

ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH BẠC LIÊU
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ



GIÁO TRÌNH

MÔN HỌC: CHĂM SÓC CHUYÊN DẠ ĐỀ KHÓ

Ngành/nghề: Hộ sinh

Trình độ: Cao đẳng

Bạc Liêu, năm 2020

ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH BẠC LIÊU
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ



GIÁO TRÌNH

MÔN HỌC: CHĂM SÓC CHUYÊN DẠ ĐỂ KHÓ

Ngành/nghề: Hộ sinh

Trình độ: Cao đẳng

*(Ban hành kèm theo Quyết định số: 63G-QĐ/CĐYT ngày 26/3/2020
của Hiệu trưởng trường Cao đẳng Y tế Bạc Liêu)*

Bạc Liêu, năm 2020

TUYÊN BỐ BẢN QUYỀN

Tài liệu này thuộc loại sách giáo trình nên các nguồn thông tin có thể được phép dùng nguyên bản hoặc trích dùng cho các mục đích về đào tạo và tham khảo.

Mọi mục đích khác mang tính lệch lạc hoặc sử dụng với mục đích kinh doanh thiếu lành mạnh sẽ bị nghiêm cấm.

LỜI GIỚI THIỆU

Quyển giáo trình *chăm sóc chuyển dạ đẻ khó* được biên soạn theo chương trình giáo dục Cao đẳng Hộ sinh của Trường Cao đẳng Y tế Bạc Liêu, dựa trên cơ sở chương trình khung của Bộ Lao Động -Thương Binh và Xã Hội đã phê duyệt.

Cùng với lộ trình cập nhật chương trình đào tạo Hộ sinh tiên tiến cần có phương pháp giảng dạy hiện đại, phương thức lượng giá thích hợp và hoàn thiện học liệu giảng dạy. Thực hiện mục tiêu ưu tiên đáp ứng nhu cầu có tài liệu học tập và nâng cao kiến thức về chăm sóc chuyển dạ đẻ khó cho sinh viên Cao đẳng hộ sinh; Bộ môn đã tiến hành biên soạn quyển giáo trình này để đáp ứng nhu cầu thực tế trong công tác đào tạo Hộ sinh tại Trường.

Tài liệu được các giảng viên nhiều kinh nghiệm và tâm huyết trong công tác giảng dạy biên soạn theo phương pháp giảng dạy tích cực, nâng cao tính tự học của người học và phù hợp với thực tiễn Việt Nam. Giáo trình trang bị những kiến thức cơ bản và kiến thức chuyên ngành cho sinh viên trong lĩnh vực hộ sinh nói chung và điều dưỡng chăm sóc *chăm sóc chuyển dạ đẻ khó* nói riêng.

Giáo trình *chăm sóc chuyển dạ đẻ khó* đã được sự phản hồi và đóng góp ý kiến của quý đồng nghiệp, các chuyên gia lâm sàng có nhiều năm kinh nghiệm trong lĩnh vực đẻ khó, đồng thời quyển giáo trình cũng đã được hội đồng nghiệm thu cấp Trường.

Do bước đầu biên soạn nên chắc chắn nội dung quyển giáo trình còn nhiều hạn chế và thiếu sót. Chúng tôi rất mong nhận được ý kiến đóng góp của quý đồng nghiệp, các bạn sinh viên để tài liệu ngày càng hoàn thiện.

Chân thành cảm ơn Ban Giám Hiệu Trường; lãnh đạo Khoa; các phòng chức năng và tập thể giảng viên Bộ môn những người đã trực tiếp tham gia biên soạn quyển giáo trình.

Bạc Liêu, ngày 20 tháng 2 năm 2020

Nhóm biên soạn

Tham gia biên soạn

Chủ biên:

BCKI. Trần Thị Mão

Tổ biên soạn:

1. BCKI. Trần Thị Mão
2. CN. Nguyễn Thị Lan Phương

MỤC LỤC

Trang

Bài 1. Đẻ khó do nguyên nhân từ thai phụ	01
Bài 2. Đẻ khó do thai và ngôi bất thường.....	9
Bài 3. Đẻ khó do con co tử cung bất thường.....	55
Bài 4. Đẻ khó do phần phụ.....	62
Bài 5. Xử trí tắc mạch ối.....	75
Bài 6. Chăm sóc chảy máu sau đẻ	79
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	88

Tên môn học: CHĂM SÓC CHUYỂN DẠ ĐẸ KHÓ

Mã môn học: H. 20

Thời gian thực hiện môn học: 150 giờ (LT: 28 giờ; THPT: 29 giờ; TTBV: 88 giờ; Kiểm tra: 05 giờ).

I. Vị trí, tính chất môn học:

- **Vị trí:** Môn học chăm sóc chuyển dạ đẻ khó được bố trí sau khi sinh viên học xong môn học chăm sóc thai bệnh lý, chăm sóc chuyển dạ đẻ thường.

- **Tính chất:** Môn học cung cấp những kiến thức cơ bản về sự thay đổi của người thai phụ trong thời kỳ chuyển dạ và sinh đẻ, quá trình theo dõi và chăm sóc sức khoẻ và thai nhi phát hiện những nguyên nhân gây chuyển dạ đẻ khó để xử trí kịp thời từ đó giảm nguy cơ trong sinh đẻ. Đồng thời, môn học cung cấp kỹ năng thực hành chuyên biệt và chăm sóc toàn diện chuyển dạ đẻ khó.

II. Mục tiêu môn học:

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được các nguyên nhân gây đẻ khó do nguyên nhân từ thai phụ, do thai và phần phụ.
- 1.2. Phân tích phù hợp với chẩn đoán đẻ khó do nguyên nhân từ thai phụ, do thai và phần phụ.
- 1.3. Biện luận cách xử trí tốt nhất trong chẩn đoán đẻ khó do nguyên nhân từ thai phụ, do thai và phần phụ.

2. Kỹ năng:

- 2.1. Thực hiện đạt các kỹ thuật kiểm soát lòng tử cung, bóc nhau nhân tạo, hồi sức thai, chuẩn bị đầy đủ dụng cụ sanh khó như forceps, giác kéo.
- 2.2. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc chuyển dạ đẻ khó do nguyên nhân từ thai phụ, do thai và phần phụ.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm:

- 3.1. Tuân thủ đúng các quy định về y đức, quy chế chuyên môn, quy định của pháp luật liên quan tới lĩnh vực làm thai phụ an toàn
- 3.2. Nhận thức tầm quan trọng của môn học trong công tác chăm sóc an toàn cho trong chuyển dạ và sinh đẻ từ đó lĩnh hội kiến thức sâu sắc để ứng dụng hợp lý giảm nguy cơ cho thai phụ và thai nhi.

3.3. Có khả năng làm việc độc lập hoặc theo nhóm dưới sự hướng dẫn của giáo viên.

3.4. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác.

III. NỘI DUNG MÔN HỌC

1. Nội dung tổng quát và phân bổ thời gian:

TT	Tên bài trong môn học	Thời gian (giờ)				
		TS	LT	TH	TTBV	KT
1	Đẻ khó do nguyên nhân tử thai phụ	6	6			
2	Đẻ khó do thai và ngôi bất thường	8	8			
3	Đẻ khó do cơ co tử cung bất thường	6	4	2		
4	Đẻ khó do phân phụ	6	5			1
5	Theo dõi chuyển dạ với có sẹo mổ ở tử cung	4		4		
6	Suy thai trong chuyển dạ	4		4		
7	Xử trí tắc mạch ối	4	2	2		
8	Chăm sóc chảy máu sau đẻ	8	3	4		1
9	Kỹ thuật cắt khâu tầng sinh môn	8		7		1
10	Kiểm soát lòng tử cung, bóc nhau nhân tạo	6		6		
11	Thực tập bệnh viện	90			88	2
Cộng		150	28	29	88	5

Bài 1. ĐỂ KHÓ DO NGUYÊN NHÂN TỪ THAI PHỤ

MỤC TIÊU BÀI HỌC: *sau khi học xong, sinh viên có khả năng*

1. Kiến thức

1.1. Mô tả khung chậu hẹp về giải phẫu và hẹp lâm sàng, cách chẩn đoán và xử trí đẻ khó do khung chậu.

1.2. Trình bày nguyên nhân, cách chẩn đoán và xử trí đẻ khó do u tiền đạo.

1.3. nguyên nhân, cách chuẩn đoán và xử trí đẻ khó do cổ tử cung, âm đạo và tầng sinh môn.

2. Kỹ năng:

Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc đẻ khó do các nguyên nhân từ thai phụ.

3. Thái độ:

3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này

NỘI DUNG

A. KHUNG CHẬU

1. ĐỂ KHÓ DO KHUNG CHẬU

Tiểu khung về sản khoa còn được gọi là đường đẻ có hình ống cong ra phía trước. Mặt trước của ống đẻ 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 mỏm nhô cao hơn bờ trên xương mu tạo thành một mặt phẳng nghiêng từ $45-60^{\circ}$. Điểm dưới xương cụt thấp hơn bờ dưới xương mu một góc khoảng 10° .

Cửa vào tiểu khung là eo trên đi từ mỏm nhô theo đường không tên (ranh giới giữa phần nghiêng của cánh xương chậu với phần đứng của xương ngô ra tới mặt sau xương mu tại phần lồi 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 - hình tròn và bầu dục ngang để dễ ngang nhau. 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 đẻ 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 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 đờ lốc đo đường kính trước sau mà trước là bờ trên xương mu, sau là gai L₅. Đường kính Bô đờ lốc chịu ảnh hưởng của bề dày da thịt nơi đo. Các nhà sản khoa Liên xô khuyên người Hộ sinh đo vùng cổ tay. Đường kính Bô đờ lốc - K = ĐK nhô sau mu. Nếu vùng cổ tay là 14cm thì K là 7. Nếu là 15cm thì K là 7,5. Nếu là 13cm thì K là 6,5.

VD: Đo ngoài được 18cm, vòng cổ tay là 14cm, K sẽ là 7 và đường kính nhô sau mu sẽ là 18cm - 7cm = 11cm.

- Đo trong: Cho 2 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 2 bên chạm vào ổ cùng gây đau. Với nhô thật đưa lên và sang ngang đều không chạm gì.

- Đánh dấu điểm chạm 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

1.1.3. Chiều chéo

Đường kính chéo đi từ khớp cùng chậu bên này sang mũi chậu bên kia. Số đo bình thường là 12cm. Số đo thấp từ 1cm trở đi là khung xương hẹp 2 đường kính chéo nếu có số đo lệch nhau là khung xương méo.

1.1.4. Chiều ngang

Gồm đường kính ngang lớn nhất và đường kính ngang giữa (12,5-13cm). Đo đường kính này biết được số đẻ 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 sỏ 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 sỏ.

1.2.3. Thành bên

Đi từ eo trên đến mặt trong ụ ngồi, là mặt trong của nhánh xương ngồi chậu với 2 gai hông là chỗ hẹp nhất của chiều ngang lòng tiểu khung tạo nên eo giữa. Bình thường 2 thành bên xuống thẳng (song song) hai gai hông cách nhau trên 10,5cm khi lòng tiểu khung hình phễu và đường kính 2 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 2 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, 2 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 từ 85 - 90⁰ (cho được 2 ngón tay rộng) hoặc đo đường kính 2 ụ ngồi, đơn giản là cách cho một nắm tay vào giữa 2 ụ ngồi. Nếu cho được là bình thường hoặc dùng thước đo. đặt thước đo vào 2 mặt trong ụ ngồi đo xong cộng thêm 1,5cm (đo phải đo qua lớp da, cơ). Bình thường đường kính 2 ụ ngồi là 10cm trở lên.

Eo dưới hẹp làm ảnh hưởng đến thì sỏ thai

1.4. Khung xương lệch

1.4.1. Dị dạng bẩm sinh: được gọi là khung chậu Nacgele, khung chậu Robert do khuyết tật ở 1 bên hoặc cả 2 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 lồng tiểu khung rộng ra.

- Mềm xương là bệnh do thiếu Can xi, 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 lồng 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 mỏm nhô sẽ bị lực dồn từ cột sống đẩy ra sau. nếu gù thấp mỏm 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. Về các thương tổn ở cột sống ở chi dưới gây khung chậu lệch trong tiên lượng ảnh hưởng cần dựa vào

+ Thời điểm: Bị từ càng nhỏ tuổi càng ảnh hưởng

+ Vị trí: Càng gần xương chậu càng ảnh hưởng

+ Điều trị: Càng điều trị muộn càng ảnh hưởng

+ Vận động trở lại sau điều trị: Càng vận động sớm càng ảnh hưởng.

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 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...)

- Do dị dạng bẩm sinh: Khung chậu Naegele và 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 sỏ (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 đường trên hay đường dưới. Nếu cho đẻ đường dưới số Foocep giác hút có thể tăng. Trong một số trường hợp có thể sử dụng môm tiến, Môm lùi giúp đầu lọt và sỏ. Môm lùi là cách để cho môm nhô lùi về sau làm rộng thêm đường kính lọt. Muốn thể hướng dẫn thai phụ nằm ngửa, 2 chân buông thông, lực của tư thế nằm này quá mép bàn sẽ tác động qua mép bàn đẩy xương cùng cửa trước làm cho môm nhô chuyển ra sau. Môm tiến là cách giúp cho môm nhô chuyển động ra trước và xương cùng cụt lùi ra sau làm rộng đường kính trước sau của eo dưới giúp đầu sỏ, muốn thể hướng dẫn thai phụ co gập khớp háng và khớp gối hoặc nằm đè lên vùng L5 - S1 có tác động đẩy môm nhô ra trước.

B. 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 tiền 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 tiền 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.

C. ĐỂ 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, răn.

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, răn: 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

D. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

1. Nhận định

- 1.1. Xác định thai to qua đo chiều cao tử cung, vòng bụng, qua sờ nắn (đặc biệt là đầu thai nhi). Hỏi tiền sử, bệnh sử
- 1.2. Kiểm tra xem những kết quả khám thai định kỳ (qua thăm khám, siêu âm)
- 1.3. Có kèm theo vỡ ối sớm, sa chi không, thai quá ngày, thai non tháng, ngôi bất thường không?
- 1.4. Nhân thân sản phụ, tiền sử sản khoa (tiền sử đẻ thai to, đẻ nhiều lần, mắc bệnh tiểu đường)
- 1.5. Có dấu hiệu chuyển dạ kéo dài, chuyển dạ tắc nghẽn không?
- 1.6. Có dấu hiệu suy thai không?

2. Chẩn đoán chăm sóc

- 2.1. Tinh thần: tùy từng sản phụ, nếu sản phụ có tiền sử đẻ thai to thường đỡ lo lắng hơn.
- 2.3. Tiến triển của cuộc chuyển dạ: đẻ khó do thai và ngôi bất thường (thai già tháng, thai non tháng, thai to, đa thai và ngôi bất thường...) có dấu hiệu suy thai không?
- 2.2. Theo dõi sát chuyển dạ
- 2.3. Chế độ vận động phù hợp để tránh vỡ ối sớm
- 2.4. Chế độ ăn nhẹ, dễ tiêu
- 2.5. Hồi sức thai nếu có suy thai
- 2.6. Báo bác sỹ xử trí nếu có chuyển dạ kéo dài/tắc nghẽn
- 2.7. Thực hiện những vấn đề về cận lâm sàng, nếu có chỉ định

3. Kế hoạch chăm sóc

- 3.1. Trao đổi với sản phụ về tình trạng thai nhi, chuyển dạ. Thảo luận với sản phụ về nơi đẻ thích hợp...
- 3.2. Chuyển hoặc chủ động đến sinh ở nơi có cơ sở phẫu thuật
- 3.3. Không mở chủ động mà phải thông qua nghiệm pháp lọt - đẻ chỉ huy nếu con co yếu.
- 3.4. 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.
- 3.6. Có kế hoạch mổ lấy thai.
- 3.7. Chuyển tuyến đẻ khó do thai và ngôi bất thường (thai già tháng, thai non tháng, thai to, đa thai và ngôi bất thường...)

4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- 4.1. Cơ sở chỉ đỡ đẻ thường không nhận đỡ thai được chẩn đoán là to.
- 4.3. Phát hiện sớm các đẻ khó do thai và ngôi bất thường (thai già tháng, thai non tháng, thai to, đa thai và ngôi bất thường...)
- 4.4. Chăm sóc cho mẹ và con thích hợp khi chuyển tuyến

5. Đánh giá

Đẻ khó do thai và ngôi bất thường (thai già tháng, thai non tháng, thai to, đa thai và ngôi bất thường...)

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Tất cả những câu sau đây liên quan đến khung chậu hẹp hoặc biến dạng đều đúng, ngoại trừ:

- A. Nguyên nhân có thể là do bẩm sinh
- B. Là nguyên nhân chính gây đẻ khó
- B. Bệnh ở cột sống không ảnh hưởng đến kích thước khung chậu
- D. Cần phải nghỉ đến khi sản phụ quá thấp (<1,45m)

Câu 2. Những ảnh hưởng sau đây của khung chậu hẹp lên thai kỳ đều đúng, ngoại trừ:

- A. Đáy tử cung có thể cao hơn bình thường do ngôi thai không lọt
- B. Tỷ lệ ngôi bất thường cao
- C. Nếu là ngôi chỏm thì luôn luôn ở kiểu thế sau
- D. Ngôi thường lọt theo kiểu không đối xứng

Câu 3. Khi đã chuyển dạ thật sự, dấu hiệu nào sau đây gợi ý nhiều nhất đến khả năng khung chậu hẹp:

- A. Con gò thừa
- B. Cơ gò cường tính
- C. Ngôi thai chưa lọt
- D. Dấu hiệu đầu chỏm vệt

Câu 4. Biến chứng nào sau đây không phải là hậu quả của một cuộc sanh khó do khung chậu hẹp:

- A. Thai suy trường diễn
- B. Lò bàng quang - âm đạo - trực tràng
- C. Rách tầng sinh môn
- D. Băng huyết sau sanh do đờ tử cung

Câu 5. Yếu tố nào sau đây trong tiền sử sản khoa không có giá trị nhiều để gợi ý đến khả năng khung chậu hẹp:

- A. Tiền sử chấn thương xương chậu
- B. Tiền sử con chết trong chuyển dạ hoặc ngay sau sanh
- C. Tiền sử sinh non
- D. Câu A, B, C đúng

Bài 2. ĐỀ KHÓ DO THAI VÀ NGÔI BẤT THƯỜNG

MỤC TIÊU BÀI HỌC: *sau khi học xong, sinh viên có khả năng*

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày chính xác các yếu tố nguy cơ của thai già tháng, non tháng, thai to, đa thai.
- 1.2. Phân tích phù hợp để chẩn đoán và xử trí các ngôi bất thường.

2. Kỹ năng

- 2.1. Lập kế hoạch chăm sóc an toàn cho trường hợp đề khó do thai già tháng, non tháng, thai to.
- 2.2. Lập kế hoạch chăm sóc đầy đủ đề khó do ngôi bất thường.

3. Thái độ

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này

A. THAI GIÀ THÁNG

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Thời gian thai nghén bình thường trung bình là 9 tháng 10 ngày hay 285 ngày (10 ngày tính từ ngày đầu của kinh cuối cùng).

Thai nghén được gọi là già tháng khi tuổi thai theo lý thuyết vượt quá 42 tuần hoặc 294 ngày.

1.2. Tỷ lệ

Khoảng 3 - 12% thai nghén vượt quá tuần 42, nhưng thực tế thì tỷ lệ thai già tháng không vượt quá 4% (do không nhớ ngày kinh cuối cùng chính xác, hoặc thời gian phóng noãn chậm).

Tỷ lệ biến chứng ở mẹ và thai gia tăng theo tuổi thai, tỷ lệ tử vong chu sinh tăng từ giữa tuần thứ 41 và 42, gấp đôi vào tuần 43 và cao gấp 4 - 6 lần vào tuần 44 so với thai đủ tháng.

Biến chứng cho mẹ ngay cả mổ lấy thai cũng tăng gấp đôi với chảy máu, nhiễm trùng, bục vết thương.

Vấn đề chẩn đoán và xử trí thai già tháng rất quan trọng vì tử vong sơ sinh cao, gấp 3 lần so với trẻ sinh trong khoảng 38 - 41 tuần.

2. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân của thai già tháng vẫn chưa biết rõ. Tuy nhiên có một số yếu tố nguy cơ như: thai vô sọ, thiếu sulfatase rau thai, sử dụng progesteron kéo dài, tiền sử sinh quá ngày.

Nguyên nhân thường gặp nhất là tính tuổi thai không chính xác.

3. SINH LÝ BỆNH HỌC

Bánh rau và nước ối đóng một vai trò quan trọng trong quá trình vận chuyển và chuyển hóa sinh học của thai nhi. Trong thai già tháng, lượng nước ối giảm dần, bánh rau thoái hóa dần dẫn đến giảm dòng máu ở bánh rau và các chất dinh dưỡng đến thai. Do đó thai bị suy trường diễn trong tử cung và có thể chết trong tử cung hoặc chết trong khi chuyển dạ (do có cơn gò tử cung). Vì vậy, thai già tháng là thai nghén bị đe dọa, thiếu oxy là nguyên nhân chính của suy thai, khi thai đẻ ra sống thì nó có biểu hiện tổn thương đặc biệt theo kiểu gầy, bị mất nước, da nhăn nheo nhuộm đầy phân su.

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Lâm sàng

- Hỏi bệnh sử để định tuổi thai:
 - + Kinh cuối cùng: lấy mốc là ngày đầu của kinh cuối cùng để tính tuổi thai.
 - + Thời gian thụ tinh: nếu có điều trị vô sinh, vì đây là mốc rất có giá trị để chẩn đoán tuổi thai.
 - + Lần thăm khám sản khoa đầu tiên: nếu có làm phản ứng sinh học, hoặc siêu âm để chẩn đoán thai sớm (trong quý đầu) thì rất có giá trị.
 - + Thời gian xuất hiện thai máy: con so thường vào tuần thứ 18 tuần, con rạ tuần 16.
 - + Giảm cử động thai xảy ra đột ngột ở những thai phụ có thai đạp nhiều, cần phải được xem xét nghiêm túc.
- Đo bề cao tử cung giảm qua 2 lần thăm kế tiếp kèm với giảm lượng nước ối (có tính chất gợi ý).

4.2. Xét nghiệm bổ sung

- Siêu âm sớm (đặc biệt trong quý đầu) giúp chẩn đoán chính xác tuổi thai.
- Siêu âm muộn ít chính xác hơn nhưng nếu thấy lượng nước ối ít và bánh rau vôi hóa cũng gợi ý chẩn đoán.
- Doppler: phương pháp này cho phép khảo sát tình trạng huyết động học của thai và tuần hoàn rau thai để tiên lượng suy thai.
- Monitor thai để tìm suy thai mãn (thử nghiệm không đã kích 2 lần/ tuần hoặc thử nghiệm đã kích).
- Soi ối: tìm dấu hiệu suy thai mãn, có thể thấy ối màu vàng hoặc màu xanh.

- Chọc hút nước ối: chỉ cho khẳng định thai đã trưởng thành mà không cho phép chẩn đoán thai già tháng.

- Chụp X quang để tìm điểm hóa cốt: điểm Béclard (đầu dưới xương đùi). Điểm Tod (đầu trên xương chày). Tỷ lệ âm tính giả khá cao hiện nay ít được sử dụng.

Hiện nay không có một tiêu chuẩn nào cho phép khẳng định chắc chắn thai già tháng, tuy nhiên tốt nhất có thể dựa vào:

- Ngày kinh cuối cùng.
- Siêu âm.
- Lượng nước ối: nước ối ít.

Sau khi đã loại trừ các sai lầm lớn về tuổi thai, chỉ còn một khả năng là theo dõi chặt chẽ lúc cuối thời kỳ thai nghén để phát hiện suy thai.

Dù sao đi nữa, mọi thai nghén vượt quá 41 tuần và 3 ngày là phải có ý kiến của bác sĩ sản khoa theo dõi và đỡ đẻ.

5. BIẾN CHỨNG CỦA THAI QUÁ NGÀY

5.1. Nguy cơ cho mẹ

- Gia tăng khả năng mô lấy thai và dễ có can thiệp thủ thuật.
- Chảy máu sau sinh.
- Nằm viện dài ngày và có nhiều biến chứng.

