

CHĂM SÓC TRONG ĐẸ



SỔ TAY CHO SINH VIÊN HỘ SINH

By: OUNG LIDA, KANG PISEY,
LOEURNG PHOSREYNOUCH, KANG VIRAK



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

SINH LÝ CHUYỂN DẠ SINH THƯỜNG



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



The European Commission's support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents, which reflect the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Universita e Iqubjani



Tampere University
of Applied Sciences

MỤC LỤC

I. Tóm tắt quá trình sinh lý.....	4
II. Quy trình bốn thủ thuật Leopold.....	6
III. Hiểu và phát hiện PPPP bình thường và bất thường.....	8
1. Động lực (Powers).....	9
1.1 Cơ co tử cung.....	9
1.2 Thay đổi cổ tử cung.....	11
2. Thai nhi (Passengers).....	12
2.1 Thai nhi.....	12
2.2 Thế.....	12
2.3 Ngôi.....	12
2.4 Kiểu thế.....	12
2.5 Độ lọt.....	13
2.6 Ổi.....	14
2.7 Dây rốn.....	14
2.8 Nhau thai.....	15
3. Đường đi (The Passage).....	15
3.1 Khung chậu.....	15
3.2 Đường kính.....	16
4. Tâm lý.....	16
IV. Các giai đoạn chuyển dạ.....	17
V. Cơ chế chuyển dạ.....	19
VI. Đánh giá bà mẹ và thai trong quá trình chuyển dạ.....	21
VII. Kiểm soát cơn đau khi bắt đầu chuyển dạ.....	36
1. Định nghĩa cơn đau chuyển dạ.....	36
2. Phương pháp giảm đau tự nhiên.....	36
VIII. Chảy máu âm đạo sau sinh.....	38
IX. Kẹp dây rốn muộn quản lý tích cực nhau thai.....	40
X. Cắt và may tầng sinh môn.....	40
XI. Oxytocin: hormone tình yêu và hormone âu yếm.....	45

SINH LÝ CHUYÊN DẠ SINH THƯỜNG

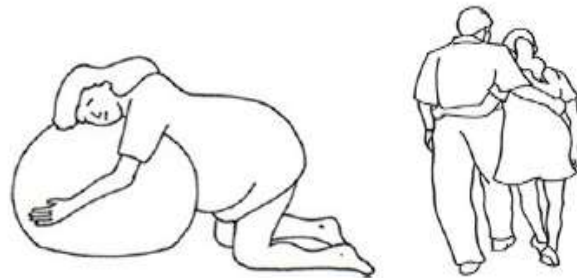
Oung Lida, Kang Pisey, Loerng Phosreynouch, Kang Virak

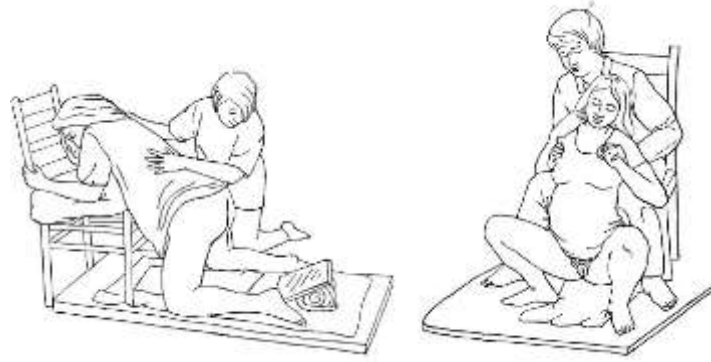
I. Tóm tắt quá trình sinh lý

Quá trình sinh con được điều khiển bởi não bộ. Khi quá trình sinh diễn ra ở người phụ nữ, phần não nguyên thủy sẽ hoạt động trong giai đoạn này. Đây là phần chung mà tất cả các loài động vật có vú đều có, trong giai đoạn này não sẽ tiết ra những hormone cần thiết. Phụ nữ sinh con một cách tự nhiên khi có thể tiết ra hormone nội sinh, hay nói cách khác là không cần hormone tổng hợp từ dịch truyền hoặc bất kỳ can thiệp y tế nào khác. Các yếu tố có thể làm ảnh hưởng quá trình này của não bộ, ở mức độ có thể nhận thức được, chẳng hạn như tiếng ồn, ánh sáng chói và sự hiện diện của người lạ, đều có thể dễ dàng được loại bỏ trong bối cảnh của đơn vị sản khoa hiện đại. Môi trường lý tưởng cho việc sinh nở tự nhiên của bà mẹ là đảm bảo sự riêng tư, ánh sáng vừa đủ, môi trường im lặng, đồng thời có sự hiện diện của người kinh nghiệm bên cạnh. Đối với sản phụ, trong quá trình sinh cần được: cảm thấy hoàn toàn được phép là chính mình, cảm thấy tự do bỏ qua những rào cản về cảm xúc và thể chất cũng như giải phóng những kỳ vọng - những thước đo hoặc chuẩn mực mà sản phụ thực hiện trong môi trường có tổ chức. Khi có được cảm giác hoàn toàn an toàn với một người khác sẽ tạo ra cảm giác tự do, cho phép sản phụ bắt đầu kiểm tra giới hạn năng lực của chính mình và trải nghiệm những năng lực có thể chưa được nhận ra trước đây - hoặc có thể được nhận ra nhưng không gặp rủi ro. Sự tự do được thực sự là chính mình của một người mang lại cảm giác được trao quyền và sáng tạo.

Chuyên dạ có thể là thời điểm tốt và hợp lý để thực hành, đặc biệt nếu không có biến chứng. Bản năng của sản phụ thôi thúc họ di chuyển. Các tư thế khác nhau như đứng, đi lại, ngồi, quỳ, ngồi xổm, với các phương tiện hỗ trợ phù hợp, sẽ khiến tử cung tạo thêm áp lực lên thai nhi và từ đó tác động lên cổ tử cung. Sản phụ nên được hướng dẫn bởi cảm xúc, sự thoải mái và nhu cầu của chính họ hơn là bởi sự thuận tiện của bệnh viện. Một người cần sự tự do để tìm ra những tư thế mà theo truyền thống đã được sử

dụng để tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình chuyển dạ và sinh nở - những tư thế sẽ tạo cảm giác thoải mái, thư giãn, dễ chịu và kiểm soát tối đa. Có vô số tư thế có thể thực hiện và không có tư thế nào là tốt nhất. Bản năng của sản phụ sẽ thúc đẩy họ tìm kiếm tư thế có khả năng, hiệu quả và thoải mái nhất. Việc này dẫn đến sự thay đổi thái độ khi quản lý chuyển dạ, chăm sóc thai nói chung và chuẩn bị trước khi sinh. Một bà mẹ trong tương lai không chỉ cần có kiến thức về mang thai, chuyển dạ, sinh cũng như sự tăng trưởng và phát triển của trẻ mà còn phải chuẩn bị đầy đủ về mặt thể chất: sản phụ cần làm quen và cảm nhận sự thoải mái với các tư thế đứng thẳng khác nhau và tìm hiểu tác dụng của các tư thế này để tự hỗ trợ bản thân trong quá trình chuyển dạ. Trong thời kỳ mang thai, cần nhấn mạnh vào sự phát triển niềm tin và sự tự tin vào cơ thể của chính mình, cũng như học cách khám phá bản năng sinh con và làm mẹ của bản thân. Sự sẵn sàng về mặt cảm xúc và thể chất của sản phụ khi sinh và trao quyền khi mang thai sẽ trở nên quan trọng như việc chăm sóc y tế tốt trước sinh.





II. Quy trình bốn thủ thuật Leopold

Thủ thuật Leopold là một phương pháp giúp xác định ngôi và thế của thai nhi. Mục đích: Quan sát và nắn bụng một cách có hệ thống để xác định ngôi thai nhi.

Quy trình	Nguyên tắc
<p>1. Chuẩn bị thai phụ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Giải thích quy trình - Hướng dẫn thai phụ làm trống bàng quang - Hướng dẫn sản phụ nằm ngửa, hai chân co nhẹ. Đặt một cái gối nhỏ hoặc cuộn khăn lại để dưới mỗi bên đầu gối. - Rửa tay bằng nước ấm. - Quan sát đường kính dài nhất trên bụng sản phụ và nơi thấy rõ chuyển động của 	<ul style="list-style-type: none"> - Giải thích để giảm sự lo lắng và tăng sự hợp tác - Tạo cảm giác thoải mái và cho phép sờ nắn hiệu quả hơn, các phần của thai nhi sẽ không bị che khuất bởi cầu bàng quang. - Co đầu gối giúp thư giãn cơ bụng. Sử dụng gối hoặc khăn sẽ nghiêng, tránh làm tử cung chèn ép tĩnh mạch chủ, do đó ngăn ngừa hội chứng hạ huyết áp tư thế. - Rửa tay ngăn ngừa nhiễm khuẩn. Sử dụng nước ấm giúp thai phụ thoải mái và ngăn ngừa tình trạng căng cơ bụng. - Đường kính dài nhất là trục dọc của thai nhi. Nơi thai nhi cử động nhiều nhất có

<p>thai nhi.</p> <p>2. Thực hiện thủ thuật đầu tiên.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đứng ở phía chân, bên phải và đối diện với sản phụ, đặt hai tay trên bụng sản phụ. - Nắn nhẹ nhàng phần đáy tử cung. Xác định mật độ, hình dạng và tính di động. <p>3. Thực hiện thủ thuật thứ hai</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đứng đối diện với sản phụ và đặt lòng bàn tay lên hai bên bụng sản phụ. - Sờ nắn hai bên tử cung. Giữ tay trái cố định ở phía bên trái tử cung và tay phải sờ nắn phía đối diện từ trên xuống dưới. Sau đó giữ cố định tay phải và lặp lại việc nắn bụng bằng tay trái ở bên trái sản phụ. <p>4. Thực hiện thủ thuật thứ ba</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nhẹ nhàng nắn phần dưới của bụng, phía trên xương vệ bằng ngón cái và ngón trỏ, ấn giữ ngón cái và ngón trỏ vào nhau. Xác định mật độ của phần thai mềm hay cứng và xem sự chuyển động 	<p>thể là vị trí của chân.</p> <p>2. Thủ thuật này nhằm xác định đầu hay mông thai nhi ở đáy tử cung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đặt tay ở vị trí thích hợp đảm bảo kết quả chính xác. - Khi sờ vào đầu có cảm giác cứng hơn mông. Đầu tròn và cứng; mông ít xác định được chắc chắn. Đầu di chuyển độc lập với cơ thể; ngôi mông chỉ di chuyển cùng với cơ thể. <p>3. Thủ thuật này xác định phần lưng thai nhi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đặt tay ở vị trí thích hợp đảm bảo kết quả chính xác. - Đây là phương pháp thành công nhất để việc xác định mặt lưng của thai nhi. Một tay sẽ sờ thấy bề mặt phẳng, cứng (mặt lưng), trong khi ở tay kia sẽ có cảm giác lồi nhô (đầu gối và khuỷu tay của thai nhi). <p>4. Thao tác này xác định phần của thai nhi ở eo trên và khả năng di chuyển của nó.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nếu phần ngôi thai có thể di chuyển lên trên và hai tay của nhân viên y tế có thể hướng vào nhau, phần thai chưa lọt (không cố định chắc chắn vào xương chậu). Nếu phần thai chắc chắn thì đó là
--	---

<p>của nó.</p> <p>5. Thực hiện thủ thuật thứ tư</p> <p>- Đặt hai tay ở hai bên đoạn dưới tử cung cách dây chằng bẹn khoảng 2 inch, ấn xuống dưới và vào trong theo hướng ống sinh. Ấn các ngón tay hướng xuống.</p>	<p>đầu; nếu mềm thì đó là mông.</p> <p>5. Thao tác này xác định tư thế thai nhi và độ lọt; chỉ nên được thực hiện nếu là ngôi đầu. Từ thủ thuật này cũng có thể xác định thai ở kiểu thế trước hay sau.</p> <p>- Một bàn tay sẽ đi dọc theo cạnh tử cung và không gặp trở ngại, là phần sau cổ của thai nhi. Tay còn lại sẽ gặp cản trở phía trên dây chằng khoảng một inch - đây là trán của thai nhi. Vị trí của trán thai nhi phải tương ứng với phía tử cung chứa khuỷu tay và đầu gối của thai nhi. Nếu thai nhi có kiểu thế không tốt, khi khám sẽ gặp cản trở cùng phía với lưng thai nhi. Đó là khi đầu ngửa ra tối đa. Nếu dễ sờ thấy trán (như nó nằm ngay dưới da), thai nhi có thể ở kiểu thế sau (châm hướng về phía lưng người phụ nữ).</p>
---	---

III. Hiểu và phát hiện PPPP bình thường và bất thường

Quá trình chuyển dạ và chăm sóc hộ sinh

Chuyển dạ là quá trình trong đó tử cung tổng xuất hoặc cố gắng tổng xuất thai nhi, nhau thai và túi ối. Quá trình này được thực hiện bằng các cơn co thắt nhịp nhàng của tử cung. Các mốc giải phẫu của tử cung quan trọng trong quá trình chuyển dạ. Áp lực của thai nhi và túi ối lên cổ tử cung sẽ gây xóa mở cổ tử cung, cho phép thai nhi di chuyển từ tử cung qua cổ tử cung và ống sinh vào môi trường ngoài tử cung. Để thực hiện được quá trình này phải có sự phối hợp giữa động lực (power), đường đi (passage) và hành khách

(passengers). Động lực là cơn co tử cung. Đường đi là khung chậu, cổ tử cung, âm đạo và âm hộ. Hành khách ở đây là thai nhi, túi ối, dây rốn và nhau thai. Chuyển dạ bình thường đòi hỏi phải có đủ động lực để tổng thai, đường đi phải có kích thước phù hợp để cho phép thai nhi lọt và sổ, đồng thời thai phải có kích thước trung bình và ở các kiểu thế có thể di chuyển trong quá trình chuyển dạ.

1. Động lực (Powers)

Tử cung co bóp để thai sổ ra ngoài. Cơn co tử cung hiệu quả dẫn đến những thay đổi ở cổ tử cung cần thiết cho quá trình sinh.

1.1 Cơn co tử cung

Thông thường tử cung bắt đầu co bóp hiệu quả sau 280 ngày kể từ kỳ kinh cuối (LMP) hoặc 266 ± 8 ngày sau khi rụng trứng và thụ tinh. Tuy nhiên, chu kỳ kinh nguyệt không đều dẫn đến việc tính tuổi thai chính xác trở nên khó khăn. Chọc ối và siêu âm có thể được sử dụng để xác định tuổi thai của thai nhi và ngày dự sinh chính xác hơn.

