



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.

BẤT THƯỜNG TRONG CHUYỂN DẠ - HƯỚNG XỬ TRÍ VÀ CHĂM SÓC



LỜI NÓI ĐẦU

Giai đoạn chuyển dạ là quá trình diễn tiến của nhiều hiện tượng, quan trọng nhất là những cơn co tử cung làm cho cổ tử cung xóa mở dần và kết quả là thai và nhau được sổ ra ngoài. Chăm sóc sản phụ chuyển dạ đóng vai trò quan trọng liên quan trực tiếp đến sức khỏe và tính mạng của sản phụ và trẻ sơ sinh. Trong giai đoạn này có nhiều nguy cơ xảy ra cho cả mẹ và thai nhi. Người hộ sinh là người trực tiếp chăm sóc sức khỏe cho mẹ và thai nhi, theo dõi tình trạng của cả hai để kịp thời phát hiện những dấu hiệu bất thường và tránh nguy cơ diễn biến xấu dẫn đến tử vong. Để có thể làm được những việc này, người hộ sinh cần được trang bị kiến thức đầy đủ, có thái độ phù hợp và nắm vững kỹ năng chuyên môn để phát hiện sớm những dấu hiệu bất thường trong chuyển dạ và đưa ra hướng xử trí và chăm sóc kịp thời.

Cuốn sổ tay “Bất thường trong chuyển dạ - Hướng xử trí và chăm sóc” sẽ cung cấp cho người hộ sinh tuyến cơ sở và các bà mẹ những kiến thức cơ bản nhất về những bất thường trong chuyển dạ, đồng thời trang bị cho người hộ sinh cách tiếp cận khoa học với các chiến lược để xử trí và chăm sóc một cách hiệu quả, an toàn cho bà mẹ và thai nhi trong giai đoạn chuyển dạ, phù hợp với chức năng nhiệm vụ của người hộ sinh cũng như đáp ứng thông điệp của dự án 4 Steps bao gồm giảm tỉ lệ tử vong ở bà mẹ và trẻ sơ sinh; đạt được các mục tiêu của Tổ chức Y tế thế giới; tăng cường sức khỏe gia đình, xã hội và quốc gia; Phát triển năng lực nghề hộ sinh; và phát triển chương trình đào tạo và giảng dạy Hộ sinh trình độ cao.

Trong quá trình biên soạn, tuy chúng tôi đã có cố gắng tham khảo nhiều tài liệu với mong muốn gửi đến cho quý đồng nghiệp một tập tài liệu mang tính ứng dụng cao, nhưng có thể chưa được đầy đủ và còn nhiều hạn chế, thiếu sót. Ban biên soạn sẽ tiếp tục làm việc trên cơ sở những ý kiến đóng góp quý báu của quý đồng nghiệp, qua đó bổ sung tư liệu để cuốn sổ tay “Bất thường trong chuyển dạ - Hướng xử trí và chăm sóc” ngày càng hoàn chỉnh hơn trong thời gian tới.

Trân trọng!

I. CHUYỂN DẠ ĐÌNH TRỆ

Chuyển dạ đình trệ hay chuyển dạ ngưng tiến triển là một trong những chỉ định hàng đầu của mổ lấy thai.

Chuyển dạ đình trệ là một nổi ám ảnh của sản phụ trong quá trình chuyển dạ, có thể mang đến nhiều biến chứng nguy hiểm cho cả mẹ và thai nhi. Trong nhiều năm qua, chẩn đoán xác định chuyển dạ đình trệ dựa trên biểu đồ chuyển dạ nhưng sau này biểu đồ chuyển dạ không còn phù hợp dùng cho chẩn đoán. Để góp phần giảm tỉ lệ mổ lấy thai cũng như giảm thiểu tỷ lệ suy hô hấp của trẻ sơ sinh thì người Hộ sinh cần có đủ kiến thức về quá trình chuyển dạ bình thường, chuyển dạ bất thường, có 1 kế hoạch chăm sóc, theo dõi sản phụ phù hợp với từng giai đoạn chuyển dạ nói chung và trong chuyển dạ đình trệ nói riêng.

1. Sinh lý chuyển dạ

Cho tới nay người ta chưa biết rõ ràng và đầy đủ những nguyên nhân phát sinh những cơn co chuyển dạ. nhiều giả thuyết đã được đưa ra để giải trình và có một số giả thuyết được chấp nhận.

- Chuyển dạ đẻ là một quá trình làm cho thai nhi và rau thai được đưa ra khỏi buồng tử cung qua đường âm đạo.

- Một cuộc chuyển dạ đẻ thường xảy ra sau một thời gian thai nghén từ 38 (259 ngày) đến 42 tuần (293 ngày) trung bình là 40 tuần (280 ngày), lúc đó thai nhi đã trưởng thành và có khả năng sống độc lập ngoài tử cung.

1.1. Các giai đoạn của cuộc chuyển dạ

Có 3 giai đoạn, thời gian mỗi giai đoạn dài, ngắn khác nhau.

- Giai đoạn 1: xoá mở cổ tử cung, tính từ khi bắt đầu chuyển dạ đến khi cổ tử cung mở hết, giai đoạn này là giai đoạn kéo dài nhất của cuộc chuyển dạ. Thời gian trung bình của giai đoạn này là 15 giờ bao gồm:

+ Giai đoạn 1a: Từ khi cổ tử cung bắt đầu xoá đến khi cổ tử cung mở 3 cm gọi là pha tiềm tàng, thời gian 8 giờ.

+ Giai đoạn 1b: Từ lúc cổ tử cung mở 3 cm đến 10 cm (mở hết) gọi là pha tích cực, thời gian 7 giờ.

Giai đoạn 2: sỏ thai tđnh từ khi cổ tử cung mở hết đến khi thai sỏ ra ngoài, thời gian trung bình 30 phút, tối đa 1 giờ. Giai đoạn này đợc thực hiện nhờ 2 yếu tố: sức mạnh cơn co tử cung và sự co bóp các cơ thành bụng.

-Giai đoạn 3: sỏ rau, bắt đầu từ khi thai sỏ ra ngoài đến khi rau bong, xuống và sỏ rau ra ngoài cùng với màng rau, thời gian 15 - 30 phút.

1.2.Nguyên nhân

Một số giả thuyết đợc chấp nhận:

- Prostaglandin (PG): là những chất có thể làm thay đổi hoạt tính co bóp của cơ tử cung. Sự sản xuất PGF₂ và PGE₂ tăng dần trong quá trình mang thai và đạt tới giá trị cao nhất trong nước ối, màng ối và trong cơ tử cung vào lúc bắt đầu cuộc chuyển dạ đẻ. Giảm oxy trong quá trình chuyển dạ đẻ làm tăng quá trình tổng hợp prostaglandin.

Các Prostaglandin tham gia làm chín muồi cổ tử cung do tác dụng lên chất collagen của cổ tử cung.

-Estrogen và Progesteron

Trong quá trình mang thai estrogen tăng làm tăng tính kích thích các sợi cơ trơn của tử cung, cơ tử cung trở nên mẫn cảm hơn với các tác nhân gây cơn co tử cung, đặc biệt với oxytocin. Estrogen làm tăng sự phát triển của lớp cơ tử cung và thuận lợi cho việc tổng hợp các prostaglandin.

Progesteron có tác dụng ức chế với co bóp của cơ tử cung. Nồng độ progesteron giảm ở cuối thời kỳ thai nghén làm thay đổi tỷ lệ Estrogen/progesteron (tăng)là tác nhân gây chuyển dạ.

- Vai trò của oxytocin: đã xác định có sự tăng tiết oxytocin ở thùy sau tuyến yên của mẹ trong chuyển dạ đẻ. Tuy vậy oxytocin không đóng vai trò quan trọng để gây chuyển dạ đẻ mà chủ yếu làm tăng nhanh quá trình chuyển dạ đang diễn ra.

- Các yếu tố khác:

+ Sự tăng giảm từ từ, quá mức của cơ tử cung và sự tăng đáp ứng với các kích thích sẽ phát sinh ra chuyển dạ đẻ.

+ Yếu tố thai nhi: thai vô sỏ hoặc thiếu năng thượng thận thì quá trình mang thai thường kéo dài, ngược lại nếu cường thượng thận sẽ gây đẻ non.

1.3. Cơ co tử cung

Cơ co tử cung là động lực của cuộc chuyển dạ

- Áp lực cơ co tử cung tính bằng mmHg hoặc bằng Kilo Pascal(KPa) ($1\text{mmHg} = 0,133\text{ KPa}$). Đơn vị Montevideo (UM) tính bằng biên độ cơ co trung bình nhân với tần số cơ co (số cơ co trong 10 phút).

- Trong 30 tuần đầu của quá trình mang thai, tử cung không có cơ co, từ 30-37 tuần các cơ co tử cung có thể nhiều hơn, đạt tới 50 UM. Lúc bắt đầu chuyển dạ, cơ co tử cung 120 UM, tăng dần 250 UM lúc sô thai.

- Một, hai tuần trước khi chuyển dạ, tử cung có cơ co nhẹ, mau hơn trước, áp lực từ 10 - 15 mmHg gọi là các cơ co Hicks không gây đau.

- Cường độ cơ co tử cung là số đo ở thời điểm áp lực tử cung cao nhất của mỗi cơ co.

- Trương lực cơ bản của cơ tử cung: 5 - 15 mmHg. Hiệu lực cơ co tử cung bằng cường độ cơ co tử cung trừ đi trương lực cơ bản.

- Độ dài của cơ co tử cung tính từ thời điểm tử cung bắt đầu co bóp đến khi hết cơ co, đơn vị tính = giây.

- Tần số cơ co tử cung tăng dần lên về tần số và cường độ trong quá trình chuyển dạ.

- Điểm xuất phát của mỗi cơ co nằm ở 1 trong 2 sừng tử cung, ở người thường là sừng bên phải.

- Cơ co tử cung gây đau khi áp lực 25-30 mmHg.

- Cơ co tử cung có tính chất 3 giảm. Cơ co tử cung từ buồng tử cung lan tỏa ra đáy và thân đến đoạn dưới và cổ tử cung.

- Thời gian co bóp của cơ tử cung giảm dần từ trên xuống dưới, áp lực cơ co tử cung giảm dần đi từ trên xuống dưới.

Đặc điểm cơ co tử cung trong chuyển dạ đẻ

- Cơ co tử cung xuất hiện một cách tự nhiên ngoài ý muốn của người mẹ.

- Cơ co tử cung có tính chất chu kỳ và đều đặn, mau dần, khoảng cách giữa 2 cơ co khi mới chuyển dạ là 15-20 phút sau đó ngày càng ngắn dần lại, cuối giai đoạn I khoảng 2-3 phút.

- Độ dài con co tử cung dài dần ra, bắt đầu chuyển dạ 15-20 giây, đạt tới 30-40 giây ở cuối giai đoạn xoá mở cổ tử cung. Cường độ con co tăng dần lên, áp lực con co mới chuyển dạ 30-35mmHg (120Um) tăng dần đến 50-55 mmHg ở giai đoạn cổ tử cung mở và giai đoạn sổ thai lên đến 60-70 mmHg

- Con co tử cung gây đau khi áp lực đạt 25-30 mmHg. Con đau xuất hiện sau con co tử cung và mất đi trước con co tử cung, con co càng mạnh càng đau và đau tăng lên khi sản phụ lo lắng sợ sệt.

- Con co tử cung có tính chất 3 giảm: áp lực con co giảm từ trên xuống dưới, thời gian co bóp của cơ tử cung giảm dần từ trên xuống dưới, sự lan truyền của con co tử cung theo hướng từ trên xuống dưới

- Con co tử cung và con co thành bụng trong giai đoạn sổ thai

+ Trong giai đoạn II của cuộc chuyển dạ đẻ, con co tử cung phối hợp với con co thành bụng đẩy thai ra ngoài. Áp lực con co tử cung ở cuối giai đoạn II tăng lên tới 120-150 mmHg. Do vậy hướng dẫn sản phụ rặn đẻ đúng rất có giá trị trong cuộc đẻ.

Tác dụng của cơ co tử cung

-Thay đổi về phía mẹ

+ Sự xoá mở cổ tử cung và thành lập đoạn dưới

Xoá: là hiện tượng lõ trong giãn dần ra làm cho cổ tử cung biến đổi từ hình trụ trở thành một phen mỏng.

