

# CÁC THAO TÁC KHÁM CƠ BẢN CHO THAI PHỤ CHUYỂN DẠ SANH

Nguyễn Thị Hương Xuân, Âu Nhật Luân

## Mục tiêu học tập:

- Thực hiện đúng các thao tác khám bụng cho thai phụ chuyển dạ sanh và báo cáo đúng kết quả khám.
- Thực hiện được thao tác khám âm đạo cho thai phụ chuyển dạ sanh và báo cáo đủ các nội dung đã khám được.

## CHUẨN BỊ THỰC HIỆN KHÁM BỤNG

Trong chuyển dạ, luôn chú ý khám sinh hiệu và toàn trạng.

### Chuẩn bị dụng cụ khám

Các dụng cụ khám tối thiểu phải có gồm:

- Thước dây (thước thợ may).
- Máy Doppler dò tim thai và gel siêu âm, giấy lau.
- Đồng hồ có kim chỉ giây.

### Vị trí và tư thế của người khám

Người khám đứng ở bên phải của thai phụ, hướng về phía mặt của thai phụ.

### Chuẩn bị thai phụ trước khi khám

Nếu khám trên giường bệnh, hãy đề nghị thai phụ nằm ngửa trên giường bệnh.

Nếu khám trên bàn sanh, hãy giúp bà ta nằm ngửa, gác chân trên giá đỡ.

Bộc lộ vùng khám, từ vùng trên vệ cho đến đáy tử cung.

## ĐO BỀ CAO TỬ CUNG

Bề cao tử cung được đo từ bờ trên xương vệ đến điểm cao nhất của đáy tử cung.

Bề cao tử cung được đo bằng thước dây (thước thợ may).

Trước tiên xác định hai điểm mốc:

- Bờ trên xương vệ.
- Điểm cao nhất của đáy tử cung.

Dùng thước dây đo chiều dài giữa 2 mốc (hình 1a).

Lưu ý giữ thước dây ôm sát tử cung khi đo (hình 1b).

### Ý nghĩa lâm sàng của kết quả đo bề cao tử cung

Trên lâm sàng, dùng thông tin bề cao tử cung để:

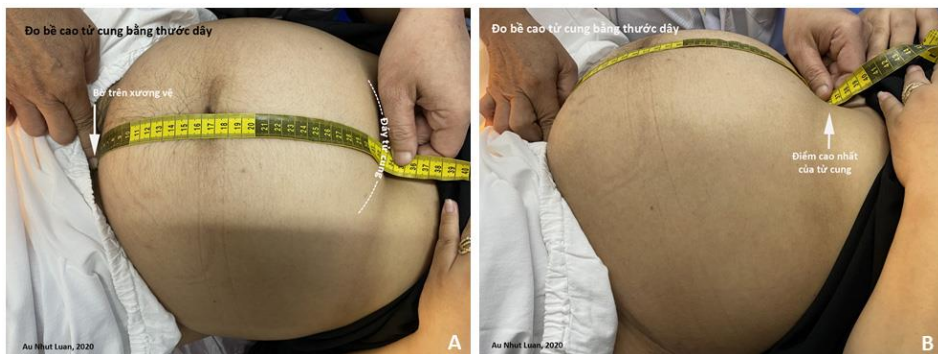
- Phỏng đoán trọng lượng thai.
- Theo dõi tăng trưởng thai.
- Nhận định lượng ối.

Bề cao tử cung phản ánh dung tích của tử cung (nếu tử cung không có khối u). Dung tích này tùy thuộc chủ yếu vào kích thước thai và lượng nước ối.

Bất thường trong tăng trưởng bề cao tử cung gợi ý một bất thường tăng trưởng thai nhi hay một bất thường thể tích ối.

Bề cao tử cung cũng có thể thay đổi khi tử cung to do bệnh lý của tử cung như thai phụ có khối u xơ-cơ tử cung.

Trong tam cá nguyệt thứ nhì cho đến ½ đầu của tam cá nguyệt thứ ba, nếu được đo như trên, thì số đo của bề cao tử cung sẽ xấp xỉ gần bằng tuổi thai (tuần).



**Hình 1:** Đo bề cao tử cung.

Bề cao tử cung được hiểu là chiều dài của đoạn đường cong nối bờ trên xương vệ và điểm cao nhất của tử cung, được đo bằng thước dây (A).

Thước dây phải luôn ôm sát tử cung trên suốt chiều dài được đo (B).

Nguồn: Âu Nhật Luân, Bộ môn Phụ Sản ĐHY Dược TP.HCM, 2020

## 4 THỦ THUẬT LEOPOLD

Các thủ thuật Leopold là một thăm khám cơ bản.

Các thủ thuật này được dùng chủ yếu cho thai kỳ đơn thai.

### Chuẩn bị thai phụ

- Bàn quang phải trống khi thực hiện thủ thuật Leopold.
- Thai phụ nằm ngửa trên giường hay bàn sanh.
- Chỉ khám ngoài các cơn co tử cung.

### Tư thế của người khám

- Ở 3 thủ thuật đầu, người khám nhìn về phía mặt thai phụ.
- Ở thủ thuật thứ tư, người khám nhìn về phía chân thai phụ.

Các thủ thuật Leopold được mô tả như sau:

- Thủ thuật Leopold thứ nhất: dùng các đầu ngón tay để khám một cách nhẹ nhàng vùng đáy tử cung, qua đó xác định cực nào của thai đang ở đáy tử cung (hình 2A).
- Thủ thuật Leopold thứ nhì: dùng lòng bàn tay áp vào hai bên thành bên tử cung. Ấn sâu, nhẹ nhàng để xác định bên nào là lưng thai và bên nào là bụng thai (hình 2B).
- Thủ thuật Leopold thứ ba: dùng ngón cái và các ngón khác của bàn tay phải nắn phần thai ở đoạn dưới tử cung. Đầu thai là một khối tròn, cứng, lay động dễ. Nếu là mông, thì sẽ thấy một khối mềm, có dạng không đều (hình 2C).
- Thủ thuật Leopold thứ tư: dùng các đầu ngón tay ấn sâu trên vệ hướng theo trục eo trên. Ở ngôi đầu, một bàn tay bị chặn lại bởi ụ đầu, còn bàn tay kia thì xuống được sâu hơn. Khi đầu chưa lọt, 2 bàn tay có hướng hội tụ (hình 2D).

