

ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH THANH HÓA
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ



GIÁO TRÌNH MÔN HỌC 25
CHĂM SÓC BÀ MẸ CHUYỂN DẠ ĐỂ KHÓ

NGÀNH/NGHỀ: HỘ SINH
TRÌNH ĐỘ: CAO ĐẲNG
HỆ ĐÀO TẠO: LIÊN THÔNG

*(Ban hành kèm theo quyết định số 549 /QĐ-CDYT-ĐT ngày 9/8/2021
của Hiệu trưởng trường Cao đẳng Y tế Thanh Hoá)*

Tháng 8, năm 2021

TUYÊN BỐ BẢN QUYỀN

Tài liệu này thuộc loại sách giáo trình nên các nguồn thông tin có thể được phép dùng nguyên bản hoặc trích dùng cho các mục đích về đào tạo và tham khảo. Mọi mục đích khác mang tính lệch lạc hoặc sử dụng với mục đích kinh doanh thiếu lành mạnh sẽ bị nghiêm cấm.

TaiLieu.vn

LỜI GIỚI THIỆU

Trường Cao đẳng Y tế Thanh Hóa có bề dày lịch sử đào tạo các thế hệ cán bộ Y - Dược, xây dựng và phát triển hơn 60 năm. Hiện nay, Nhà trường đã và đang đổi mới về nội dung, phương pháp và lượng giá học tập của học sinh, sinh viên nhằm không ngừng nâng cao chất lượng đào tạo.

Để có tài liệu giảng dạy thống nhất cho giảng viên và tài liệu học tập cho học sinh/sinh viên; Đảng ủy - Ban Giám hiệu Nhà trường chủ trương biên soạn tập bài giảng của các chuyên ngành mà Nhà trường đã được cấp phép đào tạo.

Tập bài giảng “Chăm sóc bà mẹ chuyển dạ dễ khó” được các giảng viên Bộ môn Sản biên soạn dùng cho hệ Cao đẳng hệ sinh - Liên thông, dựa trên chương trình đào tạo của Trường ban hành năm 2021, Thông tư 03/2017/BLĐTBXH ngày 01 tháng 3 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Lao động thương binh xã hội.

Môn học “Chăm sóc bà mẹ chuyển dạ dễ khó” giúp cho người học nắm được được những kiến thức cơ bản về nguyên nhân, triệu chứng, cách nhận định, hướng xử trí và lập kế hoạch chăm sóc các trường hợp dễ khó do sản phụ, dễ khó do cơn co tử cung, dễ khó do thai và phần phụ của thai. Chuyển tuyến kịp thời, giúp hình thành các năng lực cơ bản của người hộ sinh có kỹ năng.

Môn học “Chăm sóc bà mẹ chuyển dạ dễ khó” giúp học viên sau khi ra trường có thể vận dụng tốt các kiến thức về chăm sóc bà mẹ chuyển dạ dễ khó đã học vào hoạt động nghề nghiệp.

Tuy nhiên trong quá trình biên soạn tập bài giảng không thể tránh khỏi những thiếu sót. Tập thể biên soạn xin ghi nhận các ý kiến đóng góp xây dựng của các nhà quản lý, đồng nghiệp, độc giả và học sinh/sinh viên, những người sử dụng cuốn sách này để nghiên cứu bổ sung cho tập bài giảng ngày càng hoàn thiện hơn./.

Tham gia biên soạn

Thanh hóa, tháng 8 năm 2021

1.TTUTBsCK2: Nguyễn Thị Dung

Chủ biên

2. Ths.Bs: Nguyễn Thị Kim Liên

3. Ths.Bs: Lê Đình Hồng

4. Ths.Bs: Lê Đức Quỳnh

Thạc sỹ, Bác sỹ: Mai Văn Bảy

5. Bác sỹ: Đinh Thị Thu Hằng

6. CNCKI: Trịnh Thị Oanh

7. CN: Ngô Thị Hạnh

MỤC LỤC

STT	Tên bài	Trang
1	Đẻ khó do các nguyên nhân từ phía mẹ	1
2	Đẻ khó do con co tử cung	12
3	Đẻ khó do thai	15
4	Đẻ khó do phần phụ của thai	38
5	Chuyển dạ đình trệ	49
6	Chuẩn bị một cuộc đẻ can thiệp	54
7	Cắt khâu tầng sinh môn	56
8	Bóc rau nhân tạo – Kiểm soát tử cung	61

CHƯƠNG TRÌNH MÔN HỌC

Tên môn học: **CHĂM SÓC BÀ MẸ CHUYÊN DẠ ĐỂ KHÓ**

Mã môn học: **MH 25**

Thời gian thực hiện môn học: 30 giờ (LT: 14 giờ; TH: 15 giờ; KT: 01 giờ)

I. Vị trí, tính chất môn học

- **Vị trí môn học:** Là môn học thuộc khối kiến thức chuyên ngành, được sắp xếp học sau môn “Chăm sóc chuyên dạ và đẻ thường”.

- **Tính chất môn học:** Môn học cung cấp cho người học những kiến thức cơ bản về nguyên nhân, triệu chứng, cách nhận định, hướng xử trí và lập kế hoạch chăm sóc các trường hợp đẻ khó do sản phụ, đẻ khó do cơn co tử cung, đẻ khó do thai và phần phụ của thai. Chuyển tuyến kịp thời, giúp hình thành các năng lực cơ bản của người hộ sinh có kỹ năng.

II. Mục tiêu môn học

1. Kiến thức:

- Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng, hướng xử trí đẻ khó do khung chậu hẹp, do phần mềm, bệnh lý của sản phụ
- Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng, hướng xử trí đẻ khó do cơn co tử cung cường tính, cơn co tử cung thưa yếu.
- Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng, hướng xử trí đẻ khó do thai to, ngôi thai bất thường, đa thai.
- Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng, hướng xử trí đẻ khó do phần phụ của thai: Đa ối, thiếu ối, ối vỡ non, ối vỡ sớm.