Mở: Là hiện tượng lõ ngoài cổ tử cung giãn rộng ra từ 1cm đến khi mở hết là 10cm.. Thời gian xoá mở diễn ra không đều: từ xoá - mở 4 cm khoảng 8-10 giờ. Từ 5 cm đến mở hết khoảng 4-6 giờ. Tốc độ mở trung bình là 1cm/giờ.

Cổ tử cung xoá mở nhanh hay chậm phụ thuộc vào: Đầu ối đè vào cổ tử cung nhiều hay ít, Màng ối dính nhiều hay ít, Con co tử cung có đủ mạnh và đồng bộ không?

+Thành lập đoạn dưới: Đoạn dưới tử cung thành lập do eo tử cung giãn rộng, kéo dài và to ra. Đoạn dưới tử cung được thành lập hoàn toàn 10cm.

Con so và con rạ có sự khác biệt nhau về xoá mở cổ tử cung. Con so thì cổ tử cung xoá hết rồi mới mở, con rạ thì cổ tử cung vừa xoá vừa mở. Thời gian mở con rạ nhanh hơn con so và tốc độ mở tối đa là 5-7cm/giờ.

- Thay đổi ở đáy chậu

Do áp lực cơ co tử cung, ngôi thai xuống dần trong tiểu khung, đẩy móm cụt ra sau đường kính cụt - hạ vệt từ 9,5-11 cm. Tầng sinh môn trước phồng to lên dài gấp đôi tầng sinh môn sau giãn ra. Hậu môn bị xoá hết các nếp.

- Thay đổi về phía thai: Áp lực cơ co tử cung đẩy thai nhi từ trong buồng tử cung ra ngoài theo cơ chế đẻ.

Trong quá trình chuyển dạ đẻ, thai nhi có hiện tượng uốn khuôn.

+ Hiện tượng chông xương sọ: hộp sọ thai nhi thu nhỏ bớt kích thước bằng cách các xương chông lên nhau.

+ Thành lập bươu huyết thanh.: Bươu huyết thanh do dịch thanh huyết dồn xuống vị trí thấp nhất của ngôi thai nơi có áp lực thấp nhất. Bươu huyết thanh chỉ thành lập khi ối đã vỡ. Mỗi ngôi thường có vị trí riêng của bươu thanh huyết.

-Thay đổi ở phần phụ của thai: Cơ co tử cung làm cho màng ối bong ra, nước ối dồn xuống tạo thành túi ối hay đầu ối.

Các loại đầu ối:

+ Ới dẹt: Nước ối phân cách giữa màng ối và ngôi thai rất mỏng do có sự bình chỉnh tốt của ngôi thai.

+ Ới phồng: Nước ối giữa màng ối và ngôi thai dày, thường gặp trường hợp ngôi thai bình chỉnh không tốt.

+ Ới quả lê: Đầu ối thò qua cổ tử cung vào âm đạo dù khi cổ tử cung mở còn nhr do màng ối mất chun giãn gặp trong thai chết lưu.

Tác dụng của đầu ối

+ Giúp cho cổ tử cung xoá, mở.

+ Bảo vệ thai nhi khỏi sang chấn.

+ Khi ối vỡ > 6 giờ có nguy cơ nhiễm khuẩn ngược dòng từ âm đạo và buồng ối.

Các hình thái vỡ ối:

+ Vỡ ối đúng lúc: Khi cổ tử cung mở hết.

+ Vỡ ối sớm: Ới vỡ khi chuyển dạ nhưng cổ tử cung chưa mở hết.

+ Ới vỡ non: Vỡ ối khi chuyển dạ.

- Rau bong và sủ rau: Cơ co tiếp tục xuất hiện sau 1 giai đoạn nghỉ ngơi sinh lý làm cho rau thai và màng rau ra ngoài. Tử cung co chặt tạo thành khối an toàn trong 2 giờ gây tắc mạch sinh lý sau khi rau sủ.

- Thay đổi khác

+ Trong cơn co nhịp thở của mẹ chậm lại và mạch tăng lên, hết cơn co trở lại bình thường.

+ Về chuyển hoá: Cơ thể mẹ giảm trọng lượng từ 4-6 kg. Số lượng bạch cầu tăng lên trong quá trình chuyển dạ.

+ Bàn quang Cổ bàn quang có thể bị kéo lên cao trên khớp vệ, niệu đạo bị kéo cao và bị chèn ép giữa ngôi thai và khớp vệ.

+ Về phía thai nhi: Tim thai thay đổi trong cơn co tử cung, tim thai hơi nhanh lên khi tử cung mới co bóp sau đó chậm lại trong cơn co tử cung. Ngoài cơn co tử cung tim thai dần dần trở lại bình thường.

1.4. Thời gian chuyển dạ

- Ở người con so: bình thường 16-20 giờ, ở người con rạ thời gian ngắn hơn, trung bình 8-12 giờ.

- Cuộc chuyển dạ > 24 giờ là cuộc chuyển dạ kéo dài dễ suy thai, mẹ mệt mỏi không còn sức rặn để có can thiệp thủ thuật.

2. Chuyển dạ đình trệ

- Chuyển dạ đình trệ hay chuyển dạ ngưng tiến triển là sự kéo dài thời gian chuyển dạ của người mẹ vượt quá thời gian thai nhi được chỉ định ra đời, kèm theo đó là nhiều biến chứng đối với bà mẹ và trẻ sơ sinh.

- Chuyển dạ đình trệ bao gồm chuyển dạ kéo dài và chuyển dạ tắc nghẽn

+ Chuyển dạ kéo dài là sự giãn nở cổ tử cung chậm bất thường hoặc sự xuống của thai chậm bất thường trong thời gian chuyển dạ. Thời gian chuyển dạ quá 24 giờ.

+ Chuyển dạ tắc nghẽn là chuyển dạ với tắc nghẽn cơ học ở đường ra. Khi hiện diện một cản trở cơ học trên đường ra, thai nhi sẽ có những nỗ lực để vượt qua

2.1. Dấu hiệu.

- Pha tiềm tàng kéo dài quá 8 giờ, pha tích cực kéo dài quá 7 giờ.

- Khám thấy độ lọt của ngôi không tiến triển.

- Xuất hiện các dấu hiệu chùng khớp sọ, bứu huyết thanh.
- Đường mở cổ tử cung cắt sang bên phải đường báo động trên biểu đồ chuyển dạ.
- Cổ tử cung ngừng tiến triển luôn là dấu hiệu của chuyển dạ đình trệ.
- Suy thai, cơn co tử cung mau (trên 5 cơn trong 10 phút), có vòng Bandl.

Qua quan sát, quá trình tử cung co bóp diễn ra liên tục nhưng độ lọt của thai không có tiến triển hoặc không có thêm thay đổi nào.

- Thai phụ bị kiệt sức, có thể bị mất nước và miệng có thể bị khô do việc thở bằng miệng kéo dài.

- Đau lưng và hai bên người, lan xuống đùi do lưng bị đè mạnh trong thời gian dài.

Giảm cơn đau chuyển dạ theo thời gian khi các cơ trở nên mệt mỏi.

- Nhịp tim cao do mất nước, kiệt sức và căng thẳng.
- Tử cung mềm khi chạm vào và không thư giãn hoàn toàn giữa các cơn co thắt.

2.2. Nguyên nhân.

* Do mẹ:

- Do cơ địa mẹ bầu: Cơ thể mẹ có thể mang một vài khiếm khuyết về khung xương chậu như khung xương hẹp toàn diện, hẹp, hẹp ngang, méo. Mẹ bầu có u nang buồng trứng, u xơ tử cung ở vị trí tiền đạo, u xương chậu, tử cung đôi cũng là những yếu tố ảnh hưởng đến hành trình vượt cạn.

- Bất tương xứng đầu-chậu, tiền sử mẹ mắc bệnh gây biến dạng khung chậu (bại liệt, lao xương, chấn thương vỡ xương chậu).

- Rối loạn cơn co tử cung: cơn co thừa yếu, cơn co mau mạnh, cơn co không đồng bộ.

- Có khối u ở tiểu khung (u xơ tử cung, u nang buồng trứng và các u tiểu khung khác).

* Do thai:

- Các ngôi bất thường (trán, mặt, mông, vai).

- Thai to (ước từ 3500 g trở lên).

- Thai bất thường (não úng thủy, bụng cóc).

* Nguyên nhân khác.

- Dây rốn ngắn.

* **Với chuyển dạ kéo dài** có thể là hậu quả của sự bất tương xứng thai và khung chậu (thai không thể lọt xuyên qua khung chậu mẹ), có thể xảy ra vì khung chậu của mẹ nhỏ bất thường hoặc bởi vì thai lớn bất thường hoặc có vị trí bất thường (đẻ khó do thai).

Một nguyên nhân khác của chuyển dạ kéo dài là các cơn co tử cung quá yếu hoặc không thường xuyên (rối loạn chức năng giảm cơn co tử cung) hoặc đôi khi quá mạnh hoặc gần nhau (rối loạn chức năng cường cơn co tử cung).

* **Với Chuyển dạ tắc nghẽn**

- Khi hiện diện một cản trở cơ học trên đường ra, thai nhi sẽ có những nỗ lực để vượt qua.

- Các nỗ lực để vượt trở ngại được thể hiện qua việc tăng hoạt động của tử cung, với các cơn co trở nên dồn dập, tuy nhiên lại không dẫn đến tiến triển của ngôi thai dù thai nhi đã cố gắng thực hiện những biến đổi hình dạng cần thiết như uốn khuôn đầu theo dạng của khung chậu hay chùng xương sọ. Các thành tố này tạo ra một tình trạng được gọi là hội chứng vượt trở ngại.

- Cản trở cơ học có thể có nguyên nhân là kích thước không thỏa đáng của khung chậu (khung chậu hẹp) hay hình dạng bất thường của khung chậu. Cản trở do nguyên nhân khung chậu tạo một rào cản không thể vượt qua. Khung chậu hẹp ở eo trên là thường thấy nhất, nhưng cũng phổ biến trong đoạn đường đi trong tiểu khung (hẹp eo giữa).

- Cản trở ở eo trên thường rõ ràng, dễ nhận biết, trong khi đó cản trở ở eo giữa thường gây khó khăn trong thiết lập chẩn đoán, và có thể dẫn đến những sai lầm chết người.

- Cản trở cơ học không chỉ do nguyên nhân khung chậu. Mọi nguyên nhân làm cho các kích thước của ngôi không còn tương thích với kích thước của khung chậu cũng gây ra cản trở cơ học. Các nguyên nhân gây chuyển dạ tắc nghẽn thường thấy nhất là

Tổng quát, có 3 yếu tố gây bất thường trong chuyển dạ:

- Bất thường của cơn co
- Bất thường của ngôi thai
- Bất thường của đường đi

2.3. Chẩn đoán

- Dựa vào biểu đồ chuyển dạ:

+ Đường mở cổ tử cung sang phía phải của đường báo động (sớm) hoặc cắt đường hành động (muộn).

+ Con co tử cung với tần số 3 cơn/10 phút mà sau 4 giờ không có tiến triển về độ lọt.

- Dựa vào lâm sàng:

Đầu có hiện tượng chông xương, bứu huyết thanh

-Thường kèm suy thai

Bà mẹ có biểu hiện mất nước, toan hóa (nước tiểu có acetone). Lượng nước tiểu theo dõi trong 4 giờ được dưới 100ml.

Tùy thuộc chuyển dạ xuất hiện sớm hay muộn mà sẽ thấy tử cung kéo dài, vòng thắt xuất hiện, bàng quang căng, đại tràng phình

2.4. Các biến chứng có thể gặp

Khi quá trình chuyển dạ diễn ra chậm hoặc ngừng tiến triển, rủi ro sẽ phát sinh cho cả bà mẹ và trẻ sơ sinh. Các bác sĩ bắt buộc phải xử trí nhanh chóng để ngăn ngừa những biến chứng nghiêm trọng có thể xảy ra.. Những rủi ro có thể xảy đến liên quan đến việc không xử lý tốt tình trạng này có thể kể đến là:

- Đối với thai nhi:

+ Tăng tỷ lệ suy thai, ngạt thai, chết thai do bị thiếu oxy;

+ Di chứng do sang chấn sọ não;

+ Tăng tỷ lệ sử dụng kẹp hoặc giác hút chân không để lấy thai;

+ Nhiễm trùng huyết;

Một số biến chứng ảnh hưởng đến trẻ suốt đời như bại não, bệnh não thiếu oxy do thiếu máu cục bộ (HIE) và rối loạn co giật.

