



Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài *Chuyển dạ bình thường*

Chương trình Sản Phụ khoa. Tín chỉ Sản Phụ khoa 1
© Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

- So sánh biểu đồ Friedman giai đoạn hoạt động với đường báo động của sản đồ WHO. **Chọn một câu đúng**
 - Biểu đồ Friedman nằm hoàn toàn ở bên trái đường báo động của sản đồ WHO ⁱ
 - Phần lớn của biểu đồ Friedman nằm ở bên trái đường báo động của sản đồ WHO
 - Biểu đồ Friedman gần như trùng khít với đường báo động của sản đồ WHO
 - Phần lớn của biểu đồ Friedman nằm ở bên phải đường báo động của sản đồ WHO
- Vì sao trong sản đồ WHO, model 2004, chỉ bắt đầu ghi sản đồ khi cổ tử cung đã mở $\geq 4^{cm}$? **Chọn một câu đúng**
 - Để tránh thực hiện tịnh tiến như khi dùng model 1993
 - Vì hiếm khi cần phải can thiệp trong giai đoạn tiềm thời
 - Để tránh bắt đầu vẽ sản đồ ở thời điểm không thích hợp
 - Để giảm can thiệp không cần thiết trên cuộc chuyển dạ ⁱⁱ
- Trong chuyển dạ sanh ngôi chòm, người ta thực hiện phá ối với mục đích gì? **Chọn một câu đúng nhất**
 - Để tạo thuận lợi cho tiến trình mở cổ tử cung ⁱⁱⁱ
 - Để đánh giá chính xác vị trí lọt của ngôi thai
 - Để tạo thuận lợi cho đánh giá sức khỏe thai
 - Để tạo thuận lợi cho sự xuống của ngôi thai
- Vì sao người ta nghiêm cấm pha bất cứ dược chất nào khác vào chai dịch tăng co với oxytocin? **Chọn một câu đúng**
 - Vì việc pha các dược chất khác vào chai dịch có oxytocin có thể làm thay đổi tác dụng của oxytocin
 - Vì oxytocin có thể làm thay đổi tính chất cũng như khả dụng sinh học của các dược chất được pha vào
 - Vì tốc độ truyền oxytocin phải được điều chỉnh nghiêm ngặt, không phù hợp với các dược chất khác ^{iv}
 - Vì dung dịch pha oxytocin buộc phải là dung dịch glucose 5%, không phù hợp với các dược chất khác
- Chuyển dạ giai đoạn I, khi bắt đầu truyền lại oxytocin sau một khoảng tạm ngưng, cần lưu ý gì? **Chọn một câu đúng**
 - Bắt đầu truyền lại với tốc độ truyền bằng với tốc độ trước khi tạm ngưng
 - Bắt đầu truyền lại với tốc độ truyền chậm hơn tốc độ trước khi tạm ngưng
 - Bắt đầu truyền lại với tốc độ truyền chậm nhất có thể điều chỉnh được ^v
 - Bắt đầu truyền lại với tốc độ truyền nhanh hơn tốc độ trước khi tạm ngưng
- Phân loại EFM theo ACOG 2009 có đặc điểm gì? **Chọn một câu đúng**
 - Loại I là một loại không thuần nhất, có tiên lượng rất khác nhau
 - Loại II là một loại không thuần nhất, có tiên lượng rất khác nhau ^{vi}
 - Loại III là một loại không thuần nhất, có tiên lượng rất khác nhau
 - Phân loại này nhằm định mức chăm sóc, không có ý nghĩa tiên lượng
- Kiểu thể Châm Chậu Phải Sau, số Châm Vệ: ngôi xoay trong, xoay ngoài thì 1st, thì 2nd ra sao? **Chọn một câu đúng**
 - Xoay trong: +135°; xoay ngoài 1st: -135°; xoay ngoài 2nd: +45° ^{vii}
 - Xoay trong: -135°; xoay ngoài 1st: +135°; xoay ngoài 2nd: -45°
 - Xoay trong: +45°; xoay ngoài 1st: -45°; xoay ngoài 2nd: -45°
 - Xoay trong: -45°; xoay ngoài 1st: +45°; xoay ngoài 2nd: +45°
- Khám âm đạo, sờ thấy được vành tai thai nhi nằm gần trung tâm của cổ tử cung. Bạn nghĩ gì? **Chọn một câu đúng**
 - Là dấu hiệu thường gặp
 - Đầu bị uốn khuôn dài
 - Đầu thai cúi không tốt
 - Ngôi lọt bất đối xứng ^{viii}