## Ý nghĩa lâm sàng của khám thủ thuật Leopold

Ngôi và thế của thai nhi có ý nghĩa quan trọng trong đánh giá và dự báo chiều hướng diễn biến của cuộc chuyển dạ.

Thực hiện 4 thủ thuật Leopold trong ngôi chòm giúp:

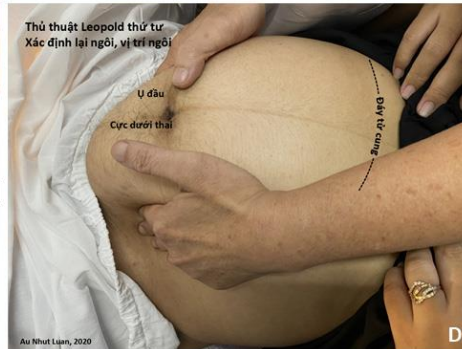
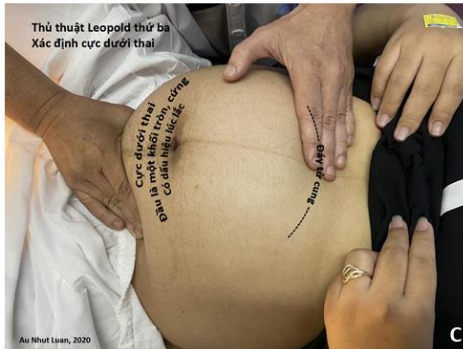
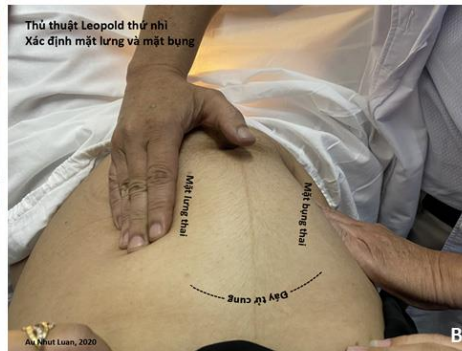
- Chẩn đoán được ngôi chòm.
- Nhận diện được thế trước hay thế sau.
- Ước đoán vị trí của ngôi còn cao hay sẽ lọt.

Các thủ thuật Leopold cũng có thể được dùng đơn lẻ:

- Khi muốn tìm vị trí để dò tìm thai trước mỗi lần “nghe”, thực hiện đơn lẻ thủ thuật thứ nhì
- Khi muốn đánh giá vị trí ngôi thai qua khám bụng, thực hiện thủ thuật thứ ba hay thứ tư, hay theo WHO (xem phần đánh giá vị trí ngôi theo WHO).

Kết quả khám 4 thủ thuật Leopold trong ngôi chòm:

- Trong thủ thuật thứ nhất, ngôi chòm được nhận biết qua nó là một ngôi dọc, cực trên là mông, cực dưới là đầu.
- Trong thủ thuật thứ tư, ngôi chòm có ụ đầu nằm cùng bên với mặt bụng của thai nhi.
- Trong thủ thuật thứ nhì, khám một ngôi chòm lưng trước (kiểu thế trước) sẽ cảm nhận mặt lưng của thai một cách dễ dàng, với vai của thai nhi nằm ở gần đường giữa. Trong khi đó, khám một ngôi chòm lưng sau (kiểu thế sau), sẽ khó cảm nhận được lưng, vì bị khuất phía sau, đồng thời sẽ thấy vai của thai nhi nằm xa đường giữa.
- Trong thủ thuật thứ ba, ngôi chòm là một khối tròn đều và cứng. Khi ngôi chưa lọt, có thể cảm nhận được một phần toàn bộ đầu thai. Khi ngôi đã lọt, sẽ khó cảm nhận cũng như khó lay động được đầu thai.
- Thực hiện thủ thuật thứ tư ở một ngôi chòm chưa lọt sẽ thấy hai bàn tay của người khám sẽ có hướng hội tụ vào nhau (khi ôm hai bên của đầu thai bằng các ngón tay). Khi ngôi đã lọt, 2 bàn tay có hướng phân kì.



**Hình 2:** Các thủ thuật Leopold.

Thủ thuật thứ nhất dùng để xác định cực nào của thai đang ở đáy tử cung (A).

Thủ thuật thứ nhì dùng để tìm bên nào là lưng, bên nào là bụng của thai (B).

Thủ thuật thứ ba dùng để xác định phần thai ở đoạn dưới tử cung (C).

Thủ thuật thứ tư dùng để xác định ụ đầu, và ước đoán vị trí của ngôi thai (D).

Nguồn: Âu Nhứt Luân, Bộ môn Phụ Sản ĐHY Dược TP.HCM, 2020

## ĐÁNH GIÁ ĐỘ LỘT CỦA NGÔI QUA KHÁM BỤNG

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, độ lọt của ngôi thai được đánh giá từ 5/5 đến 0/5 qua khám bụng.

Trong hướng dẫn sử dụng “Sổ đồ WHO, model 1993”, vị trí của ngôi thai so với eo trên được đánh giá bằng cách dùng số khoát ngón tay trên vệ cần để che kín đầu thai nhi.

Trong phương pháp này, người khám đặt cần đặt bàn tay của mình trên bụng người mẹ, sao cho cạnh trong của bàn tay trùng với bờ trên xương vệ.

Số khoát ngón tay cần để che kín phần đầu thai còn ở trên xương vệ được ghi nhận vị trí đầu thai.

Đánh giá lọt qua khám bụng theo WHO, 1993 (hình 3):

- Ngôi chòm gọi là cao, chưa lọt, khi cần đến  $\geq 3$  khoát ngón tay để che kín phần đầu thai còn ở trên xương vệ.
- Ngôi chòm được xem là lọt khi chỉ cần  $\leq 2$  khoát ngón tay để che kín phần đầu thai còn ở trên xương vệ.