- Đối với mẹ:

+ Vỡ tử cung;

+ Băng huyết;

+ Các chấn thương trong quá trình sinh đẻ (rách cổ tử cung, rách thành âm đạo);

+ Nhiễm trùng hậu sản.

2.5. Hướng xử trí

Trong trường hợp xác định là chuyển dạ đình trệ, có thể áp dụng một số phương pháp sau để xử trí:

-Tuyển xā sẽ được chỉ định chuyển lên tuyển trên.

- Ở tuyển huyện trở lên: dựa vào các nguyên nhân:

Chỉ định để chỉ huy bằng thuốc, thủ thuật...

+ Dùng thuốc để điều chỉnh cơn co yếu trong khi chuyển dạ kéo dài.

+ Phẫu thuật lấy thai khi có chỉ định.

+ Hủy thai trong các trường hợp có chỉ định.

Theo dõi sát các dấu hiệu chuyển dạ:

+ Cơn co tử cung

+ Xoá mở cổ tử cung

+ Tình trạng ối

+ Tiến triển ngôi thai

+ Tim thai

+ Tình trạng toàn thân.

2.6. Biện pháp phòng ngừa

Bà mẹ cần lưu ý:

- Thực hiện thăm khám thai đều đặn theo khuyến cáo của bác sĩ. Để có một thai kỳ khỏe mạnh, bà mẹ cần ghi nhớ những mốc khám thai quan trọng trong thai kỳ. Các mốc khám thai sẽ liên quan đến việc giúp bác sĩ phát hiện được những nguy cơ của thai kỳ, đưa ra những lời khuyên hữu ích về tình trạng của bà mẹ hiện tại, từ đó có thể có những phương án dự phòng tối ưu cho bà mẹ và thai nhi.

- Duy trì chế độ ăn khi mang thai với đầy đủ dinh dưỡng, hạn chế ăn những thực phẩm đóng gói sẵn chứa nhiều chất bảo quản... bổ sung thêm trái cây, sắt và canxi theo chỉ định của bác sĩ.

- Tránh căng thẳng, mệt mỏi hoặc suy nghĩ tiêu cực trong thai kỳ, tìm cho mình những niềm vui như đọc sách, trồng cây, tập thể dục nhẹ nhàng hoặc trò chuyện với bạn bè, người thân...

- Tiêm phòng đầy đủ, bà mẹ nên ghi nhớ các mũi vắc xin có thể tiêm trong thai kỳ như uốn ván, covid-19... để có một thai kỳ khỏe mạnh.

- Lựa chọn cơ sở y tế uy tín.

II. ĐỀ KHÓ DO MẮC (KỆT) VAI

Đề khó do kẹt vai là một cấp cứu sản khoa, là 1 trong những biến chứng sản khoa đáng sợ nhất. Nếu không được xử lý kịp thời, sẽ dẫn đến tử vong hoặc để lại những hậu quả nặng nề cho trẻ.

Trong cơ chế đẻ ngôi chỏm, sau khi đầu thai sỏ, thai nhi sẽ hướng đường kính 2 mỏm vai vào đường kính chéo của eo trên. Sau đó, vai sẽ thu lại theo chiều ngang, giảm thiểu đường kính 2 vai trước khi lọt vào tiểu khung, xuống bất đối xứng và thực hiện xoay trong về đường kính trước sau của eo dưới. Vai trước ra đến bờ dưới khớp vệ, thai sẽ tì bờ dưới cơ Delta vào đó để sỏ vai trước. Sau đó là vai sau sẽ sỏ. Toàn bộ tiến trình sẽ diễn biến rất nhanh, do đường kính 2 vai thường không lớn hơn nhiều so với đường kính 2 đỉnh, và thai có khả năng thu nhỏ đường kính 2 vai. Nếu tiến trình bị trục trặc, thời gian sỏ vai sẽ kéo dài,, kèm theo biến chứng. Khi có mắc(kẹt)vai, ta có cảm giác như đầu thai bị hút ngược vào bên trong mỗi khi kéo.

1. Yếu tố nguy cơ

1.1. Thai to:

Thai to thường kèm theo sự gia tăng của đường kính 2 vai so với đường kính 2 đỉnh. Thai to không do đài tháo đường có đường kính 2 vai to, nhưng tương thích với đường kính 2 đỉnh. Vì thế với các thai to không liên quan đến đài tháo đường thì nguy cơ chính là bất tương xứng đầu chậu.

Mắc (kẹt) vai chỉ xảy ra trong những trường hợp thai rất to.. Mắc(kẹt) vai có thể xảy ra ngay cả trong trường hợp thai không phải là quá to. Khi đó, đầu thai có thể vượt qua tiểu khung dễ dàng nhưng vai sẽ không thể vượt qua được hành trình trong khung chậu, dẫn đến mắc (kẹt) vai.

1.2. Thai bình thường:

Mắc (kẹt) vai có thể xảy ra khi không phải là thai to. Trong trường hợp này, thường có liên quan đến can thiệp sai trên cuộc đẻ. Bình thường, ngay sau khi sỏ đầu thì vai sẽ đi vào tiểu khung. Vai đi vào tiểu khung một cách có chuẩn bị, với việc giảm bớt đường kính 2 vai trong quá trình bình chỉnh .

Mọi yếu tố khiến vai không thể thu bớt đường kính 2 vai trước khi vào tiểu khung, hay thúc đẩy vai đi vào tiểu khung một cách đột ngột khi chưa kịp thực hiện giảm đường kính 2 vai đều có thể dẫn đến đẻ khó do mắc (kẹt) vai.

1.3. Những yếu tố khác:

- Đa thai
- Bà mẹ béo phì
- Chuyển dạ kéo dài
- Đẻ muộn sau ngày sinh dự kiến
- Bà mẹ được kích thích đẻ
- Can thiệp thủ thuật sớm và khi ngôi thai còn cao.
- Bà mẹ được gây tê ngoài màng cứng khi đẻ.
- Tiền sử đẻ có mắc (kẹt) vai.
- Bà mẹ sinh thường nhưng sử dụng các công cụ hỗ trợ (ví dụ như bác sỹ sử dụng các dụng cụ như kẹp hoặc máy hút để đưa thai ra ngoài qua đường âm đạo)

Tuy nhiên, các chuyên gia y tế khuyến cáo hiện tượng kẹt vai có thể xảy ra ở bất cứ đối tượng nào ngay cả khi người mẹ không có những yếu tố nguy cơ nêu trên.

2. Dấu hiệu:

- Kéo vai nặng tay.
- Dấu hiệu cổ rùa.

3. Hậu quả:

Đối với thai

- Suy thai.
- Tử vong sơ sinh tăng cao do ngạt và tổn thương hành não.
- Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay dưới 2 dạng liệt Erb và liệt Klumpke
- Gãy xương đòn, gãy xương cánh tay.

Đối với mẹ:

- Chảy máu sau đẻ
- Chấn thương đường sinh dục
- Vỡ tử cung.

4. Phòng ngừa:

Hiện nay, chỉ có một đồng thuận là nên mổ chủ động những trường hợp ước lượng thai nhi trên 5000 gram ở những người không có đái tháo đường thai kỳ và trên 4500 gram ở những trường hợp có đái tháo đường thai kỳ.

5. Hướng xử trí:

- Bà mẹ có nguy cơ đẻ khó do mắc (kẹt) vai thì: chuẩn bị sẵn sàng dụng cụ, nhân lực.
- Bà mẹ không có nguy cơ đẻ khó do mắc (kẹt) vai thì: luôn cảnh giác.

Kẹt vai khó có thể nhận biết trước đẻ, thường xảy ra vào giờ phút cuối cùng, khi mọi chuyện đã an bài. Xử trí là nhằm mục đích đưa được thai ra với tổn thất thấp nhất.

- Người đỡ đẻ phải được đào tạo tốt để sẵn sàng đối phó với cấp cứu sản khoa này
- Bao gồm 1 loạt các hành động được thực hiện chính xác, phối hợp nhịp nhàng trong khoảng thời gian ngắn.

Cần theo thứ tự các bước sau: Áp dụng kỹ thuật **HELPERR**

- **H** : Gọi người hỗ trợ: sản khoa, hồi sức sơ sinh, gây mê hồi sức
- **E**: Cắt rộng TSM
- **L**: Thủ thuật Mc Roberts:.
- **P**: Ấn trên xương mu
- **E**: xoay trong khi Mc Roberts thất bại
- **R**: Hạ cánh tay sau.

Áp dụng phương pháp vận nút chai Bàn tay trái người hộ sinh ấn trên mông thai, đẩy mạnh xuống dưới Hai ngón tay của bàn tay phải đặt phía trước vai sau đẩy hướng lên trên cùng chiều kim đồng hồ giúp sổ vai sau

Nếu các thủ thuật trên thất bại, nguy cơ tử vong thai nhi là rất cao, các phương pháp có thể áp dụng: bẻ gãy xương đòn trước, mổ khớp mu hay đẩy thai nhi vào lại trong tử cung và mổ đẻ.

MÔ TẢ 1 SỐ THỦ THUẬT TRONG XỬ TRÍ MẮC (KẸT) VAI

1. Ấn trên xương mu

Người phụ đỡ đẻ ấn trên xương mu để giải phóng vai kẹt. Lực ấn có hướng chéo 45o so với phương thẳng đứng. Vai thai nhi được đẩy xuống và sang bên về phía ngực

2.Thủ thuật McRoberts

Thủ thuật McRoberts được coi là thủ thuật đầu tay để xử lý những trường hợp đẻ khó do kẹt vai. Hai chân của sản phụ được gấp tối đa lên bụng, tương tự như tư thế gồi ngực. Tư thế này làm thẳng xương cùng so với đốt sống thắt lưng và do đó làm xoay khớp mu hướng về phía đầu, làm giảm góc nghiêng từ 25-10o. Thủ thuật này không làm thay đổi các đường kính thật sự của khung chậu nhưng làm xoay xương mu lên trên và nhờ đó giải phóng được vai trước bị kẹt. Thủ thuật này giúp làm giảm lực kéo trên vai, giảm lực căng trên đám rối cánh tay và làm giảm tỉ lệ gãy xương đòn.

3.Thủ thuật Woods

Woods đã mô tả một kỹ thuật giúp giải phóng vai bị kẹt dựa trên một định luật vật lý nổi tiếng được áp dụng cho ốc vít. “ốc vít có một mặt phẳng nghiêng hình xoắn ốc liên tục khớp vào những đường rãnh thích hợp. Khi muốn tháo ốc vít những đường rãnh này sẽ tạo ra kháng lực lớn nhất nếu ta kéo thẳng trực tiếp. Do đó kéo thẳng trực tiếp để tháo ốc vít là cách tháo khó nhất.” Áp dụng định luật này trên thực tế, thai nhi được xem như cái ốc vít, trong đó vai trước và vai sau sẽ đi qua ba đường rãnh tạo bởi khớp mu, mỏm nhô xương cùng và xương cụt.

Trong thủ thuật Woods kinh điển dành cho kiểu thể chằm phải, bàn tay trái ấn ở hông của thai nhi qua thành bụng của mẹ và đẩy mạnh xuống dưới, cùng lúc đó, hai ngón tay của bàn tay phải đặt ở phía trước của vai sau và đẩy hướng lên trên cùng chiều kim đồng hồ theo chu vi của vòng tròn tạo bởi tầng sinh môn tới ngang mức hoặc qua vị trí 12 giờ. Thủ thuật này để sổ vai sau. Lực đẩy trên hông thai nhi nên do chính người làm thủ thuật đẩy chứ không phải do người phụ đẩy, mục đích là kết hợp đồng thời lực của hai tay để tháo xoắn “con ốc thai nhi”.