Cơn co tử cung không tự chủ và là động lực chính của quá trình chuyển dạ. Cơ tử cung với cấu trúc dọc nhất có khả năng co bóp từ phần đáy xuống và theo kiểu giống như lưới, hạn chế các mạch máu đi vào cơ, để đi vào nhau thai. Ngược lại, đoạn dưới tử cung bị kéo căng do áp lực của thai nhi và nước ối không co bóp nhịp nhàng như vậy. Điều này cho phép thai nhi đi xuống thuận lợi.

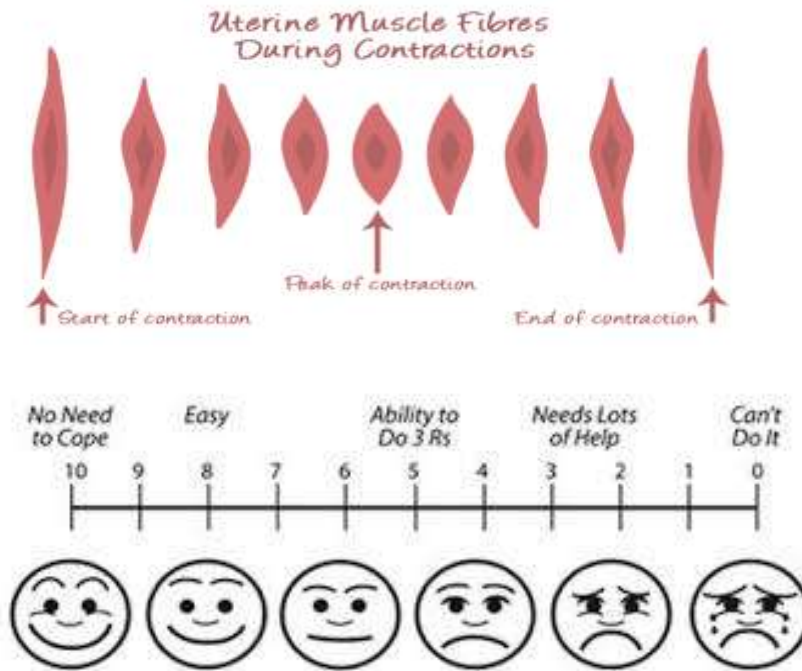
Sau khi sinh, tử cung trống và co bóp để nhanh chóng giảm kích thước. Nội mạc tử cung dày lên và đáy tử cung co lại với kích thước ban đầu ngay dưới cơ hoành đến dưới rốn trong vòng vài phút. Khi sắp sinh, cơ tử cung ngày càng nhạy cảm với oxytocin. Nồng độ oxytocin tăng nhẹ khi cơn chuyển dạ đến gần, trong thai kỳ phần lớn bị ngăn chặn thai do tác động của nội tiết tố. Prostaglandin cũng ảnh hưởng đến các cơn co tử cung: prostaglandin tăng lên trong nước ối khi sắp chuyển dạ. Cuối cùng, có sự điều hòa cơn co trong nội mạc tử cung; sự điều hòa cơn co kích hoạt các cơn co tử cung nhịp nhàng. Các

con co tử cung bắt nguồn từ đáy tử cung, nơi tập trung nhiều tế bào cơ nhất. Sau đó con co lan xuống đoạn dưới. Con co tử cung tăng lên vào cuối thai kỳ. Trong tháng cuối của thai kỳ, con co tử cung tăng tần suất và có thể xuất hiện sau 10 đến 20 phút. Có thể sờ thấy con co nhưng thai phụ thường không cảm thấy khó chịu. Trong những tháng cuối thai kỳ, thai phụ sẽ có con co này còn được gọi là con co Braxton Hicks, có thể bị nhầm là chuyển dạ sinh non.

Con co chuyển dạ hiệu quả, là động lực sẽ làm xóa mở cổ tử cung và sau đó, với sức rặn của bà mẹ, thai nhi và nhau thai sẽ được tống ra ngoài. Mỗi con co có ba phần: bắt đầu cơn gò (cường độ cơn co tăng), đỉnh cơn gò và phần giảm (cường độ cơn co giảm). Lưu ý lúc bắt đầu cơn gò tăng rất dốc và nhanh chóng, trong khi giảm kéo dài và từ từ hơn. Thời gian nghỉ giữa các cơn co rất quan trọng vì nó cho phép thai nhi và cơ tử cung phục hồi sau áp lực của cơn co. Trong thời gian nghỉ, tử cung và nhau thai được tưới máu, cho phép trao đổi oxy, carbon dioxide và chất dinh dưỡng ở nhau thai. Con co cường tính khi không có thời gian nghỉ giữa cơn co. Đây là trường hợp bất thường và có thể dẫn đến tình trạng thiếu oxy ở thai nhi hoặc sinh nhanh, không kiểm soát được. Nếu cơn co tử cung không đủ để chuyển dạ tiến triển sẽ dẫn đến chuyển dạ kéo dài do rối loạn chức năng tử cung.

Có thể theo dõi cơn co tử cung bằng cách nắn bụng. Cần đánh giá cơn co về tần suất, cường độ và thời gian. Tần suất là thời gian từ khi bắt đầu một cơn co đến khi bắt đầu cơn co tiếp theo, thường được tính bằng phút. Cường độ là lực co bóp và được ghi là nhẹ, trung bình hoặc mạnh. Thời lượng là thời gian từ khi bắt đầu đến khi kết thúc cơn co, thường được tính bằng giây. Hộ sinh lưu ý thông tin này khi sản phụ chuyển dạ tích cực và đánh giá các cơn co để xác định mô hình cơn co hiệu quả. Mặc dù việc theo dõi bên ngoài có tính tương đối, việc đánh giá cơn co thất bằng cách nắn bụng hoặc bằng cách đọc trên màn hình như sau:

Bằng cách nắn bụng	Bằng máy monitor sản khoa đo trong
Nhẹ	Dưới 40 mmHg
Vừa	40 – 70 mmHg
Mạnh	Trên 70 mmHg



1.2 Thay đổi cổ tử cung

Các cơn co hiệu quả dẫn đến những thay đổi dần dần ở cổ tử cung. Với mỗi cơn co, cổ tử cung sẽ rút từ từ và dần dần lên đoạn dưới tử cung. Cơn co tử cung, cùng với áp lực phân thai và túi ối, gây ra hiện tượng mở cổ tử cung. Có sự khác biệt về sự xóa mở cổ tử cung của người con so và người con rạ. Cổ tử cung của con so thường xóa trước khi mở, trong khi đó ở người con ra, hiện tượng xóa và mở có thể xảy ra cùng lúc.

Bản thân cổ tử cung phải sẵn sàng cho chuyển dạ. Bình thường nó có mật độ chắc, giống như chóp mũi. Để cuộc chuyển dạ có hiệu quả, nó phải mềm hoặc chín muồi bắt đầu xóa mở, ngã trước trong âm đạo. Những thay đổi này thường xảy ra trong những tuần trước khi bắt đầu chuyển dạ. Tiến trình xóa và mở được đánh giá bằng khám trong âm đạo. Việc khám âm đạo chỉ nên được

thực hiện khi cần thiết. Phải duy trì tình trạng vô trùng nghiêm ngặt để tránh đưa vi khuẩn vào đường sinh.

2. Thai nhi (Passengers)

Hành khách là bào thai và nhau thai. Các yếu tố khác nhau của thai nhi, bao gồm ngôi, thế, kiểu thế, độ lọt được đánh giá trong quá trình chuyển dạ.

2.1 Thai nhi

Để vượt qua được đường âm đạo của mẹ, thai nhi phải phù hợp với khung chậu. Đầu thai nhi là bộ phận lớn nhất, ít khả năng thu hình để thay đổi kích thước nhất và là ngôi thai thường gặp nhất. Đầu gồm bảy xương được ngăn cách bởi các rãnh liên thóp. Những phần này mềm và chưa cứng hoàn toàn, có thể thay đổi vị trí một ít, dẫn đến hiện tượng uốn khuôn. Việc uốn khuôn cho phép đầu thai nhi phù hợp với hình dạng của xương chậu. Đường kính lọt của đầu thai nhi thay đổi rất nhiều, tùy thuộc vào mức độ cúi của đầu (tương quan giữa đầu và thân). Khi đầu cúi tối đa, chằm áp vào ngực, đường kính sẽ nhỏ nhất là đường kính hạ chằm – thóp trước.

2.2 Thế

Thế là sự tương quan giữa trục dọc của thai nhi với trục dọc của mẹ. Trước tháng thứ chín, thai nhi có nhiều chỗ để di chuyển trong tử cung và có nhiều tư thế khác nhau. Trong những tuần cuối của thai kỳ, khi thai nhi đạt kích thước tối đa và lượng nước ối giảm đi, ngôi trở nên ổn định. Trong 99% trường hợp mang thai đủ tháng, thai nhi có ngôi dọc. Nếu thai nằm nghiêng thì ngôi ngang.

2.3 Ngôi

Ngôi là phần của thai nhi trình diện trước khung chậu của mẹ. Có ba ngôi chính: đầu, mông và ngang. Tỷ lệ xuất hiện các biểu hiện này là 95% ngôi đầu, 3,5% ngôi mông và 0,5% ngôi ngang (Oxhorn, 1986). Có thể xác định ngôi bằng cách khám âm đạo. Các ngôi khác không phải ngôi đầu có thể dẫn đến chuyển dạ kéo dài hoặc sinh mổ.

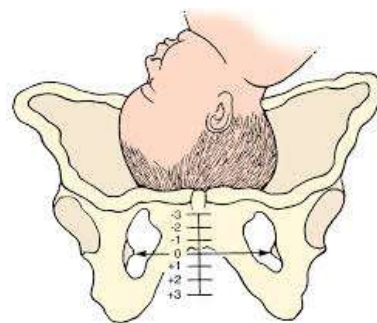
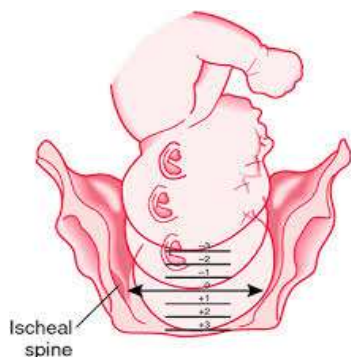
2.4 Kiểu thế

Kiểu thế là tương quan giữa điểm mốc của ngôi thai với các điểm mốc của xương chậu người mẹ. Điểm mốc của ngôi đầu là cằm; ngôi mặt là cằm; và ngôi mông là xương cụt. Thai nhi thường ở kiểu thế cằm chậu trái ngang khi lọt và xoay về cằm chậu trái trước khi nó xuống qua xương chậu. Điều này có nghĩa là cằm của thai nhi hướng về phía trái của người mẹ khi thai nhi đi xuống ống sinh.

Ngôi và kiểu thế của thai nhi có thể được đánh giá bằng cách nắn bụng, khám âm đạo và siêu âm. Nắn bụng được thực hiện bằng 4 thủ thuật Leopold. Bất kỳ sự thay đổi nào về ngôi, thế, kiểu thế đều có thể ảnh hưởng xấu đến diễn tiến chuyển dạ. Có thể thay đổi vị trí của thai nhi bằng cách thay đổi tư thế mẹ. Tư thế của mẹ; đứng, quỳ, chống tay vào đầu gối, sử dụng tư thế Sims nghiêng có thể giúp thay đổi kiểu thế ngang và sau thành kiểu thế trước (Roberts, 1984).

2.5 Độ lọt

Độ lọt là sự tương quan giữa ngôi thai với hai gai hông của eo giữa. Ngôi gọi là lọt hay độ lọt 0 khi ngôi thai ngang mức với gai hông. Các mức phía trên hai gai hông được biểu thị bằng cm bằng các giá trị âm, -1, -2, -3. Các mức bên dưới hai gai hông được biểu thị bằng các giá trị dương, +1, +2, +3, +4, dưới sàn chậu. Nếu ngôi không lọt đến vị trí 0 được gọi là ngôi cao (Floating). Nếu trong quá trình chuyển dạ, ngôi thai không lọt thì cần phải sinh mổ. Độ lọt rất quan trọng khi xác định và so sánh tốc độ đi xuống với tốc độ bình thường. Có thể phát hiện thấy tình trạng không lọt, điều này thường biểu thị bất xứng đầu chậu. Nếu độ lọt không tiến triển thì mổ lấy thai.



2.6 Ối

Màng ối hoặc túi ối thường vẫn còn nguyên cho đến khi chuyển dạ giữa hoặc muộn. Nước ối sẽ cân bằng áp lực lên các phần của thai nhi. Túi ối là phần đệm giữa ngôi thai và bảo vệ khỏi áp lực do cổ tử cung và cơ tử cung gây ra. Túi ối hoặc màng ối có thể vỡ tự nhiên trước hoặc trong khi chuyển dạ hoặc bác sĩ, hộ sinh phá ối sau khi ngôi thai đã lọt (độ lọt 0) và đã chuyển dạ tích cực. Khi màng ối vỡ cần kiểm tra nhịp tim thai nhi. Nếu ối vỡ và đầu chưa lọt, dây rốn có thể sa xuống và bị chèn ép giữa ngôi thai và cổ tử cung. Nếu ối vỡ hoặc nhân viên y tế thực hiện phá ối, cần kiểm tra nhịp tim thai trước và sau khi làm thủ thuật.

Cần đánh giá màu sắc, mùi và số lượng nước ối. Thông thường, nước ối có màu trắng, trắng đục do chất gây trên da thai nhi. Nếu nước ối có màu xanh, điều đó cho thấy sự hiện diện của phân su do cơ thắt hậu môn của thai nhi giãn ra. Lưu ý màu sắc và độ đặc của nước ối lẫn phân su để xác định xem nước ối đặc hay loãng, xanh đậm hay nhạt, cũ hay mới. Nước ối có phân su ở âm đạo được coi là bình thường trong ngôi môn vì áp lực lên bụng thai dẫn đến phân su. Nếu nước ối có màu vàng, điều đó cho thấy sự hiện diện của bilirubin. Nếu có máu, điều đó thường cho thấy xuất huyết (rất hiếm).

Nước ối có mùi đặc trưng. Nếu nhiễm trùng, viêm màng ối, nước ối sẽ có mùi hôi. Lượng nước ối bình thường ở tuần thứ 36 đến 38 là 800 đến 1000ml và giảm dần cho đến khi thai đủ tháng. Đa ối và thiếu ối có thể là dấu hiệu của dị tật bẩm sinh ở thai nhi.