2. Kỹ năng:

- Vận dụng được những kiến thức đã học trong nhận định, chẩn đoán, hướng xử trí và lập kế hoạch chăm sóc các trường hợp đẻ khó do sản phụ, do cơn co tử cung bất thường, do thai và phần phụ của thai phù hợp.
- Thực hiện được một số kỹ thuật: Đo kích thước của đại khung bằng compa Baudelocque, thăm khám tiểu khung phát hiện khung chậu hẹp; Bóc rau nhân tạo, kiểm soát tử cung theo bảng trình tự trên mô hình.

3. Năng lực tự chủ và chịu trách nhiệm:

- Rèn luyện đạo đức, tác phong người hộ sinh: Cần thận, ân cần, chu đáo, tôn trọng, đúng mực trong giao tiếp, chăm sóc người bệnh, giao tiếp với bạn bè, thầy cô và nhân viên y tế.

- Năng lực tự chủ, chịu trách nhiệm: Tự giác, tích cực, sáng tạo, tự chủ và chịu trách nhiệm trong chăm sóc sản phụ đẻ khó, giúp hình thành các năng lực cơ bản của người hộ sinh có kỹ năng.
- Nghiêm chỉnh chấp hành nội quy, quy chế của Nhà trường trong học tập: An toàn trong học tập, an toàn vệ sinh môi trường, nguyên tắc vô khuẩn trong sản khoa.

III. Nội dung môn học

BÀI 1

ĐỀ KHÓ DO CÁC NGUYÊN NHÂN TỪ PHÍA MẸ

(Thời lượng: 03 giờ)

GIỚI THIỆU

Đề khó do nguyên nhân từ phía người mẹ, bao gồm các nguyên nhân như khung chậu bất thường, do phần mềm, do bệnh lý của mẹ. Đề khó do các nguyên nhân về phía bà mẹ nếu không được phát hiện sớm và xử trí kịp thời có thể dẫn đến chuyển dạ kéo dài, chuyển dạ đình trệ, dọa vỡ tử cung, vỡ tử cung, suy thai,....

MỤC TIÊU

Sau khi học bài này người học có khả năng:

- Trình bày được các thăm khám, chẩn đoán, hướng xử trí và lập kế hoạch chăm sóc sản phụ đề khó do khung chậu, do khối u tiền đạo, do phần mềm của mẹ.
- Vận dụng kiến thức đã học trong thăm khám, nhận định, chẩn đoán, xử trí và lập kế hoạch chăm sóc các trường hợp đề khó về phía bà mẹ phù hợp thực tế lâm sàng.
- Chủ động, tích cực, năng lực làm việc độc lập, làm việc nhóm trong quá trình học tập, rèn luyện giúp hình thành các năng lực cơ bản của người hộ sinh có kỹ năng.

NỘI DUNG CHÍNH

1. Đề khó do khung chậu

Đề khó do nguyên nhân khung chậu không bình thường chiếm khoảng 5%. Trước đây đề khó nguyên nhân do khung chậu là một trong những nguyên nhân hay gặp nhất trong chuyển dạ. Ngày nay nhờ những tiến bộ khoa học nói chung và y học nói riêng trong đó có phần đóng góp của dinh dưỡng, nhi khoa, nội tiết, loại hình đề khó do nguyên nhân khung chậu ngày một giảm dần. Nhờ làm tốt công tác hỗ trợ sinh sản trong đó có công tác sinh đẻ có kế hoạch, thăm khám quản lý thai nghén tốt, cùng với sự tiến bộ không ngừng của gây mê hồi sức, đặc biệt là kỹ thuật mổ lấy thai qua đoạn dưới tử cung ở đầu thế kỷ XX, các chỉ định mổ lấy thai được áp dụng rộng rãi, nghiệm pháp lọt ngôi chỏm được hoàn thiện, nên đề khó do nguyên nhân khung chậu được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời và không còn là nguyên nhân phức tạp trong quá trình sinh đẻ.

1.1. Các loại khung chậu bất thường

Gọi là khung chậu bất thường khi một hoặc nhiều đường kính của khung chậu ngắn hơn bình thường. Trên lâm sàng người ta thường gặp:

- Khung chậu hẹp là khung chậu có tất cả các đường kính đều giảm bao gồm hai loại sau:

+ Khung chậu hẹp toàn diện: khi các đường kính giảm đều ở eo trên và eo dưới (đường kính nhô - hậu vệ < 8,5cm).

+ Khung chậu giới hạn: khi đường kính nhô hậu vệ từ 8,5 - 10cm.
- Khung chậu biến dạng là khung chậu hẹp eo trên, hẹp eo dưới, hoặc khung chậu méo:

+ Khung chậu hẹp eo trên: khung chậu dẹt khi các đường kính ngang và đường kính chéo không thay đổi chỉ có đường kính trước sau ngắn hơn bình thường. khung chậu dẹt có cột sống cong trước làm eo trên hẹp, eo dưới rộng vì vậy nếu thai lọt được thì sẽ dễ dàng. Chẩn đoán khung chậu hẹp eo trên dựa vào đường kính nhô hậu vệ và thái độ xử trí tùy thuộc đường kính này.

+ Khung chậu hẹp eo dưới: là loại khung chậu có cột sống cong sau, nguyên nhân do gù lao cột sống thương tổn cột sống ở thấp, dạng khung chậu này hình phễu thai sẽ lọt dễ dàng qua eo trên nhưng khó hoặc không sổ được qua eo dưới dễ bị mắc kẹt trong tiểu khung. Chẩn đoán hẹp eo dưới dựa vào đường kính lưỡng ụ ngồi, nếu đường kính này < 9cm thì thai không sổ được.

+ Khung chậu méo: còn gọi là khung chậu không đối xứng do cột sống bị vẹo vì bệnh còi xương, sai khớp háng bẩm sinh một bên, hay bị bệnh bại liệt. Chẩn đoán dựa vào hình trám Mechalis, dáng đi để đánh giá mức độ lệch. Hai đường kính chéo của eo trên dài ngắn khác biệt rõ rệt nếu ngôi lọt hướng vào đường kính chéo lớn thì tiên lượng tốt hơn.