4. Thủ Thuật Rubin

Rubin phê bình thủ thuật Woods kinh điển làm dạng vai sau ra do thủ thuật viên đặt những ngón tay ở phía trước vai sau và đẩy vai hướng về phía lưng thai nhi. Điều này sẽ làm đường kính 2 vai lớn hơn so với khi ta vai lại. Rubin mô tả hai thủ thuật để xử lý đẻ khó do kẹt vai.

- Thủ thuật thứ nhất: lặc vai thai nhi qua đường bụng để làm trượt vai trước ra khỏi chỗ kẹt và cho phép vai tìm đường kính thuận lợi hơn để đi qua khung chậu và xuống.

- Thủ thuật thứ hai: qua đường âm đạo, dùng tay khép vai để làm giảm chu vi và đường kính ngang vai lại.

5. Thủ thuật kéo tay sau

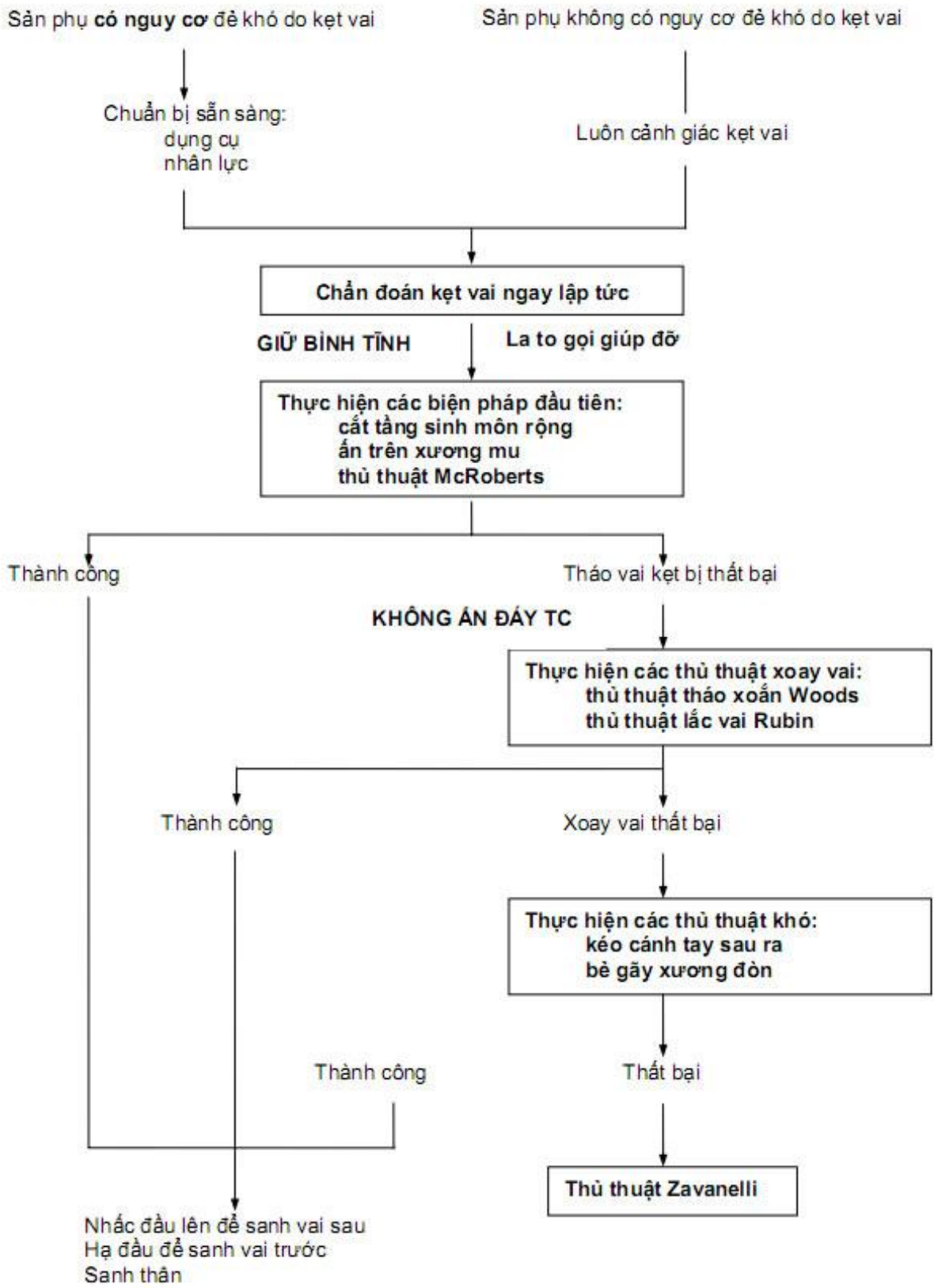
Nếu đến lúc này mà vẫn chưa sổ được vai và nếu gây tê tại chỗ vẫn chưa hiệu quả thì nên gây mê toàn thân để làm những thủ thuật tiếp theo. Thủ thuật kéo cánh tay sau ra gây tổn thương cho thai nhiều hơn, nhưng đây là thủ thuật duy nhất để giải quyết kẹt vai khi các thủ thuật khác đã thất bại. Do đó, cần phải thông thạo thủ thuật này.

- Đưa tay nhẹ nhàng vào dọc theo đường cong xương còng. Nếu lưng thai quay về bên phải của mẹ thì đưa bàn tay phải của thủ thuật viên vào, và ngược lại.

- Ngón tay của thủ thuật viên đi dọc theo xương cánh tay của thai nhi rồi ấn vào hố khuỷu để gập cẳng tay

- Ngón trỏ của thủ thuật viên sẽ nắm lấy cẳng tay của thai, nhẹ nhàng vuốt lên qua ngực và mặt của thai rồi kéo ra ngoài âm đạo. Sau khi đã kéo cánh tay sau ra thường thì vai trước sẽ dễ dàng trượt ra dưới xương mu. Nếu không, ta có thể cho đẻ vai trước bằng cách kéo xuống và đẩy ở trên bụng.

- Khi thai cực lớn, có khi cần phải xoay vai sau (đã sổ) thành vai trước. Một tay giữ cánh tay sau, tay kia đặt ở sau đầu hoặc ở phía sau vai trước và xoay chuyển vai sau thành vai trước và lại lặp lại thủ thuật kéo cánh tay sau đối với vai sau này.



Sơ đồ: xử trí dễ khó do mắc (kẹt) vai

III. SINH NGÔI MÔNG (NGÔI NGƯỢC)

Ngôi ngược là 1 ngôi có khả năng đẻ đường dưới nhưng dễ mắc đầu hậu vì vậy nếu không được chẩn đoán sớm, tiên lượng tốt và xử lý kịp thời thì nguy cơ cho mẹ và thai sẽ rất nặng nề, có thể làm tăng tỷ lệ tử vong đối với thai và tăng tai biến cho mẹ

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

Điểm mốc của ngôi là mỏm xương cụt, Đường kính lọt là đường kính lưỡng ụ đùi.

1. Phân loại

Có 2 loại ngôi mông

*Ngôi mông hoàn toàn: hai chi dưới gập lại cùng với mông trình diện trước eo trên.

* Ngôi mông không hoàn toàn gồm:

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

2. Nguyên nhân

Hai yếu tố hình thành ngôi mông:

- Thai non tháng (thai chưa kịp bình chỉnh thành ngôi thuận)
- Các yếu tố cản trở bình chỉnh ngôi do 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, rau tiền đạo...

3. Thế và kiểu thế

- Điểm mốc: đỉnh xương cụt.
- 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 sờ:
- + Cùng chậu trái ngang
- + Cùng chậu phải ngang

4. Chẩn đoán

Lâm sàng

- Hỏi: sản phụ cảm giác tức một bên hạ sườn.
- Nhìn: tử cung hình trứng
- Nghe tim thai: ngang rốn hay cao trên rốn.
- Thăm khám
- + Cục trên (đáy tử cung) là đầu.
- + Cục dưới (vùng đoạn dưới) là mông.

Thăm âm đạo:

+ Khi 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).

Cận lâm sàng

- Siêu âm: xác định trọng lượng thai, các bất thường của thai

Chụp Xquang: là phương pháp hiện nay ít dùng, chỉ áp dụng ở các cơ sở y tế chưa có máy siêu âm, nhưng có thể đánh giá tình trạng khung chậu, xác định đầu thai nhi cúi tốt hoặc không tốt và có thể phát hiện một số bất thường của hệ thống cơ xương.

Chẩn đoán phân biệt

- Ngôi chỏm: ngôi mông thiếu kiểu mông nhất là khi ối chưa vỡ. Khi khám ngoài ở vùng hạ vị ở ngôi mông thiếu cũng có cảm giác nhỏ và rắn như đầu thai nhi, nhưng thăm trong không thấy tóc, thóp sau và đường liền khớp dọc của ngôi chỏm.

- Ngôi chỏm sa chân: có thể nhầm với ngôi mông đủ khi chỉ sờ thấy một chân. Vì đầu thai nhi dễ nhầm với mông thai nhi ở những thai ít tóc.

- Ngôi mặt: khi ngôi mặt mà ối đã vỡ thì hai má thai nhi bị uốn-khuôn nên dễ nhầm với hai mông, và mòm thai nhi dễ nhầm với hậu môn của ngôi mông.

- Ngôi ngang: ngôi mông chếch mà đầu thai nhi ở hạ sườn phải ngôi thai ở hố chậu trái nên khi thăm khám ngoài dễ nhầm với ngôi ngang.

5. Các yếu tố tiên lượng đẻ ngôi mông

*** Về phía thai**

-Ngôi mông thiếu kiểu mông tiên lượng tốt hơn ngôi mông đủ.

- Ngôi mông đầu ngửa nguyên phát có thể phát hiện trên lâm sàng hoặc dựa vào Xquang mới có thể xác định được.

- Ngôi mông có đầu to, bị não úng thủy.

- Ngôi mông thứ hai của thai sinh đôi.

- Trọng lượng thai nhi.

*** Về phía người mẹ**

- Tuổi và số lần đẻ.

- Tiền sử sản khoa: khung chậu giới hạn, tử cung có sẹo mổ cũ.

- Các bất thường ở tử cung, tử cung dị dạng (tử cung có vách ngăn, tử cung hai sừng, vách ngăn âm đạo, u xơ tử cung...)

*** Về phía phần phụ của thai**

- Đầu ối.

- Sa dây rốn.

- Rau tiền đạo.

- Nhiễm trùng ối

6. Cơ chế đẻ

6.1. Ngôi mông đủ

- Đẻ mông - vai và đầu. Mỗi phần có cơ chế riêng với 4 giai đoạn: lọt, xuống quay, sổ. Các đường kính lọt của ngôi tăng dần: lưỡng ụ ngôi 9cm, lưỡng mòm vai thu nhỏ còn 9,5cm, lưỡng đỉnh 9,5cm phần khó nhất (sổ cuối cùng).

- Đẻ mông:

+ Lọt: ngôi sẽ lọt theo đường kính lưỡng ụ đùi theo đường kính chéo của khung chậu, không có hiện tượng thu nhỏ ngôi vì nó đã đủ nhỏ và lọt dễ dàng. Thường lọt đối xứng, khi

đường kính lưỡng ụ đùi qua eo trên lọt dễ và sớm với ngôi mông thiếu kiểu mông, chậm hơn trong ngôi mông hoàn toàn.

+ Xuống và quay: ngôi quay 45° để thành CgCTN hay CgCFN quay và xuống thường đồng thời. Đường kính lưỡng ụ đùi sẽ nằm theo đường kính trước sau của eo dưới, ngôi tỳ vào tầng sinh môn.

+ Sỏ: khi mông sau xuống trước rồi mông trước và chân trước của ngôi thai sỏ trước. Khi mông đã vượt qua bờ dưới khớp vệ thì cố định tại đó để chân sau và mông sau sỏ tiếp. Như vậy đã đẻ xong mông tiếp đến bụng thai sẽ sỏ ra ngoài và đến giai đoạn đẻ vai.

+ Lọt: đầu muốn lọt được đầu phải cúi tốt tức cầm phải tỳ sát vào xương ức, nên cần có sự giúp đỡ của người Hộ sinh từ trên bụng. Đường kính hạ chằm thóp trước lọt theo đường kính chéo trái của khung chậu (tức đường kính lưỡng đỉnh lọt theo đường kính chéo phải của khung chậu).