## Ý nghĩa lâm sàng của đánh giá độ lọt qua khám bụng

Về mặt huấn luyện kỹ năng, do tính trực quan, nên huấn luyện người thực hành đánh giá độ lọt bằng khám bụng dễ hơn so với huấn luyện họ đánh giá độ lọt bằng khám âm đạo.

Đánh giá độ lọt qua khám bụng trực quan hơn, vì thế huấn luyện dễ dàng hơn. Hơn nữa, cách khám này không gây khó chịu cho thai phụ nên dễ dùng trong huấn luyện hơn.

Về mặt chính xác, đánh giá độ lọt bằng khám bụng không phụ thuộc vào biến dạng của đầu thai.

Khi đánh giá độ lọt qua khám âm đạo, rất dễ nhận định sai khi đầu thai bị biến dạng.

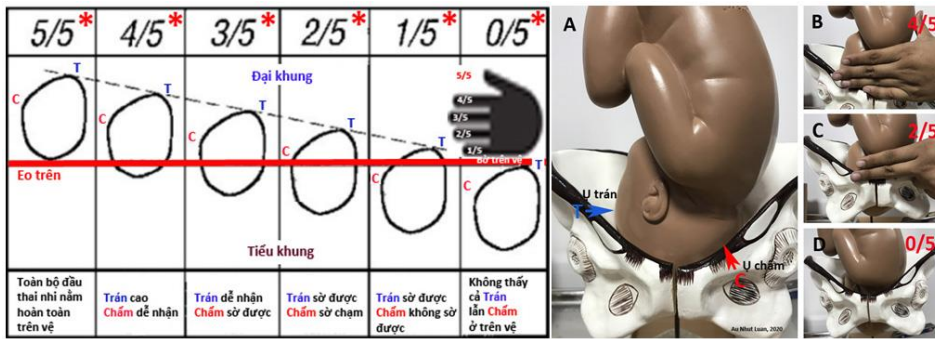
Đánh giá độ lọt qua khám bụng tránh được nhược điểm này.

Đánh giá độ lọt qua khám bụng là thăm khám “ít xâm lấn”.

Về tính “xâm nhập”, đánh giá độ lọt qua khám bụng giúp tránh được nguy cơ nhiễm khuẩn ngược dòng, do không cần phải đưa tay vào âm đạo.

Hơn nữa, khám bụng không gây phiền hà cho thai phụ khi phải lặp lại nhiều lần trong chuyển dạ, khi chưa cần thiết.





**Hình 3:** Đánh giá độ lọt qua khám bụng, theo hướng dẫn của WHO, 1993.

Bằng thủ thuật Leopold, nhận được ụ đầu thai (ụ trán) và chẩm của thai (A). Dấu \* thể hiện cần bao nhiêu khoát ngón tay để che kín đầu thai.

Ngôi chưa lọt khi cần  $\geq 3$  khoát ngón tay để che kín đầu thai (B).

Ngôi được xem là lọt kẻ từ khi khi cần  $\leq 2$  khoát ngón tay để che kín đầu thai (C, D).

Nguồn: WHO. Biên tập tiếng Việt theo nguyên tác gốc: The partograph. User's guide, 1993 (hình trái). Âu Nhật Luân, Bộ môn Phụ Sản ĐHY Dược TP.HCM, 2020 (các hình bên phải)

## DÒ TIM THAI BẰNG MÁY DOPPLER CẦM TAY

*Làm cách nào để “nghe” được tim thai?*

Nếu nói theo đúng nghĩa của từ nghe, thì chỉ có ống nghe gỗ (ống nghe) Pinard là phương tiện duy nhất để nghe âm thanh “thật” của các chuyển động đóng mở của các van tim thai.

Hiện nay, người ta không còn dùng ống nghe Pinard nữa.

Hoạt động tim thai được dò tìm và ghi nhận nhờ máy dò Doppler cầm tay.

Doppler dò tim thai “nghe” tim thai bằng cách dò hồi âm từ van tim hay dòng hồng cầu đang chuyển động, nhận ra chuyển động, và tạo âm thanh giả lập, giúp “nghe” được tim thai.

### *Dò tim thai bằng máy Doppler cầm tay*

Để dò tìm được tín hiệu tim thai tốt nhất, cần lưu ý thực hiện tốt các bước sau:

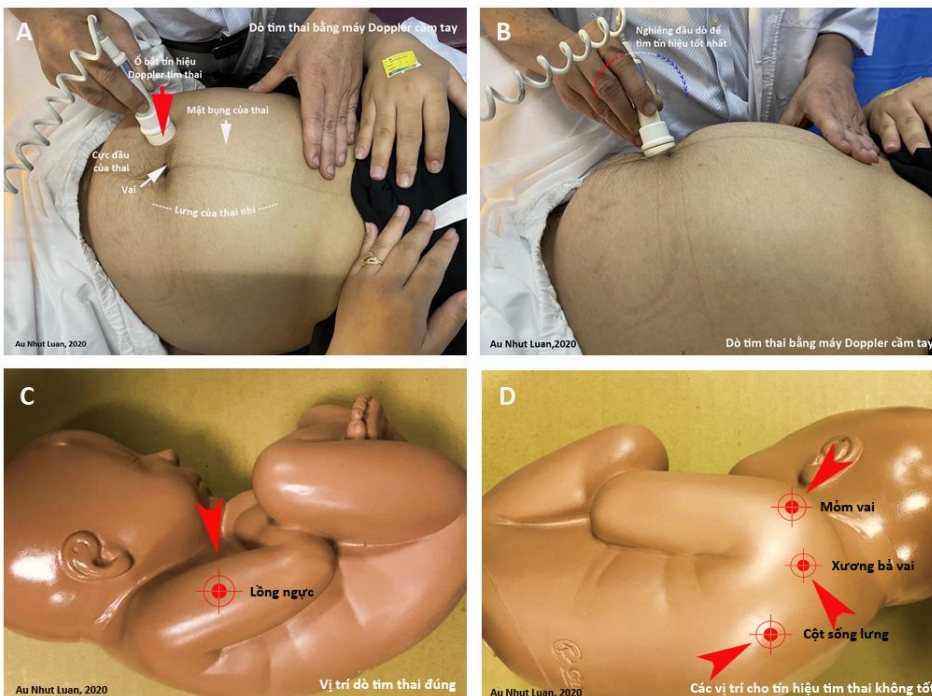
- Trước tiên là thực hiện các thủ thuật Leopold, nhằm xác định vị trí của móm vai và mặt bụng thai.
- Chọn vị trí dò tìm thai ở gần móm vai, phía mặt bụng. Đặt gel siêu âm lên vị trí này.
- Đặt đầu dò lên vị trí đã chọn, hướng đầu dò về lồng ngực.
- Nghiêng đầu dò để điều chỉnh góc phát-thu siêu âm, đến khi nhận được tín hiệu tốt nhất từ van tim.
- Giữ yên đầu dò, để “nghe” và đếm nhịp tim thai (hình 4).