5.2. Nguy cơ cho thai

- Thiếu ối (thiếu năng rau thai)
 - + Chèn ép dây rốn
 - + Suy thai
 - + Tử vong thai đột ngột.
- Rối loạn trưởng thành thai (chiếm tỷ lệ 10 - 20% thai quá ngày).
- Hội chứng hít phân su: 25 - 30 % thai 42 tuần có phân su trong dịch ối.
- Thai lớn: gây đẻ khó, tổn thương xương và gãy xương và để lại chứng thần kinh tại chỗ và lâu dài

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ THAI GIÀ THÁNG

6.1. Tuyến xã

Chuyển thai phụ lên tuyến trên sau khi đã tư vấn.

6.2. Tuyến huyện trở lên

6.2.1. Nhập viện

Nếu tuổi thai trên 41 tuần và phải được theo dõi sát, sản phụ sẽ được xác định độ trưởng thành và tình trạng sức khỏe thai nhi.

Hướng dẫn bệnh nhân theo dõi cử động thai, hướng dẫn cho thai phụ đếm cử động thai bắt đầu vào một giờ nhất định trong ngày. Bình thường thai cử động trên 10 lần trong thời gian 12 giờ. Nếu số lần cử động thai giảm dần hay giảm đột ngột là dấu hiệu của suy thai.

Ví dụ sau 2 giờ mà không thấy thai máy cần cảnh giác. Sau 12 giờ không thấy thai máy có thể thai đã chết.

Theo dõi chỉ số nước ối bằng siêu âm: siêu âm thai kiểm tra dịch ối ít nhất 2 lần/tuần. Thiếu ối được định nghĩa khi chỉ số nước ối < 5 hoặc túi ối lớn nhất < 2 x 2cm). Thiếu ối có liên quan đến nguy cơ cao của suy thai và tử vong sơ sinh.

Theo dõi suy thai bằng máy monitor: hai thử nghiệm hay được dùng là thử nghiệm không đả kích (non-stress test) và thử nghiệm đả kích (contraction stress test) như test vé núp vú hoặc test truyền oxytocin. Thử nghiệm này được làm 2 lần/tuần. Chỉ định mổ lấy thai nếu có xuất hiện Dip II.

6.2.2. Chăm sóc thai kỳ

- Trong trường hợp con hiếm hoặc bất tương xứng đầu chậu nên mổ lấy thai.
- Nếu có tình trạng suy thai: mổ lấy thai.
- Trong những trường hợp khác như thai đã trưởng thành, thai không suy, tiến hành làm test đả kích, nếu dương tính phải mổ lấy thai. Nếu âm tính, phải khởi phát chuyển dạ và đánh giá chỉ số Bishop để tiên lượng khả năng gây chuyển dạ.

Bảng chỉ số Bishop

Điểm	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Đánh giá				
Độ mở CTC (cm)	0	1 - 2	3 - 4	5 - 6
Độ xoá CTC (%)	0-30	40 - 50	60 - 70	➤ =80
Độ lọt của thai	-3	-2	-1 - 0	+1 - +2
Mật độ CTC	Cứng	Vừa	Mềm	
Hướng CTC	Sau	Trung gian	trước	

- Nếu cổ tử cung có thể mở, chỉ số Bishop trên 5, gây chuyển dạ bằng truyền Oxytocin. Trong khi giục sinh phải theo dõi sát tim thai bằng monitoring vì thai có thể suy rất nhanh.

- Nếu cổ tử cung không mở, chỉ số Bishop dưới 5, nên kết hợp với các phương pháp thăm dò khác như theo dõi cử động thai, siêu âm đánh giá chỉ số nước ối, monitoring để quyết định gây chuyển dạ hoặc theo dõi tiếp.

- Trong trường hợp gây chuyển dạ, làm mềm cổ tử cung bằng misoprostol 50 mcg đặt âm đạo.

- Nếu trong quá trình chuyển thất bại hoặc xuất hiện suy thai thì cũng phải mổ lấy thai.

6.3. Chăm sóc em bé

Cần phải xem lại trẻ sơ sinh có bị bong da hay không, rau, ối như thế nào. Khi đã xác định là thai già tháng, cần phải thực hiện các biện pháp sản sóc đặc biệt, hút kỹ phân su đường hô hấp, điều chỉnh toan biến dưỡng, tiêm Vitamin K1, kháng sinh dự phòng...và theo dõi sự phát triển của trẻ.

Lưu ý: chẩn đoán thai già tháng dựa vào những dấu hiệu nghi ngờ. Do đó đòi hỏi người thầy thuốc phải theo dõi sát bệnh nhân và quyết định xử trí đúng lúc, tránh những can thiệp trên một thai chưa đủ tháng, nhưng cũng không để xảy ra tình trạng suy thai và tử vong thai trong bụng mẹ do rau già cỗi và thoái hóa.

B. ĐẼ NON

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Theo tổ chức Y tế thế giới, đẻ non là một cuộc chuyển dạ xảy từ tuần 22 đến trước tuần thứ 37 của thai kỳ tính từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng.

1.2. Tỷ lệ

- Đẻ non có tỷ lệ từ 5% đến 15 % trong tổng số các cuộc đẻ.

- Chủng tộc: da trắng 8,5%, da đen: 18,3%. (Theo Tổ chức Y Tế Thế Giới, 1997)

- Tỷ lệ đẻ non ở Pháp vào 1972 là 8, 2% và 1981 còn 5, 6%.

- Tại Bệnh viện Trung ương Huế, tỷ lệ đẻ non là 7,8 % (1995)

1.3. Tầm quan trọng đối với cộng đồng

Đẻ non nguy hiểm cho trẻ sơ sinh, tỷ lệ tử vong chu sản càng cao khi tuổi thai càng non. Đặc biệt, trẻ đẻ non có nguy cơ cao về di chứng thần kinh. Trước 32 tuần tỷ lệ di chứng là 1/3. Từ 32 - 35 tuần tỷ lệ di chứng thần kinh là 1/5. Từ 35 đến 37 tuần tỷ lệ di chứng là 1/10.

Chăm sóc một trường hợp đẻ non rất tốn kém. Ngoài ra khi lớn lên trẻ còn có những di chứng về tâm thần kinh, là gánh nặng cho gia đình cũng như xã hội.

Mẹ bị đẻ non thì cũng dễ biến chứng sốt rau, nhiễm khuẩn hậu sản.

Do đó đẻ non là một trong những vấn đề quan trọng đặt ra cho các thầy thuốc và xã hội.

2. NGUYÊN NHÂN

Có khoảng 50% đẻ non không xác định rõ lý do.

Sau đây là một số nguyên nhân và yếu tố thuận lợi:

2.1. Yếu tố xã hội

- Đời sống kinh tế xã hội thấp, không được chăm sóc trước sinh đầy đủ.
- Cân nặng của mẹ thấp hoặc tăng cân kém.
- Lao động vất vả trong lúc mang thai.
- Tuổi mẹ dưới 20 hoặc con so lớn tuổi trên 35 tuổi.
- Mẹ nghiện thuốc lá, rượu hay các chất cocain.

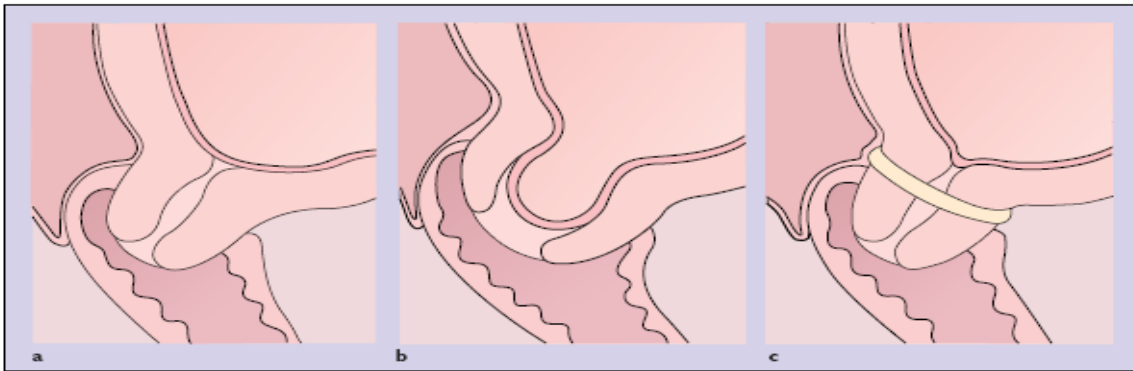
2.2. Do mẹ

2.2.1. Nguyên nhân do bệnh lý toàn thân

- Các bệnh lý nhiễm trùng: nhiễm trùng đường tiết niệu, nhiễm trùng nặng do vi khuẩn, virus.
- Các chấn thương trong thai nghén: chấn thương trực tiếp vào vùng bụng hoặc gián tiếp do phẫu thuật vùng bụng.
- Nghề nghiệp: các nghề tiếp xúc với hoá chất độc, lao động nặng, căng thẳng.
- Bệnh toàn thân của mẹ: bệnh tim, bệnh gan, bệnh thận, thiếu máu.
- Rối loạn cao huyết do thai: tiền sản giật - sản giật (9%)
- Miễn dịch: hội chứng kháng thể kháng Phospholipid.

2.2.2. Nguyên nhân tại chỗ

- Tử cung dị dạng bẩm sinh: chiếm 5% trong đẻ non. Nếu có nguyên nhân này thì nguy cơ đẻ non là 40%. Các dị dạng thường gặp: tử cung hai sừng, một sừng, tử cung kém phát triển, vách ngăn tử cung.
- Bất thường mắc phải ở tử cung: dính buồng tử cung, u xơ tử cung, tử cung có sẹo.
- Hở eo tử cung: 100% đẻ non nếu không được điều trị.
- Các can thiệp phẫu thuật tại cổ tử cung như khoét chóp.



Hình. Cổ tử cung bình thường, B. Hở eo tử cung, C. Khâu vòng cổ tử cung

2.2.3. Viêm nhiễm âm đạo - cổ tử cung

2.2.4. Tiền sử sinh non

- Nguy cơ tái phát 25 - 50 %. Nguy cơ này tăng cao nếu có nhiều lần sinh non trước đó.

2.3. Đa thai và phần phụ của thai

- Ối vỡ non, ối vỡ sớm: 10% đủ tháng và 30% đẻ non, có nguy cơ nhiễm trùng cho thai.
- Nhiễm trùng ối.
- Đa thai: 10- 20% đẻ non.
- Đa ối: do tử cung quá căng gây chuyển dạ sớm.
- Rau tiền đạo: 10% trong các trường hợp đẻ non vì gây chảy máu trước đẻ hoặc ối vỡ.
- Rau bong non.

Tóm lại muốn tìm hiểu nguyên nhân về đẻ non, ta phải xem xét lại toàn bộ bệnh lý sản phụ khoa, có những nguyên nhân về phía mẹ, về phía thai, và phần phụ của thai, có những nguyên nhân phối hợp.

3. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN DOẠ ĐẸ NON VÀ ĐẸ NON

3.1. Doạ đẻ non

3.1.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau bụng: Sản phụ cảm giác đau bụng từng cơn hoặc trì nặng bụng dưới.
- Ra dịch âm đạo: có thể là dịch nhầy âm đạo, ra máu hoặc nước ối.

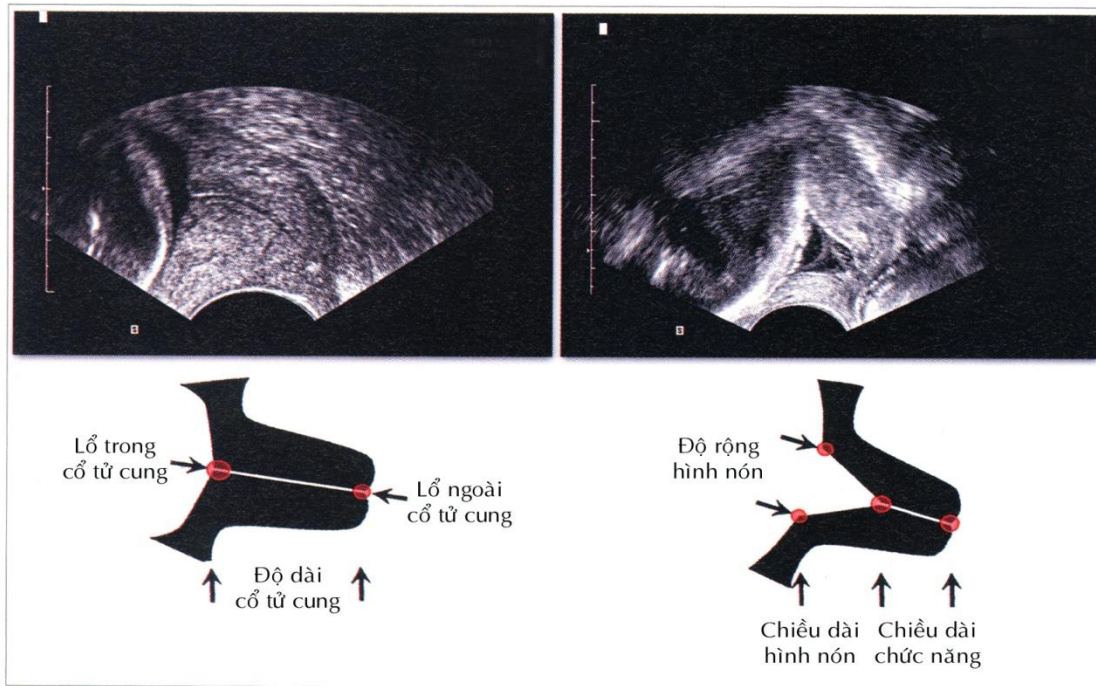
3.1.2. Triệu chứng thực thể

- Cơn go tử cung: thưa nhẹ, có 1 - 2 cơn go tử cung trong 10 phút và thời gian quan sát trên 30 phút.
- Cổ tử cung có thể còn dài, đóng kín nhưng cũng có thể xoá và mở đến < 4cm.
- Ối vỡ non: dẫn đến chuyển dạ trong một thời gian ngắn. Nó là bước ngoặt trong đẻ non

bởi vì nó làm cho buồng ối bị hở, tăng thêm nguy cơ nhiễm khuẩn.

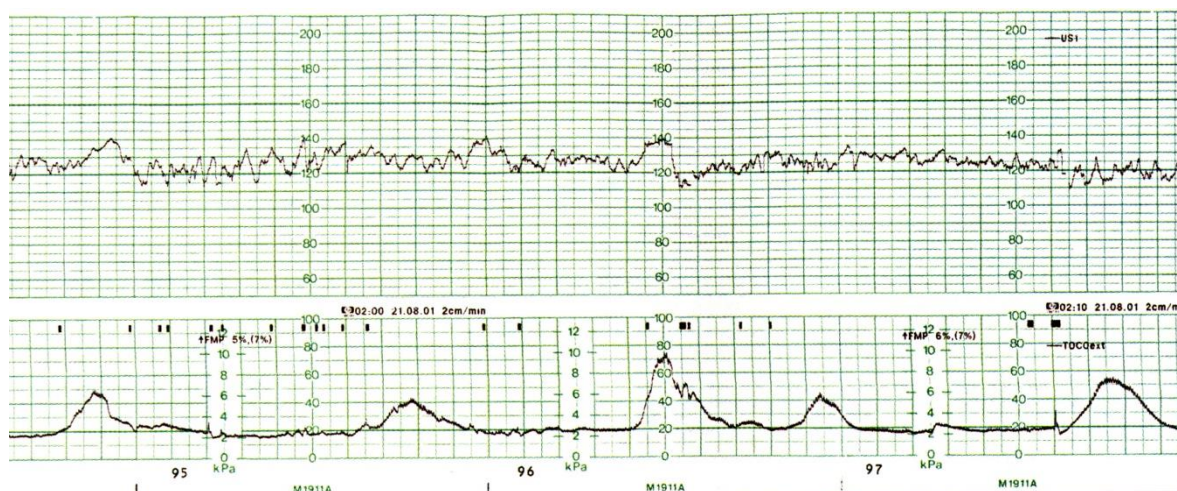
3.1.3. Cận lâm sàng

- Siêu âm: khảo sát độ dài cổ tử cung, nếu dưới 2,5cm thì nguy cơ đẻ non cao.



Hình 2. Đo cổ tử cung qua siêu âm với mẫu biểu đồ để đo độ dài, chiều dài hình nón và độ rộng cổ tử cung trong chẩn đoán dọa sinh non

- Đánh giá thai và theo dõi cơn gò bằng Monitoring, có 1-2 cơn co đều đặn trong 10 phút.
- Chỉ số dọa đẻ non dưới 6
- Ngoài ra cần làm các xét nghiệm để tìm nguyên nhân:
 - + Tế bào vi trùng nước tiểu.
 - + Xét nghiệm vi khuẩn ở cổ tử cung.
 - + Nếu sốt phải kéo máu tìm ký sinh trùng sốt rét, CRP, cấy máu tủy trường hợp. Cần nhắc việc chọc dò ối để loại bỏ khả năng nhiễm trùng màng ối.



Hình. Đánh giá thai và theo dõi cơn go bằng Monitoring,
2 cơn co trong 10 phút ở thai 32 tuần

3.2. Đẻ non

3.2.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau bụng: sản phụ đau bụng từng cơn, các cơn đau tăng dần.
- Ra dịch âm đạo: có thể là dịch nhầy âm đạo, ra máu hoặc nước ối.

3.2.2. Triệu chứng thực thể

- Cơn go tử cung: có 2 - 3 cơn go tử cung trong 10 phút, tăng dần.
- Cổ tử cung xoá trên 80%, hoặc mở trên 2 cm, đầu ối bắt đầu thành lập hoặc ối vỡ sớm.
- Theo dõi cơn go bằng Monitoring, nếu có 2 - 3 cơn go đều đặn trong 10 phút.
- Chỉ số đo đẻ non lớn hơn 6

4. CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG

Dựa vào 4 yếu tố: cơn go, thay đổi ở cổ tử cung, ối vỡ, ra máu âm đạo và người ta đã xây dựng nên một chỉ số đo đẻ non

Điểm	1	2	3	4
Yếu tố				
Go tử cung	Không đều	Đều		
Ói vỡ		Có thể		Rõ ràng
Ra máu	Vừa	> 100ml		
Mở cổ tử cung	1cm	2cm	3cm	≥ 4cm

Bảng 2: khả năng đình chỉ chuyển dạ thành công (theo chỉ số đo đẻ non)

<i>Chỉ số</i>	1	2	3	4	5	6	≥7
Chuyển dạ ngừng lại (%)	100	90	84	38	11	7	0

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Đo đẻ non

5.1.1. Tuyến xã

Không nên điều trị đo đẻ non, chuyển tuyến trên càng sớm càng tốt.

5.1.2. Tuyến huyện và tuyến bệnh viện chuyên khoa: sử dụng các thuốc ức chế chuyển dạ.

- Các nghiên cứu so sánh hiệu quả của các thuốc cho thấy không có thuốc nào có ưu thế vượt trội. Tất cả những thuốc này chỉ có thể kéo dài thời gian mang thai trong một khoảng thời gian hạn chế từ 2 -7 ngày, đây là khoảng thời gian để sử dụng steroid và vận chuyển bà mẹ đến cơ sở y tế có phòng hồi sức sơ sinh. Do đó, việc chọn loại thuốc nào phụ thuộc vào sự có sẵn của thuốc và những tác dụng phụ đối với bà mẹ và thai nhi.

- Các loại beta - mimetic

+ Là các thuốc hướng beta giao cảm.

- Ritodrine là thuốc có tác dụng trực tiếp làm giảm cơ trơn của tử cung và của phổi. Pha 150mg trong 500ml dung dịch mặn đẳng trương.

+ Liều tấn công: bắt đầu truyền với tốc độ 20ml/giờ và cứ 15 phút tăng lên 10ml/giờ và tăng tối đa là 70ml/giờ.

+ Liều duy trì: khi cắt được cơn tiếp tục duy trì thêm 12 giờ. Trước khi rút đường truyền 30 phút cho uống Ritodrine cứ 2 giờ 10mg trong 24 giờ và sau đó duy trì ở liều 20mg/4-6 giờ cho đến khi thai được 36 tuần. Ngưng thuốc khi nhịp tim mẹ trên 150 lần/phút và tim thai trên 200 lần/phút. Huyết áp tâm thu trên 180mmHg và huyết áp tâm trương dưới 40mmHg.

+ Tác dụng phụ trên bà mẹ bao gồm: tăng nhịp tim, tăng đường huyết, tăng Insuline huyết, hạ Kali huyết, rùng mình, đánh trống ngực, bồn chồn, buồn nôn, nôn, ảo giác.

+ Tác động lên thai nhi: nhịp tim nhanh, hạ canxi huyết, hạ đường huyết, hạ huyết áp, tăng bilirubine huyết, xuất huyết não thất.

+ Chống chỉ định trong bệnh tim, cường giáp, tăng huyết áp không kiểm soát được, đái tháo đường nặng, các bệnh gan và bệnh thận mãn tính. Các bệnh nhân trên 35 tuổi cũng có chống chỉ định.

- Terbutaline: chỉ định, chống chỉ định giống Ritodrine.

+ Liều tấn công: liều khởi đầu 250mcg, truyền tĩnh mạch với tốc độ 10 - 80 µg/phút cho đến khi chuyển dạ ngừng lại. Sau đó tiêm dưới da 0,25-0,5mg/2- 4giờ trong 12 giờ tiếp theo.

+ Liều duy trì: liều uống 5mg cứ 4-6 giờ một lần cho đến khi thai được 36 tuần. Tác dụng phụ trên bà mẹ: loạn nhịp, phù phổi, thiếu máu cơ tim, hạ huyết áp, nhịp tim nhanh. Tác động lên thai nhi: nhịp tim nhanh, tăng đường huyết, tăng Insuline huyết, phì đại cơ tim, thiếu máu cơ tim.

- Các chất đối kháng Calci

+ Magnesium Sulfate: là thuốc thay thế cho các thuốc beta hướng giao cảm khi có chống chỉ định dùng các thuốc này hoặc khi có ngộ độc thuốc.

* Liều tấn công: 4-6g trong 100ml Dextrose 5% truyền tĩnh mạch từ 15 - 20 phút.

* Liều duy trì: 2g/giờ truyền tĩnh mạch, trong vòng 12 giờ, sau đó là 1g/1 giờ trong 24 - 48 giờ. Theo dõi nồng độ Mg^{++} huyết thanh duy trì từ 5-7mg/dL.

* Tác dụng phụ trên bà mẹ: nóng bừng, ngủ lịm, đau đầu, mệt mỏi, khô miệng, ức chế hô hấp, giảm phản xạ gân xương. Thử phản xạ gân xương để phát hiện quá liều thuốc. Ngừng tim và hô hấp có thể xuất hiện nếu dùng quá liều. Có thể dùng chất đối kháng là Calci (Calcium gluconate hoặc calci clorua liều 1g tiêm tĩnh mạch chậm).

- * Tác động lên thai nhi: ngủ lịm, giảm trương lực cơ, suy hô hấp.
- + Nifedipine:
 - * Liều tấn công: 20mg ngâm dưới lưỡi mỗi 20 phút, tối đa 3 liều.
 - * Sau đó khi đã cắt cơn go thì duy trì liều 10-20mg đường uống trong mỗi 4 - 6 giờ.
 - * Chống chỉ định đối với trường hợp có bệnh tim, huyết áp thấp (dưới 90/50mmHg). Không sử dụng cùng với Magnesium sulphate. Cần thận khi sử dụng cho người có bệnh lý ở thận.

* Tác dụng phụ trên bà mẹ: nóng bừng, đau đầu, buồn nôn, hạ huyết áp thoáng qua.
Tác động lên thai nhi: hiện chưa có ghi nhận đặc biệt gì.

- Thuốc ức chế tổng hợp Prostaglandine: Indomethacin liều 25mg/6 giờ trong 5 ngày hoặc nhét hậu môn 100mg sau đó uống 25mg/6 giờ cho đến 24 giờ sau khi không còn cơn go nữa. Thuốc này có những tác động ngược trên thai nhi: co thắt ống động mạch, tăng áp lực phổi, thiếu ối, xuất huyết não thất, viêm ruột hoại tử và tăng bilirubine huyết

- Sử dụng Corticosteroid

+ Giúp cho phổi thai nhi trưởng thành tránh được bệnh màng trong, chỉ dùng cho trường hợp thai dưới 35 tuần.

+ Cho corticoide ở mẹ làm giảm từ 40 - 60% nguy cơ bệnh màng trong ở sơ sinh.