2.7 Dây rốn

Thông thường dây rốn sẽ trôi nổi trong nước ối xung quanh thai nhi. Tuy nhiên, nó có thể bị chèn ép vào cơ thể thai nhi trong các cơn co thắt, dẫn đến tình trạng thiếu oxy ở thai nhi. Nếu thai nhi được theo dõi, sự chèn ép này xuất hiện dưới dạng các nhịp giảm khác nhau trong biểu đồ nhịp tim nhi. Sự thay đổi tư thế của mẹ có thể di chuyển dây rốn và giảm bớt sự chèn ép dây rốn.

Dây rốn có thể sa qua cổ tử cung và vào âm đạo khi màng ối vỡ ra trước khi ngôi thai lọt.

2.8 Nhau thai

Nhau thai rất cần thiết cho sự khỏe mạnh của thai nhi trong tử cung. Bất kỳ rối loạn chức năng nào cũng ảnh hưởng đến tình trạng thai nhi trong quá trình chuyển dạ. Sự tưới máu và oxy hóa nhau thai luôn giảm trong các cơn co thắt. Tình trạng thiếu oxy thoáng qua ở thai nhi thường được khắc phục nhờ nhau thai khỏe mạnh khi nó được tưới máu lại sau cơn co tử cung.

3. Đường đi (The Passage)

Xương chậu là khung xương qua đó trọng lượng cơ thể được phân bổ đến các chi dưới. Bao gồm xương cùng, xương cụt và hai xương cánh chậu. Các xương cánh chậu được nối với xương cùng bằng khớp cùng chậu; xương cùng và xương cụt được nối với nhau bằng khớp cùng cụt, và các xương cánh chậu được nối với nhau ở phía trước bằng khớp mu. Các mốc giải phẫu quan trọng trong quá trình đánh giá sự đầy đủ của xương chậu là hai gai hông và ụ ngồi. Các khớp xương chậu có rất ít sự linh hoạt; tuy nhiên, vì dây chằng có thể giãn ra nhiều hơn bằng cách thư giãn, nên xương chậu có độ giãn nhất định trong quá trình mang thai và sinh nở.

3.1 Khung chậu

Xương chậu được chia thành đại khung và tiểu khung bởi gờ vô danh. Đại khung cần thiết để nâng đỡ các cơ quan trong ổ bụng nhưng lại không có ý nghĩa trong sản khoa. Tiểu khung là phần quan trọng vì tiểu khung cần có kích thước và hình dạng phù hợp để thai nhi đi ra ngoài qua ngã âm đạo. Khung chậu được xếp loại dựa vào hình dạng của eo trên. Khung chậu dạng phụ là dạng khung chậu thuận lợi nhất cho cuộc sinh. Khung chậu dạng đẹt chỉ cho phép thai nhi lọt theo kiểu thế ngang vì đường kính trước sau quá ngắn. Khung chậu dạng nam, tương tự như hình dạng xương chậu của nam giới, buộc đầu thai nhi phải chuyển sang kiểu thế sau do sự mất cân đối của vùng đầu xương chậu. Hình dạng giống người có xu hướng dẫn đến kiểu thế sau. Những tư thế này thường dẫn đến chuyển dạ kéo dài và sinh kèm hoặc phải sinh mổ.

3.2 Đường kính

Xương chậu được chia thành eo trên, eo giữa và eo dưới. Eo trên vào được đánh giá bằng đường kính mỏm nhô-hạ vệ, đường kính mỏm nhô-hậu vệ và đường kính mỏm nhô-thượng vệ. Đường kính mỏm nhô-hạ vệ là đường kính quan trọng nhất và đo được khi khám âm đạo bằng cách đặt đầu ngón tay giữa lên mỏm nhô xương cùng và sau đó đánh dấu nơi xương mu chạm vào ngón trỏ. Nếu số đo tối thiểu là 11,5 cm thì eo trên có kích thước phù hợp. Eo giữa chỉ có thể được đánh giá bằng chụp X-quang. Có thể nghi ngờ bất thường eo giữa nếu hai gai hông nhô hoặc nếu đường cong của xương cùng phẳng (ít cong). Đường kính lưỡng gai (thường là 10 cm) là đường kính nhỏ nhất mà thai nhi phải đi qua. Người khám có thể sờ xương cùng, xương cụt và hai gai hông. Xương cụt phải di chuyển được.

Eo dưới đánh giá bằng cách đo đường kính ngang, khoảng cách giữa hai ụ ngồi. Đường kính từ 8 cm trở lên được coi là đủ. Vòm vệ phải cho phép đầu thai nhi sỏ ra khi đầu ngửa trong khi sinh. Góc vòm vệ phải ít nhất là 90 độ.

4. Tâm lý

Chữ “P” thứ tư hay “tâm lý” đề cập đến trạng thái tâm lý hoặc cảm xúc của sản phụ. Đối với nhiều phụ nữ, đây là cảm giác e ngại hoặc sợ hãi. Đối với hầu hết mọi người, nó bao gồm cảm giác phấn khích hoặc sợ hãi. Sản phụ có lòng tự trọng cao và lắng nghe sự hỗ trợ sẽ quản lý tốt nhất trong quá trình chuyển dạ. Những điều này cho phép sản phụ cảm thấy kiểm soát được những cảm giác và tình huống mà họ chưa từng trải qua và đây hoàn toàn không phải là những gì họ nghĩ sẽ xảy ra (Moore, 2001).

Khuyến khích phụ nữ đặt câu hỏi khi khám thai và tham gia các lớp chuẩn bị sinh con sẽ giúp họ chuẩn bị cho quá trình chuyển dạ. Khuyến khích họ chia sẻ kinh nghiệm sau khi chuyển dạ được coi là “thời gian trao đổi” và giúp họ tích hợp trải nghiệm đó vào cuộc sống chung của mình.

IV. Các giai đoạn chuyển dạ

Chuyển dạ được chia thành bốn giai đoạn. Giai đoạn 1 là từ khi bắt đầu cho đến khi cổ tử cung xóa mở hoàn toàn. Giai đoạn 2 kéo dài cho đến khi trẻ được sinh ra. Giai đoạn 3 kéo dài từ khi trẻ ra đời đến khi nhau sổ hoàn toàn, và giai đoạn thứ tư là hai giờ sau khi nhau sổ.

1. Giai đoạn 1

Giai đoạn đầu tiên theo truyền thống được chia thành các pha tiềm thời, hoạt động và chuyển tiếp.

- Pha tiềm thời. Pha tiềm thời được tính từ khi bắt đầu chuyển dạ thật sự (cổ tử cung xóa mở) cho đến khi mở được 3 cm. Thường thì thời điểm bắt đầu chuyển dạ pha tiềm thời không được xác định nên thời gian đo chỉ mang tính tương đối. Con co tử cung ngày càng dữ dội, đều đặn hơn và thường xuyên hơn, bắt đầu cách nhau khoảng 15 đến 20 phút và sau đó cách nhau 4 đến 5 phút. Như vậy con co tử cung vào đầu cuộc chuyển dạ khoảng bốn con một giờ, sau đó tăng lên 10 đến 12 con một giờ. Thời gian co 30 đến 40 giây và cường độ từ nhẹ đến trung bình.
- Pha tích cực. Pha tích cực kéo dài từ khi cổ tử cung mở từ 3 đến 8 cm. Con co tử cung thường xuyên hơn, dữ dội hơn và đều đặn. Mặc dù mô hình chuyển dạ có một số khác biệt, các cơn co chuyển dạ tích cực cách nhau 3 đến 5 phút, kéo dài 50 đến 75 giây và có cường độ từ trung bình đến mạnh. Trong giai đoạn này, cổ tử cung mở nhanh hoặc tăng tốc.
- Pha chuyển tiếp. Pha chuyển tiếp là giai đoạn khó khăn nhất, khi cổ tử cung mở 2 cm cuối cùng, từ 8 đến 10 cm. Sản phụ sẽ cảm thấy rất khó khăn với những cơn gò tử cung đau đớn, dữ dội, thất thường xuất hiện 2 đến 3 phút một lần. Trương lực tăng lên, có một ít sự thư giãn trước khi cảm giác đau. Các cơn co thất dữ dội kéo dài từ 75 đến 90 giây. Khi cổ tử cung mở hoàn toàn, các mao mạch nhỏ có thể bị vỡ và dịch âm đạo có thể xuất hiện màu đỏ tươi. Tuy nhiên, hiện tượng chảy máu hoặc ra máu cục sẽ không xảy ra. Khi hết pha chuyển tiếp, tốc độ mở giảm dần.

2. Giai đoạn 2

Chức năng chính của giai đoạn hai chuyển dạ là ngôi thai lọt và xuống. Friedman đã xác định các giới hạn bình thường của quá trình đi xuống để hướng dẫn việc nhận biết sớm các vấn đề. Hướng dẫn này dành cho những ngôi thông thường, không biến chứng do ngôi bất thường hoặc các vấn đề khác. Đối với người con so mà ổng sinh chưa bị căng trước đó, dự kiến thai nhi sẽ xuống ít nhất 1,5 cm/giờ. Nhưng trong hầu hết các trường hợp là 3 cm/giờ. Đối với người con rạ, thai nhi thường tiến triển nhanh hơn 2,1 cm/giờ và thông thường nhất là khoảng 5 cm/giờ. Thời gian trung bình của giai đoạn hai đối với người sinh con rạ là 30 phút đến 1 giờ và 1 đến 2 giờ đối với người con so.

3. Giai đoạn 3

Chức năng chính của giai đoạn này là bong và sổ nhau thai ra ngoài. Ngay sau khi trẻ chào đời, tử cung phải co bóp chặt quanh nhau thai. Vị trí bám của nhau thai trở nên nhỏ hơn nhau thai, làm cho nhau thai và màng ối bị bong, di chuyển và sổ ra ngoài. Trong hầu hết các trường hợp, từ 1 đến 5 phút sau khi sinh, sẽ có dấu hiệu cho thấy nhau thai đã bong ra và di chuyển vào đoạn dưới và âm đạo.

1. Tử cung trở nên nhỏ hơn và có hình cầu.
2. Có ít máu chảy ra từ âm đạo
3. Dây rốn có thể tụt ra ngoài vài cm.
4. Tử cung có thể nhô lên trên rốn vì nhau bong sẽ đẩy tử cung lên trên.

4. Giai đoạn 4

Đánh giá bà mẹ trong vòng 2 giờ sau khi sinh hoặc lâu hơn và trước khi xuất viện (Không nên trước 24 giờ)

Đánh giá bà mẹ sau sinh	
Đánh giá bà mẹ trong 2 giờ đầu sau sinh hoặc lâu hơn và trước khi cho xuất viện (Không nên cho xuất viện trước 24 giờ)	
Hỏi, kiểm tra hồ sơ	Nhìn, nghe và cảm nhận

<p>Kiểm tra hồ sơ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Máu mất trên 250 ml? • Đủ nhau và màng nhau? • Biến chứng khi sinh và sau sinh? • Cần điều trị đặc biệt? • Cần thắt ống dẫn trứng hay đặt dụng cụ tử cung? <p>Hỏi bà mẹ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chị cảm thấy thế nào? • Chị có thấy đau ở đâu không? • Chị có lo lắng gì không? • Em bé thế nào? • Chị cho bé bú thế nào? 	<ul style="list-style-type: none"> • Đo huyết áp • Đo nhiệt độ • Đếm mạch • Cảm nhận tử cung có co thành một khối tròn, cứng không? • Nhìn lượng máu âm đạo. • Nhìn tầng sinh môn: <ul style="list-style-type: none"> -có cắt hoặc rách không? -có sưng, đỏ, chảy dịch? • Quan sát màu sắc da niêm (kết mạc và lòng bàn tay)
--	--

V. Cơ chế chuyển dạ

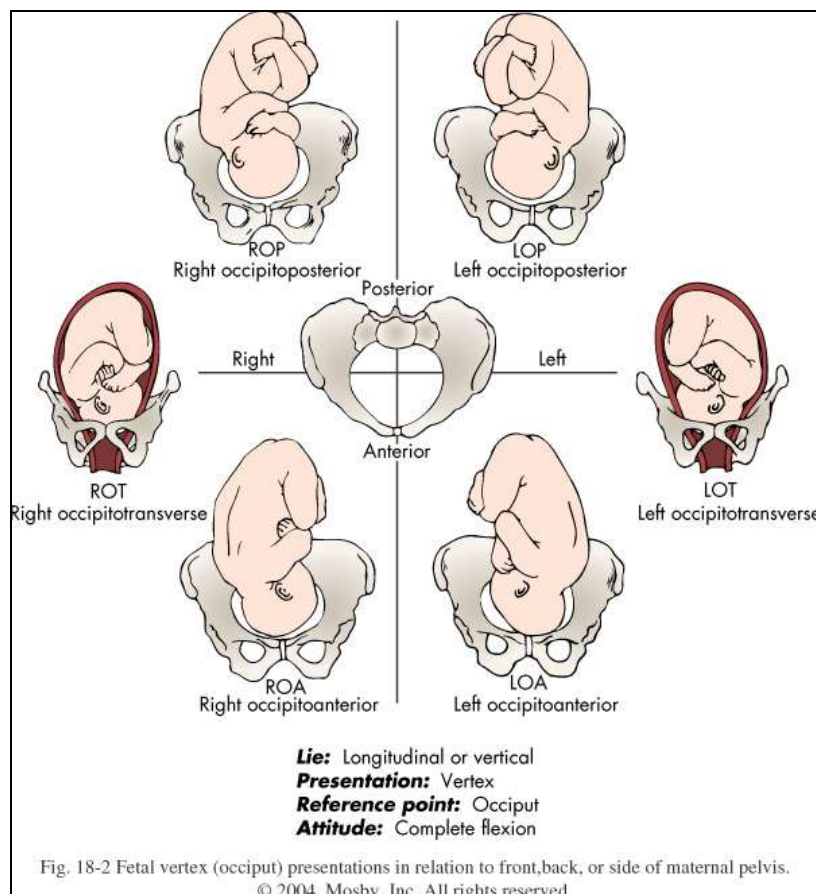
Đẻ qua được khung chậu, thai nhi phải trải qua cơ chế chuyển dạ hoặc các chuyển động chủ yếu. Cơ chế chuyển dạ của kiểu thể chằm chậu trái trước là:

1. Đầu tiên, ngôi thai phải lọt vào tiểu khung. Ngôi thai (đầu hoặc mông) sẽ lọt ở vị trí nằm ngang sao cho đường kính lớn nhất của đầu thai nhi đi qua đường kính lớn nhất của khung chậu.
2. Độ lọt sẽ được xác định tại các điểm mốc.
3. Do lực cản nên đầu cũng sẽ cúi. Hiện tượng đầu cúi phải xảy ra để các bước tiếp theo của cơ chế đẻ diễn tiến, và đầu sẽ cúi cho đến cuối cùng, cho đến khi đầu ngửa.
4. Tiếp theo, để vượt qua hai gai hông, đầu phải xoay 45^0 về bên trái hay bên phải từ đường ngang. Xoay trong là bước quan trọng và việc xoay trong có thể mất thời gian. Khi đầu đã xoay trong, thai sẽ có kiểu thể chằm chậu trái trước

(chằm chậu phải trước), hoặc chằm chậu trái sau (chằm chậu phải sau). Nếu quá trình xoay chưa hoàn tất, ngôi thai vẫn ở kiểu thể chằm chậu trái ngang (hoặc chằm chậu phải ngang).

