*: hồng, tím, trắng bệch.

Bảng chỉ số Áp - ga

Nội dung	2	1	0
Nhịp tim	Trên 100 lần/phút	Dưới 100 lần/phút	Không có
Hô hấp	Khó thở	Thở yếu, khó thở	Không thở
Trương lực cơ	++	+	Không
Phản xạ	++	+	Không
Màu da	Hồng toàn thân	Tím đầu chi, quanh môi	Tím tái toàn thân hoặc trắng

Tổng điểm của 5 nội dung trên được gọi là chỉ số Áp - ga

- Nếu chỉ số Áp - ga đạt 8-10 điểm là bình thường: không cần hồi sức. Chỉ cần làm thông đường thở, kích thích qua xúc giác, giữ ấm và quan sát giai đoạn chuyển tiếp sát sao.
- Nếu chỉ số Áp - ga đạt 4 - 7 điểm là ngạt nhẹ: cần hồi sức thở.
- Nếu chỉ số Áp - ga đạt 0 - 3 điểm là ngạt nặng: cần hồi sức thở và hồi sức tim.

Phải đánh giá chỉ số Áp - ga ở phút thứ nhất, phút thứ 5

- Áp - ga sau 1 phút cho biết có cần hồi sức sơ sinh không?
- Áp - ga sau 5 phút cho biết tiên lượng về sơ sinh và là cơ sở để gửi vào phòng dưỡng nhi hoặc cho về với mẹ.
- Trong bảng Áp - ga, tiêu chí nhịp tim được để lên hàng đầu. Nếu không thấy nhịp tim thì phải hồi sức ngay, không đánh giá các nội dung khác nữa.

Có thể dùng một chỉ số khác, tính nhanh hơn. Đó là chỉ số Sigtuna

Nội dung	2	1	0
Nhịp thở	Thở đều	Thở không đều	Không thở
Nhịp tim	> 100 lần/phút	< 100 lần/phút	Không nghe thấy

- + Nếu chỉ số Sigtuna đạt 4 điểm là bình thường
- + Nếu chỉ số Sigtuna đạt 3 điểm là ngạt nhẹ.
- + Nếu chỉ số Sigtuna đạt 2 điểm là ngạt vừa.
- + Nếu chỉ số Sigtuna đạt 1 điểm là ngạt nặng.
- + Nếu chỉ số Sigtuna đạt 0 điểm là chết lâm sàng.

2.2. Nội dung hồi sức sơ sinh

2.2.1. Áp - ga đạt 4-6 điểm

- (1) Lau khô
- (2) Giữ ấm: quan trọng, vì lạnh sẽ làm tăng sử dụng glucose gây hạ đường huyết ở trẻ.
- (3) Hút: hút dịch ở họng trước, hút ở mũi sau. Lý do hút dịch mũi sau hút dịch họng vì khi trẻ thở do phản xạ sẽ không hít phải dịch trong miệng.
- (4) Kích thích thở bằng xoa lưng, gan bàn chân.
- (5) Đặt chụp cho thở oxy tự do, nếu không có bóng và mặt nạ thì tiến hành thổi miệng - miệng (có lót vải lớp gạc mỏng).
- (6) Nếu vẫn chưa thở, bóp bóng (thở dưới áp lực với 100% oxy, với nhịp 40 - 60 lần/ phút).
- (7) Tiếp tục cho thở oxy tự do đến khi trẻ thở tốt.

2.2.2. Áp - ga đạt 0-3 điểm

- (1). Lau khô
 - (2). Giữ ấm
 - (3). Hút thông đường thở
 - (4). Cho thở dưới áp lực
 - (5). Nếu bóng và chụp thở không hiệu quả chuyển đặt nội khí quản.
 - (6). Nếu nhịp tim dưới 60 lần/phút sau khi đã cho thở thông 30 giây, làm ấn tim đến khi nhịp tim trên 80 lần/phút, tần số ấn 120 lần/ phút.
- Tần số ấn tim/hô hấp nhân tạo là 15/ 2.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu hỏi từ 1 đến 3

Câu 1: Kể 4 nhóm nguyên nhân dẫn đến suy thai

A.

- B.
- C.
- D.

Câu 2: Kể 2 dấu hiệu lâm sàng của suy thai

- A.
- B.

Câu 3: Kể 3 phương tiện cận lâm sàng để chẩn đoán suy thai

- A.
- B.
- C.

Câu 4: Trình tự hồi sức khi Áp - ga đạt 4 - 6 điểm

- A:
- B:
- C:
- D:
- E:
- G:
- H:

Câu 5: Trình tự hồi sức khi Áp - ga đạt 0 - 3 điểm

- A:
- B:
- C:
- D:
- E:
- G:

Phân biệt đúng/sai các câu hỏi từ 6 đến 11

Cách xử trí suy thai:

Nội dung	Đúng	Sai
Câu 6: Bấm ối		
Câu 7: Cho đẻ chỉ huy		
Câu 8: Cho người mẹ thở oxy		
Câu 9: Tiêm glucose ưu trương		
Câu 10: Tiêm thuốc giảm co		
Câu 11: Mổ lấy thai dù đầu đã lọt		

Trả lời các câu hỏi từ 12 đến 13

Câu 12: Khi suy thai khuyến người mẹ nằm nghiêng trái vì

Câu 13: Tư thế không tốt nhất khi có suy thai là

ĐỀ KHÓ DO THAI

MỤC TIÊU

1. Chẩn đoán, xử trí được đề khó do thai to toàn phần
2. Chẩn đoán xử trí được đề khó do vai
3. Trình bày được chẩn đoán, xử trí đề khó do thai to bộ phận
4. Trình bày được chẩn đoán, xử trí đề khó do sa chi
5. Lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc sản phụ đề khó do thai

1. Đề khó do thai to

1.1. Định nghĩa

Thai to là thai có kích thước lớn hơn mức trung bình thường gặp.

Việc đánh giá thường được căn cứ vào ước tính cân nặng của thai.

Thai trên 3.500g được gọi là thai to - với khung chậu bình thường của người phụ nữ Việt Nam, thai trên 3.500g khi đẻ sẽ có thể gặp khó khăn.

Quy định này có thể thay đổi tùy theo mỗi nước. Pháp và Trung Quốc lấy mức là 4000g và Nga là 4.500g.

1.2. Nguyên nhân

- Yếu tố thể chất từ bố mẹ
- Số lần đẻ: con lần đẻ sau thường nặng hơn con đẻ trước 200 - 300g
- Già tháng: nói chung trẻ già tháng ở trong tình trạng thiếu dưỡng, nhưng cũng có trường hợp tăng cân.
- Người mẹ bị bệnh đái tháo đường: Thai to gặp chủ yếu ở thời kỳ tiền lâm sàng

1.3. Chẩn đoán

1.3.1. Chẩn đoán lâm sàng

- *Đo cao tử cung và vòng bụng.* Số đo này phải thực hiện ngoài cơn co sau khi đã ấn xác định điểm cao nhất của đáy tử cung trong Phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ tại nhà, chiều cao tử cung trên 34cm được

đánh dấu vào ô màu đỏ, là ô có nguy cơ cao. Đây là cách đơn giản nhất giúp người hộ sinh ở tuyến cơ sở cho chuyển kịp thời các trường hợp thai to.

- Dựa vào *công thức tính trọng lượng thai* qua đo cao tử cung, vòng bụng

$$\frac{\text{Cao tử cung} + \text{Vòng bụng}}{4} \times 100 + n.100g$$

n: là số lần sinh

Ví dụ cao tử cung đo được 34cm, vòng bụng 96cm, đẻ lần thứ 4

$$\frac{34 + 96}{4} \times 100 + 4 \times 100 = 3650g$$

Có thể nghĩ đến thai to. Hệ số 100 để kết quả tương ứng với đơn vị trọng lượng là gam. n là số lần sinh, mỗi lần sinh tính cân nặng của con thêm 100gam.

- *Nấn*

Khối thai to, cực đầu dễ xác định, thai ít di động, xuống nước ối ít, đầu cao.

Thăm trong: Ngôi cao, đoạn dưới thành lập kém (chuẩn bị lọt không tốt)

- *Theo dõi đánh giá quá trình chuyển dạ*

Đầu xuống chậm hoặc không xuống thêm. Đầu quay chậm hoặc bị kẹt lại ở chẩm ngang, hướng lọt xấu, hướng ngang hoặc trước sau. Kiểu lọt không đối xứng, thường gặp không đối xứng sau

Có biểu hiện chong xương và bướu thanh huyết to, nhọn, độ lọt không tiến triển mặc dù cơn co tốt (tần số 3 cơn co/10 phút, mỗi cơn co từ 20 - 40 giây)

1.3.2. Chẩn đoán siêu âm qua các số đo

- Vòng đầu thai nhi (VD)
- Vòng bụng thai nhi (VB)
- Đường kính hai đỉnh (HĐ)
- Chiều dài xương đùi (XD)

Từ đó có thể suy ra cân nặng thai nhi

- *Công thức của Hadlock và cộng sự*

$$1,3596 - 0,00386 (VB).(XD) - 0,0062(VĐ) - 0,00061(HĐ). (VB) - 0,0424 (VB) - 0,1724 (XD)$$

- Công thức của Warroff và cộng sự

$$-1,599 - 0,144(\text{HĐ}) - 0,032(\text{VB}) - \frac{0,111(\text{HĐ}) - (\text{VB})}{1000}$$

- Công thức của Roberts và cộng sự

$$1,6758 - 0,0170(\text{VB}) - 0,042478(\text{HĐ}) - 0,05216(\text{XD}) - 0,01604(\text{VD})$$

1.3.3. Chẩn đoán phân biệt

- Đa ối

Đa ối cũng làm tăng các số đo và chiều cao tử cung và vòng bụng nhưng trong đa ối các phần của thai như cực đầu và mông đều nhỏ, do nhiều nước nên khi nắn thấy phần thai bập bênh, tim thai nghe xa xăm.

- Sinh đôi

Trong sinh đôi có thể nắn thấy 04 cực (02 đầu, 02 mông) hoặc 03 cực (02 đầu, 01 mông hoặc 02 mông, 01 đầu) hoặc 2 cực cùng tên hoặc 02 cực khác tên nhưng ở cạnh nhau. Trong sinh đôi khi khám trong có thể thấy 01 cực đã chuẩn bị lọt, cực ấy nhỏ không tương xứng với chiều cao tử cung đã đo được

- Dị dạng

Não úng thủy, bụng cóc có thể làm khối thai to lên.

- Có thai kèm u nang buồng trứng.

Loại u nang khó nhận diện là u nang nước, loại phát triển vào ổ bụng làm cho khối u dễ hoà nhập với tử cung thành một khối lớn.

1.4. Cơ chế đẻ trong thai to toàn phần

1.4.1 Ngôi đầu

Nếu là chằm thì đầu phải tìm cách cúi hết mức để thay đường kính dưới chằm - trán bằng đường kính dưới chằm - thóp trước nhỏ hơn.

Đầu phải tìm cách lọt không đối xứng - thường là không đối xứng sau.

Không chỉ thì xuống mà thì quay cũng chậm, dễ bị kẹt ở eo giữa.

Thường gặp chong xương và bấu thanh huyết

Điều khó khăn nhất trong thai to là đẻ vai. Đầu tuy to nhưng có thể lọt. Đến vai thì bị mắc và xử trí buộc phải theo đường dưới với những thất bại không lường trước được.

1.4.2. Nếu là ngôi ngược

Phần mông vẫn có thể đẻ tự nhiên nhưng dễ mắc vai, mắc đầu sau.

1.5. Xử trí thai to

1.5.1. Trường hợp thai to đã được chẩn đoán từ quá trình mang thai và đến sớm

- Đối với các cơ sở hộ sinh xã, phường, nhà hộ sinh tư nhân công việc đầu tiên là chuyển đến các cơ sở sản khoa có phẫu thuật để theo dõi, xử trí. Cần giải thích để thai phụ thấy sự cần thiết vì lúc chuyển chưa có gì cấp cứu nhất là đối với con dạ đã qua những lần đẻ thường.
- Đối với các cơ sở tiếp nhận chuyển tuyến
 - Chủ động mổ lấy thai khi đã có chuyển dạ thật nếu thai quá to tiên lượng trên dưới 5000g, nếu có tiền sử đẻ thai to con chết hoặc kèm vết mổ đẻ cũ, ngôi ngược
 - Làm nghiệm pháp lọt nếu xét thấy có khả năng đẻ đường dưới. Chỉ làm cho ngôi chỏm tại bệnh viện có phẫu thuật.

1.5.2. Trường hợp thai to đến cấp cứu với lý do đẻ khó, chuyển dạ lâu, đầu không lọt.

- Chẩn đoán nguyên nhân đẻ khó: sau khi đã loại trừ khung xương hẹp, ngôi bất thường, cơ co bất thường hướng chẩn đoán tới thai to thì cần xác định chẩn đoán qua các dấu hiệu lâm sàng và siêu âm.
- Nếu thấy thai to và có dấu hiệu chuyển dạ đình trệ nên mổ lấy thai trước khi xuất hiện dọa vỡ, suy thai.
- Trường hợp tiên lượng có thể đẻ đường dưới:
 - Nếu ối còn, chờ cổ tử cung mở 3 - 4cm thì bấm ối để đầu trực tiếp vào tiểu khung, thông qua động lực là cơ co để thử thách khả năng lọt hay không lọt. Không bấm ối sớm hơn vì chuyển dạ không có ối sẽ kéo dài, cũng không bấm muộn hơn vì lúc đó cơ co đã nhiều không giúp đánh giá khả năng lọt chính xác được.
 - Sau bấm ối nếu cơ co tốt thì không phải can thiệp gì thêm, nếu cơ co thưa thì có thể chỉ định đẻ chỉ huy. Pha 5đv oxytocin vào 500ml dung dịch glucose đẳng trương 5%, khởi truyền 10 giọt/phút (có nghĩa là 1/200đv oxytocin sẽ được đưa vào cơ thể trong 1 phút) sau đó tùy tình hình cơ co mà điều chỉnh số giọt. Thường nghiệm pháp lọt tối đa không quá 6 giờ. Hai dấu hiệu dọa vỡ và suy thai là các chỉ báo phải ngừng ngay nghiệm pháp để mổ lấy thai.
 - Nếu đầu xuống được và chuyển dạ tiến triển tốt có thể đỡ đẻ thường với tỷ lệ cắt TSM có thể cao hơn.

- Nếu đầu lọt thấp nhưng rặn không chuyển có thể đặt forceps hoặc giác hút, tránh đặt forceps cao.
- Trường hợp thai to chết trong quá trình chuyển dạ theo cổ điển có thể làm các thủ thuật chọc sọ, kẹp nền sọ, bóp nền sọ để lấy thai ra, các thủ thuật này rất dễ gây vỡ tử cung nhất là thì chọc sọ. Nếu quản lý thai tốt, theo dõi chuyển dạ sát thì không thể có các thủ thuật huỷ thai.

2. Đẻ khó do vai

Thông thường đường kính hai vai là 12cm khi vai chuyển động trong đường đẻ, đường kính này dễ dàng được ép lại còn 9,5cm nhỏ hơn tất cả các đường kính của khung chậu nên rất hiếm trường hợp đẻ khó do vai

2.1. Nguyên nhân

2.1.1. Chủ yếu là vai to do thai to (xem phần nguyên nhân thai to ở mục 1.2)

2.1.2. Vai lọt theo đường kính trước sau của eo trên. Đường kính này nhỏ hơn đường kính chéo và vai trước bị mắc lại ở bờ trên xương mu.

2.2. Chẩn đoán

- Khi thấy có những điều kiện dẫn đến thai to như người mẹ có tiền sử đẻ thai to, gia đình anh chị em đều to lớn, béo phì, đái tháo đường v.v.. phải không quên khả năng có khó khăn do vai to
- Thường đẻ khó do vai chỉ được chẩn đoán sau khi đã sổ đầu, với dấu hiệu được mô tả là dấu hiệu “con rùa” (đầu ra lại rụt vào) lúc này có nhiều khả năng khác cần loại trừ
 - Dây rốn ngắn
 - Thai đôi (dính thai, mắc thai)
 - Vòng Bandle co thắt

Người hộ sinh cần cho tay vào sâu tới mức tối đa để chẩn đoán

2.3. Xử trí

- (1). Bình tĩnh tự tin, biết phải làm gì và sẽ xử lý hiệu quả tình huống
- (2). Mời bác sỹ. Nếu bạn có thể tự đỡ được vẫn cần bác sỹ vì còn nhiều bất thường khác như suy thai, chảy máu sau đẻ.
- (3). Chuẩn bị đầy đủ phương tiện và nhân lực hồi sức sơ sinh.
- (4). Có kế hoạch dự phòng chảy máu sau đẻ.

- (5). Xem hướng lọt của vai. Nếu vai lọt theo đường kính trước sau thì phải xoay ra đường kính chéo

Hướng dẫn người mẹ không rặn. Đặt các ngón tay vào mặt trước ngực thai nhi, bàn tay kia đặt vào mặt lưng, phối hợp hai tay xoay chuyển ngực. Nên dùng cả 4 ngón tay để có lực xoay tốt và giảm áp suất so với chỉ dùng 2 ngón. Tuyệt đối không xoay cổ để chuyển động vai vì không những không có tác dụng mà lại có thể làm chấn thương đám rối thần kinh cổ và xương cổ.

- (6) Đỡ vai trước

Cần phân biệt khó do vai hoặc do giường đẻ. Nếu do giường cần đặt đúng tư thế sản khoa, mông kê cao và đặt sát mép giường trong khi đỡ vai trước (xem động tác trong bài *Đỡ đẻ ngôi chỏm*) một người phụ đặt úp hai tay ấn xuống vùng trên mu, nhớ là không được ấn đẩy đáy tử cung.

- (7). Đỡ vai sau

Trường hợp có khó khăn, có thể đỡ đầu từng nấc kéo xuống một ít, lại kéo lên một ít. Nếu thấy có chuyển thì tiếp tục làm

- (8). Nếu vẫn chưa có kết quả.

Hai bàn tay áp vào ngực và lưng xoay cho vai trước ra phía sau rồi xoay lại theo kiểu vặn nút chai (180^0 theo chiều kim đồng hồ rồi 180^0 ngược chiều kim đồng hồ) qua cách đó vai hạ thấp dần.

- (9). Hạ tay sau

Nếu hạ được một tay sẽ giảm từ đường kính hai vai xuống đường kính vai - nách nhỏ hơn, chọn tay sau để hạ vì mặt trước xương cùng dễ thao tác hơn hạ tay trước. Nếu vẫn chưa có kết quả, xoay tay trước ra sau rồi hạ nốt ta sẽ có đường kính nách - nách nhỏ hơn nữa.

- (10). Làm gãy xương đòn

Nếu vẫn chưa có kết quả thì làm gãy xương đòn, đường kính vai sẽ giảm thêm 1,5cm

Có thể đặt hai ngón cái dọc theo xương đòn trước sau đó ấn mạnh vào điểm giữa xương đòn nơi hai đầu ngón cái gặp nhau. Cách làm này có nguy hiểm là đầu xương gãy có thể chọc vào phổi gây tràn khí màng phổi nhưng có ưu điểm là có thể cứu sống bé. Trước đây là thủ thuật cắt xương đòn với kéo cắt chuyên dùng, đầu cắt có 2 lỗ khuyết hình bán nguyệt để ôm đúng xương đòn, so với cắt cách ấn gãy thì nhanh và an toàn hơn.

2.4. Não úng thủy

2.4.1. Phân loại

Não úng thủy nằm trong một loại hình bệnh lý được gọi chung là *não thất phì đại* với các chi tiết như: có teo não, nước não tủy bị tắc hay thông

não úng thủy bị dị dạng nhưng một tỷ lệ nhất định có thể điều trị được; trẻ có thể sống với trí não phát triển bình thường. Có thống kê cho thấy tỷ lệ tử vong cao nhất trong não úng thủy là do các thầy thuốc với các chỉ định phá thai, huỷ thai, trong khi đó não úng thủy nếu không được xử trí sản khoa kịp thời lại là nguyên nhân gây vỡ tử cung trong một số trường hợp nhất định. Cần lưu ý các điều kể trên trong chẩn đoán và xử trí.

2.4.2. Chẩn đoán

- Nấn ngoài:
- + Đầu to
- + Ọp ẹp
- + Chờm mu
- Thăm trong
- + Đường khớp rộng
- + Xương sọ ọp ẹp thường khó chẩn đoán não úng thủy trong ngôi ngược

2.4.3. Diễn biến

Với não úng thủy lớn sẽ gây chuyển dạ kéo dài, dọa vỡ và vỡ tử cung

2.4.4. Xử trí

Não úng thủy lớn gây dễ khó cần phối hợp lâm sàng với chẩn đoán hình ảnh để xử trí thích hợp như chọc sọ thoát nước sau đó đẻ đường dưới. Trong trường hợp não úng thủy đầu ra sau (đẻ ngược) làm thoát nước não thất bằng một xông cứng đặt qua ống cổ đưa lên não thất (thủ thuật Vanhuevel - Tarnier)

2.5. Bụng cóc

- Bụng to có thể do khối u gan, khối u lách nhưng chủ yếu là do cổ trướng.
- Về lâm sàng: không có dấu hiệu để chẩn đoán trước đẻ. Ngày nay người ta có thể chẩn đoán sớm nhờ siêu âm để xử trí sớm.
- Chỉ sau khi đỡ vai thấy thai không ra được mới có thể biết.
- Xử trí bằng chọc cho thoát nước ở ổ bụng.

2.6. Đẻ khó do sa chi (còn gọi là ngôi phối hợp)

Chi sa phải là chi không thuộc ngôi.

Chi trình diện trước eo trên cùng với ngôi nên gọi là ngôi phối hợp.

Thường gặp trong đa ối, non tháng, khung xương hẹp.

Không có vấn đề gì cần đặt ra với ngôi phối hợp vào lúc trước chuyển dạ hoặc đã chuyển dạ nhưng còn ối vì tay thường di động so với đầu.

Nếu ối đã vỡ, phải tìm cách đẩy chi sa lên vì chi sa có thể làm tăng thể tích ngôi gây đẻ khó.

Khi đẩy xong, người hộ sinh giữ nguyên bàn tay khi có cơn co xuất hiện mới rút tay ra (sẽ không còn chỗ cho tay sa lại)

3. Chăm sóc sản phụ đẻ khó do thai

3.1. Nhận định

- Xác định thai to qua đo chiều cao tử cung, vòng bụng, qua sờ nắn (đặc biệt là đầu thai nhi), hỏi tiền sử, nghiệm pháp lọt
- Kiểm tra xem có phải thai dị dạng không (qua thăm khám, siêu âm)
- Có kèm theo vỡ ối sớm, sa chi không?
- Nhân thân sản phụ, tiền sử sản khoa (tiền sử đẻ thai to, đẻ nhiều lần, mắc bệnh tiểu đường)
- Có dấu hiệu chuyển dạ kéo dài, chuyển dạ tắc nghẽn không?
- Có dấu hiệu suy thai không?

3.2. Chẩn đoán chăm sóc/Các vấn đề cần chăm sóc

- Tinh thần: tùy từng sản phụ, nếu sản phụ có tiền sử đẻ thai to thường đỡ lo lắng hơn.
- Tiến triển của cuộc chuyển dạ: có đình trệ, có vỡ ối sớm, có dấu hiệu suy thai, có dấu hiệu dọa vỡ tử cung ... không?
- Theo dõi sát chuyển dạ
- Chế độ vận động phù hợp để tránh vỡ ối sớm
- Chế độ ăn nhẹ, dễ tiêu
- Hồi sức thai nếu có suy thai
- Báo bác sỹ xử trí nếu có chuyển dạ kéo dài/ tắc nghẽn
- Thực hiện những vấn đề về cận lâm sàng, nếu có chỉ định

3.3. Kế hoạch chăm sóc

(1) Trao đổi với sản phụ về tình trạng thai nhi, chuyển dạ. Thảo luận với sản phụ về nơi đẻ thích hợp.

(2) Chuyển hoặc chủ động đến sinh ở nơi có cơ sở phẫu thuật.

(3) Không mổ chủ động mà phải thông qua nghiệm pháp lọt - để chỉ huy nếu cơn co yếu.

(4) Lập biểu đồ chuyển dạ, theo dõi tương quan của đường mở cổ tử cung với đường báo động/hành động.

(5) Lập kế hoạch đỡ đẻ đường dưới nếu các thông số theo dõi chuyển dạ tiến triển tốt, chuẩn bị đầy đủ phương tiện forceps, giác hút nếu cần.

(6) Có kế hoạch mổ lấy thai ngay khi có đủ dấu hiệu sớm của chuyển dạ đình trệ, không được để dọa vỡ mới mổ.

(7) Chăm sóc sau đẻ cho mẹ và con theo xử trí đã tiến hành.

(8) Với thai dị dạng, xử trí của người hộ sinh là chuyển đến các cơ sở kỹ thuật cao vì nguy cơ với não úng thủy không phải chỉ định duy nhất là chọc ối.

(9) Khi có sa chi trước ngôi tìm cách đẩy chi lên để chi sa không còn là vật cản làm tăng thể tích.

(10) Trường hợp thai to, đầu đẻ được nhưng vai mắc thì phải tìm cách hạ tay để chuyển đường kính hai móm vai thành đường kính vai - nách hoặc đường kính nách - nách.

3.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

(1) Tại y tế xã, phường, nhà hộ sinh khi chẩn đoán là thai to, chuyển sản phụ đến tuyến có phẫu thuật.

(2) Phải thông qua nghiệm pháp lọt với công cụ theo dõi là biểu đồ chuyển dạ (ghi kịp thời, trung thực)

(3) Phát hiện sớm các dấu hiệu chuyển dạ đình trệ để có chính xác các chỉ định để chỉ huy, mổ lấy thai, forceps, giác hút.

(4) Chăm sóc cho mẹ và con thích hợp với các xử trí đã tiến hành.

3.5. Đánh giá

3.5.1. Tốt

- Có chẩn đoán đúng là thai to (trên 3500g)
- Tỷ lệ can thiệp, tránh tỷ lệ mổ quá cao.

3.5.2. Chưa tốt

- Các tai biến cho mẹ và cho con do không chẩn đoán được thai to hoặc do xử trí chậm.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu từ 1-6

Câu 1: Thai to là thai có cân nặng trên.....

Câu 2: Trên lâm sàng, có thể chẩn đoán thai to bằng

A:

B:

C:

Câu 3: Chẩn đoán thai to cần phân biệt với

A:

B:

C:

D:

Câu 4: Thai to từng phần hay gặp nhất là:.....

Câu 5: Kể các xử trí đối với thai to ở tuyến có phẫu thuật

A:

B:

C:

D:

Câu 6: Việc đầu tiên phải làm khi gặp ngôi đầu sa chi là:.....

Câu 7: Để khó do vai ngoài lý do thai to, còn có lý do thứ hai là

Câu 8: Cách xử lý khi vai lọt theo đường kính trước sau.....

Câu 9: Có thể qua đầu bên ngoài để xoay vai để.....(A).....vì sao.....(B).....

Câu 10: Khi đỡ vai khó vẫn làm thủ thuật hạ tay.....

Câu 11: Trường hợp đường kính vai - nách vẫn chưa đỡ được thì.....

Câu 12: Hạ cả hai tay vẫn chưa đỡ được vai thì.....

Phân biệt đúng sai các câu từ 13 đến 17

Nguyên nhân thai to

Nội dung	Đúng	Sai
Câu 13: Do ăn nhiều khi mang thai		
Câu 14: Do uống viên sắt		
Câu 15: Do di truyền (từ bố, mẹ)		
Câu 16: Do bệnh tiểu đường		
Câu 17: Do số lần đẻ		

Chọn câu trả lời đúng nhất

Câu 18: Xử trí của người hộ sinh đối với thai to ở tuyến không có phẫu thuật là

- A: Bấm ối
- B: Tăng cường cơn co bằng thuốc
- C: Theo dõi thêm
- D: Chuyển viện
- E: Truyền dịch

Bài tập

Chị Hoàng Thị Hằng 37 tuổi, chuyển dạ đẻ lần 2. Khám thấy:

- Mạch 80 lần/phút, huyết áp 120/70mmHg, nhiệt độ 37°C
- Chiều cao tử cung 36cm, vòng bụng 103cm.
- Tim thai nghe rõ ngang rốn, nhịp đều 140 lần/phút
- Ngôi đầu cao (độ lọt 5/5)
- Cơn co tử cung tần số 1, cường độ nhẹ
- Cổ tử cung đang xoá, ối còn
- Siêu âm: đường kính lưỡng đỉnh 97mm

Anh/Chị hãy lập kế hoạch chăm sóc sản phụ Hằng trong 6 giờ sau khi thăm khám.

ĐỀ KHÓ DO CÁC NGUYÊN NHÂN TỪ MẸ

MỤC TIÊU

1. *Mô tả khung chậu hẹp giải phẫu và hẹp lâm sàng, cách chẩn đoán và xử trí đề khó do khung chậu.*
2. *Trình bày nguyên nhân, cách chẩn đoán và xử trí đề khó do U tiền đạo*
3. *Trình bày nguyên nhân, cách chẩn đoán và xử trí đề khó do cổ tử cung, âm đạo và tầng sinh môn*
4. *Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc bà mẹ đề khó do các nguyên nhân từ mẹ.*

1. Đề khó do khung chậu

Tiểu khung về sản khoa còn được gọi là đường đề có hình ống cong ra phía trước. Mặt trước của ống đề là xương mu dài khoảng 4cm, mặt sau là xương cùng cụt dài gấp 3 lần thành trước. Điểm trên cùng của thành sau là móm nhô cao hơn bờ trên xương mu tạo thành một mặt phẳng nghiêng $45-60^{\circ}$. Điểm dưới xương cụt thấp hơn bờ dưới xương mu một góc khoảng 10° .

Cửa vào tiểu khung là eo trên đi từ móm nhô theo đường không tên (ranh giới giữa phần nghiêng của cánh xương chậu với phần đứng của xương ngồi) ra tới mặt sau xương mu tại phần lõm nhất còn gọi là điểm sau mu.