+ Betamethason (Celestene) tiêm bắp 2 ống/một ngày hoặc một ống /ngày trong 2 ngày, hoặc Dexamethasone (Dexaron): 12mg/ngày (3 ống) tiêm bắp x 2 ngày liên tiếp. Hiệu quả tối đa của Corticosteroid đạt được trong vòng 24 - 48 giờ, do đó cố gắng trì hoãn cuộc chuyển dạ ít nhất 24 giờ sau khi sử dụng thuốc này.

5.2. Đẻ non

5.2.1. Tuyến xã

- Tư vấn, chuyển tuyến trên càng sớm càng tốt

- Trường hợp đã đẻ ở xã:

+ Chăm sóc trẻ sơ sinh theo phác đồ chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng, nhẹ cân.

+ Chăm sóc mẹ: theo dõi chảy máu, kiểm soát tử cung nếu nhau thiếu tư vấn, chuyển tuyến trên nếu cần.

5.2.2. Tuyến huyện và tuyến bệnh viện chuyên khoa

Thái độ xử trí cho một chuyển dạ đẻ non có khác nhau, tùy thuộc ối còn hay đã vỡ, tuổi thai là một yếu tố rất quan trọng.

- Cần đảm bảo cho trẻ ít bị chấn thương nhất trong đẻ vì trẻ non tháng rất yếu ớt. Người

ta dễ dàng chỉ định mổ lấy thai vì lợi ích của đứa trẻ nếu là ngôi mông, suy thai.

- Đẻ đường dưới được chấp nhận khi là ngôi chỏm và có đủ điều kiện.

- Sau đẻ phải kiểm soát tử cung để tránh sót nhau, tìm dị dạng tử cung, xét nghiệm vi khuẩn (nhau, nước tiểu và trẻ sơ sinh).

- Cần có sự theo dõi đặc biệt trong chuyển dạ và có phòng chăm sóc tích cực cho các trẻ non tháng sau đẻ.

- Hồi sức thai và chống ngạt: cho mẹ thở oxy ngắt quãng, mỗi lần 10 phút, 3-4 đợt/giờ, lưu lượng 6-8 lít /phút.

- Tránh sang chấn cho thai: bảo vệ đầu ối đến khi mở gần hết hoặc mở hết. Hạn chế sử dụng oxytocin. Giúp thai sổ dễ dàng bằng cách cắt rộng tầng sinh môn khi sổ thai.

- Tránh mất nhiệt cho trẻ mới đẻ, đảm bảo ủ ấm cho trẻ.

6. DỰ PHÒNG

Sau khi đã xác định các yếu tố nguy cơ, vai trò dự phòng là cố gắng loại bỏ các yếu tố nguy cơ:

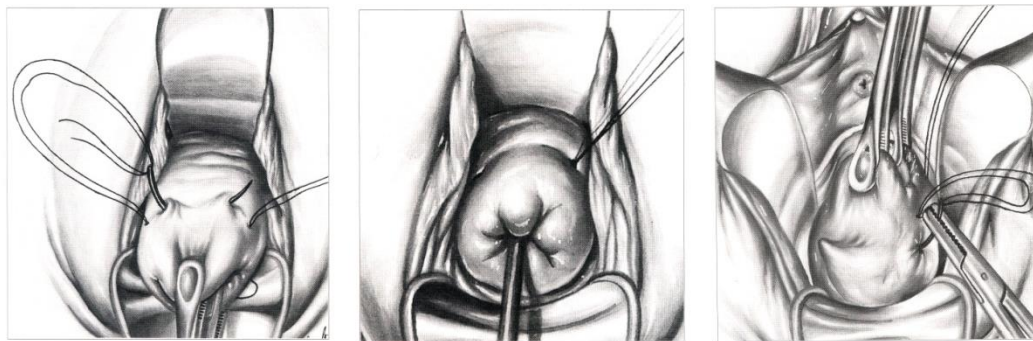
- Không nên đi du lịch xa, động viên nghỉ ngơi tối đa.

- Tôn trọng thời gian nghỉ trước đẻ 6 tuần (8 tuần nếu trên 3 con)

- Điều trị các nhiễm khuẩn nếu có.

- Ổn định các bệnh lý của mẹ như nhiễm độc thai nghén, đái đường, đặc biệt các thai nghén có nguy cơ cao.

- Khâu vòng cổ tử cung từ tuần thứ 12- 14 nếu có hở eo.



Hình. Kỹ thuật khâu vòng cổ tử cung theo phương pháp Mc Donald

C. ĐẸ KHÓ DO THAI TO

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 cân nặng.

- 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.

2. NGUYÊN NHÂN

- Yếu tố thể chất từ bố, mẹ
- Số lần đẻ: con lần đẻ sau thường nặng hơn trẻ 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 đường niệu
- Thai to gặp chủ yếu ở thời kỳ tiền lâm sàng

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán lâm sàng

3.1.1. Đo cao tử cung và vòng bụng. Số đo này phải thực hiện ngoài con co sau khi đã nắm 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.

3.1.2. Dựa vào công thức tính trọng lượng thai qua đo cao chiều 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: chiều 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

3.1.3. Nhận

- Khối thai to, cực đầu dễ xác định, thai ít di động, xuống nước ối ít, đầu cao.
- Khám âm đạo: ngôi cao, đoạn dưới thành lập kém (chuẩn bị lọt không tốt)

3.1.4. 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 chùng xương và bướt 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)

3.2. Chẩn đoán siêu âm qua các số đo

- Vòng đầu thai nhi (VĐ)
- 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 Warrof và cộng sự

-1,599 - 0,144(HĐ) - 0,032(VB) - 0,111(HĐ) - (VB)

1000

Công thức của Roberts và cộng sự

- 1,6758 - 0,0170(VB) - 0,042478(HĐ) - 0,05216(XĐ) - 0,01604(VĐ)

3.3. Chẩn đoán phân biệt

3.3.1. Đa ối

Đa ối cũng làm tăng các số đo và chiều cao tử cung và vòng bụng nhưng trong đa ối các phần thai như cực đầu và mông đều nhỏ, do nhiều nước nên khi nắn thấy phần thai bập bênh, tim thai nghe xa xăm.

3.3.2. 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 2 cực khác tên nhưng ở cạnh nhau.

- Trong sinh đôi khi thăm trong có thể thấy 01 cực đã chuẩn bị lọt, cực ấy nhỏ không tương xứng với chiều cao tử cung đã đo được.

3.3.3. Dị dạng

Não úng thủy, bụng cóc có thể làm khối thai to lên.

3.3.4. Có thai kèm u nang buồng trứng

Loại u nang khó nhận diện là u nang nước, loại phát triển ở bụng làm cho khối u dễ hoà nhập với tử cung thành 1 khối lớn

4. CƠ CHẾ ĐỂ TRONG THAI TO TOÀN PHẦN

4.1. Ngôi đầu: nếu là chằm

- Đầu phải tìm cách cúi hết mức để thay đường kính dưới chằm trán bằng 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 bứu 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.

4.2. Nếu là ngôi ngược: phần mông vẫn có thể đẻ tự nhiên nhưng dễ mắc vai, mắc đầu sau.

5. XỬ TRÍ THAI TO

5.1. Trường hợp thai to đã được chẩn đoán từ quá trình mang thai và đến sớm

5.1.1. Đối với các cơ sở hộ sinh xã, phường

Hộ sinh tư nhân công việc đầu tiên là chuyển đến các cơ sở sản khoa có phẫu thuật đẻ 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.

5.1.2. 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 chồm tại bệnh viện có phẫu thuật.

5.2. Trường hợp thai to đến cấp cứu với lý do đẻ khó, chuyển dạ lâu, đầu không lọt.

5.2.1. Chẩn đoán nguyên nhân đẻ khó

Sau khi đã loại trừ khung xương hẹp, ngôi bất thường, con co bất thường hướng chẩn đoán tới thai to - xác định chẩn đoán qua các dấu hiệu lâm sàng và siêu âm.

5.2.2. Nếu thấy thai to và có dấu hiệu chuyển dạ đình trệ nên mổ lấy thai trước khi xuất hiện dọa vỡ, suy thai

5.2.3. Trường hợp tiên lượng có thể đẻ đường dưới

- Nếu ối còn, chỗ cổ tử cung mở 3 - 4cm thì bấm ối để đầu trực tiếp vào tiểu khung, thông qua động lực là cơn 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 cơn co đã nhiều không giúp đánh giá khả năng lọt chính xác được.

- Sau bấm ối nếu cơn co tốt thì không phải can thiệp gì thêm, nếu cơn co thưa thì có thể chỉ định đẻ chỉ huy.

- Pha 5đv Oxytocin vào 500ml dung dịch Glucoza 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 cơn 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 tầng sinh môn có thể cao hơn.

- Nếu đầu lọt thấp nhưng rặn không chuyển có thể đặt Foocep hoặc giác hút, tránh đặt Foocep cao.

5.2.4. 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.

D. ĐẼ KHÓ DO THAI

1. VAI

Thông thường đường kính 2 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

1.2. Nguyên nhân

- **Chủ yếu là vai to do thai to** (xem phân nguyên nhân của thai to)

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.

1.3. 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, đường niệu.... phải không quên khả năng có khó khăn do vai to

- **Thường dễ 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 có thể để chẩn đoán

1.4. Xử trí

- Bình tĩnh tự tin, biết phải làm gì và sẽ xử lý hiệu quả tình huống
- 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.

- Chuẩn bị đầy đủ phương tiện và nhân lực hồi sức sơ sinh
- Có kế hoạch dự phòng chảy máu sau đẻ
- 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.

- 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 đầy đáy tử cung.

- Đỡ vai sau: trường hợp có khó khăn, có thể đỡ đầu từng nấc kéo xuống một ít, lại kếp lên một ít. Nếu thấy có chuyển thì tiếp tục làm

- Nếu vẫn chưa có kết quả: hai bàn tay áp vào ngực và lưng xoay cho vai trước ra 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.

- Hạ tay sau: hạ được một tay sẽ giảm từ đường kính 2 vai xuống 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.

- Làm gãy xương đòn: 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 khu 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 nhanh và an toàn hơn

2. NÃO ÚNG THUỶ

2.1. Phân loại

Não úng thủy nằm trong một loại hình bệnh lý được gọi chung là não thất đại với các chi tiết nhưng: có teo não, nước não tuỷ tắc hay thông não úng thủy là một 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.

2.2 Chẩn đoán

- Nấn ngoài: đầu to
- Ọp ẹp
- Chòm mu
- Thăm trong
 - Đường khớp rộng
 - Xương sọ ọp ẹp thường khó chẩn đoán não úng thủy trong ngôi ngược

2.3. Diễn biến

Với não úng thủy lớn sẽ gây chướng dạ kéo dài, dọa vỡ và vỡ tử cung

2.4. Xử trí

Trong bài nói đến 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 chỉ để 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)

3. BỤNG CỐC

- Bụng to có thể do u gan, u lách nhưng chủ yếu 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.

4. ĐỂ 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)

E. ĐA THAI

1. ĐỊNH NGHĨA

Sinh đôi (song thai) là sự phát triển đồng thời hai thai trong lòng tử cung người mẹ. Sinh đôi chiếm tỷ lệ khoảng 1-1,5% tổng số các trường hợp đẻ (1/80 trường hợp). Tuy nhiên hiện nay tỷ lệ này có xu hướng tăng lên cùng với sự phát triển của các phương tiện hỗ trợ sinh sản mới. Cũng như các trường hợp đa thai khác, sinh đôi là một thai nghén có nguy cơ bệnh lý và tử vong chu sản cao. Đặc điểm "nguy cơ cao" xảy ra ngay cả trong thời kỳ mang thai cũng như trong chuyển dạ đẻ.

2. PHÂN LOẠI

Dựa vào nguồn gốc phát sinh có hai loại sinh đôi

2.1. Sinh đôi hai noãn (sinh đôi dị hợp tử)

- Sinh đôi hai noãn thường gặp hơn sinh đôi một noãn, tỷ lệ khoảng 65% - 70% tổng số sinh đôi. Nguyên nhân có thể do yếu tố dân tộc, di truyền, gia đình, con rạ đẻ nhiều lần, ngày nay do sử dụng các thuốc ngừa thai, thuốc kích thích rụng trứng trong hỗ trợ sinh sản nên tỷ lệ sinh đôi tăng lên.

- Nguồn gốc: sinh đôi hai noãn còn gọi là sinh đôi dị hợp tử. Là kết quả của sự thụ tinh giữa hai tiểu noãn với hai tinh trùng riêng biệt để trở thành hai trứng. Do nguồn gốc phát sinh khác nhau, trẻ có thể khác giới hay cùng giới. Hai thai dù cùng giới nhưng không hoàn toàn giống nhau như trong sinh đôi một noãn

- Bánh rau: hai bánh nhau riêng biệt hay đôi khi nằm gần với nhau nhưng hệ tuần hoàn riêng biệt và không lưu thông, hai nội sản mạc, hai trung sản mạc, ngoại sản mạc có thể chung cho cả hai buồng ối hoặc riêng biệt.

2.2. Sinh đôi một noãn (sinh đôi đồng hợp tử)

- Sinh đôi một noãn hiếm gặp hơn, khoảng 1/250 trường hợp sinh, không có tính chất gia đình và di truyền, là kết quả của sự thụ tinh giữa một tiểu noãn và một tinh trùng duy nhất, nhưng trong quá trình phân bào của trứng do sự đột biến mà phát triển thành hai thai. Do có cùng nguồn gốc cho nên hai thai mang cùng tính chất di truyền, bao giờ cũng cùng giới, có thể giống nhau về hình thái cơ thể...

- Bánh rau: tùy theo sự đột biến trong quá trình phân bào của trứng sớm hay muộn mà có 3 dạng khác nhau:

+ Phân bào xảy ra ở thời kỳ sau khi thành lập lá nuôi và trước thành lập buồng ối (ngày 4) thì sẽ có một bánh nhau, một trung sản mạc, hai nội sản mạc. Một số hiếm có thể xảy ra là hai bánh nhau riêng biệt, hai trung sản mạc, hai nội sản mạc (1/10).

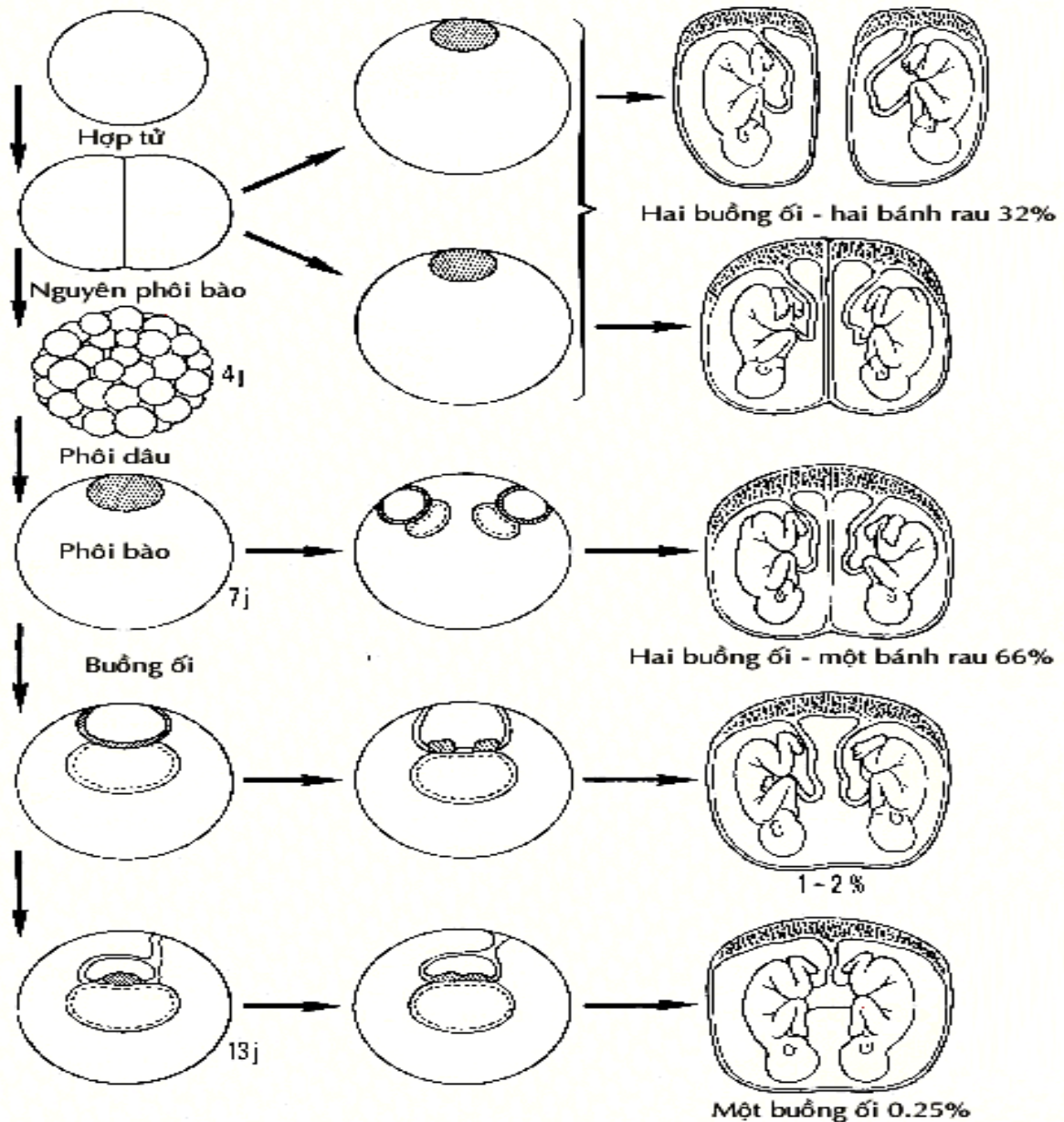
+ Phân bào xảy ra vào thời kỳ sau thành lập buồng ối (ngày thứ 7) sẽ có một bánh nhau, một trung sản mạc, hai nội sản mạc (25- 30%), hai thai ở trong hai buồng ối nhưng nhận sự nuôi dưỡng từ một bánh nhau chung.

+ Phân bào xảy ra từ ngày thứ 7- 13, sẽ có hai thai chung nhau một bánh nhau, cùng chung một buồng ối.

+ Phân chia xảy ra muộn sẽ có nhiều nguy cơ hai thai dính nhau, chung tạng, quái thai. Trường hợp này rất hiếm gặp (3%).

Bánh nhau trong sinh đôi một noãn thường có các mạch máu nối thông với nhau. Có hai dạng nối thông là loại nối tiếp nông trên bề mặt nội sản mạc và loại mạch nối tiếp sâu ở trong bề dày của các múi nhau, động mạch hệ này nối với tĩnh mạch hệ kia hoặc ngược lại. Do tính chất này mà hai thai sẽ liên quan chặt chẽ với nhau theo hình thức cho máu và nhận máu. Thông thường sự truyền máu cho nhận diễn ra cân bằng và hai thai phát triển bình thường như nhau. Đôi khi diễn ra sự mất cân bằng tuần hoàn, một thai cho nhiều còn ngược lại thai kia

nhận nhiều sẽ dẫn đến tình trạng một thai teo dẹt, thậm chí chết lưu trong khi thai kia có thể phù to.



Hình. Tóm tắt các dạng khác nhau của sinh đôi

3. ĐẶC ĐIỂM SINH ĐÔI

- Tỷ lệ thai bệnh lý và tử vong chu sản cao 7% - 10%.
- Nguy cơ tử vong chu sản chủ yếu là đẻ non.
- Tỷ lệ dị tật bẩm sinh ở sinh đôi đồng hợp tử cao hơn sinh đôi dị hợp tử.

- Trong chuyển dạ, sinh đôi đồng hợp tử có nguy cơ cao hơn sinh đôi dị hợp tử.
- Có khả năng xảy ra sự bất cân bằng tuần hoàn trong truyền máu cho nhận.

4. TRIỆU CHỨNG HỌC VÀ CHẨN ĐOÁN

Cần phải phát hiện, chẩn đoán sớm bởi vì tiên lượng của nó một phần liên quan đến sự chẩn đoán này.

4.1. Hỏi

- Tiền sử gia đình bên vợ hay chồng có người sinh đôi hoặc đa thai không. Nếu sản phụ sinh con rạ thì các lần trước đã có lần nào sinh đôi chưa.
- Tiền sử sản phụ có sử dụng thuốc ngừa thai, hoặc thuốc kích thích rụng trứng trong điều trị vô sinh không, loại thuốc nào.

4.2. Cơ năng

- Dấu hiệu nghén: thai phụ có dấu hiệu nghén nhiều hơn bình thường so với lần thai trước hoặc so với người cùng có thai. Phù sớm và nhiều do tử cung to chèn ép tuần hoàn chi dưới. Sản phụ mệt mỏi, đi lại khó khăn.
- Tử cung to nhanh làm thai phụ có thể cảm thấy khó thở do cơ hoành bị đẩy lên.
- Thai máy ở nhiều nơi trên tử cung, khắp ổ bụng.

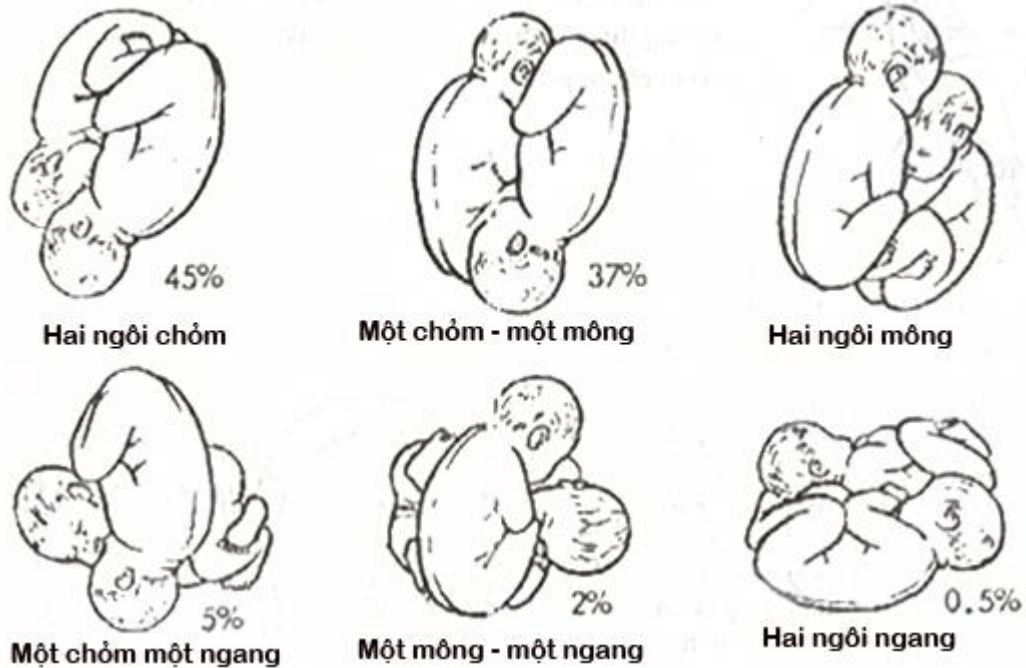
4.3. Thực thể

- Nhìn thấy bụng to, thành bụng căng, có nhiều vết rạn. Hai chân phù to, trắng mọng, đôi khi phù lên tới bụng.
- Đo chiều cao tử cung lớn hơn tuổi thai. Khi thai đủ tháng chiều cao tử cung có thể tới 35 - 40 cm trên vệ, vòng bụng có thể tới 100 cm hoặc hơn.
- Nắn khó thấy đủ cả bốn cực. Thường nắn thấy ba cực, hai cực đầu một cực mông hoặc hai cực mông một cực đầu. Nếu chỉ nắn thấy hai cực thì hai cực đó phải là hai cực đầu hoặc hai mông. Đôi khi không nắn rõ được cực nào mà chỉ thấy được nhiều chi.
- Nghe: nghe được hai ổ tim thai riêng biệt, tần số hai ổ tim thai chênh lệch hơn nhau 10 nhịp/1 phút. Khoảng cách giữa hai ổ tim thai trên 10cm.
- Khám trong giúp khẳng định kết quả khám ngoài. Khám trong xác định được một cực của thai ngoài một cực đã xác định khi khám ngoài.