5. Tiếp theo đầu sẽ tì dưới khớp vệ. Việc đầu ngửa ra sẽ giúp đầu qua được góc vòm vệ. Lúc này, sẽ nhìn thấy da đầu hoặc mông thai nhi ở thập thò âm hộ
6. Xoay ngoài bao gồm 2 chuyển động. Sau khi đầu sỏ, đầu sẽ xoay để thẳng hàng với vai, lúc đó vai vẫn ở đường kính ngang trong khung chậu. Xoay ngoài cũng bao gồm việc xoay để vai về đường kính trước sau để có thể sỏ ra ngoài
7. Phần còn lại của thai sẽ sỏ khi vai trước di chuyển đến dưới khớp vệ. Khi vai sau sỏ cần cẩn thận để tránh rách tầng sinh môn, và sau khi vai trước sỏ, các phần còn lại của thai nhi sỏ ra dễ dàng.

Để thực hiện được những thao tác này, phải có sự phối hợp hợp lý giữa passengers (thai nhi), passage (khung chậu), và powers (cơ co tử cung). Nếu thai nhi quá lớn hoặc nằm ngang thì ngôi sẽ không lọt. Nếu kiểu thể sau, đầu không tạo áp lực lên cổ tử cung và quá trình chuyển dạ sẽ chậm lại. Nếu các cơ co tử cung quá yếu hoặc không đều sẽ không đẩy thai nhi qua khung chậu. Nếu khung chậu quá nhỏ, thai nhi không thể vượt qua được.



VI. Đánh giá bà mẹ và thai trong quá trình chuyển dạ

1. Kế hoạch chăm sóc

Khi hộ sinh lập kế hoạch và cung cấp dịch vụ chăm sóc, tính hiệu quả của kế hoạch được đo lường dựa trên mức độ hoàn thành việc tự chăm sóc; can thiệp điều dưỡng giúp thúc đẩy sản phụ và huấn luyện hướng tới những hành động có trách nhiệm, đồng thời gia đình ngày càng trở nên tự tin hơn. Chăm sóc thực tế kết hợp với những công nghệ hiện đại trong thực tiễn và sự phát triển của gia đình. Trong suốt quá trình chuyển dạ, can thiệp điều dưỡng nên hướng tới việc hỗ trợ và khuyến khích những nỗ lực của người sản phụ và gia đình của họ nhằm tạo điều kiện thuận lợi và duy trì sự toàn vẹn về thể chất, tinh thần và cảm xúc. Với sự hỗ trợ của người hộ sinh, cần khuyến khích khả năng tự chăm sóc của sản phụ. Tính độc lập và sự tham gia vào việc ra quyết định cần được phát huy trong trường hợp, dù cho các liệu pháp y tế hoặc công nghệ có thể làm mất quyền lợi này của sản phụ. Hộ sinh xác định chẩn đoán điều dưỡng hiện tại và bắt đầu kế hoạch chăm sóc cho sản phụ tại khoa.

2. Đánh giá ban đầu sản phụ

Một số biện pháp đánh giá ngay ban đầu là cần thiết để bảo vệ sức khỏe bà mẹ và thai nhi khi sản phụ đến cơ sở y tế. Sau khi sản phụ và người hỗ trợ được hướng dẫn tới khu vực cần thiết, sẽ bắt đầu các bước thu thập những dữ liệu quan trọng cho việc đánh giá ban đầu.

3. Bắt đầu hỏi và khám

Cần thu thập các dữ liệu quan trọng bao gồm giai đoạn chuyển dạ, tình trạng thể chất và sự chuẩn bị của sản phụ cho quá trình chuyển dạ và sinh. Đối với lần hỏi bệnh đầu tiên, hãy thu thập các thông tin sau:

- Ngày dự sinh
- Tần suất, thời gian, và cường độ cơn co tử cung
- Số lượng và tính chất cơn gò
- Ối vỡ

- Dấu sinh hiệu (nhiệt độ, mạch, nhịp thở, huyết áp {đánh giá khi không có cơn gò})
- Thời điểm ăn lần cuối
- Tiền sử dị ứng thuốc
- Tiền sử sản khoa, kết cục sanh lần trước
- Kế hoạch sinh con của cô ấy hoặc những biện pháp cá nhân mà cô ấy đã lên kế hoạch, chẳng hạn như không dùng thuốc giảm đau hoặc ai sẽ cắt dây rốn
- Kiểm tra tất cả các hồ sơ, giấy tờ khám thai, hồ sơ bệnh án

Lượng thông tin này rất ít nhưng giúp xác định xem người phụ nữ đang chuyển dạ tích cực và cần được chăm sóc tích cực hay liệu cô ấy đã đến bệnh viện hoặc trung tâm hộ sinh trong giai đoạn chuyển dạ sớm hơn và sẽ được hưởng lợi từ các biện pháp can thiệp theo nhịp độ. Sau các đánh giá ban đầu, sản phụ sẽ được phân loại theo nguy cơ gặp khó khăn khi chuyển dạ hoặc nguy cơ đối với trẻ sơ sinh cần được chăm sóc đặc biệt khi sinh.

4. Đánh giá chi tiết trong chuyển dạ giai đoạn 1

Nếu sản phụ chuyển dạ pha tích cực, bệnh sử hỏi khi nhập viện có thể là bệnh sử duy nhất được hỏi cho đến sau khi trẻ được sinh ra. Nếu sản phụ chưa sinh ngay, có thể tiến hành hỏi bệnh sử và khám thực thể toàn diện hơn.

- Tiền sử
- Bệnh sử
- Tiền sử sản khoa
- Khám thể chất
- Thủ thuật Leopold
- Đánh giá tình trạng ối
- Siêu âm
- Dấu sinh hiệu
- Huyết áp
- Kết quả xét nghiệm
- Đánh giá cơn co tử cung

- Đánh giá thai

5. Chăm sóc bà mẹ giai đoạn 1 chuyển dạ

Chuyển dạ giai đoạn một bắt đầu khi bắt đầu khi xuất hiện các cơn co tử cung và kết thúc khi cổ tử cung đã mở hoàn toàn. Hầu hết sản phụ đã trải qua các cơn co chuyển dạ trong nhiều giờ trước khi đến cơ sở y tế vì họ cố tình ở nhà cho đến khi thật sự bước sang giai đoạn đầu tiên. Rất có thể, sản phụ đã trải qua nỗi đau và dựa vào nhận định của chính mình rằng mọi thứ đều diễn ra tốt đẹp trong một thời gian dài.

Chăm sóc trong giai đoạn một của chuyển dạ tập trung vào việc giúp sản phụ cảm thấy tự tin vào khả năng kiểm soát cơn đau và quá trình chuyển dạ cũng như duy trì sự ổn định sinh lý. Lúc đầu, sản phụ sẽ rất phân khích khi cảm nhận được các cơn co thất chuyển dạ. Các cơn đau chuyển dạ giống những cơn đau bụng kinh và tạo ra dấu hiệu “điều này thực sự đang xảy ra”. Tuy nhiên, không lâu sau, nếu sản phụ không tập trung vào các bài tập thở có kiểm soát, các cơn co tử cung sẽ trở nên dữ dội hơn. Mặc dù thực tế là sản phụ ngày càng cảm giác khó chịu hơn, nhưng không có vấn đề gì cả. Vợ chồng có thể bắt đầu lo lắng rằng có bất thường, họ nghĩ rằng 9 tháng đã qua và chiến thắng đã đến gần nhưng mọi việc lại đang khó khăn. Cần thường xuyên cung cấp thông tin cho các cặp vợ chồng về tiến triển trong quá trình chuyển dạ để họ không nản lòng hay sợ hãi và nghĩ rằng mọi việc không tiến triển tốt.

➤ Tôn trọng thời gian co tử cung

Đừng làm gián đoạn sản phụ giữa các bài tập thở khi chuyển dạ. Trong trường hợp sản phụ đã thành công ở các bài tập thở để giảm đau, nếu việc này bị gián đoạn, sản phụ sẽ cảm nhận lại toàn bộ cơn đau chuyển dạ và cảm thấy sợ. Sản phụ sẽ căng thẳng, cảm giác đau nhiều hơn và sản phụ sẽ nghi ngờ khả năng hít thở tích cực của mình khi đối mặt với cơn đau chuyển dạ trong những lần tiếp theo. Như vậy, người hộ sinh nên chờ sản phụ hít thở xong theo cơn gò, sau đó đặt câu hỏi, thông báo những thủ tục cần làm hoặc đặt câu hỏi nhưng kiên nhẫn chờ câu trả lời.

➤ Hỗ trợ thay đổi tư thế

Trong giai đoạn sớm của chuyển dạ, sản phụ có thể đi hoặc ngồi trên giường hoặc trên ghế, quỳ, ngồi xổm hoặc ở bất kỳ tư thế nào cô ấy thích. Bởi vì giường là dụng cụ

chính trong phòng sinh, nên hầu hết sản phụ đều cho rằng họ phải nằm trên giường và thực hiện những điều khác mà họ nghĩ là đúng. Nếu ối vỡ, sản phụ nên nằm nghiêng cho đến khi máy theo dõi thai nhi cho thấy tim thai cơ bản tốt và không có nhịp giảm hoặc sản phụ đã được bác sĩ, điều dưỡng hoặc hộ sinh khám. Vì từ khi đầu của thai nhi đã lọt, có thể sa dây rốn vào âm đạo nếu sản phụ đi lại. Vào giai đoạn sau của chuyển dạ, sản phụ nên nằm trên giường theo tư thế đã lựa chọn để tránh sinh con khi đang di chuyển, trẻ sẽ bị chấn thương, cuộc sinh diễn ra quá nhanh. Tư thế ngồi xổm rất hiệu quả trong quá trình sinh vì giúp ngôi thai thẳng hàng với cổ tử cung và cũng trọng lượng của thai nhi sẽ giúp làm mở cổ tử cung.

Khi sản phụ nằm trên giường, khuyến khích nằm nghiêng, tốt nhất là nghiêng trái. Tư thế này làm cho tử cung nghiêng khỏi tĩnh mạch chủ, cho phép máu lưu thông từ chi dưới và nhau thai được tưới máu và tuần hoàn đầy đủ.

➤ **Hỗ trợ và chăm sóc bài tiết**

Bàng quang hoặc ruột đầy có thể cản trở thai nhi lọt và xuống. Khuyến khích sản phụ đi tiểu, nếu có thể, ít nhất 2 đến 4 giờ một lần. Cần nhắc nhở vì sản phụ có thể nhầm lẫn cảm giác khó chịu khi bàng quang đầy là một phần của cảm giác chuyển dạ. Đánh giá cầu bàng quang bằng cách gõ (bàng quang rỗng nghe có vẻ đục, bàng quang đầy nghe vang). Nếu sản phụ không thể đi tiểu và bàng quang bị căng, có thể cần phải đặt ống thông tiểu. Đặt ống thông tiểu sẽ gây khó chịu cho sản phụ và khó khăn cho nhân viên y tế; âm hộ bị phù do áp lực của phần thai nhi, khiến niệu đạo khó xác định. Sử dụng ống thông tiểu nhỏ và đặt giữa các cơn gò. Đảm bảo kỹ thuật vô trùng để tránh nhiễm trùng đường tiết niệu.

6. Chăm sóc bà mẹ giai đoạn hai chuyển dạ

Giai đoạn hai chuyển dạ là thời gian từ khi cổ tử cung mở hoàn toàn cho đến khi trẻ sơ sinh chào đời. Ngay cả những sản phụ đã tham gia các lớp tiền sản cũng ngạc nhiên về cường độ của các cơn co trong giai đoạn chuyển dạ này. Vì cảm giác mất rặn nhiều nên nhiều sản phụ phản ứng bằng cách gồng cơ bụng và kháng cự lại, điều này làm tăng cảm giác đau đớn và sợ hãi. Một số sản phụ phản ứng với sự thay đổi của các cơn co bằng cách ngày càng khóc lóc và la hét. Trong một giờ tiếp theo sẽ bao gồm

những cảm giác mà sản phụ khó có tiên đoán trước được trừ khi họ đã trải qua. Người hỗ trợ đóng một vai trò quan trọng trong thời điểm này, vì tất cả sự chuẩn bị không đủ để sản phụ chống đỡ được trừ khi có người hỗ trợ đi cùng. Sau này việc chia sẻ cũng rất quan trọng, sau khi sinh con, khi hai người có thể trò chuyện về kinh nghiệm lần này. Sản phụ cần phải có một người chăm sóc sức khỏe có kinh nghiệm đi cùng cũng như khi bước vào giai đoạn hai chuyển dạ để trấn an sự thay đổi của các cơn gò là bình thường và đưa ra sự hỗ trợ kiến thức rằng mọi thứ đều ổn.

Đánh giá nhịp tim thai khi bắt đầu giai đoạn hai chuyển dạ để chắc chắn rằng thời điểm thai nhi bắt đầu đi vào đường âm đạo không chèn ép tắc dây rốn và cản trở tuần hoàn của thai nhi.