1.1. Eo trên

1.1.1 Hình dáng: Tùy theo từng chủng tộc, eo trên có thể hình tròn, hình bầu dục ngang, bầu dục dọc, tam giác với eo trên hình tròn và bầu dục ngang dễ dễ ngang nhau. Loại eo hình bầu dục dọc là khung chậu hẹp ngang (nhờ có chẩn đoán hình ảnh mà phát hiện ra), khung chậu hình tam giác là khung chậu nam giới thuộc loại đề khó.

1.1.2. Mặt phẳng nghiêng: Mặt phẳng nghiêng trên 60° làm đầu thai nhập eo khó, không đối xứng.

1.1.3. Chiều trước sau

Có 3 đường kính: nhô - trên mu, nhô - sau mu, nhô - dưới mu

Về sản khoa chỉ cần quan tâm đến đường kính *nhô sau mu* có số đo bình thường là 10,5cm hoặc rộng hơn càng tốt. Trên lâm sàng có thể ước lượng đường kính *nhô sau mu* qua đo ngoài hoặc đo trong.

- Đo ngoài: Dùng compa Bô - đơ - lốc đo đường kính trước sau lấy điểm trước là bờ trên xương mu, điểm sau là gai L_5 . Đường kính Bô - đơ - lốc chịu ảnh hưởng của bề dày da thịt nơi đo. Các nhà sản khoa Liên xô cũ khuyên người hộ sinh đo vòng cổ tay. Đường kính Bô - đơ - lốc - $K = \text{ĐK nhô sau mu}$. Nếu vòng cổ tay là 14cm thì K là 7. Nếu là 15cm thì K là 7,5. Nếu là 13cm thì K là 6,5.

Ví dụ: Đo ngoài được 18cm, vòng cổ tay là 14cm, K sẽ là 7 và đường kính *nhô sau mu* sẽ là $18\text{cm} - 7\text{cm} = 11\text{cm}$.

- Đo trong: Đưa 2 ngón tay (ngón 2 và 3) của tay thuận vào âm đạo, lần theo mặt trước xương cùng lên đầu tìm móm *nhô* có thể gặp móm *nhô* tại phần khớp S1 - S2 hoặc S2 - S3.
- + Phân biệt *nhô giả* và *nhô thật* bằng cách đưa ngón tay lên trên và sang ngang. Với *nhô giả*, đưa tay lên vẫn chạm xương, đưa tay sang hai bên chạm vào ổ cùng gây đau. Với *nhô thật*, đưa tay lên và sang ngang đều không chạm gì.
- + Đánh dấu điểm chạm tay ở bên ngoài và bờ dưới xương mu. Rút tay ra đo được đường kính *nhô dưới mu*. Lấy *nhô dưới mu* trừ đi 1,5cm sẽ có *nhô sau mu*. Bình thường không sờ thấy móm *nhô*. Sờ được móm *nhô* là đường kính giới hạn .

Phân loại:	Số đo nhô sau mu
Bình thường	Từ 10,5cm trở lên
Hẹp độ 1	9,5cm
Hẹp độ 2	8cm
Hẹp độ 3	6cm

1.1.4. Chiều chéo: Đường kính chéo đi từ khớp cùng chậu bên này sang mào chậu bên kia. Số đo bình thường là 12cm. Số đo thấp từ 1cm trở đi là khung xương hẹp. Khi hai đường kính chéo có số đo lệch nhau là khung xương méo.

1.1.5. Chiều ngang: Gồm đường kính ngang lớn nhất và đường kính ngang giữa (12,5 - 13cm). Đo đường kính này biết được dễ khó do khung chậu hẹp ngang.

1.2. Thành tiểu khung

1.2.1 Mặt trước: Là mặt sau xương mu. Nếu dài trên 4cm thì sổ thai sẽ khó hơn.

1.2.2. Mặt sau: Là mặt trước xương cùng, phần lõm hướng ra trước với độ cong vừa phải, đo theo đường cong 12cm, đo theo đường thẳng 9cm với khoảng cách xa nhất giữa đường thẳng và đường cong là 3cm. Nếu mặt trước xương cùng quá phẳng, đầu thai nhi sẽ không đủ khoảng trống để xuống và quay. Nếu mặt trước xương cùng quá lõm (hình móc câu) đầu xuống được nhưng khó quay và hình móc câu làm đường kính dưới cùng – dưới mu thu nhỏ gây khó cho thì số.

1.2.3. Thành bên: Đi từ eo trên đến mặt trong ụ ngồi, là mặt trong của nhánh xương ngồi chậu với hai gai hông là chỗ hẹp nhất của chiều ngang lòng tiểu khung tạo nên eo giữa. Bình thường hai thành bên xuống thẳng (song song) hai gai hông cách nhau trên 10,5cm khi lòng tiểu khung hình phễu và đường kính hai gai hông dưới 10,5cm là hẹp eo giữa. Đánh giá đường kính 2 gai hông bằng cách mở rộng hết mức khoảng cách giữa ngón tay số 2 và 3. Nếu đường kính này hẹp thì đầu hai ngón có thể cùng chạm vào 2 gai hông (vị trí gai hông ở phía trên mặt trong ụ ngồi 4cm)

1.3. Eo dưới: Giới hạn của eo dưới phía trước là dưới mu, hai bên là mặt trong ụ ngồi, phía sau là dưới cùng – dưới cụt. Đường kính trước sau của eo dưới là dưới cụt – dưới mu. Khi đẻ đầu thai đẩy xương cụt ra sau và đường kính dưới cùng - dưới mu thay thế, rộng hơn. Đường kính này thu hẹp khi xương cùng cụt quá cong, vòm mu thấp. Đường kính ngang của eo dưới là đường kính 2 ụ ngồi, đánh giá bằng cách nhận định vòm mu (đo 2 xương ngồi mu tạo thành). Bình thường góc tạo nên vòm mu phải là $85 - 90^{\circ}$ (cho được 2 ngón tay rộng) hoặc đo đường kính hai ụ ngồi, đơn giản là cách cho một nắm tay vào giữa hai ụ ngồi, nếu cho được nắm tay là bình thường. Hoặc dùng thước đo: đặt thước đo vào hai mặt trong ụ ngồi, đo xong cộng thêm 1,5cm (phải đo qua lớp da, cơ). Bình thường đường kính hai ụ ngồi là 10cm trở lên.

Eo dưới hẹp làm ảnh hưởng đến thì số thai

1.4. Khung xương lệch

1.4.1. Dị dạng bẩm sinh: được gọi là khung chậu Naegele, khung chậu Robert do khuyết tật ở một bên hoặc cả hai bên xương cùng làm xương cùng và xương chậu nhập chung.

1.4.2. Do bệnh lý và sang chấn: còi xương và mềm xương. Còi xương là một bệnh về dinh dưỡng do thiếu vitamin D. Nếu một em gái nhỏ bị còi xương, trọng lượng phía trên của cơ thể sẽ đè lên xương chậu mềm yếu. Mỏm nhô bị đẩy ra trước và xuống dưới cùng lúc đó xương cùng bị chuyển ra sau làm chiều trước sau của eo trên hẹp lại và lòng tiểu khung rộng ra.

- Mềm xương là bệnh do thiếu calci, một bệnh mắc phải trong quá trình lớn lên cũng gây các biến dạng như thiếu vitamin D nhưng ít gặp hơn.
- Chấn thương gãy xương chậu biểu hiện lệch méo đa dạng tùy theo từng chấn thương
- U xương chậu: làm hẹp lòng tiểu khung, hiếm gặp ở tuổi sinh đẻ
- Các thương tổn ở chi dưới: bao gồm bại liệt, gãy xương đùi, thương tổn ở khớp xương đùi. Khi vận động trọng lượng cơ thể dồn về phía chân lành làm cho khung chậu chân lành hẹp lại.
- Các thương tổn ở cột sống: bao gồm cột sống gù và vẹo. Nếu gù cao móm nhô sẽ bị lực dồn từ cột sống đẩy ra sau. Nếu gù thấp móm nhô sẽ bị đẩy ra trước kèm theo đó là xương cùng bị đẩy ra sau. Cột sống vẹo sẽ dồn trọng lượng cơ thể vào bên vẹo làm cho nửa khung chậu phía có cột sống vẹo hẹp lại. Đối với các thương tổn ở cột sống hay ở chi dưới gây khung chậu lệch thì tiên lượng ảnh hưởng cần dựa vào:
 - + Thời điểm: bị từ càng nhỏ tuổi càng ảnh hưởng nhiều.
 - + Vị trí: càng gần xương chậu càng ảnh hưởng nhiều.
 - + Điều trị: càng điều trị muộn càng ảnh hưởng
 - + Vận động trở lại sau điều trị: càng vận động sớm càng ảnh hưởng nhiều.

1.4.3. Hẹp eo giữa: Gặp ở một số phụ nữ có đột biến về tăng chiều cao ở tuổi dậy thì, xương chậu đầy có tính nam hoá. Eo giữa và eo dưới hẹp.

1.5. Xếp loại các khung chậu

1.5.1 Khung chậu có hình dáng và xương phát triển bình thường: eo trên hình tròn, bầu dục ngang có các số đo bình thường

1.5.2. Khung chậu có hình dáng và xương phát triển bất thường (các số đo thường giảm).

- Do các bệnh dinh dưỡng và môi trường
 - Nhẹ: eo trên hình tam giác (dạng nam giới) dẹt
 - Nặng: còi xương, mềm xương
- Do sang chấn, do bệnh lý:
 - Cột sống gù, vẹo
 - Xương chậu (gãy xương, khối u)
 - Chi dưới (bại liệt từ nhỏ, bệnh khớp nặng v.v..)

Do dị dạng bẩm sinh: khung chậu Naegele và khung chậu Robert

1.5.3. Hẹp eo giữa.

1.6. Cơ chế đẻ trong các trường hợp khung chậu không bình thường

1.6.1 Qua eo trên: với khung xương dẹt, đầu phải chuẩn bị lọt theo hướng đường kính ngang, thường lọt không đối xứng, với khung xương hẹp ngang hướng lọt là đường kính trước sau. Hướng lọt này rất hẹp lại không thuận lợi cho đầu cúi để giảm kích thước. Với eo trên hình tam giác đầu thường không lọt được nếu thai đủ tháng

1.6.2. Qua eo giữa: hình dáng xương cùng có ảnh hưởng rõ rệt đến việc quay đầu, eo giữa hẹp cản trở đầu lọt thấp gây tắc nghẽn sâu.

1.6.3. Qua eo dưới: eo dưới hẹp làm cản trở đầu sổ (vòm mu hẹp, xương cùng cụt quá cong).

1.7. Xử trí đẻ khó do khung chậu: Với độ an toàn cao của mổ lấy thai hiện nay không còn chỉ định gây đẻ sớm để thai có thể ra theo đường dưới. Không có chỉ định mổ tuyệt đối do khung chậu mà cần làm nghiệm pháp lọt và theo dõi tiến triển để chọn giải pháp cho đẻ đường dưới hay mổ lấy thai. Nếu cho đẻ đường dưới số trường hợp phải can thiệp bằng forceps và giác hút có thể tăng. Trong một số trường hợp có thể sử dụng móm tiến, móm lùi giúp đầu lọt và sổ.

Móm lùi là cách để cho móm nhô lùi về sau làm rộng thêm đường kính lọt. Muốn thế hướng dẫn thai phụ nằm ngửa, hai chân buông thông, lực của tư thế nằm này quá mép bàn sẽ tác động qua mép bàn đẩy xương cùng ra trước làm cho móm nhô chuyển ra sau.

Móm tiến là cách giúp cho móm nhô chuyển động ra trước và xương cùng cụt lùi ra sau làm rộng đường kính trước sau của eo dưới giúp đầu sổ, muốn thế hướng dẫn thai phụ co gấp khớp háng và khớp gối hoặc nằm đè lên vùng L5 - S1 có tác động đẩy móm nhô ra trước.

2. Đẻ khó do u tiền đạo

2.1. Nguyên nhân

- U xơ tử cung (nhân xơ phát triển ở đoạn dưới)
- U nang buồng trứng: loại kích thước không to, đủ để kẹt trong tiểu khung.
- U xương phát triển trong lòng tiểu khung.
- Tử cung đôi, nửa không có thai cũng lớn lên theo sự phát triển của thai và trở thành chướng ngại trên đường đẻ.

2.2. Chẩn đoán

Chẩn đoán được u tiên đạo qua thăm âm đạo thường không khó nhưng xác định được u gì thì không dễ dàng. Với phụ nữ Việt Nam thường gặp nhất là tử cung đôi, sau đó đến u xơ.

2.3. Xử trí

U tiên đạo là một chỉ định mổ lấy thai bắt buộc. Sau mổ lấy thai có thể giải quyết khối u như cắt u nang. Đối với tử cung đôi, không cần làm gì. Đối với u xơ nếu khó lấy nhân thì để lại giải quyết về phụ khoa sau.

3. Đẻ khó do thương tổn cổ tử cung

- Thương tổn được nói tới là ung thư cổ tử cung.
- Hướng xử trí thiên về mổ lấy thai vì nếu để đẻ đường dưới, thương tổn ung thư sẽ phát triển rất nhanh và thường gây tử vong trong vòng 6 tháng.
- Mổ lấy thai giúp người mẹ có nhiều thời gian hơn để nuôi con.

4. Đẻ khó do âm đạo và tầng sinh môn

4.1. Nguyên nhân

- Vách ngăn ngang âm đạo
- Vách ngăn dọc
- Lỗ dò bàng quang - âm đạo, trực tràng - âm đạo
- Tầng sinh môn dài, dày, rắn.

4.2. Xử trí

- Vách ngăn ngang: phải mổ lấy thai
- Vách ngăn dọc: Cắt, sau khi ngôi xuống làm vách ngăn giãn mỏng.
- Lỗ dò: dù chưa mổ (ít có khả năng quan hệ tình dục) hoặc đã mổ, hướng xử trí là mổ lấy thai để tránh rách rộng thêm hoặc rách lại.
- Tầng sinh môn dài, dày, rắn: Cắt tầng sinh môn có thể kết hợp với forceps, giác hút. Trong các xử trí trên, tất cả đều phải làm ở bệnh viện trừ cắt tầng sinh môn được làm ở nhà hộ sinh.

5. Chăm sóc sản phụ có yếu tố đẻ khó do các nguyên nhân từ mẹ

5.1. Nhận định: ngoài những vấn đề nhận định như sản phụ đẻ thường, cần xác định các nguyên nhân đẻ khó từ mẹ gồm:

- Khung xương (hẹp, méo)
- Phần mềm: cổ tử cung, âm đạo, tầng sinh môn
- Các khối u tiền đạo

5.2. Chẩn đoán/Những vấn đề cần chăm sóc

5.2.1. Khung xương

- Chiều cao cơ thể
- Đo khung chậu ngoài (giá trị không nhiều)
- Dáng người, dáng đi: gù, vẹo cột sống, thọt...

5.2.2. Phần mềm

- Vách ngăn dọc, ngang âm đạo
- Lổ dò âm đạo
- Tầng sinh môn dài, dày, rắn

5.2.3. Khối u tiền đạo: Xác định qua thăm trong

5.3. Lập kế hoạch chăm sóc

Những vấn đề cần chăm sóc như sản phụ đẻ thường, cần chú ý:

- Theo dõi chuyển dạ và chuẩn bị cho cuộc đẻ (ăn, uống, vệ sinh, tư vấn...) như các trường hợp đẻ khó có khả năng phải phẫu thuật.
- Với những trường hợp không có điều kiện đẻ đường dưới (u tiền đạo, vách ngăn ngang âm đạo) thì chuẩn bị mổ lấy thai khi đã có dấu hiệu chuyển dạ.
- Với khung xương hẹp, méo, không có chỉ định mổ tuyệt đối mà phải thông qua nghiệm pháp lọt
- Với vách ngăn dọc: chỗ đầu xuống vách giãn mỏng thì cắt
- Với tầng sinh môn: cắt (giảm đau, vô khuẩn tốt, tư vấn...)

5.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Theo dõi chuyển dạ: Nhất thiết phải lập biểu đồ chuyển dạ. Chuẩn bị người mẹ đầy đủ khi có chỉ định mổ có thể chuyển ngay.
- Tuỳ theo nguyên nhân mà có kế hoạch chăm sóc thích hợp

5.5. Đánh giá

- Các chăm sóc có được thực hiện đúng lúc, đủ nội dung như kế hoạch đã lập.
- Ảnh hưởng của chăm sóc đối với sức khoẻ người mẹ và thai nhi

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu từ 1-22

Câu 1: Đường kính khung chậu qua đo ngoài có ý nghĩa nhất là đường kính

Câu 2: Mốc của đường kính Bô - đơ - lốc phía trước là.....A.....phía sau là.....B.....

Câu 3: Có thể từ đường kính Bô - đơ - lốc mà ước đoán ra đường kính nhô sau mu không?

Câu 4: Eo trên có hình dáng thì dễ khó tăng?

Câu 5: Trong khung chậu dẹt đầu thường lọt theo hướng

Câu 6: Trong 3 đường kính nhô trên mu, nhô sau mu, nhô dưới mu, về lâm sàng có thể đo được đường kính nào.

Câu 7: Khi không sờ được móm nhô, khung chậu được đánh giá như thế nào?

Câu 8: Các đường kính trong của khung chậu giảm bao nhiêu centimet thì coi là hẹp

Câu 9: Khi thăm trong mở rộng ngón trỏ và ngón giữa, 2 đầu ngón đồng thời chạm được hai gai hông như vậy eo giữa bình thường hay hẹp.

Câu 10: Hai cách để đánh giá eo dưới hẹp

A:.....

B:.....

Câu 11: Thành trước của xương cùng như thế nào là bất thường

A:.....

B:.....

Câu 12: Thành bên của tiểu khung như thế nào là bất thường

Câu 13: Kể tên một khung xương chậu dị hình bẩm sinh

Câu 14: Bệnh còi xương dẫn đến khung chậu bất thường nào?

Câu 15: Một phụ nữ bị gãy xương đùi từ nhỏ (xương đùi phải). Nửa nào của khung chậu sẽ bị hẹp lại

Câu 16: Một phụ nữ bị vẹo cột sống, vẹo sang trái. Nửa nào của xương chậu sẽ bị hẹp.

Câu 17: Có tư thế nào khi đẻ giúp cho móm nhô lùi ra sau, mở rộng đường kính lọt

Câu 18: Có tư thế nào khi đẻ giúp xương cùng cụt chuyển ra sau, mở rộng đường kính sổ.

Câu 19: Kể 4 nguyên nhân dẫn đến đẻ khó do u tiền đạo

A:.....

B:.....

C:.....

D:.....

Câu 20: U tiền đạo có phải là một chỉ định tuyệt đối với mổ lấy thai

Câu 21: Thương tổn cổ tử cung gây đẻ khó là gì

Câu 22: Kể 4 nguyên nhân đẻ khó do âm đạo và TSM

A:.....

B:.....

C:.....

D:.....

Đánh dấu (✓) vào cột tương ứng đúng - sai các câu 23 - 30

Nội dung	Đúng	Sai
23. U nang buồng trứng kích thước nhỏ có thể trở thành khối u tiền đạo		
24. Tất cả các loại u tiền đạo có thể dễ dàng phát hiện qua khám lâm sàng		
25. Khi chuyển dạ, sản phụ có dò bàng quang - âm đạo không nên đẻ đẻ ở cơ sở		
26. Sản phụ 35 tuổi, chuyển dạ đẻ lần 1, khi sổ thai nên chủ động cắt tầng sinh môn		
27. Cổ tử cung có tổn thương khi chuyển dạ làm cổ tử cung mở nhanh hơn bình thường		
28. Tại nhà hộ sinh, khi khám sản phụ chuyển dạ sờ thấy móm nhô, cần chuyển ngay sản phụ đến tuyến có khả năng phẫu thuật		
29. Khi sờ thấy móm nhô, đưa tay lên trên và sang 2 bên không sờ thấy gì nữa là móm nhô giả		
30. Khi đo khung chậu ngoài, đường kính trước sau của sản phụ là 16,5 cm, cần chuyển sản phụ đến tuyến có phẫu thuật		

Bài tập

Sản phụ Đặng Thị Nguyệt 25 tuổi, chuyển dạ đẻ lần 1. Khám thấy:

- Sản phụ cao 145cm, nặng 50kg.
- Mạch 85 lần/phút, huyết áp 130/80mmHg, nhiệt độ 37°C
- Cao tử cung 34cm, vòng bụng 89cm
- Tim thai 140 lần/phút, nghe rõ dưới rốn khoảng 2cm, bên trái
- Cơ co tử cung tần số 1, cường độ nhẹ
- Cổ tử cung đang xoá, ối chưa vỡ, đầu cao
- Không sờ thấy móm nhô

Anh/Chị hãy lập kế hoạch chăm sóc sản phụ 6 giờ ngay sau khi khám.

ĐỀ KHÓ DO CƠN CO TỬ CUNG BẤT THƯỜNG

MỤC TIÊU

1. *Chẩn đoán đề khó do cơn co bất thường.*
2. *Trình bày cách xử trí trong trường hợp cơn co tử cung tăng, giảm bất thường.*
3. *Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc các bà mẹ đề khó do cơn co tử cung bất thường.*

Chuyển dạ đề là hiện tượng sinh lý bình thường, trong đó cơn co tử cung là động lực chính của cuộc chuyển dạ. Cơn co có hiệu năng là cơn co làm cổ tử cung mở nhanh giúp đầu xuống tốt.

Cơn co phải phù hợp với thời điểm chuyển dạ. Khi mới chuyển dạ, tần số thường chỉ là 1-2 cơn co trong 10 phút, mỗi cơn co khoảng 20 giây. Cuối pha tiềm tàng, tần số tăng lên 2-3 cơn co trong 10 phút, mỗi cơn co khoảng 30 giây. Sang pha tích cực, tần số tăng lên 4-5 cơn co trong 10 phút, mỗi cơn co có thể kéo dài 40-50 giây. Đó là tính nhịp nhàng tăng dần của cơn co tử cung.

Nếu ở giai đoạn đầu đã xuất hiện cơn co mau và mạnh hoặc ngược lại, ở giai đoạn cuối chỉ có cơn co thưa và nhẹ, đều được xem là đề khó do cơn co tử cung.

Điều đó có nghĩa là một cuộc chuyển dạ muốn tiến triển bình thường thì ngoài các yếu tố: ngôi thai, sự tương xứng thai và khung chậu, sức khỏe chung của người mẹ, sự bình thường của thai nhi và phần phụ của thai... thì cơn co tử cung tiến triển bình thường trong suốt quá trình chuyển dạ là một yếu tố có tầm quan trọng đặc biệt. Mọi rối loạn của cơn co tử cung đều gây khó khăn, thậm chí có thể làm đình chỉ cuộc chuyển dạ.

1. Phân loại

1.1. Cơn co quá hiệu năng

- Cơn co tử cung tăng: tăng về cường độ và/ hoặc tần số.
- Tăng trương lực cơ bản cơ tử cung

Hậu quả của cơn co tử cung quá hiệu năng:

- Đẻ quá nhanh/ Chuyển dạ kéo dài
- Tử cung co cứng

1.2. Cơn co thiếu hiệu năng

- Cơn co giảm làm cho cuộc chuyển dạ kéo dài
- Cơn co không đồng bộ.

2. Cơn co tử cung tăng

2.1. Nguyên nhân

Trước một trường hợp cơn co tử cung tăng, người ta phải tìm ngay được các nguyên nhân, đặc biệt là các nguyên nhân cơ giới:

- Về phía người mẹ:
 - + Khung chậu hẹp.
 - + Khối u tiền đạo.
 - + Tử cung dị dạng: tử cung đôi, tử cung kém phát triển
 - + Cổ tử cung không mở.
- Về phía thai:
 - + Thai to toàn bộ hay to từng phần gây bất tương xứng thai nhi và khung chậu (não úng thủy).
 - + Ngôi thai bất thường làm cho thai nhi không lọt.
- Về phía phần phụ của thai: ối vỡ sớm làm giảm thể tích tử cung gây tăng co bóp tử cung.
- Về phía thầy thuốc: lạm dụng các thuốc làm tăng co bóp tử cung (oxytocin, prostaglandin).

2.2. Triệu chứng

- Cơ năng: Sản phụ đau nhiều, có khi đau liên tục không có giai đoạn đoạn nghỉ ngơi giữa các cơn co tử cung.
- Thực thể:
 - + Tử cung có cơn co liên tục không tương xứng với độ mở cổ tử cung
 - + Khó sờ nắn các phần thai.
 - + Có thể sờ thấy tử cung cứng, nắn đau.
 - + Thời gian nghỉ giữa 2 cơn co ngắn và tử cung vẫn cứng hơn bình thường.

- + Thăm âm đạo có thể thấy đoạn dưới căng cứng, cổ tử cung không mở thêm có khi phù nề, lúc đầu phù mềm sau đó vì có sự nhiễm trùng phù mềm trở thành phù cứng.
- Nếu sản phụ đến viện muộn hoặc không được phát hiện và xử trí kịp thời có thể có dấu hiệu dọa vỡ tử cung, suy thai...
- Nếu sản phụ được theo dõi bằng Monitoring sản khoa, ghi được trị số của cơn co tử cung chính xác sẽ thấy các trị số đều tăng cao hơn so với trị số trung bình của cơn co tử cung ở giai đoạn chuyển dạ. Đồng thời trên Monitoring cũng thấy được tình trạng thai nhi biểu hiện qua nhịp tim thai.

2.3. Hậu quả của cơn co tử cung tăng

- Co bóp của tử cung tăng trước hết dẫn đến tình trạng suy thai ở các mức độ khác nhau nhất là khi ối đã vỡ, lúc này áp lực của các cơn co tử cung tác động trực tiếp đến thai nhi cộng với tình trạng tình trạng tuần hoàn mẹ - bánh rau- thai nhi bị suy giảm do co bóp tử cung tăng.
- Cơn co tử cung tăng làm cho cổ tử cung khó xoá mở, cuộc chuyển dạ đình trệ.
- Nếu cơn co tử cung tăng không được xử trí kịp thời các nguyên nhân, có thể dẫn đến vỡ tử cung.

2.4. Xử trí

- Trong quá trình theo dõi chuyển dạ, người hộ sinh nếu phát hiện cơn co tử cung tăng cần báo Bác sỹ ngay để xử trí kịp thời, đồng thời thực hiện các công việc sau:
 - + Động viên sản phụ tránh kêu la nhiều.
 - + Cho sản phụ nằm nghiêng trái.
 - + Cho sản phụ thở oxy qua sonde đặt ở mũi mẹ.
- Với tuyến nhà Hộ sinh và cơ sở:
 - + Dùng thuốc giảm co tử cung:
 - Papaverin 0,04g x một ống (tiêm dưới da)
 - Hoặc: Diazepam 0,05g x một ống (tiêm dưới da)
 - Hoặc: Pethidine 0,100g x một ống (tiêm dưới da)
 - + Thực hiện các công việc trên và chuyển tuyến trên có hộ tổng.
- Cơn co tử cung tăng do truyền để chỉ huy: khoá dịch truyền ngay.

3. Tăng trương lực cơ bản của tử cung

3.1. Nguyên nhân

- Rau bong non (nhất là thể nặng).
- Đa ối, sinh đôi, thai to: do thể tích tử cung quá lớn làm tử cung bị căng quá mức.
- Đôi khi gặp ở những người con so lớn tuổi, tử cung kém phát triển hoặc thân kinh người mẹ không ổn định...

3.2. Triệu chứng

- Cơ năng: sản phụ đau nhiều, kêu la vật vã, có khi trong tình trạng hốt hoảng, lo sợ.
- Thực thể:
 - + Khám thấy tử cung căng cứng liên tục, không có giai đoạn nghỉ ngơi. Trong trường hợp rau bong non, có thể thấy tử cung cứng như gỗ.
 - + Tim thai có thể suy.
 - + Thăm âm đạo: đầu ối phồng căng, khó xác định ngôi thai.

3.3. Xử trí

Xử trí giống như cơ co tử cung tăng.

4. Cơ co tử cung giảm

Cơ co tử cung giảm có thể là: Cơ co thừa và cường độ các cơn co yếu hoặc trương lực cơ tử cung giảm.

4.1. Nguyên nhân

- Nguyên nhân cơn co tử cung giảm nguyên phát:
 - + Cơ thể người mẹ yếu do thiếu dinh dưỡng hoặc mắc các bệnh mạn tính như: lao, suy tim, thiếu máu...
 - + Tử cung nhỏ
 - + Sản phụ dùng nhiều thuốc an thần
 - + Sản phụ bị mất nước hoặc quá lo lắng, sợ hãi trong khi chuyển dạ.
- Nguyên nhân cơn co tử cung giảm thứ phát:
 - + Đa thai, đa ối, thai to, tử cung có u xơ... làm tử cung căng quá mức trong khi mang thai.
 - + Chuyển dạ kéo dài, cơn co tử cung giảm sau một thời gian tử cung co bóp nhiều.

4.2. Triệu chứng

- Cơ năng: Sản phụ thấy các cơn đau thưa dần rồi mất hẳn
- Thực thể:
 - + Đặt tay lên bụng sản phụ thấy tử cung mềm, không có cơn co hoặc cơn co tử cung rất yếu.
 - + Nắn các phần thai dễ dàng.
 - + Cổ tử cung đã mở bị thu hẹp lại hoặc không tiếp tục mở nữa.

4.3. Cơn co tử cung giảm ảnh hưởng của đến chuyển dạ

- Chuyển dạ kéo dài, có khi ngừng tiến triển.
- Nếu ối đã vỡ có thể dẫn đến nhiễm khuẩn ối, thai suy.
- Nguy cơ chảy máu sau đẻ cao do dờ tử cung.