1.2. Hậu quả

Đẻ khó do bất tương xứng khung xương chậu và ngôi thai, gây cơn co tử cung cường tính, dọa vỡ - vỡ tử cung, thai suy, tử vong mẹ và thai do vỡ tử cung.

1.3. Triệu chứng

1.3.1. Triệu chứng lâm sàng

- Tiền sử còi xương, suy dinh dưỡng, hoặc những tiền sử mắc bệnh lý cột sống, khung xương chậu (lao khớp háng, bại liệt, chấn thương),...Tiền sử đẻ khó phải can thiệp Forceps, rách tầng sinh môn rộng và phức tạp, đẻ bằng nghiệm pháp lọt ngôi chỏm...

+ Cách đo đường kính lưỡng ụ ngồi là tìm cho được hai ụ ngồi rồi đo bằng compa Baudelocque rồi phải cộng thêm 0,2cm nữa. Hoặc tìm 2 ụ ngồi bằng 2 ngón tay cái của hai tay quay mặt mu vào nhau dịch dần dưới hai ngành ngồi háng của xương vệ.

+ Có thể dùng phương pháp Muller hay phương pháp Pinard để so sánh đầu thai nhi và khung chậu. Phương pháp Muller (một tay cho vào âm đạo và một tay đẩy tử cung hay đầu thai nhi ở trên vệ để hướng đầu thai nhi vào tiểu khung để ước

lượng thai nhi có lọt được không). Phương pháp Pinard (dùng tay đẩy ngôi thai ở tiền vệ vào phía tiểu khung và ước lượng thai nhi có thể lọt được không).

1.3.2. Triệu chứng cận lâm sàng

Phương pháp Xquang: phương pháp này cho biết chính xác eo trên có hẹp hay không. Khi chụp cho tia X đi thẳng góc với eo trên, phía dưới đặt một lưới có kẻ ô từng cm² và để khoảng cách tia thích hợp (chụp Télé) ta sẽ có hình ảnh gần giống như hình ảnh thật sẽ đánh giá được tương đối chính xác các đường kính eo trên khung chậu.

1.3.3. Hướng xử trí

1.3.3.1. Chỉ định mổ lấy thai

- Khung chậu hẹp hoàn toàn: đường kính nhô - hậu vệ < 8,5cm và thai nhi bình thường, chỉ định mổ lấy thai.
- Nếu còn do dự và nghi ngờ có bất tương xứng thai và khung chậu, nếu ngôi là ngôi chỏm, có thể tiến hành làm "nghiệm pháp lọt ngôi chỏm".
- Để tránh những tai biến có thể xảy ra cho mẹ và thai. Các khung chậu có nghi ngờ bất thường cần được theo dõi để ở nơi có khả năng phẫu thuật và cần được thăm khám cẩn thận trong quá trình quản lý thai nghén.

1.3.3.2. Nghiệm pháp lọt ngôi chỏm

Nghiệm pháp lọt ngôi chỏm, là sự thử thách xem thai nhi có lọt được hay không, khi ngôi thai là ngôi chỏm có chuyển dạ rõ ràng và người thầy thuốc nghi ngờ có sự bất tương xứng thai nhi và khung chậu người mẹ.

+ Chỉ định:

- Khung chậu giới hạn mà thai nhi bình thường: Nghiệm pháp lọt ngôi chỏm được tiến hành ở những khung chậu có đường kính nhô - hậu vệ từ 8,5 - 10,5cm. Ngôi thai là ngôi chỏm, thai có trọng lượng bình thường và đã có chuyển dạ thực sự.

- Nghi ngờ có bất tương xứng thai và khung chậu: chỉ định này đã bao hàm cả chỉ định khung chậu giới hạn ở trên. Khung chậu ở đây có thể bình thường mà thai to hoặc thậm chí rộng rãi nhưng thai quá to, người thầy thuốc nghi ngờ có sự bất tương xứng thai và khung chậu.

+ Điều kiện:

- Ngôi thai phải là ngôi chỏm, là điều kiện tiên quyết cho chỉ định làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm.

- Phải được tiến hành ở cơ sở y tế có khả năng MLT, vì nghiệm pháp có thể thành công mà cũng có thể thất bại, đặc biệt khi tiến hành có thể có những tai biến, rủi ro xảy ra như: sa dây rau, dọa vỡ tử cung hoặc suy thai...

- Chỉ làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm tại cơ sở y tế có trình độ chuyên môn và phương tiện hồi sức sơ sinh tốt.

- Khi đã có chuyển dạ thực sự: chỉ được làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm khi cổ tử cung đã mở > 4cm ở người con rạ và > 5cm ở người con so (tránh làm nghiệm pháp khi chưa có chuyển dạ, sẽ làm cho cuộc chuyển dạ khó khăn hơn vì đã gây ra tình trạng vỡ ối non, vỡ sớm nhân tạo dễ dẫn đến nhiễm khuẩn ối, suy thai... Mặt khác khi ở 4-5cm cổ tử cung sẽ mở nhanh hơn gần 1cm/1 giờ, thời gian làm nghiệm pháp không bị kéo dài, tránh những biến chứng cho mẹ và thai nhi)..

- Phải theo dõi sát và cẩn thận: tốt nhất nghiệm pháp được làm và theo dõi thường xuyên do một người nhất định trên Monitoring liên tục. Đặc biệt khi có sử dụng Prostaglandin hay Oxytocin. Mọi biến động về phía mẹ và thai nhi đều phải được ghi chép và phân tích tỉ mỉ.

+ Cách tiến hành nghiệm pháp lọt ngôi chỏm:

- Chọc ối: là tác động đầu tiên của nghiệm pháp lọt ngôi chỏm. Ngay sau đó cần đánh giá lượng nước ối, màu sắc nước ối, tiến triển của ngôi thai, tình trạng thai nhi qua tim thai và cơn co tử cung và những tai biến có thể xảy ra. Sau khi chọc ối: sa dây rau, sa chi... Sau khi ối vỡ kiểm tra kỹ lại ngôi, thế, kiểu thế để quyết định có tiếp tục tiến hành nghiệm pháp hay phải mổ lấy thai nếu ngôi, thế không thuận lợi (thóp trước, trán...).