9. Dạng khung chậu nào gây khó khăn nhiều nhất cho cuộc sanh ngôi chòm? **Chọn một câu đúng**
- Khung chậu dạng bầu^{ix}
 - Khung chậu dạng nam
 - Khung chậu dạng dẹt
 - Khung chậu dạng phụ
10. Trong lý thuyết về can thiệp tích cực giai đoạn 3 thường qui, yếu tố nào là cơ sở nền tảng? **Chọn một câu đúng**
- Xoa bóp tử cung liên tục duy trì sự gò tử cung
 - Kéo dây rốn có kiểm soát thu ngắn giai đoạn 3
 - Kẹp cắt dây rốn sớm để giúp nhau bong sớm
 - Chỉ định dùng oxytocin ngay sau khi sổ vai^x
11. Vấn đề nguy hiểm nhất có thể gặp khi gây tê ngoài màng cứng để giảm đau sản khoa là gì? **Chọn một câu đúng**
- Tụ máu ngoài màng cứng
 - Bơm thuốc tê vào tủy sống^{xi}
 - Tụt huyết áp nghiêm trọng
 - Biến động tim thai sau gây tê
12. Vì sao nói thông khí áp lực dương là thao tác cơ bản trong hồi sức sơ sinh? **Chọn một câu đúng**
- Vì thao tác này cung cấp oxygen cho sơ sinh
 - Vì thao tác này khắc phục tình trạng toan hô hấp
 - Vì thao tác này khắc phục tình trạng toan chuyển hóa
 - Vì thao tác này làm giảm trở kháng tiểu tuần hoàn^{xii}

REFERENCES

ⁱ Trong biểu đồ của mình, Friedman dùng các trị số trung vị để diễn tả sự biến thiên của mở cổ tử cung theo thời gian. Có sự khác biệt trong dạng biểu đồ giữa người con so và người con rạ, với tốc độ mở cổ tử cung trong giai đoạn hoạt động là 1.2 cm mỗi giờ ở người con so, và là 1.5 cm mỗi giờ ở người con rạ. 1972, Philpott thực hiện lại một nửa các khảo sát trước đó của Friedman và Hendricks. Lần này, Philpott đã lấy số liệu của các trường hợp có tử cung mở chậm trong giai đoạn hoạt động, dưới 10th percentile. Từ đó, Philpott có các nhận định sau: 10th percentile của tốc độ mở cổ tử cung là 1cm mỗi giờ. Tốc độ mở cổ tử cung dưới 1cm mỗi giờ có liên quan mạnh với kết cục xấu của chuyển dạ. Từ đó, có thể kết luận rằng: ở mọi đối tượng, con so và con rạ, có thể dùng đường thẳng xây dựng bởi 10th percentile của xóa mở cổ tử cung để tầm soát chuyển dạ có chiều hướng kéo dài và kết cục xấu. Đây là tiền thân của đường báo động mà Tổ chức Y tế Thế giới dùng trong model sản đồ 1993 của mình. Vì thế toàn bộ biểu đồ Friedman sẽ ở bên trái của đường báo động. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-4: Chuyển dạ bình thường. Nguyên lý xây dựng sản đồ WHO, model 1993. Trang 1-2*

ⁱⁱ Sau model 1993, WHO có nhiều cải tiến trong sản đồ. Cải tiến gần nhất là bỏ đi phần ghi lại giai đoạn tiềm thời và việc tịnh tiến, cùng lúc với việc chỉ bắt đầu ghi trong giai đoạn hoạt động. Đồng thời, giai đoạn hoạt động, tức thời điểm bắt đầu có thể ghi sản đồ được điều chỉnh là ≥ 4 cm, nhằm tránh những can thiệp khi chưa thực sự bắt đầu giai đoạn hoạt động. Cải tiến này làm cho sản đồ đơn giản hơn, và vẫn giữ được tính hiệu quả. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-4: Chuyển dạ bình thường. Nguyên lý xây dựng sản đồ WHO, model 1993. Trang 2*