4.3. Xử trí

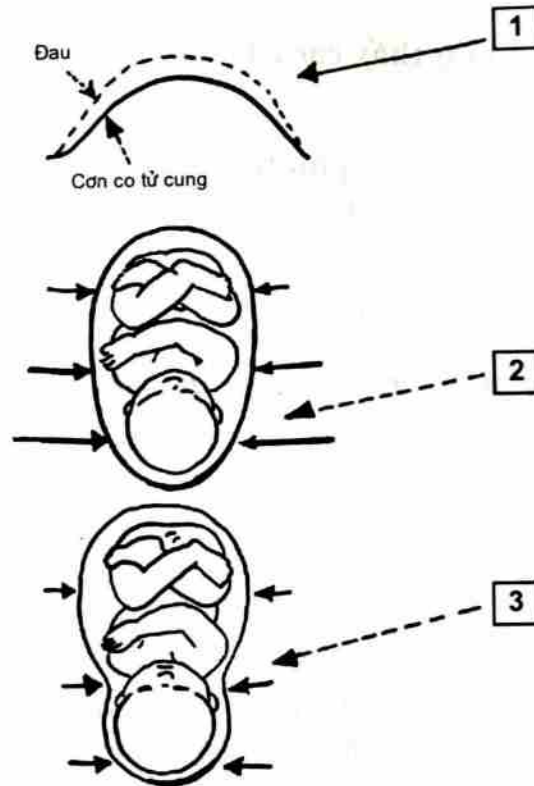
- Khi theo dõi chuyển dạ, phát hiện sản phụ có biểu hiện cơn co tử cung giảm, cần báo bác sỹ ngay. Nếu ở tuyến cơ sở, cần chuyển tuyến trên ngay.
- Không nên dùng thuốc tăng co tử cung khi không có chỉ định của bác sỹ.
- Tất cả những trường hợp ối đã vỡ trên 6 giờ đều phải cho kháng sinh dự phòng nhiễm khuẩn.

5. Cơn co không đồng bộ (Hình 16.1)

Bình thường cơn co xuất phát từ đáy tử cung bên trái, lan sang phải rồi truyền xuống đoạn dưới và cổ tử cung. Cơn co càng xuống càng giảm cường độ nhưng mức tối đa của áp lực xuất hiện cùng lúc.

Trong co không đồng bộ, mức tối đa của áp lực cơn co tại các điểm không xuất hiện cùng lúc, buồng tử cung lúc nào cũng có áp lực. Kết quả là không hướng được thai xuống, dễ gây suy thai.

Cơn co không đồng bộ còn làm cho phía dưới co mạnh hơn phía trên, làm cổ tử cung co cứng không mở.



Hình 16.1

- 1- Hoạt động tử cung rối loạn (không hài hòa)
- 2- Đoạn dưới tử cung tăng trương lực (đảo ngược cực tính)
- 3- Co cứng khu trú (vòng thắt)

6. Chăm sóc sản phụ chuyển dạ để có biểu hiện dễ khó do cơn co tử cung bất thường

6.1. Nhận định

- Dễ khó do cơn co là:
 - + Cơn co tử cung tăng
 - + Cơn co tử cung giảm
 - + Cơn co tử cung không đồng bộ
- Xác định nguyên nhân
- Y lệnh của bác sỹ

6.2. Chẩn đoán/Những vấn đề cần chăm sóc

- Những vấn đề cần chăm sóc của một cuộc chuyển dạ bình thường (Xem phần Chăm sóc bài “Theo dõi chuyển dạ”)

- Cần chú ý các vấn đề sau:
 - + Thảo luận với sản phụ và người nhà về tình trạng dễ khó đẻ sản phụ và người nhà sản phụ hợp tác trong quá trình xử trí và chăm sóc.
 - + Tình trạng tinh thần của sản phụ
 - + Diễn biến của cơn co tử cung trước và sau khi xử trí theo y lệnh
 - + Tiến triển của cuộc chuyển dạ trước và sau khi xử trí theo y lệnh
 - + Tình trạng thai nhi
 - + Những vấn đề chăm sóc liên quan đến quyết định xử trí của bác sỹ: theo dõi đẻ đường dưới, đẻ chỉ huy hay chuẩn bị mổ lấy thai? Sử dụng thuốc như thế nào trong từng bước xử trí... để chẩn đoán chăm sóc thích hợp.

6.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Với trường hợp cơn co tử cung tăng dần đến khả năng đẻ cực nhanh: (Thời gian chuyển dạ chỉ 2-3 giờ) phải chuẩn bị đỡ đẻ tốt, lúc nào cũng sẵn sàng về người và phương tiện, không để đẻ rơi.
- Với trường hợp cơn co tử cung tăng hoặc tăng trương lực cơ tử cung: cần theo dõi sát cơn co tử cung, tim thai, tiến triển độ mở cổ tử cung, độ lọt của ngôi thai 15-30 phút/ lần theo chỉ định của bác sỹ. Cần sử dụng có hiệu quả Biểu đồ chuyển dạ để có thể đánh giá nhanh diễn biến của cuộc chuyển dạ, báo cáo bác sỹ kịp thời. Nếu sản phụ có chỉ định mổ lấy thai cần lập kế hoạch cụ thể (Xem bài: Chuẩn bị một cuộc đẻ can thiệp).
- Với cơn co yếu: Nếu có chỉ định đẻ chỉ huy cần chú ý theo dõi tiến độ chuyển dạ qua Biểu đồ chuyển dạ và phiếu truyền đẻ chỉ huy. Chú ý theo dõi sự tương xứng giữa tốc độ truyền đẻ chỉ huy với cơn co tử cung, độ mở cổ tử cung, độ lọt của ngôi thai để cuộc đẻ chỉ huy có hiệu quả.

6.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Như kế hoạch đã lập trên

6.5. Đánh giá

- Kết quả xử trí bằng thuốc: Nếu có tiến triển thì chuẩn bị và tiến hành đỡ đẻ đường dưới
- Nếu không có kết quả thì báo cáo xin xử trí kịp thời.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu từ 1 đến 6

Câu 1: Cơ co quá hiệu năng sẽ dẫn đến

A:

B:

Câu 2: Cơ co thiếu hiệu năng bao gồm

A:

B:

Câu 3: Kể 4 nguyên nhân về phía mẹ gây tăng cơ co tử cung:

A:

B:

C:

D:

Câu 4: Kể 4 triệu chứng thực thể của cơ co tử cung tăng:

A:

B:

C:

D:

E: Thăm âm đạo có thể thấy đoạn dưới căng cứng, cổ tử cung không mở thêm có khi phù nề, lúc đầu phù mềm sau đó vì có sự nhiễm trùng phù mềm trở thành phù cứng.

Câu 5: Cơ co giảm thứ phát thường do:

A:

B:

Câu 6: Kể 3 việc người hộ sinh cần làm trong trường hợp cơ co tử cung tăng:

A:

B:

C:

Đánh dấu (✓) và cột tương ứng Đúng - Sai cho các câu từ 7 đến 15

Nội dung	Đúng	Sai
Câu 7. Tăng cơn co tử cung có thể dẫn đến vỡ tử cung		
Câu 8. Dùng thuốc tăng cơn co tử cung trước đẻ là có nguy cơ dẫn đến rối loạn cơn co tử cung		
Câu 9. Trong trường hợp cơn co tử cung giảm, khó sờ nắn thấy các phần thai		
Câu 10. Sản phụ có biểu hiện giảm cơn co tử cung, người hộ sinh cần chủ động cho đẻ chỉ huy		
Câu 11. Chuyển dạ kéo dài có thể là nguyên nhân và cũng là hậu quả của rối loạn cơn co tử cung		
Câu 12. Cơn co tử cung có thể dẫn đến chảy máu sau đẻ do dờ tử cung		
Câu 13. Cơn co tử cung không đồng bộ làm cổ tử cung không mở		
Câu 14. Tư thế tốt nhất cho sản phụ có cơn co tử cung tăng là nằm ngửa		
Câu 15. Vỡ ối sớm có thể gây tăng cơn co tử cung		

Khoanh tròn chữ cái đầu câu câu trả lời đúng nhất cho các câu từ 16 đến 20

Câu 16: Trong chuyển dạ, nếu có cơn co tử cung tăng, nguyên nhân đầu tiên cần nghĩ đến là:

- A: Có chướng ngại trên đường đi của thai nhi
- B: Nhiễm khuẩn ối
- C: Đa thai
- D: Đa ối
- E: Dị dạng tử cung

Câu 17: Biến chứng đáng ngại nhất của cơn co tử cung tăng nếu không được xử trí kịp thời là:

- A: Vỡ ối sớm
- B: Chuyển dạ kéo dài
- C: Vỡ tử cung
- D: Rách cổ tử cung
- E: Chảy máu sau đẻ

Câu 18: Nguyên nhân nào không phải là nguyên nhân gây giảm cơn co tử cung trong chuyển dạ:

- A: Mẹ suy dinh dưỡng

- B: Mẹ thiếu máu mạn tính
- C: Đa ối
- D: Rau bong non
- E: Tử cung kém phát triển

Câu 19: Dấu hiệu quan trọng để phát hiện sớm cơn co tử cung tăng:

- A: Sản phụ đau nhiều
- B: Khó sờ nắn các phần thai
- C: Cổ tử cung cứng
- D: Cơn co tử cung liên tục không tương xứng với độ mở cổ tử cung
- E: Đoạn dưới kéo dài

Câu 20: Người hộ sinh làm việc tại y tế cơ sở không được làm gì khi sản phụ chuyển dạ có biểu hiện giảm cơn co tử cung:

- A: Theo dõi sát chuyển dạ qua biểu đồ chuyển dạ
- B: Nghe tim thai 15-30 phút/ lần
- C: Dùng thuốc oxytocin cho sản phụ
- D: Dùng kháng sinh nếu ối đã vỡ trên 6 giờ
- E: Chuyển ngay sản phụ lên tuyến trên

Bài tập

Chị Đặng Thị Thanh 25 tuổi, chuyển dạ đẻ lần 2. Vào viện hồi 14 giờ ngày 15/1/200..

1. Thăm khám khi vào nhập viện là:

- Chiều cao 152 cm, cân nặng 41 kg
- Mạch 80 lần/ phút, huyết áp 100/60 mmHg, nhiệt độ 37°C
- Cao tử cung 33 cm, vòng bụng 87 cm
- Cơn co tử cung tần số 3, cường độ vừa
- Ngôi đầu, tim thai 142 lần/ phút
- Cổ tử cung mở 4 cm, ối phòng, đầu cao

2. Hồi 16 giờ khám thấy:

- Cơn co tử cung tần số 2, cường độ nhẹ
- Tim thai 140 lần/ phút
- Cổ tử cung 2 cm, ối phòng, đầu cao

Anh/ Chị hãy lập kế hoạch chăm sóc chị Thanh 4 giờ tiếp theo.

CHUYỂN DẠ KÉO DÀI-CHUYỂN DẠ ĐÌNH TRỆ

MỤC TIÊU

1. Định nghĩa được chuyển dạ kéo dài / chuyển dạ đình trệ (tắc nghẽn)
2. Kể được nguyên nhân của chuyển dạ kéo dài / chuyển dạ đình trệ
3. Phân tích được tác hại của chuyển dạ kéo dài / đình trệ
4. Chẩn đoán, xử trí được chuyển dạ kéo dài / chuyển dạ đình trệ
5. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc các bà mẹ chuyển dạ kéo dài / chuyển dạ đình trệ

1. Định nghĩa

1.1. Chuyển dạ kéo dài là chuyển dạ trên 18 giờ, tính từ khi có các dấu hiệu cơ năng của chuyển dạ

Trong 18 giờ 95 - 98% con dạ và 85 - 95% con so đã đẻ

1.2. Vì thời điểm khởi đầu của chuyển dạ tùy thuộc chủ quan của thai phụ nên có một định nghĩa thứ hai là tính từ lúc vào cơ sở hộ sinh.

Theo cách tính này, chuyển dạ kéo dài là chuyển dạ trên 12 giờ tính từ khi có chuyển dạ thực sự.

1.3. Chuyển dạ đình trệ là cuộc chuyển dạ vì nguyên nhân cơ học bị ngừng lại hoặc buộc phải có can thiệp ngay. Còn được gọi là chuyển dạ tắc nghẽn.

2. Nguyên nhân chuyển dạ kéo dài/ chuyển dạ đình trệ

2.1. Có 4 yếu tố dẫn đến chuyển dạ kéo dài

- Tính chất cơn co (xem Đẻ khó do cơn co tử cung bất thường)
- Thai nhi (xem Đẻ khó do thai)
- Tiểu khung (xem Đẻ khó do các nguyên nhân từ mẹ)
- Tâm lý thai phụ

Khoảng 55% chuyển dạ kéo dài do cơn co, 30% do thai, 15% do bất thường về khung chậu. Một số ít trường hợp cơn co tốt, ngôi thai tốt, không có bất tương xứng nhưng người mẹ có biểu hiện tâm lý lo âu quá mức. Yếu tố tâm lý này ảnh hưởng đến tiến độ mở cổ tử cung.

Trong chuyển dạ kéo dài, thường có kết hợp giữa 4 nguyên nhân có chữ T kể trên

2.2. Có 2 yếu tố dẫn đến chuyển dạ đình trệ

2.2.1. Về phía thai

- Thai to từng phần (não úng thủy) hoặc to toàn bộ (cân nặng trên 3.500g)
- Các ngôi bất thường có đường kính ngôi lớn: ngang, trán, mặt.
- Ngôi chồm nhưng đầu cúi không tốt, kiểu thế xấu như chằm sau hoặc chằm ngang.
- Dây rốn ngắn

2.2.2. Về phía mẹ

- Khung xương hẹp toàn diện, dẹt, hẹp ngang, méo
- U tiền đạo: u nang buồng trứng, u xơ tử cung ở vị trí tiền đạo, u xương chậu, tử cung đôi.

3. Tác hại của chuyển dạ kéo dài/ chuyển dạ đình trệ

3.1. Chuyển dạ kéo dài

3.1.1. Đối với người mẹ

- Làm suy kiệt sức khỏe, làm ảnh hưởng đến sức rặn, chậm hồi phục sau đẻ.
- Tăng nguy cơ chảy máu sau đẻ: tình trạng mất nước và toan hoá do chuyển dạ kéo dài làm mất kali ở tế bào dẫn đến nhược trương cơ tử cung gây chảy máu.
- Tăng nguy cơ nhiễm khuẩn đường đẻ và đường tiết niệu, nhất là khi kèm vỡ ối sớm (có thể cao gấp 5 lần).
- Tỷ lệ tử vong mẹ tỉ lệ thuận với thời gian chuyển dạ kéo dài, thường chết do choáng mất máu, do sang chấn (vỡ tử cung), do nhiễm khuẩn nặng.

Vì thế, trước đây qui định trên 48 giờ (2 lần mặt trời mọc hoặc 2 lần mặt trời lặn) là kéo dài nay rút xuống 18 giờ và 12 giờ (chỉ thấy một lần mặt trời mọc hoặc lặn).

3.1.2. Đối với con

Tỷ lệ chết chu sinh tỷ lệ thuận với thời gian chuyển dạ kéo dài. Chết chu sinh có thể cao gấp đôi nếu chuyển dạ kéo dài trên 24 giờ. Nguyên nhân chết do viêm phổi (sau nhiễm khuẩn từ buồng tử cung), do ngạt, do sang chấn sau đẻ can thiệp.

3.2. Chuyển dạ đình trệ

Chuyển dạ đình trệ là một cuộc đẻ khó không được phát hiện sớm do thiếu theo dõi, thiếu kinh nghiệm chẩn đoán.

3.2.1. Đối với con

Làm tăng tỷ lệ suy thai, ngạt thai, chết thai, hoặc gây di chứng do sang chấn sọ não, hậu quả của tắc nghẽn.

3.2.2. Đối với mẹ

Nguy hiểm nhất là vỡ tử cung, nhiễm khuẩn, băng huyết.

4. Chẩn đoán

4.1. Chuyển dạ kéo dài

4.1.1. Một thai phụ đã chuyển dạ trên 18 giờ hoặc đã đến cơ sở sản khoa trên 12 giờ chưa đẻ, cần được xem xét ngay:

- Người mẹ có mất nước hoặc toan hoá?
- Có nhiễm khuẩn (sốt)?
- Có thiếu máu?
- Có sang chấn về mặt tâm lý?
- Có vấn đề về T1 (tính chất cơn co)?
- Có vấn đề về T2 (thai nhi)?
- Có vấn đề về T3 (tiểu khung)?
- Ổi đã vỡ chưa?
- Cổ tử cung (độ xoá mở, mật độ)?
- Đại tràng hoặc bàng quang có căng phình?

4.1.2. Sử dụng biểu đồ chuyển dạ

- Pha tiềm tàng quá 8 giờ là kéo dài
- Pha tích cực quá 7 giờ là kéo dài

4.2. Chuyển dạ đình trệ

4.2.1. Dựa vào biểu đồ chuyển dạ

- Đường mở cổ tử cung sang phía phải của đường báo động (sớm) hoặc cắt đường hành động (muộn).

- Cơ co tử cung với tần số 3 cơn/10 phút mà sau 4 giờ không có tiến triển về độ lọt.

4.2.2. Dựa vào lâm sàng

- Đầu có hiện tượng chong xương, bấu thanh huyết
- Thường kèm suy thai
- Người mẹ có biểu hiện mất nước, toan hoá (nước tiểu có aceton). Lượng nước tiểu theo dõi trong 4 giờ được dưới 100ml.
- Tùy thuộc sớm hay muộn mà sẽ thấy tử cung kéo dài, vòng thất xuất hiện, bàng quang căng, đại tràng phình.

5. Xử trí chuyển dạ kéo dài/ chuyển dạ đình trệ

(Tuyến xã: chuyển lên tuyến trên; tuyến huyện: xem xử trí chung)

5.1. Xử trí chung

5.1.1. Nếu có mất nước, toan hoá

Truyền dịch đường tĩnh mạch 500 - 1000ml dung dịch glucose 5% (thận trọng cho nước bằng đường uống vì tỉ lệ phải can thiệp phẫu thuật trong chuyển dạ kéo dài là cao), tốc độ truyền 80 - 100 giọt/phút

5.1.2. Nếu có nhiễm khuẩn

Tiêm kháng sinh

5.1.3. Nếu có thiếu máu

Truyền 1-2 đơn vị máu

5.1.4. Nếu có sang chấn tâm lý

- Cho thuốc an thần
- Tư vấn - tâm lý liệu pháp

Việc xử trí phải cụ thể theo từng người, không thể đơn giản chỉ coi là một ca chuyển dạ kéo dài

5.2. Xử trí đặc hiệu

5.2.1. Cần tìm nguyên nhân: do cơ co tử cung, do thai hay do người mẹ để có xử trí đúng (xem các bài tương ứng).

5.2.2. Đánh giá kết quả xử trí trên biểu đồ chuyển dạ, ngoại trừ những trường hợp phải can thiệp ngay, với biểu đồ chuyển dạ sau 4 - 6 giờ có thể biết kết quả xử trí để theo dõi thêm hoặc can thiệp.

5.3. Xử trí chuyển dạ đình trệ

Nếu chẩn đoán, theo dõi và xử trí tốt sẽ không có chuyển dạ đình trệ, nhất là các dấu hiệu muộn.

- Chủ yếu là mổ lấy thai (kể cả đối với thai đã chết).
- Đẻ đường dưới tùy thuộc vào trường hợp cụ thể, ví dụ như não úng thủy (chỉ cần chọc lấy nước).

6. Dự phòng

- Quản lý thai nghén, phát hiện nguy cơ. Người có tiền sử đẻ khó, có chiều cao thấp, có chiều cao tử cung đo trên 34 cm phải được hẹn đẻ tại bệnh viện.
- Người chuyển dạ trên 18 giờ phải tìm xem có dấu hiệu tắc nghẽn hay không?

7. Chăm sóc

7.1. Nhận định

- Chuyển dạ kéo dài:
 - Trên 12 giờ đối với con dạ
 - Trên 16 giờ đối với con so
- Chuyển dạ đình trệ: Sau 4 giờ không có tiến triển về độ mở và độ lọt mặc dù cơn co tốt: tần số 3 cơn, mỗi cơn kéo dài 30 giây

7.2. Chẩn đoán/Những vấn đề cần chăm sóc

- Chuyển dạ kéo dài
 - Có nhiễm khuẩn ối
 - Có suy thai
 - Có đờ tử cung thứ phát (xem Đẻ khó do cơn co tử cung bất thường)
 - Có dấu hiệu dọa vỡ (xem Dọa vỡ và vỡ tử cung)
- Chuyển dạ đình trệ
 - Có nhiễm khuẩn ối
 - Có suy thai
 - Có dọa vỡ (cần phát hiện từ những dấu hiệu sớm)

7.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- (1) Chẩn đoán chính xác chuyển dạ thật (phân biệt với chuyển dạ giả) để tính số giờ. Khởi điểm là cơn co tần số 2 cơn/10phút và thời gian cơn co từ 20 giây.
- (2) Theo dõi tiến độ của chuyển dạ: cơn co, độ mở, độ lọt (xem bài Theo dõi chuyển dạ, Biểu đồ chuyển dạ)
- (3) Tim thai: Có suy? tần số nghe theo quy định
- (4) Các dấu hiệu sống của người mẹ: có tăng hay giảm huyết áp, mạch nhanh, sốt, suy kiệt, mất nước, tiêu hoá (aceton trong nước tiểu). Tần số đo mạch, nhiệt, huyết áp theo quy định
- (5) Hướng dẫn sản phụ chế độ ăn uống thích hợp, chế độ vận động phù hợp, đặc biệt khuyến khích tư thế nằm nghiêng trái
- (6) Các dấu hiệu dọa vỡ: chú ý từ lúc cơn co tăng bất thường, không tương xứng với độ mở, độ lọt - tử cung kéo dài (đáy cao lên)
- (7) Xử trí kịp thời các dấu hiệu bất thường do chuyển dạ kéo dài và đình trệ gây ra.
- (8) Tùy tình huống mà tiếp tục theo dõi, hỗ trợ cơn co, can thiệp đẻ đường dưới hoặc mổ lấy thai. Người hộ sinh phải sẵn sàng đáp ứng các yêu cầu xử trí trên.
- (9) Động viên sản phụ, hướng dẫn sản phụ và gia đình phối hợp trong quá trình chăm sóc và xử trí

7.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Như kế hoạch đã lập trên

Không máy móc lệ thuộc giờ trên đồng hồ

7.5. Đánh giá

Có giảm được tỷ lệ can thiệp không cần thiết do chẩn đoán không chính xác về giờ chuyển dạ.

Có giảm được các tai biến cho mẹ và con do chuyển dạ kéo dài, chuyển dạ đình trệ.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu hỏi từ 1 đến 7

Câu 1: Chuyển dạ kéo dài

A: Tính từ khi bắt đầu chuyển dạ là từ:.....

B: Tính từ khi vào cơ sở sản khoa là từ:.....

C: Tính theo Biểu đồ chuyển dạ là từ:.....

Câu 2: Để dễ nhớ nguyên nhân gây chuyển dạ kéo dài có 4 chữ T

A: T1 là:.....

B: T2 là:.....

C: T3 là:.....

D: T4 là:.....

Câu 3: Tác hại của chuyển dạ kéo dài đối với người mẹ

A:.....

B:.....

C:.....

D:.....

Câu 4: Chuyển dạ đình trệ còn được gọi là Chuyển dạ.....

Câu 5: Các nguyên nhân về phía thai gây chuyển dạ đình trệ

A:.....

B:.....

C:.....

D:.....

Câu 6: Các nguyên nhân về phía mẹ gây chuyển dạ đình trệ

A:.....

B:.....

Câu 7: Tác hại của chuyển dạ tắc nghẽn đối với người mẹ

A:

B:

C:

Câu 8: Tác hại của chuyển dạ tắc nghẽn đối với con

A:

B:

C:

Câu 9: Các vấn đề cần quan sát khi có chuyển dạ kéo dài

- A:
 B:
 C:
 D:
 E:
 G:
 H:
 I:

Đánh dấu (✓) vào cột tương ứng Đúng - Sai các câu 10 đến 15

Nội dung	Đúng	Sai
Câu 10. Để cho không có sai lầm về chỉ định mổ lấy thai cần chờ đến khi có dấu hiệu chuyển dạ tắc nghẽn		
Câu 11. Nếu sản phụ chuyển dạ trên 8 giờ, cổ tử cung mở 2cm là chuyển dạ kéo dài		
Câu 12. Cơ co tử cung với tần số 3/10 phút, độ lọt chúc. Sau 4 giờ độ lọt chặt là chuyển dạ đình trệ		
Câu 13. Chuyển dạ kéo dài/ chuyển dạ đình trệ làm tăng nguy cơ ngạt sơ sinh ngay sau đẻ		
Câu 14. Trong quá trình theo dõi chuyển dạ, thăm âm đạo thấy đầu thai nhi có hiện tượng chống xương cần nghĩ đến cuộc chuyển dạ bị đình trệ		
Câu 15. Khi nghĩ đến chuyển dạ kéo dài, người hộ sinh cần báo bác sỹ hoặc chuyển tuyến trên ngay		

Bài tập

Chị Mai Thị Na 25 tuổi, chuyển dạ đẻ lần 1. Chị Na vào viện hồi 5 giờ ngày 12/9/2004. Theo dõi chuyển dạ đến hồi 14 giờ cùng ngày, khám thấy:

- Mạch 87 lần/ phút; HA 130/70 mmHg; nhiệt độ 37°C
- Cơ co tử cung 30 giây, khoảng cách giữa các cơn co 6 phút, cường độ nhẹ.
- Tim thai 140 lần/ phút
- Cổ tử cung xoá hết, mở 2cm
- Ổi phòng
- Đầu chúc, không có bướu thanh huyết
- Sản phụ ăn uống bình thường, gia đình vừa cho sản phụ uống 1 cốc nước cam và cho sản phụ đi lại nhiều với hy vọng cuộc chuyển dạ sẽ nhanh hơn.

Anh/ Chị hãy lập kế hoạch chăm sóc sản phụ Na trong 4 giờ tiếp theo.

ĐỀ KHÓ DO ỒI

MỤC TIÊU

1. *Nêu 3 nguyên nhân dẫn đến đề khó do ối.*
2. *Trình bày được chẩn đoán và xử trí đa ối.*
3. *Trình bày được chẩn đoán và xử trí thiếu ối.*
4. *Trình bày được chẩn đoán và xử trí vỡ ối sớm, vỡ ối non.*
5. *Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc bà mẹ đề khó do ối.*

1. Các nguyên nhân dẫn đến đề khó do ối

Trong chuyển dạ, ối có tác dụng bảo vệ thai nhi trước các áp lực của cơn co tử cung, chống các nhiễm khuẩn ngược dòng từ âm đạo vào buồng tử cung, giúp cổ tử cung xoá mở và làm trơn đường đẻ.

Có thể gặp đề khó do ối khi đa ối, thiếu ối, vỡ ối sớm và vỡ ối non.

1.1. Đa ối

1.1.1. Định nghĩa

Khi lượng nước ối trên 2000ml là đa ối

1.1.2 Nguyên nhân

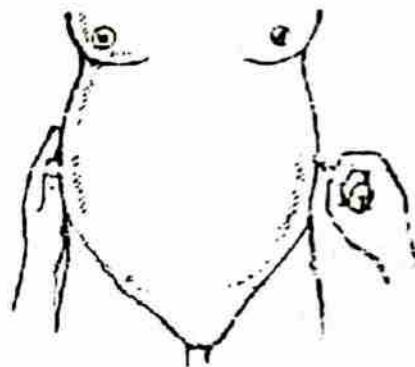
- Thai sinh đôi một rau. Đa ối thường chỉ xảy ra cho một thai. Tỷ lệ gặp ở 5 - 15% số sinh đôi.
- Thai dị dạng:
 - + Teo phần trên đường tiêu hoá ảnh hưởng đến phản xạ nuốt.
 - + Thai vô sọ không tiết được hormon chống bài tiểu (ADH) do đó cũng làm tăng lượng nước tiểu bài tiết vào buồng ối. Trên nửa các trường hợp thai vô sọ có đa ối.
- Màng ối tăng tiết: bánh rau to kèm mẹ bị bệnh tiểu đường, u máu bánh rau (hiếm gặp).

1.1.3. Chẩn đoán

Có hai loại đa ối: cấp tính và mạn tính, thể mạn tính thường gặp hơn.

- Đa ối mạn tính

- Thường xảy ra sau tuần thai thứ 32
- Dấu hiệu chính là bụng phát triển nhanh gây khó chịu.
- Có thể phù chân và khó thở.
- Đo chiều cao tử cung và vòng bụng đều lớn hơn bình thường.
- Gõ vào một thành bên của tử cung có dấu hiệu “sóng vỗ” ở thành bên kia (hình 18.1).



Hình 18.1: Dấu hiệu sóng vỗ

- Tim thai: nếu nghe thấy thường là nhỏ, xa xăm.
- Khi đã chuyển dạ: ối rất lỏng, cổ tử cung mở chậm.
- Siêu âm giúp chẩn đoán lượng nước ối, các nguyên nhân của đa ối như thai đôi, thai dị dạng và giúp chẩn đoán phân biệt với một thai bình thường kèm một u nang nước buồng trứng.

- Đa ối cấp tính

- Xảy ra với thai khoảng từ tuần 20 đến tuần 28
- Bụng phát triển to liên tục, da căng bóng
- Gây khó thở cấp
- Phù chi
- Khó nắn thấy phần thai do nước ối quá nhiều
- Siêu âm có thể giúp chẩn đoán nguyên nhân: thấy thai sinh đôi hoặc dị dạng, giúp chẩn đoán đa ối qua chỉ số ối.

1.1.4. Các tác nhân gây dễ khó của đa ối

- Với đa ối cấp: bắt buộc phải can thiệp chọc ối vì khối tử cung to nhanh có thể nguy hiểm đến sự sống của người mẹ. Khi cho nước ối ra cũng phải điều chỉnh tốc độ. Thể tích bụng giảm đột ngột có thể gây choáng nặng.
- Với đa ối mạn tính
 - Gây chuyển dạ kéo dài (tử cung căng, hiệu lực của cơn co giảm)
 - Dễ vỡ ối sớm, cổ tử cung mở chậm
 - Sa dây rau, sa chi
 - Ngôi bất thường
 - Dễ sót rau, băng huyết sau đẻ

1.1.5. Xử trí

- Đa ối cấp tính

Chọc hút nước ối, có thể phải chọc hút nhiều lần nhưng kết cục sẽ là sảy thai, đẻ non.