Cần phân biệt tiếng của van tim và tiếng của dòng chảy:

- Tiếng đóng van tim là các tiếng “*crắc, rắc*”
- Tiếng của dòng chảy là các tiếng “*phụt, phụt*”

Khi “nghe” và đếm nhịp tim thai cần lưu ý:

- “Nghe” và đếm nhịp tim thai trong thời gian 1 phút.
- Ghi nhận nhịp tim thai, đều hay không đều.



**Hình 4:** Dò tim thai bằng máy Doppler cầm tay.

Các thủ thuật Leopold giúp xác định vị trí của móm vai và mặt bụng thai. Chọn vị trí dò tìm thai ở gần móm vai, phía mặt bụng (A, C).

Đặt đầu dò tại vị đã chọn, hướng đầu dò về lồng ngực (A). Không đặt đầu dò ở lưng hay trên móm vai (D).

Sau khi đã được đặt đúng vị trí, nghiêng nhẹ đầu dò cho đến khi nhận được tín hiệu tốt nhất (B).

Nguồn: Âu Nhật Luân, Bộ môn Phụ Sản và Trung tâm huấn luyện kỹ năng tiền lâm sàng khoa Y (ATCS), ĐH Y Dược TP.HCM, 2020

- Chuyển dạ nguy cơ thấp.
- Đầu chuyển dạ đã có một CTG loại I (ACOG).
- Không có sự kiện bất thường.

Đối với chuyển dạ nguy cơ cao, thực hiện EFM có ưu thế vượt trội so với dò tim thai bằng Doppler. Lí do là khả năng cao có sự kiên trì trong, đột ngột trong chuyển dạ nguy cơ cao.

## BẮT CƠN CO TỬ CUNG BẰNG TAY

Vị trí tốt nhất để bắt cơn co tử cung là vùng rốn.

Đặt lòng bàn tay lên bụng sản phụ, tại vùng quanh rốn.

Thành bụng mỏng nhất ở vùng này và biên độ co cơ tử cung cũng là lớn nhất ở vùng này.

Cảm nhận tử cung co bằng lòng bàn tay.

Không bắt cơn co bằng các đầu ngón tay (hình 5).

Bắt cơn co trong  $\geq 10$  phút, hay bắt  $\geq 3$  cơn co liên tiếp.

Ghi nhận các thông tin về cơn co tử cung:

- Tần số, tính đều đặn của cơn co tử cung trong 10 phút
- Tương quan thời gian co: thời gian nghỉ
- Cường độ cơn co và trương lực cơ bản của tử cung khi không có cơn co.

Ghi nhận trương lực cơ bản, thời gian co và thời gian nghỉ.

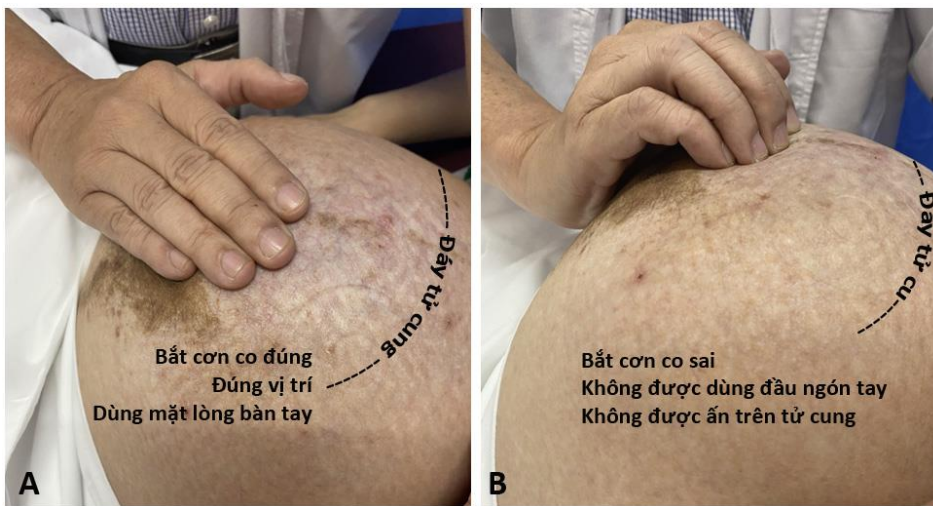
- Trương lực cơ bản là trương lực tử cung ngoài cơn co.
- Thời gian co: từ lúc bắt đầu gò, đến khi mềm hẳn.
- Thời gian nghỉ: từ cuối cơn co này đến đầu cơn co sau.

Gọi là cơn co mạnh khi tử cung co cứng.

Có thể thử cảm nhận “cơn co mạnh” bằng cách ấn đầu ngón tay lên tử cung. Trong cơn co mạnh, không ấn được đầu ngón tay lõm xuống khi tử cung đang co.