Ngoài việc chẩn đoán xác định sinh đôi thì việc xác định tư thế của hai thai trong buồng tử cung cũng rất quan trọng. Tỷ lệ các ngôi thường gặp là:

- + Hai ngôi chỏm: 50% Một ngôi chỏm, một ngôi mông: 35%
- + Hai ngôi mông: 10% Một ngôi chỏm, một ngôi ngang: 3%

+ Một ngôi mông, một ngôi ngang: 2%



Hình 2. Các ngôi kết hợp trong song thai

4.4. Các phương pháp thăm dò khác

- Chụp X quang bụng: Có hình ảnh 2 đầu, 2 cột sống của thai nhi. Tuy nhiên thai dễ bị nhiễm tia X, nên cần hạn chế chụp phim. Chỉ chụp khi thai nhi đã trên 7 tháng.

- Siêu âm: có thể phát hiện sinh đôi sớm. Chẩn đoán sinh đôi ở giai đoạn đầu dễ dàng vì ở giai đoạn này màng đệm thấy rõ, tạo thành vòng dày khác với màng ối mỏng và thưa âm vang hơn. Thai 6 tuần tuổi: Thấy hai túi ối. Thai 10 tuần: Thấy hai túi thai, hai ổ tim thai. Thai > 17 tuần: Đo đường kính lưỡng đỉnh của mỗi thai nhi, trên siêu âm có thể theo dõi sự phát triển khác nhau của từng thai. Dấu hiệu dư ối thường gặp trong sinh đôi.

4.5. Chẩn đoán phân biệt

4.5.1. Thai to

Chỉ nhìn thấy hai cực đầu và mông, nghe một ổ tim thai..

4.5.2. Một thai - đa ối

Trong sinh đôi, tỷ lệ dư ối khoảng 10%, thành tử cung căng, mềm, khó nắn được các cực của thai, nghe tiếng tim thai nhỏ, xa xăm.

4.5.3. Một thai và một khối u buồng trứng hoặc u xơ tử cung

Khi nắn dễ nhầm khối u là 1 cực của thai. U xơ tử cung thường có tiền sử rối loạn kinh nguyệt, hơn nữa trong cơ thể các phần thai khó xác định được còn u xơ tử cung vẫn nắn thấy rõ.

4.6. Tiến triển và các nguy cơ của sinh đôi

4.6.1. Trong thai kỳ

- Sảy thai, đẻ non: một biến chứng thường gặp, nguy cơ đẻ non cao gấp 6 lần thai thường (khoảng 15-30% các trường hợp sinh đôi bị đẻ non trong đó khoảng 8% trước 32 tuần). Tỷ lệ tử vong chu sản và thai bệnh lý cao cũng do thai non yếu.

- Tiền sản giật: xảy ra thường xuyên và sớm hơn các trường hợp một thai.

- Đa ối: thường xảy ra vào thời kỳ cuối của 3 tháng giữa thai kỳ. Hay gặp ở trường hợp sinh đôi một bánh nhau, bất cân bằng tuần hoàn giữa hai thai.

- Hội chứng truyền máu cho nhận: chẩn đoán hội chứng truyền máu cho nhận thường bắt đầu từ tuần thứ 22 -24. Thai nhận có tình trạng đa ối, thai cho thì thiếu ối.

- Thai chậm phát triển trong tử cung: nguy cơ đứng thứ hai sau đẻ non, tỷ lệ gặp gấp 10 lần một thai. Hơn 50% trường hợp thai chết trong tử cung là hậu quả của thai chậm phát triển trong tử cung hoặc do sự bất cân bằng tuần hoàn hai thai.

- Nhau bám thấp: do sự tăng bề mặt của bánh nhau, nó làm tăng nguy cơ đẻ non, chảy máu do bong nhau, ngôi thai bất thường.

- Thai dị dạng: nguy cơ thai dị dạng 2% trong sinh đôi, đặc biệt là sinh đôi đồng hợp tử (10%)

- Thiếu máu: 3,2% trường hợp

4.6.2. Trong chuyển dạ

- Đẻ khó do cơ thể tử cung

- Sa dây rốn

- Đẻ khó thai thứ hai

- Hai thai mắc nhau

- Sang chân sản khoa

- Đờ tử cung sau đẻ

5. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

5.1. Trong thời kỳ mang thai

- Theo dõi, đánh giá sự phát triển của thai định kỳ, phát hiện sớm các nguy cơ cho thai và người mẹ. Bảo đảm vệ sinh thai nghén, chế độ dinh dưỡng,

- Dự phòng hiện tượng đẻ non: phải có một chế độ nghỉ ngơi thích hợp cho thai phụ, tránh lao động và di chuyển nhiều trong thời kỳ mang thai.

- Cần phát hiện sớm và điều trị kịp thời khi có hiện tượng chuyển dạ đẻ non: theo dõi và điều trị tại bệnh viện, nằm nghỉ tuyệt đối, dùng các thuốc giảm co, utrogestan, acid folic, sắt, vitamin D.

Việc theo dõi thai phụ và phát hiện các nguy cơ trong sinh đôi có thể được tiến hành ở tuyến xã, tuy nhiên không nên đỡ đẻ sinh đôi ở tuyến xã mà phải chuyển lên các tuyến trên.

5.2. Khi chuyển dạ

5.2.1. Nguyên tắc chung trong đỡ sinh đôi

- Kịp đỡ đẻ và sẵn sóc phải có ít nhất hai người trở lên. Tốt nhất nên có một nhà sản khoa, một bác sĩ nhi sơ sinh và một gây mê hồi sức.

- Trong quá trình chuyển dạ luôn theo dõi tình trạng sức khỏe của người mẹ và hai thai, nhất là thai nhi thứ hai. Phát hiện kịp thời nguy cơ suy thai và có biện pháp xử trí thích hợp. Do tử cung quá căng nên cơn co tử cung thường yếu và thưa, cổ tử cung mở chậm. Nếu đủ điều kiện có thể bấm ối cho tử cung bớt căng, điều chỉnh cơn co tử cung để chuyển dạ tiến triển tốt hơn.

5.2.2. Diễn tiến cuộc đẻ

Thông thường cuộc đẻ diễn ra qua 4 giai đoạn:

- Giai đoạn 1: đẻ thai nhi thứ nhất: Thai thứ nhất thường là ngôi thuận, đôi khi là ngôi ngược. Thường ngôi lọt chậm, cơn co yếu. Nếu là ngôi chòm thì đỡ đẻ như bình thường, chú ý khi ối vỡ dễ gây sa dây rốn. Sau khi thai sổ kẹp chặt dây rốn trước khi cắt để ngăn ngừa mất máu của thai thứ hai nếu có tuần hoàn nổi thông.

- Giai đoạn 2: sau khi thai thứ nhất sổ, buồng tử cung trở thành quá rộng đối với thai thứ hai làm cho thai không bình chỉnh tốt, dễ sinh ra ngôi bất thường như ngôi ngang, ngôi ngược. Vì vậy cần kiểm tra ngay ngôi, thế và tình trạng tim thai của thai thứ hai. Chú ý rằng thai thứ hai luôn bị đe dọa trước nguy cơ thiếu oxy.

- Giai đoạn 3: đẻ thai thứ hai

Tùy theo thai thứ hai ngôi gì mà có hướng xử trí thích hợp. Nếu ngôi ngang thì bấm ối, nội xoay thai tìm chân kéo thai ra ngay. Nếu là ngôi dọc, ngôi có thể là thuận hay ngược, tôn trọng thời gian nghỉ ngơi sinh lý chờ có cơn go xuất hiện thì bấm ối cố định ngôi thai và sinh thường. Nếu cơn co tử cung yếu thì truyền oxytocin.

- Giai đoạn 4: sổ rau

Thường hai bánh nhau cùng sổ một lúc hoặc liên tiếp sổ sau khi đẻ thai thứ hai. Nhưng cũng có trường hợp hai bánh nhau đều bong khi thai thứ hai chưa sổ làm thai thứ hai chết. Trong thời kỳ sổ nhau dễ có biến chứng chảy máu do dờ tử cung, do đó phải dùng thuốc co bóp tử cung ngay và duy trì nhỏ giọt tĩnh mạch. Sau đẻ cần kiểm tra bánh nhau để chẩn đoán sinh đôi một noãn hay hai noãn

5.3. Thời kỳ hậu sản

Cần theo dõi sát sản phụ những giờ đầu sau đẻ vì dễ xảy ra chảy máu do dờ tử cung thứ phát. Bảo đảm tốt chế độ dinh dưỡng để tạo cho sản phụ khả năng nhanh chóng phục hồi sức khỏe và có đủ sữa nuôi hai con.

6. CHỈ ĐỊNH MÔ LẮY THAI TRONG SINH ĐÔI

- Hai cực đầu của hai thai cùng xuống một lúc, chèn ép nhau.
- Thai thứ nhất là ngôi ngược, thai thứ hai thuận (hai thai có thể mắc nhau).
- Thai thứ nhất ngôi ngang.
- Thai thứ nhất bị suy thai, sa dây rau không đẩy lên được.
- Sinh đôi hai thai dính nhau.
- Rau tiền đạo, tử cung có sẹo mổ cũ, con so lớn tuổi.

E. NGÔI NGƯỢC

1. ĐỊNH NGHĨA

Ngôi ngược hay ngôi mông là một ngôi dọc; đầu ở trên, mông hay chân ở dưới.

2. PHÂN LOẠI

Có 2 loại ngôi ngược

Ngôi ngược hoàn toàn (mông và 2 chi dưới gập lại).



Hình. Ngồi ngược hoàn toàn

Ngồi ngược không hoàn toàn gồm:

- Ngồi ngược không hoàn toàn kiểu mông (mông và 2 chân vắt ngược lên đầu).
- Ngồi ngược không hoàn toàn kiểu chân (2 chân duỗi thẳng)
- Ngồi ngược không hoàn toàn kiểu đầu gối (thai quỳ gối trong tử cung).



A.



B.

Hình. A. Ngồi ngược kiểu chân B. Ngồi ngược kiểu mông

3. NGUYÊN NHÂN

Hai yếu tố hình thành ngồi ngược:

- Sinh non (thai chưa kịp bình chỉnh thành ngôi thuận)
- Các yếu tố cản trở bình chỉnh của thai.

Các nguyên nhân:

- Phía mẹ: tử cung kém phát triển, tử cung đôi, tử cung hai sừng, tử cung có vách ngăn, u xơ tử cung, khối u tiền đạo, con rạ sinh nhiều lần.
- Phía thai nhi: đa thai, thai dị dạng (đặc biệt gặp trong não úng thủy)

- Phía phần phụ của thai: thiếu ối, đa ối, nhau tiền đạo...

4. THẾ VÀ KIỂU THẾ

- Điểm mốc: đỉnh xương cùng.
- Lưng bên nào thì thế bên đó.
- Đường kính lọt: đường kính lưỡng ụ đùi = 9,5 cm.
- 4 kiểu thế lọt:
 - + Cùng chậu trái trước
 - + Cùng chậu trái sau
 - + Cùng chậu phải trước
 - + Cùng chậu phải sau
- 2 kiểu sỏ:
 - + Cùng chậu trái ngang
 - + Cùng chậu phải ngang

5. CHẨN ĐOÁN

- Hỏi: sản phụ cảm giác tức một bên hạ sườn.
- Nhìn: tử cung hình trứng, trục dọc.
- Nghe tim thai: ngang rốn hay cao hơn rốn.
- Khám 4 thủ thuật (các thủ thuật Léopold).
 - + Cục trên (đáy tử cung) là đầu.
 - + Cục dưới (vùng đoạn dưới) là mông.
- Khám âm đạo:
 - + Nhất là lúc đã chuyển dạ sẽ thấy xương cùng, mông và 2 chân thai nhi (mông đủ) nếu ối chưa vỡ.
 - + Hoặc có thể sờ được xương cùng, mông, hậu môn và cơ quan sinh dục, bàn chân (cần phân biệt với bàn tay: chân ngón ngắn, gót, 2 mắt cá, gót chân là một góc vuông tạo giữa bàn chân và cẳng chân).
 - Siêu âm: sử dụng thường quy trong ngôi ngược để xác định trọng lượng thai, các bất thường của thai
 - X quang: giúp chẩn đoán phân biệt với các ngôi khác, chẩn đoán đầu ngửa.

6. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ TRONG NGÔI NGƯỢC

6.1. Nguyên tắc

- Phải khám xét cẩn thận, tiên lượng kỹ càng để có thái độ xử trí chính xác. Việc xử trí một ngôi ngược không được phép để trở thành một cấp cứu, phải có chỉ định cụ thể trước khi chuyển dạ bắt đầu.
- Có hai hướng xử trí là sinh đường âm đạo hay mổ lấy thai.

6.2. Xử trí

6.2.1. Đẻ đường âm đạo

- Chuẩn bị đỡ đẻ: tốt nhất ngôi ngược nên đẻ ở trung tâm có khả năng phẫu thuật.
- Cho sản phụ:
 - + Hướng dẫn cách đỡ đẻ, cách rặn.
 - + Sản phụ nằm theo tư thế sản khoa.
- Về nhân viên Y tế:
 - + Phải có đủ người (2 đến 3 người).
 - + Các phương tiện hồi sức sơ sinh, oxytocin, dịch truyền.

6.2.2. Kỹ thuật đỡ đẻ ngôi ngược

- Đặt sẵn một đường truyền tĩnh mạch khi cổ tử cung mở gần hết.
- Nếu có thể nên gây tê thần kinh thẹn.
- Nên để cuộc chuyển dạ xảy ra một cách tự nhiên: chờ đợi
- Lưu ý tình trạng cổ tử cung phải mở hết, không kéo chân thai nhi.
- Để sinh tự nhiên:

Phương pháp Vermelin

Chỉ định: trường hợp con rạ, thai nhỏ, tầng sinh môn giãn tốt, để cuộc đẻ xảy ra một cách tự nhiên, không có bất kỳ một sự trợ giúp nào, không có một sự can thiệp thủ thuật nào trên thai nhi.

Phương pháp Xôvianốp

Mục đích của phương pháp đó là làm cho ngôi lọt và xuống trong tiểu khung một cách từ từ, không nhanh quá, lợi dụng ngôi làm cho cổ tử cung, âm đạo, tầng sinh môn giãn tốt. Muốn thế, người hộ sinh phải giữ cho ngôi không xô ra ngoài trong một thời gian nhất định.

- Đối với ngôi ngược không hoàn toàn kiểu mông, mục đích của phương pháp là lợi dụng khối ngực và chân của thai nhi khá to để làm cho cổ tử cung, âm đạo, tầng sinh môn giãn tốt.

Đến thì sờ đầu sử dụng thuốc để giúp cơn co mạnh lên, hướng dẫn thai phụ rặn mạnh, kết hợp với ấn đầu thai nhi ở phía trên khớp mu.

Cho thai phụ nằm theo kiểu nửa nằm nửa ngồi. Hồi sức thai có hệ thống mặc dù thai không suy bằng glucose và oxy, vì theo Xôvianôp trong ngôi ngược thai dễ suy.

- Đối với ngôi ngược hoàn toàn: khi ngôi đã thập thò ở âm hộ người hộ sinh dùng một miếng gạc lớn ấn vào âm hộ mỗi khi có cơn co, thời gian ấn vào âm hộ để giữ mông không sổ sớm có thể từ 15- 25 phút, nhưng phải theo dõi tim thai, nếu thai suy phải dùng giữ mông để mông sổ. Nếu thai không suy, trong cơn rặn, mông thai nhi muốn đẩy bật tay người hộ sinh ra ngoài, lúc đó buông tay ra để mông sổ.

- Đối với ngôi ngược không hoàn toàn kiểu mông: khi mông sổ ra ngoài hai tay người hộ sinh ôm vào đùi thai nhi, ngón cái về phía sau đùi, các ngón khác về phía xương cụt, hướng thai nhi lên trên, chuyển dần tay về phía thân thai nhi, giữ cho chân thai nhi luôn luôn áp vào bụng và ngực giúp giãn nở các phần mềm tốt.

- Sinh ngôi ngược có can thiệp từng phần:

+ Để sinh tự nhiên đến rón, chỉ hỗ trợ trong thì sinh vai, tay và đầu hậu.

+ Khi mông đã sổ, nếu thấy dây rốn căng phải kéo nhẹ dây rốn ra để đỡ căng (không đụng đến bụng và thân thai nhi).

+ Hỗ trợ sinh vai: lúc vai đã lọt và sắp sổ, nhắc nhẹ thân thai nhi về phía xương vè người mẹ để vai sau và tay sổ ra ngoài rồi hạ thân thai nhi xuống để vai trước sổ. Sau khi đã sổ 2 vai và tay, xoay nhẹ thân thai nhi ở vị trí nằm sấp (không để thai nằm ngửa). Nếu tay thai nhi giơ cao hay vòng sau gáy phải dùng các thủ thuật hạ tay.

Trường hợp vai sau đã đi qua bờ của tiểu khung trong khi vai trước hãy còn cao (nằm trên vai sau) phải dùng thủ thuật Lovset (nắm hai đùi thai nhi với các ngón tay ở phía trước, ngón cái ở phía sau đùi, quay thân của thai nhi sao cho vai sau được đưa ra phía trước, thường quay theo chiều kim đồng hồ, trong quá trình đó cánh tay sẽ bị đẩy xuống phía dưới đến bờ dưới cung xương vè và sổ ra ngoài. Tránh ôm vào bụng thai nhi gây phản xạ thở của trẻ.

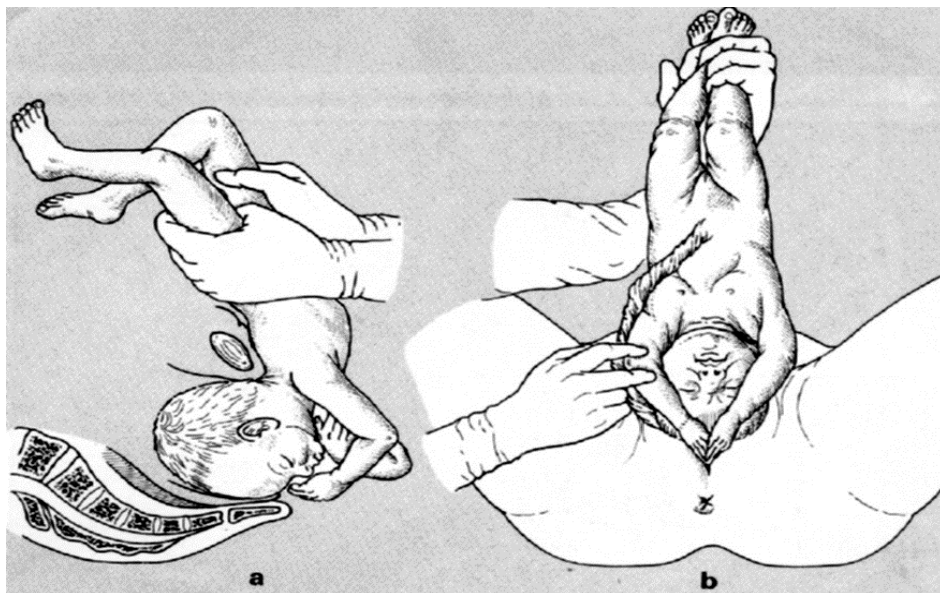
Trường hợp các cánh tay kẹt sau gáy, có thể xử trí tình huống này bằng thủ thuật tương tự, trong đó đưa trẻ được quay đủ 180⁰ như vậy trong quá trình quay cánh tay trước được đẩy ra phía trước qua mặt đứa trẻ và cuối cùng xuống phía dưới để có thể sổ ra bên dưới cung vè. Cùng một quá trình ấy được thực hiện cho cánh tay kia.

- Hỗ trợ sinh đầu hậu :

Hai tay người đỡ đỡ ôm vào khung chậu của thai nhi kéo nhẹ thai theo hướng xuống dưới và ra sau cùng lúc người phụ đẩy trên đáy tử cung để đầu cúi tốt cho đến khi hạ cằm số đến bờ dưới khớp vệ, nâng thai ngược lên về phía bụng mẹ để đầu thai ngửa dần, cằm, mặt và các phần còn lại của đầu sẽ lần lượt sổ ra khỏi âm hộ.

Sổ đầu hậu:

+ Thủ thuật Bracht (áp dụng trong những trường hợp con nhỏ, con rạ, tầng sinh môn mềm giãn tốt): móng đã sổ đến rốn cả khối thân thai nhi, 2 chân duỗi thẳng (người đỡ đỡ cầm 2 chân) giữ cho lưng thai nhi luôn luôn sát vào xương vệ của mẹ cộng với sức đẩy con co tử cung và sức ấn trên xương vệ, phần còn lại của thai nhi sẽ sổ ra tự nhiên.

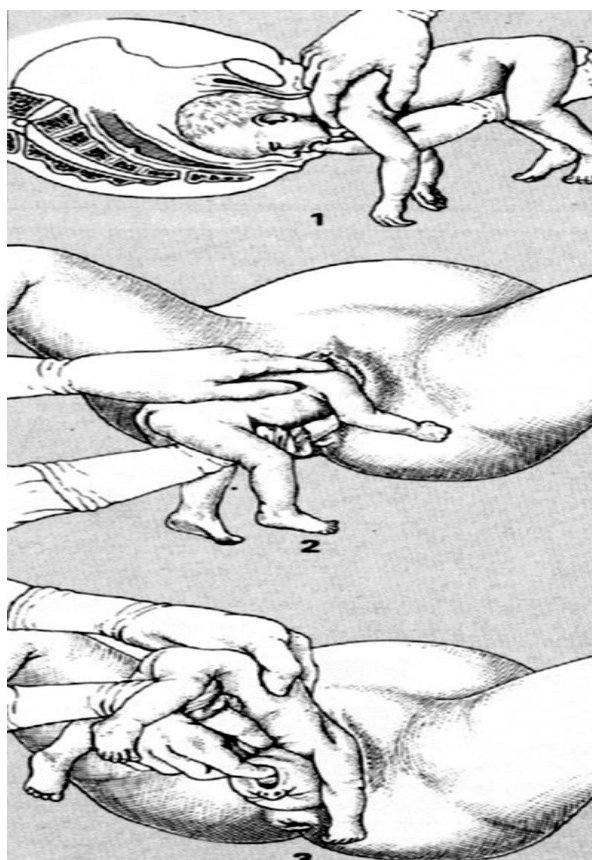


Hình. Thủ thuật Bracht

+ Thủ thuật Mauriceau (áp dụng cho con so, tầng sinh môn chắc) sau khi vai đã sổ ra ngoài để thai nhi nằm vắt trên mặt trong của cẳng tay người đỡ. Ngón trỏ và ngón giữa của bàn tay này đè vào hàm dưới trên lưỡi tới đáy lưỡi của thai (cẩn thận tránh làm rách hãm lưỡi của thai). Mục đích giúp đầu hậu cúi tốt, dùng ngón trỏ và ngón giữa của bàn tay còn lại đè lên vai gáy thai nhi tạo một lực kéo theo phương hướng ra sau và xuống dưới; Phải kéo đều tay, liên tục với cơn co tử cung thật tốt đến khi hạ cằm sổ ra đến bờ dưới khớp vệ, lúc đó cho đầu ngửa dần bằng cách nâng thai lên dần về phía bụng mẹ để sổ mặt và các phần còn lại của đầu.

+ Ngoài ra còn có thể lấy đầu hậu bằng Forceps Piper

+ Đại thủ thuật kéo thai ngôi ngược: là thủ thuật can thiệp trên toàn bộ cuộc sinh ngôi mông, phải gây mê và chuẩn bị như một cuộc mổ.



Hình. Thủ thuật Mauriceau

Ngày nay người ta đã chỉ định mổ lấy thai thay cho chỉ định đại kéo thai.

Chỉ định đại kéo thai:

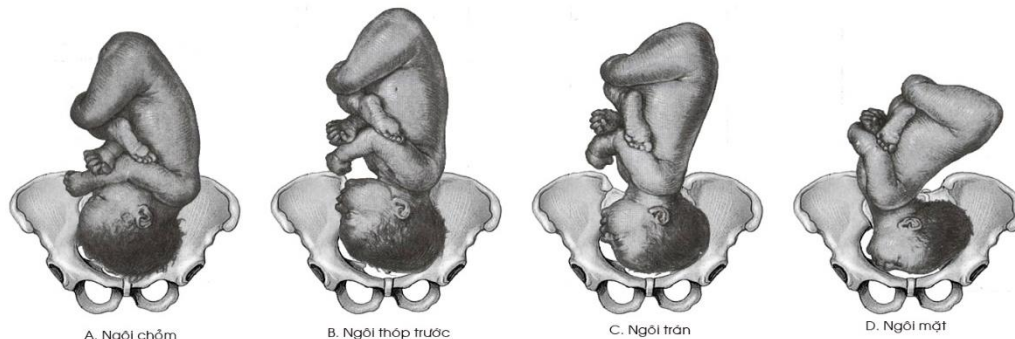
- Điều trị tiếp sau nội xoay thai.
- Ngồi mông có dấu hiệu suy thai và đủ điều kiện để sinh đường âm đạo tức thì.
- Áp dụng cho ngồi mông thiếu kiểu chân và ngồi mông đủ.