- Đa ối mạn tính

- Chờ chuyển dạ: bấm ối khi cổ tử cung đã mở. Bấm ngoài cơn co, hướng cho lượng nước ối ra thật chậm.
- Để xong: để phòng băng huyết, kiểm soát tử cung, dùng thuốc tăng co tử cung.

Chẩn đoán đúng đa ối, xử trí đúng lúc, đúng kỹ thuật sẽ tránh tai biến cho mẹ và thai nhi.

1.2. Thiếu ối

1.2.1. Định nghĩa

Lượng nước ối dưới 300ml là thiếu ối

1.2.2. Nguyên nhân

- Thai dị dạng: teo thận, hội chứng Potter (thận và phổi không phát triển)
- Thai chậm lớn
- Thai già tháng

1.2.3. Chẩn đoán

Các trường hợp thai chậm lớn (cao tử cung - vòng bụng chậm phát triển), chẩn đoán già tháng nhờ siêu âm, sẽ có các chỉ số đo chính xác cho biết có thiếu ối hay không.

Về lâm sàng có thể thấy

- Tử cung bóp chặt lấy thai
- Dễ sờ thấy các phần thai
- Phần thai kém di động

1.2.4. Tiến triển

Từ thiếu ối có thể dẫn đến

- Suy thai, chết thai
- Các biến hình về hộp sọ, vẹo cổ, khoèo chân

1.2.5. Xử trí

Tuỳ điều kiện mà gây chuyển dạ hoặc mổ lấy thai

1.3. Võ ối sớm -võ ối non

1.3.1. Định nghĩa

- Võ ối sớm: ối vỡ khi có chuyển dạ nhưng trước khi cổ tử cung mở hết
- Võ ối non: ối vỡ khi chưa chuyển dạ

1.3.2. Nguyên nhân

- Lượng ối nhiều (đa ối)
- Áp lực trong buồng ối tăng (cơn co mạnh)
- Ngôi bất thường: không bình chỉnh tốt, áp lực dồn xuống đầu ối.
- Do cơ học: thăm khám không nhẹ nhàng

1.3.3. Chẩn đoán

- Lâm sàng
 - Ra nước âm đạo đột ngột kéo dài
 - Khám trong không thấy màng ối
 - Khi có cơn co tử cung hoặc đẩy đầu lên lại thấy nước ối ra
- Cận lâm sàng
 - pH âm đạo: nếu có nước ối, pH âm đạo sẽ trở nên kiềm (bình thường: toan)
 - Soi dịch (nghi nước ối) sau khi đông khô sẽ thấy hình ảnh dương xỉ do protein trong nước ối đông lại. (Xét nghiệm phải làm trong vòng 6 giờ sau khi có dấu hiệu vỡ ối).

1.3.4. Ảnh hưởng của vỡ ối sớm - vỡ non

- Làm cổ tử cung mở chậm
- Gây nhiễm khuẩn ối, suy thai
- Dễ sa dây rốn
- Gây đẻ non (vỡ ối non)

1.3.5. Xử trí

- Hạn chế thăm âm đạo. Khi thăm phải rửa tay, đi găng vô khuẩn.

- Ổi vỡ trên 6 giờ, tuy chưa sốt cũng cho kháng sinh dự phòng.
- Dùng thuốc điều chỉnh cơn co để hỗ trợ tích cực chuyển dạ.
- Nếu hỗ trợ không kết quả phải mổ lấy thai.

2. Chăm sóc bà mẹ đẻ khó do ối

2.1. Nhận định

- Hình thù ối: ối phồng: đầu cao, ngôi bất thường, nhiều ối
- Giờ vỡ ối: vỡ non, vỡ sớm, thường làm chuyển dạ kéo dài tăng nguy cơ suy thai, nhiễm khuẩn ối
- Lượng nước ối: bình thường, đa ối, thiếu ối
- Tình trạng sản phụ:
 - + Toàn trạng
 - + Các dấu hiệu sinh tồn
 - + Dấu hiệu chuyển dạ
 - + Tinh thần sản phụ: sản phụ đã biết trước tình trạng đẻ khó do ối (qua khám thai, siêu âm, do ối vỡ từ trước khi đến viện...)
- Hạn chế tối thiểu số lần thăm trong (đánh giá độ lọt có thể qua thăm ngoài)

2.2. Chẩn đoán/Những vấn đề cần chăm sóc

2.2.1. Đánh giá về ối bắt buộc phải thăm trong

- Thăm khám phải vô khuẩn, có găng vô khuẩn, trước khi thăm phải rửa âm hộ sạch sẽ
- Sau khi ối vỡ: Nước ối có màu, có mùi là không bình thường
- Thiếu ối: Phải qua chẩn đoán siêu âm.
- Mức độ hiểu biết về tình trạng ối của sản phụ, tinh thần của sản phụ

2.2.2. Đánh giá tình trạng sản phụ

- Khó thở do bụng căng
- Choáng sau khi vỡ ối
- Sa dây rau
- Chảy máu...

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

2.3.1 Đa ối

- Cấp tính
 - Chọc hút (chuẩn bị phương tiện)
 - Đề phòng choáng: Theo dõi sát các chức năng sống
- Mạn tính
 - Bấm ối khi đã chuyển dạ cho nước chảy chậm phòng choáng do bụng giảm thể tích đột ngột
 - Kiểm tra có sa dây rốn, sa chi, ngôi bất thường
 - Phòng băng huyết sau đẻ (thuốc co tử cung v.v..)

2.3.2 Thiếu ối (thường gặp ở thai quá ngày sinh)

- Tăng cường theo dõi khi lượng ối giảm (siêu âm)
- Gây chuyển dạ hoặc mổ lấy thai (xem các phần chăm sóc tương ứng nội dung này)

2.3.3 Vỡ ối non, sớm

- Băng vệ sinh sạch, hạn chế thăm khám, theo dõi chờ chuyển dạ tự nhiên.
- Đẻ chỉ huy nếu không có tiến triển
- Mổ lấy thai.

2.3.4 Theo dõi quá trình chuyển dạ bằng Biểu đồ chuyển dạ, đặc biệt theo dõi phát hiện và xử trí sớm nhiễm khuẩn ối

2.3.5. Động viên sản phụ và người nhà phối hợp trong quá trình theo dõi và xử trí

2.3.6. Hướng dẫn sản phụ chế độ ăn thích hợp, tránh để dạ dày đầy nếu phải mổ lấy thai

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Theo kế hoạch đã lập

2.5. Đánh giá

- Kết quả chăm sóc tốt: chẩn đoán đúng nguyên nhân, xử trí kịp thời, an toàn cho mẹ và con
- Chưa tốt: Cuộc chuyển dạ có biến chứng như sa dây rốn, suy thai v.v..

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu từ 1 đến 7

Câu 1: Nêu 3 nguyên nhân dễ khó do ối

A:.....

B:.....

C:.....

Câu 2: Đa ối là lượng nước ối trên.....

Câu 3: Thiếu ối là lượng nước ối dưới.....

Câu 4: Nêu 3 nguyên nhân dẫn đến đa ối

A:.....

B:.....

C:.....

Câu 5: Nêu 4 nguyên nhân dẫn đến thiếu ối

A:.....

B:.....

C:.....

D:.....

Câu 6: Vỡ ối non là vỡ ối khi.....

Câu 7: Vỡ ối sớm là vỡ ối khi.....

Phân biệt đúng/ sai các câu từ 8 đến 30

Các dấu hiệu của đa ối cấp tính

Nội dung	Đúng	Sai
Câu 8: Xảy ra ở tuần 20 - tuần 28		
Câu 9: Bụng phát triển to dần		
Câu 10: Gây khó thở cấp		
Câu 11: Nắn được phần thai bập bênh		
Câu 12: Da bụng căng bóng		
Câu 13: Siêu âm thường thấy thai di động		

Các dấu hiệu của đa ối mạn tính

Nội dung	Đúng	Sai
Câu 14: Gặp chủ yếu sau tuần 32		
Câu 15: Tử cung bóp chặt lấy thai nhi		
Câu 16: Phần thai bập bênh		
Câu 17: Có thể thấy dấu hiệu sắp vỡ tử cung		
Câu 18: Khi đã chuyển dạ thấy ối dẹt		
Câu 19: Ối thường vỡ muộn		

Xử trí đa ối mạn tính

Nội dung	Đúng	Sai
Câu 20: Nên bấm ối sớm khi đã chuyển dạ		
Câu 21: Bấm cho nước ối ra nhanh		
Câu 22: Sau bấm ối cần kiểm tra có sa dây rau		
Câu 23: Cần kết hợp với chẩn đoán siêu âm		
Câu 24: Sau đẻ nên kiểm soát tử cung		
Câu 25: Cần sử dụng thuốc co tử cung để phòng băng huyết		

Ảnh hưởng của vỡ ối sớm

Nội dung	Đúng	Sai
Câu 26: Làm thúc đẩy chuyển dạ		
Câu 27: Dễ gây suy thai		
Câu 28: Làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn		
Câu 29: Dễ gây băng huyết sau đẻ		
Câu 30: Làm tăng số đẻ phải can thiệp		

Bài tập

Chị Nguyễn Thị Bích Ngọc 32 tuổi, có thai lần 3, đẻ lần 2. Qua hỏi và thăm khám thấy:

- Mạch 85 lần/ phút, HA 125/60 mmHg, nhiệt độ 37°C
- Cao tử cung 32 cm, vòng bụng 92 cm
- Tim thai 145 lần/ phút
- Cơ co tử cung tần số 2, cường độ nhẹ
- Cổ tử cung ngắn, lọt 2 ngón tay
- Ối vỡ hoàn toàn trước khi khám 3 giờ, nước ối trong
- Ngôi đầu cao

Anh/Chị hãy lập kế hoạch chăm sóc sản phụ Ngọc trong 6 giờ sau khi khám.

SA DÂY RAU

MỤC TIÊU

1. Kể được các nguyên nhân dẫn đến sa dây rau trong chuyển dạ.
2. Kể được triệu chứng của một trường hợp sa dây rau điển hình trong chuyển dạ.
3. Trình bày được cách xử trí được một trường hợp sa dây rau.
4. Lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc trường hợp sa dây rau.

Sa dây rau là tình huống dây rau bị sa trước ngôi thai, có thể xảy ra lúc còn ối (sa dây rau trong bọc ối) hay nguy hiểm hơn là sa dây rau khi ối vỡ. Đây là một cấp cứu hàng đầu gây ra suy thai cấp do dây rau bị chèn ép giữa ngôi thai và thành chậu hông, hoặc do co thắt mạch máu dây rau dẫn đến việc cung cấp máu giữa mẹ và con bị ngừng trệ. Nếu không lấy thai ra kịp thời thai sẽ bị chết

1. Nguyên nhân dẫn đến sa dây rau

1.1. Về phía mẹ

- Đẻ nhiều lần nên ngôi thai bình chỉnh không tốt gây ra ngôi bất thường
- Khung chậu hẹp, méo
- Có khối u tiền đạo

1.2. Về phía thai

- Các ngôi thai bất thường (ngược, ngang hoặc ngôi rất cao không bình chỉnh tốt)
- Sa chi làm cho dây rau sa theo

1.3. Về phía phần phụ của thai

- Đa ối làm màng ối căng quá mức có thể vỡ đột ngột kéo dây rau sa theo
- Dây rau dài bất thường
- Rau bám thấp

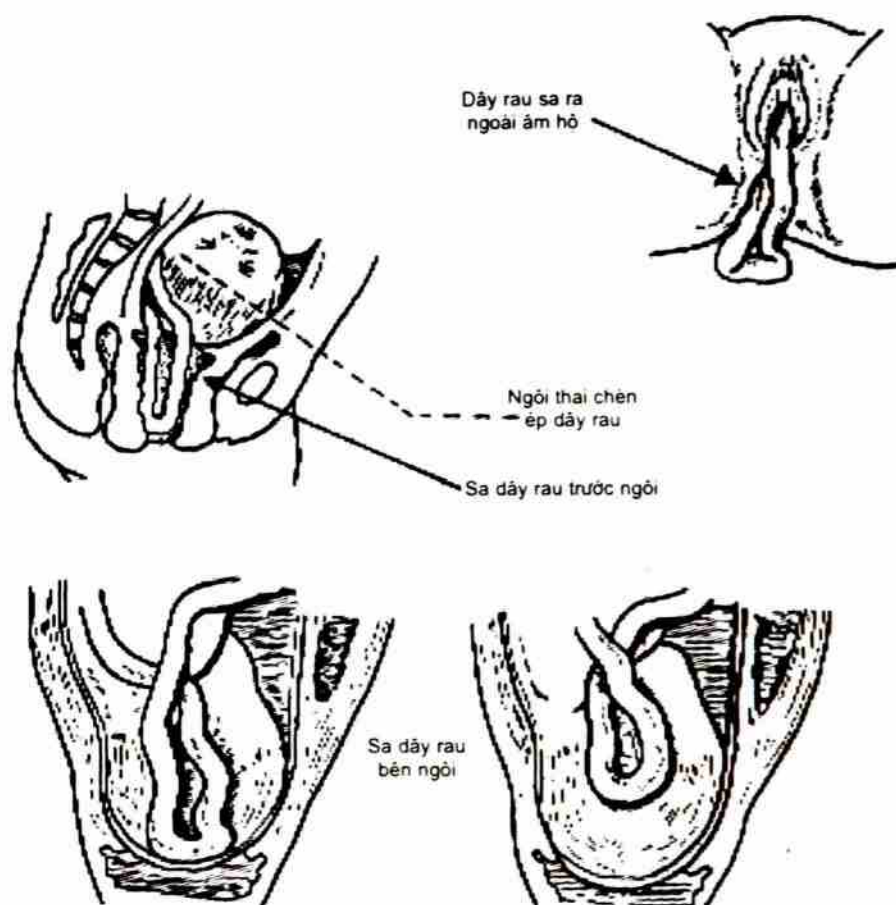
1.4. Nguyên nhân sa dây rau còn có thể do kỹ thuật bấm ối của hộ sinh không đúng như:

- Bấm ối trong cơn co khi ngôi còn cao lỏng
- Bấm ối rút tay ra ngay gây giảm áp lực đột ngột nước ối trào ra mạnh kéo theo dây rau sa theo.

2. Chẩn đoán

Chẩn đoán thường dễ (xem thêm hình 19.1)

- Nhìn thấy dây rau sa ra ngoài âm hộ
- Thăm âm đạo sờ thấy dây rau
- Sờ thấy dây rau bên cạnh ngôi qua màng ối chưa vỡ
- Cổ tử cung thường chưa mở hết
- Ngôi thai còn cao, có thể là ngôi bất thường
- Nghe tim thai thường thay đổi tùy theo mức độ sa dây rau



Hình 19.1: Các hình thái sa dây rau

3. Xử trí

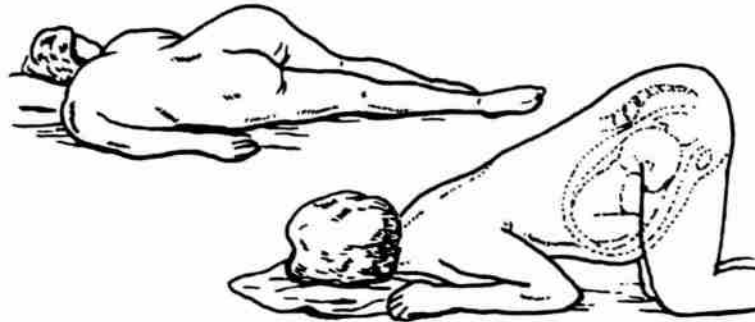
3.1. Sa dây rau trong bọc ối

Tuyến xã

- Tư vấn cho sản phụ không hoang mang lo sợ và không rặn để bảo vệ ối khỏi bị vỡ
- Tiêm bắp papaverin 40 - 80mg
- Chuyển tuyến trên

Tuyến huyện

- Nếu điều kiện cho phép, dây rau sa ít thì để sản phụ nằm đầu thấp, kê mông cao lên (hình 19.2), chờ khi không có cơn co tử cung dùng hai ngón tay nhẹ nhàng đẩy **dây rau** lên cao, sau đó bấm ối để ngòi thai tỳ vào cổ tử cung và theo dõi đẻ thường (khi bấm ối tay vẫn để nguyên trong âm đạo).
- Nếu không đẩy được hoặc tiên lượng cuộc đẻ khó khăn thì báo cáo cho bác sỹ mổ lấy thai ngay.



Hình 19.2: Tư thế sản phụ trong trường hợp sa dây rau

3.2. Sa dây rau khi ối đã vỡ

Xác định xem thai còn sống không bằng cách:

- Kẹp dây rau vào giữa hai ngón tay xem mạch của **dây rau** còn đập hay không
- Nghe tim thai

3.2.1. Nếu xác định là thai đã chết

Tuyến xã

Mạch của dây rau không còn đập, không nghe thấy ổ tim thai, như vậy không còn cấp cứu với thai nhi nữa, theo dõi đẻ thường nếu như điều kiện cho phép.

Tuyến huyện

Theo dõi lấy thai đường dưới (để cuộc đẻ tiến triển bình thường).

3.2.2. Nếu thai còn sống

Tuyến xã

- Cho sản phụ nằm đầu thấp, mông cao nhẹ nhàng đẩy **dây rau** lên (nếu có thể được)
- Tiêm papaverin 40 - 80mg (bắp)
- Tư vấn cho sản phụ không nên rặn.
- Chuyển tuyến trên, nếu có điều kiện bọc **dây rau** vào gạc vô khuẩn có tẩm huyết thanh mặn đẳng trương 9‰. Đóng khố vô khuẩn trước khi chuyển, nên chuyển sản phụ ở tư thế nghiêng.

Tuyến huyện

- Đặt forceps nếu đủ điều kiện.
- Nếu không đủ điều kiện forceps, mổ lấy thai ngay.

4. Chăm sóc

4.1. Nhận định

- Sa trong ối hay ối đã vỡ
- Mức độ sa:
 - + Dây rau còn ở trong cổ tử cung
 - + Dây rau đã vào âm đạo
 - + Dây rau đã ra ngoài âm hộ
- Thai còn sống hay đã chết
- Nguyên nhân: nhiều ối, bấm ối không đúng kỹ thuật, ngôi bất thường, dây rau dài v.v..
- Tình trạng sản phụ: thể trạng, tinh thần, dấu hiệu sinh tồn, quá trình chuyển dạ

4.2. Chẩn đoán/Những vấn đề cần chăm sóc

- Dây rau hết đập, tim thai: không cần phải chăm sóc dây rau sa.
- Nếu sa trong ối: nguy cơ chết thai cao khi để ối vỡ tự nhiên – có nên chủ động mổ hay chờ cổ tử cung mở, bấm ối đẩy dây rau lên.
- Nếu dây rau sa còn đập: Phải tìm cách đẩy lên, không kết quả mới chuyển mổ. Sa dây rau gây chết thai do bị chèn ép giữa ngôi và khung chậu và do bị thay đổi môi trường mạch máu tự ngừng đập
- Tình trạng tinh thần của sản phụ

4.3. Kế hoạch chăm sóc

- Khám một sản phụ chuyển dạ phải chú ý nghe tim thai. Nếu tim thai có “vấn đề” đối với người đã vỡ ối phải kiểm tra ngay xem có sa dây rau không
- Nếu dây rau có sa, xem vị trí và mức độ sa
 - + Sa phía trước thì nguy cơ chèn ép tăng
 - + Sa càng thấp nguy cơ chết thai càng tăng
- Xem dây rau còn đập
 - + Nếu còn đập phải tìm cách đẩy dây rau lên ngay. Đẩy xong chờ có cơn co mới rút tay để đầu xuống, không còn chỗ cho sa lại, đẩy xong nghe tim thai nếu đập đều trở lại là thành công.
 - + Nếu còn đập mà không đẩy lên được phải chuẩn bị mổ lấy thai. Đắp gạc nóng để bảo vệ dây rau. Chú ý: giải pháp đẩy bao giờ cũng phải chọn trước.
- Nếu dây rau hết đập: Không cần chăm sóc dây rau nữa, xử lý đỡ thai theo ngôi thế
- Nếu dây rau sa trong ối: không được tự động bấm. Người hộ sinh phải chuyển viện hoặc xin bác sỹ xử trí
- Chế độ ăn uống, vận động phù hợp
- Trao đổi với sản phụ về tình trạng cấp cứu, động viên sản phụ và người nhà phối hợp với thầy thuốc trong quá trình chăm sóc và xử trí

4.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Theo các tình huống đã phân tích trên

4.5. Đánh giá

Chăm sóc và xử trí tốt: Đẩy được dây rau lên hoặc mổ lấy thai kịp thời không ảnh hưởng đến thai và sản phụ.

Chưa tốt: Thai chết hoặc ngạt thai

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu 1 và 2

Câu 1: Sa dây rau là tình huống dây rau bị sa trước ngôi thai, có thể xảy ra khi.....(A) hoặc khi.....(B)

Câu 2: Sa dây rau là một cấp cứu đối với thai vì dây rau bị(A) và vì khi ra khỏi môi trường nước ối việc cung cấp máu có thai nhi.....(B)

Phân biệt Đúng/ Sai các câu từ 3 đến 11 bằng cách đánh dấu ✓ vào ô thích hợp

Nội dung	Đúng	Sai
Câu 3: Nếu sa dây rau trong bọc ối nên mổ ngay		
Câu 4: Sa dây rau khi đã vỡ ối là một cấp cứu cho thai nhi		
Câu 5: Sa dây rau là một cấp cứu cho sản phụ		
Câu 6: Khi gặp trường hợp sa dây rau nên tiêm ngay papaverin cho sản phụ		
Câu 7: Nên bọc dây rau bị sa vào huyết thanh mặn và ấm		
Câu 8: Sa dây rau mà thai đã chết nên mổ lấy thai ngay		
Câu 9: Sa dây rau khi cổ tử cung mở hết, ngôi đã lọt thì nên mổ		
<i>Sa dây rau là một trường hợp cấp cứu cho thai khi</i>		
Câu 10: Nhìn thấy dây rau đã sa ra ngoài âm hộ Sờ dây rau không thấy đập Không nghe thấy tiếng tim thai		
Câu 11: Khi ối vỡ sờ thấy dây rau còn đập		

Bài tập tình huống

Bà Lê Thị X. có thai đủ tháng, khi chuyển dạ bị vỡ ối đột ngột. Khám thấy cổ tử cung mở 5cm, ối vỡ hoàn toàn, sờ thấy dây rau trong âm đạo.

1. Nữ hộ sinh xã phải:

A: Làm gì để xác định là thai còn sống hay đã chết

B: Nếu thai đã chết thì phải làm gì?

C: Nếu thai còn sống thì làm gì?

D: Nên cho sản phụ thuốc gì để bớt cơn rặn?

E: Phải làm gì để bảo vệ việc cung cấp máu mẹ sang cho thai nhi?

2. Lập kế hoạch chăm sóc sản phụ sau khi khám

CHẨN ĐOÁN, XỬ TRÍ NGÔI MÔNG, NGÔI MẶT, NGÔI TRÁN, NGÔI VAI VÀ ĐA THAI

MỤC TIÊU

1. Trình bày được chẩn đoán, xử trí ngôi mông
2. Trình bày được chẩn đoán, xử trí ngôi mặt
3. Trình bày được chẩn đoán, xử trí ngôi trán
4. Trình bày được chẩn đoán, xử trí ngôi vai (ngôi ngang)
5. Trình bày được chẩn đoán, xử trí đa thai

I. ĐỀ KHÓ DO NGÔI MÔNG

Ngôi mông còn gọi là ngôi ngược. Với thai sớm, như ở tuần thứ 20 có 40% là ngôi mông. Đến tuần thứ 28 tỷ lệ ngôi mông giảm còn 15%. Đến tuần thứ 34, trên 3/4 ngôi mông xoay thành đầu. Đến khi đủ tháng, tỷ lệ ngôi mông chỉ còn 3%.

1. Phân loại (hình 20.1)

1.1. Ngôi mông đơn thuần: hai chân vắt ngược, còn có các tên gọi: ngôi mông không hoàn toàn, ngôi mông thiếu kiểu mông, gặp ở con so với tỷ lệ 50%.

Đường kính của ngôi:

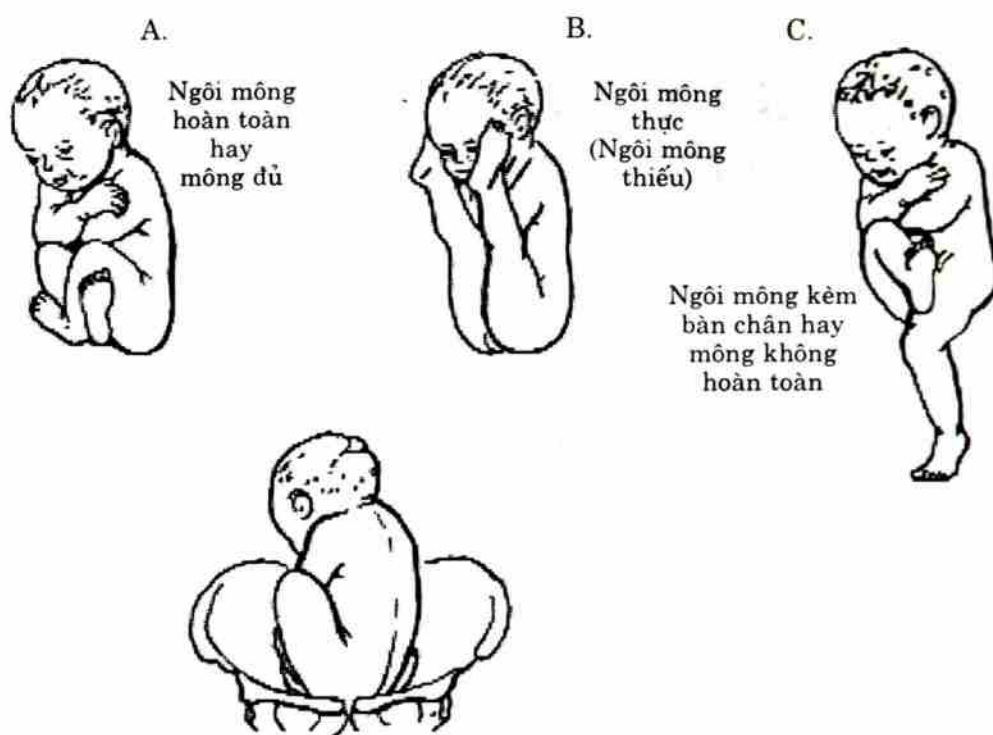
- Theo chiều ngang: 2 mấu chuyển = 9cm
- Theo chiều trước sau: cùng - mu = 6cm

1.2. Ngôi mông với hai chân gấp còn gọi là ngôi mông hoàn toàn hoặc ngôi mông đủ (thai nhi như ngôi trong bụng mẹ)

Đường kính của ngôi

- Theo chiều ngang: hai mấu chuyển = 9 cm
- Theo chiều trước sau: cùng - chày (vì có thêm chân vào ngôi) = 8cm

1.3. Ngôi bàn chân (thai nhi như đứng trong bụng mẹ) và ngôi đầu gối (như quỳ trong bụng mẹ). Đường kính của ngôi giống như ngôi mông đơn thuần.



Hình 20.1: Các loại ngôi mông

2. Nguyên nhân của ngôi mông

- Chân giơ ngược trở thành như một nẹp lưng, ngăn không cho đầu quay xuống
- Đẻ non: thai càng non, tỷ lệ ngược càng cao
- Sinh đôi
- Đa ối
- Não úng thủy (phần đầu to thích ứng với đáy rộng của tử cung)
- Tử cung dị dạng

3. Nguy hiểm từ ngôi mông

- Ngôi mông thể tích nhỏ hơn ngôi chỏm, không bình chỉnh tốt như ngôi chỏm dẫn đến ối phòng dễ vỡ sớm, kèm sa dây rốn.
- Ngôi mông thể tích nhỏ, xuống dễ, không cần cổ tử cung mở hết, không cần chuẩn bị tốt đường đẻ (tăng sinh môn). Do đó tay và đầu sổ sau dễ bị mắc lại.

- Khi thân thai nhi sổ có thể thở sớm nên dễ bị ngạt.
- Thì sổ vai, hai tay dễ bị giơ ngược.
- Mắc đầu sau gây tỷ lệ chết thai cao.

4. Chẩn đoán

4.1. Hỏi

Ngôi mông là ngôi duy nhất có thể chẩn đoán bằng hỏi. Thai phụ sẽ trả lời có đau tức ở một bên dưới sườn (do đầu thúc vào), thai đạp ở dưới rốn.

4.2. Nắn

- Nắn trên mu thấy 1 cục to, mềm, ít di động (mông).
- Nắn ở đáy tử cung thấy 1 cục nhỏ, rắn, di động (đầu).

4.3. Nghe tim thai

Trên rốn (nhưng nếu mông đơn thuần, khi ngôi đã lọt thì vị trí tim thai có thể thấp hơn).

4.4. Thăm âm đạo

- Mông là một khối mềm với 2 ụ mông và rãnh giữa là vùng hậu môn sinh dục. Người chưa có kinh nghiệm khi khám dễ lầm mông với mặt, coi hai mông như má, hậu môn như mồm. Nhưng xương cùng là một diện vuông góc với mông, không giống như trán cùng mặt phẳng với mặt - vì thế xương cùng được lấy làm mốc của ngôi mông.
- Chân: có thể lẫn với tay. Đặc điểm của chân là có gót, ngón ngắn, ngón 1 không thể vuông góc với ngón 2.

4.5. Chẩn đoán hình ảnh

Cho chẩn đoán chính xác về ngôi và cho biết đầu có ngửa không - nếu đầu ngửa cần rất thận trọng khi cho đẻ đường dưới.