Việc set trương lực cơ bản khi thực hiện EFM ngoài rất phổ biến. Khám cơn co bằng tay hạn chế được lỗi do set sai monitor.

Trong thực hiện EFM ghi ngoài, nếu nghi ngờ về báo cáo cường độ, trương lực cơ bản của cơn co trên CTG, nên thực hiện bắt cơn co bằng tay để kiểm tra.



**Hình 5:** Bắt cơn co tử cung.

Cơn co được bắt đúng (A). Vị trí bắt cơn co là ở đáy tử cung, gần rốn, nơi biên độ co là lớn nhất và thành bụng mỏng nhất. Cảm nhận cơn co bằng cách áp lòng bàn tay lên vùng bắt cơn co.

Bắt cơn co sai kỹ thuật (B). Không được bắt cơn co bằng đầu ngón tay, cũng không được dùng đầu ngón tay ấn trên tử cung.

Nguồn: Âu Nhựt Luân, Bộ môn Phụ Sản ĐHY Dược TP.HCM, 2020

## KHÁM ÂM ĐẠO

Mục đích của khám âm đạo là gì?

Khám âm đạo được thực hiện chủ yếu trong chuyển dạ.

Ngoài chuyển dạ, và nếu không có triệu chứng định hướng, thì ít khi phải khám âm đạo.

Khám âm đạo là để đánh giá sự tiến triển của chuyển dạ.

- Đánh giá sự thay đổi của cổ tử cung.
- Đánh giá tiến triển của ngôi trong đường sanh.

Tư thế của thai phụ khi khám

Thực hiện khám trên bàn sanh, thai phụ gác chân trên giá đỡ.

Chuẩn bị trước khi thực hiện khám âm đạo

Tôn trọng nguyên tắc vô khuẩn

- Rửa sạch vùng âm hộ trước khám.
- Rửa tay trước khi khám, đi găng vô khuẩn để khám.

Khám âm đạo trong chuyển dạ có những nội dung gì?

Khám âm đạo trong chuyển dạ gồm:

- Khám cổ tử cung: mở cổ tử cung, xóa cổ tử cung.
- Khám ngôi thai: định ngôi, kiểu thế, vị trí của ngôi.
- Khám khung chậu.

## Khám độ mở cổ tử cung trong chuyển dạ

Trước hết hãy tự chế tạo một công cụ để tự luyện tập cảm giác về khám mở cổ tử cung bằng 2 ngón tay trỏ và giữa (hình 6).

Khi đã thuần thục, sẽ khám trên mô hình và thai phụ.

- Đưa ngón trỏ và ngón giữa vào âm đạo, tìm cổ tử cung.
- Khi đã tìm thấy cổ tử cung, mở 2 ngón tay ra dần dần, đến khi chúng chạm vào mép cổ tử cung.
- Ghi nhận độ mở cổ tử cung.

Gọi là cổ tử cung đóng khi không thể được một ngón tay qua lỗ cổ tử cung.

Khi cổ tử cung đã mở, mô tả độ mở cổ tử cung bằng đơn vị centimet (cm).

Gọi là cổ tử cung mở trọn hay mở hết khi không còn sờ thấy cổ tử cung khi khám.

Cổ tử cung mở trọn được ghi theo qui ước là mở 10 cm.

## Khám độ xóa cổ tử cung trong chuyển dạ

Xóa cổ tử cung là thuật ngữ chỉ tình trạng chiều dài của kênh cổ tử cung bị rút ngắn dần trong chuyển dạ.

Xóa cổ tử cung cũng có thể được hiểu là sự mỏng dần đi của cổ tử cung, do các thành phần cơ cổ tử cung bị rút lên trên.

Xóa cổ tử cung thể hiện đã có cơn co chuyển dạ có hiệu quả.



Xóa cổ tử cung được khám bằng cách ước lượng sự rút ngắn của kênh tử cung hay sự mỏng đi của độ dày của cổ cung.

Ngoài chuyển dạ, một kênh cổ tử cung chưa bị xóa có chiều dài (từ lỗ ngoài đến lỗ trong) khoảng 3 cm (tức khoảng hơn một đốt ngón trỏ).

Gọi là cổ tử cung đã xóa khi kênh cổ tử cung bị ngắn đi, hay khi cổ tử cung mỏng đi.

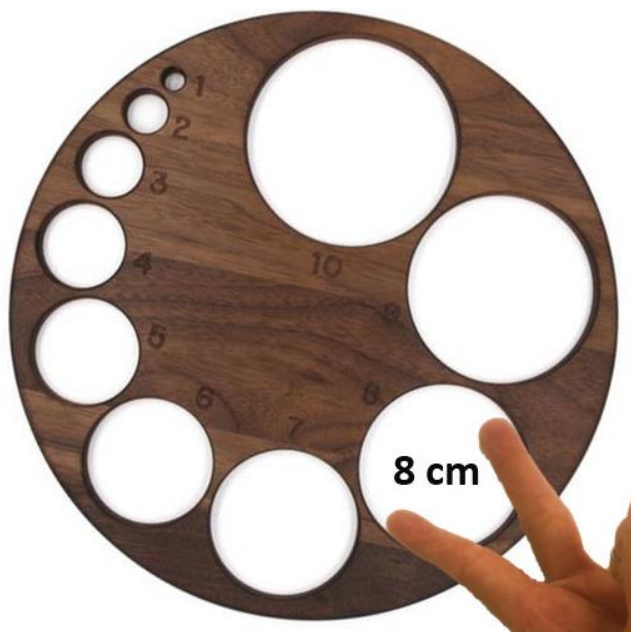
Độ xóa được mô tả bằng %, so với một cổ tử cung chưa xóa.

Một số ví dụ:

Một cổ tử cung xóa 30% là cổ cung có chiều dài kênh tử cung (từ lỗ ngoài đến lỗ trong) khoảng 2 cm (bằng 1 đốt ngón trỏ).

Một cổ tử cung xóa 50% là cổ cung có chiều dài kênh tử cung khoảng 1.5 cm (ngắn hơn 1 đốt ngón trỏ).