- Theo dõi cơn co tử cung: cơn co tử cung là động lực chính của cuộc chuyển dạ, nên theo dõi cơn co tử cung là cần thiết và quan trọng. Tốt nhất là liên tục theo dõi trên monitoring (đánh giá cả bộ 3: cường độ, độ dài và tần số rồi tính ra hoạt độ tử cung). Hoạt độ tử cung phải phù hợp với giai đoạn của cuộc chuyển dạ và hài hoà với độ mở cổ tử cung.

- Nếu cơn co tử cung yếu sẽ tiến hành để chỉ huy với Oxytocin nhỏ giọt tĩnh mạch. Truyền Oxytocin sao cho cơn co tử cung gần giống như bản chất sinh lý tự nhiên trong cuộc chuyển dạ, cơn co tử cung phải hài hoà phù hợp với từng giai đoạn xóa mở cổ tử cung. Nếu nôn nóng truyền quá nhanh, với liều lượng quá lớn không những làm cuộc chuyển dạ không tiến triển và có khi còn gây ra những tai biến trầm trọng: vỡ tử cung, suy thai, ngạt sơ sinh... Chỉ được dừng truyền Oxytocin khi đã kết thúc giai đoạn 3 của cuộc chuyển dạ, nghĩa là rau đã bong và

sổ hoàn toàn; nếu ngừng truyền Oxytocin ngay sau khi sổ thai có thể gây ra chảy máu, đờ tử cung sau đẻ.

- Nếu cơn co tử cung quá mạnh phải lập tức tìm ngay nguyên nhân cơ giới; ngôi thế bất thường, bất tương xứng thai và khung chậu... Nếu có, phải dừng ngay nghiệm pháp và chỉ định mổ lấy thai. Sau khi không tìm thấy các nguyên nhân cơ giới người ta mới cho giảm cơn co tử cung bằng các thuốc: papaverin, spasmaverin...

+ Theo dõi tình trạng mẹ: sức khỏe người mẹ ảnh hưởng trực tiếp đến thai nhi qua tuần hoàn rau - thai nhi, nên phải luôn theo dõi sát toàn trạng mẹ qua tinh thần, thể chất: mạch, nhiệt độ, huyết áp...Nghiệm pháp lọt ngôi chỏm có thành công hay không có phần không nhỏ sự hợp tác của các sản phụ với người thầy thuốc.

+ Theo dõi tình trạng thai nhi: tốt nhất theo dõi trên Monitoring liên tục, đánh giá tình trạng thai nhi được thể hiện qua nhịp tim thai biến động. Nếu có các Dip II, III, hoặc biến động khi xuất hiện cơn co tử cung, phải dừng nghiệm pháp ngay lập tức khi có tình trạng suy thai rõ ràng.

+ Theo dõi và đánh giá sự tiến triển của ngôi thai: mục đích của nghiệm pháp là thử thách xem ngôi thai có xuống, lọt và sổ được không, nghĩa là có dễ được qua đường dưới hay không, nên theo dõi độ lọt của ngôi thai là rất cần thiết và phải tiến hành đều đặn qua thăm khám ngoài, hoặc thăm âm đạo (hạn chế để tránh phù nề cổ tử cung gây khó mở cổ tử cung và nhiễm khuẩn ngược dòng).

+ Theo dõi mở cổ tử cung:

- Nếu nghiệm pháp thành công, cổ tử cung sẽ mở hài hoà theo thời gian, ngôi thai sẽ lọt và cuống dễ được thực hiện qua đường dưới.

- Nghiệm pháp thất bại chỉ vì nguyên nhân cổ tử cung không mở (mà các thầy thuốc lâm sàng quen gọi là cổ tử cung không tiến triển); ngày nay ở những nước tiên tiến nhờ phương tiện theo dõi hiện đại, thuốc men đầy đủ người ta rất ít bị thất bại khi làm nghiệm pháp lọt do nguyên nhân không mở cổ tử cung.

+ Thời gian thực hiện nghiệm pháp: thông thường mốc thời gian là 06 giờ, vì sau 06 giờ chọc ối mà nghiệm pháp vẫn tiếp tục được kéo dài các thầy thuốc lo rằng sẽ có nhiễm khuẩn ối tiềm tàng hoặc suy thai. Tùy từng trường hợp cụ thể mà có thể ứng dụng mềm dẻo linh hoạt.

Như vậy, đẻ khó do khung chậu người mẹ, nếu không được phát hiện và xử trí sớm sẽ gây cơn co tử cung cường tính hoặc rối loạn cơn co tử cung mà hậu quả là vỡ tử cung và tử vong mẹ và thai. Vì thế, người hộ sinh phải quản lý thai nghén tốt, phát hiện sớm và tư vấn chọn nơi đẻ an toàn. Trong chuyển dạ, cần phát hiện sớm,

chuyển tuyến có khả năng phẫu thuật, theo dõi chặt chẽ trong chuyển dạ, báo Bác sỹ kịp thời và thực hiện y lệnh.

2. Đẻ khó do khối u tiền đạo

Đẻ khó do khối u tiền đạo là khối u nằm trước đường ra của thai nhi, làm cho ngôi thai khó lọt, khó xuống và khó sổ. Về vị trí giải phẫu, khối u có thể ở âm đạo, ở cổ tử cung, ở eo tử cung, ở dây chằng rộng, ở vòi trứng, ở buồng trứng, ở trong tử cung hoặc ở ngay trên thành tiểu khung. Về thể tích khối u có thể to nhỏ khác nhau. Không nhất thiết khối u to mới là chướng ngại cho lối ra của thai nhi, có khi khối u nhỏ cũng làm cho ngôi thai không lọt và xuống được. Kinh nghiệm cho thấy rằng phần lớn các khối u tiền đạo cản trở sự lọt và xuống của ngôi thai là u nang buồng trứng, u xơ tử cung. Vì vậy, cần phải phát hiện sớm các khối u tiền đạo chẩn đoán xác định tính chất của khối u để có thái độ xử trí đúng, tránh các biến chứng có thể xảy ra như vỡ khối u, vỡ tử cung, nguy hiểm cho tính mạng của cả mẹ và con.