5. Xử trí ngôi mông

5.1. Khi mang thai

Ngôi mông được xếp vào thai có nguy cơ cao cần được tăng số lần thăm khám trong 3 tháng cuối.

Không xoay ngoài nhưng có thể hướng dẫn tư thế nằm ở tư thế đầu gối - ngực, hoặc nằm nghiêng về phía có chi (ví dụ nắn thấy lưng thai ở bên trái thì khuyên người mẹ nằm nghiêng phải), thai sẽ tự xoay cho đầu xuống để lưng chuyển sang phải.

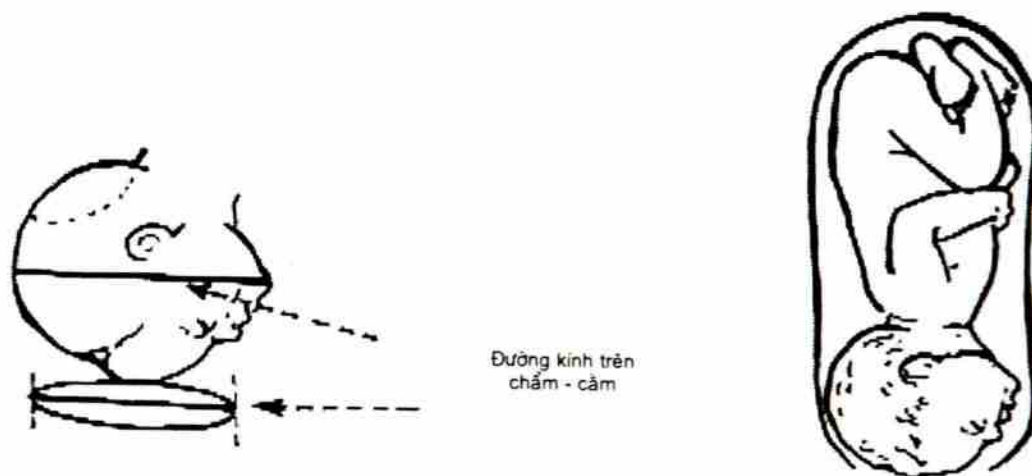
5.2. Khi chuyển dạ đẻ

- Hạn chế thăm khám âm đạo, bảo vệ ối.
- Phân tích, đánh giá các yếu tố về mẹ và con để chọn đường đẻ.
- Nếu chọn đẻ đường dưới phải chuẩn bị đầy đủ các phương tiện hồi sức sơ sinh.
- Tiến hành đỡ đẻ lần lượt:
 - + Đỡ mông
 - + Đỡ thân và vai
 - + Đỡ đầu
- Tuyến cơ sở: chẩn đoán sớm và chuyển lên tuyến trên.
- Tuyến chuyên khoa: Người hộ sinh cần báo bác sĩ xử trí, lập kế hoạch theo dõi, chú ý khi thăm khám và tư thế sản phụ, tránh vỡ ối dẫn đến sa dây rốn.

II. ĐẸ KHÓ DO NGÔI TRÁN

Ngôi trán là một ngôi đầu hơi ngửa. Trán được trình bày trước eo trên. Mốc của ngôi là gốc mũi (hình 20.2). Đường kính ngôi là trên chẩm - cằm 13,5cm lớn hơn tất cả các đường kính của tiểu khung. Tỷ lệ gặp khoảng 1/1000.

Khi chuyển dạ, thai bình thường đủ tháng, nếu ngôi trán không thể cúi thêm để trở thành ngôi chỏm, hoặc ngửa thêm thành ngôi mặt thì ngôi trán không thể đẻ đường dưới được.



Hình 20.2: Ngôi trán

1. Chẩn đoán

Ngôi trán chỉ phát hiện được về lâm sàng khi đã chuyển dạ.

1.1. Các dấu hiệu nắn ngoài

Khó xác định, chủ yếu dựa vào dấu hiệu ngôi đầu cao bất thường.

1.2. Khám trong

- Thấy bướu trán với đường khớp giữa, không có gì đặc biệt để phân biệt trán với đầu, phải khám tiếp.
- Theo đường khớp giữa đi về một phía sẽ gặp thóp trước với 4 cạnh và 4 góc.
- Đi về phía ngược lại sẽ thấy gốc mũi với đặc trưng dễ nhận là hai phía của gốc mũi có gờ trên của hai hố mắt.
- Không bao giờ sờ thấy thóp sau và mỏm cằm

Nếu thấy thêm các phần của mặt như mũi, mỏm thì chuyển chẩn đoán sang ngôi mặt.

1.3. Chẩn đoán hình ảnh (X quang, siêu âm)

Chỉ có thể thấy hình ảnh của một ngôi đầu ngựa, cột sống uốn ra trước.

2. Xử trí

2.1. Với người hộ sinh ở tuyến cơ sở

Khi thấy ngôi khác lạ không giống như bướu cằm thường gặp thì phải tăng cường cảnh giác. Nếu nghi là ngôi trán thì nên tư vấn và chuyển viện ngay, tránh để chuyển dạ kéo dài gây vỡ tử cung.

2.2. Ở tuyến có phẫu thuật

- Khi nghi là ngôi trán cần báo cáo ngay bác sỹ.
- Nếu ối còn, ngôi cao lỏng nên chờ xem có thể cúi thêm thành chỏm hoặc ngựa thêm thành mặt.
- Nếu ối đã vỡ, ngôi trán đã cố định, thai đủ tháng thì chỉ có chỉ định mổ lấy thai.

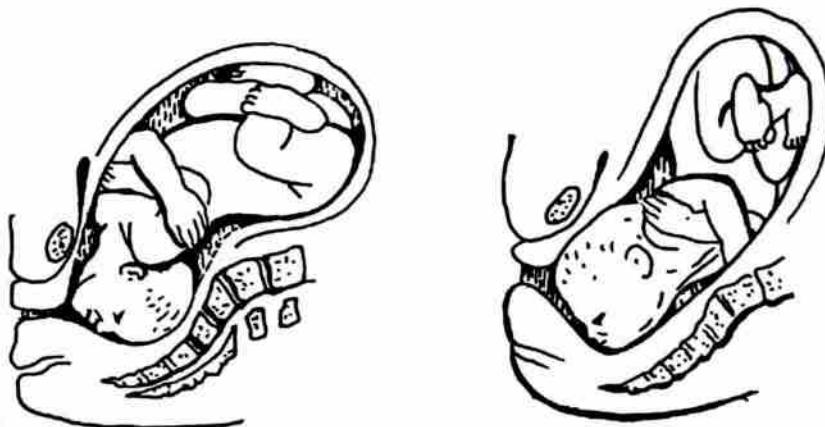
III. ĐỀ KHÓ DO NGÔI MẶT

Ngôi mặt là một ngôi đầu ngựa hắt. Toàn bộ mặt trình diện trước eo trên. Mốc của ngôi là cằm. Đường kính của ngôi là dưới cằm - thóp trước bằng 9,5cm. Tỷ lệ gặp khoảng 1/500 (hình 20.3).

Đẻ ngôi mặt khó vì:

Chỉ có một kiểu sổ cằm - mu. Nếu ngôi không quay được mà dừng lại ở cằm sau hoặc cằm ngang hoặc quay về sau thành cằm - cùng thì không thể đẻ đường dưới.

Nếu quay được thành cằm - mu thì đầu sổ với đường kính dưới cằm - trên cằm cũng lớn hơn, sổ lâu hơn và dễ rách tầng sinh môn hơn.



Ngồi mặt cằm trước

Ngồi mặt cằm sau

Hình 20.3: Ngồi mặt

1. Nguyên nhân

- Tư thế đổ trước của tử cung, thường gặp ở con dạ, đẻ nhiều lần, thành bụng yếu, làm thay hướng của trục tử cung và các cơ co được hướng về phía trước làm cột sống uốn và mặt ngựa.
- Khung xương hẹp.
- Đa ối.
- Dị dạng bẩm sinh: nhất là thai vô sọ.

2. Chẩn đoán

2.1. Khi mang thai: Rất ít khi chẩn đoán được trừ khi phát hiện vô sọ.

2.2. Khi chuyển dạ

- Nếu cằm trước thì nắn ngoài không thấy gì đặc hiệu.
- Nếu cằm sau: nắn được rãnh gáy do đầu ngựa, được gọi là dấu hiệu "nhát riu".
- Thăm âm đạo: Cảm giác trước hết là một ngôi cao, mềm, không đều khi cổ tử cung mở đủ rộng sẽ thấy các phần của mặt: trán, hố mắt, mũi, mồm, cằm.

- Nếu thai sống, khi sờ vào mồm có cảm giác bị mút tay.
Cần thăm nhẹ nhàng tránh gây chấn thương cho mặt.

3. Xử trí

3.1. Đối với tuyến cơ sở

- Nếu thấy ngôi đầu lạ không nên khám nhiều mà chuyển ngay với lý do nghi ngôi bất thường.
- Ngôi mặt kiểu cằm mu có thể đẻ được đường dưới, nếu đang sổ thì phải đỡ đẻ với các thì:
 - + Giữ tầng sinh môn (giữ trán) cho cằm sổ
 - + Khi cằm đã sổ hướng cho đầu cúi cho mặt sổ (nếu cần cắt tầng sinh môn)
 - + Tiếp tục đỡ vai và mông như cho ngôi chỏm

3.2. Đối với các tuyến trên cơ sở

- Theo dõi bảo vệ ối
- Nếu quyết định theo dõi đẻ đường dưới thì phải theo dõi ngôi có quay được thành cằm mu, sau đó đỡ đẻ thường hoặc can thiệp bằng forceps (nếu không có điều kiện phẫu thuật thì nên chuyển)
- Cằm sau không quay hoặc quay thành cằm cùng thì phải mổ lấy thai. Một điều bắt buộc trước khi mổ một ngôi mặt là phải loại trừ thai vô sọ.

IV. TRƯỜNG HỢP ĐỀ KHÓ DO NGÔI VAI

Ngôi vai còn gọi là ngôi ngang, khi chưa chuyển dạ thì với cách nằm này lưng hay bụng sẽ trình diện trước eo trên (hình 20.4).

Khi chuyển dạ vai được đẩy xuống và là phần trình diện nên còn gọi là ngôi vai. Tỷ lệ gặp 1/250 - chủ yếu là ở con dạ

Là ngôi xấu nhất trong các ngôi bất thường. Trên thực tế ngôi vai không được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời sẽ dẫn đến ngôi vai bụng trôi làm con chết, mẹ vỡ tử cung và nguy cơ tử vong rất cao.



Hình 20.4. Ngôi ngang

1. Nguyên nhân

1.1. Về phía mẹ

- Đẻ nhiều lần
- Tử cung dị dạng
- Khung xương hẹp

1.2. Về phía con

- Đẻ non
- Sinh đôi
- Đa ối
- Rau tiền đạo

2. Chẩn đoán

2.1. Khi mang thai

- Khám ngoài: Trên mu rỗng, cực đầu và mông ở hai bên rốn, tim thai ngang rốn.
- Chẩn đoán hình ảnh : Để xác định chẩn đoán lâm sàng

2.2. Khi chuyển dạ

- Khám ngoài
- + Nếu còn ối: như khám khi mang thai
- + Nếu ối đã vỡ: Thường cơn co mạnh tử cung bóp chặt, các phần thai khó xác định.
- Khám trong
- + Nếu còn ối: ối phồng, tiểu khung rỗng, đoạn dưới thành lập kém (dây). Có thể thấy tay hoặc dây rốn trong bọc ối.
- + Nếu ối đã vỡ: Có thể sờ thấy hõm nách, bàn tay hoặc hàng rào xương sườn. Đặc điểm của bàn tay là không có gót (bàn và cẳng thẳng trục, ngón dài, ngón 1 có thể vuông góc với ngón 2).

3. Xử trí

3.1. Khi mang thai

- Tăng cường theo dõi quản lý thai.
- Đến đẻ tại cơ sở sản khoa có phẫu thuật trước ngày dự kiến sinh, không được xoay ngoài.

3.2. Khi chuyển dạ: Với tuyến không có phẫu thuật phải chuyển ngay.

Ngôi ngang có nhiều nguy cơ sa dây rau, sa tay, vỡ ối sớm, sau khi ối vỡ thường cơn co tăng đột ngột bóp chặt lấy thai và dẫn đến tình trạng “buông trôi”. Do đó mổ lấy thai là xử trí cần thiết (kể cả thai đã chết). Không xoay thai, không cắt thai.

Xoay thai chỉ thực hiện cho thai thứ hai trong sinh đôi.

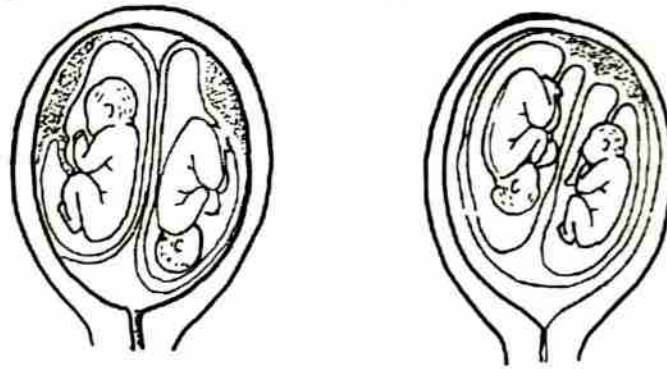
V. ĐẼ KHÓ DO SINH ĐÔI

Tỷ lệ gặp của sinh đôi là 1/110 lần đẻ. Có sinh đôi hai trứng, sẽ có hai bánh rau, hai buồng ối, thai có thể cùng hoặc khác giới.

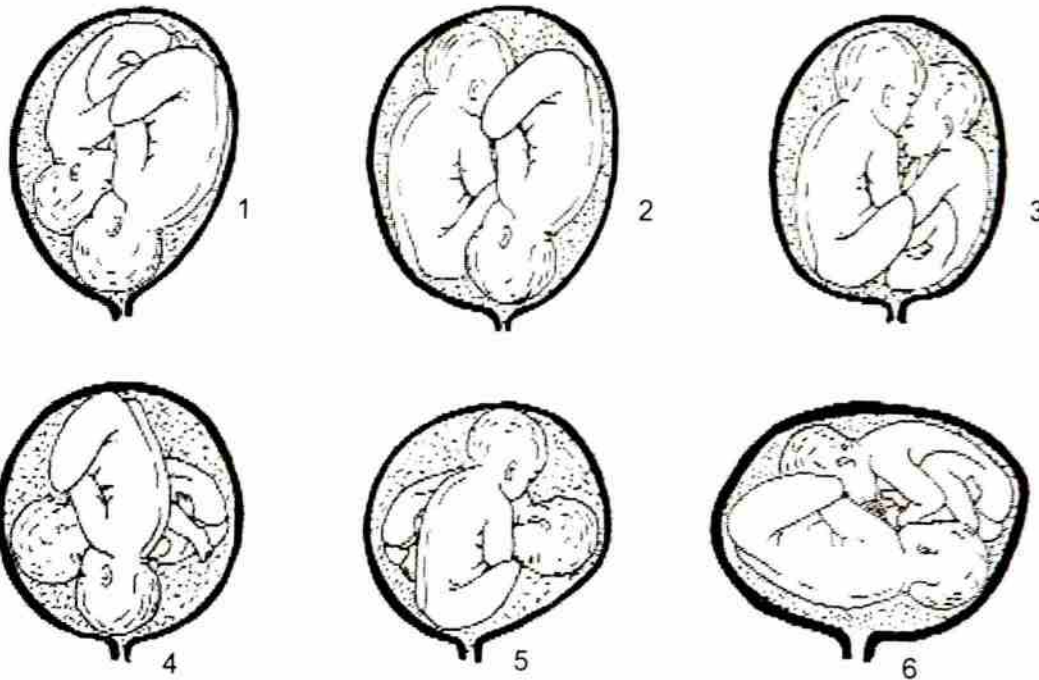
Loại sinh đôi một trứng sẽ có một bánh rau chung, thường là hai buồng ối, thai phải cùng giới. Nếu phân đôi chậm, thai chỉ có chung một ối và dễ xảy ra hiện tượng dính thai.

1. Những vấn đề của thai đôi

- Dễ gây cao huyết áp
- Tỷ lệ thiếu máu cao hơn so với thai một
- Đa ối (gặp ở 5% số thai đôi)
- Đẻ non 10% đẻ trước 34 tuần, 25% đẻ trước 36 tuần. Cân nặng của mỗi thai bình quân chỉ 2200g.
- Chuyển dạ kéo dài hơn thai một
- Hay gặp ngôi bất thường (hình 20.5)
 - + Đầu - đầu: 45%
 - + Đầu - mông: 25%
 - + Mông - đầu: 10%
 - + Mông - mông: 10%
 - + Các sắp xếp khác: 10%
- Thai thứ hai dễ bị quay ngang do buồng tử cung rộng.
- Sau đẻ số băng huyết, nhiễm khuẩn cao hơn sinh một.



Thai sinh đôi trong tử cung



- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| 1- Hai ngôi chỏm (45%) | 2- Một chỏm, một màng (37%) |
| 3- Hai ngôi màng (10,5%) | 4- Một chỏm, một ngang (5%) |
| 5- Một màng, một ngang (2%) | 6- Hai ngôi ngang (0,5%) |

Hình 20.5: Các hình thái sinh đôi

2. Chẩn đoán thai đôi

2.1. Cao tử cung, số đo vòng bụng lớn hơn bình thường

2.2. Nhìn thấy nhiều phần thai

- Thấy 3 cực
- Thấy 2 cực cùng tên
- Thấy 2 cực khác tên nhưng gần nhau

2.3. Nghe thấy hai ổ tim thai

Cùng nghe trong 1 phút có số chênh trên 10 nhịp hoặc giữa hai ổ có một vùng yên tĩnh không có tiếng tim thai.

2.4. Thăm khám âm đạo: Ngồi thai nhỏ so với khám ngoài

2.5. Chẩn đoán hình ảnh

Giúp nhận định số lượng thai, cách nằm của mỗi thai và kích thước thai. Với siêu âm còn giúp nhận định thai sống, thai chết.

Nên nhớ là khoảng 20% thai đôi không được phát hiện trước lúc chuyển dạ. Nếu có điều kiện, tất cả thai phụ từ sau tuần 20 nên siêu âm để xác định số lượng thai.

3. Xử trí thai đôi

3.1. Tuyến cơ sở

Theo dõi quản lý thai. Gửi tuyến trên khi nghi ngờ thai đôi để có chẩn đoán và hướng theo dõi, đề phòng thiếu máu, đẻ non.

Gửi tuyến trên trước ngày dự tính sinh.

3.2. Tuyến trên cơ sở

Khi mang thai: nhận điều trị những trường hợp cao huyết áp, thai phụ có chiều cao tử cung lớn hơn so với tuổi thai v.v..

Khi chuyển dạ:

- Đỡ thai thứ nhất: nếu là ngôi chỏm, đỡ như bình thường chú ý dễ bị sa dây rốn và thời gian chuyển dạ thường bị kéo dài hơn thai một (không cho đẻ chỉ huy khi còn hai thai trong tử cung). Thai sổ xong phải cắt rốn giữa hai kẹp (để phòng mất máu cho thai thứ hai).
- Sau đó kiểm tra thai thứ hai
 - + Nếu ngôi dọc: bấm ối cho đẻ tiếp.
 - + Nếu ngôi ngang: cho tay vào buồng tử cung tìm chân, xoay thai.
- Đỡ rau: Cần đề phòng chảy máu do buồng tử cung co kém và diện bám của bánh rau rộng.
- Chỉ định mổ lấy thai trong sinh đôi:
 - + Hai cực đầu cùng lọt vào tiểu khung, chèn ép nhau.
 - + Thai thứ nhất nằm ngang
 - + Thai thứ nhất bị suy thai, sa dây rau không đẩy lên được.
 - + Hai thai dính nhau.
 - + Rau tiền đạo, tử cung có sẹo mổ cũ, con so lớn tuổi.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu 1- 10

Câu 1: Kể 5 việc cần làm để chẩn đoán ngôi mông:

- A:
- B:
- C: Nghe tim thai
- D:
- E: Chẩn đoán hình ảnh

Câu 2: Kể 4 dấu hiệu để chẩn đoán ngôi trán khi thăm trong:

- A:
- B:
- C:
- D: Không bao giờ sờ thấy thóp sau và mỏm cằm

Câu 3: Mô tả 3 bước đỡ đẻ ngôi mặt:

- A:
- B:
- C:

Câu 4: Các mối nguy của đẻ ngược là:

- A:
- B:
- C: ...
- D: Thì số vai 2 tay dễ bị گیر ngược
- E: Mắc đầu sau gây tỷ lệ chết thai cao

Câu 5: Đường kính của ngôi trán là(A).....có số đo...(B)....

Câu 6: Mốc của ngôi trán là

Câu 7: Đường kính của ngôi mặt là(A).....có số đo là(B).....

Câu 8: Mốc của ngôi mặt là

Câu 9: Một dấu hiệu làm không thể nhầm ngôi ngang với các ngôi khác, đó là

Đánh dấu (✓) vào cột tương ứng Đúng - Sai cho các câu 10 đến 20

Nội dung	Đúng	Sai
Câu 10. Ngôi mông hoàn toàn có thể gọi là mông sa chân		
Câu 11. Khi gặp ngôi ngược trong các tháng cuối nên xoay ngoài		
Câu 12. Với ngôi trán đủ tháng, ngôi đã cố định có thể cho đẻ đường dưới		
Câu 13. Khi khám một ngôi thấy: trên mu rỗng, tiểu khung rỗng, có thể nghĩ đó là ngôi ngang		
Câu 14. Khi khám thai tháng cuối, không xác định được ngôi thai, tuyến cơ sở nên chuyển sản phụ đến tuyến trên		
Câu 15. Ngôi bất thường có thể gặp trong trường hợp đẻ non		
Câu 16. Tuyến cơ sở có thể đỡ đẻ ngôi ngược nếu ước tính trọng lượng thai 3000g		
Câu 17. Ngôi trán, thai non tháng có thể theo dõi để đẻ đường dưới		
Câu 18. Ngôi thai bất thường khi vỡ ối dễ sa dây rau		
Câu 19. Ngôi trán có thể chẩn đoán được khi khám thai tháng thứ 9		

Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu từ 20 đến 22

Câu 20 Trong ngôi mông hay gặp hơn cả là:

- A: Ngôi mông đủ
- B: Ngôi mông đơn thuần
- C: Ngôi mông kiểu đầu gối
- D: Ngôi mông kiểu bàn chân

Câu 21: Ngôi nào có thể cho dấu hiệu rãnh gáy:

- A: Chằm sau
- B: Chằm trước
- C: Ngôi trán
- D: Ngôi mặt cằm trước
- E: Ngôi mặt cằm sau

Câu 22: Trong chẩn đoán sinh đôi dấu hiệu nào không chính xác:

- A: Nắn thấy 4 cực
- B: Nắn thấy 3 cực
- C: Nắn thấy 2 cực cùng tên
- D: Nắn thấy 2 cực khác tên nhưng gần nhau
- E: Tim thai nghe cùng lúc chênh 5 nhịp/phút

CHUẨN BỊ MỘT CUỘC ĐỂ CAN THIỆP

MỤC TIÊU

1. Kể được 9 công việc chuẩn bị cho thai phụ trước khi mổ lấy thai.
2. Mô tả được các bước chuẩn bị trước khi đẻ can thiệp bằng forceps và giác hút
3. Lập được kế hoạch chăm sóc sản phụ đẻ can thiệp

Trên lâm sàng không phải cuộc đẻ bao giờ cũng diễn ra dễ dàng tự nhiên, mà có nhiều cuộc đẻ cần phải có sự can thiệp của cán bộ y tế chuyên khoa đó là những trường hợp phải mổ lấy thai hoặc phải can thiệp bằng Forceps hay giác hút .

Do đó người hộ sinh phải biết công tác chuẩn bị một cuộc đẻ có can thiệp để giúp cho cuộc đẻ diễn ra nhanh chóng và thuận lợi.

1. Chuẩn bị một cuộc mổ đẻ (Mổ lấy thai)

Chuẩn bị thai phụ trước mổ là một công tác rất quan trọng góp phần cho sự thành công của cuộc mổ

1.1. Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn

- Đếm lấy mạch, đo huyết áp, đo nhiệt độ, đếm nhịp thở, cân thai phụ và ghi vào phiếu theo dõi theo đúng quy định chuyên môn. Khi lấy các thông số trên nếu có bất thường phải báo ngay cho bác sĩ biết để xử trí kịp thời.
- Lấy các bệnh phẩm, làm các xét nghiệm khi có chỉ định như: máu, nước tiểu, chụp X quang, siêu âm, khi có kết quả báo ngay cho bác sĩ phẫu thuật, bác sĩ gây mê biết trước khi tiến hành gây mê, mổ.

1.2. Đưa giấy cam đoan mổ cho thai phụ cho người nhà đọc và ký.

1.3. Kiểm tra xem thai phụ đã nhịn ăn trước khi mổ chưa, nếu chưa phải báo cho bác sĩ gây mê biết để hút dạ dày trước khi mổ, tránh tai biến trào ngược thức ăn vào đường hô hấp. Kiểm tra xem thai phụ có răng giả không.

1.4. Làm vệ sinh cho thai phụ: Có thể đặt Microlax trực tràng thay cho thụt tháo khi sản phụ mới chuyển dạ, làm vệ sinh vùng mổ, chú ý vùng rốn và bụng dưới, làm vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài bằng xà phòng và nước chín.

1.5. Thu thập hồ sơ giấy tờ, bệnh án, sắp xếp lại các loại giấy tờ, dán theo đúng thứ tự quy định của bệnh viện, kiểm tra xem các loại xét nghiệm đã đủ chưa.

1.6. Chăm sóc về tinh thần: động viên an ủi thai phụ để thai phụ yên tâm chịu đựng cuộc mổ. Tránh lo lắng không cần thiết.

1.7. Đưa thai phụ đi mổ: cho thai phụ nằm trên giường có bánh xe hoặc cáng (nằm nghiêng trái càng tốt), vận chuyển thai phụ nhẹ nhàng đến phòng mổ, đường vận chuyển không thuận tiện phải khiêng cáng, không đẩy xe khi đưa thai phụ đến phòng mổ phải bàn giao kỹ càng hồ sơ bệnh án tình trạng thai phụ, tìm thai cho nhân viên nhà mổ.

1.8. Ghi cơn co tử cung, độ lọt của ngôi thai, tìm thai và có ra huyết âm đạo hay không vào hồ sơ bệnh án và báo cáo cho phẫu thuật viên biết.

1.9. Chuẩn bị đón thai nhi như một cuộc đẻ

- Nếu mổ vì rau tiền đạo, rau bong non chảy máu, phải chuẩn bị máu: “máu cùng nhóm” có sẵn để khi chảy máu có máu truyền kịp thời.
- Nếu mổ vì thai suy phải mời bác sĩ sơ sinh chờ sẵn để hồi sức sơ sinh và đồng thời chuẩn bị sẵn phương tiện dụng cụ hồi sức sơ sinh.

2. Chuẩn bị một cuộc đẻ bằng giác hút, Forceps

2.1. Cán bộ chuyên môn: là y sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa phụ sản

- Khám lại toàn thân cho thai phụ.
- Đặc biệt phải xác định lại rõ ngôi, thế, kiểu thế, độ lọt và xem các điều kiện trong forceps, giác hút đủ hay chưa.
- Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, găng tay, đã được tiệt khuẩn như làm phẫu thuật.

2.2. Phương tiện

- Bàn để dụng cụ vô khuẩn trên bàn có sẵn một bộ forceps gồm có: forceps, khay đựng dụng cụ, dầu bôi trơn. Nếu làm giác hút có sẵn bộ giác hút bơm điện hay bơm tay gồm: các chụp bằng kim loại, tay cầm ống hút, khay đựng dụng cụ, kim mang kim, kim chỉ, khăn vô khuẩn, 2 van âm đạo, 3 kẹp hình tim để kiểm tra cổ tử cung.
- Phương tiện để hồi sức sơ sinh.

2.3. Sản phụ: gồm các bước

(1) Giải thích cho sản phụ biết chuẩn bị làm thủ thuật để sản phụ yên tâm và hợp tác với thầy thuốc.

- (2) Đặt sản phụ ở tư thế sản khoa, mở rộng hai đùi.
- (3) Sát khuẩn rộng vùng âm hộ tầng sinh môn.
- (4) Thông đái để tránh làm tổn thương bàng quang.
- (5) Trải khăn vô khuẩn như phẫu thuật đường dưới.
- (6) Nếu mẹ được chỉ định forceps vì bệnh tim, tăng huyết áp, nhiễm độc thai nghén thì phải điều trị nội khoa trước khi làm thủ thuật.
- (7) Nếu có triệu chứng suy thai phải hồi sức thai.
- (8) Nên giảm đau bằng gây tê hoặc thuốc mê nhẹ toàn thân.

3. Chăm sóc sản phụ đẻ can thiệp

3.1. Kế hoạch chăm sóc sản phụ trước mổ đẻ

3.1.1. Nhận định

- Toàn trạng người mẹ:
 - + Thể trạng, chiều cao, cân nặng
 - + Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở
 - + Hệ thống bạch huyết, tuyến giáp
- Tinh thần của sản phụ và gia đình sản phụ
- Tình trạng tim thai
- Tình trạng các bộ phận khác có biểu hiện bệnh lý gì kèm theo thai nghén không?
- Các xét nghiệm yêu cầu
- Y lệnh thuốc sử dụng trước khi chuyển mổ
- Tình trạng dinh dưỡng: sản phụ ăn, uống trước khi có chỉ định mổ bao lâu? Có biểu hiện mất nước do chuyển dạ kéo dài hoặc nôn không?
- Kiểm tra xem sản phụ có răng giả không để báo với phòng mổ
- Kiểm tra sản phụ có đồ đạc tư trang, đồ trang sức... yêu cầu sản phụ bàn giao cho người nhà. Nếu sản phụ không có người nhà đi cùng thì lập biên bản để sau mổ bàn giao lại cho sản phụ.