Một cổ tử cung xóa 80% là cổ cung chỉ còn dày khoảng 5 mm.



**Hình 6:** Mô hình tự huấn luyện khám mở cổ tử cung bằng gỗ. Sinh viên có thể tự làm cho mình mô hình huấn luyện tương tự bằng bìa cứng để tập luyện.

Đặt 2 ngón tay vào lỗ tròn, sao cho cạnh ngón tay chạm vào mép lỗ tròn. Ghi nhớ cảm giác về vị trí của các ngón tay, ứng với từng đường kính một.

Nhắm mắt lại, cho tay vào lỗ tròn. Thử cảm nhận cảm giác và xác định độ mở. Lặp lại nhiều lần đến khi luôn nói chính xác đường kính của lỗ tròn.

Hình cho thấy một người đang tập luyện cảm giác cổ tử cung mở 8 cm.

Nguồn: Âu Nhật Luân, Bộ môn Phụ Sản ĐHY Dược TP.HCM, 2020

### Khám xác định ngôi thai, kiểu thể của ngôi

Khám bụng đã giúp bạn có ý niệm về ngôi thai.

Khám âm đạo xác định ngôi nhờ điểm mốc của ngôi.

Điểm mốc của ngôi chòm là thóp sau. Thóp sau có hình tam giác, tạo bởi xương chẩm và 2 xương đỉnh.

Cách xác định kiểu thể của ngôi chòm qua khám âm đạo:

Trước tiên hãy tìm đường liên thóp. Đường liên thóp là đường thẳng nối liên thóp sau và thóp trước, là khớp giữa hai xương đỉnh. Khi đưa tay chạm vào ngôi thai, thấy đường này nằm ngay chính diện, ở giữa vòng tròn vẽ bởi cổ tử cung (hình 7).

Kế đến, lần theo đường liên thóp về phía trước (vị trí 10 đến 2 giờ của hình tròn cổ tử cung), đến khi thấy nơi xương đỉnh tiếp xúc với các xương khác. Đếm số xương mà bạn sờ thấy.

Nếu bạn chỉ thấy có 2 xương đỉnh và duy nhất một xương khác, thì xương thứ ba đó chính là xương chẩm.

Có một khoảng trống nằm giữa 3 xương. Đó là thóp sau.

Nếu đếm được 4 xương, thì 2 xương sờ được thêm là 2 xương trán. 4 xương này chừa ra 1 khoảng trống tứ giác là thóp trước.

Nếu không tìm thấy được thóp sau ở phía trước, hãy lần ra phía sau (vị trí 4 đến 8 giờ), và thực hiện động tác tương tự.

Vị trí của thóp sau giúp xác định kiểu thể.

Ngôi chòm, kiểu thể Chằm Chậu Trái Trước có đường liên thóp nằm theo hướng 2-8 giờ, sờ thấy thóp sau ở vị trí 1-2 giờ.

Ngôi chòm, kiểu thể Chằm Chậu Phải Sau có đường liên thóp nằm theo hướng 2-8 giờ, sờ thấy thóp sau ở vị trí 7-8 giờ.

### Khám xác định vị trí và sự biến dạng của ngôi thai

Ngôi chòm gọi là lọt khi phần xương thấp nhất của đầu thai đi ngang qua mức của hai gai hông.

Trước tiên, hãy đi tìm phần thấp nhất của ngôi thai.

Chỉ xem xét vị trí của phần xương cứng, không xem xét đến phần mềm (da, bướu tương dịch...)

So sánh vị trí của phần xương cứng này với 2 gai hông.

Nếu phần xương thấp nhất của ngôi đã ở ngang mức hai gai hông thì ta gọi là ngôi đã lọt (hình 8).

Qui ước “ngôi chòm ở vị trí zero” khi phần xương thấp nhất của ngôi chòm nằm ở ngang mức của hai gai hông.

Khi ngôi chòm chưa lọt đến mức zero, các vị trí được qui ước ghi bằng -1, -2, -3. Con số mang tính chất tương đối.

- -3 thể hiện ngôi còn ở rất cao so với mốc zero.
- -1 thể hiện ngôi vẫn còn chưa đạt đến mức zero.

Khi ngôi chòm xuống sâu hơn mức zero, các vị trí được qui ước ghi bằng +1, +2, +3. Con số mang tính chất tương đối.

- +3 thể hiện ngôi đã thấp thò âm hộ.
- +1 thể hiện ngôi vừa vượt qua khỏi mức zero.

Khám âm đạo còn để xác định sự biến dạng của ngôi thai.

Khi gặp khó khăn ở thì lọt, các xương sọ lên nhau để thu nhỏ đường kính lưỡng đỉnh để lọt.

Hiện tượng này được gọi là hiện tượng chòm xương sọ.

Khi có chòm xương sọ, khám âm đạo sẽ không thấy được đường liên thóp nữa, mà chỉ thấy được một gờ tạo bởi xương đỉnh này chòm lên xương đỉnh kia.

Khi gặp khó khăn ở thì lọt, ngôi chòm cũng có thể nghiêng đầu sang một bên, đưa trước một bướu đỉnh đi vào tiểu khung trước, bướu đỉnh còn lại sẽ lọt sau, gây lọt không đối xứng.