2.1. Nguyên nhân

- U nang buồng trứng: các khối u nang buồng trứng thực thể như u nang nhầy u nang nước u nang bì và các khối u tiền đạo thường gặp. Nếu có cuống dài các khu này có thể bị xoắn trong thời kỳ mang thai.
- U xơ tử cung ở eo tử cung có thể là khối u tiền đạo cản trở sự lọt và xuống của ngôi thai. Trong khi có thai, u xơ thường mềm và to lên theo khối lượng tử cung. Tùy theo vị trí của khối u mà tiền lượng cuộc đẻ có khác nhau.
- Các khối u tiền đạo ít gặp: u ở âm đạo, u vòi trứng, tử cung đôi, u ngoài bộ phận sinh dục (u trực tràng, u mạc treo, u thận, u bàng quang,...).

2.2. Hậu quả:

- Đối với thai phụ: khối u tiền đạo cản trở đường xuống của thai nhi, gây chuyển dạ kéo dài, ối vỡ non, ối vỡ sớm, cơn co tử cung cường tính, dọa vỡ tử cung, vỡ tử cung...
- Đối với thai: thai suy, ngạt sơ sinh, sang chấn do cuộc đẻ,...

2.3. Hướng xử trí:

2.3.1. Tại tuyến y tế cơ sở:

- Quản lý thai nghén tốt, phát hiện sớm các khối u tiền đạo, tư vấn quản lý thai nghén tại tuyến có khả năng phẫu thuật.
- Trong chuyển dạ: tư vấn cho sản phụ và các nguy cơ, cho thuốc giảm co bóp tử cung và chuyển tuyến.

2.3.1. Tuyến huyện trở lên:

- Trong thời kỳ có thai, cần phát hiện sớm các khối u tiền đạo để có hướng xử trí sớm (phẫu thuật đối với u nang buồng trứng to, để tránh biến chứng xoắn nang, vỡ nang, thành khối u tiền đạo). Thời gian phẫu thuật tốt nhất là 3 tháng giữa của thai kỳ, vì mổ sớm hay muộn dễ bị sảy thai hoặc đẻ non.
- Không nên vội vàng chỉ vì mổ ngay khi chưa chuyển giả hoặc bắt đầu chuyển dạ. Cần theo dõi chuyển dạ cho đến khi đoạn dưới đã thành lập để xác định được sự tiến triển của ngôi thai.
- Khi kiểm tra thấy khối u rõ ràng cản trở lối ra của thai làm cho đầu thai nhi không xuống được thì cần chỉ định mổ lấy thai ngay để tránh vỡ tử cung.
- Khi mổ, nguyên tắc là mổ lấy thai trước, sau đó tiến hành cắt bỏ khối u nếu thấy dễ dàng. Trường hợp đẻ con ra, lớn tuổi, tử cung có nhiều nhân xơ có thể chỉ định cắt tử cung bán phần, còn nếu thấy nhân xơ khó bóc tách và cần phải bảo tồn tử cung thì tốt hơn là chỉ mổ lấy thai, để lại khối u và sẽ cắt bỏ khối u vào một thời gian sau.
- Trong thời kỳ hậu phẫu, cần theo dõi đề phòng ứ đọng sản dịch gây nhiễm khuẩn hoặc hoại tử vô khuẩn của khối u.

3. Để khó do phần mềm của mẹ

Các phần mềm của mẹ có thể gây đẻ khó gồm: âm hộ và tầng sinh môn, âm đạo, cổ tử cung, tử cung.

3.1. Nguyên nhân

- Nguyên nhân tại tử cung:

+ Tử cung đôi, tử cung 2 sừng (tử cung hình tim), sẹo mổ cũ ở tử cung, u xơ tử cung, đẻ nhiều lần.

+ Cổ tử cung: cổ tử cung phù nề cứng do tăng trương lực cơ, hoặc do thần kinh sản phụ không ổn định, do dùng thuốc tăng co quá liều. Cổ tử cung bị tổn thương (rách cũ, rách sâu lên đoạn dưới tử cung, cắt polip, cắt nhân xơ, khoét chóp, đốt điện), làm cổ tử cung khó giãn nở, mở chậm, cổ tử cung phù nề, hậu quả thăm khám nhiều lần, vô khuẩn không tốt.

- Nguyên nhân tại Âm đạo: do âm đạo chít hẹp bẩm sinh hay bị rách trong các lần đẻ trước không được khâu phục hồi tốt, hoặc sau những trường hợp mổ có liên quan đến âm đạo như mổ sa sinh dục, mổ rò bàng quang âm đạo, mổ rò trực tràng âm đạo. Do dị tật bẩm sinh âm đạo có vách ngăn dọc vách ngăn ngang.

- Nguyên nhân tại tầng sinh môn: TSM dày răn, sẹo cũ xấu.

3.2. Hậu quả:

- Đối với người mẹ: rối loạn cơ co tử cung, làm chuyển dạ đình trệ, chuyển dạ kéo dài, mẹ kiệt sức,.....
- Đối với con: thai suy, ngạt sơ sinh, sang chấn cho thai...

3.3. Hướng xử trí:

3.3.1. Tuyến y tế cơ sở:

Tư vấn chuyển tuyến có khả năng phẫu thuật vì các nguy cơ và hậu quả.

3.3.2. Tuyến trên:

- Nguyên nhân tại cổ tử cung:

+ Cổ tử cung dày rắn: đắp gạc tẩm huyết thanh ấm, thuốc làm mềm cổ tử cung, hạn chế thăm khám, nếu không kết quả thì mổ lấy thai.

+ Cổ tử cung bị co thắt: động viên, giải thích cho thai phụ yên tâm + thuốc Seduxen + thuốc làm mềm cổ tử cung. cho thuốc giảm co, làm mềm, giãn cổ tử cung: Papaverin, Atropin sulfat, theo dõi nếu cổ tử cung không tiến triển thì mổ lấy thai.

+ Đối với nguyên nhân thực thể thì chỉ định mổ lấy thai.