ⁱⁱⁱ Bầm ối không được khuyến cáo là một thực hành thường quy cho một chuyển dạ có diễn biến bình thường và nguy cơ thấp. Cần cân nhắc việc thực hiện phá ối. Chỉ thực hiện phá ối khi ước đoán lợi ích từ phá ối là lớn hơn nguy cơ. Có thể xem xét phá ối khi khi chuyển dạ đã vào giai đoạn hoạt động, đầu ối phồng làm cản trở cuộc chuyển dạ, cổ tử cung mở chậm, ngôi đầu cao, hoặc khi sản đồ lệch sang bên phải đường báo động khi con có tử cung đủ. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-4: Chuyển dạ bình thường. Phá ối và phương thức áp dụng phá ối. Trang 1*

^{iv} Oxytocin có thể được pha chung với bất dịch truyền đẳng trương nào. Glucose thường được chọn do có thể cung cấp năng lượng cho thai phụ. Không được hòa chung bất cứ một thuốc nào khác vào chai có oxytocin, dù oxytocin không có phản ứng với thuốc đó. Lý do của việc nghiêm cấm này là do oxytocin được truyền với một tốc độ được kiểm soát rất nghiêm ngặt, và không hằng định, lượng nhỏ, bắt đầu với liều thấp nhất có thể được. Trong khi đó, phần lớn các được chất khác là có thể dùng với tốc độ nhanh, nếu dùng chậm sẽ không đạt liều điều trị. Việc chỉnh liều oxytocin cũng sẽ ảnh hưởng đến việc dùng thuốc khác. Tuyệt đối không dùng chung với các oxytocics khác khi chưa sổ thai. Oxytocin chỉ được dùng sau liều cuối prostaglandin 6 giờ. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-4: Chuyển dạ bình thường. Oxytocics trong sản khoa. Trang 1-2*

^v Trong quá trình tăng co, nếu có cơn co cường tính, CTG có biểu hiện đe dọa thai, cần ngưng oxytocin và giảm co nếu cần. Tiếp tục thực hiện monitoring, nếu tình trạng hồi phục nhanh có thể tiếp tục tiến trình tăng co bằng cách bắt đầu chỉnh lại số giọt cho phù hợp. Khi tăng co có hiệu quả, nên duy trì ở tốc độ truyền oxytocin ở mức thấp nhất có thể đủ để quá trình sanh tiến triển. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-4: Chuyển dạ bình thường. Oxytocics trong sản khoa. Trang 2*

^{vi} EFM loại I là một nhóm thuần nhất gồm tất cả các băng ghi EFM thỏa đồng thời và nghiêm ngặt các tiêu chuẩn sau: Trị số tim thai căn bản 110-160 nhịp/phút, dao động nội tại trung bình, không được có nhịp giảm bất định hay nhịp giảm muộn. EFM nhóm I dự báo mạnh một tình trạng thai hoàn toàn bình thường ở thời điểm khảo sát, nếu không kèm theo sự kiện nào khác có thể có ảnh hưởng đến thai. Nói cách khác, nếu không có sự kiện đặc biệt xảy ra thì EFM loại I không đòi hỏi một can thiệp ở thời điểm khảo sát. Chuyển dạ với băng ghi loại I có thể được theo dõi một cách thường qui. EFM loại III có ý nghĩa bệnh lý, liên quan mật thiết với một rối loạn thăng bằng kiểm soát ở thời điểm khảo sát. Là một nhóm thỏa một cách nghiêm ngặt các tiêu chuẩn sau: biểu đồ vắng mặt hoàn toàn dao động nội tại và bất kỳ một trong ba yếu tố nhịp giảm muộn lặp lại, nhịp giảm bất định lặp lại hoặc trị số tim thai căn bản chậm. Do có ý nghĩa bệnh lý, chuyển dạ với EFM loại III đòi hỏi một can thiệp thích hợp, tùy bối cảnh lâm sàng, nhằm mục đích giải quyết nguyên nhân trực tiếp dẫn đến rối loạn thăng bằng kiểm soát. EFM loại II là một nhóm rất rộng gồm tất cả những băng ghi không được xếp vào loại I hay III. EFM loại II không dự báo một thăng bằng kiểm soát bình thường hay bất thường. Chuyển dạ với EFM loại II cần được theo dõi và đánh giá liên tục. Cần lưu ý rằng đánh giá trên lâm sàng là quan trọng để có thể đưa ra xử lý phù hợp. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-4: Chuyển dạ bình thường. EFM căn bản trong thực hành sản khoa. Trang 6*