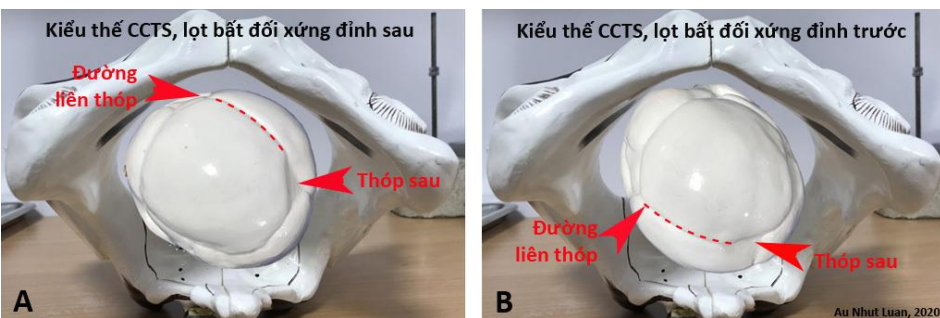
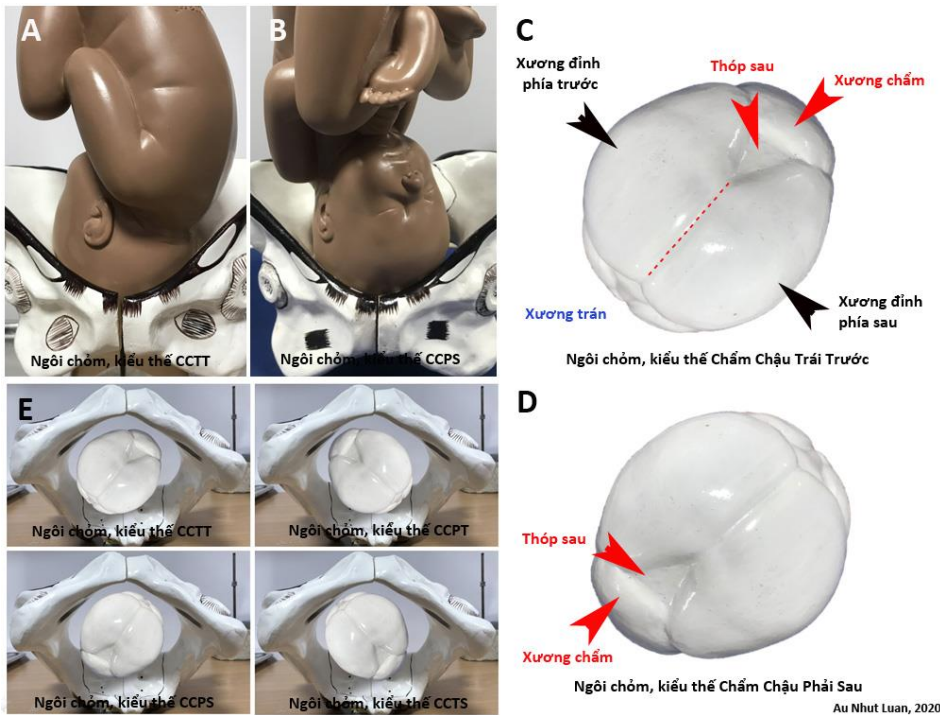
Khi có lọt không đối xứng, đường kính lưỡng đỉnh sẽ đi theo một đường zig-zag khi di chuyển trong tiểu khung.

Khi khám âm đạo một ngôi chòm lọt không đối xứng, thấy có một xương đỉnh được sờ thấy nhiều hơn xương đỉnh còn lại.

Gọi là bất đối xứng đỉnh sau khi sờ thấy chủ yếu là xương đỉnh sau (xương đỉnh ở phía xương cùng) (hình 8).

Khi đó, có thể sờ thấy vành tai của thai, nên còn gọi một cách hình tượng là “ngôi vành tai”.

Gọi là bất đối xứng đỉnh trước khi sờ thấy chủ yếu là xương đỉnh trước (xương đỉnh ở phía xương vệ) (hình 9).



### Đánh giá khung chậu qua khám âm đạo

Đánh giá khung chậu ngoài ít có giá trị.

Các bệnh lý hay tật của hệ vận động xảy ra từ tuổi ấu niên có thể gây ra vẹo lệch khung chậu.

Đánh giá khung chậu trong qua khám âm đạo có thể giúp ước định tình trạng của khung chậu.

Đánh giá khung chậu trong gồm đánh giá eo trên, đánh giá eo giữa và đánh giá eo dưới.

Hẹp eo trên là trở ngại quan trọng nhất trên đường sanh.

Eo trên được đánh giá qua đường kính móm nhô-hạ vệ và ước định phần gờ vô danh sờ thấy được khi khám.

Móm nhô được tìm bằng cách lần theo mặt trước xương cùng, đến khi tìm thấy phần cao nhất của xương cùng.

Bình thường, sẽ không sờ thấy móm nhô, tức không thể sờ thấy phần cao nhất của xương cùng.

Khi khung chậu bị giới hạn ở đường kính móm nhô-hạ vệ, sẽ sờ thấy được điểm cao nhất của xương cùng (hình 10). Nếu sờ được móm nhô, thì phải đo đường kính móm nhô-hạ vệ.

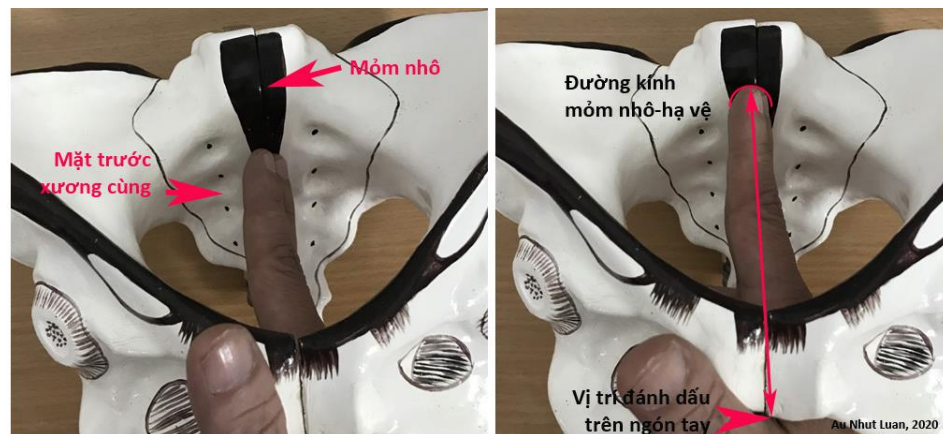


Lấy đầu của hạ vệ trên cạnh ngón tay, rồi đo khoảng cách từ đầu này đến đầu mút của ngón tay trở.

Bình thường chỉ sờ được  $\leq \frac{2}{3}$  gờ vô danh.