6.2.2. Chỉ định mổ lấy thai ngồi ngược

- Con so, ngồi ngược ước lượng trọng lượng thai trên 3000 gram
- Con rạ, ngồi ngược ước lượng trọng lượng thai khá to so với lần sinh trước.
- Tiền sử sinh khó ở những lần sinh trước.
- Con so, ngồi ngược, mẹ lớn tuổi.
- Ngồi ngược con quý
- Ngồi ngược sa dây rốn
- Ngồi ngược suy thai trong chuyển dạ
- Ngồi ngược chuyển dạ kéo dài, chuyển dạ khó khăn

F. NGÔI MẶT, NGÔI TRÁN, NGÔI THÓP TRƯỚC, NGÔI NGANG

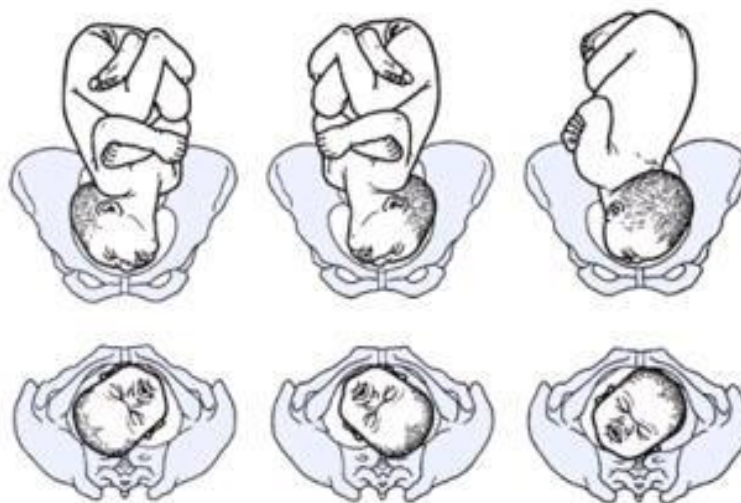
Khác với ngôi chỏm là ngôi mà đầu cúi tốt, ngôi mặt, ngôi trán và ngôi thóp trước là những ngôi đầu ngửa hoặc cúi không tốt. Nguyên nhân thường gặp của các ngôi này thường do sự bất tương xứng đầu - chậu. Việc chẩn đoán sớm các ngôi bất thường có ý nghĩa quan trọng cho mẹ và cho thai. Trong quá trình chuyển dạ ngôi mặt, ngôi thóp trước có thể tiến triển và có thể đẻ được qua đường âm đạo, ngôi trán và ngôi ngang phải mổ lấy thai ngay



1. NGÔI MẶT

1.1. Định nghĩa

Ngôi mặt là ngôi đầu ngửa tối đa, mặt trình diện trước eo trên, vùng chỏm dựa vào lưng thai nhi. Mốc của ngôi mặt là cằm, ngôi mặt kiểu cằm trước dễ tương đối dễ hơn ngôi mặt cằm sau. Tỷ lệ ngôi mặt 1 - 3/1000 cuộc đẻ. Tiên lượng một cuộc đẻ ngôi mặt ít thuận lợi hơn so với ngôi chỏm.



Hình. Ngôi mặt

1.2. Nguyên nhân

Các yếu tố thuận lợi cho ngôi mặt có thể là do mẹ, do thai, do phần phụ của thai.

- Về phía mẹ: do dị dạng tử cung, tử cung 2 sừng, tử cung lệch hay đổ trước, có u xơ tử cung ở eo hoặc tử cung nhão ở người con rạ đẻ nhiều lần

- Về phía thai: thai to, đầu to, u ở cổ, thai vô sọ, cột sống bị gù.

- Phần phụ: rau tiền đạo, đa ối, dây rau quấn cổ.

1.3. Cơ chế đẻ

Người ta phân biệt ngôi mặt nguyên phát là ngôi có từ trước khi chuyển dạ và ngôi mặt thứ phát xảy ra khi đã chuyển dạ. Đa số ngôi mặt là thứ phát cho nên có tác giả cho rằng ngôi mặt là ngôi xảy ra trong chuyển dạ.

Trong đẻ ngôi mặt, ngôi thai bình chỉnh không tốt, ối dễ vỡ, cổ tử cung xoá mở chậm, chuyển dạ kéo dài. Mốc của ngôi mặt là cằm, đường kính lọt là hạ cằm - thóp trước 9,5 cm.

1.3.1. Thì lọt

Mặt trình diện toàn bộ ở eo trên, lọt luôn là đối xứng, trung tâm của ngôi tương ứng với trung tâm của eo trên. Kiểu cằm chấu trái trước gặp nhiều hơn cằm chấu phải trước: Lọt sẽ xảy ra không khó khăn vì đường kính lọt hạ cằm thóp trước 9,5 cm, đường kính lưỡng gò má 8,5 - 9 cm lọt dễ dàng qua eo trên.

1.3.2. Thì xuống và quay

Đây là thì quyết định có khả năng đẻ được đường dưới hay không, điều này tùy thuộc vào sự tiến triển thuận lợi hay ngừng tiến triển. Sự tiến triển ngôi thai phụ thuộc hoàn toàn vào hướng quay của đầu.

- Đầu quay về phía trước:

Đối với kiểu thế sau đầu quay 135° ra trước, với kiểu thế trước đầu quay 45° để lựa theo đường kính trước sau của eo dưới, cằm hướng tới khớp mu. Hiện tượng xuống tiếp diễn và mỏm cằm thoát khỏi bờ dưới khớp mu rồi đầu cúi từ từ để sỏ ra.

- Đầu quay về phía sau:

Kiểu cằm sau lọt khó vì đầu khó ngửa hẳn, cằm bị đưa vào hõm của xương cùng, cổ không uốn dài được. Muốn cho ngôi xuống, tiểu khung phải tiếp nhận đường kính ức - thóp trước của thai nhi là 15 cm. Do đó một khung chậu bình thường không thể thích ứng với một thai nhi bình thường, và cuộc đẻ trong kiểu thế cằm sau thông thường giải quyết bằng mổ lấy thai.

1.3.3. Thì sỏ

- Chỉ xảy ra đối với kiểu thế trước. Cắm xuống tới khớp mu, cổ ưỡn dài để cầm tới bờ dưới khớp mu và cố định ở đó. Đầu bắt đầu cúi để dần dần sỏ miệng, mũi, thóp trước rồi đến trán và cuối cùng là thượng chẩm. Như vậy đường kính thượng chẩm cầm 13,5 cm sỏ cuối cùng, nên khi thai sỏ dễ bị rách tầng sinh môn, cần cắt rộng tầng sinh môn tránh tổn thương phức tạp.

- Ở kiểu thế sau, ngôi không xuống được và không lọt được, cuộc đẻ sẽ bị ngừng lại vì ngôi mắc kẹt trong tiểu khung.

1.4. Triệu chứng và chẩn đoán

1.4.1. Trong khi có thai

Thăm khám ngoài cho dấu hiệu gợi ý đầu ngựa.

- Nếu kiểu cầm sau: Nắn thấy bướu chằm to, tròn, rần, giữa bướu chằm và lưng có rãnh gáy gọi là dấu hiệu nhát rìu.

- Nếu kiểu cầm trước nắn dễ thấy chân tay, cầm hình móng ngựa rõ, khó thấy lưng, bướu chằm và rãnh gáy.

1.4.1. Khi chuyển dạ

Khám ngoài như chưa chuyển dạ nhưng khó hơn vì tử cung đã có con co, khó nắn thấy dấu hiệu nhát rìu.

Thăm âm đạo: Phải thăm khám nhẹ nhàng, tránh chấn thương mặt, nhãn cầu. Trong ngôi mặt luôn sờ thấy mũi, thậm chí con sờ thấy bướu huyết thanh nằm đối diện với cằm. Cầm cứng hình móng ngựa, không bao giờ sờ thấy thóp trước.

- Khi ối chưa vỡ: đầu ối phồng, ngôi cao, khó xác định chẩn đoán. Phải thăm khám cẩn thận, tránh làm ối vỡ để sa dây rốn.

- Khi ối đã vỡ, cổ tử cung xoá mở rộng sờ thấy vòm mặt, sống mũi, hai hố mắt, lỗ mũi, hàm trên, miệng, hàm dưới. Nếu ối vỡ đã lâu, mặt phù nề, có thể nhầm với ngôi mông nhưng có thể phân biệt được vì hậu môn và hai ụ ngôi luôn luôn thẳng hàng trong khi miệng và hai xương gò má thì ở 3 điểm tạo thành các góc của một tam giác. Cũng cần phân biệt với ngôi trán, nhưng ngôi trán không sờ thấy cằm.

- Trường hợp thai vô sọ thường sỏ bằng ngôi mặt, nhưng trong ngôi mặt ở thai vô sọ không sờ thấy bướu chằm, X quang không thấy hộp sọ.

- Kiểu thế của ngôi được xác định bởi vị trí cằm:

Cầm chậu trái trước: 20%

Cầm chậu phải sau: 30%

Cầm chậu phải trước: 27%

Cầm chậu phải sau: 10%

- Trường hợp nghi ngờ nên cho siêu âm hoặc chụp X quang để xác định chẩn đoán và loại trừ thai dị dạng.

1.5. Thái độ xử trí

1.5.1 Tuyến xã

Tư vấn cho sản phụ và gia đình rồi chuyển lên tuyến trên.

1.5.2. Tuyến huyện và các tuyến trên

Dựa vào nguyên tắc:

- Khung chậu bình thường, cằm sau chưa cố định, vẫn có thể hy vọng cho sinh tự nhiên được vì 2/3 các trường hợp cằm sau sẽ tự xoay thành cằm trước.

- Hướng quay của đầu: chỉ để đường âm đạo khi cằm quay về phía trước, dưới khớp mu, phải theo dõi sát vì sự quay của cằm sau ra trước rất lâu. Chuyển dạ kéo dài, lọt giả, ngôi thai không tiến triển, thường gặp trong kiểu cằm quay về phía sau còn gọi là cằm cùng, cằm cùng không thể đẻ được phải mổ lấy thai. Thai có nguy cơ bởi có thể sa dây rốn, chèn ép dây rốn giữa chậu và lưng, giảm tuần hoàn rốn.

- Sở thai: cằm, miệng, mũi, trán, thóp trước, xuất hiện ở âm hộ, rồi đến hạ chậu. Trong thì này phải kiểm soát kỹ các phần thai nhi sở vì dễ gây rách tầng sinh môn.

2. NGÔI TRÁN

2.1. Đại cương

Ngôi trán là ngôi mà phần trán trình diện trước eo trên, tỷ lệ 1/1000 trường hợp. Là ngôi trung gian giữa ngôi chồm và ngôi mặt. Vì đường kính của ngôi là thượng chậu - cằm 13,5 cm không thể lọt qua đường kính chéo của eo trên 12 cm nên ngôi trán không đẻ được đường âm đạo. Chẩn đoán càng sớm càng cho phép đặt ra chỉ định mổ lấy thai để tránh tất cả các biến chứng cho mẹ và thai.

2.2. Cơ chế đẻ

Mặc dù ngôi trán là ngôi đẻ khó thường phải mổ lấy thai khi thai nhi đủ tháng, tuy nhiên cũng có những trường hợp có thể đẻ được nếu thai quá nhỏ. Do đó, có hai tình huống cần phân biệt rõ

2.2.1. Chuyển dạ thai đủ tháng, trọng lượng thai bình thường

Đầu cao, đường kính lọt của ngôi là thượng chậu cằm 13,5cm không lọt được, do đó phải mổ lấy thai.

2.2.2. Đối với một thai non tháng hoặc trọng lượng thai nhỏ

Đây là một tình huống đặc biệt, có thể đẻ đường âm đạo. Thường chỉ gặp khi trọng lượng thai quá nhỏ, trong song thai hoặc thai non tháng. Không bao giờ quên rằng đây là một cuộc đẻ khó, phải theo dõi cẩn thận.

- Thì lọt:

Đầu lọt theo đường kính ngang hoặc chéo. Đầu thai nhi giảm thể tích bằng các hiện tượng chông các xương của sọ, thường xuất hiện bướu huyết thanh sớm, trán dài theo khung chậu nhỏ, trong khi chẩm dài về phía lưng.

- Thì xuống và quay:

Ngôi xuống chậm và khó, trán thường quay ra trước. Mặt thai nhi nằm dưới xương vè, cằm trên của thai nhi đối diện với bờ dưới xương vè. Chẩm nằm dọc mặt trước xương cùng. Trục của đầu thai nhi nằm trên trục trước - sau của eo trên.

- Thì sỏ:

+ Thì sỏ được thực hiện như ngôi mặt cằm trước:

+ Đầu cúi để cho phần đầu của thai nhi đi từ mũi đến hạ chẩm xuất hiện ở âm hộ

+ Đầu ngửa: hạ chẩm cố định vào âm hộ, đầu ngửa để cho miệng và cằm sỏ

Khi chẩm thai nhi sỏ, tầng sinh môn dần rộng nên chỉ định cắt tầng sinh môn để tránh rách và sang chấn cho trẻ.

2.3. Triệu chứng và chẩn đoán

2.3.1. Khám lâm sàng

Ngôi trán là ngôi chỉ xảy ra trong thời kỳ chuyển dạ nên chỉ chẩn đoán được trong thời kỳ chuyển dạ.

- Nhìn: tử cung hình trứng tương ứng với một ngôi dọc, đầu ở dưới.

- Nắn: nắn ngoài thấy đầu cao, cúi không tốt, ở một bên là bướu chẩm tròn đều, có rãnh gáy. Đôi khi sờ thấy cằm phía đối diện biểu hiện sự ngửa của đầu.

- Thăm âm đạo: người ta chỉ có thể chẩn đoán được ngôi trán khi ngôi đã cố định. Tất cả các ngôi còn di động về sau có thể cúi tốt hơn để trở thành ngôi chòm.

Thăm âm đạo có thể thấy:

- Điểm mốc của ngôi là gốc mũi không bao giờ bị biến dạng bởi bướu huyết thanh, mỗi bên có gờ trên hố mắt và nhãn cầu. Các dấu hiệu âm tính rất quan trọng để chẩn đoán gián biệt với các ngôi khác. Trong ngôi trán có thể sờ thấy gốc mũi và thóp trước, nhưng không bao giờ sờ thấy thóp sau cũng như không sờ thấy miệng và cằm.

- Thóp trước với 4 cạnh và 4 góc của nó (hình trám)

- Để xác định kiểu thể của ngôi dựa vào vị trí gốc mũi nằm ở phía nào so với khung chậu của người mẹ:

+ Mũi chậu trái trước và mũi chậu phải sau đối với đường kính chéo trái.

+ Mũi chậu phải trước và mũi chậu trái sau đối với đường kính chéo phải.

+ Mũi chậu trái ngang và mũi chậu phải ngang đối với đường kính ngang.

2.3.2. Cận lâm sàng

Chụp X quang và siêu âm có hai ưu điểm:

- Chẩn đoán có thể đặt ra sớm khi thấy đầu ngửa và sự tăng ưỡn cột sống cổ.
- Loại trừ các bất thường của thai (quái thai vô sọ, não úng thủy)

2.4. Thái độ xử trí

Khi đã xác định là ngôi trán các bước xử trí như sau:

2.4.1. Tuyến xã

Theo dõi sát các cuộc chuyển dạ để ngôi thuận để phát hiện sớm, đặc biệt là các trường hợp ngôi cao, không lọt, chuyển dạ kéo dài. Nếu chẩn đoán là ngôi trán cần chuyển lên tuyến trên ngay.

2.4.2. Tuyến huyện và các tuyến trên

Các bước xử trí như sau:

- Khi ối chưa vỡ, ngôi cao lỏng nên chờ đợi xem sự tiến triển của ngôi:

+ Tiến triển không thuận lợi, ngôi không lọt được, chuyển dạ kéo dài, chỉ định mổ lấy thai ngay.

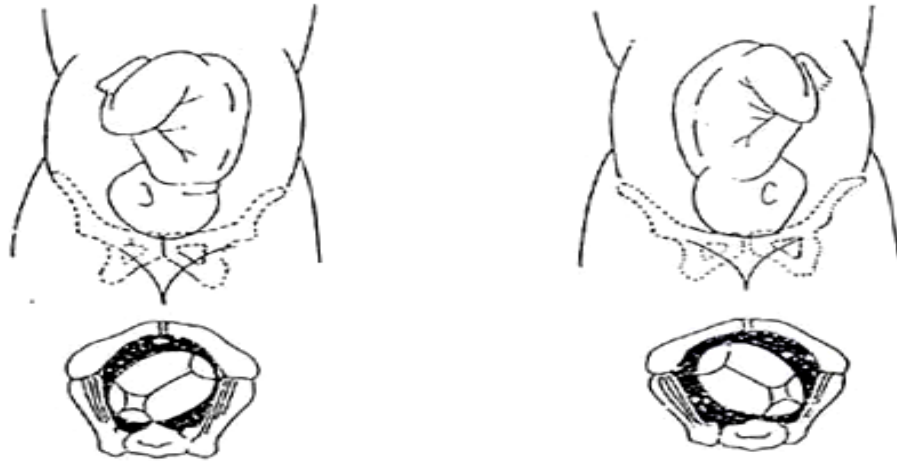
+ Tiến triển thuận lợi, ngôi có tự biến thành ngôi chỏm hoặc ngôi mặt trong lúc chuyển dạ. Có thể đẻ đường âm đạo

- Khi màng ối đã vỡ, ngôi trán đã cố định, mổ lấy thai ngay.

3. NGÔI THÓP TRƯỚC

3.1. Đại cương

Ngôi thóp trước là một ngôi đầu ngửa nhẹ, trung gian giữa ngôi trán và chỏm. Trong ngôi thóp trước, không thể sờ được thóp sau khi khám. Trong khi ngôi chỏm kiểu chằm cùng, thóp sau luôn sờ được.



Hình. Ngồi thóp trước

3.2. Cơ chế đẻ

- Lọt có thể xảy ra nhờ đầu cúi tốt, chuyển ngôi thóp trước thành ngôi chỏm. Nếu không lọt, sự xuống và quay của ngôi rất khó khăn. Đường kính lọt của ngôi là đường kính chẩm - trán: 12 cm. Sự biến dạng của đầu và bướu huyết thanh thường xuất hiện sớm và trầm trọng. Khi đó việc xác định ngôi gặp nhiều khó khăn. Đầu thai nhi cũng sỏ bằng phép quay dạng chữ S., điểm trực được tạo bởi xương vẹo và góc mũi. Đầu cúi cho phép sỏ trán, thóp trước, chẩm và hạ chẩm đến cố định vào đáy chậu, rồi đầu ngửa cho mũi miệng, cằm sỏ.

3.3. Lâm sàng

- Khám ngoài: ít có giá trị.

- Thăm khám âm đạo: Sờ được thóp trước, điểm mốc của ngôi trình diện ở trung tâm, góc mũi có thể sờ thấy nhưng ở ngoại vi và không ở trung tâm như trong ngôi trán. Vị trí của thóp trước xác định kiểu thể của ngôi, phải hoặc trái, trước hoặc sau. Kiểu thể trước thường gặp nhất >80%.

3.4. Thái độ xử trí

- Nếu tiến triển không thuận lợi: ngôi không lọt hoặc lọt giả phải mổ lấy thai.

- Phần lớn các trường hợp tiến triển thuận lợi. Thời gian chuyển dạ và sỏ thai thường kéo dài, tỷ lệ can thiệp trong thời kỳ sỏ thai cao.

4. NGÔI NGANG

4.1. Đại cương

Ngôi ngang (ngôi vai) là một ngôi không thuận, ngôi thai không nằm dọc theo trục tử cung mà nằm ngang hoặc chéo. Mốc của ngôi là móm vai. Tỷ lệ ngôi ngang khoảng 0,3 - 0,5%.

Nguyên nhân: ngôi ngang thường hay gặp ở những sản phụ đẻ con rạ hơn là con so và hay gặp ở chuyển dạ thiếu tháng hơn là đủ tháng.

Bất luận một nguyên nhân nào cản trở đầu thai lọt vào khung chậu đều dễ gây ra ngôi ngang. Tương tự như các ngôi không thuận khác, song thai, đa ối, nhau tiền đạo, khung chậu hẹp, hình dạng thai bất thường, tử cung dị dạng là những nguyên nhân thường gặp, tuy nhiên nguyên nhân hay gặp nhất là do cơ tử cung, cơ thành bụng nhão ở người con rạ đẻ nhiều lần.

Kiểu ngôi là ngang hoặc chéo, ngôi chéo chỉ là ngôi tạm thời, nó sẽ biến thành ngôi dọc hay ngôi ngang vào lúc chuyển dạ nên còn gọi là ngôi không cố định.



Hình. Ngôi ngang.

4.2. Triệu chứng và chẩn đoán

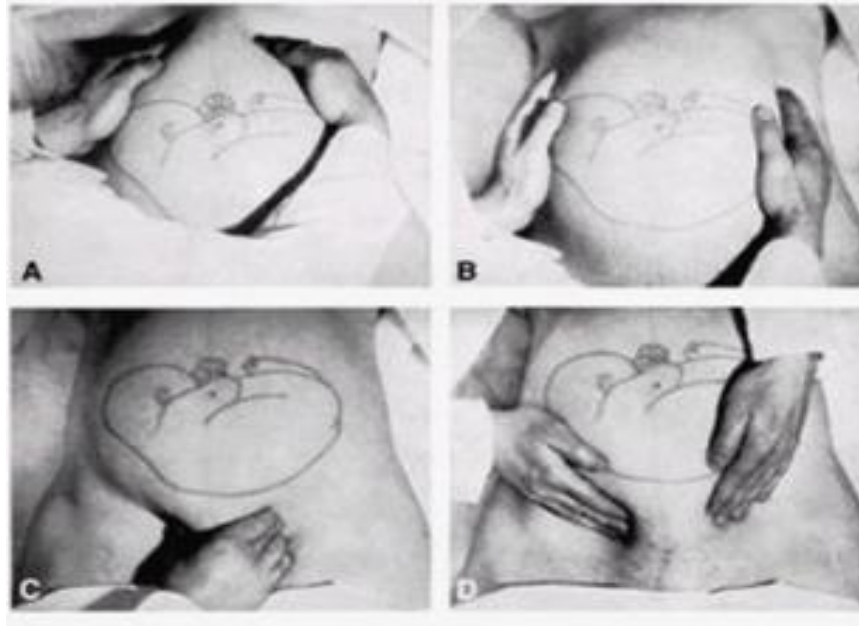
Cần phát hiện ngôi vai sớm ngay từ cuối thai kỳ hay ngay từ đầu thời kỳ chuyển dạ.

- Nhìn: bụng bè ngang, đáy tử cung như nằm gập rốn.

- Sờ nắn:

+ Không thấy cực thai ở phần thấp của tử cung mà lại sờ được 2 cực ở 2 hố hông.

+ Nắn trên xương vệ không thấy gì trừ khi chuyển dạ lâu, vai đã lọt vào trong tiểu khung. Phải xác định thêm xem lưng ở đâu. Nếu lưng trước sờ thấy diện phẳng, nếu lưng sau sờ thấy chân tay lồi nhô. Thường lưng luôn ở trước.



Hình. Bốn thủ thuật trong khám ngôi ngang.

- Thăm âm đạo:

Thăm âm đạo phát hiện thấy một hố chậu rỗng, và một phần thai trình diện không bình thường. Vai có thể tưởng nhầm với mông, song các xương sườn tạo nên một cảm giác đặc biệt.

Nếu chuyển dạ đã lâu, một vai sẽ lọt chặt vào tiểu khung và thường đi kèm với sa một cánh tay vào âm đạo, thò ra ngoài âm hộ gọi là ngôi ngang sa tay.

Dựa theo vị trí của vai người ta có thể phân biệt:

- + Vai chậu phải
- + Vai chậu trái

- Cận lâm sàng: chụp Xquang và siêu âm có thể xác định khi có nghi ngờ trong chẩn đoán cũng như chọn lựa hướng xử trí thích hợp.