^{vii} Trong ngôi chòm Châm Chậu Phải Sau và sổ kiểu Châm Vê, ở thì xoay trong, thóp sau từ vị trí 7 giờ sẽ xoay 135° theo chiều kim đồng hồ để đến vị trí 12 giờ. Sau khi sổ ra, ngôi sẽ xoay trở về vị trí nguyên thủy của nó, tức 135° ngược chiều kim đồng hồ. Sau sổ đầu, vai sẽ hướng vào đường kính

trước sau của eo trên, bằng cách xoay 45° theo chiều kim đồng hồ, làm cho đầu xoay ngoài lần 2nd theo cùng hướng và cùng độ lớn. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-4: Chuyển dạ bình thường. Cơ chế sanh ngôi chòm. Trang 2-3*

^{viii} Nếu xảy ra tình trạng bất tương xứng giữa kích thước của eo trên và các kích thước của đầu thai, thì thai sẽ phản ứng bằng 2 cách: (1) Chồng các xương sọ lên nhau. Do các xương sọ ở thai vẫn chưa liền, nên thai có khả năng chồng sọ để làm giảm các kích thước của đầu, uốn khuôn theo hình dạng của ống sanh. Ta gọi là hiện tượng uốn khuôn của đầu thai. Bất tương xứng giữa đầu thai và khung chậu càng nhiều thì hiện tượng uốn khuôn càng nặng nề. Sự uốn khuôn nhẹ không ảnh hưởng đến các cấu trúc nội sọ của thai, Tuy nhiên, nếu sự uốn khuôn nghiêm trọng và nặng nề thì có khả năng sẽ ảnh hưởng đến các cấu trúc nội sọ, nhất là các mạch máu của khoang dưới nhện. (2) Đi vào theo một mặt phẳng khác. Trong trường hợp này, ngôi thai sẽ nghiêng đầu sang bên, để lách tuần tự từng bướu đỉnh vượt qua lối vào hẹp. Hệ quả là mặt phẳng lọt của đầu không còn song song với mặt phẳng của eo trên nữa. Khi quan sát, ta chỉ thấy có một bướu đỉnh trình trước eo trên. Trường hợp này còn được gọi là *ngôi tai* (ear presentation). Ta gọi là hiện tượng lọt không đối xứng. Như vậy, các hiện tượng biến hình, gồm uốn khuôn và lọt không đối xứng là các dấu chỉ của tình trạng bất tương xứng giữa khung chậu mẹ và các đường kính lọt của thai nhi. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-4: Chuyển dạ bình thường. Cơ chế sanh ngôi chòm. Trang 1-2*

^{ix} Có 4 dạng khung chậu theo Caldwell-Moloy: (1) Khung chậu dạng phụ (gynecoid) là dạng khung chậu thường thấy nhất ở phụ nữ. Đây là loại khung chậu có hình dạng đều đặn, đường kính từ trực giữa ra trước và ra sau gần bằng nhau, ra trước hơn ra sau chút ít. Nhìn toàn diện khung chậu này có hình bầu dục, đường kính ngang lớn hơn đường kính trước sau chút ít. Gai hông không nhọn. Đây là dạng khung chậu thuận lợi nhất cho cuộc sanh. (2) Khung chậu dạng nam (android) giống khung chậu đàn ông. Dạng khung chậu này có đường kính từ trực giữa ra trước dài hơn ra sau rõ rệt. Nhìn toàn diện, khung chậu này có hình quả tim, phần sau không tròn mà lại thẳng, với móm nhô gồ rất nhiều về phía trước. Bờ hai bên nhô, hai gai hông nhọn. Dạng khung chậu này thường đi đôi với việc ngôi lọt ở kiểu thể sau, do phần eo trên ở phía sau thường rộng hơn phía trước. Đường kính ngang eo giữa bị thu nhỏ nhưng do độ cong xương cùng khá tốt nên thường ngôi có thể tự xoay được trong hành trình qua eo giữa. (3) Khung chậu dạng dẹt (Platypelloid) có đường kính ngang lớn hơn rõ so với đường kính trước sau. Xương cùng ngắn, ngửa ra sau. Khung chậu này dễ gây ngưng xoay ở kiểu thể ngang, với hệ quả là chuyển dạ tắc nghẽn ở bình diện của eo giữa. (4) Khung chậu dạng bầu giống như khung chậu ở loài khỉ. Dạng khung chậu này có đường kính ngang nhỏ hơn đường kính trước sau rất nhiều. Hai bờ vách chậu hai bên nhô, xương cùng dài, móm nhô ngửa ra sau. Hai gai hông nhọn. Dạng khung chậu này là dạng khung chậu gây khó khăn nhiều nhất cho cuộc sanh trên cả 3 bình diện eo trên, eo giữa và eo dưới. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-4: Chuyển dạ bình thường. Khung chậu về phương diện sản khoa. Trang 1-2*