3.1.2. Chẩn đoán chăm sóc/nhận định các vấn đề cần chăm sóc

- Chăm sóc tinh thần
- Chăm sóc vệ sinh
- Chăm sóc đặc hiệu liên quan đến chỉ định phẫu thuật

3.1.3. Lập kế hoạch

Tuỳ theo tình trạng sản phụ, tình trạng tim thai, lựa chọn vấn đề ưu tiên chăm sóc.

- Trao đổi với sản phụ và người nhà sản phụ về chỉ định mổ và những vấn đề cần làm trong quá trình chăm sóc để người bệnh yên tâm và cảm thấy thoải mái.
- Theo dõi tình trạng sản phụ và tim thai trong quá trình chuẩn bị và chuyển mổ lấy thai.
- Chuẩn bị phương tiện vận chuyển sản phụ và tư thế vận chuyển đến phòng mổ.
- Thực hiện y lệnh của bác sỹ về chế độ thuốc, xét nghiệm. Hỗ trợ sản phụ trong quá trình thực hiện các xét nghiệm.

3.1.4. Thực hiện kế hoạch

Thực hiện theo kế hoạch chăm sóc đã lập. Trong quá trình thực hiện kế hoạch cần chú ý:

Những sản phụ chuyển dạ kéo dài trước khi có chỉ định phẫu thuật có thể trong tình trạng mệt mỏi, căng thẳng tinh thần.

Tư thế vận chuyển sản phụ đến phòng mổ để giảm nguy cơ suy thai, tránh ngã sản phụ.

Không để sản phụ thiếu dinh dưỡng nhưng cũng cần tránh cho sản phụ ăn uống nhiều trong khi chờ phẫu thuật.

3.1.5. Đánh giá

Qua quá trình theo dõi và chăm sóc sản phụ, người hộ sinh cần đánh giá tình trạng sản phụ trước khi phẫu thuật:

- Nếu tinh thần sản phụ ổn định, yên tâm, tin tưởng thầy thuốc, sẵn sàng vào kết quả điều trị là tiến triển tốt.
- Nếu toàn trạng không khá lên, tinh thần bệnh nhân không ổn định, không cho phép phẫu thuật cần báo cho bác sỹ để điều chỉnh chế độ điều trị và chăm sóc bệnh nhân cho phù hợp.

3.2. Kế hoạch chăm sóc sản phụ đẻ can thiệp

Giống như chăm sóc sản phụ trong bài: “Đỡ đẻ ngôi chỏm”, cần chú ý một số vấn đề sau:

- Tăng cường chăm sóc về tinh thần cho sản phụ
- Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ, phương tiện cho thủ thuật
- Phối hợp với thầy thuốc trong quá trình làm thủ thuật

Tóm lại

Chuẩn bị một cuộc đẻ can thiệp là một công việc quan trọng của cuộc mổ cũng như cuộc đẻ bằng forceps hay giác hút. Tuy nhiên đây chỉ là bước đầu tiên, sau mổ đẻ hoặc sau đẻ bằng dụng cụ còn phải tiếp tục theo dõi để xử lý các biến chứng có thể xảy ra.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu 1-6:

Câu 1: Kể 9 việc phải làm đối với thai phụ trước mổ lấy thai?

Câu 2: Kể những việc cán bộ y tế chuyên môn phải làm trước khi thực hiện thủ thuật forceps - giác hút?

Câu 3: Kể những dụng cụ cần thiết phải chuẩn bị trước khi làm thủ thuật forceps?

Câu 4: Kể những việc cần chuẩn bị đối với thai phụ trước khi forceps?

Câu 5: Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn cho thai phụ gồm:

A.

B.

Câu 6: Nếu mổ vì suy thai trong chuyển dạ mời bác sĩ sơ sinh chờ sẵn để.....

Bài tập:

Chị Nguyễn Thị Ngọc 32 tuổi, chuyển dạ đẻ lần 2, ối vỡ trước khi đến bệnh viện 4 giờ. Sau 6 giờ theo dõi tại khoa sản, bệnh viện tỉnh, sau khi tiến khám thấy:

- Mạch 80 lần/ phút, huyết áp 120/70 mmHg, nhiệt độ 37,3°C.
- Cơ co tử cung tần số 3, cường độ vừa.
- Tim thai 150 lần/ phút
- Cổ tử cung mở 3 cm đã 4 giờ không mở thêm
- Ối đã vỡ hoàn toàn, nước ối trong
- Ngôi đầu chúc

Chị Ngọc có chỉ định mổ đẻ vì: Chuyển dạ đẻ lần 2, ối vỡ sớm, chuyển dạ không tiến triển.

Anh/ Chị hãy lập kế hoạch chăm sóc chị Ngọc trước khi mổ đẻ

DỌA VỠ VÀ VỠ TỬ CUNG

MỤC TIÊU

1. *Kể được 4 hình thái vỡ tử cung.*
2. *Kể được những nguyên nhân vỡ tử cung.*
3. *Mô tả được dấu hiệu dọa vỡ tử cung.*
4. *Mô tả được dấu hiệu vỡ tử cung.*
5. *Nêu được cách xử trí và dự phòng dọa vỡ và vỡ tử cung*
6. *Lập được kế hoạch chăm sóc trong dọa vỡ và vỡ tử cung.*

1. Định nghĩa và phân loại

1.1. Định nghĩa

- Dọa vỡ tử cung là một dấu hiệu lâm sàng sắp dẫn tới vỡ tử cung. Nếu phát hiện sớm và xử trí kịp thời giai đoạn dọa vỡ tử cung có thể phòng ngừa được vỡ tử cung.
- Vỡ tử cung là một tai biến có thể xảy ra trong chuyển dạ, biểu hiện bằng tử cung bị vỡ, thai có thể bị đẩy vào trong ổ bụng một phần hay toàn bộ thai và rau, tùy theo chỗ vỡ to hay nhỏ, gây tử vong cao.
- Vỡ tử cung có thể xảy ra ở nửa cuối thời kỳ thai nghén, vỡ khi mang thai hoặc trước chuyển dạ, thường ở những tử cung có sẹo mổ cũ. Vỡ tử cung loại này không có dấu hiệu dọa vỡ.

1.2. Phân loại: Vỡ tử cung có 4 hình thái

1.2.1. Vỡ tử cung hoàn toàn: Toàn bộ tử cung đều bị xé rách từ niêm mạc, cơ đến phúc mạc. Trong trường hợp này thường thai và rau bị đẩy vào trong ổ bụng.

1.2.2. Vỡ tử cung dưới phúc mạc: Chỉ có lớp niêm mạc và lớp cơ bị xé rách. Phúc mạc đoạn dưới bị bong ra nhưng vẫn còn nguyên vẹn. Trong trường hợp này thai và rau vẫn còn nằm trong tử cung. Cơ tử cung vẫn còn, đoạn dưới tử cung căng phồng nhưng ấn đau, đặc biệt đau nhiều ở chỗ bị vỡ, thăm âm đạo có ít máu theo tay.

1.2.3. Nứt sẹo mổ ở tử cung, bị toác ra hoặc bị nứt một phần. Bờ vết rách không nham nhở và ít khi chảy máu.

1.2.4. *Vỡ tử cung phức tạp*: ngoài vỡ tử cung hoàn toàn, tổn thương có thể kéo dài xuống âm đạo, xé rách bàng quang.

2. Nguyên nhân

2.1. Những nguyên nhân về phía mẹ

- Khung chậu hẹp hay bất thường làm thai không lọt được.
- Do tử cung bị tổn thương: Con rạ đã đẻ nhiều lần hay có sẹo mổ cũ (mổ lấy thai, mổ thủng tử cung, mổ bóc nhân xơ).
- Do khối u tiền đạo: u xơ tử cung ở đoạn dưới, u buồng trứng kẹt trong tiểu khung đều cản trở đường ra của thai nhi.

2.2. Những nguyên nhân về phía thai

- Thai to bất xứng đầu chậu, ngôi chỏm sa tay.
- Ngôi mông kẹt đầu hậu.
- Ngôi thai bất thường như: ngôi vai, ngôi trán, ngôi thóp trước, ngôi mặt kiểu thế sau

2.3. Nguyên nhân do can thiệp

- Do sử dụng oxytocin không đúng cách, không theo dõi sát.
- Do làm giác hút, forceps không đủ điều kiện, khi cổ tử cung chưa mở hết.
- Do đẩy bụng thô bạo lúc đẻ, kéo đầu hậu ngôi mông làm vỡ tử cung từ dưới lên.

3. Triệu chứng

Nói chung vỡ tử cung ở một tử cung còn nguyên vẹn bình thường thì trước khi vỡ bao giờ cũng qua giai đoạn dọa vỡ.

3.1. Dọa vỡ tử cung

3.1.1. *Cơ năng*: sản phụ đau nhiều do cơn co tử cung mạnh và mau.

3.1.2. *Thực thể*

- Nhìn thấy tử cung có dạng hai khối bị thắt ở giữa như hình quả bầu. Khối dưới là đoạn dưới tử cung bị kéo dài (có khi lên tới rốn) và dần mỏng, đẩy khối tử cung lên cao
- Khi đoạn dưới tử cung tới gần rốn, thì co thắt lại làm cho tử cung có hình quả bầu thắt ở giữa, đó là dấu hiệu vòng Bandl.

- Khi thân tử cung bị đẩy lên cao thì sờ thấy được hai sợi dây chằng tròn bị kéo dài, căng như hai sợi dây đàn, triệu chứng này gọi là dấu hiệu Frommel (dấu hiệu Bandl - Frommel).
- Nghe tim thai chậm hoặc không đều.
- Thăm âm đạo: có thể thấy được nguyên nhân dễ khó hoặc ngôi thai cao chưa lọt.

3.2. Võ tử cung

- Đã có dấu hiệu dọa vỡ tử cung, thai phụ đang đau dữ dội, cơn co dồn dập, sau một cơn đau chói đột ngột, rồi bớt đau dần, cơn co tử cung mất.
- Toàn thân: Dấu hiệu choáng do mất máu: thai phụ mệt, da xanh nhợt, tay chân lạnh, vã mồ hôi, thở nông nhanh, mạch nhanh nhẹ, khó bắt.
- Nhìn: hình dáng tử cung không còn hình trứng.
- Nắn bụng: bụng trương, có phản ứng thành bụng, nắn chỗ vỡ đau, cảm giác có phần thai nhi lồi nhô dưới da bụng.
- Nghe: tim thai mất.
- Thăm âm đạo: tiểu khung rộng, ngôi thai cao lên, có máu theo tay đỏ tươi, có khi máu chảy vào ổ bụng nhiều nhưng máu chảy ra ngoài âm đạo rất ít.
- Nếu vỡ tử cung dưới phúc mạc, thì hầu hết các thớ cơ bị rách, nhưng lớp phúc mạc vẫn còn nguyên, vì vậy phần thai nhi không nằm trong ổ bụng, nắn bụng không thấy phần thai dưới đầu. Cần lưu ý các dấu hiệu thông tiểu có máu, ấn ngoài đoạn dưới đau.

4. Vỡ tử cung ở tử cung có sẹo mổ cũ

Vỡ tử cung ở đây là do vết sẹo mổ cũ nên không có giai đoạn dọa vỡ như ở tử cung bình thường. Tuy vậy cũng có dấu hiệu báo động trước khi nứt vết mổ cũ. Dấu hiệu báo động và nứt sẹo mổ cũ có thể xảy ra trong 3 tháng cuối thời kỳ thai nghén hay trong chuyển dạ đẻ.

4.1. Dấu hiệu báo trước khả năng nứt sẹo mổ cũ

- Thai phụ có tiền sử mổ tử cung lấy thai hoặc mổ bóc nhân xơ.
- Trong 3 tháng cuối hay trong chuyển dạ thai phụ thấy:
 - + Đau bụng từng cơn nhẹ trong 3 tháng cuối hay đau bụng khi chuyển dạ.

- + Khi đau bụng thai phụ thấy đau ở vùng tử cung nơi có sẹo mổ tử cung cũ, có một điểm đau khu trú tương ứng với sẹo mổ tử cung cũ.
- + Khám: ấn trên thành bụng thấy có điểm đau cố định khu trú ở vùng có sẹo mổ tử cung cũ.

Đó là 3 dấu hiệu lâm sàng báo hiệu sắp nứt vùng sẹo mổ cũ tử cung.

4.2. Dấu hiệu nứt sẹo hay vỡ tử cung ở tử cung có sẹo mổ cũ

4.2.1. Cơ năng

- Tiền sử có sẹo mổ tử cung cũ, đặc biệt những sẹo mổ do vỡ tử cung, dọa vỡ tử cung, hay bóc nhân xơ tử cung, hay nhiễm trùng sau mổ.
- Bệnh nhân thấy đau bụng từng cơn nhẹ, nhưng mỗi cơn đau cơ tử cung thai phụ cảm thấy có một điểm đau cố định ở vùng sẹo mổ tử cung cũ.
- Sau đó thai phụ ra ít huyết âm đạo màu đỏ tươi, cơn co và điểm đau khu trú đó càng rõ rệt hơn.

4.2.2. Thực thể

- Cơn co tử cung rõ nhưng thường không mạnh lắm.
- Ấn tử cung phát hiện có điểm đau, giống như cảm giác, vị trí đau tương ứng với đường sẹo mổ tử cung cũ. Nhìn đôi khi thấy hình dáng tử cung bình thường.
- Thăm âm đạo có thể thấy sự thay đổi cổ tử cung, có máu đỏ tươi theo tay.
- Đôi khi cũng có thể thấy nứt sẹo hay vỡ tử cung không hoàn toàn ở tử cung có sẹo cũ. Sẹo ở tử cung thì nứt nhưng sẹo ở phúc mạc đoạn dưới thì căng phồng chưa nứt, do đó:
 - + Nhìn vẫn thấy tử cung nhưng hình dáng thì phồng ở đoạn tương ứng vết mổ cũ.
 - + Ấn thấy điểm đau khu trú ở sẹo mổ cũ.
 - + Khám âm đạo có máu theo tay.

5. Xử trí và dự phòng

5.1. Xử trí

5.1.1. Dọa vỡ tử cung

- Ở tuyến xã:
 - + Cho thuốc giảm cơn co tử cung: papaverin 0,04g x 1 ống (tiêm bắp) nếu không có thì dùng morphin 0,01g x 1 ống (tiêm bắp) hoặc diazepam 0,010g x 1 ống (tiêm bắp)

- + Tư vấn, gửi đi tuyến trên ngay và có nhân viên y tế đi kèm.
- Ở tuyến huyện :
- + Cho thuốc giảm cơn co tử cung: papaverin 0,04g x 1 ống (tiêm bắp) nếu không có thì dùng morphin 0,01g x 1 ống (tiêm bắp) hoặc diazepam 0,010g x 1 ống (tiêm bắp)
- + Nếu đủ điều kiện để đường dưới thì làm forceps.
- + Nếu chưa đủ điều kiện thì mổ lấy thai.

5.1.2. Võ tử cung

- Tuyến xã:
- + Hồi sức chống choáng và chuyển tuyến trên ngay, nhất thiết phải có nhân viên y tế đi kèm.
- + Nếu tình trạng nặng phải mời tuyến trên đến hỗ trợ.
- Tuyến huyện:
- + Hồi sức chống choáng và mổ cấp cứu, xử trí vết rách tử cung tùy thuộc vào tổn thương đơn giản hay phức tạp mà bảo tồn hay cắt tử cung.
- + Nếu tình trạng nặng, chuyển lên tuyến tỉnh, hoặc mời tuyến tỉnh đến hỗ trợ.

5.1.3. Dự phòng

- Phải thực hiện tốt quản lý thai nghén để phát hiện các nguy cơ cao như: khung chậu hẹp, u tiền đạo, bất tương xứng giữa thai và khung chậu, ngôi trán, ngôi ngang, sẹo mổ cũ ở tử cung, cần phải chuyển tuyến trên theo dõi và xử trí.
- Những thai phụ có thai mà tử cung có vết mổ cũ phải đăng ký quản lý thai nghén ở cơ sở y tế có khả năng phẫu thuật. Tháng cuối thời kỳ thai nghén nên vào viện trước ngày dự kiến đẻ khoảng hai tuần, đặc biệt với những thai phụ có vết mổ tử cung cũ dưới 24 tháng.
- Cần thực hiện sinh đẻ có kế hoạch, không đẻ dày, không đẻ nhiều.
- Khi có thai phải đi khám định kỳ và thực hiện đúng lời khuyên của cán bộ y tế.
- Khi ối vỡ sớm không được truyền oxytocin ở tuyến cơ sở hoặc tuyến huyện không có phẫu thuật.
- Theo dõi chuyển dạ cẩn thận, nhất là phải sử dụng biểu đồ chuyển dạ để phát hiện và xử trí sớm dấu hiệu dọa vỡ tử cung.

- Đỡ đẻ đúng phương pháp, tuyệt đối không được đẩy bụng thô bạo, làm giác hút, forceps phải đúng chỉ định, đủ điều kiện.
- Chuẩn bị sẵn phương tiện vận chuyển và hồi sức cấp cứu.

5.2. Kết luận

Vỡ tử cung là một trong năm tai biến sản khoa nguy hiểm. Ta có thể ngăn ngừa vỡ tử cung nếu tổ chức tốt mạng lưới quản lý thai nghén, kết hợp chặt chẽ giữa các tuyến. Phát hiện sớm các loại đẻ khó ngay từ khi đang có thai. Trong lúc theo dõi chuyển dạ nếu phát hiện có dấu dọa vỡ tử cung thì cần phải được xử trí đúng mức và kịp thời.

6. Chăm sóc sản phụ dọa vỡ tử cung

6.1. Nhận định

- Các nguyên nhân tiềm năng
 - Về phía mẹ: khung xương hẹp, u tiền đạo
 - Về phía con: thai to, ngôi bất thường
 - Dùng thuốc co tử cung: prostaglandin, oxytocin
- Chọn đường đẻ để lấy thai ra sớm nhất, tùy thuộc mức độ dọa vỡ, độ mở, độ lọt, ngôi thai.

6.2. Chẩn đoán/Những vấn đề cần chăm sóc

- Thể trạng, các dấu hiệu sống, tinh thần của thai phụ để có phương án hồi sức.
- Tiến độ chuyển dạ: cơn co, độ mở, độ lọt...để có phương án lấy thai tránh vỡ tử cung
- Lấy thai đường dưới (forceps) cần phải kiểm soát tử cung để loại trừ vỡ tử cung, cần có các biện pháp để phòng băng huyết
- Mời khoa nhi phối hợp chăm sóc bé vì thường có suy thai, ngạt thai
- Tình trạng sản phụ: các dấu hiệu sinh tồn, thể trạng, tinh thần...

6.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Theo dõi các dấu hiệu sống - tùy mức độ mà tiến hành hồi sức
- Động viên tinh thần sản phụ - lúc này thường hết sức lo sợ
- Phân tích biểu đồ chuyển dạ: có dấu hiệu đình trệ (xem bài *Chuyển dạ đình trệ*) kết hợp nhận định các dấu hiệu lâm sàng

- Tiêm thuốc giảm co (xem bài *Đẻ khó do cơn co tử cung bất thường*)
- Hồi sức thai nếu có suy thai
- Chuẩn bị thai phụ như cho một cuộc đẻ can thiệp
- Nếu có chỉ định forceps: chuẩn bị đầy đủ dụng cụ, phương tiện, nhân lực, thông tiểu, giảm đau, kiểm soát tử cung sau đẻ.
- Nếu mổ, chuẩn bị thật khẩn trương, mời Bác sĩ Nhi khoa phối hợp chăm sóc bé.

6. 4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Như kế hoạch đã lập. Phải hết sức khẩn trương và luôn đề phòng khả năng xấu hơn là tử cung đã vỡ mà chưa chẩn đoán được

6. 5. Đánh giá

- Khả năng theo dõi lâm sàng, chẩn đoán sớm (không đợi đến lúc đoạn dưới giãn mỏng, vòng thắt dãn cao).
- Tính khẩn trương trong xử trí
- Đúng qui trình, việc nào cần làm trước

7. Chăm sóc sản phụ vỡ tử cung

7.1. Nhận định

- Nguyên nhân
 - + Vô tự nhiên
 - + Do vết sẹo cũ
 - + Do dùng thuốc co tử cung quá liều
 - + Do thủ thuật: forceps cao, nội xoay, cắt thai (loại nguyên nhân này thường gây rách phức tạp, nguy hiểm)
- Mức độ vỡ
 - + Không hoàn toàn (cần phân biệt với dọa vỡ)
 - + Hoàn toàn

7. 2. Chẩn đoán/Những vấn đề cần chăm sóc

- Thể trạng: mức độ choáng
- Tinh thần: mức độ hoảng hốt, lo sợ sau khi đột ngột mất cơn rặn
- Vỡ không hoàn toàn: nếu nhầm dọa vỡ mà lấy thai đường dưới sẽ rất nguy hiểm

- Võ hoàn toàn: hồi sức khẩn trương, chuyển mổ ngay, không đợi huyết áp tăng.

7. 3. Kế hoạch chăm sóc

- Thảo luận với người nhà sản phụ về sự cần thiết phải phẫu thuật, động viên sản phụ và người nhà phối hợp trong quá trình chăm sóc sản phụ trước và sau phẫu thuật
- Theo dõi các chức năng sống, đánh giá mức độ choáng và mất máu
- Hồi sức khẩn trương. Truyền máu (sau khi lấy máu chéo)
- Chuyển mổ ngay sau khi đã làm đủ phần chuẩn bị phẫu thuật.
- Gây mê hồi sức tốt trong và sau mổ. Tiếp tục truyền máu trong và sau mổ (nếu cần)
- Chăm sóc chu đáo các vấn đề sau mổ, đặc biệt nếu có đặt thông bàng quang tại chỗ, đặt mèche ổ bụng...

7. 4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Như kế hoạch đã lập.

7. 5. Đánh giá

- Khả năng chẩn đoán vỡ tử cung
- Khả năng xử trí khẩn trương
- Khả năng hồi sức và chăm sóc trước, trong, sau mổ.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu từ 1 đến 11

Câu 1: Định nghĩa dọa vỡ tử cung:

A. Dọa vỡ tử cung là một dấu hiệu lâm sàng sắp dẫn đến.....

B. Nếu phát hiện sớm và xử lý kịp thời giai đoạn..... có thể phòng ngừa được vỡ tử cung.

Câu 2: Thời điểm vỡ tử cung có thể gặp:

A. Vỡ tử cung đôi khi có thể xảy ra ở nửa cuối thời kỳ thai nghén hoặc

B. Thường ở những tử cung

Câu 3: Kể 4 nhóm hình thái võ tử cung

- A. Võ tử cung hoàn toàn
- B.
- C.
- D. Võ tử cung phức tạp

Câu 4: Kể 3 nhóm nguyên nhân võ tử cung

- A.
- B.
- C. Nguyên nhân do can thiệp

Câu 5: Nêu

- A. Dấu hiệu thực tế về hình dạng tử cung
- B. Dấu hiệu đặc biệt của dọa vỡ tử cung

Câu 6: Nêu 2 đặc điểm của tình trạng vỡ tử cung

- A. Hình dạng tử cung
- B. Tim thai

Câu 7: Nêu 3 dấu hiệu cơ năng vỡ tử cung ở thai phụ có vết mổ tử cung cũ

- A.
- B.
- C.

Câu 8: Kể 2 việc phải làm khi có dấu hiệu dọa vỡ tử cung ở tuyến xã

- A.
- B.

Câu 9: Kể 2 việc phải làm trước khi chuyển tuyến trong trường hợp vỡ tử cung hoàn toàn ở tuyến huyện

- A.
- B.

Câu 10: Kể 6 nhiệm vụ chính của nữ hộ sinh để đề phòng vỡ tử cung

- A.
- B.

C.

D.

E. Theo dõi sát chuyển dạ, sử dụng biểu đồ chuyển dạ

F. Để đẻ đúng phương pháp

Câu 11: Sản phụ có thai lần thứ 2, thai 38 tuần, tiền sử đẻ một lần, nạo 2 lần, một con sống, khám thấy chiều cao tử cung 32 cm, vòng bụng 94 cm. Siêu âm thấy đoạn eo tử cung có nhân xơ đường kính khoảng 10 cm. Hãy nêu chẩn đoán và hướng xử trí ở tuyến xã:

A: Chẩn đoán

B: Xử trí

Phân biệt Đúng/Sai từ câu 12 đến câu 20 bằng cách đánh dấu ✓ vào ô thích hợp

Thai phụ có nguy cơ vỡ tử cung khi:

	Nội dung	Đúng	Sai
Câu 12	Thai phụ có khung chậu hẹp		
Câu 13	Thai phụ có vết mổ tử cung cũ		
Câu 14	Thai phụ có vết mổ u nang buồng trứng cũ		
Câu 15	Thai phụ có khối u tiền đạo		
Câu 16	Thai phụ chuyển dạ có cơn co tử cung yếu		
Câu 17	Thai phụ chuyển dạ có hội chứng nhiễm độc thai nghén		
Câu 18	Thai phụ đẻ nhiều lần		
Câu 19	Cơn co tử cung dồn dập		
Câu 20	Rau bong non		

CHẢY MÁU TRONG THỜI KỲ SỐ RAU VÀ SAU ĐẼ

MỤC TIÊU

1. Kể được 5 nguyên nhân chảy máu sau đẻ.
2. Mô tả được các dấu hiệu lâm sàng của từng nguyên nhân gây chảy máu sau đẻ.
3. Trình bày được các cách xử trí ban đầu với từng nguyên nhân gây chảy máu sau đẻ ở các tuyến
4. Trình bày được các biện pháp phòng ngừa chảy máu sau đẻ
5. Lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc bà mẹ bị chảy máu trong thời kỳ số rau và sau đẻ.

Sau đẻ nếu lượng máu mất đi trên 300 ml hoặc đã gây hậu quả choáng do mất máu thì khi ấy gọi là chảy máu sau đẻ (băng huyết) và trở thành tai biến rất nguy hiểm.

Chảy máu sau đẻ là những chảy máu cấp tính ngay sau đẻ, rau còn trong buồng tử cung hoặc rau đã sổ ra ngoài.

Chảy máu sau đẻ hiện nay vẫn là một tai biến sản khoa hay gặp nhất và vẫn còn là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong cho sản phụ.

1. Nguyên nhân của chảy máu sau đẻ

- Sốt rau, sót màng rau.
- Đờ tử cung
- Chấn thương đường sinh dục, vỡ tử cung
- Rau bong không hoàn toàn (rau cài răng lược)

1.1. Sốt rau, sót màng rau

Chảy máu là dấu hiệu sớm của sốt rau và sót màng rau do các xoang tĩnh mạch nơi rau bám không đóng lại được.

1.1.1. Nguyên nhân

Sốt rau trong các trường hợp

- Do tiền sử sảy thai, nạo hút thai nhiều lần
- Do đẻ nhiều lần và có lần đã bị sót rau, viêm niêm mạc tử cung
- Sau đẻ non, đẻ thai lưu, sẹo mổ cũ
- Có bánh rau phụ

1.1.2. Triệu chứng lâm sàng

- Chảy máu:
- + Là dấu hiệu sớm nhất của sót rau, thường xuất hiện ngay sau khi sổ rau.
- + Ra máu rỉ rả, tử cung có thể co hồi kém, nếu máu đọng lại ở buồng tử cung làm tử cung căng to không co lại được gây đau tử cung thứ phát.
- + Lượng máu ra có thể ít, có thể nhiều, máu đỏ tươi có lẫn máu cục
- Có thể phát hiện sớm sót rau sau đẻ bằng cách kiểm tra thấy bánh rau thiếu.
- Chú ý đến những bánh rau phụ khi thấy các mạch máu trên màng rau.
- Nếu phát hiện muộn, không xử lý kịp thời, mất máu nhiều có dấu hiệu choáng, sản phụ khát nước, tay chân lạnh, vã mồ hôi, mạch nhanh nhỏ, huyết áp hạ.

1.3. Xử trí

1.3.1. Tuyến xã

- Phải cho thuốc giảm đau seduxen 10mg x 1 ống, tiêm tĩnh mạch chậm và tiến hành kiểm soát tử cung ngay khi kiểm tra rau thấy sót hoặc khi máu ra rỉ rả, sau khi sổ rau hay tử cung không có khối cầu an toàn. Khi kiểm soát buồng tử cung phải lấy hết rau và màng rau sót, toàn bộ máu cục và máu loãng trong buồng tử cung.
- Tiêm 5 - 10 đơn vị oxytocin vào cơ tử cung và ergometrin 0,2 mg vào bắp thịt.
- Cho kháng sinh toàn thân: amoxillin 500 mg x 2 viên/ngày dùng trong 7 ngày.
- Theo dõi tiếp tục mạch, huyết áp, chảy máu âm đạo và co hồi tử cung.
- Nếu có choáng phải hồi sức truyền dịch, tư vấn rồi chuyển lên tuyến trên hoặc mời tuyến trên đến để xử trí hỗ trợ. Khi chuyển tuyến nhất thiết phải có nhân viên y tế đi kèm.

1.3.2. Tuyến huyện

- Hồi sức truyền máu nếu có thiếu máu cấp.

- Tiếp tục theo dõi mạch, huyết áp, chảy máu và co hồi tử cung.
- Nếu còn ra máu cho thêm oxytocin tiêm bắp hoặc truyền tĩnh mạch.
- Có thể khi cần, phải kiểm soát tử cung lại.

1.2. Đờ tử cung

Đờ tử cung là dấu hiệu cơ tử cung không co chặt lại thành khối cầu an toàn sau khi rau đã sổ, để thực hiện tắc mạch sinh lý, gây chảy máu.

Trên lâm sàng đờ tử cung có 2 mức độ:

- Đờ tử cung có phục hồi: cơ tử cung giảm trương lực sau đẻ nhưng còn đáp ứng với các kích thích cơ học, hóa học.
- Đờ tử cung không phục hồi: cơ tử cung không còn đáp ứng với bất kỳ kích thích nào.