4.3. Thái độ xử trí

4.3.1. Tuyến xã

Khám và phát hiện sớm các trường hợp ngôi vai.

Tư vấn cho sản phụ và chuyển lên tuyến trên. Trường hợp ối đã vỡ cần sử dụng các thuốc giảm go và kháng sinh dự phòng trước khi chuyển

4.3.2. Tuyến huyện và các tuyến trên

Ở người con so, đứng trước một trường hợp ngôi ngang phải nghĩ đến nguyên nhân có thể là khung chậu hẹp. Tất cả con so khung chậu hẹp hay bình thường mà lúc chuyển dạ còn giữ ngôi ngang đều phải mổ lấy thai. Không tiến hành thủ thuật xoay thai, kéo thai.

- Nếu ngôi ngang, ối đã vỡ chỉ định mổ lấy thai ngay.

- Chỉ định nội xoay thai: ở người con rạ, có thể tiến hành nội xoay thai trong trường hợp thai nhi nhỏ < 2500g, thai thứ hai trong song thai giúp đầu quay và xuống được tiểu khung, chuyển dạ có thể tiến triển bình thường. Tuy nhiên chỉ tiến hành ở nơi có phòng mổ và khi có đủ điều kiện: khung chậu rộng rãi, thai con rạ, ối còn nguyên, con co thừa, và cổ tử cung mở hết.

Nếu thai nhi đã chết, cổ tử cung mở hết, có thể dùng dụng cụ cắt thai trong ngôi ngang buồng trôi, tuy nhiên thủ thuật này cũng rất nguy hiểm cho mẹ vì vậy nếu không có kinh nghiệm vẫn nên mổ lấy thai.

G. CHĂM SÓC SẢN PHỤ ĐỂ KHÓ DO THAI VÀ DO NGÔI BẤT THƯỜNG

1. Nhận định

1.1. Xác định thai to qua đo chiều cao tử cung, vòng bụng, qua sờ nắn (đặc biệt là đầu thai nhi). Hỏi tiền sử, bệnh sử

1.2. Kiểm tra xem những kết quả khám thai định kỳ (qua thăm khám, siêu âm)

1.3. Có kèm theo vỡ ối sớm, sa chi không, thai quá ngày, thai non tháng, ngôi bất thường không?

1.4. Nhân thân sản phụ, tiền sử sản khoa (tiền sử đẻ thai to, đẻ nhiều lần, mắc bệnh tiểu đường)

1.5. Có dấu hiệu chuyển dạ kéo dài, chuyển dạ tắc nghẽn không?

1.6. Có dấu hiệu suy thai không?

2. Chẩn đoán chăm sóc

2.1. Tinh thần: tùy từng sản phụ, nếu sản phụ có tiền sử đẻ thai to thường đỡ lo lắng hơn.

2.3. Tiến triển của cuộc chuyển dạ: đẻ khó do thai và ngôi bất thường (thai già tháng, thai non tháng, thai to, đa thai và ngôi bất thường...) có dấu hiệu suy thai không?

- 2.2. Theo dõi sát chuyển dạ
- 2.3. Chế độ vận động phù hợp để tránh vỡ ối sớm
- 2.4. Chế độ ăn nhẹ, dễ tiêu
- 2.5. Hồi sức thai nếu có suy thai
- 2.6. Báo bác sỹ xử trí nếu có chuyển dạ kéo dài/tắc nghẽn
- 2.7. Thực hiện những vấn đề về cận lâm sàng, nếu có chỉ định

3. Kế hoạch chăm sóc

- 3.1. Trao đổi với sản phụ về tình trạng thai nhi, chuyển dạ. Thảo luận với sản phụ về nơi đẻ thích hợp...
- 3.2. Chuyển hoặc chủ động đến sinh ở nơi có cơ sở phẫu thuật
- 3.3. Không mổ chủ động mà phải thông qua nghiệm pháp lọt - để chỉ huy nếu con co yếu.
- 3.4. 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.
- 3.6. Có kế hoạch mổ lấy thai.
- 3.7. Chuyển tuyến đẻ khó do thai và ngôi bất thường (thai già tháng, thai non tháng, thai to, đa thai và ngôi bất thường...)

4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc.

- 4.1. Cơ sở chỉ đỡ đẻ thường không nhận đỡ thai được chẩn đoán là to.
- 4.3. Phát hiện sớm các đẻ khó do thai và ngôi bất thường (thai già tháng, thai non tháng, thai to, đa thai và ngôi bất thường...)
- 4.4. Chăm sóc cho mẹ và con thích hợp khi chuyển tuyến

5. Đánh giá

Đẻ khó do thai và ngôi bất thường (thai già tháng, thai non tháng, thai to, đa thai và ngôi bất thường...)

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Hậu quả đáng lo ngại nhất của thai quá ngày là:

- A. Thai to gây đẻ khó
- B. Bánh rau vôi hóa
- C. Dây rốn bị chèn ép do ối giảm
- D. Xương đầu hóa vôi tốt, khó thích ứng với các đường kính của khung chậu

Câu 2. Trong thai quá ngày, nếu non-stress-test không đáp ứng, hướng xử trí tiếp theo là:

- A. Làm lại non stress test sau 3-5 ngày.
- B. Làm test- oxytocin.
- C. Gây chuyển dạ chấm dứt thai kỳ.
- D. Mổ lấy thai.

Câu 3. Yếu tố nào sau đây trong nước ối không cần thiết phải khảo sát trong đánh giá độ trưởng thành của thai nhi:

- A. Uric acid.
- B. Tỷ lệ Lecithine/Sphingomyeline.
- C. pH.
- D. Tế bào cam.

Câu 4. Thai già tháng khi tuổi thai vượt quá:

- A. 40 tuần hoặc quá 280 ngày
- B. 41 tuần hoặc quá 287 ngày
- C. 42 tuần hoặc quá 294 ngày
- D. 43 tuần hoặc quá 301 ngày

Câu 5. Trong trường hợp không nhớ ngày kinh thì chẩn đoán thai già tháng có thể dựa vào siêu âm, nếu thấy:

Bài 3. ĐỀ KHÓ DO CƠ CO TỬ CUNG BẤT THƯỜNG

Mục tiêu học tập

1. Kiến thức

- 1.1. Phân loại được cơn co tử cung bất thường.
- 1.2. Phân tích phù hợp để chẩn đoán cách xử trí cơn co tử cung tăng, giảm bất thường.

2. Kỹ năng

- 2.1. Đọc được kết quả bất thường trên máy monitoring.
- 2.2. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc các đề khó do cơn co tử cung bất thường.

3. Thái độ

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này

NỘI DUNG

Chuyển dạ đẻ 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

1.1.1. 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

1.1.2. 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 đẻ chỉ huy: khoá dịch truyền ngay.

3. TĂNG TRƯỞNG LỰC CƠ BẢN CỦA TỬ CUNG

3.1. Nguyên nhân:

- Nhau 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 thần 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 thừa 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. Cơ 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

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 cơn 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 cơn mạnh hơn phía trên, làm cổ tử cung co cứng không mở.

- 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 ĐỂ KHÓ DO CƠN CO TỬ CUNG BẤT THƯỜNG

6.1. Nhận định

- Để 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 1 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 đẻ 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? Xử dụng thuốc như thế nào trong từng bước xử trí... để chẩn đoán chăm sóc thích hợp.

6.3. Lập kế hoạch chăm sóc.

6.3.1. Với trường hợp cơn co tử cung tăng dẫn 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 đẻ đẻ rơi.

6.3.2. 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).

6.3.3. 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

6.5.1. Kết quả xử trí bằng thuốc: Nếu có tiến triển thì chuẩn bị và tiến hành đỡ đẻ đường dưới

6.5.2. Nếu không có kết quả thì báo cáo xin xử trí kịp thời.

6.5.3. Xử trí

- Kháng sinh: nếu ối vỡ trên 6 giờ đẻ đẻ phòng nhiễm khuẩn ối.

- Tăng co: nếu ối đã vỡ trên 12 giờ bằng cách chuyển oxytocin 5 đơn vị hoà trong 500 ml dung dịch Glucoza 5%, tăng giảm số giọt tùy theo tình trạng cơn co. Nếu chỉ số Bishop > 6 điểm: hiệu quả tốt.

- Bám ối: nếu đa ối, đa thai dễ tạo cơn co tử cung.

- Trong giai đoạn thai sớm, nếu cơn co tử cung thưa, yếu cần phối hợp thuốc tăng co hoặc

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Cơn co tử cung chuyển dạ được gọi là tăng khi

- A. Trương lực cơ tử cung tăng
- B. Cơn co tử cung ngắn và mạnh, thời gian nghỉ ngắn.
- C. Trương lực cơ lẫn tần số cơn co đều tăng
- D. Chỉ có a và c đúng.

Câu 2. Trong chuyển dạ, nếu có cơn co tử cung tăng, nguyên nhân đầu tiên cần nghĩ đến là:

- A. Có chướng ngại trên đường tiến của thai nhi
- B. Nhiễm trùng ối
- C. Đa thai
- D. Đa ối

Câu 3. Cơn co tử cung tăng thể gặp trong tình huống nào sau đây:

- A. Ngôi ngang, ngôi trán
- C. Nhau bong non
- C. Dùng thuốc tăng co không đúng kỹ thuật
- D. Tất cả các câu trên đều đúng

Câu 4. Biến chứng đáng ngại nhất của cơn co tử cung tăng nếu không được điều trị là:

- A. Vỡ ối sớm
- B. Chuyển dạ kéo dài
- C. Vỡ tử cung
- D. Rách cổ tử cung
- E. Băng huyết sau đẻ

Câu 5. Về điều trị cơn co tử cung tăng trong chuyển dạ, chọn câu đúng nhất:

- A. Luôn luôn phải mổ lấy thai
- B. Các loại thuốc giảm co loại beta-mimétique luôn luôn có kết quả tốt
- C. Phải điều trị nội khoa trước, nếu thất bại mới mổ đẻ
- D. Điều trị tùy theo nguyên nhân - nói chung tỉ lệ mổ lấy thai cao
- E. Chỉ cần cho thuốc làm mềm cổ tử cung, cuộc đẻ sẽ diễn tiến tốt

Bài 4. ĐẼ KHÓ DO PHẦN PHỤ

MỤC TIÊU BÀI HỌC: *sau khi học xong, sinh viên có khả năng*

1. Kiến thức

- 1.1. Kể được các nguyên nhân dẫn đến đẻ khó do ối
- 1.2. Phân tích phù hợp để chẩn đoán và xử trí đẻ khó do đa ối
- 1.3. So sánh trong chẩn đoán và xử trí thiếu ối
- 1.4. Giải thích được chẩn đoán và xử trí vỡ ối sớm, vỡ ối non
- 1.5. Kể các nguyên nhân sa dây nhau trong chuyển dạ
- 1.6. Phân tích được triệu chứng và xử trí sa dây nhau

2. Kỹ năng

Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc đẻ khó do phần phụ.

3. Thái độ:

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này

NỘI DUNG

A. ĐA ỎI

1. CHỨC NĂNG SINH LÝ CỦA NƯỚC ỎI

Túi ối được tạo ra khoảng ngày thứ 12 sau khi trứng thụ tinh. Trong quý đầu của thời kỳ thai nghén, nước ối có tính đẳng trương và tương tự như huyết tương của người mẹ. Trong quý hai và nửa sau của thời kỳ thai nghén dịch ối trở nên nhược trương.

Thể tích nước ối tăng dần cho đến đầu của 3 tháng cuối thai kỳ và từ đó hằng định cho đến khi thai đủ tháng. Trong giai đoạn tuần thứ 37 đến tuần thứ 41, thể tích nước ối giảm đi 10%. Từ tuần thứ 42 trở đi, thể tích nước ối giảm đi rất nhanh, khoảng 33% trong một tuần.

Nước ối có vai trò:

- Bảo vệ thai khỏi các sang chấn trực tiếp lên tử cung.
- Điều hoà thân nhiệt cho thai nhi.
- Cho phép thai cử động tự do trong tử cung.
- Trao đổi nước, điện giải giữa thai nhi và mẹ.
- Giúp cho sự bình chỉnh của thai nhi.
- Trong chuyển dạ, đầu ối giúp cho sự xoá mở cổ tử cung.

Dịch ối thay đổi tùy thuộc chủ yếu vào sự bài tiết của màng ối, sự thẩm thấu của thành mạch và nước tiểu của thai nhi. Trong vòng một giờ có khoảng 350 - 375 ml nước ối được thay thế.

2. NGUYÊN NHÂN

Nói chung đa ối là do sự sản xuất quá mức nước ối hoặc do rối loạn tái hấp thu của nước ối. Có những nguyên nhân về phía mẹ, thai nhi và rau thai.

2.1. Nguyên nhân về phía mẹ

- Tiểu đường trước hoặc trong khi mang thai là nguyên nhân thường gặp.
- Kháng thể kháng Rh và các bệnh tán huyết thứ phát do kháng thể bất thường có thể gây tình trạng thiếu máu thai nhi trầm trọng hoặc phù thai nhi có liên quan đến tình trạng đa ối.
- Loạn dưỡng tăng trương lực cơ (ít gặp).

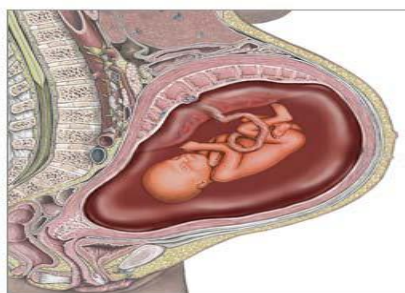
2.2. Nguyên nhân rau thai

- U mạch máu màng đệm có thể gây suy tim thai nhi và dẫn đến tình trạng đa ối.
- Các bệnh lý viêm nội mạc tử cung hoặc gây thương tổn bánh rau (giang mai)

2.3. Nguyên nhân do thai

- Bất thường hệ thống thần kinh trung ương thai nhi (vô sọ, khuyết tật ống noron thần kinh).
- Khuyết tật cấu trúc hệ thống tiêu hoá (tắc ống thực quản hoặc ống tiêu hoá).
- Bất thường nhiễm sắc thể thai nhi.
- Phù thai không do yếu tố miễn dịch: có tiên lượng rất xấu và thường liên quan đến đa ối. Trường hợp điển hình có tình trạng phù rau thai.
- Hội chứng truyền máu song thai: là một rối loạn có tiên lượng xấu, xuất hiện với tỷ lệ 15% trong thai nghén song thai một màng đệm, hai túi ối, là biến chứng do đa ối ở thai nhận máu.

3. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN



Hình 1. Đa ối.

Bình thường lượng nước ối khoảng 300 - 800ml, từ 800 -1500ml gọi là dư ối. Đa ối khi lượng nước ối vượt quá trên 2000ml (con số này ít có ý nghĩa vì trên thực tế lâm sàng không thể ước lượng chính xác được lượng nước ối. Chẩn đoán được thực hiện bằng siêu âm và cho kết quả ước lượng gián tiếp về thể tích nước ối).

Tỷ lệ đa ối khoảng 0,2 - 1,6 %.

Người ta thường dùng chỉ số nước ối (A.F.I: amniotic fluid index) qua siêu âm để xác định đa ối. Gọi là đa ối khi chỉ số nước ối (A.F.I) vượt trên 25 cm (đo theo kỹ thuật của Phelan) phương pháp này nên được ưu tiên sử dụng trong trường hợp song thai.

3.1. Các hình thái lâm sàng

Trên lâm sàng ta có thể gặp 2 hình thái, đó là đa ối cấp và đa ối mãn, đa ối cấp ít gặp hơn.

3.1.1. Đa ối cấp

Đa ối cấp thường xảy ra vào tuần thứ 16-20 của thai kỳ, thường gây chuyển dạ trước tuần thứ 28 hoặc do các triệu chứng quá trầm trọng nên phải đình chỉ thai nghén.

Những triệu chứng chủ yếu gây ra do nước ối phát triển nhanh làm tử cung to nhanh chèn ép vào cơ hoành gây khó thở. Hình ảnh lâm sàng phụ thuộc vào mức độ của đa ối và mức độ nhanh chóng của giai đoạn khởi bệnh:

- Bụng lớn nhanh và căng cứng
- Tử cung căng cứng và ấn đau
- Không sờ được các phần thai nhi, khám kỹ có thể có dấu hiệu cục đá nổi.
- Tim thai khó nghe hoặc nghe xa xăm.
- Thăm âm đạo thấy đoạn dưới căng phồng, cổ tử cung hé mở, đầu ối căng
- Phù và giãn tĩnh mạch đặc biệt là chi dưới do tĩnh mạch chủ dưới bị chèn ép.
- Tình trạng khó thở ở bà mẹ và tiếp theo có thể xảy ra suy hô hấp.

Dị dạng cấu trúc thai nhi cần được loại trừ bằng siêu âm trong tình huống này vì đa ối cấp tính có thể kèm theo dị dạng thai nhi như tắc nghẽn thực quản hoặc đoạn cao của ống tiêu hoá, quái thai vô sọ, tật nứt cột sống (spina bifida)....

3.1.2. Đa ối mãn

Đa ối mãn chiếm 95% các trường hợp đa ối và thường xảy ra vào những tháng cuối của thai kỳ. Bệnh tiến triển chậm nên bệnh nhân dễ thích nghi với các triệu chứng hơn. Bệnh nhân không đau nhiều và không khó thở nhiều như trong đa ối cấp.

Sản phụ đến khám trong ba tháng cuối vì cảm thấy nặng bụng, bụng căng, khó thở, tim đập nhanh. Các triệu chứng thường phát triển từ từ. Nước ối tăng dần đến một lượng lớn làm tử cung căng to gây khó thở, mệt mỏi.

Khám thực thể:

- Tử cung lớn hơn so với tuổi thai.
- Có dấu hiệu sóng võ.
- Sờ nắn khó thấy các cực của thai nhi và có dấu hiệu cực đá nổi.
- Thăm âm đạo thấy đoạn dưới căng phồng.

3.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: Siêu âm không những có vai trò giúp chẩn đoán xác định mà còn giúp phát hiện sớm những bất thường của thai nhi và phần phụ.

- Xét nghiệm nước ối: định lượng α Feto - protein, Acetylcholinestase, làm nhiễm sắc thể phát hiện các khuyết tật ống thần kinh.

- Các xét nghiệm tổng quát khác để tìm các bệnh có thể có của mẹ như giang mai, đái đường, nhiễm Toxoplasma, nhóm máu và sàng lọc kháng thể ...

3.3. Chẩn đoán phân biệt

- Chửa trứng: gặp trong thời kỳ đầu của thai kỳ, bụng thường lớn nhanh hơn so với tuổi thai, có ra máu âm đạo tự nhiên, ít mệt. Định lượng thấy β hCG huyết thanh rất cao, siêu âm thấy hình ảnh tuyết rơi hay chùm nho, ruột bánh mì.

- Song thai: bụng to nhanh đều trong thai kỳ, có nghén nhiều, thai máy nhiều chỗ, khám thấy nhiều cực, nhiều chi... Chẩn đoán loại trừ chính xác qua siêu âm.

- Bụng báng: không có dấu hiệu thai nghén, có dấu sóng võ, gõ đục vùng thấp, bụng bè ngang, có tuần hoàn bàng hệ. Chẩn đoán gián biệt nhờ siêu âm.

- Khối u buồng trứng: bệnh nhân thường không có biểu hiện của có thai và các triệu chứng nghén, bụng thường lớn dần, đôi khi có cảm giác tức nặng hay đau nhiều trong trường hợp có biến chứng. Khám lâm sàng và siêu âm giúp chẩn đoán phân biệt.

- Bí tiểu cấp: bệnh nhân có cảm giác căng tức và xuất hiện bụng lớn nhanh mà trước đó không có. Khi nghi ngờ nên thông tiểu

4. ĐIỀU TRỊ

Việc nghỉ ngơi, dùng thuốc lợi tiểu, hạn chế uống nước, và muối là những biện pháp ít có hiệu quả và không nên khuyến khích sử dụng các biện pháp này.

4.1. Đa ối cấp

- Chọc ối: làm giảm các triệu chứng về hô hấp cho mẹ. Đây chỉ là liệu pháp có tính chất tạm thời.

- Đình chỉ thai nghén bằng cách gây chuyển dạ: Nếu thai nhi có dị dạng cấu trúc hoặc bất thường nhiễm sắc thể, nhân viên y tế cần phải tư vấn cho cặp vợ chồng về tiên lượng và một số giải pháp để lựa chọn, bao gồm cả việc chấm dứt thai nghén.

4.2. Đa ối mãn

Trong trường hợp bệnh nhẹ thì không cần can thiệp mà chỉ chờ đợi cho thai nhi đủ tháng nếu không có các chỉ định sản khoa khác.

Nếu bệnh nhân xuất hiện khó thở, đau bụng hoặc đi lại khó khăn thì cho bệnh nhân nhập viện.

- **Điều trị nội khoa:** Gần đây người ta dùng Indomethacine để điều trị đa ối. Thuốc này có tác dụng làm giảm lượng dịch ối tiết ra hoặc làm tăng sự tái hấp thu nước ối, làm giảm lượng nước tiểu thai nhi thải ra và làm tăng sự trao đổi dịch qua màng thai. Tuy nhiên, Indomethacine gây tình trạng đóng sớm ống động mạch nếu sử dụng kéo dài trên 48 -72 giờ hoặc sử dụng sau khi thai được 32 tuần. Có một số biến chứng khác của thai nhi và trẻ sơ sinh đã được biết có liên quan đến việc sử dụng Indomethacine. Bao gồm: tăng tỷ lệ viêm ruột hoại tử ở trẻ sơ sinh, tăng huyết áp mạch phổi, thiếu năng thận ở trẻ sơ sinh. Chính vì những lý do nêu trên, Indomethacin ít được sử dụng trong điều trị đa ối và phải hết sức cẩn thận khi dùng.

Liều dùng 1,5 - 3 mg/kg/ngày.

- **Gây chuyển dạ:** khi thai 38-39 tuần hoặc thai phụ khó thở, đi lại khó khăn.

- **Bấm ối khi sinh:** Bấm ối chủ động làm giảm căng tử cung và giúp chuyển dạ được tiến triển thuận lợi, đồng thời hạn chế rau bong non và sa dây rốn. Do có một lượng dịch lớn nên khi lượng dịch này bị rút đi đột ngột làm giảm nhanh áp lực và diện tiếp xúc giữa rau thai và buồng tử cung, điều này có thể làm rau bong non và sa dây rốn. Do đó, cần phải thực hiện thủ thuật bấm ối một cách thận trọng, sử dụng kim để dịch ối chảy ra từ từ. Cần phải chuẩn bị sẵn sàng cho cuộc mổ lấy thai đề phòng có tai biến xảy ra khi bấm ối.

Trong chuyển dạ thường cơn co tử cung yếu do tử cung bị căng quá mức do đó có thể bấm ối sớm để làm giảm áp lực của buồng ối giúp chuyển dạ tiến triển nhanh hơn.

Khi tia ối chú ý cố định ngòi thai để đề phòng sa dây rốn.

Nếu cần, có thể hỗ trợ cơn co tử cung bằng chuyển oxytocin.

Do tử cung quá căng, nguy cơ chảy máu sau sinh do ðờ tử cung vì vậy phải cho thuốc co bóp tử cung ngay sau sinh.

5. TIỀN LƯỢNG

Nói chung tỷ lệ tử vong chu sinh tăng cao theo ðộ trầm trọng của ða ối.

Tiền lượng con xấu dù trên siêu âm không phát hiện các dị dạng thai.

Tỷ lệ tử vong trẻ cao do thai thường ðẻ non kèm với thai bất thường (39%), sa dây rốn, rau bong non do buồng tử cung bị căng quá mức...

Biến chứng mẹ hay gặp là chảy máu do ðờ tử cung, rau bong non, ngôi thai bất thường làm tăng chỉ ðịnh các thủ thuật can thiệp. Các biểu hiện về rối loạn hô hấp của mẹ có thể xuất hiện, từ mức khó thở cho ðến tình trạng suy hô hấp nặng. Tình trạng này có thể thấy rõ trong các trường hợp ða ối cấp.

B. THIẾU ỒI

1. ĐẠI CƯƠNG

Thiếu ối là khi lượng nước ối giảm so với lượng nước ối bình thường tính theo tuổi thai và ở dưới ðường bách phân (percentile) thứ 5.