^x Dự phòng BHSS có thể là dự phòng sơ cấp (primary) như nhận diện yếu tố nguy cơ BHSS ở thai phụ, thực hiện phòng tránh chuyển dạ kéo dài bằng cách dùng sản đồ, thực hiện cuộc sanh an toàn và đúng kỹ thuật, kể cả sanh thường hay sanh thủ thuật. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đề nghị thực hành can thiệp tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ (active management of the 3rd stage of labor). *Ý tưởng của can thiệp là việc thực hiện sớm số nhau, khi tử cung đã gò dưới oxytocin, sẽ làm giảm tổng lượng máu mất.* Mục tiêu của việc thực hiện can thiệp tích cực giai đoạn 3 là làm giảm tỉ lệ BHSS. Tuy nhiên, sau nhiều năm thực hiện, các số liệu thống kê rất lớn cho thấy can thiệp tích cực giai đoạn 3 có làm giảm tổng lượng máu mất một cách có ý nghĩa thống kê, nhưng lượng máu mất giảm được lại không có ý nghĩa lâm sàng (dưới 100 mL). Can thiệp tích cực giai đoạn 3 không làm giảm có ý nghĩa tần suất của BHSS. Hiện nay, WHO vẫn khuyến khích thực hiện can thiệp tích cực giai đoạn 3 một cách có điều kiện. Điều kiện quan trọng nhất mà WHO đưa ra để thực hiện can thiệp tích cực giai đoạn 3 là có nhân sự được huấn luyện để có thực hiện đúng kỹ thuật này. Nội dung can thiệp tích cực giai đoạn 3 gồm 3 điểm cơ bản: thuốc co hồi tử cung, kéo dây rốn có kiểm soát và xoa bóp tử cung. Thuốc co hồi tử cung là yếu tố quan trọng nhất của can thiệp tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ. Oxytocin là thuốc được ưu tiên lựa chọn. Oxytocin được dùng bằng đường tiêm bắp, với liều 10 IU, thực hiện ngay sau số vai. Kéo dây rốn có kiểm soát là thành tố thứ nhì của can thiệp tích cực giai đoạn 3. Việc thực hiện sớm số nhau, khi tử cung đã gò dưới oxytocin, sẽ làm giảm tổng lượng máu mất. Kẹp dây rốn gần sát âm hộ, một tay cầm kẹp dây rốn, đặt một tay lên bụng sản phụ, phía trên xương vệ để giữ cho dây tử cung không bị lộn khi kéo dây rốn. Khi có cơn co tử cung, tạo bởi oxytocin đã tiêm trước đó, khuyến khích sản phụ rặn xuống đồng thời kéo nhẹ dây rốn giúp số nhau, đồng thời tay trên vệ chặn không cho tử cung đi chuyển khi kéo dây rốn. Nhau sẽ nhẹ nhàng tróc và số khi kéo. Khi nhau ra đến âm hộ, tiến hành đỡ nhẹ bánh nhau bằng hai tay và xoay nhẹ để số trọn màng nhau như thường qui. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-4: Chuyển dạ bình thường. Dự phòng băng huyết sau sanh. Can thiệp tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ. Trang 2*