+ Xuống và quay: đường kính của ngôi thai theo đường kính nào thì cũng xuống theo mặt phẳng đó của khung chậu. Sau khi xuống xong đầu sẽ quay 45° để cho hạ chằm tỳ vào dưới khớp vệ và cố định tại đó để đầu thai nhi sỏ tiếp theo cách sỏ đầu hậu.

+ Sỏ: sỏ đầu hậu bắt đầu sỏ từ: hạ chằm - cầm, hạ chằm - mồm, hạ chằm mũi, hạ chằm - trán và cuối cùng moi đến hạ chằm - thóp trước.

6.2. Ngôi mông thiếu

Cũng tương tự như đẻ ngôi mông đủ, dưới ảnh hưởng của cơn co tử cung và sức rặn của sản phụ cơ chế đẻ ngôi mông thiếu có những diễn biến khác nhau như sau:

- Đẻ mông:

Ngôi mông thiếu nhỏ hơn ngôi mông đủ nên thì lọt dễ lọt hơn ngôi mông đủ. Sau đẻ mông đến đẻ vai, sỏ bụng, chân thai vẫn thẳng và vắt lên trước vai, cùng với cột sống toàn thân thai nhi thành một khối giống hình trứng trục dọc không uốn cong theo trục của tiểu khung, nên giai đoạn này kéo dài và ta không được hạ chân thai nhi xuống.

- Đẻ vai:

Đường kính lưỡng mồm vai cũng lọt xuống và quay như đường kính lưỡng ụ đùi. Trong giai đoạn đẻ vai thường kéo dài do lưng thai không uốn cong theo chiều cong của tiểu khung. Đẻ vai ở ngôi mông thiếu do hai chân duỗi thẳng gập ngược lên vai làm thai không thể gior tay lên đầu và cũng mất luôn khoảng trống dưới cằm, nên làm cho đầu hậu không

thể ngửa lên được, lúc này cũng là lúc cổ tử cung và âm đạo giãn tối đa để chuẩn bị cho sổ đầu hậu.

- Để đầu:

Đầu hậu của ngôi mông thiếu thường cúi tốt. Dưới áp lực của cơn co tử cung, sức rặn của mẹ và sự hỗ trợ để đầu thai nhi cúi tốt của người phụ giúp cho đầu hậu lọt xuống quay số ít khó khăn hơn để đầu hậu của ngôi mông đủ.

Một số trường hợp khó khăn trong cơ chế đẻ

+ Ngôi không lọt: thường gặp trong ngôi mông đủ, ngôi không lọt do kiêu thế. Đầu không lọt được do kiêu thế, đầu cúi không tốt, lưng quay ra sau

+ Đẻ khó do giờ tay: có thể do thầy thuốc gây nên (cho rặn quá sớm, kéo thai, đẩy bụng không đúng lúc).

+ Đôi khi còn do bất tương xứng thai và khung chậu mà không biết trước.

+ Mắc đầu hậu. Đây là nguyên nhân rất trầm trọng có thể gây sang chấn cho thai nhi, thậm chí chết thai.

7. Xử trí

-Nếu ở tuyến dưới thì khẩn trương chuyển tuyến chuyên khoa. Trong trường hợp đặc biệt cần có nhân viên y tế đi kèm

-Tại tuyến chuyên khoa:

Nếu có khả năng đẻ đường dưới thì chờ chuyển dạ để đánh giá thêm các yếu tố:

+ Cơn co tử cung;

+ Sự xoá mở cổ tử cung;

+ Tình trạng ối;

+ Tình trạng thai;

+ Độ lọt của ngôi thai;

+ Tình trạng toàn thân.

Nếu không có khả năng đẻ đường dưới thì chờ chuyển dạ và chủ động mổ lấy thai khi đủ điều kiện.

7.1. Nguyên tắc: Phải thăm khám 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.

7.2. Các bước Xử trí

Có hai hướng xử trí là đẻ đường âm đạo hay mổ lấy thai.

* Đẻ đường âm đạo: chuyên dạ đẻ tự nhiên

- Chuẩn bị đỡ đẻ: tốt nhất ngôi mông nên đẻ ở nơi có khả năng phẫu thuật.
- Chuẩn bị sản phụ: hướng dẫn cách rặn, tư thế nằm
- Nhân viên Y tế: Phải có đủ người (2 đến 3 người).
- Các phương tiện hồi sức sơ sinh, oxytocin, dịch truyền.

Hiện nay truyền oxytocin đặt ra trong tất cả các trường hợp để điều chỉnh cơn co tử cung, hướng dẫn sản phụ rặn trong cơn co tử cung, không can thiệp nhiều đến thai. Sự có mặt của thầy thuốc sơ sinh là cần thiết.

Áp dụng phương pháp Schovianov đỡ đẻ ngôi mông: bảo vệ ối đến cùng mục đích làm cho ngôi lọt xuống trong tiểu khung từ từ làm giãn nở tối đa cổ tử cung, âm đạo và tầng sinh môn tạo điều kiện thuận lợi cho sổ đầu. Người đỡ đẻ phải giữ cho ngôi không sổ ra ngoài trong một thời gian nhất định.

+ Thì sổ đầu cần sử dụng thuốc để cơn co mạnh, hướng dẫn sản phụ rặn và kết hợp ấn đầu phía trên khớp mu.

+ Hồi sức thai một cách có hệ thống

- Đối với ngôi mông đủ: tránh đi lại nhiều, giữ cho ối không vỡ sớm. Khi ngôi đã thập thò ra âm hộ, người đỡ đẻ phải dùng một gạc lớn (săng) ấn vào âm hộ mỗi khi có cơn co để cho mông khỏi sổ sớm, mông và thân thai nhi sẽ nong cổ tử cung làm cổ tử cung mở hết, nong giãn âm đạo và tầng sinh môn giúp cho đầu thai sổ sau dễ dàng, thời gian giữ từ 10-20 phút (chú ý nói dây rau khi bụng đã sổ). Theo dõi sát tim thai khi có dấu hiệu suy thai cần cho thai sổ ngay. Khi chuẩn bị sổ đầu có thể tiêm 2 đơn vị Oxytocin và 2 ống Atropin 1/4mg (tĩnh mạch) và ấn trên xương mu giúp cho đầu cúi thêm, giúp đẻ nhanh.

- Đối với ngôi mông thiếu kiểu mông: cũng như trong ngôi mông hoàn toàn, cố giữ đầu ối. Khi mông sổ vì chân và mông coi như đã nong âm đạo và tầng sinh môn khá tốt, người đỡ đẻ ôm vào đùi thai nhi, hai ngón tay cái về phía xương cùng, các ngón khác về phía mặt trước đùi hướng thai lên trên để mông sau sổ, giữ cho thân thai nhi luôn áp vào bụng và ngực, điều này làm cho khối ngực và chân thai làm giãn nở thêm phần mềm, hướng

mông lên trên để đỡ phòng sa tay. Khi số đầu cũng dùng thuốc tăng co để giúp số đầu tốt hơn. Đầu có thể số theo kiểu Bracht hay Mauriceau.

Các thủ thuật thường dùng trong đỡ ngôi ngược

+ Thủ thuật Bracht: trong trường hợp đầu thai nhi nhỏ, cúi tốt, tầng sinh môn dẫn tốt. khi thân và hai tay đã số, 1 tay người đỡ đỡ nắm giữ 2 bàn chân thai nhi, 1 tay giữ chắc tầng sinh môn, lật ngửa thai nhi về phía bụng mẹ, lần lượt cầm, mũi, mắt, chán thai nhỏ số ra ngoài. (Không được lôi kéo thai nhi).

+ Thủ thuật Mauriceau: trong trường hợp đầu cúi chưa dễ mắc đầu hậu. Thủ thuật này dễ gây thương tổn đám rối thần kinh cánh tay hay miệng thai nhi.

Mục đích:

- Làm cho đầu cúi tốt hơn.
- Kéo cho đầu xuống trong tiểu khung.
- Xoay cho đầu về chằm vệ.
- Kéo và ngửa dần cho đầu số.

Cách làm: Cho thai cưỡi lên cẳng tay người đỡ đỡ - đưa hai ngón tay trở và giữa vào miệng thai nhi đến tận đáy lưỡi ấn xuống cho cầm sát vào ngực giúp cho đầu thai cúi. Tay còn lại đặt trên lưng, sát vai dùng các ngón đẩy vào vùng chằm để phối hợp cùng lúc với bàn tay bên trong làm cho đầu cúi. Sau đó dùng các ngón tay ngoài ôm lấy 2 vai và khe ngón trở và giữa ôm lấy gáy thai và phối hợp với tay trong thực hiện các thao tác: kéo thai xuống, chủ động cắt nới tầng sinh môn.

+Thủ thuật hạ tay (thủ thuật Loveset) là thủ thuật ít gây sang chấn nhất và hiệu quả nhất. Khi đỡ ngôi mông, lúc thai nhi đã số đến móm vai, người đỡ đỡ cần cho ngón tay lên kiểm tra xem tay thai có bị dơ lên cao hay không.

Sau đó quay 180° theo hướng ngược lại để đưa tay sau ra trước, sẽ thấy khuỷu tay xuất hiện ở âm hộ. Tiếp đó thai sẽ được hạ xuống cố định chằm dưới khớp vệ cho đầu số.

+Thủ thuật đại kéo thai trong ngôi mông: là thủ thuật qua đó người thầy thuốc cho tay vào đường sinh dục kéo thai ra theo cơ chế để nhằm mục đích lấy thai ra sớm. Ngày nay rất ít được chỉ định do có nguy cơ rất lớn với thai và tử vong sau đẻ cao.

- Chỉ định mổ lấy thai

+ Con số, ngôi ngược ước lượng trọng lượng thai trên 3000 gram

- + Con rạ, ngôi ngược ước lượng trọng lượng thai khá to so với lần sinh trước.
- + Tiền sử sinh khó ở những lần sinh trước.
- + Con so, ngôi ngược, mẹ lớn tuổi.
- + Ngôi ngược con hiếm
- + Ngôi ngược sa dây rau
- + Ngôi ngược suy thai trong chuyển dạ
- + Ngôi ngược chuyển dạ kéo dài, chuyển dạ khó khăn....

IV. CHĂM SÓC SINH ĐÔI VÀ SINH NHIỀU (ĐA THAI)

Đa thai là sự phát triển đồng thời nhiều thai trong buồng tử cung. Đây là sự bất thường về số lượng thai mà không phải là bệnh lý. Có thể gặp hai thai, ba thai, bốn thai... nhưng hay gặp nhất là hai thai mà ta thường gọi là sinh đôi, đa thai thường gây những hậu quả xấu cho thai và cho mẹ, những thai phụ đa thai hay bị sảy thai. Có 2 trường hợp đa thai: Đa thai cùng trứng và khác trứng sớm nên tỉ lệ đa thai giảm dần so với tuổi thai.

Đa thai cùng trứng: Là hiện tượng trứng sau khi được thụ tinh, trong quá trình phân chia tách làm 2 phôi hoặc nhiều phôi giống hệt nhau, từ đó phát triển thành các em bé giống hệt nhau.

Đa thai khác trứng: Là hiện tượng 2 hoặc nhiều hơn 2 trứng cùng rụng một lúc và thụ tinh với 2 hoặc nhiều hơn 2 tinh trùng và phát triển thành những em bé khác nhau về hình dáng, màu da.

Hiểu rõ về đa thai sẽ giúp bà mẹ phòng ngừa biến chứng thai kỳ

1. Phân loại

Dựa vào nguồn gốc phát sinh, hay gặp nhất là sinh đôi

Có hai loại sinh đôi:

1.1. 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 :

-Di truyền

Nếu bà mẹ có mẹ hoặc chị/em gái từng mang đa thai, khả năng mang đa thai của bà mẹ cũng tăng lên đáng kể.

-Tuổi tác

So với những bà mẹ tuổi dưới 35, bà mẹ trên 35 tuổi có khả năng mang đa thai cao hơn.

-Tiền sử mang đa thai

Nếu trước đây từng mang đa thai, bà mẹ hãy chuẩn bị tâm lý cho lần mang thai này, vì rất có thể sẽ tiếp tục mang đa thai một lần nữa.