➤ **Tư thế sinh**

Có thể sử dụng nhiều tư thế khác nhau khi sinh. Có một khoảng thời gian, tư thế sản phụ khoa là tư thế quan trọng khi sinh, nhưng đó không còn là tư thế được lựa chọn trong các cơ sở y tế nữa mặc dù giường sản phụ khoa ở những nơi này thường có gắn bàn đạp để cho phép sinh ở tư thế sản phụ khoa. Các tư thế sinh khác bao gồm tư thế nằm nghiêng hoặc tư thế Sims, nằm ngửa (nằm ngửa với đầu gối gập lại), nửa ngồi và ngồi xổm. Các điều dưỡng hoặc nữ hộ sinh có xu hướng ưu tiên các tư thế sinh này cho sản phụ vì đáy chậu đường như ít bị căng hơn, dẫn đến ít rách tầng sinh môn. Ở các tư thế sinh này, việc cắt tầng sinh môn vẫn có thể được thực hiện, mặc dù việc khâu tầng sinh môn sẽ khó khăn hơn so với tư thế sản phụ khoa. Nếu bác sĩ thích tư thế sản phụ khoa hơn, hãy hướng dẫn sản phụ chống chân vào bàn đạp khi bác sĩ rửa tay và đeo khẩu trang, mặc áo choàng và găng tay vô trùng. Chống cả hai chân lên cùng lúc để tránh căng cơ lưng và cơ bụng dưới của sản phụ. Cần buộc dây giữ chân ở bàn đạp vừa khít nhưng không siết chặt. Việc chống chân lên bàn đạp làm nhiều sản phụ cảm thấy không tự nhiên khi sinh con, nhưng đó là tư thế tốt nhất để thực hiện cắt tầng sinh môn, sinh kèm hoặc để quan sát đáy chậu nhằm phát hiện các vết rách, các vấn đề khác khi sinh và nhìn chung nó không gây khó chịu. Vì việc rặn sanh trở nên kém hiệu quả hơn ở tư thế sản phụ khoa nên bàn sanh có thể được nâng lên một góc 30 đến 60 độ để sản phụ có thể tiếp tục rặn hiệu quả. Nếu sản phụ nằm lâu hơn 1 giờ trong tư thế sản phụ khoa dẫn đến tắc nghẽn

vùng chậu dữ dội do lượng máu đến chi dưới bị cản trở. Tắc nghẽn vùng chậu có thể dẫn đến sự gia tăng viêm tắc huyết khối tĩnh mạch trong thời kỳ hậu sản. Điều này cũng có thể góp phần gây chảy máu nhiều khi sinh và khi nhau bong. Vì những lý do trên, chỉ hướng dẫn sản phụ nằm tư thế sản phụ khoa ở giai đoạn cuối cùng khi rặn sinh. Khi sản phụ ở tư thế sản phụ khoa, nửa phần dưới của bàn sinh sẽ được gập xuống để bác sĩ có thể tiếp xúc gần vùng âm hộ nhất. Vì vậy, cần đảm bảo luôn có người đứng dưới chân bàn sinh nếu đã gập xuống để nếu sản phụ rặn sinh nhanh, trẻ sẽ không bị sinh rút và bị thương.

➤ **Hướng dẫn rặn sinh giai đoạn hai hiệu quả**

Để rặn sinh hiệu quả nhất trong giai đoạn hai chuyển dạ, sản phụ phải rặn khi có cơn co tử cung và nghỉ giữa các cơn co. Cách tốt nhất là cho phép sản phụ rặn khi có cảm thấy mắc rặn và sử dụng tư thế cũng như cách rặn sinh mà sản phụ cảm thấy tốt nhất cho mình. Các tư thế semi-fowler, ngồi xổm hoặc quỳ bốn chân để trọng lực hỗ trợ cùng với sức rặn của mẹ sẽ giúp việc rặn sinh tốt nhất, hơn là tư thế nằm ngửa. Sản phụ có thể rặn ngắn hoặc kéo dài, tùy theo cách mà họ cảm thấy thoải mái hơn. Nín thở khi có cơn gò có thể gây ra nghiệm pháp Valsalva hoặc tạm thời cản trở máu quay trở lại tim do tăng áp lực trong lồng ngực. Điều này cũng có thể cản trở việc cung cấp máu cho tử cung. Để ngăn sản phụ nín thở khi rặn, hãy hướng dẫn sản phụ thở ra khi rặn. Trong trường hợp sản phụ cơn rạ, để giai đoạn hai chuyển dạ không diễn ra quá nhanh, có thể cần phải ngăn cản sản phụ rặn. Để thực hiện điều này, hướng dẫn sản phụ hít thở khi có cơn gò. Rất khó để rặn hiệu quả khi sản phụ sử dụng cơ hoành để hít thở, điều này sẽ giúp hạn chế việc rặn sinh. Cần nhớ rằng việc rặn sinh là không tự chủ. Bất kể sản phụ có muốn hợp tác đến mức nào thì việc ngăn chặn cảm giác mắc rặn này gần như nằm ngoài khả năng. Thực hiện “hít thở” và hít thở cùng với sản phụ để đạt hiệu quả nhất. Cần đảm bảo rằng sản phụ đang hít thở đầy đủ. Nếu không, sản phụ có thể thở gấp và choáng váng khi thở hỗn hển. Cho sản phụ hít thở sâu giữa các cơn gò thất để ngăn ngừa tình trạng này.



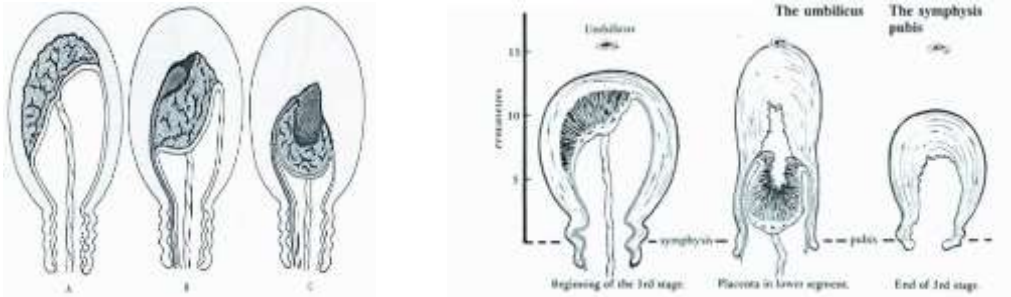
7. Chăm sóc sản phụ trong giai đoạn 3 của chuyển dạ

Giai đoạn 3 của chuyển dạ là thời điểm nguy hiểm nhất, vì nguy cơ băng huyết có thể đe dọa tính mạng. Quản lý giai đoạn ba một cách tích cực, không chỉ giảm thời gian của giai đoạn ba mà còn giảm lượng máu mất. Do đó, đây là phương pháp được khuyến nghị cho quản lý giai đoạn ba của chuyển dạ. Ở nhiều nước đang phát triển, nơi phụ nữ bị thiếu máu, việc giảm lượng máu mất ở giai đoạn ba của chuyển dạ là quan trọng nhất. Việc xử lý tích cực giai đoạn ba phải được thực hiện chính xác nhất có thể, nếu không có thể xảy ra các biến chứng nghiêm trọng như chảy máu nhiều hoặc lộn ngược tử cung.

➤ Sinh lý của giai đoạn 3 của chuyển dạ

Cơ chế tách nhau thai: Sự tách nhau thai là do cơ tử cung co rút làm dày thành tử cung và làm giảm kích thước vùng nhau thai. Khi diện tích nhau thai trở nên nhỏ hơn, nhau thai bắt đầu xé thành tử cung vì không giống như tử cung, nó không đàn hồi và

không thể co bóp và co lại. Tại khu vực phân tách, một cục máu đông hình thành. Cục máu đông này, được gọi là cục máu đông sau nhau thai, tích tụ giữa màng rụng và nhau thai và tiếp tục thúc đẩy sự phân tách. Các cơn co tử cung tiếp theo sẽ tách hoàn toàn nhau thai ra khỏi thành tử cung và nó đi xuống đoạn dưới rồi vào âm đạo nơi nó bị tổng ra ngoài.



Phương pháp tổng xuất nhau thai

Phương pháp Baudeloque được cho là phổ biến hơn. Các nhau thai tách ra khỏi điểm trung tâm và trượt xuống âm đạo qua lỗ trên túi ối; Bề mặt của thai nhi xuất hiện ở âm hộ, với các màng bám phía sau khi chúng bong ra khỏi thành tử cung. Bề mặt nhau thai của mẹ không được nhìn thấy và có cục máu đông bên trong túi đảo ngược.

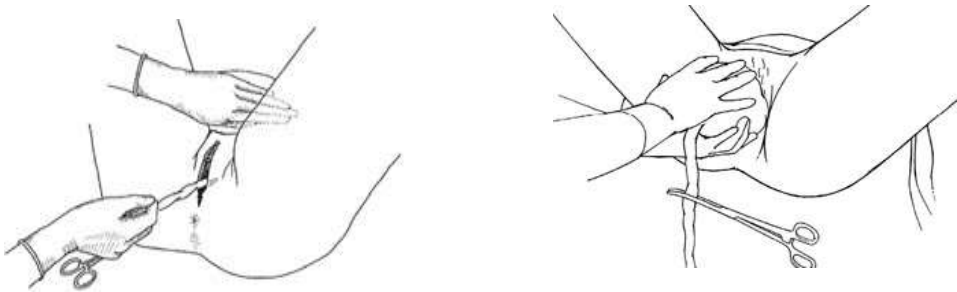
Trong phương pháp Matthews Duncan, nhau thai trượt xuống sang một bên và đi qua âm hộ với đường viền bên trước. Bề mặt của mẹ được nhìn thấy và máu thoát ra ngoài vì nó không ở trong túi. Nhiều khả năng các phần của màng sẽ bị bỏ lại bằng phương pháp Matthews Duncan, vì chúng có thể không bị bong ra hoàn toàn như trong phương pháp Schultze.

➤ Dấu hiệu bong nhau

1. Đáy tử cung có cảm giác cứng và hình cầu, nhô lên ngang mức rốn
2. Dây rốn kéo dài ở âm hộ
3. Xuất hiện dòng máu nhỏ khi nhau thai tách ra

➤ Xử trí tích cực

1. Đảm bảo tiêm oxytocin 10 UI cho mẹ ngay phút đầu tiên sau khi hộ sinh chạm vào bụng để kiểm tra xem có thai đôi không.
2. Kẹp và cắt dây rốn sau khi cho thuốc và dây rốn ngừng đập.
3. Nhẹ nhàng kéo dây rốn xuống bằng cách kiểm tra đường đi của ống sinh khi tử cung co bóp tốt để kéo nhau ra ngoài.
4. Nếu nhau thai không bong trong 30-40 phút bằng cách kéo nhẹ dây rốn, điều khiển dây rốn kéo và giữ tử cung, đợi tử cung co bóp trở lại thì kéo dây rốn tiếp tục.
5. Cho trẻ bú sữa mẹ có thể giúp kích thích sản xuất oxytocin tự nhiên. Oxytocin giúp tử cung co bóp, co bóp tử cung cần thiết để cầm máu sau sinh.



➤ Đánh giá lượng máu mất

Việc ước tính chính xác lượng máu mất là không dễ dàng.

Lượng máu mất thực sự có thể bị che giấu do bị thấm bởi khăn, miếng đệm, hoặc ga trải giường, bị đổ ra sàn và trộn với nước ối.

Trong hầu hết các trường hợp, việc sinh con bị băng huyết sau sinh thường bị đánh giá thấp, trên thực tế, việc đánh giá thấp lượng máu mất có thể là một sai lầm nghiêm trọng. Nó có nghĩa là:

o Mức độ nghiêm trọng của BHSS lớn có thể không được nhận biết và do đó có thể được quản lý không đầy đủ

o Việc thay thế máu và dịch sẽ không đủ.

Những sai sót này có thể dẫn đến tử vong hoặc bệnh tật ở bà mẹ, bao gồm thiếu máu và nguy cơ nhiễm trùng cao hơn. Khuyến cáo thực hành, thực hành đo dịch thường xuyên có thể giúp người hộ sinh thành thạo hơn trong việc đánh giá lượng máu mất chính xác hơn. Nếu lượng máu mất trên 500 ml tăng gấp đôi, đây có thể là ước tính chính xác hơn.

8. Chăm sóc sản phụ trong giai đoạn 4 chuyển dạ

Theo dõi và can thiệp cần thiết cho bà mẹ và trẻ sơ sinh sau khi sinh. Đảm bảo nhiệt độ phòng trên 25°C và không có luồng không khí lưu thông trong phòng. Theo dõi mẹ và bé 15 phút một lần trong 1 giờ sau khi sổ nhau, 30 phút một lần trong 2 giờ thứ hai, mỗi giờ trong giờ thứ 3 và thứ 4, sau đó cứ 4 giờ một lần cho đến khi xuất viện.

Mẹ:

o Theo dõi các dấu hiệu khẩn cấp

o Cảm nhận tử cung có cứng và tròn không; nếu tử cung mềm thì xoa bóp

Đánh giá lượng máu chảy ra âm đạo:

- Nếu băng thấm chưa quá 5 phút hoặc máu chảy ra liên tục thì xử lý như băng huyết sau sinh

- Nếu chảy máu do rách tầng sinh môn, khâu lại nếu cần thiết

• Ghi lại các phát hiện, phương pháp điều trị, quy trình vào hồ sơ sức khỏe bà mẹ

• Giữ mẹ và bé ở bên nhau; không tách rời mẹ và bé trừ khi cần chăm sóc khẩn cấp

• Chuyển từ giường sinh sang giường bệnh càng sớm càng tốt; nếu không thể, hãy giúp bà mẹ đặt mình ở tư thế sao cho trẻ tiếp xúc da kề da

- Chuyển bà mẹ và trẻ đến phòng bệnh khi ổn định (sau khi quan sát) giữ trẻ tiếp xúc da kề da với mẹ

- Đảm bảo rằng việc nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ được hỗ trợ tại các khu vực sau sinh

- Khuyến khích bà mẹ ăn, uống và di chuyển tự do

- . Khuyến khích bà mẹ đi tiểu

- Yêu cầu người thân ở lại với mẹ.

Trẻ sơ sinh:

- Nhân viên y tế **KHÔNG NÊN** tách trẻ sơ sinh ra khỏi mẹ hoặc bế trẻ trừ khi có nhu cầu y tế và chỉ sau khi rửa tay kỹ hoặc rửa bằng cồn

- Sau khi sinh, để trẻ nằm thoải mái trên ngực mẹ và tiếp xúc trực tiếp da kề da ít nhất trong 60 phút đầu. Không tách mẹ và bé nếu không cần thiết. Duy trì tiếp xúc trực tiếp da kề da.

- Đánh giá nhịp thở: nhìn/nghe nhịp thở nhanh, rút lõm lồng ngực, rên rỉ và tím tái (nếu có) ngay cả khi tiếp xúc da kề da với trẻ, luôn giữ ấm cho trẻ: kiểm tra xem bàn chân có lạnh không khi chạm vào.