^{xi} Khi thực hiện tê ngoài màng cứng, hạ huyết áp ở thai phụ là tác dụng phụ hay gặp nhưng thoáng qua, có thể phòng ngừa bằng cách bù dịch truyền nhanh và theo dõi sát sinh hiệu. Tuy nhiên, biến chứng này có thể ảnh hưởng đến thai nhi làm thay đổi nhịp tim thai thoáng qua. Hiếm khi nhịp tim thai giảm nặng và kéo dài, trong trường hợp này có thể gây tình trạng toan chuyển hóa. Do đó, theo dõi sát sinh hiệu sản phụ và monitoring tim thai liên tục là cần thiết cho sản phụ sau giảm đau bằng tê ngoài màng cứng. Chọc thủng màng cứng và catheter chui vào tủy sống hay lòng mạch là biến chứng nhất thời, hiếm gặp. Tuy nhiên do cơ chế phong bế khác nhau, tê tủy sống được thực hiện bằng cách bơm thuốc tê vào dịch não tủy, liều thuốc và tỷ trọng cao của dịch thuốc là hai yếu tố quyết định thời gian và độ rộng của phong bế. Với tê ngoài màng cứng là bơm thuốc vào khoang ngoài màng cứng, tỷ trọng không phải là một yếu tố quan trọng, mà thể tích và tổng liều của thuốc bơm mới ảnh hưởng đến độ rộng và độ sâu của phong bế. Việc đâm thủng màng cứng và bơm thuốc tê có tỉ trọng thấp vào khoang tủy sống với một lượng lớn có thể gây biến chứng chết người. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-4: Chuyển dạ bình thường. Gây tê ngoài màng cứng giảm đau sản khoa và các biện pháp thay thế. Trang 2*

^{xii} Trong những thời khắc đầu tiên của cuộc sống ngoài tử cung, thai sẽ có động tác hít vào làm cho không khí tràn vào phế nang. Phế nang, trước đó đã được trang bị các surfactant làm giảm sức căng bề mặt của chúng, sẽ nở ra. Phổi nở ra làm giảm ngay tức khắc trở kháng của tiểu tuần hoàn. Mặt khác, hệ thống trở kháng thấp là giường nhau bị tách rời khỏi thai nhi do động tác cắt rốn, gây ra một sự tăng đột ngột của trở kháng ngoại vi. Giảm trở kháng tiểu tuần hoàn và tăng trở kháng ngoại vi là hai hiện tượng song hành, ngay tức khắc tái định hướng lại lưu thông máu. Máu về nhĩ phải sẽ không còn theo lỗ Botal nữa, do lỗ này đã bị đóng khi áp suất nhĩ trái đã tăng theo sự tăng trở kháng ngoại vi. Lúc này, dòng máu từ nhĩ phải sẽ qua van 3 lá vào thất phải rồi vào động mạch phổi, nơi có trở kháng thấp hơn rất nhiều so với trở kháng của tuần hoàn trái, tức đại tuần hoàn. Sau đó, máu đến phế nang và thực hiện những trao đổi khí đầu tiên tại nơi này. Như vậy tiểu tuần hoàn chức năng đã được thiết lập. Máu bão hòa oxygen theo tĩnh mạch phổi về tâm nhĩ trái, qua van 2 lá vào tâm thất trái và đi vào đại tuần hoàn. Điểm thiết yếu nhất trong hồi sức sơ sinh là giúp chúng thiết lập được tiểu tuần hoàn chức năng. Để thiết lập được tiểu tuần hoàn chức năng, việc quan trọng nhất phải thực hiện được, bằng mọi giá, là làm giảm trở kháng tiểu tuần hoàn. Điều này chỉ có thể đạt được khi và chỉ khi tạo ra được một thông khí tốt ở phổi, làm nở phế nang, làm giảm trở kháng của hệ thống giường mao mạch phổi. Vì thế, thao tác quan trọng nhất trong hồi sức sơ sinh là đánh giá tình trạng hô hấp và hỗ trợ thông khí phổi. Thông khí áp lực dương là biện pháp được ưu tiên thực hiện khi sơ sinh không tự thực hiện được các động tác hít vào đầu tiên. Đánh giá tình trạng hô hấp của sơ sinh trong vòng 30 giây sau sanh. Nếu bé thở nấc hoặc không thở, bắt đầu giúp thở bằng bóng áp lực dương với tần số từ 40 đến 60 lần/phút với oxygen 100%. Khí trời cũng có thể dùng được. Áp lực đỉnh thì hít vào lên đến 40 cm nước là điều cần thiết để khởi động hô hấp. Lưu ý rằng bóng phải có van điều áp. Áp lực dương quá cao sẽ làm vỡ phế nang và gây tràn khí màng phổi. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-4: Chuyển dạ bình thường. Nguyên lý của hồi sức sơ sinh. Tiến trình thực hành hồi sức sơ sinh. Trang 1-2*