-Thuốc kích thích rụng trứng

Các bác sĩ thường kê đơn thuốc kích thích rụng trứng cho những phụ nữ có chu kỳ kinh nguyệt thưa hoặc không đều.. Các loại thuốc này có tác dụng phụ là kích thích nhiều trứng rụng cùng lúc và nếu tất cả đều được thụ tinh sẽ dẫn đến hiện tượng đa thai.

-Sử dụng phương pháp hỗ trợ sinh sản

Khi thực hiện các phương pháp hỗ trợ sinh sản như lọc rửa và bơm tinh trùng (IUI), các thuốc kích thích và gây rụng trứng thường khiến cho nhiều trứng được giải phóng trong 1 chu kỳ, từ đó tăng nguy cơ sinh đôi, sinh ba hoặc nhiều hơn.

Bên cạnh đó, kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm (IVF) cũng làm tăng khả năng đa thai nếu có nhiều phôi được chuyển vào tử cung. Các phôi sau chuyển cũng có khả năng tự phân tách để tạo thành những phôi giống hệt nhau, dẫn tới đa thai.

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 rau 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.

1.2. 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:

+ Nếu sự 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 rau, một trung sản mạc, hai nội sản mạc.

Một số hiếm có thể xảy ra là hai bánh rau riêng biệt, hai trung sản mạc, hai nội sản mạc (1/10).

+ Nếu sự phân bào xảy ra vào thời kỳ sau thành lập buồng ối (ngày thứ 7) sẽ có một bánh rau, 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 rau chung.

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

+ Nếu sự 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 rau trong sinh đôi một noãn thường có các mạch máu nối thông với rau. 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 rau, 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 đét, thậm chí chết lưu trong khi thai kia có thể phù to.

2. 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.

3. Dấu hiệu 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.

*** 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.

*** 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.

- Mệt mỏi, tăng cân nhiều.

* 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%

* 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 đa thai sớm. Chẩn đoán đa thai 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 hoặc hơn hai túi ối. Thai 10 tuần : Thấy hai hoặc hơn 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 đa thai.

- Mức Beta-hCG tăng nhanh

- * Chẩn đoán phân biệt

- Thai to

- 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.

- 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 cơn co các phần thai khó xác định được còn u xơ tử cung vẫn nắn thấy rõ.

4. Tiến triển và nguy cơ

- * Trong thai kỳ

- Sảy thai, đẻ non: Là 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: Là 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.

- Rau bám thấp: Là 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.

- * Trong chuyển dạ

- Đẻ khó do con go tử cung.
- Sa dây rốn.
- Đẻ khó thai thứ hai.
- Hai thai mắc nhau.
- Sang chấn sản khoa.
- Đờ tử cung sau đẻ.

5. Hướng 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

* Nguyên tắc chung

- Kịp đỡ đẻ và chăm sóc phải có ít nhất hai người trở lên. Tốt nhất nên có một nhân viên y tế chuyên ngành, 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 con 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 con co tử cung để chuyển dạ tiến triển tốt hơn.

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, con co yếu. Nếu là ngôi chỏm thì đỡ dễ như bình thường, chú khi 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 nội 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 gò xuất hiện thì bấm ối cố định ngôi thai và sinh thường. Nếu con 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 dò 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

Chăm sóc Thời kỳ hậu sản

Cần theo dõi sát sản phụ những giờ đầu sau đẻ vì dễ xảy ra chảy máu do dò 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.

Theo dõi sát mạch, nhiệt độ, sản dịch... để phát hiện sớm nhiễm khuẩn hậu sản. Đối với trẻ sơ sinh cần phải được chăm sóc đặc biệt chống suy hô hấp vì bệnh màng trong, chống hạ thân nhiệt vì thường đa thai hay bị đẻ non nên phổi chưa trưởng thành, trung tâm điều nhiệt chưa hoàn chỉnh. Phải đảm bảo nhiệt độ đủ ấm, nuôi dưỡng tốt nhất là sữa mẹ, đề phòng nhiễm khuẩn để trẻ sớm thích nghi với môi trường sống bên ngoài.

Chỉ định mổ lấy thai

- 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)

Mẹ nên làm gì khi mang đa thai

Khi được chẩn đoán mang đa thai, bà mẹ hãy tuân thủ các biện pháp sau để hạn chế tối đa các biến chứng có thể gặp phải cho cả mẹ lẫn con:

-Thiết lập chế độ dinh dưỡng đầy đủ

-Nhu cầu dinh dưỡng của thai phụ mang đa thai cao hơn so với mang thai đơn

Khi nhu cầu dinh dưỡng của thai nhi tăng lên gấp đôi, gấp ba... mẹ cần được cung cấp nhiều dưỡng chất hơn để giảm nguy cơ suy dinh dưỡng cho cả trẻ sơ sinh sau này. Thực đơn cho mẹ cần đa dạng, đủ cả lượng và chất, trong đó tăng cường các vi chất quan trọng như sắt, canxi, axit folic, vitamin A...

- Theo dõi thai chặt chẽ

Bà mẹ thường được khuyên đến bác sĩ thường xuyên hơn để kiểm soát tình trạng sức khỏe của mẹ và sự phát triển của thai.

- Chế độ nghỉ ngơi đầy đủ

Mẹ cần được nghỉ ngơi nhiều, thư giãn, tránh làm việc quá sức nhằm hạn chế các nguy cơ biến chứng thai kỳ. Uống thuốc đầy đủ theo chỉ định

V. CHẢY MÁU TRONG VÀ NGAY SAU ĐẸ

Chảy máu sau đẻ là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở bà mẹ sau đẻ. Khi cơ thể mất máu quá nhiều có thể dẫn đến ngừng tim, suy đa tạng, chết não... Để điều trị những trường hợp bà mẹ bị chảy máu sau đẻ, cần có bác sĩ, Hộ sinh chuyên ngành theo dõi bà mẹ liên tục, phát hiện sớm biến chứng, đồng thời tìm ra nguyên nhân để xử trí. Tất cả bà mẹ mang thai trên 20 tuần đều có nguy cơ chảy máu sau đẻ.

1. Định nghĩa

Chảy máu sau đẻ là hiện tượng đường sinh dục của người mẹ chảy máu liên tục trong vòng 24 giờ sau đẻ

- + Số lượng máu là trên 500ml sau đẻ.
- + Trên 1000ml sau mổ lấy thai.
- + Hoặc Hematocrit giảm > 10% so với trước đẻ.

2. Phân loại

- Chảy máu nguyên phát: Là tình trạng chảy máu sớm, xảy ra trong vòng 24 giờ đầu sau đẻ

- Chảy máu thứ phát: Là tình trạng chảy máu xảy ra từ 24 giờ đến 12 tuần sau đẻ hoặc hơn. Về thời gian, tình trạng này kéo dài hơn chảy máu nguyên phát. chảy máu sau đẻ 1 tháng hoặc 2-3 tháng là vấn đề đáng lo ngại. Theo thống kê, cứ 100 bà mẹ thì có 2 người bị chảy máu thứ phát.

3. Cơ chế gây hiện tượng chảy máu sau đẻ

Ở thai kỳ đủ tháng, tử cung và rau nhận trung bình 500-800 ml máu mỗi phút qua hệ thống mao mạch kháng lực thấp của chúng. Dòng chảy cao này sẽ khiến cho tử cung khi có thai nếu có chảy máu vì một bất thường nào đó về mặt sinh lý sẽ bị mất máu đáng kể. Trong suốt thai kỳ, thể tích máu mẹ tăng khoảng 50%, giúp tăng khả năng chịu đựng của cơ thể đối với sự mất máu khi đẻ.

Quá trình chuyển dạ gồm 3 giai đoạn: xóa mở cổ tử cung, sổ thai và sổ rau. Sau khi sổ thai, tử cung co hồi lại để giảm thể tích. Do rau không có tính đàn hồi nên sự thu nhỏ của tử cung sẽ làm cho rau bong ra một phần khỏi vị trí bám. Máu từ nơi rau bám chảy ra tạo thành khối máu tụ sau rau, và chính khối máu tụ này sẽ làm cho rau tiếp tục bong ra. Các con co của tử cung sẽ từ từ tống rau ra ngoài.

Sau sổ rau, tử cung sẽ bắt đầu tiến trình co thắt, các sợi cơ đan chéo của tử cung co rút ngắn lại sẽ siết các mạch máu của tử cung ở vị trí rau bám như những nút thắt được gọi là các “nút thắt sinh lý” hay “nút thắt sống”.

Tiến trình này cùng với cơ chế đông máu bình thường của cơ thể sẽ tạo thành các cục máu đông ở mạch máu giúp ngưng chảy máu. Trong trường hợp tử cung không co hồi được hoặc rau không bong và sổ ra ngoài, băng huyết sẽ xảy ra. Hiện tượng đờ tử cung hoặc khả năng co hồi của tử cung giảm chiếm 80% các nguyên nhân gây băng huyết.

4. Nguyên nhân và yếu tố nguy cơ

*Nguyên nhân:

- Đờ tử cung

Đờ tử cung là nguyên nhân phổ biến nhất khiến bà mẹ bị chảy máu sau đẻ. Có rất nhiều nguyên nhân dẫn đến tình trạng này như: chất lượng tử cung kém, tử cung quá căng, chuyển dạ kéo dài, nhiễm trùng ối, bà mẹ bị suy nhược, thiếu máu.

- Bất thường về bong rau, sổ rau

Diện tích bánh rau quá lớn, đến lúc bị bong ra sẽ gây chảy máu nhiều như trong phù rau thai. Rau bám vị trí bất thường: Rau tiền đạo. sót rau, sót màng rau.

-Tổn thương đường sinh dục

Rách cổ tử cũng hay xảy ra trong những trường hợp đẻ thường. Tuy nhiên, hiện tượng này xuất hiện nhiều hơn ở những trường hợp bị khó đẻ hay có sự can thiệp của thủ thuật

-Rối loạn đông máu

Hiện tượng này thường xảy ra trong các trường hợp như: rau bong non, thai lưu, tắc mạch ối, nhiễm trùng, 1 số bệnh lý về máu...

*Yếu tố nguy cơ:

- Bà mẹ trên 35 tuổi.

- Tiền sử bị chảy máu trong lần mang thai trước

- Có chỉ số khối cơ thể BMI lớn hơn 35

- Đẻ 4 đứa con trở lên

- Mang thai sinh đôi hoặc sinh ba

- Rau tiền đạo, Rau bong non

- Có tiền sản giật hoặc huyết áp cao (tăng huyết áp)

- Thiếu máu.
- Sau đẻ non, thai lưu,
- Có tiền sử mổ trên cơ tử cung
- Đỡ đẻ không đúng cách ,Chấn thương đường sinh dục
- Chuyển dạ kéo dài hơn 12 giờ
- Con nặng trên 4kg

5. Biến chứng

Tùy thuộc vào mức độ mất máu và việc hồi sức, cầm máu có tích cực hay không, băng huyết sau đẻ có thể gây ra nhiều biến chứng nặng nhẹ khác nhau:

- Choáng do giảm thể tích tuần hoàn, đưa đến suy thận, suy đa cơ quan và tử vong.
- Là yếu tố thuận lợi của nhiễm trùng hậu sản.
- Biến chứng lâu dài: thiếu máu, viêm tắc tĩnh mạch, hội chứng Sheehan (do hoại tử tuyến yên dẫn đến suy nhược, gầy ốm, rụng lông tóc, mất sữa, vô kinh), không thể có thêm con trong trường hợp phải cắt tử cung.

6. Dấu hiệu

- Chảy máu không kiểm soát: Chảy máu từ đường sinh dục ngay sau khi đẻ và trong giai đoạn sổ rau. Lượng máu chảy ra ngoài có thể nhiều hoặc ít, máu đỏ tươi hoặc đỏ sẫm, máu cục hoặc máu loãng. Máu chảy ứ trong buồng tử cung làm tử cung tăng thể tích, đáy tử cung lên cao dần, tử cung to ra theo bề ngang, mềm nhão.

- Các dấu hiệu sinh tồn thay đổi: Huyết áp giảm, nhịp tim tăng, da xanh nhợt, khát nước, chân tay lạnh, vã mồ hôi.