1.2.1. Nguyên nhân

- Do chất lượng cơ tử cung yếu do đẻ nhiều lần, tử cung có sẹo mổ, u xơ tử cung, tử cung dị dạng.
- Do tử cung bị căng giãn quá mức vì đa thai, đa ối, thai to.
- Do chuyển dạ kéo dài.
- Do nhiễm khuẩn ối.
- Do còn sót rau, màng rau trong buồng tử cung (đờ tử cung thứ phát).
- Do sản phụ suy nhược, thiếu máu, tăng huyết áp, nhiễm độc thai nghén.

1.2.2. Triệu chứng lâm sàng

- Chảy máu ngay sau khi sổ rau là triệu chứng phổ biến nhất, máu từ chỗ bám của rau chảy ra ứ đọng lại trong buồng tử cung rồi mỗi khi cơn co tử cung lại đẩy ra ngoài một khối lượng máu. Nếu tử cung đờ hoàn toàn không phục hồi thì máu chảy ra liên tục hoặc khi ấn vào đáy tử cung máu sẽ chảy ồ ạt ra ngoài.
- Tử cung giãn to, mềm, co hồi kém hoặc không co hồi, không có khối cầu an toàn mặc dù rau đã sổ.
- Mật độ tử cung nhão, khi cho tay vào buồng tử cung không thấy tử cung co bóp vào tay mà mềm nhão như ở trong cái túi, trong tử cung có toàn máu cục và máu loãng.
- Nếu máu ra nhiều sản phụ xanh nhợt, mạch nhanh, huyết áp hạ, khát nước, tay chân lạnh, vã mồ hôi.

1.2.3. Thái độ xử trí

- Tuyến xã

Cần phải xử trí khẩn trương, phải tiến hành song song cầm máu và phục hồi khả năng co bóp của tử cung.

- Dùng mọi biện pháp cơ học để cầm máu: xoa bóp tử cung giữa 2 tay, chẹn động mạch chủ bụng, ép tử cung qua thành bụng.
- Thông tiểu để bàng quang rộng.
- Kiểm soát tử cung (KSTC) lấy hết rau sót và máu cục rồi tiêm thuốc co hồi tử cung oxytocin 10 đơn vị vào cơ tử cung, có thể tiêm bắp nhắc lại nhiều lần hoặc truyền nhỏ giọt tĩnh mạch oxytocin. Nếu tử cung không co tiêm ergometrin 0,2 mg 1 ống vào bắp thịt hoặc misoprostol 200 mcg x 5 viên đặt hậu môn.
- Truyền dịch chống choáng.
- Cho kháng sinh toàn thân.
- Nếu không cầm được máu thì nhanh chóng chuyển lên tuyến trên. Khi chuyển nhất thiết phải có nhân viên y tế đi kèm, để theo dõi và hồi sức, đồng thời hướng dẫn người nhà xoa bóp đáy tử cung của sản phụ liên tục.

- Tuyến huyện

- Xử trí như tuyến xã.
- Điều quan trọng là phải có thái độ xử trí kịp thời để tránh tình trạng chảy máu kéo dài, dẫn đến rối loạn đông máu.
- Nếu sau khi xoa bóp liên tục tử cung, đã tiêm thuốc co bóp tử cung, nhưng máu vẫn tiếp tục chảy và mỗi khi ngừng xoa bóp tử cung lại bị nhả ra, thì phải nghĩ đến đồ tử cung không hồi phục, ngay lập tức phải tiến hành mổ cắt tử cung bán phần.
- Hồi sức truyền máu và cho kháng sinh toàn thân.

1.3. Chấn thương đường sinh dục (Xem bài Chấn thương đường sinh dục trong cuộc đẻ)

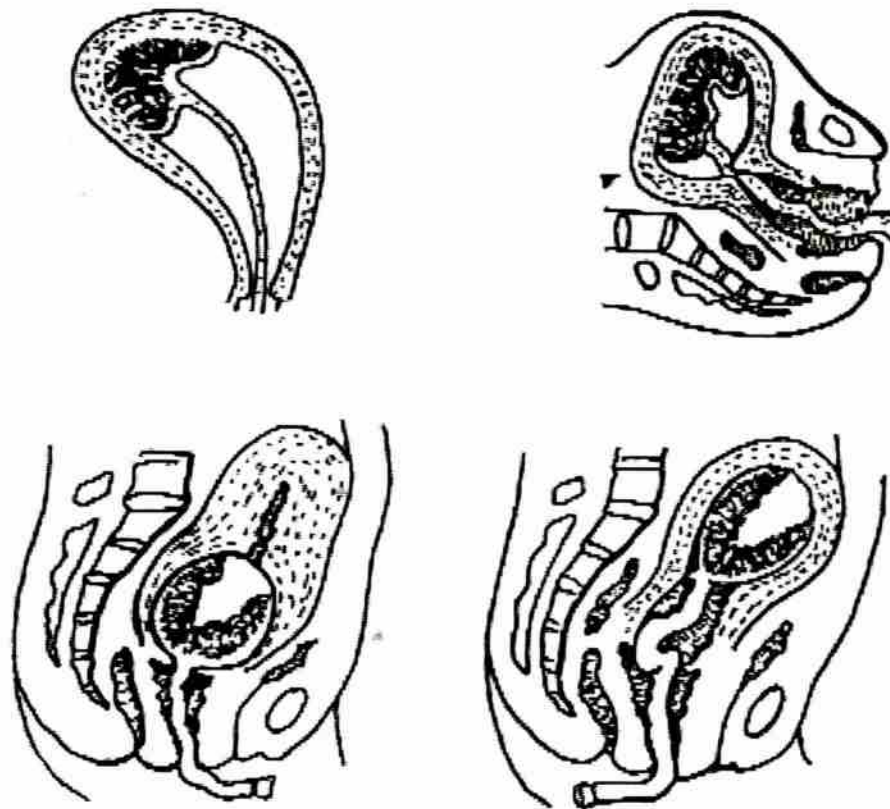
1.4. Rau bong không hoàn toàn (hình 23.1)

1.4.1. Định nghĩa và phân loại

Đây là một bệnh hiếm gặp của rau (tỷ lệ 1/2000) ở người đẻ nhiều lần, tiền sử có viêm nội mạc tử cung, khi có thai các gai rau bám trực tiếp vào cơ tử cung, không có lớp xốp của ngoại sản mạc, có khi gai rau xuyên sâu vào chiều dày lớp cơ tử cung (giống như các răng của một chiếc lược).

Có thể chỉ một phần bánh rau bám vào lớp cơ hay toàn bộ bánh rau bám vào lớp cơ, người ta có thể phân biệt:

- + Rau cài răng lược toàn phần: toàn bộ bánh rau bám vào lớp cơ do đó không bong ra được và không chảy máu.
- + Rau cài răng lược bán phần: chỉ một phần bánh rau bám sâu vào cơ tử cung, do đó bánh rau có thể bong một phần, gây chảy máu. Lượng máu chảy ra nhiều hay ít tùy thuộc vào tình trạng co rút của lớp cơ tử cung và mức độ bong rau.



Hình 23.1: Các hình thái rau không bong và rau bong không hoàn toàn

1.4.2. Triệu chứng lâm sàng

- Nếu rau cài răng lược toàn phần thì sau khi sổ thai một giờ rau vẫn không bong được, không chảy máu.
- Nếu là rau cài răng lược bán phần thì sau khi thai đã sổ 30 phút rau không bong được, nhưng có chảy máu nhiều hay ít tùy theo diện rau bong rộng hay hẹp.

Chỉ có thể chẩn đoán dựa vào thử bóc rau không kết quả hay chỉ bóc được một phần và chảy máu nhiều.

Cần chú ý phân biệt với

- + Rau bám chặt: trường hợp rau khi bong do lớp xối kém phát triển, nhưng có thể bóc toàn bộ bánh rau bằng tay được.
- + Rau mắc kẹt (rau cầm tù) trường hợp bánh rau đã bong nhưng không sổ tự nhiên được vì mắc kẹt ở một sừng tử cung do một vòng thắt ở cơ đan chéo. Đặc biệt bánh rau dễ bị mắc kẹt trong trường hợp tử cung hai sừng. Loại này chỉ cần cho tay vào buồng tử cung là có thể lấy được rau ra vì bánh rau đã bong hoàn toàn

1.4.3. Xử trí

- Tuyến xã
 - Nếu rau chưa bong và chảy máu, tiến hành bóc rau và kiểm soát tử cung, cho oxytocin 10 đơn vị tiêm trực tiếp vào cơ tử cung hoặc tiêm bắp, xoa bóp tử cung, hồi sức chống choáng, cho kháng sinh .
 - Nếu không bóc được hoặc vẫn chảy máu thì phải chuyển tuyến trên hoặc mời tuyến trên xuống hỗ trợ.
 - Nếu toàn bộ bánh rau không bong, không chảy máu thì không được bóc rau, phải chuyển lên tuyến trên ngay.
- Tuyến huyện
 - Bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung. Tiêm thuốc co bóp tử cung.
 - Nếu rau cái răng lược bán phần chảy máu hoặc rau cài răng lược toàn phần phải cắt tử cung bán phần ngay không được cố bóc rất nguy hiểm
 - Nếu chảy máu nhiều cần phải hồi sức truyền máu trong và sau mổ.
 - Cho kháng sinh toàn thân, nâng thể trạng.

2. Dự phòng

- Đảm bảo công tác quản lý thai nghén tốt, phát hiện sớm các thai nghén có nguy cơ cao để chuyển lên để ở tuyến trên.
- Không được để ở ở tuyến xã các trường hợp: con rạ lần tư trở lên, chuyển dạ lâu, tử cung có u xơ, tiền sử đẻ băng huyết, thai to, đa thai, đa ối...
- Không để cuộc chuyển dạ lâu, kéo dài quá thời gian quy định của biểu đồ chuyển dạ.
- Vô trùng trong thao tác khám, đỡ đẻ (không thăm khám âm đạo quá nhiều trong chuyển dạ).

- Để tránh gây chấn thương đường sinh dục do đẻ, người cán bộ y tế cần phải theo dõi sát cuộc đẻ, đỡ đẻ đúng kỹ thuật và nhẹ nhàng, không để sản phụ rặn sớm khi cổ tử cung chưa mở hết.
- Khi tầng sinh môn căng, khó giãn nở cần phải chủ động cắt tầng sinh môn trước khi sổ đầu, tránh để rách. Khi có tổn thương đường sinh dục cần thăm khám kỹ tìm ra chỗ rách và xử trí kịp thời.
- Trong giai đoạn 3 của chuyển dạ nên đỡ rau tích cực để đề phòng chảy máu bằng tiêm bắp hoặc truyền tĩnh mạch oxytocin 10 đơn vị hoặc misoprostol 200 mcg x 2 viên đặt hậu môn sau khi thai đã sổ. Chú ý cần phải theo dõi chảy máu trong thời kỳ sổ rau.
- Theo dõi sát sản phụ 6 giờ đầu sau đẻ, đặc biệt là 2 giờ đầu để phát hiện sớm các trường hợp chảy máu do vỡ tử cung.

3. Chăm sóc

3.1. Nhận định

- Thể trạng: sắc mặt, tinh thần, huyết áp, mạch, nhịp thở, tinh thần sản phụ
- Mức co hồi tử cung: mật độ, chiều cao tử cung
- Mức độ ra máu, phát hiện sớm chảy máu bất thường, nguyên nhân do vỡ tử cung

3.2. Chẩn đoán/Những vấn đề cần chăm sóc

- Thể trạng, các dấu hiệu sống, tinh thần của sản phụ
- Co hồi tử cung
- Máu ra đường âm đạo (phân biệt sinh lý và bệnh lý)
- Phân biệt vỡ tử cung với rách đường sinh dục sau đẻ.

3.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Theo dõi ngay sau đẻ
- + Giờ đầu: 15 phút/lần: mạch, huyết áp, co tử cung, ra máu
- + Giờ hai: 30ph/lần: mạch, huyết áp, co tử cung, ra máu
- + Giờ 3-6: 1 giờ/lần: mạch, huyết áp, co tử cung, ra máu
- Dấu hiệu mạch nhanh là dấu hiệu báo sớm và cũng là dấu hiệu để theo dõi phát hiện, tiên lượng.
- Đo huyết áp ngay sau đẻ, nếu có gì bất thường như mạch nhanh, sắc mặt xanh, tử cung mềm, máu ra nhiều, phải kiểm tra lại huyết áp ngay

- Nắn tử cung: Nếu thấy đáy tử cung trên rốn, mặt độ mềm, xoa tử cung máu càng chảy (bình thường xoa tử cung gây co bóp máu chảy giảm dần)
- Quan sát lượng máu ra đường âm đạo (quá 250ml mà máu vẫn tiếp tục ra)
- Tiêm ngay thuốc co tử cung (oxytocin, ergometrin)
- Xoa bóp tử cung, ép tử cung giữa 2 tay, chèn động mạch chủ
- Truyền oxytocin
- Báo bác sỹ xử trí - kiểm soát tử cung. Sau đó nếu tử cung đã co tốt, kiểm tra đường sinh dục, nếu rách - khâu phục hồi ngay.
- Nếu tử cung vẫn đồ, xử trí nội sản không kết quả phải chuyển mổ cắt tử cung

3.4. Thực hiện kế hoạch

Theo trình tự đã lập mà xử trí nội khoa, sản khoa, ngoại khoa đúng và khẩn trương.

3.5. Đánh giá

- Việc theo dõi ngay sau đẻ có đúng qui định về số lần và nội dung để phát hiện kịp thời chảy máu trong thời kỳ sổ rau và sau đẻ
- Việc xử trí có kịp thời và đúng cách.
- Việc hồi sức có kịp thời
- Sự kết hợp đúng đắn, đúng lúc của các xử trí sản khoa, nội khoa, ngoại khoa.

Kết luận

Chảy máu sau đẻ là một biến chứng hay gặp có nguy cơ cao. Cần phải sớm tìm ra các nguyên nhân chảy máu để xử trí đúng và kịp thời mới tránh được những tai biến nguy hiểm. Đặc biệt là đông máu rải rác trong lòng mạch có thể gây tử vong cho sản phụ. Muốn tránh các tai biến này cần phải đỡ đẻ đúng kỹ thuật, chỉ định và xử trí đúng các thủ thuật sản khoa. Cần thực hiện đăng ký quản lý thai nghén tốt. Ở tuyến y tế cơ sở, phải phát hiện sớm các thai nghén có nguy cơ cao để gửi lên tuyến trên. Mặt khác cần phải thực hiện kế hoạch hóa gia đình.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu từ 1 đến 5

Câu 1: Kể 4 nguyên nhân chảy máu sau khi rau đã sổ

A:

B:

C:

D:

Câu 2: Kể 4 nguyên nhân gây đờ tử cung khi đẻ

A:

B:

C:

D:

Câu 3: Điền vào chỗ trống:

A: Băng huyết sau đẻ do sót rau là mất máuxảy ra sau khi sổ rau

B: Mạch nhanh là triệu chứngcủa băng huyết sau đẻ

C: Dung dịch truyền tốt nhất khi băng sau đẻ ở tuyến xã là

Câu 4: Kể 3 công việc hộ sinh xã có thể làm ngay được khi sản phụ bị đờ tử cung

A:

B:

C:

Câu 5: Kể 4 nguyên nhân gây chấn thương đường sinh dục:

A:

B:

C:

D:

Phân biệt đúng - sai các câu từ 6 đến 21 bằng cách đánh dấu ✓ vào cột phù hợp

Nội dung	Đúng	Sai
Để giải quyết chảy máu sau đẻ các việc cần làm là:		
Câu 6: Khi phát hiện băng huyết sau đẻ cần giữ lại ở tuyến cơ sở		
Câu 7: Chỉ cần tiêm oxytocin		
Câu 8: Kiểm tra lại bánh rau và màng rau		
Câu 9: Không cần kiểm tra âm đạo và cổ tử cung		
Câu 10: Không cần thông đái bàng quang căng vì nhiễm khuẩn		
Câu 11: Cần phải kiểm soát tử cung và tiêm oxytocin		
Câu 12: Hỏi tiền sử bệnh về máu		
Câu 13: Không cần hỏi tiền sử băng huyết		
Công việc cần làm khi có vết rách tầng sinh môn (TSM), âm hộ, âm đạo và cổ tử cung		
Câu 14: Sát khuẩn âm hộ, âm đạo, TSM trước khi khâu		
Câu 15: Gây mê tại chỗ khi khâu TSM		
Câu 16: Chèn gạc cầm máu, cho kháng sinh để tự tiêu		
Câu 17: Khâu tại chỗ rách ngay trước khi đỡ rau		
Câu 18: Khâu âm đạo bằng chỉ tự tiêu		
Câu 19: Cắt chỉ vết khâu tầng sinh môn sau 5 ngày		
Câu 20: Rửa âm đạo sau mỗi ngày		
Câu 21: Dùng kháng sinh uống 5 - 7 ngày		

Chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu từ 22 đến 24

Câu 22: Dấu hiệu đặc biệt nhất để chẩn đoán đờ tử cung sau đẻ

- A. Mạch nhanh
- B. Huyết áp hạ
- C. Tử cung không có khối an toàn
- D. Chảy máu đỏ và máu cục ở âm đạo

Câu 23: Dấu hiệu đặc biệt nhất để chẩn đoán sót rau sau đẻ

- A. Chảy máu đỏ và máu cục ở âm đạo
- B. Mạch nhanh
- C. Huyết áp hạ

- D. Tử cung có khối an toàn
- E. Kiểm tra bánh rau thấy thiếu máu rau

Câu 24: Ngưỡng sinh lý chảy máu sau đẻ ở tuyến xã

- A. 100ml
- B. 200ml
- C. 300ml
- D. 400ml
- A. 500ml

Bài tập tình huống

Bài tập 1: Bà Nguyễn Thị K 40 tuổi, sinh con thứ 3, con nặng 3500g. Sau sổ thai 15 phút rau sổ tự nhiên và máu âm đặc ra khoảng 300ml. Máu đỏ lẫn máu cục, huyết áp 100/60mmHg, mạch 90 lần/phút, tử cung to, mềm, đáy tử cung trên rốn.

A: Bạn chẩn đoán là gì ?

B: Bạn hãy phân biệt Đ - S trong các cách xử lý dưới đây bằng cách đánh dấu ✓ vào cột phù hợp

Nội dung	Đúng	Sai
1. Tiêm thuốc giảm đau rồi kiểm soát tử cung		
2. Chỉ cần tiêm oắp oxytocin		
3. Tiêm bắp oxytocin sau khi đã kiểm soát tử cung		
4. Sau kiểm soát tử cung theo dõi mạch, huyết áp		
5. Không cần theo dõi co hồi tử cung		
6. Chỉ cần theo dõi lượng máu ở khối		
7. Cho kháng sinh sau kiểm soát tử cung		
8. Gửi lên tuyến trên nếu máu vẫn chảy		

Bài tập 2

1. Bà Nguyễn Thị N , 35 tuổi, có thai lần thứ 2, ối vỡ 2 giờ đã sinh một cháu nặng 3700g. Sau sổ thai máu ra âm đạo nhiều.

Bạn hãy kể 2 việc cần làm ngay

A:

B:

2. Sau 5 phút máu vẫn chảy nhiều, mạch 90 lần/phút, huyết áp 100/60mmHg, nghiệm pháp bong rau cho thấy rau chưa bong. Bạn kể những việc cần làm tiếp

- A:
- B:
- C:
- D:
- E:
- G:

3. Sau 30 phút theo dõi máu vẫn rỉ rả chảy ở âm đạo, huyết áp không ổn định. Bạn giữ lại ở trạm y tế xã hay chuyển tuyến trên ?

Bài tập 3: Bà Nguyễn Thị M, sinh con lần thứ 4, con nặng 3600g, sau 20 phút rau sổ tự nhiên, đủ. Sau sổ rau máu chảy ở âm đạo khoảng 500g, máu đỏ lẫn máu cục, huyết áp 80/50mmHg, mạch 110 lần/ phút, tử cung to mềm

1. Bạn chẩn đoán là gì ?
2. Tình trạng bệnh nhân theo bạn là nặng hay nhẹ ?
3. Bạn kể 5 việc cần làm ngay :

- A:
- B:
- C:
- D:
- E:

Bài tập 4: Bà Lưu Thị L, 35 tuổi, chuyển dạ lần thứ 5, đẻ thường, con nặng 3400g, bằng huyết sau khi sổ rau, lượng máu ra ngoài khoảng 500ml, ấn tử cung máu vẫn chảy qua âm đạo. Các biện pháp sau đây đã được áp dụng ở sản phụ này. Hãy sắp xếp thứ tự bạn cho là hợp lý nhất:

- A: Tiêm thuốc co bóp tử cung
- B: Chẹn động mạch chủ bằng cách ấn tay trên bụng
- C: Xoa bóp tử cung bằng 2 tay: 1 tay ở trong, 1 tay ở ngoài thành bụng
- D: Kiểm soát tử cung
- E: Xoa bóp tử cung ngoài thành bụng để kích thích tử cung co lại
- F: Chẹn tử cung bằng nắm tay trong âm đạo và một tay ở trên thành bụng.
- G: Truyền dịch hồi sức chống choáng
- H: Điện lên bệnh viện xin chỉ viện cán bộ, thuốc men và máu.

ĐÁP ÁN TỰ LƯỢNG GIÁ

Bài 1. CÁC DẤU HIỆU LÂM SÀNG VÀ CƠ SỞ SINH LÝ CỦA CHUYỂN DẠ

Câu 1:

- A: Cơ co TC (≤ 5 phút 1 cơn, cơn co ≥ 20 giây)
- B: Cổ TC mở hết
- C: Giai đoạn mở

Câu 2:

- A: Cổ TC mở hết
- B: Thai sổ
- C: Sổ thai

Câu 3:

- A: Thai sổ
- B: Rau sổ
- C: Sổ rau

Câu 4:

- A: Pha tiềm tàng
- B: Pha tích cực

Câu 5:

- A: Ngoài ý muốn
- B: Nhịp nhàn tăng dần
- C: Đau

Câu 6:

- A: Xoá mở cổ TC
- B: Thành lập đoạn dưới
- C: Thành lập ối

Câu 7:

- A: Dệt
- B: Phồng
- C: Quả lê

Câu 8:

- Bình thường: 1,4,6
- Không bình thường: 2,3,5

Câu 9:

- A: Co rút
- B: Co giãn

Câu 10:

- A: 02 tuần

Câu 11:

- A: Nhẹ bụng
- B: Tiểu tiện nhiều lần
- C: Chuột rút
- D: Giãn tĩnh mạch
- E: Thấy tăng sức

Câu 12:

- Không
- Lý do: Đoạn dưới dây và ngắn

Câu 13:

- A: Xoá mở cổ tử cung
- B: Bảo vệ thai trước các cơn co
- C: Chống nhiễm khuẩn
- D: Giúp thai dễ sổ

Câu 14: 1 giờ

Câu 15: To

Câu 16: Đúng

Câu 17: Đúng

Câu 18: Sai

Câu 19: Đúng

Câu 20: Đúng

Câu 21: D

Câu 22: A

Câu 23: C

Câu 24: B

Câu 25: C

Bài 2. THEO DÕI CHUYỂN DẠ

Câu 1:

A: Giai đoạn 1 còn gọi là giai đoạn mở

B: Giai đoạn 2 còn gọi là giai đoạn số thai

C: Giai đoạn 3 còn gọi là giai đoạn số rau

Câu 2:

A: Tim thai

B: Ối

C: Ngôi (uốn khuôn)

Câu 3:

A: Mạch

B: Huyết áp

C: Thân nhiệt

Câu 4:

A: Độ mở

B: Độ lọt

C: Cơ co tử cung

Câu 5: Độ lọt là 3/5 (chặt)

Câu 6: Chưa

Câu 7: C

Câu 8: E

Câu 9: D

Câu 10: C

Bài 3. BIỂU ĐỒ CHUYỂN DẠ

Câu 1.

Mười nội dung của biểu đồ chuyển dạ:

1. Tim thai
2. Nước ối
3. Độ chõng khớp

Ba nội dung trên theo dõi và đánh giá tình trạng thai nhi trong quá trình chuyển dạ

4. Độ mở cổ tử cung
5. Độ lọt ngôi thai
6. Cơ co tử cung

Ba nội dung trên theo dõi và đánh giá tiến triển của cuộc chuyển dạ

7. Mạch
8. Huyết áp
9. Thân nhiệt

Ba nội dung trên đánh giá tình trạng của sản phụ trong quá trình chuyển dạ

10. Giờ chuyển dạ để nhận định tiến triển cuộc chuyển dạ và có thái độ xử trí thích hợp

Câu 2. Hình 3.2

- Sản phụ Lê Thị An 24 tuổi, vào viện hồi 14 giờ ngày 12/9/..., Mạch 80 lần/ phút, Huyết áp 130/70 mmHg, nhiệt độ 37°C. Cơ co tử cung tần số 3, cường độ vừa. Tim thai 135 lần/ phút. Cổ tử cung mở 4 cm, ối dẹt, đầu chặt không có chõng khớp.
- 15 giờ: Mạch 80 lần/ phút. Tim thai 140 lần/ phút. Cơ co tử cung tần số 3, cường độ vừa.
- 15 giờ 30: tim thai 150 lần/ phút. Cơ co tử cung tần số 3, cường độ vừa.
- 16 giờ: Mạch 85 lần/ phút. Tim thai 140 lần/ phút. Cơ co tử cung tần số 4, cường độ vừa
- 17 giờ: Mạch 85 lần/ phút. Tim thai 140 lần/ phút. Cơ co tử cung tần số 5, cường độ mạnh.

- 18 giờ: Mạch 90 lần/ phút, HA; 130/75 mmHg, nhiệt độ 37°C. Tim thai 140 lần/ phút. Cơ co tử cung tần số 5, cường độ mạnh. Cổ tử cung mở hết, đầu lọt thấp, không có chong khớp. Ối vỡ, nước ối trong.

Câu 3. Hình 3.3.

- Sản phụ Trần Thu Cúc 30 tuổi, vào viện hồi 9 giờ ngày 18/10/ ... Mạch 75 lần/ phút, HA 120/75 mmHg, nhiệt độ 37°C. Tim thai 130 lần/ phút. Cơ co tử cung tần số 2, cường độ nhẹ. Cổ tử cung mở 2 cm, ối đã vỡ trước khi khám 1 giờ, nước ối trong. Ngôi chỏm, đầu chúc, không có chong khớp.
- 10 giờ: Mạch 75 lần/ phút. Tim thai 130 lần/ phút. Cơ co tử cung tần số 2, cường độ nhẹ.
- 11 giờ: Mạch 75 lần/ phút. Tim thai 135 lần/ phút. Cơ co tử cung tần số 3, cường độ vừa.
- 12 giờ: Mạch 80 lần/ phút. Tim thai 140 lần/ phút. Cơ co tử cung tần số 3, cường độ vừa.
- 13 giờ: Mạch 80 lần/ phút, HA 125/80 mmHg, nhiệt độ 37°C. Tim thai 130 lần/ phút. Cơ co tử cung tần số 3, cường độ vừa. Cổ tử cung mở 5 cm, đầu lọt cao, nước ối trong.
- 14 giờ: Mạch 85 lần/ phút. Tim thai 135 lần/ phút. Cơ co tử cung tần số 4, cường độ vừa.
- 15 giờ: Mạch 90 lần/ phút. Tim thai 130 lần/ phút. Cơ co tử cung tần số 4, cường độ mạnh.
- 16 giờ: Mạch 90 lần/ phút. Tim thai 140 lần/ phút. Cơ co tử cung tần số 5 cường độ mạnh.
- 17 giờ: Mạch 90 lần/ phút. Tim thai 140 lần/ phút. Cơ co tử cung tần số 5, cường độ mạnh. Cổ tử cung mở hết, đầu lọt thấp, không có chong khớp, nước ối trong.

Câu 4. Hình 3.4

- Sản phụ Đặng Thị Sinh 32 tuổi, vào viện 6 giờ ngày 11/11/.... Mạch 80 lần/ phút, HA 120/70 mmHg, nhiệt độ 37,2°C. Tim thai 130 lần/ phút. Cơ co tử cung tần số 2, cường độ nhẹ. Cổ tử cung đang xoá lọt 1 ngón tay, ối phồng. Đầu cao lỏng, không có chong khớp.
- 7 giờ: Mạch 80 lần/ phút. Tim thai 140 lần/ phút. Cơ co tử cung tần số 2, cường độ nhẹ
- 8 giờ: Mạch 80 lần/ phút. Tim thai 140 lần/ phút. Cơ co tử cung tần số 2, cường độ nhẹ
- 9 giờ: Mạch 85 lần/ phút. Tim thai 135 lần/ phút. Cơ co tử cung tần số 2, cường độ nhẹ

- 10 giờ: Mạch 85 lần/phút, HA 120/ 70 mmHg, nhiệt độ 37,1°C. Tim thai 130 lần/ phút. Cơ co tử cung tần số 3, cường độ vừa. Cổ tử cung mở 2 cm, ối phồng, đầu chúc.
- 11 giờ: Mạch 80 lần/phút. Tim thai 140 lần/ phút. Cơ co tử cung tần số 3, cường độ vừa.
- 12 giờ: Mạch 85 lần/phút. Tim thai 130 lần/ phút. Cơ co tử cung tần số 3, cường độ vừa.
- 13 giờ: Mạch 85 lần/phút. Tim thai 130 lần/ phút. Cơ co tử cung tần số 3, cường độ vừa.
- 14 giờ: Mạch 85 lần/phút, HA 130/ 80 mmHg, nhiệt độ 37,1°C. Tim thai 140 lần/ phút. Cơ co tử cung tần số 3, cường độ vừa. Cổ tử cung mở 3 cm, ối vỡ, nước ối trong, đầu chúc.
- 15 giờ: Mạch 85 lần/phút. Tim thai 130 lần/ phút. Cơ co tử cung tần số 3, cường độ vừa.
- 16 giờ: Mạch 90 lần/phút. Tim thai 130 lần/ phút. Cơ co tử cung tần số 4, cường độ vừa.
- 17 giờ: Mạch 95 lần/phút. Tim thai 140 lần/ phút. Cơ co tử cung tần số 4, cường độ vừa.
- 18 giờ: Mạch 95 lần/phút, HA 130/ 80 mmHg, nhiệt độ 37,3°C. Tim thai 130 lần/ phút. Cơ co tử cung tần số 3, cường độ vừa. Cổ tử cung mở 4 cm, ối có mùi, đầu chắt có chông xương.
- 19 giờ: Mạch 95 lần/phút. Tim thai 130 lần/ phút. Cơ co tử cung tần số 4, cường độ mạnh.
- 20 giờ: Mạch 95 lần/phút. Tim thai 120 lần/ phút. Cơ co tử cung tần số 4, cường độ mạnh.
- 21 giờ: Mạch 95 lần/phút. Tim thai 110 lần/ phút. Cơ co tử cung tần số 4, cường độ mạnh.
- 22 giờ: Mạch 90 lần/phút. Tim thai 100 lần/ phút. Cơ co tử cung tần số 4, cường độ mạnh. Mời Bác sỹ xử trí.