- Khuyến khích bà mẹ bắt đầu cho trẻ bú khi trẻ có các dấu hiệu sẵn sàng bú: chảy nước dãi, há miệng, thè lưỡi, liếm, ngoáy và mút ngón tay. Điều này thường xảy ra vào khoảng từ 20 đến 60 phút sau khi sinh. Không ép bé bú nếu không có tín hiệu đòi bú

- Kiểm tra xem vị trí trẻ có đúng không:

- Đảm bảo đầu và thân bé thẳng hàng

- Đảm bảo bé quay mặt về phía vú mẹ, mũi đối diện với núm vú

- Mẹ nên ôm sát cơ thể bé vào người mình

- Hỗ trợ mẹ bế hông bé chứ không chỉ giữ cổ và vai.

. Kiểm tra xem bé ngậm bắt vú có chính xác không

- Miệng bé há rộng

- Môi dưới trẻ xuống

- Cằm bé chạm vào ngực mẹ

- Quảng vú phía trên miệng trẻ nhiều hơn phía dưới, mút chặm và sâu, thỉnh thoảng ngất quãng.

. Các dấu hiệu của sự ngậm bắt vú không hiệu quả bao gồm:

- Miệng bé chưa mở rộng và bĩu môi về phía trước

- Môi dưới hướng ra ngoài

- Cằm trẻ không chạm ngực mẹ

- Vòng đen quanh núm vú ở phía dưới nhiều hơn phần trên.

• Mẹ có thể cải thiện sự ngậm bắt vú của trẻ bằng cách:

- Dùng núm vú chạm vào môi trẻ

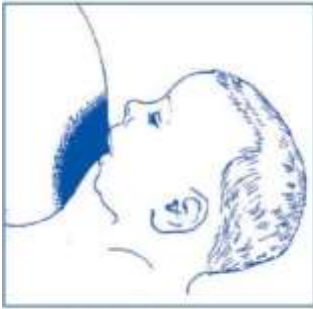
- Chờ cho đến khi miệng bé há rộng

- Đưa trẻ nhanh vào vú mẹ, hướng môi dưới của trẻ xuống ngay dưới núm vú

- Thử các tư thế khác nhau như ngồi thẳng hoặc nằm nghiêng.



Ngậm bắt vú tốt



Ngậm bắt vú kém

- Để bé tự nhả vú ra rồi cho bé bú vú thứ hai
- Nếu trẻ không bú trong vòng 1 giờ và vẫn khỏe mạnh, hãy để trẻ tiếp xúc trực tiếp da kề da với mẹ để thử lại khi trẻ đã sẵn sàng.
- Hỗ trợ nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ theo nhu cầu, cả ngày lẫn đêm, bú theo nhu cầu của trẻ

Lưu ý: Nếu trẻ sơ sinh ngủ quá lâu, tốt nhất bạn nên bế trẻ cho bú mà không cần phải đánh thức trẻ dậy. Nếu trẻ thức giấc thì nên cho trẻ bú.

- Tư vấn cho bà mẹ và những người đi cùng về cách nuôi dưỡng trẻ sơ sinh:
 - Giải thích tầm quan trọng của việc cho trẻ bú sữa non
 - Giải thích việc nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ.

Lưu ý:

- Không chạm vào trẻ sơ sinh nếu không cần thiết
- Không cho trẻ ăn uống bất kỳ gì trước khi cho trẻ bú sữa mẹ (không núm vú giả, không nước, không nước đường, không sữa công thức, không nước cháo, v.v.)
- Không vắt bỏ sữa non

- Cơ sở y tế không nên cho sử dụng bình sữa, sữa công thức, núm vú giả ở khoa/phòng (trừ khi có chỉ định y tế trong các trường hợp đặc biệt). Đây là một trong những tiêu chí của bệnh viện bạn hữu trẻ em
 - Nếu người mẹ nhiễm HIV phải có biện pháp dự phòng lây truyền từ mẹ sang con và tư vấn, điều trị.
 - Đối với trẻ sinh nhẹ cân: như trên nhưng hãy bắt đầu Kangaroo Mother Care ngay lập tức, đắp thêm chăn cho trẻ và mẹ.
 - Những điều sau đây nên được thực hiện sau khi bú mẹ hoàn toàn (thường là từ phút thứ 90 đến 6 giờ):
 - Lau mắt bằng tăm bông hoặc mảnh vải sạch
 - Bôi thuốc mỡ mắt tetracycline 1% (không rửa sạch thuốc mỡ mắt)
 - Không loại bỏ chất gây hoặc tẩm cho em bé
 - Cân trẻ sơ sinh và ghi lại: cân nặng khi sinh, thời điểm cho con bú lần đầu và các thông tin cần thiết khác trong hồ sơ sức khỏe bà mẹ và thẻ trẻ em
 - Sau khi vệ sinh bé bằng nước sạch, tiêm bắp vitamin K 1mg, vắc xin viêm gan B và BCG
 - Thực hiện khám thể chất cho trẻ từ đầu đến chân. Kiểm tra dấu hiệu dị tật bẩm sinh bằng cách quan sát và cảm nhận thông thường. Kiểm tra một cách có trật tự các cơ thể như đầu, mắt, miệng, tai, cổ, ngực, bụng, trực tràng, bộ phận sinh dục, xương chậu, tứ chi, cột sống (xem phụ lục về dụng cụ khám sức khỏe trẻ sơ sinh)
 - Nếu phát hiện bất kỳ bệnh tật hoặc tình trạng nào qua thăm khám, trẻ sơ sinh cần được chẩn đoán và điều trị.
 - Trẻ sơ sinh phải được theo dõi, đánh giá cùng với mẹ và việc theo dõi bà mẹ nên được thực hiện ở giai đoạn 4 trở đi:
- + Chăm sóc mắt
- Rửa tay của bạn

- Giải thích cho bà mẹ rằng bạn sẽ nhỏ thuốc vào mắt để tránh nhiễm trùng
- Lau mắt bằng tăm bông hoặc vải sạch
- Dùng pomade tetracycline 1% cho cả hai mắt. Thả từ trong ra ngoài mắt (Không lau sạch pomade).

Cung cấp thêm dịch vụ cho trẻ sinh nhẹ cân (sinh đôi)

+ Đối với trẻ sinh nhẹ cân: Thực hiện theo đúng quy trình trên cùng với các biện pháp sau:

- Bắt đầu chăm sóc trẻ sơ sinh bằng cách chăm sóc kangaroo ngay lập tức
- Đắp thêm một lớp chăn cho mẹ và trẻ sơ sinh
- Không tắm cho bé
- Đảm bảo vệ sinh bằng cách sử dụng quần áo sạch sau 1 ngày sinh
- Cung cấp thêm sự chăm sóc khi cho con bú

. Nếu người mẹ không thể tiếp xúc da kề da với trẻ sơ sinh do tình trạng sức khỏe của mình thì trẻ sơ sinh phải được quấn trong khăn sạch để giữ ấm. Sau đó đặt trẻ sơ sinh vào giường bằng cách đắp khăn dày cho trẻ và khuyến khích gia đình bà mẹ thực hiện tiếp xúc da kề da với trẻ hoặc đặt trẻ sơ sinh vào giường ấm nếu nhiệt độ phòng thấp hơn 28°C.

Lưu ý: Không nên tách bé ra khỏi mẹ để tiêm. Thuốc tiêm phải có sẵn tại phòng hộ sinh tất cả các ngày trong tuần kể cả cuối tuần và ngày lễ. Nếu người mẹ dương tính với HIV, đảm bảo tiếp tục điều trị cho bà mẹ và bắt đầu điều trị bằng thuốc kháng vi-rút cho trẻ sơ sinh, đồng thời thực hiện xét nghiệm PCR DNA HIV cho trẻ sơ sinh tại khoa sản và bắt đầu phương pháp cho ăn thích hợp.

VII. Kiểm soát cơn đau khi bắt đầu chuyển dạ

1. Định nghĩa cơn đau chuyển dạ

Cơn đau chuyển dạ được mô tả là cơn đau dữ dội nhất mà hầu hết phụ nữ từng trải qua, trong đó phần lớn sản phụ phản nản rằng cơn đau của họ là nghiêm trọng hoặc cực kỳ nghiêm trọng. Tình trạng căng thẳng này dẫn đến những tác động tiêu cực đến sinh lý của mẹ và thai nhi. Phương pháp tối ưu để kiểm soát cơn đau dựa trên bằng chứng ở các bà mẹ chuyển dạ vẫn còn đang được tranh luận. Có nhiều cách tiếp cận gây tranh cãi dựa trên các bằng chứng khác nhau. Do đó, điều quan trọng là phải xem xét các bài báo gần đây để đề xuất một phương pháp tương đối an toàn, khả thi trong cơ sở lâm sàng của chúng tôi nhằm đưa ra phương pháp quản lý cơn đau chuyển dạ thích hợp. Mục tiêu của tổng quan này là chỉ ra các lựa chọn an toàn hơn trong việc kiểm soát cơn đau khi chuyển dạ giúp cải thiện việc chăm sóc bà mẹ về kiểm soát cơn đau.

2. Phương pháp giảm đau tự nhiên

Quản lý cơn đau không dùng thuốc giúp đối phó với cơn đau và hỗ trợ thư giãn. Kiểm soát cơn đau không dùng thuốc hỗ trợ các quá trình sinh lý và không có bất kỳ tác dụng phụ có hại nào.

- Tập thở
- Phát âm
- Thư giãn
- Chuyển động và khiêu vũ
- Nóng và lạnh
- Nước
- Tiêm nước vô trùng
- Châm cứu và bấm huyệt
- Tiếp tục hỗ trợ

- Tư thế đứng thẳng của mẹ năng động
- Mát xa
- Guasha
- Rebozo
- Yoga



Tư thế đứng thẳng

Trong nhiều thế kỷ, đã có tranh cãi xung quanh việc tư thế đứng thẳng (ngồi, ngồi trên ghế đầu, ngồi trên ghế, ngồi xổm, quỳ) hay nằm (tư thế nghiêng (Sim), nửa nằm, tư thế thạch học, tư thế Trendelenburg) có lợi cho phụ nữ sinh những đứa con của họ. Đây là bản cập nhật của bài đánh giá được xuất bản trước đó vào năm 2012, 2004 và 1999.

❖ Giảm đau nội khoa (Giảm đau ngoài màng cứng)

Các nghiên cứu cho thấy rõ ràng rằng gây tê ngoài màng cứng vẫn là phương pháp giảm đau hiệu quả nhất và thường được khuyến dùng nhất khi chuyển dạ.

❖ Khí để kiểm soát cơn đau

Khí nitơ oxit (N_2O) là loại thuốc giảm đau chuyển dạ được sử dụng phổ biến ở nhiều nước phương Tây [17]. N_2O là chất khí không mùi, không vị, không cháy.

VIII. Chảy máu âm đạo sau sinh

Băng huyết sau sinh (BHSS) được định nghĩa là tình trạng chảy máu âm đạo vượt quá 500ml sau khi sinh con hoặc trên 1.000ml sau khi sinh mổ. Tuy nhiên, có một số vấn đề với định nghĩa này. Ví dụ, ước tính lượng máu mất đi thường rất thấp, thường chỉ bằng một nửa lượng máu mất thực sự. Đôi khi, máu được lẫn với nước ối và đôi khi là nước tiểu, và thường phân tán trên gạc, khăn, khăn trải giường, trong xô và trên sàn nhà.

Nên thực hiện xử lý tích cực giai đoạn ba của chuyển dạ (kiểm soát lực kéo dây rốn) trên tất cả phụ nữ vì nó làm giảm tỷ lệ băng huyết sau sinh do chờ tử cung sau sinh.

Việc theo dõi sát bằng cách kiểm tra tình trạng tử cung (gò tốt), chảy máu âm đạo, mạch, huyết áp ở sản phụ sau khi sinh để đảm bảo phát hiện kịp thời tình trạng mất máu và xử lý kịp thời trong trường hợp tử cung có vấn đề, chảy máu nhiều và những thay đổi về thể trạng của phụ nữ.

- BHSS nguyên phát là tình trạng chảy máu âm đạo nhiều hơn trong vòng 24 giờ đầu sau sinh.
- BHSS thứ phát là tình trạng chảy máu âm đạo nhiều hơn sau 24 giờ đầu sau sinh.

Đánh giá và xử trí chảy máu âm đạo sau sinh:

1.Quản lý chung

- Gọi hỗ trợ, khẩn trương huy động mọi nhân lực sẵn có
- Đánh giá nhanh tình trạng chung của bà mẹ
- Nếu nghi ngờ bị sốc, hãy bắt đầu điều trị ngay lập tức (xem phần 7.2).
- Ngay cả khi không có dấu hiệu sốc, xoa bóp tử cung để tổng máu và cục máu đông ra ngoài và cho oxytocin tiêm bắp 10 IU (hoặc tiêm tĩnh mạch nếu đã chuẩn bị sẵn dịch truyền tĩnh mạch)
- Bắt đầu truyền tĩnh mạch và truyền dung dịch Saline thông thường hoặc Lactate Ringer

- Đặt ống thông tiểu để làm trống bàng quang
- Kiểm tra xem nhau thai đã bong ra chưa và kiểm tra xem nó đã đầy đủ chưa
- Kiểm tra cổ tử cung, âm đạo và tầng sinh môn xem có bị rách không

A. Chảy máu trong 24 giờ đầu sau sinh

1. Tử cung mất trương lực:

- Xuất huyết ngay sau sinh
- Tử cung mềm, không co bóp.

2. Rách

- Rách cổ tử cung, âm đạo hoặc tầng sinh môn hoặc tử cung (Băng huyết ngay sau sinh)

3. Sốt nhau

- Nhau thai không sổ trong vòng 1 giờ sau khi sinh
 - Mảnh nhau thai còn sót lại
 - Nếu còn sót lại một phần bề mặt nhau thai của mẹ thì tử cung sẽ không thể co bóp tốt.
- Lưu ý: Trong một số trường hợp, mảnh nhau thai còn sót lại sẽ không gây chảy máu.

- Tử cung lộn ngược:

- Sờ bụng không cảm nhận được đáy tử cung
- Đau nhẹ hoặc dữ dội
- Mô tử cung có thể nhìn thấy được qua âm đạo.

4. Cục máu đông

Có thể gặp trong các trường hợp: sản giật, nhau bong non, thai chết lưu lâu ngày, thuyên tắc ối và các nguyên nhân khác

B. Chảy máu sau 24 giờ đầu sau sinh:

Tử cung mềm và to hơn chúng ta mong đợi có thể do nhiễm trùng trong tử cung hoặc mảnh nhau thai sót lại.