- Sưng đau ở âm đạo và khu vực gần đó nếu chảy máu là do tụ máu, chấn thương đường sinh dục.

- Số lượng hồng cầu giảm

7. Phòng ngừa

* Nguyên tắc chung:

- Cần dự phòng cho tất cả các trường hợp sinh đẻ.
- Theo dõi thai kỳ tốt, nhằm sớm phát hiện các yếu tố nguy cơ và có hướng xử trí kịp thời.

Một số nguyên tắc dự phòng cần nhớ:

- Tránh chuyển dạ kéo dài.
- Phòng ngừa nhiễm trùng ối.
- Sử dụng thận trọng các loại thuốc tê, mê, giảm đau trong chuyển dạ.
- Điều chỉnh các rối loạn đông máu nếu có.
- Không thực hiện các thủ thuật gây chuyển dạ nếu không có chỉ định rõ ràng hoặc khi chưa đủ điều kiện. Khi làm thủ thuật phải bảo đảm nhẹ nhàng, thực hiện đúng kỹ thuật.
- Theo dõi hậu sản trong vòng 6 giờ đầu tiên, đặc biệt là trong 2 giờ sau đẻ
- Tìm nguyên nhân và xử trí ngay các trường hợp có cơn co tử cung cường tính, cơn co yếu...

* Khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới dự phòng chảy máu sau đẻ

- Sử dụng thuốc co tử cung để phòng ngừa chảy máu sau đẻ trong giai đoạn 3 chuyển dạ được khuyến cáo cho tất cả các ca đẻ.

Oxytocin (liều lượng 10 IU có thể tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp) Tại các cơ sở y tế không có sẵn oxytocin, nên sử dụng các thuốc tăng co ở dạng tiêm (ergometrine /methylergometrine hoặc loại thuốc phối hợp cố định của oxytocin và ergometrine) hoặc misoprostol đường uống (600 mg).

- Ở các cơ sở không có nhân viên đỡ đẻ đã được đào tạo và không có sẵn oxytocin, việc quản lý Misoprostol (600 µg) được thực hiện bởi nhân viên chăm sóc sức khỏe cộng đồng được khuyến cáo để phòng ngừa băng huyết sau đẻ.

-Tại những cơ sở y tế có nhân viên y tế đã được đào tạo, thủ thuật đỡ rau bằng kéo dây rốn có kiểm soát được thực hiện trong đẻ thường nếu rất cần thiết để giảm tối đa lượng máu mất và rút ngắn tối đa thời gian của giai đoạn 3 chuyển dạ.

-Tại những cơ sở y tế không có nhân viên y tế đã được đào tạo, thủ thuật đỡ rau bằng kéo dây rốn không được khuyến cáo thực hiện.

- Theo dõi sự co hồi tử cung để phát hiện sớm đờ tử cung cho tất cả bà mẹ sau đẻ.
- Mát xa tử cung không được khuyến cáo sử dụng để phòng ngừa băng huyết sau đẻ khi bà mẹ đã được sử dụng oxytocin.

Với thai phụ cần lưu ý:

- Thực hiện đầy đủ lịch khám thai định kỳ, đặc biệt là 3 lần trong thai kỳ vào giai đoạn 3 tháng đầu, 3 tháng giữa và 3 tháng cuối;

- Thực hiện các kiểm tra, siêu âm, xét nghiệm cần thiết để tầm soát dị tật thai và bất thường nếu có;

- Cần bổ sung sắt, acid folic theo chỉ dẫn của bác sĩ để phòng ngừa thiếu máu;

- Có chế độ dinh dưỡng, nghỉ ngơi, lao động nhẹ nhàng;

- Khi có một trong các dấu hiệu bất thường như: đau bụng, ra nước âm đạo, ra huyết âm đạo, nhức đầu, hoa mắt, chóng mặt, thai máy yếu, đau bên sườn hoặc khó thở... cần đến ngay cơ sở y tế để được khám và điều trị kịp thời.

- Thai phụ cần chọn cơ sở uy tín có trang thiết bị hiện đại, quy trình chăm sóc thai sản an toàn... để theo dõi thai kỳ và sinh con.

8. Hướng xử trí

* Nguyên tắc :NHANH – TÍCH CỰC – QUYẾT ĐOÁN

- “Hồi sức nội khoa song song với xử trí sản khoa”

Hồi sức tích cực + co hồi tử cung + tìm nguyên nhân

- Huy động tất cả mọi người để tham gia cấp cứu

- Khẩn trương đánh giá thể trạng chung của bà mẹ (các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ)

- Nếu nghi ngờ choáng phải xử trí ngay theo phác đồ xử trí choáng

- Đánh giá tình trạng mất máu

- Thông tiểu

- Thiết lập 2 đường truyền tĩnh mạch kim lớn 18G, cho dịch chảy với tốc độ nhanh

- Xoa đáy tử cung và thực hiện các biện pháp cầm máu cơ học khác để cầm máu, thuốc co hồi tử cung:

+ Oxytocin 5 UI 4 ống pha 500ml dịch tinh thể truyền tĩnh mạch IX giọt/phút, tối đa 80 UI

+ Methyl-ergometrin 0,2mg 1 ống tiêm bắp, tối đa 5 liều, không sử dụng: tiền căn cao huyết áp, hội chứng Raynaud

+ Duratocin 100mcg 1 ống tiêm bắp, chỉ 1 liều duy nhất (dự phòng những trường hợp nguy cơ cao băng huyết sau đẻ)

+ Prostaglandin E1 (Misoprostol) 200mcg 3-4 viên đặt hậu môn.

* Xử trí cụ thể

Xử trí có thể khác nhau phụ thuộc từng bà mẹ, nguyên nhân và các lựa chọn điều trị sản có. Nói chung, nên phối hợp nhiều phương pháp, liên quan đến việc duy trì sự ổn định huyết động đồng thời xác định và điều trị nguyên nhân gây mất máu.

- Hồi sức tích cực: cho bà mẹ nằm đầu thấp, thở oxy, xoa đáy tử cung qua thành bụng, đè động mạch chủ bụng để giảm lượng máu đến tử cung. Đảm bảo huyết động bà mẹ ổn định. Theo dõi huyết áp, mạch, tri giác, nhịp thở, niêm mạc thường xuyên. Truyền dịch, truyền máu, tiểu cầu, yếu tố đông máu, thuốc vận mạch khi có chỉ định.

Nếu chảy máu sau đẻ vì đờ tử cung:

Ngoài phần xử trí chung có thể:

- Chèn bóng lòng tử cung: Sonde Foley bơm 180-200ml nước muối sinh lý

- Phẫu thuật: tiến hành mũi khâu B-Lynch hoặc thắt động mạch tử cung, động mạch hạ vị, cắt tử cung

- Kết hợp vừa phẫu thuật vừa hồi sức, truyền máu.

Nếu chảy máu sau đẻ do sót rau

- Phải sử dụng thuốc giảm đau.

- Tiến hành kiểm tra lại tử cung ngay. Khi kiểm tra tử cung phải lấy hết rau và màng rau còn sót, toàn bộ máu cục và máu loãng trong buồng tử cung.

- Tiêm bắp 5 đến 10 đv oxytocin hoặc ergometrin 0, 2mg vào bắp thịt.

- Cho kháng sinh toàn thân: Amoxicillin 250mg x 4 viên/ ngày x 7 ngày.

- Theo dõi tiếp mạch, huyết áp, tình trạng máu chảy và co hồi tử cung.

- Nếu sản phụ bị choáng phải hồi sức truyền dịch, truyền máu nếu thiếu máu cấp.

Nếu chảy máu do rối loạn đông máu

- Điều trị nội khoa: Truyền máu tươi hoặc các chế phẩm của máu và điều trị nguyên nhân

- Hội chẩn cùng bác sỹ huyết học để giải quyết tình trạng rối loạn đông máu.

Nếu chảy máu do chấn thương đường sinh dục

- Xử trí theo nguyên tắc tiến hành song song cầm máu và hồi sức

- Khâu phục hồi các vết rách bằng chỉ tự tiêu mũi rời (ở cổ tử cung, túi cùng, âm hộ, âm đạo) và khâu nhiều lớp ở chỗ rách tầng sinh môn

- Vỡ vỡ tử cung: Xem bài “Vỡ tử cung”

- Tùy theo vị trí, kích thước và sự tiến triển của khối máu tụ để có thái độ xử trí thích hợp

- Kháng sinh.

Cắt tử cung: là cứu cánh cuối cùng nhằm cứu tính mạng sản phụ. Có thể nghĩ đến phương pháp này đầu tiên trong trường hợp bà mẹ đã đủ số con và lớn tuổi. Đối với những bà mẹ còn trẻ tuổi, chưa đủ con, có thể dùng thuyên tắc mạch hoặc thắt động mạch tử cung hoặc động mạch hạ vị hai bên. Cắt tử cung chỉ có chỉ định tuyệt đối trong trường hợp rau cài răng lượ

Nếu ở tuyến dưới cần hồi sức tích cực, gọi tuyến trên hỗ trợ hoặc chuyển tuyến có nhân viên y tế đi kèm.

VI. CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG MỘT CUỘC CHUYỂN DẠ

Tiên lượng cuộc đẻ là sự đánh giá của người cán bộ y tế sau khi đã thăm khám một thai phụ để dự đoán cuộc đẻ sắp tới của thai phụ diễn ra bình thường hay khó khăn, có phải can thiệp không và can thiệp như thế nào là tối ưu để đảm bảo an toàn cho mẹ và con, phòng ngừa những tai biến có thể xảy ra trước, trong và sau đẻ.

Tiên lượng cuộc đẻ đòi hỏi người cán bộ y tế phải có kiến thức, có kinh nghiệm, thái độ nghiêm túc trong thăm khám và theo dõi thai phụ.

Quan niệm về cuộc đẻ thường: Cuộc đẻ diễn ra tự nhiên với các chỉ số trung bình về thời gian và diễn biến sinh lý không phải can thiệp bởi thuốc và thủ thuật, không có biến cố xảy ra cho thai phụ và con trước, trong và sau đẻ.

1. Các tiêu chuẩn của một cuộc đẻ thường: một cuộc đẻ được coi là bình thường khi có các tiêu chuẩn sau:

1.1. Về phía mẹ

- Mẹ khoẻ mạnh: Không mắc bệnh cấp, mạn tính. Không có dị tật hoặc di chứng của bệnh.

- Tâm lý thoải mái

- Tiền sử sản phụ khoa bình thường, không có tiền sử đẻ khó, băng huyết...

- Tuổi 19 – 34.

- Quá trình mang thai lần này mẹ khoẻ mạnh.

1.2. Về phía thai

- Thai đủ tháng, cụ thể tuổi thai từ tuần 38 đến cuối tuần 41.

- Thai một, ngôi chỏm.

- Trọng lượng thai không quá lớn hoặc quá nhỏ (trung bình từ 2500g đến 3500g)

- Tim thai ổn định trong suốt quá trình chuyển dạ.

- Thai nhi tương ứng với khung chậu và phần mềm của người mẹ

1.3. Quá trình chuyển dạ

- Chuyển dạ tự nhiên.

- Con co tử cung bình thường theo tiến triển của cuộc chuyển dạ.

- Ới: đầu ới, màng ới, nước ới bình thường.

- Thời gian chuyển dạ bình thường: 16h- 20h với con so, 8h - 12h với con đẻ. (Nói chung cuộc chuyển dạ không quá 24 giờ)

Thời gian rặn đẻ bình thường: $\leq 45'$ với con so, $\leq 30'$ với con đẻ

Thai sổ tự nhiên không cần can thiệp (trừ cắt nới tầng sinh môn).

Không dùng bất cứ loại thuốc gì, không thở oxy.

Trẻ ra khóc ngay, hồng hào, Apgar 1 phút ≥ 8 điểm.

Trọng lượng trẻ khi đẻ bình thường (như đã đề cập ở phần trên).

Không có tai biến gì cho mẹ và con sau đẻ.

2.Các yếu tố tiên lượng không tốt cho cuộc đẻ

Các yếu tố tiên lượng không tốt cho cuộc đẻ có thể xếp thành hai loại:

2.1. Các yếu tố có sẵn từ trước

Là những dấu hiệu có sẵn của thai phụ, đó là những yếu tố tiên lượng không thể thay đổi được, hầu hết là những yếu tố nguy cơ cao trong thai nghén.