Bài 4. VÔ KHUẨN TRONG SẢN KHOA

Câu 1:

- A: Sự xâm nhập
- B: Vi sinh vật

Câu 2:

- A: Hoá chất
- B: Da và các mô

Câu 3:

A: Vật lý

Câu 4:

A: Nha bào

Câu 5:

A: Vi sinh vật

B: Nha bào

Câu 6:

A: Dụng cụ

B: Thầy thuốc

C: Sản phụ

D: Môi trường (phòng đẻ)

Câu 7:

A: Khử nhiễm

B: Làm sạch

C: Tiệt khuẩn

D: Bảo quản

Câu 8:

1: B, C, D, E.

2: C

3: A,C

4: E

Câu 9:

3 đôi

Câu 10:

A: Rửa vùng mu

B: Rửa mặt trong một bên đùi từ trong ra ngoài

C: Rửa mặt trong đùi bên kia từ trong ra ngoài

D: Rửa các môi lớn và môi bé theo chiều từ trước ra sau

E: Rửa tầng sinh môn và quanh hậu môn

F: Lau khô sau khi rửa

Bài 5. THUỐC SỬ DỤNG TRONG SẢN PHỤ KHOA

Câu 1: Tiền mê, chống co thắt

Câu 2: Tiền mê, giảm đau

Câu 3: Sát khuẩn

Câu 4: Kháng sinh

Câu 5: Kháng sinh

Câu 6: Sốt rét

Câu 7: Trị giun sán

Câu 8: Dịch truyền

Câu 9: Hạ huyết áp

Câu 10: Chống đẻ non

Câu 11: A- S; B- Đ; C- S; D- Đ; E- S; G- Đ

Câu 12 đến câu 16: Xem trong bài

Bài 6. CƠ CHẾ ĐỂ

Câu 1: Đúng: C, E, A.

Sai: B, D

Câu 2:

A. Dưới cằm - trán

B. 10,5cm

Câu 3:

A. Cằm - trán

B. 11,5cm

Câu 4:

A. Cằm

B. Trán

Câu 5:

- A. Trán
- B. Chẩm
- C. Mặt

Câu 6: Trước sau

Câu 7: Trước sau

Câu 8: 3 giờ

Câu 9: 9 giờ

Câu 10:

- A. Không cúi tốt
- B. Khi quay kéo dài
- C. Có thể sổ chẩm cùng

Câu 11: Đường kính trên chẩm – cằm

Câu 12: Phía trước đỉnh phải

Câu 13: Chẩm cùng

Câu 14: A

Câu 15: C

Câu 16:

- A: Lọt: phần thai nhi đi qua eo trên
- B: Xuống: phần thai nhi đi trong lòng tiểu khung
- C: Quay: phần thai chuyển từ hướng chéo sang hướng trước sau khi qua eo giữa
- D: Sổ: phần thai nhi qua eo dưới

Bài 7. CHUẨN BỊ CHO MỘT CUỘC ĐẸ THƯỜNG

Câu 1:

- A: Định kỳ vệ sinh
- B: Vệ sinh ngay sau mỗi ca đẻ
- C: Phủ khăn sạch lên bàn đẻ và bàn dụng cụ
- D: Có guốc dép riêng

E: Khi không hoạt động phải đóng kín cửa

G: Chỉ người có nhiệm vụ mới được vào phòng đẻ

Câu 2: Một bóng điện 150 W

Câu 3:

A: Bộ đỡ đẻ: 2 bộ

B: Bộ cắt khâu tầng sinh môn

C: Bộ chữa ngạt sơ sinh

D: Bộ kiểm tra cổ tử cung

Câu 4:

A: Phải có tủ thuốc cấp cứu trong phòng đẻ

B: Tủ phải có đủ thuốc thiết yếu

C: Thuốc phải còn hạn dùng

D: Sẵn sàng bơm kim tiêm, dây truyền, cốc truyền

Câu 5:

Đúng: A, K

Sai: B, C, D, E, G, H

Bài tập: Đây là một trường hợp đẻ thường (vì tiền sử đẻ dễ, thai không to, chuyển dạ nhanh).

Về dụng cụ chị Lan cần để sẵn ra khay bộ đỡ đẻ, bộ hút nhót.

Các bộ như cắt khâu tầng sinh môn, kiểm tra cổ tử cung vẫn phải sẵn sàng nhưng khả năng không cần đến, chưa cần mở nắp.

Bài 8. ĐỖ ĐẺ NGÔI CHỎM

Câu 1:

A: Nơi đẻ

B: Dụng cụ đỡ đẻ

C: Phương tiện chăm sóc sơ sinh

D: Thuốc thiết yếu

E: Thai phụ

G: Người đỡ và người phụ trong lúc đỡ đẻ

Câu 2:

- A: Sức rặn hướng vào chính giữa âm môn
- B: Có thời gian cho tầng sinh môn giãn nở, khi đẻ đỡ rách tầng sinh môn
- C: Ngoài đỡ đẻ có thể làm các thủ thuật mà không cần chuyển tư thế sản phụ

Câu 3: Để chăm sóc hết, đường kính đầu nhỏ, khi sổ mặt tránh rách tầng sinh môn

Câu 4: Để tầng sinh môn giãn tốt, tránh rách tầng sinh môn

Câu 5: Nghiêng (lách) bươu đỉnh

Câu 6:

- A: Sổ mặt
- B: Sổ vai sau

Câu 7:

- A: Nếu lỏng, gỡ dây rau qua đầu
- B: Gỡ qua vai
- C: Kẹp và cắt dây rau giữa 2 kẹp

Câu 8:

- A: Từ 12 giờ đến 10 giờ 30
- B: Từ 10 giờ 30 đến 9 giờ

Câu 9: Vì cần có lực để giữ tầng sinh môn, tránh rách tầng sinh môn.

Câu 10:

- A: A1: Tay trái
- A2: Tay phải
- B: Tay trái (tay trên) sẽ là tay thuận khi đỡ vai sau và đỡ thân

Câu 11: Để tay đỡ không chạm vào cổ thai nhi

Câu 12: Để giảm đường kính ngang của đầu từ đường kính hai đỉnh xuống đường kính đỉnh - thái dương.

Câu 13: Đ

Câu 14: S

Câu 15: S

Câu 16: Đ

Câu 17: S

Câu 18: Đ

Câu 19: Đ

Câu 20: Đ

Bài 9. ĐỒ ĐỂ NGOÀI CƠ SỞ Y TẾ

Câu 1

- A: Tập tục
- B: Không biết ngày sinh
- C: Chủ quan
- D: Không đến kịp cơ sở y tế

Câu 2:

- A: Thay bàn đỡ
- B: Để phòng đỡ đẻ ban đêm
- C: Hút nhót
- D: Đếm mạch, đếm nhịp tim sơ sinh
- E: Phòng băng huyết sau đẻ
- G: Sát khuẩn mủm cắt rốn
- H: Phòng hạ huyết áp

Câu 3:

- A: Tắm ni lông rộng
- B: Xà phòng
- C: Găng tay vô khuẩn
- D: Chỉ buộc rốn
- E: Lưỡi dao mổ
- G: Băng miếng
- H: Cồn i ốt
- I: Gạc rốn
- K: Băng rốn

Câu 4:

- A: Trải ni lông cho người mẹ nằm
- B: Rửa tay
- C: Đi găng
- D: Buộc rốn sợi 1
- E: Buộc rốn sợi 2
- G: Buộc rốn sợi 3
- H: Cắt rốn giữa sợi 2 và 3
- I: Sát khuẩn mỏm cắt rốn
- K: Bọc gạc đầu rốn
- L: Băng rốn

Câu 5: Để tránh nhầm với cồn iod

Câu 6:

- A: Chọn nơi sinh – vệ sinh
- B: Sắp xếp nhân lực
- C: Chuẩn bị phương tiện đỡ đẻ
- D: Phương tiện chuyển khi cần
- E: Động viên hướng dẫn sản phụ, người nhà

Bài 10. BONG RAU - CÁCH ĐỠ RAU

Câu 1:

- A: Bánh rau
- B: Xuống đoạn dưới

Câu 2:

- A. Múi bánh rau
- B. Mặt màng của bánh rau
- C. Dây rốn
- D- Cân nặng của bánh rau

Câu 3: C

Câu 4: D

Câu 5: A

Câu 6: B

Câu 7: Lớn hơn hoặc nhỏ hơn 3

Câu 8: Đẩy từ trên xuống cho bánh rau ra thông qua động tác ấn đáy tử cung

Câu 9: Kéo dây rau bằng một lực có kiểm soát

Câu 10: B

Bài 11. CHẤN THƯƠNG ĐƯỜNG SINH DỤC TRONG CUỘC ĐẺ

Câu 1:

A: Nguy cơ chảy máu

B: Nguy cơ nhiễm khuẩn

C: Tăng nguy cơ rách cho lần đẻ sau

Câu 2:

A: Rách âm hộ

B: Rách tầng sinh môn

C: Rách âm đạo

D: Rách cổ tử cung

Câu 3:

A: Tầng sinh môn dài, âm môn hẹp

B: Tầng sinh môn phù nề

C: Tầng sinh môn có sẹo cũ

D: Con so lớn tuổi

Câu 4:

A: Thai to, đường kính sọ lớn

B: Thai nhỏ, sọ quá nhanh

C: Sọ chằm cùng

D: Ngôi bất thường

Câu 5:

A: Kỹ thuật đỡ đầu không tốt

B: Kỹ thuật đỡ vai sau không tốt

C: Không hướng dẫn tốt cách rặn đẻ, không đạt được sự phối hợp tốt với người mẹ

Câu 6:

A: Cơ vòng hậu môn

B: Rách hoàn toàn

Câu 7:

A: Giảm đau và vô khuẩn tốt

B: Không có khoảng chết

C: Không lợp mép da

Câu 8: Vùng tiền đình

Câu 9:

A: Rặn non

B: Forceps cao

C: Forceps, giác hút khi cổ tử cung chưa mở hết

D: Đỡ đầu hậu khi cổ tử cung chưa mở hết

Câu 10:

A: Khâu vết rách cổ tử cung

B: Dùng kẹp hình tim kẹp 2 mép vết rách, rồi chuyển tuyến

Câu 11:

A: 2 lớp

B: Trong

C: Ngoài

Câu 12:

A: Một sợi vắt liên tục

Câu 13:

A: Không có khoảng chết

B: Không so le

C: Không lợp mép

Câu 14:

D: Sau khi đã loại trừ sót rau và chấn thương cổ tử cung, âm đạo

Câu 15:

A: Độ 3

B: Độ 4

Câu 16:

A: Rách vùng tiền đình

Câu 17:

A: Do hộ sinh tác động vào khi làm đầu cúi để đỡ chăm

Câu 18: C

Câu 19: Chăm sóc vết rạch hẹn 1 tháng sau đến kiểm tra

Câu 20: Thông tiểu

Câu 21: Cổ tử cung phải mở hết

Bài 12. CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH NGAY SAU ĐẸ

Câu 1: Nằm nội dung giữ ấm

A: Cắt rốn sớm

B: Lau khô

C: Sưởi ấm (bóng đèn, lò sưởi)

D: Mặc áo đội mũ, quấn lót

E: Nằm cạnh mẹ

Câu 2: Nằm nội dung giữ sạch

A: Hai hộp đỡ đẻ, 1 để cắt rốn, 1 để làm rốn

B: Đi găng mới (không dùng găng vừa đỡ đẻ)

C: Có bàn chăm sóc riêng

D: Sát khuẩn môm cắt

E: Không chạm vào môm cắt

Câu 3: Tránh chảy máu rốn sau khi buộc

A: Buộc 2 sợi

B: Mỗi sợi buộc 3 nút (có nút khoá)

- C: Nút dẹt
- D: Nặn kiểm tra mồm cắt

Câu 4:

- A: Hút (lau) dịch miệng
- B: Kẹp và cắt rốn
- C: Đặt nằm, lau khô, ủ ấm
- D: Làm rốn
- E: Quan sát dị vật
- G: Mặc áo, quần lót
- H: Cân đo
- I: Nhỏ mắt
- K: Tiêm vitamin K
- L: Đặt nằm cạnh mẹ, cho bú sớm

Câu 5:

- A: Mặt
- B: Đầu và gáy
- C: Ngực
- D: Bụng
- E: Lưng
- G: Tay
- H: Nách
- I: Chân
- K: Mông
- L: Bộ phận sinh dục và hậu môn

Câu 6: Cuống rốn hết đập

Câu 7: Tránh hồng cầu bị vỡ do kẹp rốn, do vuốt máu đi về phía con

Câu 8: Tiện cho việc đo chiều dài dây rốn

Câu 9: Tránh chảy máu rốn

Câu 10:

- A: Thay găng mới khi làm rốn

- B: Sát khuẩn dây rốn vùng buộc, cắt
- C: Chỉ buộc, kẹp rốn vô khuẩn
- D: Không chạm tay vào móm cắt
- E: Kéo cắt vô khuẩn
- G: Sát khuẩn móm cắt
- H: Băng rốn vô khuẩn

Bài 13. SUY THAI VÀ HỒI SỨC TRẺ SƠ SINH NGAY SAU ĐẸ

Câu 1:

- A: Do thai
- B: Phần phụ của thai
- C: Do mẹ
- D: Do thầy thuốc

Câu 2:

- A: Nhịp tim thai thay đổi
- B: Nước ối có màu

Câu 3:

- A: Ghi cơn co tim thai
- B: Đo pH máu da đầu thai nhi
- C: Soi ối

Câu 4:

- A: Lau khô
- B: Giữ ấm
- C: Hút thông đường thở
- D: Kích thích thở
- E: Cho thở oxy tự do
- G: Thở dưới áp lực (bóp bóng)
- H: Tiếp tục cho thở oxy tự do

Câu 5:

- A: Lau khô

B: Giữ ấm

C: Hút thông đường thở

D: Thở dưới áp lực

E: Đặt nội khí quản

G: Hồi sức tim (nếu nhịp tim dưới 60 lần/phút) cho tới khi đạt 80 lần/phút.

Câu: 6; 7; 11: Sai

Câu 8, 9, 10: Đúng

Câu 12: Tăng khối lượng tuần hoàn về tim

Câu 13: Tư thế nằm ngửa

Bài 14. ĐẼ KHÓ DO THAI

Câu 1: Trên 3.500g

Câu 2:

A: Cao tử cung trên 34 cm, vòng bụng trên 90 cm

B: Nắn khối thai to, đặc biệt là cực đầu

C: Trong quá trình chuyển dạ đầu xuống chậm hoặc không xuống thêm

Câu 3:

A: Đa ối

B: Sinh đôi

C: Dị dạng

D: Có thai kèm theo u nang buồng trứng

Câu 4: Não úng thủy

Câu 5:

A: Làm nghiệm pháp lọt nếu thấy có khả năng đẻ đường dưới

B: Nếu qua nghiệm pháp thấy độ lọt và độ mở tiến triển thì có thể chọn đường dưới

C: Với thai quá to nên chủ động mổ

D: Nên mổ đối với người có tiền sử thai to, con chết hoặc có di chứng do sang chấn sản khoa

Câu 6: Tìm cách đẩy chi sa lên

Câu 7: Vai lọt theo đường kính trước sau, vai trước mắc trên xương mu

Câu 8: Xoay chi vai xuống theo đường kính chéo

Câu 9:

A: Không

B: Gây chấn thương đám rối thần kinh cổ và xương cổ

Câu 10: Để giảm đường kính hai vai xuống còn đường kính vai - nách

Câu 11: Hạ nốt tay kia để có đường kính nách - nách

Câu 12: Ấn gãy xương đòn

Câu 13: S; **Câu 14:** S; **Câu 15:** Đ; **Câu 16:** Đ; **Câu 17:** Đ; **Câu 18:** Đ

Bài 15. ĐỂ KHÓ DO CÁC NGUYÊN NHÂN TỪ MẸ

Câu 1: Trước sau

Câu 2:

A. Điểm giữa bờ trên xương mu

B. Gai đốt sống thất lưng 5 (L5)

Câu 3: Có

Câu 4: Bầu dục, tam giác

Câu 5: Đường kính ngang

Câu 6: Nhô dưới mu

Câu 7: Dựa vào đường kính khung chậu ngoài là đường kính trước sau

Câu 8: 1cm

Câu 9: Hẹp

Câu 10:

A. Đánh giá vòm mu

B. Đo đường kính 2 ụ ngồi

Câu 11:

A. Quá phẳng

B. Quá lõm

Câu 12: Hai thành bên không song song (lòng tiểu khung hình phễu)

Câu 13: Naegele

Câu 14: Khung xương lệch

Câu 15: Nửa trái

Câu 16: Nửa trái

Câu 17: Tư thế móm lúi

Câu 18: Tư thế móm tiến

Câu 19:

- A. U xơ tử cung phát triển ở đoạn dưới
- B. U nang buồng trứng kẹt trong tiểu khung
- C. U xơ phát triển trong lòng tiểu khung
- D. Tử cung đôi

Câu 20: Chỉ định tuyệt đối mổ lấy thai

Câu 21: Ung thư cổ tử cung

Câu 22:

- A. Vách ngăn ngang âm đạo
- B. Vách ngăn dọc
- C. Lỗ rò bàng quang - âm đạo, trực tràng - âm đạo
- D. Tầng sinh môn dài, dày, rắn

Câu 23: Đ; **Câu 24:** S; **Câu 25:** Đ; **Câu 26:** Đ; **Câu 27:** S; **Câu 28:** Đ; **Câu 29:** S;
Câu 30: Đ

Bài 16. ĐỂ KHÓ DO CƠN CO TỬ CUNG BẤT THƯỜNG

Câu 1:

- A: Để quá nhanh/ chuyển dạ kéo dài
- B: Tử cung co cứng

Câu 2:

- A: Cơn co tử cung giảm
- B: Cơn co tử cung không đồng bộ

Câu 3:

- A: Khung chậu hẹp
- B: Khối u tiền đạo
- C: Tử cung dị dạng
- D: Cổ tử cung không mở

Câu 4:

- A: Tử cung co cứng liên tục không tương xứng với độ mở cổ tử cung
- B: Khó sờ nắn các phần thai
- C: Có thể sờ thấy tử cung cứng, nắn đau
- D: Thời gian nghỉ giữa 2 cơn co ngắn và tử cung vẫn cứng hơn bình thường

Câu 5:

- A: Đa ối, đa thai, thai to, tử cung có u xơ
- B: Chuyển dạ kéo dài

Câu 6:

- A: Động viên sản phụ tránh kêu la nhiều
- B: Cho sản phụ nằm nghiêng trái
- C: Cho sản phụ thở oxy qua sonde đặt ở mũi mẹ.

**Câu 7: Đ; Câu 8: Đ; Câu 9: S; Câu 10: S; Câu 11: Đ; Câu 12: Đ; Câu 13: Đ;
Câu 14: S; Câu 15: Đ; Câu 16: A; Câu 17: C; Câu 18: D; Câu 19: D; Câu 20: C**

Bài 17. CHUYỂN DẠ KÉO DÀI - CHUYỂN DẠ ĐÌNH TRỆ

Câu 1:

- A: 18 giờ
- B: 12 giờ
- C: 15 giờ

Câu 2:

- T1: Tính chất cơn co
- T2: Thai nhi
- T3: Tiểu khung
- T4: Tâm lý người mẹ

Câu 3:

- A: Suy kiệt sức khỏe
- B: Chảy máu
- C: Nhiễm khuẩn
- D: Tử vong

Câu 4: Tắc nghẽn

Câu 5:

- A: Thai to (toàn bộ, từng phần)
- B: Ngồi vai, trán, mặt
- C: Châm đầu cúi không tốt, châm r ợng, châm sau
- D: Dây rau ngắn

Câu 6:

- A: Khung xương hẹp, méo
- B: U tiền đạo

Câu 7:

- A. Võ tử cung
- B. Nhiễm khuẩn
- C. Băng huyết

Câu 8:

- A. Tăng suy thai
- B. Sang chấn sọ não
- C. Tăng tử vong chu sinh

Câu 9:

- A. Người mẹ có mất nước
- B. Có sốt, nhiễm khuẩn
- C. Có thiếu máu
- D. Có bất thường về cơ co
- E. Có bất thường về thai nhi
- G. Có bất thường về khung chậu
- H. Đại tràng hoặc bàng quang có căng phồng
- I. Độ mở cổ tử cung và tình trạng ối

Câu 10: S

Câu 11: Đ

Câu 12: S

Câu 13: Đ

Câu 14: Đ

Câu 15: Đ

Bài 18. ĐỂ KHÓ DO ỒI

Câu 1:

- A: Đa ối
- B: Thiếu ối
- C: Ối vỡ non

Câu 2: 2000 ml

Câu 3: 300 ml

Câu 4:

- A: Thai đôi
- B: Thai dị dạng
- C: Màng ối tăng tiết

Câu 5:

- A: Thai dị dạng
- B: Thai chậm lớn
- C: Vỡ ối non
- D: Thai già tháng

Câu 6: Chưa chuyển dạ

Câu 7: Chuyển dạ nhưng cổ tử cung chưa mở hết

Đúng: Các câu 8; 10; 12; 13; 14; 16; 17; 20; 22; 23; 24; 25; 27; 28; 29; 30

Sai: Các câu 9; 11; 15; 18; 19; 21; 26

Bài 19. SA DÂY RAU

Câu 1:

- A: Chưa vỡ ối
- B: Đã vỡ ối

Câu 2:

- A: Chèn ép giữa ngôi và tiểu khung

B: Bị gián đoạn, do không lưu thông mạch máu.

Sai: Các câu 3, 5, 8, 9, 10

Đúng: Các câu 4, 6, 7, 11

Bài tập tình huống

A: Kẹp dây rau giữa hai ngón tay - nghe tim thai

B: Để đẻ tự nhiên: Nếu ngôi thai bình thường, khung chậu bình thường

Chuyển tuyến: Nếu ngôi thai bất thường, khung chậu có vấn đề

C: Chuyển tuyến trên

D: Papaverin.

E: Bọc dây rau vào gạc vô khuẩn có tẩm huyết thanh mận đắng trương

Bài 20. CHẨN ĐOÁN, XỬ TRÍ NGÔI MÔNG, MẶT, TRÁN, VAI VÀ ĐA THAI

Câu 1:

A: Hỏi

B: Nắn

D: Thăm âm đạo

Câu 2:

A: Thấy bướu trán với đường khớp giữa

B: Sờ thấy thóp trước

C: Sờ thấy gốc mũi có gờ trên của 2 hố mắt

Câu 3:

A: Giữ tầng sinh môn (giữ trán) cho cầm sổ

B: Khi cầm đã sổ hướng cho đầu cúi cho mặt sổ

C: Tiếp tục đỡ vai và mông như đỡ đẻ ngôi chỏm

Câu 4: Các mối nguy của đẻ ngược là

A: Vô ối sớm

B: Dễ mắc tay và đầu khi sổ

C: Thai dễ bị ngạt

Câu 5:

A: Trên chẩm - Cằm

B: 13,5cm

Câu 6: Gốc mũi

Câu 7:

A: Dưới cằm – Thóp trước

B: 9,5cm

Câu 8: Cằm

Câu 9: Hàng rào xương sườn

Câu 10- S; Câu 11- S; Câu 12-S; Câu 13- Đ; Câu 14-Đ; câu 15- Đ;

Câu 16- S; Câu 17- S; Câu 18- Đ; Câu 19- S

Câu 20- B; Câu 21-E; Câu 22- E

Bài 21. CHUẨN BỊ MỘT CUỘC ĐỂ CAN THIỆP

Câu 1-4: Xem trong bài

Câu 5:

A. Đếm mạch, HA, nhiệt độ, nhịp thở

B: lấy các bệnh phẩm

Câu 6: Trào ngược thức ăn vào đường hô hấp

Bài 22. DOẠ VỠ VÀ VỠ TỬ CUNG

Câu 1:

A: Vỡ tử cung

B: Doạ vỡ tử cung

Câu 2:

A: Trong chuyển dạ

B: Có sẹo mổ cũ

Câu 3:

B: Vỡ tử cung dưới phúc mạc

C: Nứt sẹo mổ ở tử cung

Câu 4:

A: Nguyên nhân về phía mẹ

B: Nguyên nhân về phía thai

Câu 5:

- A: Tử cung có dạng hình thất quả bầu
- B: Dấu hiệu Banld – Frommel

Câu 6:

- A: Tử cung không còn hình trứng
- B: Tim thai mất

Câu 7:

- A: Tử cung có sẹo mổ cũ
- B: Có điểm đau cố định ở vùng sẹo mổ cũ
- C: Ra ít huyết âm đạo

Câu 8:

- A: Cho thuốc giảm co
- B: Chuyển lên tuyến trên có nhân viên y tế đi kèm

Câu 9:

- A: Hồi sức chống choáng
- B: Chuyển tuyến tỉnh hoặc mời tuyến tỉnh hỗ trợ

Câu 10:

- A: Quản lý thai, phát hiện thai nghén có nguy cơ cao
- B: Thai phụ có vết mổ cũ, nhập viện 2 tuần trước khi đẻ
- C: Thực hiện sinh đẻ có kế hoạch
- D: Không được truyền oxytocin ở tuyến cơ sở

Câu 11:

- A: Chẩn đoán : Thai gần ngày sinh + khối u tiền đạo
- B: Xử trí : Chuyển lên tuyến trên
- Câu: 12: Đ; Câu 14: S; Câu 15: Đ; Câu 16: S; Câu 17: S; Câu 18: Đ;
Câu 19: Đ; Câu 20: S

Bài 23. CHẢY MÁU TRONG THỜI KỲ SỐ RAU VÀ SAU ĐẼ

Câu 1:

- A: Sốt rau, sốt màng
- B: Đờ tử cung

- C: Chấn thương đường sinh dục
- D: Rau không bong hết

Câu 2:

- A: Do chuyển dạ lâu
- B: Do tử cung quá căng giãn: đa thai, đa ối
- C: Do đẻ nhiều lần
- D: Do nhiễm khuẩn ối

Câu 3:

- A: 300ml
- B: Sớm
- C: Glucose 5%

Câu 4:

- A: Thông đài tránh bằng quang căng
- B: Chèn ép động mạch chủ bụng và động mạch tử cung
- C: Xoa bóp tử cung

Câu 5:

- A: Do đỡ đẻ không đúng kỹ thuật
- B: Do đỡ nhanh
- C: Do thai to
- D: Do cổ tử cung chưa mở hết mà sản phụ đã rặn
- E: Do can thiệp thủ thuật không đúng chỉ định và điều kiện

Câu 6: S; Câu 7: S; Câu 8: Đ; Câu 9: S; Câu 10: S; Câu 11: Đ;
Câu 12: Đ; Câu 13: S; Câu 14: Đ; Câu 15: Đ; Câu 16: S; Câu 17: S; Câu 18: Đ;
Câu 19: Đ; Câu 20: Đ; Câu 21: Đ; Câu 22: C; Câu 23: E; Câu 24: C

Bài tập tình huống 1:

- A: Chảy máu sau đẻ do đỡ tử cung
- B: 1.Đ 2.S 3.Đ 4.Đ 5.S 6.S 7.Đ 8.Đ

Bài tập tình huống 2:

Câu 1:

- B: Ấn động mạch chủ bụng
- A: Xoa tử cung qua thành bụng

Câu 2:

- A: Tiêm thuốc giảm đau
- B: Bóc rau nhân tạo đồng thời kiểm soát tử cung
- C: Tiêm bắp oxytocin
- D: Đóng khố theo dõi lượng máu, co hồi tử cung
- E: Theo dõi mạch, huyết áp 10-15 phút/lần

Câu 3: Chuyển lên tuyến trên

Bài tập tình huống 3:

1. Đờ tử cung
2. Nặng
3.
 - A. Thuốc trợ tim giảm đau
 - B. Truyền dung dịch NaCl 0,9%
 - C. Kiểm soát tử cung kết hợp với xoa tử cung và tiêm oxytocin (tiêm bắp)
 - D. Theo dõi mạch, huyết áp 10 – 15 phút/ lần
 - E. Gửi đi bệnh viện (tuyến trên)

Bài tập tình huống 4:

B, D, C, A, E, G, F, H

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

CHĂM SÓC BÀ MẸ TRONG KHÍ ĐẼ

Chịu trách nhiệm xuất bản
HOÀNG TRỌNG QUANG

<i>Biên tập viên:</i>	BS. NGUYỄN THỊ HẰNG
<i>Sửa bản in:</i>	BS. NGUYỄN THỊ HẰNG
<i>Trình bày bìa:</i>	CHU HÙNG
<i>Kỹ thuật vi tính:</i>	TRẦN THANH TÚ

In 1000 cuốn, khổ 19x27, tại Công ty cổ phần in Cầu Giấy
Giấy phép xuất bản số: 23 – 2006/CXB/611 – 271/YH.
In xong và nộp lưu chiểu Quý I năm 2006.