IX. Kẹp dây rốn muộn quản lý tích cực nhau thai

Có lợi cho trẻ sinh đủ tháng hoặc sinh non

1. Tăng mức độ huyết sắc tố khi sinh và cải thiện lượng sắt dự trữ trong vài tháng đầu đời.
2. Cải thiện tuần hoàn chuyển tiếp từ thai nhi sang trẻ sơ sinh,
3. Thiết lập khối lượng hồng cầu tốt hơn,
4. Giảm nhu cầu truyền máu
5. Tỷ lệ viêm ruột hoại tử và xuất huyết não thất thấp hơn.

X. Cắt và may tầng sinh môn

1. Chỉ định

Cắt tầng sinh môn KHÔNG nên được thực hiện thường quy, chỉ nên xem xét trong các trường hợp sau:

- Sinh qua ngã âm đạo phức tạp (ngôi mông, đẻ khó ở vai, sanh hút).
- Sẹo do vết rách độ 3 hoặc độ 4 trước đó khó lành.
- Tim thai suy khi người mẹ cố gắng hết sức để đẩy thai nhi ra ngoài.

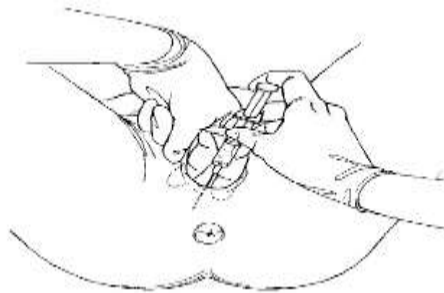
Lưu ý: sản phụ sinh con so không phải là đối tượng để cắt tầng sinh môn

2. Thực hiện cắt tầng sinh môn

- Cho sản phụ biết mục đích và quy trình thực hiện
- Tuân thủ các nguyên tắc chăm sóc tốt (giao tiếp và phòng ngừa nhiễm trùng), đeo găng tay vô trùng và bôi dung dịch sát trùng vùng đáy chậu.

- Tiêm lidocain nhưng đảm bảo rằng người sản phụ không bị dị ứng với lidocain hoặc thuốc gây mê khác.
- Tiêm vào dưới da đáy chậu và sâu vào cơ đáy chậu với khoảng 10 ml dung dịch lidocain 2%.
- Thực hiện cắt tầng sinh môn khi hai môi nhỏ tách nhau khoảng 3-4 cm trong cơn gò tử cung.
- Đặt hai ngón tay giữa đầu em bé và đáy chậu.
- Dùng kéo cắt tầng sinh môn khoảng 3-4cm theo hướng trong.
- Kiểm soát đầu và vai của em bé khi sổ thai, đảm bảo rằng vai đã xoay về đường giữa để tránh làm vết cắt tầng sinh môn bị rách thêm.
- Kiểm tra cẩn thận các vết rách ở âm đạo, tầng sinh môn và cổ tử cung hoặc phần mở rộng của vết cắt tầng sinh môn.

Lưu ý: Trước khi bơm lidocain, hãy đảm bảo rằng không có mạch máu nào bị xuyên thủng: Nếu máu chảy ngược vào ống tiêm khi hút, hãy rút kim ra. Hãy kiểm tra lại vị trí một cách cẩn thận và thử lại. Không bao giờ tiêm nếu có máu vào ống tiêm (người phụ nữ có thể bị co giật và tử vong nếu tiêm lidocain vào tĩnh mạch).



Tiêm thuốc gây tê cục bộ vùng tầng sinh môn



Cắt tầng sinh môn đồng thời đưa hai ngón tay vào để bảo vệ đầu bé

3. Khám cổ tử cung, âm đạo

Chỉ định: nếu ngay sau khi sinh, âm đạo tiếp tục chảy máu mặc dù tử cung co hồi tốt.

Quy trình:

- Tuân thủ các nguyên tắc chăm sóc tốt (giao tiếp và phòng ngừa nhiễm trùng)
- Khuyến khích và hỗ trợ tâm lý cho sản phụ
- Đảm bảo có đủ ánh sáng để nhìn rõ
- Sử dụng mỏ vịt có kích thước lớn hơn để kiểm tra rách cổ tử cung, vỡ thành âm đạo, đáy chậu và khối máu tụ
- Chảy máu do rách âm đạo hoặc cổ tử cung có thể được phát hiện do chảy máu chậm nhưng liên tục hoặc do các đợt phun ra từ động mạch.
- Tiếp theo, nhờ người phụ ấn nhẹ nhàng và chắc chắn vào tử cung của sản phụ. Điều này sẽ di chuyển cổ tử cung xuống âm đạo để bạn có thể kiểm tra cẩn thận.
- Nếu bạn không thể nhìn thấy toàn bộ cổ tử cung, hoặc nếu bạn thấy chảy máu hoặc rách trên cổ tử cung, hãy dùng một chiếc kẹp xốp (kẹp vòng) và kẹp toàn bộ phần tròn của chiếc kẹp vào môi trước của cổ tử cung. Kéo kẹp nhẹ nhàng về phía bạn
- Nhìn kỹ vào tất cả các phía của cổ tử cung. Vết rách xảy ra thường xuyên nhất ở hai bên cổ tử cung ở vị trí 3 hoặc 9 giờ (giữa bên phải và giữa bên trái)

- Đánh giá và may vết rách nếu cần thiết; một vết rách lớn chảy máu dai dẳng phải được may phục hồi.

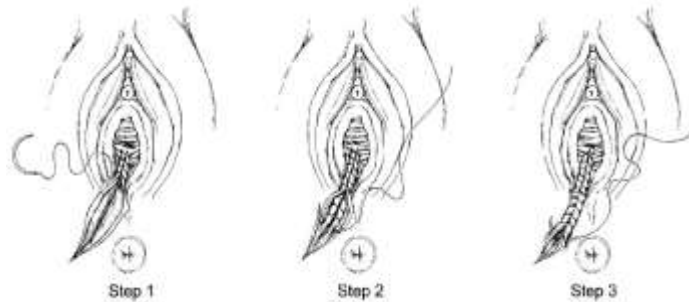
4. Mức độ rách tầng sinh môn và âm đạo

- Rách độ 1 liên quan đến niêm mạc âm đạo và mô liên kết.
- Rách độ 2 liên quan đến niêm mạc âm đạo, mô liên kết và cơ bên dưới.
- Rách độ 3 liên quan đến việc cắt đứt hoàn toàn cơ vòng hậu môn.
- Rách độ 4 liên quan đến niêm mạc trực tràng.

5. May tầng sinh môn

May phục hồi tầng sinh môn trong rách độ 1 và độ 2	
1	Tuân thủ các nguyên tắc chăm sóc tốt (giao tiếp và phòng ngừa nhiễm trùng)
2	Khuyến khích và hỗ trợ tâm lý cho sản phụ
3	Nhờ người phụ kiểm tra xem tử cung đã co cứng chưa
4	Kiểm tra cẩn thận âm đạo, tầng sinh môn và cổ tử cung
5	Bôi dung dịch sát trùng lên vùng xung quanh vết rách
6	Đảm bảo không có trường hợp dị ứng nào với lidocain hoặc các thuốc liên quan
7	Tiêm vào dưới niêm mạc âm đạo, dưới da đáy chậu rồi tiêm sâu vào cơ đáy chậu 10ml dung dịch lidocain 2%.
8	Rút (kéo pít tông lại) để chắc chắn rằng không có mạch máu nào bị xuyên thủng
9	Nếu máu được hút trở lại ống tiêm, hãy rút kim ra, kiểm tra lại vị trí cẩn thận và thử lại. Không bao giờ tiêm nếu mũi kim có máu
10	Khi kết thúc đợt tiêm đầu tiên, đợi 2 phút rồi dùng kẹp kẹp chặt vết rách. Nếu người sản phụ cảm thấy như bị véo, hãy đợi thêm 2 phút rồi kiểm tra lại
11	Khâu phục hồi niêm mạc âm đạo bằng mũi Vicryl hoặc catgut 2-0 liên tục
12	Bắt đầu may ở vị trí cao hơn đỉnh (trên cùng) của vết rách âm đạo khoảng 1 cm. Tiếp tục khâu đến ngang mức cửa âm đạo
13	Ở tại cửa âm đạo, tập hợp các cạnh cắt của cửa âm đạo

Máy phục hồi tầng sinh môn trong rách độ 1 và độ 2	
14	Đưa kim vào dưới lỗ âm đạo và đưa ra ngoài qua vết rách và buộc chỉ kết thúc ở tầng sinh môn
15	Máy cơ tầng sinh môn bằng cách khâu gián đoạn Vicryl hoặc catgut 2-0. Nếu vết rách quá sâu, hãy đặt thêm lớp thứ hai có cùng đường khâu để thu hẹp khoảng trống
16	Máy lớp da bằng cách sử dụng mũi khâu gián đoạn (hoặc dưới da) Vicryl hoặc catgut 2-0
17	Nếu vết rách sâu, hãy khám trực tràng. Đảm bảo không có vết khâu nào ở trực tràng



6. Chăm sóc sau may tầng sinh môn

- Rửa đáy chậu bằng dung dịch sát trùng,
- Lau khô và đặt băng vệ sinh lên âm hộ và đáy chậu.
- Giúp cho sản phụ thoải mái.
- Đảm bảo rằng sản phụ biết cách chăm sóc vết thương:
 - o Xối nước sạch lên vùng đáy chậu sau khi đi tiểu
 - o Làm sạch bằng nước xà phòng nhẹ và rửa sạch đáy chậu sau mỗi lần đi tiêu
 - o Thay băng vệ sinh vùng tầng sinh môn thường xuyên để đảm bảo vùng khâu được khô ráo.

XI. Oxytocin: hormone tình yêu và hormone âu yếm

1. Oxytocin tự nhiên

Cơ thể chúng ta sản xuất oxytocin khi chúng ta được bạn tình kích thích và khi chúng ta yêu. Đó là lý do tại sao nó có biệt danh là "hormone tình yêu" và "hormone âu yếm". Oxytocin có thể giúp chúng ta gắn kết với những người thân yêu và có thể được giải phóng thông qua sự đụng chạm, âm nhạc và tập thể dục. Oxytocin là một chất dẫn truyền thần kinh và một loại hormone được sản xuất ở vùng dưới đồi. Từ đó, nó được vận chuyển đến và tiết ra bởi tuyến yên, ở đáy não, có vai trò quan trọng trong các chức năng sinh sản của phụ nữ, từ hoạt động tình dục đến sinh con và cho con bú. Trong quá trình chuyển dạ, oxytocin làm tăng nhu động tử cung, gây ra các cơn co thắt ở các cơ của tử cung hoặc tử cung. Khi cổ tử cung và âm đạo bắt đầu mở rộng để chuyển dạ, oxytocin được giải phóng. Sự giãn nở này tăng lên khi các cơn co thắt tiếp theo xảy ra. Oxytocin vừa kích thích các cơ của cơ tử cung co bóp và tăng cường sản xuất prostaglandin, chất này cũng làm tăng co bóp tử cung. Thời gian bán thải 3-15 phút (một số nguồn là 1-6 phút). Oxytocin cũng có chức năng xã hội. Nó tác động đến hành vi gắn kết, tạo ra ký ức nhóm, sự công nhận xã hội và các chức năng xã hội khác. Khi em bé chào đời, oxytocin giúp di chuyển sữa từ các ống dẫn sữa đến núm vú và nuôi dưỡng mối liên kết giữa mẹ và bé. Những phụ nữ chuyển dạ diễn ra chậm sẽ được tiêm oxytocin để đẩy nhanh quá trình.

2. Oxytocin – Dạng dược phẩm

- Dược phẩm oxytocin có thể hữu ích trong các tình huống
 - khi người mẹ chuyển dạ có những cơn co thắt yếu hoặc
 - nếu quá trình chuyển dạ không diễn ra bình thường (thế nào là bình thường, ai định nghĩa là bình thường)
 - Khởi phát chuyển dạ phù hợp trong nhiều trường hợp. Việc kích thích vì những lý do như lịch trình của bác sĩ, nhân viên bệnh viện, ngày đẹp trời để chào đời, v.v. khiến trẻ sơ sinh và bà mẹ gặp những rủi ro không đáng có.

- Việc sử dụng thuốc oxytocin cần được theo dõi chặt chẽ, nếu không có thể xảy ra những biến chứng nguy hiểm. Nếu lạm dụng trong quá trình chuyển dạ sẽ khiến cả thai nhi và người mẹ gặp nguy hiểm do kích thích quá mức.
- Đánh giá tình trạng chuyển dạ bình thường chuyển sang sử dụng biểu đồ chuyển dạ (partograph) là cần thiết!

3. Các cơn gò tử cung

- Tử cung co bóp chèn ép các mạch máu trong tử cung, có khả năng cản trở việc vận chuyển oxy đến nhau thai và thai nhi.
- Các cơn gò tử cung cũng có thể chèn ép dây rốn, có thể ảnh hưởng đến lượng máu giàu oxy đến em bé.
- Cả hai hiện tượng này đều xảy ra ở hầu hết các trường hợp chuyển dạ và không gây hậu quả gì cho em bé. Nhưng khi những sự kiện này xảy ra quá thường xuyên hoặc quá nghiêm trọng thì nguy cơ chấn thương sẽ tăng lên.
- Tử cung hoạt động quá mức có thể dẫn đến suy giảm khả năng cung cấp oxy cho thai nhi. Mặc dù thai nhi có khả năng vượt trội để chịu đựng những giai đoạn thiếu oxy, nhưng khả năng chịu đựng đó cũng có giới hạn.
- Cuối cùng, nếu hoạt động tử cung quá mức kéo dài, thai nhi có thể phát triển tình trạng gọi là nhiễm toan chuyển hóa.
- Các trường hợp nhiễm toan chuyển hóa nặng dẫn đến chấn thương sọ não, thậm chí tử vong.

➤ **Số cơn co tử cung phải ít hơn 5 cơn co trong 10 phút**

Định nghĩa về quá kích thích

- một cơn co thất kéo dài hơn 90 giây
- Khoảng cách giữa 2 cơn co dưới 30 giây

- Hơn 4-5 cơn co thắt mỗi 10 phút
- Lưu ý! Sau khi co bóp, việc khôi phục quá trình oxy hóa trở lại mức bình thường cần 90 giây đối với chuyển dạ tự nhiên và 138 giây đối với chuyển dạ có oxytocin hỗ trợ.
- Vì các cơn co thắt quá mạnh nên có thể khiến em bé có nguy cơ bị tổn thương não. Các cơn co thắt gây áp lực quá lớn lên em bé và hạn chế lưu lượng máu đến não. Điều này có thể dẫn đến bệnh não thiếu oxy-thiếu máu cục bộ hoặc thậm chí tử vong thai nhi.