Tỷ lệ thiếu ối khoảng 0,4 - 3,9%.

Nguyên nhân dẫn tới thiếu ối bao gồm ối vỡ sớm, ối vỡ non, bất thường cấu trúc thai nhi, thai quá ngày sinh, thai kém phát triển trong tử cung... Tuy nhiên, có nhiều trường hợp thiếu ối không xác ðịnh ðược nguyên nhân.

Thiếu ối xảy ra trong giai ðoạn sớm của thai kỳ thường có tiền lượng xấu, trong khi thiếu ối ở thai quá ngày sinh thường có tiền lượng tốt hơn.

Thiếu ối có nguy cơ gây chèn ép dây rốn và ðưa ðến suy thai, nguy cơ này càng tăng lên trong chuyển ðạ.

2. NGUYÊN NHÂN THIẾU ỒI

2.1. Nguyên nhân do mẹ

- Bệnh lý của người mẹ có ảnh hưởng ðến tính thấm của màng ối và chức năng của rau thai gây thai kém phát triển và chức năng tái tạo nước ối như: bệnh cao huyết áp, tiền sản giật, bệnh về lý về gan, thận...

2.2. Nguyên nhân do thai

Ở mọi giai ðoạn của thai kỳ, nguyên nhân thường gặp nhất của thiếu ối là vỡ ối sớm. Thường có một số bất thường bẩm sinh của thai kỳ kèm theo thiếu ối. Các bất thường của thai kết hợp với thiếu ối hay gặp là:

- Hệ thần kinh: Mặc dù các bất thường chính của hệ thần kinh có thể có liên quan tới lượng nước ối bình thường và sự tăng lượng nước ối, nhưng chỉ trong một số trường hợp là có liên quan tới thiểu ối.

- + Thai vô sọ
- + Não úng thủy
- + Thoát vị não màng não

- Hệ tiêu hoá: hiếm gặp, thường thì tắc nghẽn đường tiêu hoá là nguyên nhân gây đa ối.

- + Thoát vị rốn.
- + Dò thực quản - khí quản
- + Teo hành tá tràng

- Hệ hô hấp:

- + Giảm sản phổi

- Hệ tiết niệu:

+ Tắc nghẽn đường tiết niệu hoặc không có thận. Các bệnh lý thường gặp là bất sản thận, nghịch sản thận, thận đa nang.

Thiểu ối trong thai chậm phát triển trong tử cung xảy ra sau một tình trạng thiếu oxy của bào thai, giảm tưới máu phổi và giảm tiết dịch.

Nhiễm trùng thai cũng có thể là một nguyên nhân của thiểu ối. Một số thuốc kháng Prostaglandin hay hoá trị liệu ung thư có thể gây thiểu ối.

Khoảng 30 % trường hợp không tìm thấy nguyên nhân

3. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

- Chiều cao tử cung thường nhỏ hơn so với tuổi thai rõ, số đo thường thấp và có chiều hướng đi xuống so với đường chuẩn.

- Thai thường cử động yếu. Khi thực hiện 4 thủ thuật của Leopold có cảm giác thấy rõ các phần thai nằm sát dưới bàn tay mà không cảm thấy có nước ối, khó làm động tác di động đầu thai nhi.

- Siêu âm có chỉ số nước ối thấp, thường dưới đường percentile thứ 5 so với tuổi thai hoặc khi tuổi thai sau 35 tuần có chỉ số nước ối (AFI) ≤ 5 , hoặc là buồng ối lớn nhất có độ sâu ≤ 2 cm.

4. ĐIỀU TRỊ

Cần phải chẩn đoán phân biệt thiểu ối với ối vỡ non. Cho đến nay chưa có phương pháp điều trị và phòng ngừa thiểu ối nào thật sự hữu hiệu. Do đó cần khuyên các sản phụ đi khám

thai định kỳ, làm các xét nghiệm để phát hiện sớm các bệnh lý của người mẹ và các bất thường của thai nhi để có hướng điều trị kịp thời và theo dõi cẩn thận.

Siêu âm là một xét nghiệm có tính chất thường quy nhằm đánh giá lượng nước ối và phát hiện các dị dạng thai nhi, đồng thời khảo sát doppler tuần hoàn tử cung - rau và tuần hoàn thai nhi để đánh giá tình trạng thai. Các trường hợp khi có thiếu ối phải khảo sát kỹ hình thái và chức năng hệ tiết niệu thai nhi.

Trên siêu âm nếu khoang ối lớn nhất < 10 mm và chỉ số nước ối $AFI < 5$ là chắc chắn có thiếu ối. Nếu AFI trong khoảng 5 - 24 biểu hiện nước ối trong giới hạn bình thường.

Thiếu ối hầu như không gây biến chứng gì cho mẹ, vấn đề điều trị thay đổi tùy thuộc vào tình trạng thai.

4.1. Khi thai chưa đủ tháng

Nếu thiếu ối mà không có dị dạng bẩm sinh lớn ở các cơ quan tiết niệu, tiêu hoá, thần kinh... có thể là do suy hay tắc một phần tuần hoàn tử cung - rau thai. Cho đến nay vẫn chưa có phương pháp điều trị nào được cho là đặc hiệu. Trong những trường hợp này thì nên khuyên bệnh nhân nằm nghiêng trái, kiểm soát các bệnh lý đi kèm, đảm bảo chế độ dinh dưỡng đầy đủ nhằm cải thiện tuần hoàn tử cung - rau thai nhằm cố gắng giữ thai phát triển đến trên 35 tuần.

Trong các trường hợp thiếu ối và có các dị dạng cấu trúc thai nhi, cần phải làm thêm các xét nghiệm để xác định các bất thường đó có khả năng điều trị hay không, cũng như có bất thường về nhiễm sắc thể hay không để có quyết định điều trị giữ thai hay đình chỉ thai nghén. Trường hợp thai chậm phát triển trong tử cung mà không tìm được nguyên nhân thì thái độ xử trí tùy thuộc vào sự diễn tiến của tình trạng suy thai trong tử cung.

4.2. Khi thai đủ tháng

Khi đã xác định thai đủ tháng và biểu hiện thiếu ối thì cần được theo dõi bằng monitoring. Nếu khi không làm test đã kích hoặc trong khi làm test đã kích có xuất hiện tim thai chậm hay Dip biến đổi thì cần chỉ định mổ lấy thai để chấm dứt thai kỳ. Nếu làm test đã kích mà nhịp tim thai vẫn trong giới hạn bình thường thì cần đánh giá thêm chỉ số Bishop để có chỉ định khởi phát chuyển dạ.

4.3. Trong chuyển dạ

Thiếu ối làm tăng nguy cơ suy thai và đẻ khó vì chèn ép dây rốn và thai khó bình chỉnh tốt trong chuyển dạ, vì vậy cần phải theo dõi sát các yếu tố chuyển dạ để có tiên lượng và xử trí kịp thời.

5. BIẾN CHỨNG

Tiền lượng thai thường xấu với tỷ lệ chết cao với những trường hợp thiếu ối ở giai đoạn sớm của thai kỳ. Mặt khác, thai trải qua thiếu ối kéo dài dù là do nguyên nhân nào đều có thể mang những hậu quả do thiếu ối như thiếu sản phổi, dị dạng mặt và xương (loạn sản xương hông, cụt chi, vẹo chân và các khiếm khuyết khác ở chi).

Thiếu ối thường gây thiếu sản phổi vì 3 nguyên nhân sau:

- Do bị chèn ép vào lồng ngực làm giảm các cử động của phổi
- Giảm các cử động thở của thai nhi
- Do phổi kém phát triển.

C. SA DÂY NHAU

1. Chẩn đoán

Chẩn đoán không khó, có thể sờ thấy dây rau qua màng ối, hoặc sờ thấy dây rau khi ối đã vỡ.

Kẹp dây rau bằng hai ngón tay hoặc một ngón tay ấn vào xương chậu ngoài con co tử cung, có thể thấy dây rau đập. Nhưng có những trường hợp sa dây rau bên ngoài, khó phát hiện, phải khám cẩn thận mới chẩn đoán được.



KẸP DÂY RÓN

Trong các trường hợp chẩn đoán chưa rõ ràng, cần phải hỏi sức mẹ và kiểm tra lại. Chẩn đoán sa dây rau chủ yếu là kiểm tra xem dây rau còn đập hay không, để xác định tính chất cấp cứu hay không cấp cứu của sa dây rau. Thông thường dây rau còn đập dưới tay chứng

tử thai còn sống, nhưng cũng có trường hợp do khám đúng vào lúc có cơn co tử cung, tuần hoàn trong dây rốn yếu, do đó không thấy dây rốn đập, chờ đến khi hết cơn co, dây rốn có thể đập trở lại.

Cũng có những trường hợp dây rốn thật sự không đập nữa, nhưng vẫn còn nghe thấy tim thai, điều đó có thể giải thích là vì sự tuần hoàn trong dây rốn yếu đi, chứ không phải ngừng lại, thai vẫn được nuôi dưỡng, tim thai vẫn còn.

Vì vậy khẳng định là thai chết phải thật cẩn thận, phải nghe tim thai nhiều lần và nhiều người nghe. Khi thật hoàn toàn dây rốn không đập và tim thai không còn mới kết luận kết luận là thai chết.

Không hiếm các trường hợp thai suy, tim thai nghe khó, động mạch đập rất khẽ và không đều, nhưng nếu mổ nhanh và hồi sức tốt, thai vẫn có thể sống được.



2. Xử trí

Nếu thai đã chết, không có chỉ định mổ, có thể đợi cho đẻ thường hoặc lấy thai bằng cách chọc sọ tùy điều kiện mở của cổ tử cung.

Nếu thai còn sống, đầu ối còn nguyên, dây rốn sa kèm theo dấu hiệu suy thai, cổ tử cung mở chưa hết, tốt nhất là mổ lấy thai, nhất là đối với thai phụ con so hoặc con rạ có tiền sử đẻ khó. Cần chú ý trong khi chờ mổ, không nên thăm khám nhiều, gây vỡ ối nguy hiểm cho thai.



Nếu đầu ối đã vỡ, thai nhi còn sống, người ta thường nói là phải đẩy dây rau lên để cho ngôi bít chặt vào cổ tử cung và nếu làm như vậy mà không có kết quả, dây rau vẫn bị sa lại lúc đó mới có chỉ định mổ. Trong thực tế, chỉ đẩy dây rau lên có kết quả khi dây rau sa ít, hoặc khi cổ tử cung đã mở hết hay gần hết, và sau khi đẩy lên có thể can thiệp lấy thai ngay.

Cho nên, nếu thai còn sống, nên đặt vấn đề mổ trong những trường hợp sau đây:

- Sa dây rau ở người con so, thai đủ tháng, bất cứ là ngôi nào, vì sa dây rau là dấu hiệu của sự bình chỉnh không tốt giữa ngôi thai với đoạn dưới tử cung.
- Sa dây rau ở người con rạ, có tiền sử đẻ khó.
- Sa dây rau nhiều, thành búi, đẩy lên rất khó. Chú ý: Một khi đã quyết định mổ, cần mổ nhanh để cứu thai. Trong khi chờ mổ, nên bọc dây rau trong gạc tẩm huyết thanh ấm, cho mẹ thở oxy.

G. CHĂM SÓC SẢN PHỤ ĐẸ KHÓ (ĐA ỒI, THIỂU ỒI, ỒI VỖ NON, ỒI VỖ SỚM, SA DÂY NHAU...)

1. Nhận định

- 1.1. Xác định thai to qua đo chiều cao tử cung, vòng bụng, qua sờ nắn (đặc biệt là đầu thai nhi). Hỏi tiền sử, bệnh sử
- 1.2. Kiểm tra xem những kết quả khám thai định kỳ (qua thăm khám, siêu âm)
- 1.3. Có kèm theo vỡ ối sớm, sa chi không, thai quá ngày, thai non tháng, ngôi bất thường không?
- 1.4. Nhân thân sản phụ, tiền sử sản khoa (tiền sử đẻ thai to, đẻ nhiều lần, mắc bệnh tiểu đường)
- 1.5. Có dấu hiệu chuyển dạ kéo dài, chuyển dạ tắc nghẽn không?
- 1.6. Có dấu hiệu suy thai không?

2. Chẩn đoán chăm sóc

- 2.1. Tinh thần: tùy từng sản phụ, nếu sản phụ có tiền sử đẻ thai to thường đỡ lo lắng hơn.
- 2.3. Tiến triển của cuộc chuyển dạ: đẻ khó do thai và ngôi bất thường (thai già tháng, thai non tháng, thai to, đa thai và ngôi bất thường...) có dấu hiệu suy thai không?
- 2.2. Theo dõi sát chuyển dạ
- 2.3. Chế độ vận động phù hợp để tránh vỡ ối sớm
- 2.4. Chế độ ăn nhẹ, dễ tiêu
- 2.5. Hồi sức thai nếu có suy thai
- 2.6. Báo bác sỹ xử trí nếu có chuyển dạ kéo dài/ tắc nghẽn
- 2.7. Thực hiện những vấn đề về cận lâm sàng, nếu có chỉ định

3. Kế hoạch chăm sóc

- 3.1. Trao đổi với sản phụ về tình trạng thai nhi, chuyển dạ. Thảo luận với sản phụ về nơi đẻ thích hợp...
- 3.2. Chuyển hoặc chủ động đến sinh ở nơi có cơ sở phẫu thuật
- 3.3. Không mở chủ động mà phải thông qua nghiệm pháp lọt - đẻ chỉ huy nếu con co yếu.
- 3.4. 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.
- 3.6. Có kế hoạch mổ lấy thai.
- 3.7. Chuyển tuyến đẻ khó do thai và ngôi bất thường (thai già tháng, thai non tháng, thai to, đa thai và ngôi bất thường...)

4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc.

- 4.1. Cơ sở chỉ đỡ đẻ thường không nhận đỡ thai được chẩn đoán là to.
- 4.3. Phát hiện sớm các đẻ khó do thai và ngôi bất thường (thai già tháng, thai non tháng, thai to, đa thai và ngôi bất thường...)
- 4.4. Chăm sóc cho mẹ và con thích hợp khi chuyển tuyến

5. Đánh giá

Đẻ khó do thai và ngôi bất thường (thai già tháng, thai non tháng, thai to, đa thai và ngôi bất thường...)

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Chọn một câu sai về nguyên nhân có thể có của vỡ ối non:

- A. Đa ối B. Hở eo tử cung C. Viêm màng ối D. Nhau tiền đạo trung tâm

2. Về ối vỡ non, chọn một câu đúng sau đây:

- A. Thời gian từ lúc ối vỡ cho đến khi bắt đầu có chuyển dạ càng ngắn nếu thai kỳ càng non tháng
B. Một bước không thể thiếu để chẩn đoán ối vỡ là phải khám mỏ vịt
C. Nếu khám âm đạo thấy còn màng ối, có thể loại trừ chẩn đoán ối vỡ
D. ối vỡ non chỉ ảnh hưởng đến tiên lượng con, không ảnh hưởng đến tiên lượng mẹ

3. Một trong những phương pháp sau đây không dùng để chẩn đoán ối vỡ:

- A. Soi buồng ối B. Chứng nghiệm kết tinh lá dương xỉ
C. Chứng nghiệm Nitrazine D. Đặt băng vệ sinh sạch và khô theo dõi

4. Về xử trí ối vỡ non, chọn một câu đúng dưới đây:

- A. Tất cả trường hợp ối vỡ non đều phải được giục sinh
B. Cho kháng sinh ngừa nhiễm trùng, chờ chuyển dạ tự nhiên
C. Có thể dùng corticoide trong trường hợp thai còn non tháng với mục đích giúp phổi thai trưởng thành sớm
D. Nếu thai còn non tháng có thể bơm dung dịch sinh lý vào buồng ối giúp thai tiếp tục phát triển

5. ối vỡ non được định nghĩa chính xác là ối vỡ ở một thời điểm:

- A. Trước giai đoạn thai có thể sống được B. Trước giai đoạn thai có
C. Trước giai đoạn 2 của quá trình chuyển dạ D. Trước tuần lễ thứ 32 của thai kỳ

Bài 5. XỬ TRÍ TẮC MẠCH ỒI

MỤC TIÊU BÀI HỌC: *sau khi học xong, sinh viên có khả năng*

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được định nghĩa tắc mạch ối
- 1.2. Phân tích các dấu hiệu lâm sàng tắc mạch ối.
- 1.3. Trình bày chẩn đoán và xử trí tắc mạch ối

2. Kỹ năng

- 2.1. Thực hiện nhanh chóng các kỹ thuật cấp cứu trong sản khoa
- 2.2. Lập kế hoạch chăm sóc tắc mạch ối

3. Thái độ

- 3.1 Thao tác nhẹ nhàng, thực hiện nhanh, đảm bảo vô khuẩn
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của bài để thực hiện tốt tránh tai biến

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Tắc mạch ối là một biến chứng sản khoa rất nguy hiểm, tỷ lệ tử vong cao, chiếm tỷ lệ 1-12/100.000 ca sinh, xảy ra trong khi mang thai hoặc sau khi sinh xong, không thể đoán trước và không thể dự phòng được.

Tắc mạch ối là do nước ối, tế bào của thai nhi, chất gây, tóc, lông tơ hoặc các mảnh mô khác lọt vào tuần hoàn của người mẹ, gây ra giảm tuần hoàn và suy hô hấp cấp tính.

1.2. Yếu tố nguy cơ

Sản phụ trên 35 tuổi.

Can ra nguy cơ cao hơn con so.

Mổ lấy thai, đẻ co can thiệp thủ thuật Forceps, giác hút, chọc ối.

Đa ối, đa thai, nhau tiền đạo, nhựa bong non, sản giật...

Tổn thương tử cung hoặc cổ tử cung.

Suy thai, thai lưu.

Chuyển dạ với cơn co cường tính, chuyển dạ được giục sinh.

1.3. Sinh lý bệnh

Vẫn chưa biết một cách chính xác cơ chế bệnh sinh của tắc mạch ối. Khi dịch ối vào tuần hoàn mẹ thông qua hệ thống tĩnh mạch nơi nhau bám hoặc nơi có tổn thương tử cung, gây ra bệnh cảnh sốc tim, suy hô hấp giống như một sốc phản vệ.

Thuật ngữ tắc mạch ối trong một thời gian dài được cho rằng đó là một cơ chế cơ học, rối loạn tắc nghẽn như khi có cục máu đông hay khí gây tắc nghẽn. Tuy nhiên, bởi vì nước ối là hoàn toàn hòa tan trong máu, nó không thể gây tắc được. Hơn nữa, một lượng nhỏ tế bào bào thai và mảnh vỡ mô có thể đi kèm với nước ối vào lưu thông của người mẹ là quá nhỏ để có thể gây ra cản trở cơ học cho mạch phổi đủ để gây ra những thay đổi huyết động xảy ra trong hội chứng này.

Thay vào đó, hiện nay người ta cho rằng tiếp xúc với kháng nguyên bào thai trong quá trình chuyển dạ, kích hoạt các chất trung gian gây viêm, gây ra hiện tượng tràn ngập viêm và giải phóng các chất kích hoạt mạch (như norepinephrine) tương tự như hội chứng phản ứng viêm toàn thân (SIRS) xảy ra trong nhiễm trùng và sốc nhiễm khuẩn.

Phản ứng viêm gây tổn thương cơ quan, đặc biệt đối với phổi và tim, và gây ra hiện tượng đông máu từng đợt, dẫn đến đông máu nội mạch rải rác (DIC). Kết quả tình trạng thiếu oxy và hạ huyết áp của mẹ có những tác động bất lợi nghiêm trọng đến thai nhi.

Vì mẹ tiếp xúc với các kháng nguyên bào thai có thể khá phổ biến trong thời gian chuyển dạ và sinh nở nên chưa hiểu tại sao chỉ có một vài phụ nữ tắc mạch do nước ối. Người ta cho rằng những kháng nguyên khác nhau ở bào thai với số lượng khác nhau có thể tương tác với các yếu tố nhạy cảm không rõ của mẹ.

1.4. Thời điểm tắc mạch ối

Thời điểm xảy ra tắc mạch ối cũng rất khác nhau tùy trường hợp:

12% trường hợp xảy ra tắc mạch ối khi mạch ối còn nguyên.

70% trường hợp xảy ra trong chuyển dạ.

11% trường hợp xảy ra sau sinh qua đường âm đạo.

19% trường hợp xảy ra trong mổ lấy thai khi đã có chuyển dạ hay khi chưa có chuyển dạ.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

Xuất hiện đột ngột, thường trong lúc chuyển dạ, lúc sinh hoặc sau sinh; hiếm xảy ra sau 48 giờ sau sinh.

Khởi đầu là suy hô hấp, tím tái xảy ra đột ngột trong vài phút và tiếp đến là tụt huyết, phù phổi, choáng, biểu hiện thần kinh như: mất ý thức và co giật.

Tiêu chuẩn chẩn đoán:

Hội sản phụ khoa Hoa Kỳ và Anh khuyến cáo 4 tiêu chuẩn chẩn đoán tắc mạch ối như sau:

- Tụt huyết áp hay sốc tim
- Thiếu oxy cấp tính và suy hô hấp
- Hôn mê hoặc co giật
- Đông máu nội mạch lan tỏa (DIC)

Các triệu chứng trên thường xảy ra trong lúc chuyển dạ, lúc sinh hoặc trong vòng 30 phút sau sinh mà không có các lý giải khác cho các dấu hiệu này.

2.2. Cận lâm sàng

Các xét nghiệm chẩn đoán:

Công thức máu; đông máu toàn bộ, xét nghiệm khí trong máu.

X-quang phổi; thường không tìm thấy dấu hiệu đặc hiệu, có thể quan sát thấy dấu hiệu phù phổi.

Điện tâm đồ: có thể thấy nhịp tim nhanh, phân ST và sóng T thay đổi.

Tùy từng trường hợp, có thể chỉ định các xét nghiệm chuyên biệt khác.

2.3. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với 3 nhóm nguyên nhân: sản khoa, gây mê và không liên quan đến sản khoa.

Liên quan đến sản khoa: nhau bong non, vỡ tử cung, đờ tử cung, sản giật, bệnh cơ tim chu sinh.

Liên quan đến gây mê: vô cảm cột sống cao, nhiễm độc cục bộ do vô cảm.

Không liên quan đến sản khoa: thuyên tắc phổi, thuyên tắc khí, sốc phản vệ, sốc nhiễm trùng, phản ứng truyền máu, nhồi máu cơ tim.

2.4. Chẩn đoán xác định

Dựa vào kết quả mổ tử thi: tìm thấy tế bào của thai và thành phần nước ối trong động mạch phổi mẹ.

3. XỬ TRÍ

3.1. Nguyên tắc xử trí

Hồi sức tích cực

Phối hợp giữa Sản khoa, Gây mê hồi sức và Nhi khoa.

Về mặt gây mê hồi sức: kiểm soát và hỗ trợ hô hấp - tuần hoàn.

Duy trì cung cấp oxy cho sản phụ (đặt nội khí quản, thở máy).

Đặt hơn 2 đường truyền tĩnh mạch, nâng huyết áp bằng dung dịch cao phân tử.

Hồi sức tim nếu ngừng tim

Truyền máu và các chế phẩm của máu nếu kết quả đông máu không tốt kèm chảy máu dữ dội: truyền máu toàn phần hay khối hồng cầu và huyết tương,...

Về mặt sản khoa

Cho sinh ngay

Tùy từng trường hợp cụ thể để có chỉ định phù hợp.

Về mặt nhi khoa: hồi sức sơ sinh tích cực.

4. BIẾN CHỨNG

Tử vong mẹ (lên đến 90%), tử vong con (20-60%).

Hậu quả về tinh thần và vận động cho mẹ và con do thiếu oxy não.

Hội chứng Sheehan: chảy máu nặng có thể dẫn tới hoại tử một phần hay toàn bộ thùy trước tuyến yên gây suy tuyến yên, biểu hiện bằng dấu hiệu vô kinh, rụng lông, rụng tóc, suy tuyến giáp, suy tuyến yên thượng thận, mất sữa.

Biến chứng khác: sự mất máu nhiều gây ảnh hưởng đến sức khỏe và tinh thần của sản phụ, có thể gây suy gan, suy thận, suy đa tạng, rối loạn đông máu và dễ nhiễm hậu sản. Bên cạnh đó, việc truyền máu điều trị chảy máu sau sinh làm tăng các nguy cơ và biến chứng của truyền máu.