- Để khó do tử cung: chỉ định mổ lấy thai.

+ Trường hợp mổ lấy thai cũ: đăng ký quản lý thai chặt chẽ;

+ Nếu sản phụ có vết mổ lấy thai cũ <24 tháng, cần vào viện theo dõi khi thai được 35-36 tuần.

+ Mổ chủ động với sẹo mổ cũ < 24 tháng khi thai được 38 tuần. Mổ trong chuyển dạ, khi ối vỡ non, ối vỡ sớm, suy thai cấp, chuyển dạ bị ngừng trệ, đau vết mổ, ra máu đỏ tươi ở âm đạo. Theo dõi để đường dưới nếu quá trình chuyển dạ thuận lợi, đầu lọt thấp đặt forceps, kiểm soát tử cung.

- Nguyên nhân do âm đạo chít hẹp: tư vấn chuyển tuyến trên để mổ lấy thai khi có dấu hiệu chuyển dạ. Do vách ngăn âm đạo, nếu đủ điều kiện để đường dưới, vách ngăn dọc thì cắt vách ngăn khi cổ tử cung mở hết ngôi lọt thấp. Nếu không đủ điều kiện hoặc vách ngăn ngang thì chuyển mổ lấy thai.

- Nguyên nhân do tầng sinh môn dày rắn: chủ động cắt nới tầng sinh môn cho thai sổ dễ dàng.

- Nguyên nhân do các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh dục và bệnh lây truyền qua đường tình dục (nấm candida âm đạo, sùi mào gà sinh dục,...): chỉ định mổ lấy thai.

4. Để khó do bệnh lý của mẹ

Để khó do bệnh lý của mẹ là những bệnh lý có thể gây nguy hiểm đến sức khỏe và tính mạng của bà mẹ và thai nhi trong cuộc đẻ vì sự gắng sức trong cuộc đẻ, làm cho tình trạng bệnh nặng lên hoặc xảy ra các tai biến khó lường (hen phế quản, suy tim, phù phổi cấp, tai biến mạch máu não,...).

4.1. Nguyên nhân

Các bệnh lý thường gặp: bệnh tim, bệnh gan, bệnh thận, bệnh phổi, bệnh tăng huyết áp, cường giáp trạng, đái tháo đường, thiếu máu nặng,....

4.2. Hậu quả

- Đối với người mẹ: gây nguy hiểm đến sức khỏe và tính mạng của bà mẹ trong cuộc đẻ vì sự gắng sức trong cuộc đẻ, làm cho tình trạng bệnh nặng lên hoặc xảy ra các tai biến khó lường (hen phế quản, suy tim, phù phổi cấp, tai biến mạch máu não,...).
- Đối với con: suy thai, thai chết trong tử cung, ngạt, non yếu, nhẹ cân, dễ sang chấn trong cuộc đẻ.

4.3. Hướng xử trí:

- Đối với tuyến y tế cơ sở: tư vấn chuyển tuyến có khả năng phẫu thuật.
- Tuyến trên: chỉ định mổ lấy thai khi có dấu hiệu chuyển dạ.

5. Chăm sóc bà mẹ đẻ khó do nguyên nhân từ mẹ

5.1. Nhận định:

Ngoài những vấn đề nhận định như chung giống như những sản phụ đẻ thường, cần xác định các nguyên nhân đẻ khó từ mẹ gồm:

- Đánh giá tình trạng khung xương hẹp, méo.
- Đánh giá tình trạng phần mềm của người mẹ: tình trạng cổ tử cung, âm đạo, tầng sinh môn.
- Đánh giá tình trạng các khối u tiền đạo (u .
- Đánh giá tình trạng nguy cơ về các tai biến sản khoa: dọa vỡ tử cung, suy thai, chảy máu,....

4.2. Chẩn đoán chăm sóc và những vấn đề cần chăm sóc

Sản phụ đẻ khó do các nguyên nhân về phía người mẹ có thể có một số nguy cơ cao:

- Nguy cơ đẻ khó do chiều cao cơ thể thấp dưới 145 cm.
- Nguy cơ đẻ khó do đường kính của đại khung nhỏ hơn giá trị bình thường.
- Nguy cơ đẻ khó do khung chậu hẹp: dáng người đi lệch, tổn thương khớp háng, gù vẹo cột sống, thoát vị đốt sống,....
- Nguy cơ đẻ khó, do khung chậu hẹp toàn diện: đường kính nhô – hậu vệ < 10,5 cm.
- Nguy cơ vỡ tử cung, suy thai do bất tương xứng ngôi thai và khung chậu, do khối u tiền đạo.

- Nguy cơ đẻ khó do phần mềm bà mẹ: vách ngang dọc, ngang âm đạo, lỗ rò âm đạo, tầng sinh môn dài, dày, rắn, sẹo cũ,...
- Nguy cơ đẻ khó do khối u tiền đạo: u xơ tử cung, u buồng trứng,....
- Sản phụ lo lắng, thiếu kiến thức về tình trạng đẻ khó và các hậu quả.

4.3. Lập kế hoạch chăm sóc

Tương tự những vấn đề cần chăm sóc như sản phụ đẻ thường, nhưng cần chú ý:

- Theo dõi chuyển dạ và chuẩn bị cho cuộc đẻ ăn, uống, vệ sinh, tư vấn như các trường hợp đẻ khó có khả năng phải phẫu thuật.
- Không đủ điều kiện đẻ đường dưới do khối u tiền đạo, vách ngăn âm đạo thì chuẩn bị mổ lấy thai khi đã có dấu hiệu chuyển dạ.
- Khung xương hẹp, méo, không có chỉ định mổ tuyệt đối, có chỉ định làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm thất bại thì mổ lấy thai.
- Vách ngăn dọc: chờ đầu thai nhi xuống vách giãn mỏng thì cắt và đỡ đẻ.
- Tầng sinh môn dày rắn: cắt nới tầng sinh môn, giảm đau vô khuẩn tốt, tư vấn tốt cho sản phụ.