Quá kích thích - các cơn co thắt trở nên cực kỳ dữ dội và diễn ra trong khoảng thời gian ngắn hơn nhiều

Nguy cơ đối với sản phụ

- đau nhức nhối
- nguy cơ vỡ tử cung
- xuất huyết sau sinh
- vết rách trên cổ tử cung hoặc âm đạo
- kẹt vai sẽ gây hại cho sản phụ

Nguy cơ đối với thai

- Nguy cơ tổn thương não, các cơn gò tử cung gây áp lực quá lớn lên em bé và hạn chế lưu lượng máu đến não. Điều này có thể dẫn đến bệnh não thiếu oxy-thiếu máu cục bộ hoặc thậm chí tử vong thai nhi.
- Đẻ khó ở vai sẽ nguy hại cho trẻ sơ sinh

Tuần hoàn thai nhi

- Nhau thai là lá phổi của thai nhi
- Thai nhi không có thêm lượng oxy dự trữ nào
- Tốc độ tuần hoàn ở nhau thai khoảng 500 ml/phút

- Độ bão hòa oxy của thai nhi là 75%
- Sức khỏe của thai nhi phụ thuộc hoàn toàn vào chức năng của nhau thai và sự tuần hoàn của nó.
- Tử cung co bóp thỉnh thoảng làm giảm hoặc gián đoạn lưu lượng máu đến khoảng gian nhau, nơi diễn ra quá trình trao đổi oxy giữa mẹ và thai nhi. Ở hầu hết các thai nhi khỏe mạnh, tác dụng sinh lý của các cơn co thắt xảy ra với tần suất bình thường đều được dung nạp tốt.

4. Những cách tự nhiên để tăng oxytocin

- Nghe nhạc yêu thích của bạn
- Massage (cho hoặc nhận)
- Nói với ai đó rằng bạn quan tâm đến mức nào và biết rằng ai đó cũng quan tâm đến bạn
- Âu yếm hoặc ôm
- Thiền
- Nước ấm (tắm hoặc ngâm mình)
- Kích thích núm vú
- Da kề da
- Cho con bú
- Vitamin C giúp sản sinh oxytocin
- Magiê cần thiết để thụ thể oxytocin hoạt động tốt

Sinh con có nguy cơ thấp và cao

Văn hóa có tác động rất lớn đến việc sinh con. Văn hóa cũng ảnh hưởng đến những gì được coi là bình thường trong thai kỳ hoặc sinh con bình thường. Điều quan trọng nhất là việc sinh nở được an toàn cho người phụ nữ và an toàn cho con mình. Sau

khi sinh con, người phụ nữ phải là một người mẹ được trao quyền, có trải nghiệm sinh nở an toàn và tích cực, đồng thời đứa trẻ phải có sức khỏe tốt và có khả năng lớn lên, phát triển và lớn mạnh.

Theo định nghĩa của WHO, sinh con bình thường là sinh con tự nhiên ở tuần thứ 37-42 của thai kỳ, diễn ra từ đầu đến cuối như một ca sinh có nguy cơ thấp, trong đó trẻ sơ sinh được sinh ra một cách tự nhiên (không cần sự trợ giúp) ở phần đầu. Sau khi sinh con, sức khỏe của cả mẹ và bé đều tốt.

Các tiêu chí về mang thai và sinh con có nguy cơ thấp và cao cần được xác định và sử dụng để xác định những bất thường và rủi ro. Việc xác định rủi ro bằng danh sách các tiêu chí sẽ ngăn ngừa được những kết quả bất lợi trong quá trình sinh nở.

Trong quá trình sinh nở, các yếu tố có thể gây nguy hiểm cho mẹ hoặc thai nhi cần được đánh giá liên tục. Đánh giá liên tục là cần thiết vì các yếu tố gây biến chứng có thể xảy ra sau khi bắt đầu chuyển dạ, ngay cả khi ca sinh ban đầu là ca sinh có nguy cơ thấp. Các biến chứng xảy ra trong quá trình sinh nở có thể gây nguy hiểm nghiêm trọng đến sức khỏe, thậm chí là tính mạng của người mẹ, thai nhi và trẻ sơ sinh. Theo nghiên cứu, hơn 1/3 số ca tử vong mẹ, khoảng một nửa số ca thai chết lưu và 1/4 số ca tử vong sơ sinh là do các biến chứng xảy ra trong hoặc ngay sau khi sinh con. Những lý do phổ biến nhất gây ra các biến chứng đe dọa tính mạng là chảy máu bất thường, sinh con kéo dài hoặc nhiễm trùng huyết. Vì vậy, các rủi ro cần được xác định và các biện pháp can thiệp cần thiết phải được thực hiện đủ sớm. Hầu hết các biến chứng gây tử vong xảy ra ở những ca sinh nở có nguy cơ thấp và có thể phòng ngừa được bằng các biện pháp can thiệp kịp thời. Theo dõi quá trình sinh nở, xác định và điều trị sớm các biến chứng là rất quan trọng trong việc ngăn ngừa các kết quả bất lợi.

Tuy nhiên, điều quan trọng cần nhớ là việc kiểm soát sinh đẻ quá mức sẽ khiến những ca sinh có nguy cơ thấp gặp phải những can thiệp không cần thiết. Các can thiệp được thực hiện quá sớm, vì những lý do sai lầm hoặc quá thường xuyên có thể làm xáo trộn hoặc thậm chí ngăn cản quá trình sinh nở tự nhiên và sinh lý. Do đó, điều quan trọng

là phải liên tục đánh giá khi nào cần can thiệp và khi nào nên cho phép sinh con diễn ra tự nhiên để giảm thiểu tác hại. Theo dõi quá trình sinh nở và hiểu một ca sinh nở bình thường là rất quan trọng. Nghiên cứu cho thấy rõ ràng rằng các can thiệp y tế ở những ca sinh có nguy cơ thấp có thể dẫn đến kết quả tiêu cực mà không mang lại lợi ích đáng kể nếu sử dụng không đúng cách.

Khi chăm sóc sản phụ khi chuyển dạ, nữ hộ sinh nên tìm hiểu và kiểm tra tình trạng sức khỏe xã hội, sản khoa, y tế và tâm thần hiện tại của sản phụ. Ngoài các yếu tố nguy cơ trước sinh, trong giai đoạn mang thai hiện tại và chuyển dạ sớm có thể xảy ra các vấn đề và trường hợp cần chuyển đến chăm sóc sản khoa có nguy cơ cao. Tuy nhiên, đề cập đến nguy cơ cao không có nghĩa là người phụ nữ chuyển dạ và người bạn đồng hành khi sinh nở của cô ấy nên bị loại khỏi cuộc trò chuyện và đưa ra quyết định khi xem xét đến việc chăm sóc của chính cô ấy.

Các yếu tố ảnh hưởng đến việc sinh nở có nguy cơ thấp và cao (không phải là danh sách chính xác!)

Tiền sử	Tuổi Cân nặng PARA
Tiền sử y tế, tâm thần và xã hội	Bệnh tim mạch, bệnh về máu và bệnh phổi Bệnh tự miễn và thần kinh Bệnh cường giáp Nhiễm trùng (HIV, mụn rộp sinh dục, viêm gan hoạt động, mụn cóc) Bất thường tử cung hoặc FGM Vấn đề sức khỏe tâm thần Lạm dụng chất gây nghiện
Mang thai và sinh con trước đây	Chưa đầy một năm kể từ khi sinh mổ Sinh non hoặc tử vong chu sinh

	<p>Các vấn đề về nhau thai và xuất huyết sau khi sinh con</p> <p>Tiền sản giật</p> <p>Tổn thương cơ vòng</p> <p>Đái tháo đường thai kỳ</p> <p>Nhóm máu của mẹ và thai nhi không tương thích</p>
Mang thai và sinh con	<p>Điều trị vô sinh</p> <p>Thăm khám theo dõi thai kỳ/mang thai muộn hoặc không được đặt trước</p> <p>Mang thai / sinh con nhiều lần</p> <p>Đái tháo đường thai kỳ</p> <p>Chuyển dạ sinh non</p> <p>Vỡ màng ối sớm</p> <p>Rối loạn tăng trưởng của thai nhi, dị tật và sai lệch nhiễm sắc thể</p> <p>Vấn đề về nhau thai</p> <p>APH</p> <p>Thiếu hoặc đa ối</p> <p>Tăng huyết áp (PIH)</p> <p>Tiền sản giật</p> <p>Sự nhiễm trùng</p> <p>Tiêm kháng RhD (HDN)</p> <p>Ngôi bất thường</p> <p>Thời điểm bắt đầu sinh con và thời gian sinh con</p> <p>CTG đáng ngờ/bệnh lý</p>

Ví dụ: bảng kiểm tiêu chí nguy cơ thấp

1. Con so, tuổi từ 18-40 tuổi
2. Không có bệnh lý mãn tính tiềm ẩn, nhiễm trùng, dị tật tử cung, rối loạn tâm thần hoặc lạm dụng chất gây nghiện

3. Không phẫu thuật vùng tử cung, vùng bụng
4. Các lần sinh trước không bị tổn thương cơ vòng, nhau thai bám dính không bình thường, băng huyết sau sinh, thai chết lưu hoặc trẻ sơ sinh, tiền sản giật
5. Đơn thai, mang thai tự nhiên
6. Ít nhất hai lần tái khám thai kỳ
7. Sinh tự nhiên khi thai được 37+0 - 42+0 tuần
8. Ngôi đầu
9. Lượng nước ối bình thường
10. Chưa đầy 48 giờ kể từ khi vỡ ối, nước ối có màu sắc bình thường, không có dấu hiệu nhiễm trùng
11. CTG bình thường
12. Không có dị tật thai nhi, sai lệch nhiễm sắc thể
13. Không bị tiểu đường thai kỳ, cao huyết áp hay tiền sản giật
14. Không có nhau tiền đạo, nhau bong non hoặc chảy máu âm đạo

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ashagrie, H. E., Fentie, D. Y., & Kassahun, H. G. 2020. A review article on epidural analgesia for labor pain management: A systematic review. *International Journal of Surgery Open*, 24, 100-104
2. Akin, B. & Saydam, B.K. 2020. The effect of labor dance on perceived labor pain, birth satisfaction, and neonatal outcomes. *EXPLORE: The Journal of Science & Healing* 16(5), 310–317.
3. Boateng, E.A., Kumi, L.O. & Diji, A.KA. 2019. Nurses and midwives' experiences of using non-pharmacological interventions for labour pain management: a qualitative study in Ghana. *BMC Pregnancy and Childbirth* 19, 168. DOI: 10.1186/s12884-019-2311-x
4. Bohren, M.A., Hofmeyr, G.J., Sakala, C., Fukuzawa, R.K. & Cuthbert, A. 2017. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017(7), CD003766.
5. Chang, C-Y., Gau, M-L., Huang, C-J. & Cheng, H. 2022. Effects of non-pharmacological coping strategies for reducing labor pain: A systematic review and network meta-analysis. *PLoS ONE* 17(1): e0261493.
6. Gizzo, S., Di Gangi, S., Noventa, M., Bacile, V., Zambon, A. & Nardelli, B.G. 2014. Women's choice of positions during labour: return to the past or a modern way to give birth? A cohort study in Italy. *Biomed Res Int* 2014, 1–7.
7. Goldstein Ferber, S. & Feldman, R. 2005. Delivery pain and the development of mother-infant interaction. *Infancy* 8(1), 43–62.
8. Gonzalez, M.N., Trehan G. & Kamel, I. 2021. Pain management during labor: Part 1: Pathophysiology of labor pain and maternal evaluation for labor analgesia. *Topics in Pain Management* 37(1), 1–8.
9. Gupta, J.K., Sood, A., Hofmeyr, G.J. & Vogel, J.P. 2017. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017(5), CD002006.
10. Iversen, M.L., Midtgaard, J., Ekelin, M. & Hegaard, H.K. 2017. Danish women's experiences of the rebozo technique during labour: A qualitative explorative study. *Sexual & Reproductive Healthcare* 11, 79–85.
11. Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr G.J. & Styles C. 2013. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013(8), CD003934.
12. Mårtensson, LB., Hutton, EK., Lee, N., Kildea, S., Gao, Y. & Bergh, I. 2018. Sterile water injections for childbirth pain: An evidenced based guide to practice. *Women Birth*. 2018 Oct;31(5):380-385.

13. Rota, A., Antolini, L., Colciago, E., Nespoli, A., Borrelli, S.E. & Fumagalli, S. 2018. Timing of hospital admission in labour: latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions. A Correlational Study. *Women and Birth* 31(4), 313–318
14. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 May 25;5(5):CD002006. doi: 10.1002/14651858.CD002006.pub4. PMID: 28539008; PMCID: PMC6484432.
15. Czech, I., Fuchs, P., Fuchs, A., Lorek, M., Tobolska-Lorek, D., Drosdzol-Cop, A., & Sikora, J. (2018). Pharmacological and non-pharmacological methods of labour pain relief—establishment of effectiveness and comparison. *International journal of environmental research and public health*, 15(12), 2792.
16. National Safe Motherhood Clinical Management Protocols For Referral Hospital. Available online: https://nmchc.gov.kh/wp-content/uploads/2022/02/Safe-Motherhood-Protocol_June-2020-20210125-Final.pdf. Accessed date: 14.04.2023.
17. ACOG (2020). Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth: Committee Opinion, no. 814. Available online: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/12/delayed-umbilical-cord-clamping-after-birth>.
18. Antunes, M., Rossi, R. & Pelloso, S. 2018. Relationship between gestational risk and type of delivery in high risk pregnancy. *Revista da escola de enfermagem da usp. Journal of school of nursing. University of Sao Paulo*.
19. Fowles, E. 2017. Cultural Differences in defining Normal Labor and Delivery. *International Journal of Childbirth Education* 32 (4). 33-36
20. Morr, A-K., Malah, N., Messer, A.M., Etter, A., Mueller, M., Raio, L. & Surbek, D. 2021. Obstetrician involvement in planned midwife-led births: a cohort study in an obstetric department of a University Hospital in Switzerland. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2021) 21:728.
21. National Institute for Health and Care Excellence. 2014. Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline. Updated 21.2.2017.
World Health Organization. 2018. WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience.
22. World Health Organization. 2020. WHO Labour Care Guide User’s Manual.