5. DỰ PHÒNG

Chưa có biện pháp dự phòng do người ta vẫn không hiểu tại sao nước ối vào tuần hoàn chỉ xảy ra ở một số ít người mà không xảy ra ở nhiều người khác cũng như không biết vai trò của mức độ, số lượng mảnh mô thai, loại mảnh mô thai (có chứa kèm theo phân su hay không) hay một số yếu tố nào đó của người mẹ nên tắc mạch ối chỉ ở một tỷ lệ rất nhỏ phụ nữ.

Bệnh viện Từ Dũ) (Nguồn: Phác đồ sản phụ khoa 2015-

Bài 6. CHĂM SÓC CHẢY MÁU SAU ĐẼ

MỤC TIÊU BÀI HỌC: *sau khi học xong, sinh viên có khả năng*

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày các dấu hiệu lâm sàng của từng nguyên nhân gây chảy máu.
- 1.2. Phân tích phù hợp với chẩn đoán và xử trí chảy máu sau đẻ

2. Kỹ năng

Lập kế hoạch chăm sóc chảy máu sau đẻ

3. Thái độ

- 3.1. Thao tác nhẹ nhàng, thực hiện nhanh, đảm bảo vô khuẩn
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của bài để thực hiện tốt tránh tai biến

1. ĐẠI CƯƠNG

Chảy máu sau sinh là một biến chứng trầm trọng, một trong 5 tai biến chính của sản khoa. Ngày nay, nhờ các tiến bộ của hồi sức cấp cứu đã làm giảm sự trầm trọng của biến chứng này. Chảy máu sau đẻ vẫn là nguyên nhân gây tử vong chính trong sản khoa, đặc biệt khi có biểu hiện rối loạn đông máu. Biến chứng này thường xảy ra bất ngờ do vậy cần phải có biện pháp dự phòng và điều trị tích cực.

Chảy máu sau đẻ là khi lượng máu mất trên 500ml hoặc choáng do mất máu xảy ra sau đẻ và thường xảy ra trong 24 giờ đầu. Tuy nhiên, một số trường hợp chỉ mất lượng máu ít hơn nhưng đã ảnh hưởng đến tổng trạng chung của sản phụ, tùy theo thể trạng và bệnh lý trước đó.

Tần suất: Trong y văn đối với đẻ đường dưới tần suất chảy máu trên 300ml là 18%- 26%, chảy máu nặng trên 1000ml từ 3 - 4,5% sau đẻ hoặc 6% sau mổ lấy thai.

Chảy máu xảy ra ngay sau đẻ có thể do 3 nguyên nhân:

- Bệnh lý trong thời kỳ sổ rau: do sót rau, đờ tử cung.
- Tổn thương đường sinh dục: vỡ tử cung, rách cổ tử cung, rách âm đạo, rách tầng sinh môn.
- Bệnh lý rối loạn đông máu (rất hiếm gặp).

2. BỆNH LÝ THỜI KỲ SỔ RAU

2.1. Sốt rau

Rau sót nhiều hoặc ít trong tử cung đều gây chảy máu.

2.1.1. Rối loạn về co bóp tử cung

Đờ tử cung là nguyên nhân gây chảy máu sau đẻ thường gặp nhất. Ngược với đờ tử cung là tăng trương lực tử cung dưới dạng co thắt tử cung, tạo vòng thắt ở lỗ trong cổ tử cung hoặc ở sừng tử cung làm rau bị cầm tù trên vòng thắt.

2.1.2. Bám bất thường của bánh rau

Rau cài răng lược (rau bám chặt, rau bám vào cơ tử cung, rau xuyên cơ tử cung) loại này hiếm gặp, tỷ lệ 1/10.000 cuộc đẻ, chỉ xảy ra trong trường hợp bất thường của niêm mạc tử cung: sẹo cũ, dính, u xơ, giảm sản nội mạc, viêm nội mạc, dị dạng tử cung.

2.1.3. Bất thường về vị trí bánh rau

Rau bám đoạn dưới, trên vách tử cung dị dạng, trên vùng tử cung mỏng. Hoạt động tử cung ở vùng này ít hiệu quả để bong rau. Nguy cơ rau cài răng lược ở trên các chỗ bám này cũng cao hơn.

Điều trị: chỉ định kiểm soát lòng tử cung trong trường hợp chảy máu do sót rau. Đối với trường hợp sau sổ thai một giờ rau không bong, nghiệm pháp bong rau âm tính, hoặc chảy máu nhiều phải bóc rau nhân tạo, nếu không kết quả thì mổ cắt tử cung bán phần.

2.1.4. Dự phòng

Lý tưởng nhất là phải dự phòng các trường hợp chảy máu sau đẻ:

- + Tôn trọng các nguyên tắc trong thời kỳ sổ rau.
- + Nếu xử trí tích cực giai đoạn 3 cần phải thực hiện đúng kỹ thuật
- + Kiểm tra kỹ bánh rau, trong trường hợp sót rau phải kiểm tra lòng tử cung.

2.2. Đờ tử cung

2.2.1. Nguyên nhân: đờ tử cung có thể xảy ra ở những trường hợp sau

- Sản phụ suy nhược, thiếu máu, tăng huyết áp, tiền sản giật...
- Nhược cơ tử cung do chuyển dạ kéo dài.
- Tử cung giãn quá mức do song thai, đa ối, thai to.
- Tử cung mất trương lực sau khi đẻ quá nhanh.
- Sốt rau, màng rau trong buồng tử cung
- Bất thường tử cung: u xơ, tử cung dị dạng.
- Đờ tử cung do sử dụng thuốc: Sau gây mê bằng các thuốc mê họ Halothane (fluothane) sử dụng Betamimetic, dùng ôxytôxin không liên tục sau khi sổ thai.

Trên lâm sàng có hai mức độ đờ tử cung:

- Đờ tử cung còn phục hồi: là tình trạng cơ tử cung bị giảm trương lực nên tử cung co hồi kém, đặc biệt ở vùng rau bám; nhưng cơ tử cung còn đáp ứng với các kích thích cơ học và thuốc.

- Đờ tử cung không hồi phục: cơ tử cung không còn đáp ứng với các kích thích trên.

2.2.2. Triệu chứng và chẩn đoán

- Chảy máu: chảy máu ngay sau sổ rau là triệu chứng phổ biến nhất. Máu có thể chảy liên tục hoặc khi ấn vào đáy tử cung máu sẽ chảy ồ ạt ra ngoài.

- Tử cung nhão, mềm do co hồi kém hoặc không co hồi, không có khối an toàn mặc dầu rau đã sổ.

2.2.3. Xử trí

Phải xử trí khẩn trương, tiến hành song song cầm máu và hồi sức.

- Dùng mọi biện pháp cơ học để cầm máu: xoa tử cung qua thành bụng, chẹn động mạch chủ bụng, ép tử cung bằng hai tay.

- Thông tiểu để làm rộng bàng quang .

- Làm sạch lòng tử cung: Lấy hết rau sót, lấy hết máu cục.

- Tiêm 5-10 đơn vị ôxytôxin tiêm bắp hoặc tiêm vào cơ tử cung, nếu tử cung vẫn không co thì tiêm bắp Ergometrine 0,2mg (cũng có thể truyền tĩnh mạch để có tác dụng nhanh hơn)

- Truyền nhỏ giọt tĩnh mạch ôxytôxin 5-10 đơn vị trong 500 ml dung dịch glucoza 5%

- Truyền dịch chống choáng

- Trong 2 giờ đầu mỗi 15 phút xoa đáy tử cung một lần, kéo dài trong 2 phút cho đến khi có cảm giác tử cung co cứng thành khối dưới tay.

Tuy nhiên nếu sau khi xoa bóp tử cung, tiêm ôxytôxin hoặc Ergometrin nhưng máu tiếp tục chảy và mỗi khi ngừng xoa tử cung lại nhão, phải nghĩ đến đờ tử cung không hồi phục, lập tức chỉ định can thiệp phẫu thuật (buộc hai động mạch tử cung, cắt tử cung bán phần...).

- Tuyến xã: Nếu không cầm máu được thì mời tuyến trên hỗ trợ hoặc chuyển tuyến trên

- Tuyến huyện: Xử trí như trên, nếu không cầm máu được thì mổ cắt tử cung bán phần.

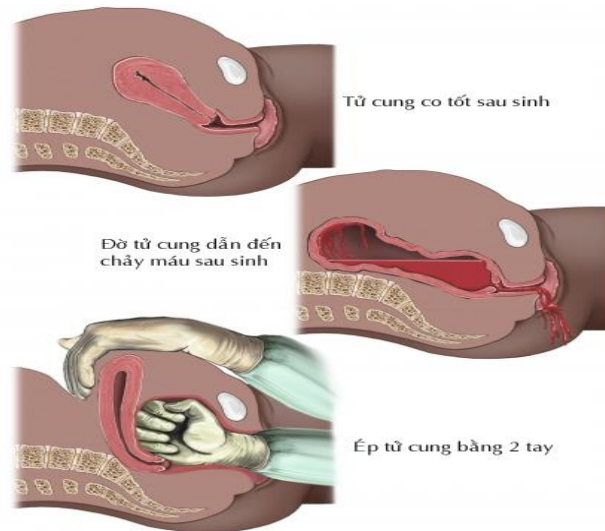
2.2.4. Dự phòng

Trong trường hợp chuyển dạ kéo dài hoặc tử cung bị giãn quá mức do thai to, đa ối, các trường hợp con rạ đẻ nhiều lần nên:

- Theo dõi cuộc đẻ bằng biểu đồ chuyển dạ

- Tiêm bắp 10 đơn vị ôxytôxin khi vai trước sổ hoặc ngay sau sổ thai nhưng phải chắc chắn rằng không còn thai thứ 2.

- Xử trí tích cực giai đoạn III bao gồm: tiêm ôxytôxin, kéo nhẹ dây rốn có kiểm soát và xoa tử cung.
- Misoprostol 200 mcg x 2 viên đặt trực tràng sau sổ rau.



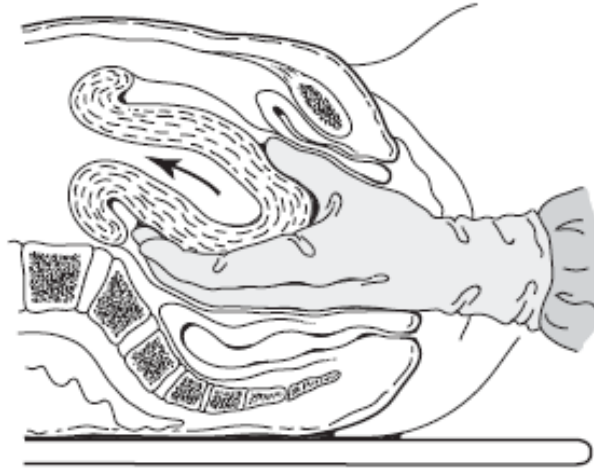
Hình. Đờ tử cung và xử trí ép tử cung bằng 2 tay

2.3. Lộn lòng tử cung

Là biến chứng hiếm gặp, do các nguyên nhân: kéo dây rốn, đẩy đẩy tử cung khi sổ rau. Triệu chứng thường gặp là đau dữ dội, chảy máu nhiều, choáng, mót rặn. Mót rặn chỉ gặp trong hai trường hợp sau đẻ, đó là khối máu tụ âm đạo, tiểu khung hoặc lộn lòng tử cung.

Khám bụng: Tùy theo mức độ có thể thấy lõm ở đáy tử cung, hoặc không sờ thấy tử cung trên vệ. Khám âm đạo thấy khối tử cung trong âm đạo, mềm, đau, có thể co bóp, có vòng thắt tử cung trên khối đó.

Xử trí: nếu chẩn đoán sớm có thể đẩy tử cung trở lại, sau đó tiêm ôxytôxin và phải giữ tay trong lòng tử cung để kiểm soát sự co bóp của tử cung, nếu thất bại phải mổ cắt tử cung.



Hình. Đẩy tử cung trở lại trong lộn lòng tử cung

2.4. Rau cài răng lược

Ở người có tiền sử đẻ nhiều lần, nạo thai nhiều lần, viêm niêm mạc tử cung; chất lượng niêm mạc tử cung không còn tốt nên 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. Có thể chỉ một phần bánh rau bám vào lớp cơ hay toàn bộ bánh rau bám vào lớp cơ, người ta phân rau cài răng lược thành các loại sau:

- Rau cài răng lược toàn phần: Toàn bộ bánh rau bám vào lớp cơ tử cung 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 tùy thuộc vào vào tình trạng cơ của lớp cơ tử cung và mức độ bong rau.
- Có 3 mức độ cài của gai rau:
 - + Rau bám chặt.
 - + Rau bám xuyên cơ tử cung.
 - + Rau xuyên thủng cơ tử cung, có thể bám vào các tạng lân cận.

2.4.1. Triệu chứng lâm sàng

- Nếu rau cài răng lược toàn phần thì sau mổ thai một giờ rau vẫn không bong, tuy không chảy máu.
- Nếu rau cài răng lược bán phần thì sau khi thai mổ, rau vẫn không bong hết nên không mổ được, chảy máu nhiều hay ít tùy theo diện rau đã bong rộng hay hẹp.

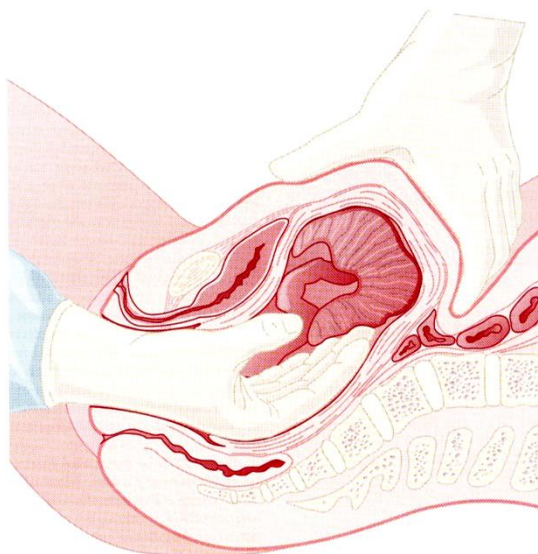
- Chỉ có thể chẩn đoán chắc chắn dựa vào thử bóc rau không kết quả hay chỉ bóc được một phần và máu chảy nhiều.

- Cần chú ý phân biệt với rau mắc kẹt (rau bị cầm tù):

Trường hợp này bánh rau đã bong nhưng không sổ tự nhiên được vì bị mắc kẹt trong tử cung do vòng thắt của lớp cơ đan. Đặc biệt bánh rau dễ bị mắc kẹt trong trường hợp tử cung hai sừng, khi ấy chỉ cần cho tay vào buồng tử cung sẽ lấy được rau ra vì bánh rau đã bong hoàn toàn.

2.4.2. Xử trí

- Nếu máu chảy trong thời kỳ sổ rau hoặc trên một giờ rau không bong thì bóc rau nhân tạo, kiểm soát tử cung.



Hình. Bóc nhau bằng tay

- Nếu bóc rau không được do rau bám xuyên vào cơ tử cung, phải mổ cắt tử cung bán phần, hồi sức, truyền dịch, truyền máu trong và sau mổ.

- Trường hợp rau tiền đạo cài răng lược phải cắt tử cung bán phần thấp hoặc cắt tử cung hoàn toàn để cầm máu.

- Tuyến xã: Nếu chảy máu khi rau chưa bong thì bóc rau nhân tạo, kiểm soát tử cung và dùng ôxytôxin. Nếu rau không bong và không chảy máu thì chuyển tuyến trên.

- Tuyến huyện: Bóc rau nhân tạo, kiểm soát tử cung, nếu bóc không được thì cắt tử cung bán phần.

3. CHẤN THƯƠNG ĐƯỜNG SINH DỤC

3.1. Võ tử cung

Xem bài "Võ tử cung"

3.2. Rách âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn

3.2.1. Nguyên nhân

- Về phía mẹ: Tầng sinh môn rắn ở người sinh con so lớn tuổi, nhiễm khuẩn, phù nề và có sẹo cũ ở tầng sinh môn
- Về phía thai: thai to, thai sô kiểu chằm cùng, sô đầu hậu trong ngôi ngược
- Do thủ thuật: đẻ hỗ trợ bằng forceps, giác hút..

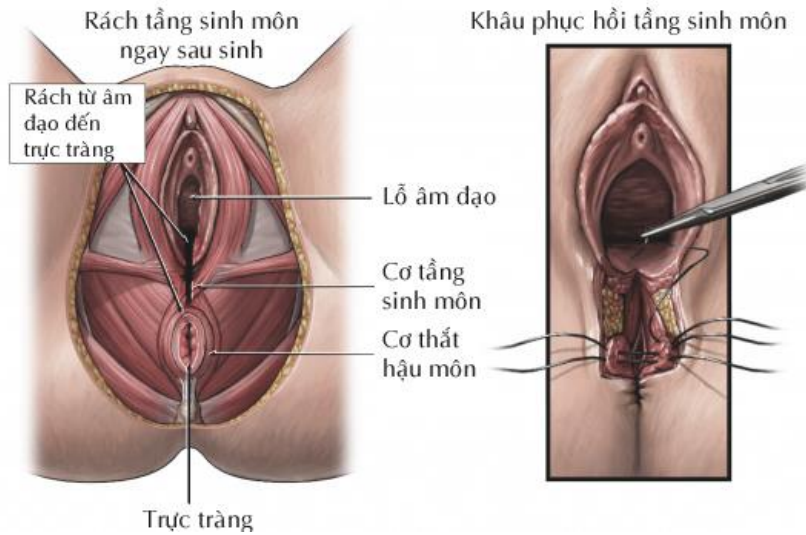
3.2.2. Chẩn đoán

Sau khi sô thai thấy máu vẫn chảy ra, có thể nhìn thấy ngay máu chảy từ vết rách hay vết cắt tầng sinh môn, cần kiểm tra kỹ chỗ rách để xác định mức độ rách tầng sinh môn:

- Độ I: Rách da và niêm mạc âm đạo
- Độ II: Rách da, niêm mạc âm đạo và một phần cơ tầng sinh môn (thường là cơ hành hang)
- Độ III: Rách cơ tầng sinh môn tới tận nút thớ trung tâm
- Độ IV: Rách qua nút thớ trung tâm tới tận phen trực tràng âm đạo, làm âm đạo thông với trực tràng

3.2.2. Xử trí

- Gây tê tại chỗ hoặc sử dụng các thuốc giảm đau
- Khâu phục hồi sau khi sô rau và biết chắc là tử cung không còn sót rau
- Khâu từ trong ra ngoài, từ lớp sâu đến nông, khâu mũi rời, các mũi cách rau 0,5 cm. Mũi khâu đầu tiên của lớp niêm mạc phải trên đỉnh vết rách 0,5-1cm.
- Khâu 3 lớp: lớp niêm mạc và lớp cơ ở trong bằng catgut, lớp da ở ngoài bằng chỉ không tiêu; Không để khoảng trống giữa 2 lớp, không để lệch hoặc chồng mép. Riêng đối với rách tầng sinh môn độ IV, vì phẫu thuật phức tạp, vết rách khó liền do sản dịch và nước tiểu gây nhiễm khuẩn tại chỗ, chỉ nên khâu phục hồi sau khi hết thời kỳ hậu sản.



Hình. Rách âm đạo - tầng sinh môn và kỹ thuật khâu

3.2.3. Chăm sóc

- Giữ vết khâu luôn sạch: phải rửa âm hộ ngày 2-3 lần nhất là sau đại tiện, tiểu tiện.
- Giữ vết khâu khô: Sau khi rửa phải thấm khô
- Chế độ ăn: ăn nhẹ, tránh táo bón
- Nếu vết khâu phù nề cần cắt chỉ sớm
- Cắt chỉ sau 5 ngày

3.2.4. Dự phòng

- Hướng dẫn cho sản phụ cách rặn đẻ
- Giữ tầng sinh môn đúng phương pháp khi sổ thai
- Đỡ đẻ đúng kỹ thuật.
- Cắt tầng sinh môn khi có chỉ định.

3.3. Rách cổ tử cung

3.3.1. Nguyên nhân

Tất cả các trường hợp chảy máu ngay sau đẻ, phải kiểm tra cổ tử cung. Tần suất có thể gặp 11% ở con so, 4% ở con rạ. Rách thường ở hai vị trí 3- 9 giờ, có thể kéo lên đến vòm âm đạo, đôi khi rách cổ tử cung lên đến đoạn dưới. Rách cổ tử cung có thể gặp khi sổ thai mà cổ tử cung chưa mở hết, sinh thủ thuật, đẻ nhanh, cổ tử cung xơ chai.

3.3.2. Chẩn đoán

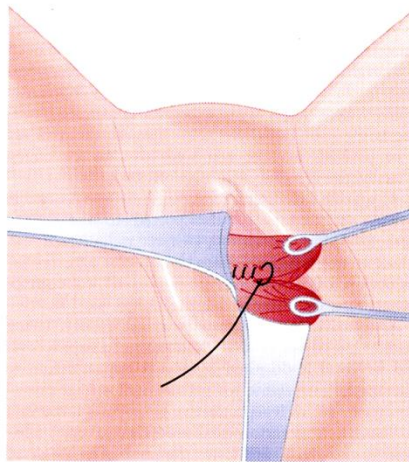
Sau khi sổ thai hoặc rau máu ra nhiều màu đỏ tươi, kiểm tra cổ tử cung thấy có chỗ rách nhăm nhở hoặc không liên tục, đang chảy máu (lưu ý vị trí 3 giờ và 9 giờ)

Rách nông: Đỉnh vết rách ở dưới chỗ bám âm đạo - cổ tử cung

Rách sâu: Đỉnh vết rách ở trên chỗ bám âm đạo - cổ tử cung, phải kiểm tra kỹ xem có vỡ tử cung, rách bàng quang hoặc tổn thương trực tràng

3.3.2. Xử trí

Đánh giá cẩn thận tổn thương, phải thấy rõ đỉnh vết rách, khâu phục hồi vết rách bằng các mũi rời. Trường hợp rách trên âm đạo, nếu ngoài phúc mạc có thể khâu đường dưới, nếu trong phúc mạc đôi khi phải phẫu thuật.



Hình. Khâu vết rách cổ tử cung

4. BỆNH LÝ RỐI LOẠN ĐÔNG CHẢY MÁU

4.1. Nguyên nhân

Chảy máu do bệnh lý rối loạn đông máu thường nặng, có thể gặp trong các bệnh lý sản khoa như rau bong non, thai chết trong tử cung, nhiễm trùng tử cung, tắc mạch nước ối, hoặc một số bệnh lý nội khoa khác như viêm gan siêu vi cấp, xuất huyết giảm tiểu cầu,...

4.2. Các yếu tố chẩn đoán sinh học

- Tăng thời gian Quick
- Tăng thời gian hoạt hoá cephaline
- Giảm số lượng tiểu cầu
- Giảm fibrinogen.
- Giảm tỷ lệ của các yếu tố II, V, giảm Antithrombin III, tăng các sản phẩm thoái hoá fibrin(PDF)

4.3. Điều trị

- Điều trị: bổ sung các yếu tố thiếu: truyền máu tươi, Plasma tươi, cung cấp các yếu tố đông máu. Fibrinogen cô đặc được chỉ định trong trường hợp giảm Fibrinogen nặng.

- Heparin ít sử dụng trong chảy máu sản khoa.

- Sau khi điều chỉnh các yếu tố đông máu và ngừng chảy máu, nên dự phòng tắc mạch do huyết khối bằng Calciparin trong 21 ngày.

- Phẫu thuật cắt tử cung bán phần kèm buộc động mạch hạ vị trong một số trường hợp có chỉ định.

5. ĐỀ PHÒNG CHẢY MÁU SAU SINH

- Sử dụng biểu đồ chuyển dạ để phát hiện chuyển dạ bất thường và phải xử trí thích hợp

- Sử dụng thuốc tăng và giảm co đúng chỉ định, liều lượng

- Đỡ đẻ đúng kỹ thuật

- Kiểm tra rau và màng rau tránh để sót rau, sót màng

- Sau sinh phải kiểm tra ống đẻ để phát hiện các tổn thương

- Tư vấn và vận động thực hiện sinh đẻ có kế hoạch

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1]. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, BHYT năm 2016

[2]. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh trong ngành phụ sản , BHYT năm 2013

Tài liệu tham khảo

[1]. Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh, khoa, NXB Y Học 2008

[2] Đại Học Y Học Hà Nội Bài giảng khoa, NXB Y Học Hà Nội 2006