2.1.1.Về phía mẹ

- Bệnh lý của mẹ mắc từ trước lúc có thai: bệnh tim mạch, bệnh thận, bệnh gan, bệnh tăng huyết áp, suy dinh dưỡng, thiếu máu, sốt rét, các bệnh phụ khoa: u xơ tử cung, u nang buồng trứng, sa sinh dục, rò tiết niệu- sinh dục...

- Các bệnh cấp tính hoặc mạn tính mắc phải trong lúc đang có thai lần này và các bệnh do thai nghén mà có: tăng huyết áp thai kỳ, sốt, viêm ruột thừa và thai nghén, xoắn ruột...

- Các dị tật hoặc di chứng: khung chậu, đường sinh dục...VD: khung xương chậu hẹp, méo, lệch, âm đạo có vách ngăn, tử cung đôi, tử cung hai sừng...

- Tuổi mẹ: quá trẻ ≤ 18 tuổi hoặc lớn tuổi ≥ 35 tuổi

- Đẻ nhiều lần: ≥ 4 lần, có tiền sử thai nghén và sinh đẻ nặng: điều trị vô sinh, sảy thai liên tiếp, đẻ non, thai chết lưu, con chết, ngạt, đã phải đẻ can thiệp (giác hút, forxep, mổ lấy thai), đã có lần bị chảy máu nhiều sau đẻ.

- Có yếu tố di truyền ở mẹ hoặc bố.

- Hoàn cảnh bố mẹ nghèo nàn, thất học, lạc hậu về nhận thức...

2.1.2. Về phía thai

- Ngôi thai bất thường: ngôi mặt cằm sau, ngôi trán, ngôi ngang, ngôi thóp trước đã cố định là những ngôi bắt buộc phải phẫu thuật lấy thai. Ngay cả những ngôi có thể theo dõi để đường âm đạo thì kiểu thế sau có tiên lượng không tốt bằng ngôi có kiểu thế trước.

- Thai non tháng, già tháng.
- Thai dị dạng.
- Thai to, đa thai.
- Suy thai mạn, thai kém phát triển.
- Các bệnh lý bẩm sinh khác của thai khi thai còn trong bụng mẹ.
- Thai chết lưu.
- Thai áp dụng các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản

2.1.3. Về phía phần phụ thai

- Bánh rau: rau tiền đạo, rau bong non, suy bánh rau.
- Dây rau: sa dây rau, sa chi, dây rau quấn cổ, dây rau ngắn, thắt nút.
- Nước ối: đa ối, thiếu ối.
- Màng ối: dầy, dính, vỡ non, vỡ sớm.

2.2. Các yếu tố phát sinh trong chuyển dạ

Đó là những dấu hiệu, những triệu chứng chưa có hoặc chưa phát hiện được lúc đầu của thời kỳ chuyển dạ mà chỉ mới xuất hiện trong quá trình diễn biến chuyển dạ.

2.2.1. Toàn thân của mẹ

- Chuyển dạ kéo dài làm mẹ mệt mỏi, lo lắng.
- Con đau do co bóp tử cung làm mẹ sợ hãi.
- Tâm lý không ổn định.
- Đói vì không ăn được hoặc không dám ăn.

2.2.2. Diễn biến cơn co tử cung

- Tăng co bóp về tần số, cường độ.
- Tăng trương lực cơ bản :
 - + Do co thắt (trong những hội chứng rau bong non).
 - + Do giãn căng (trong đa ối, sinh đôi).
 - + Do tăng co bóp kéo dài (ví dụ : lạm dụng oxytocin).

Rối loạn giảm co bóp tử cung:

- + Giảm cường độ (cơn co yếu).
- + Giảm tần số (cơn co thưa).
- + Giảm cơn co toàn bộ (cơn co yếu và thưa).

Tình trạng rối loạn tăng co trong chuyển dạ thường có nguyên nhân thực thể, thường do thai bị cản trở, không tiến triển được thuận lợi trong các thì lọt, xuống, quay, sổ, thai to, ngôi cúi không tốt, khung chậu hẹp ... mà khi thăm khám trước đó chưa phát hiện được. Đó là những đề khó do cơ học cần khám xét kỹ để tìm nguyên nhân. Nếu không thấy nguyên nhân thực thể thì là rối loạn cơ năng gây đề khó và có thể dùng thuốc giảm co bóp tử cung để điều trị. Nếu không có kết quả thì mổ lấy thai.

2.2.3. Tim thai

- Tần số: nhanh hoặc chậm.
- Nhịp điệu: không đều.
- Âm sắc: nhỏ, mờ, xa xăm.

Trong chuyển dạ tùy theo tình trạng thai nhi mà cho phép chúng ta tiếp tục theo dõi chuyển dạ hoặc ngừng cuộc chuyển dạ. Tình trạng suy thai trong tử cung sẽ quyết định cách xử trí, thai suy phải xử trí ngay, nếu thai chết thì không đặt vấn đề cấp cứu nữa. Vì vậy theo dõi và đánh giá tim thai theo đúng chỉ định là rất quan trọng.

2.2.4. Tình trạng xóa mở cổ tử cung

Bình thường trong quá trình chuyển dạ cổ tử cung sẽ xóa mở dần từ 1 cm đến 10 cm.

- Các yếu tố tiên lượng thuận lợi có thể là :

- + Vị trí: cổ tử cung ở chính giữa tiểu khung.
- + Mật độ: cổ tử cung mềm, xóa hết thì mỏng và ôm lấy đầu gối hoặc ngôi thai. Nếu ối đã vỡ cổ tử cung không dày cứng, phù nề.

- + Tốc độ mở : đối với chuyển dạ con so thời gian cổ tử cung mở 1cm – 3 cm trung bình 8 giờ, cổ tử cung mở từ 4 cm- 10 cm trung bình 7 giờ. Chuyển dạ con Ạ thời gian xóa mở cổ tử cung sẽ nhanh hơn con so.

Các yếu tố tiên lượng không tốt

- + Khi thăm khám cổ tử cung dày, cứng, phù nề, lỗ trong co thắt, đặc biệt ở những thai phụ đã có tiền sử đốt điện, đốt nhiệt, đốt hóa chất, khoét chóp, cắt đoạn cổ tử cung thì tiên lượng xóa mở cổ tử cung rất xấu.

+ Khi theo dõi tiến triển cổ tử cung mở chậm hoặc không mở thêm sau mỗi lần thăm khám.

2.2.5. Ổi

- Tiên lượng tốt khi đầu ối dẹt, màng ối không quá dày, ối vỡ đúng lúc (ối vỡ khi cổ tử cung mở hết), không có tình trạng đa ối hay thiếu ối, nước ối bình thường không lẫn phân xu.

- Tiên lượng không tốt khi đầu ối phồng hay hình quả lê, màng ối dày, ối vỡ non, ối vỡ sớm sẽ kéo theo nhiều nguy cơ khác ; sa dây rau, sa chi, nhiễm khuẩn... Nước ối có màu phân xu biểu hiện suy thai, nước ối có máu gặp trong rau bong non, chảy máu ở các mạch máu bánh rau.

2.2.6. Độ lọt ngôi thai

- Ngôi tiến triển thuận lợi cùng với sự tiến triển của quá trình chuyển dạ, tiên lượng tốt khi ngôi thai di chuyển dần dần từ cao xuống thấp.

- Tiên lượng không tốt trong tiến triển của ngôi thai :

+ Đầu luôn luôn chòem vệt.

+ Ngôi không tiến triển hoặc tiến triển đến mức nào đó thì dừng lại mặc dù cơn co tử cung tốt. Thăm trong âm đạo thấy hiện tượng chòem khớp. Khi đánh giá mức độ tiến triển của ngôi thai cần chú ý đến những trường hợp lọt giả (có búi huyết thanh), nếu chẩn đoán nhầm sẽ gây hậu quả nghiêm trọng trong quyết định xử trí.

+ Độ lọt chòem vệt nếu:

Cơn co không đủ mạnh, không đều.

Ổi vỡ sớm làm ngôi bình chỉnh không tốt.

Cổ tử cung không mở.

Ngôi thế không thuận lợi, đầu cúi không tốt.

Các yếu tố ảnh hưởng : dây rau ngắn, dây rau quấn cổ, rau bám thấp.

3. Các biến cố trong khi chuyển dạ

3.1. Chảy máu

- Rau tiền đạo : tiên lượng phụ thuộc vào phân loại rau tiền đạo. Nếu chảy máu nhiều, suy thai phải xử trí ngay

+ Rau tiền đạo trung tâm, bán trung tâm phải mổ lấy thai dù con còn sống hay đã chết.

+ Rau tiền đạo bán trung tâm đa số phải mổ lấy thai trừ trường hợp thai quá nhỏ và chảy máu ít.

+ Rau bám mép, bám bên nên bám ối để cầm máu. Tiên lượng đẻ đường dưới nếu sau bám ối cầm máu được nhưng vẫn phải kiểm tra các yếu tố đẻ khó khác.

- Rau bong non : nếu huyết tụ sau rau thể nhẹ, tim thai còn tốt, thai phụ không bị sốc (choáng) thì bám ối để đẻ đường dưới. Khi có dấu hiệu sốc (choáng), trương lực cơ tử cung tăng, tử cung có xu hướng cứng liên tục thì vấn đề xử trí cứu mẹ là chính. Hồi sức chống sốc, chống chảy máu do rối loạn đông máu, mổ cắt tử cung. Chỉ bảo tồn tử cung trong trường hợp rất cần thiết và đủ điều kiện.

- Dọa vỡ tử cung

+ Nếu do dùng oxytocin quá liều phải cho thuốc giảm co bóp tử cung

+ Chỉ định mổ lấy thai hoặc forceps khi đủ điều kiện

- Vỡ tử cung : mổ lấy thai, hồi sức, chống nhiễm khuẩn và rối loạn đông máu. Chỉ bảo tồn tử cung khi thật cần thiết và đủ điều kiện.

3.2. Ối vỡ non; ối vỡ sớm: Sau khoảng 5-6 giờ là nước ối đã có thể bị nhiễm khuẩn trong buồng tử cung. Thai nhi rất dễ bị nhiễm khuẩn đường hô hấp, gặp nguy hiểm khi chuyển dạ và cả sau khi sinh. Do vậy, sản phụ vỡ ối > 6 giờ cần được dùng kháng sinh ngay và can thiệp lấy thai ra sớm bằng đẻ chỉ huy hoặc phẫu thuật

3.3. Sa dây rau: là cấp cứu đối với thai nhi. Nếu thai còn sống, dây rau còn đập phải mổ lấy thai cấp cứu. Nếu thai đã chết không còn tính chất cấp cứu.

3.4. Sa chi: Đẩy chi lên, nếu có thêm nguyên nhân đẻ khó khác thì mổ lấy thai.

3.5. Tắc mạch ối: (thuyên tắc ối) là tai biến sản khoa nguy hiểm, tỷ lệ tử vong cao nhưng nếu được chẩn đoán và cấp cứu kịp thời, cả thai phụ và thai nhi có thể vượt qua. Các phương pháp hỗ trợ bệnh khẩn cấp gồm:

- Đặt catheter: Đặt ống catheter vào một trong các động mạch để theo dõi huyết áp thai phụ. Đồng thời, đặt ống vào tĩnh mạch ở ngực, cung cấp dịch truyền, máu hoặc thuốc cần thiết cho thai phụ.

- Cung cấp oxy: Đặt ống thở vào khí quản, cung cấp oxy giúp thai phụ thở dễ dàng hơn.
- Truyền máu: Nếu thai phụ mất nhiều máu, thai phụ cần được truyền máu và dịch thay thế.
- Sử dụng thuốc: Thai phụ có thể được chỉ định dùng các loại thuốc để cải thiện và hỗ trợ chức năng

Tóm lại: Tiên lượng một cuộc đẻ cho chính xác là một công việc khó nhưng lại là một điều bắt buộc người Hộ sinh phải thực hiện để tránh các tai biến có thể xảy ra. Đây là một công việc được thực hiện không những trong khi khám nhận thai phụ và theo dõi liên tục chuyển dạ đẻ, sau đẻ mà còn là công tác quản lý thai nghén tại cơ sở.