4.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Chăm sóc tinh thần: Động viên, giải thích về nguyên nhân gây đẻ khó của sản phụ, diễn biến của cuộc chuyển dạ, hướng giải quyết đẻ sản phụ và gia đình yên tâm hợp tác.
- Thông báo kết quả thăm khám, các can thiệp có thể làm ở bà mẹ: mục đích tầm quang trọng, kết quả có thể đạt được và thời điểm tiến hành.
- Theo dõi chuyển dạ: phải lập biểu đồ chuyển dạ, chuẩn bị đầy đủ các điều kiện cho một cuộc đẻ khó, khi có chỉ định mổ cần khẩn trương chuyển ngay lên phòng mổ.
- Tùy theo nguyên nhân đẻ khó về phía sản phụ mà có kế hoạch chăm sóc thích hợp.
- Thực hiện các y lệnh thuốc (giảm co,...), các y lệnh chăm sóc khác.

4.5. Đánh giá

- Chăm sóc tốt: Các chăm sóc được thực hiện đúng lúc, nội dung như kế hoạch đã lập, sản phụ được sinh đẻ an toàn. Không ảnh hưởng đến sức khỏe bà mẹ và con.
- Chăm sóc tốt: Các chăm sóc được thực hiện không đúng lúc, không kịp thời, không đúng với nội dung như kế hoạch đã lập, có tai biến cho bà mẹ và con.

GHI NHỚ

- Nguyên nhân, triệu chứng, hướng xử trí đẻ khó do khung chậu, đẻ khó do tử cung, đẻ khó do âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn.

- Chăm sóc sản phụ dễ khó về phía người mẹ.

LƯỢNG GIÁ:

1. Điền từ hoặc cụm từ vào chỗ trống trong các câu sau đây:

Câu 1. Để đánh giá mức độ méo của khung chậu hẹp không đối xứng người ta phải dựa vào

- A. trám Michaelis
- B. đường kính Baudeloque
- C. đường kính nhô hậu mu

Câu 2. Hình trám Michaelis được giới hạn trên là gai đốt sống thắt lưng 5, dưới là, hai bên là hai gai chậu sau trên

- A. đỉnh xương cụt
- B. đỉnh của rãnh liên mông
- C. xương cùng

2. Chọn đáp án đúng hoặc sai trong các câu sau đây:

Câu 3. U xơ tử cung, nang buồng trứng có thể trở thành u tiền đạo gây cản trở đường ra của thai nhi

- A. Đúng
- B. Sai

Câu 4. Trong chuyển dạ, khi thăm khám âm đạo bằng tay, sờ thấy móm nhô là khung chậu hẹp.

- A. Đúng
- B. Sai

3. Chọn đáp án đúng nhất trong các câu sau đây:

Câu 5. Trên lâm sàng người ta có thể đo được đường kính nào sau đây.

- A. Đường kính nhô - thượng mu.
- B. Đường kính nhô - hậu mu
- C. Đường kính nhô - hạ mu
- D. Đường kính chéo trái
- E. Đường kính chéo phải

BÀI 2

ĐỀ KHÓ DO CƠN CO TỬ CUNG

(Thời lượng: 02 giờ)

GIỚI THIỆU

Cơn co tử cung là động lực của cuộc chuyển dạ. Tác dụng của cơn co tử cung làm thay đổi về phía mẹ, phía thai, phần phụ của thai, đẩy thai nhi từ buồng tử cung ra ngoài. Một cuộc chuyển dạ tiến triển bình thường thì cơn co tử cung phải bình thường, nhịp nhàng, không quá mạnh không quá yếu. Cơn co tử cung bất thường khi cơn co quá mau, mạnh, hay trương lực cơ bản tăng, hoặc cơn co tử cung

quá thừa, quá yếu gây hậu quả nghiêm trọng như dọa vỡ tử cung, vỡ tử cung, chuyển dạ kéo dài, suy thai,...thậm chí nguy cơ đến tính mạng bà mẹ và thai nhi.

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này, người học có khả năng:

- Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng, hậu quả, xử trí và chăm sóc thai phụ đẻ khó do cơn co tử cung tăng, cơn co tử cung thừa yếu.
- Vận dụng được kiến thức đã học trong thăm khám, chẩn đoán, hướng xử trí và chăm sóc thai phụ đẻ khó do cơn co tử cung bất thường phù hợp chẩn đoán trên lâm sàng. Vận hành, sử dụng được máy monitoring trong chuyển dạ trên mô hình, lâm sàng và nhận định kết quả.
- Chủ động, tích cực, năng lực làm việc độc lập, làm việc nhóm. Rèn luyện khả năng tư duy, phán đoán, xử trí, chăm sóc các trường hợp đẻ khó do cơn co tử cung.

NỘI DUNG CHÍNH

1. Đẻ khó do cơn co tử cung tăng

Khi có sự tăng co bóp cơ tử cung quá mức bình thường tức là thời gian co dài hơn bình thường, cường độ cơn co mạnh hơn, khoảng cách giữa hai cơn co ngắn làm sản phụ kêu la, đau nhiều. Trong khi đó, trương lực cơ bản vẫn bình thường giữa các cơn co.

1.1. Nguyên nhân

Trước một trường hợp cơn co tử cung tăng, người ta phải tìm ngay được các nguyên nhân, đặc biệt là nguyên nhân cơ giới:

- Nguyên nhân về phía người mẹ: Khung chậu hẹp, khối u tiền đạo, tử cung dị dạng, tử cung đôi, tử cung kém phát triển. Cổ tử cung dày rắn, có sẹo cũ, không tiến triển.
- Nguyên nhân về phía thai: thai to toàn bộ hay từng phần gây bất tương xứng thai nhi và khung xương chậu. Ngôi thai bất thường làm cho thai nhi không lọt.
- Nguyên nhân về phía phần phụ của thai: ối vỡ sớm làm giảm thể tích tử cung gây tăng co bóp tử cung, rau bong non.
- Nguyên nhân về phía thầy thuốc: lạm dụng các thuốc làm tăng co bóp tử cung Oxytocin, thúc đẻ khi cổ tử cung chưa mở hết, đẩy đẩy tử cung trong chuyển dạ,...

1.2. Triệu chứng

- Sản phụ kêu đau nhiều, hoặc đau liên tục không có giai đoạn nghỉ ngơi giữa các cơn co tử cung
- Thăm khám:

+ Sờ thấy tử cung co cứng, cơn co liên tục không tương xứng với độ mở cổ tử cung. Cơn co tử cung tăng cả về tần số, cường độ, độ dài mỗi cơn, tăng trương lực cơ bản cơ tử cung, thời gian nghỉ giữa 2 cơn co mà tử cung vẫn co cứng.

+ Thăm khám âm đạo có thể thấy đoạn dưới căng cứng, cổ tử cung không mở thêm, có khi phù nề, lúc đầu phù mềm sau đó có sự nhiễm khuẩn, phù mềm trở thành phù cứng.

+ Nếu sản phụ đến viện muộn hoặc không được phát hiện và xử lý kịp thời tăng cơn co tử cung có thể dẫn đến vỡ tử cung, suy thai.

+ Nếu sản phụ được theo dõi bằng monitoring sản khoa, ghi được chỉ số của cơn co tử cung chính xác, sẽ thấy các giá trị số đều tăng cao hơn so với chỉ số bình thường của cơn co tử cung ở mỗi giai đoạn chuyển dạ, đồng thời trên monitoring sản khoa cũng nhận định được tình trạng thai nhi biểu hiện qua nhịp tim thai.

1.3. Hậu quả

- Cơn co tử cung tăng làm cho cổ tử cung khó xóa mở, cuộc chuyển dạ đình trệ.

- Suy thai, nhất là sau khi ối vỡ vì áp lực cơn co tử cung sẽ tác động trực tiếp đến bánh rau và dây rốn, hơn nữa do cơn co tử cung tăng nên tuần hoàn mẹ - rau - thai bị suy giảm.

- Vỡ tử cung nếu không xử trí kịp thời đặc biệt trên các sản phụ có vết mổ cũ, dị dạng tử cung, tử cung kém phát triển, con rạ (đẻ nhiều lần).

1.4. Hướng xử trí

- Trong quá trình theo dõi chuyển dạ, người hộ sinh nếu phát hiện cơn co tử cung tăng, cần báo Bác sĩ ngay để xử trí kịp thời, đồng thời thực hiện các công việc sau:

+ Động viên, trấn an sản phụ không nên kêu la vật vã làm mệt mỏi, kiệt sức.

+ Cho sản phụ nằm nghiêng trái: tránh chèn ép vào tĩnh mạch chủ bụng, cải thiện tuần hoàn rau thai.

+ Cho sản phụ thở Oxy qua gọng kính.

- Tuyến y tế cơ sở:

+ Dùng thuốc giảm co tử cung: Papaverin 0,04g x một ống (tiêm bắp), Hoặc Diazepam 0,05g x một ống (tiêm dưới da).

+ Tư vấn chuyển tuyến trên, có nhân viên y tế đi cùng.

- Tuyến có khả năng phẫu thuật:

+ Dùng thuốc tăng co (nếu đang dùng), điều chỉnh cơn co bằng các thuốc giảm co như Papaverin, Spasmaverin, Spasmalgin, Seduxen, Dolargan (Dolosal).

+ Liệu pháp tâm lý: động viên, giải thích để sản phụ yên tâm, nhất là các sản phụ hay lo lắng, suy nhược thần kinh.

+ Chỉ định mổ lấy thai nếu khung chậu hẹp hoặc bất tương xứng đầu chậu.

2. Để khó do tăng trương lực cơ bản cơ tử cung

2.1. Nguyên nhân

- Rau bong non nhất là thể nặng (phong huyết tử cung rau).
- Đa ối, sinh đôi, thai to: Do thể tích tử cung quá lớn làm tử cung bị căng quá mức.
- Có thể gặp ở những người con so lớn tuổi, tử cung kém phát triển hoặc sang chấn tâm lý.

2.2. Triệu chứng

- Sản phụ đau nhiều, kêu la vật vã, có khi trong tình trạng hoảng hốt, lo sợ.
- Khám thấy tử cung căng cứng liên tục, không có giai đoạn nghỉ ngơi. Trong trường hợp rau bong non, có thể thấy tử cung cứng như gỗ. Tim thai có thể suy. Khám âm đạo bằng tay khó xác định ngôi thai.

2.3. Hậu quả

- Tử cung căng cứng, cổ tử cung thắt lại, mở chậm làm cho cuộc chuyển dạ kéo dài. Tăng trương lực cơ bản cơ tử cung kết hợp với tăng co bóp tử cung làm giảm lưu lượng tuần hoàn tử cung rau, dẫn đến suy thai, thai chết trong tử cung.
- Tăng trương lực cơ bản thường gặp trong bệnh lý rau bong non, kèm theo các diễn tiến của bệnh ngày càng nặng có thể dẫn đến shock do đau, do nhiễm độc, không xử trí kịp thời có tiên lượng xấu cho sản phụ.

2.4. Hướng xử trí

- Động viên sản phụ yên tâm hợp tác.
- Cho thuốc giảm co để làm giảm trương lực cơ tử cung, giúp cổ tử cung mở nhanh, cuộc chuyển dạ sẽ tiến triển bình thường. Nếu không điều chỉnh được mà suy thai thì phải mổ lấy thai không đủ điều kiện để qua đường âm đạo.
- Rau bong non: Giảm đau, chống shock tích cực tùy theo tình trạng bệnh, chuẩn bị sẵn sàng mổ lấy thai (dù thai đã chết), theo dõi tình trạng rối loạn đông máu sau đẻ, sau mổ.

3. Để khó do cơn co tử cung giảm

Cơn co tử cung giảm thể hiện thời gian của mỗi cơn co ngắn, thoáng qua; khoảng cách giữa hai cơn co thưa và cường độ các cơn yếu, trương lực cơ bản cơ tử cung giảm.

3.1. Nguyên nhân

- Các bệnh toàn thân của mẹ: bệnh tim mạch, thiếu máu, lao phổi, suy giảm miễn dịch, cơ thể người mẹ suy nhược, suy dinh dưỡng mãn.