Đường kính ngang eo trên được đánh giá bằng cách khám các gờ vô danh.

Tìm các gờ vô danh 2 bên. Khi đã tìm thấy thì lần theo gờ vô danh ra phía ngoài đến khi “mất dấu”.



**Hình 10:** Khám đường kính móm nhô-hạ vệ. Lần ngón tay trở lên trên theo mặt trước xương cùng, đến khi chạm được móm nhô.

Áp cạnh ngón trở sát vào bờ dưới khớp vệ, đánh dấu trên cạnh ngón tay. Lấy tay ra và đo khoảng cách chim bay từ vị trí đánh dấu đến đầu ngón trở.

Nguồn: Âu Nhứt Luân, Bộ môn Phụ Sản và Trung tâm huấn luyện kỹ năng tiền lâm sàng khoa Y (ATCS), ĐHY Dược TP.HCM, 2020



**Hình 11:** Khám các gờ vô danh đánh giá đường kính ngang eo trên. Lần ngón tay trở theo gờ vô danh ra phía ngoài, đến khi “mất dấu”.

Nếu đường kính ngang eo trên đủ rộng, thì chỉ có thể lần được đến  $\leq \frac{2}{3}$  chiều dài của gờ vô danh, nghĩa là vẫn chưa đến điểm nó đổi hướng quay về phía trong.

Nếu đường kính ngang eo trên bị giới hạn, thì có thể lần được đến  $\geq \frac{2}{3}$  chiều dài của gờ vô danh, nghĩa là thấy được gờ vô danh chuyển hướng quay về phía trong.

Nguồn: Âu Nhứt Luân, Bộ môn Phụ Sản và Trung tâm huấn luyện kỹ năng tiền lâm sàng khoa Y (ATCS), ĐHY Dược TP.HCM, 2020

Hẹp eo giữa gây khó khăn cho thì xuống và xoay trong.

Eo giữa được đánh giá bằng cảm nhận tính chất, khoảng cách giữa hai gai hông và cảm nhận độ cong xương cùng.

Đường kính ngang eo giữa được đánh giá bằng khoảng cách giữa 2 gai hông (hình 12).

Ở khung chậu bình thường, 2 gai hông tù, cách xa nhau.

Qua khám âm đạo, tìm thấy 2 gai hông ở vị trí 4 giờ và 8 giờ.

Cảm nhận mức độ “nhô” và khoảng cách giữa chúng.

Ở khung chậu dạng phụ, 2 gai hông thường tù, xa nhau.

Ở khung chậu dạng nam, gai hông thường có dạng nhọn, nhô nhiều vào lòng của ống sanh, thu hẹp khoảng cách giữa chúng.

Khoảng không hữu dụng của eo giữa chỉ có thể cảm nhận rất chủ quan, qua đánh giá độ cong của xương cùng.

Đường sanh có dạng một ống cong. Sau khi lọt vào tiểu khung, thai nhi sẽ lợi dụng khoảng không trước xương cùng để xoay trở và đi xuống.

Nếu khoảng không gian này đủ rộng, thai nhi sẽ xoay trở và xuống dễ dàng. Điều này thể hiện qua một khung chậu có xương cùng cong một cách “vừa phải”.

Khung chậu dạng phụ có độ cong xương cùng vừa phải.

Xương cùng phẳng sẽ làm cho khoảng không gian xoay trở của ngôi bị thu hẹp.

Xương cùng quá cong sẽ tạo ra một khúc quanh rất gắt, hạn chế sự đi xuống của ngôi.

Bất thường của eo dưới gây một ít khó khăn cho cuộc sanh.

Đường kính ngang của eo dưới được đo trực tiếp bằng khoảng cách lưỡng ụ ngồi.

Bình thường, đường kính lưỡng ụ ngồi luôn lớn hơn bề ngang của một nắm đấm.

Dùng tay sờ và xác định vị trí của hai ụ ngồi, sau đó đo khoảng cách này.

Cũng có thể ước chừng khoảng cách này bằng bề ngang của một nắm đấm.

Khoảng cách lưỡng ụ ngồi bình thường sẽ dài hơn bề ngang của một nắm đấm (hình 11).

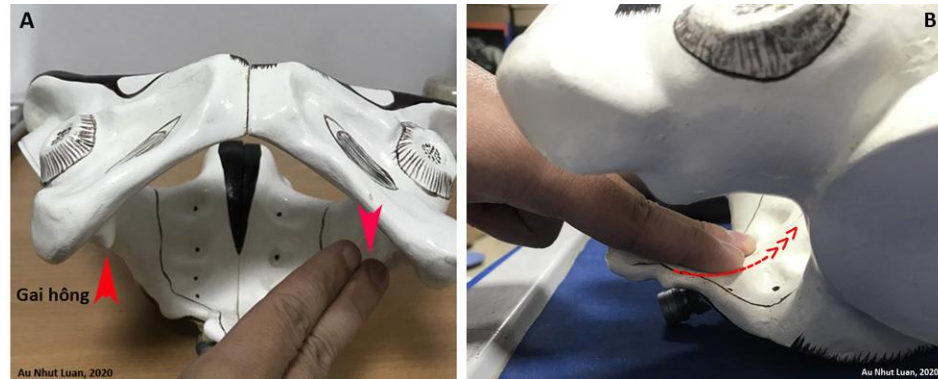
Có thể đo trực tiếp độ lớn của góc vè.

Bình thường, góc vè là một góc tù.

Đặt hai ngón cái của hai bàn tay dọc theo hai cạnh ngồi mu. 2 ngón tay cái sẽ vẽ được một góc, đó chính là góc vè (hình 13).

Góc vè bình thường là một góc tù. Điều này đảm bảo cho ngồi áp sát vào bờ dưới của xương vè khi sổ thai.

Góc vè gọi là hẹp khi nó là một góc nhọn ( $\leq 90^\circ$ ). Góc vè hẹp đẩy ngồi ra phía sau, không cho ngồi áp vào bờ dưới xương vè khi sổ, dễ gây rách tầng sinh môn.

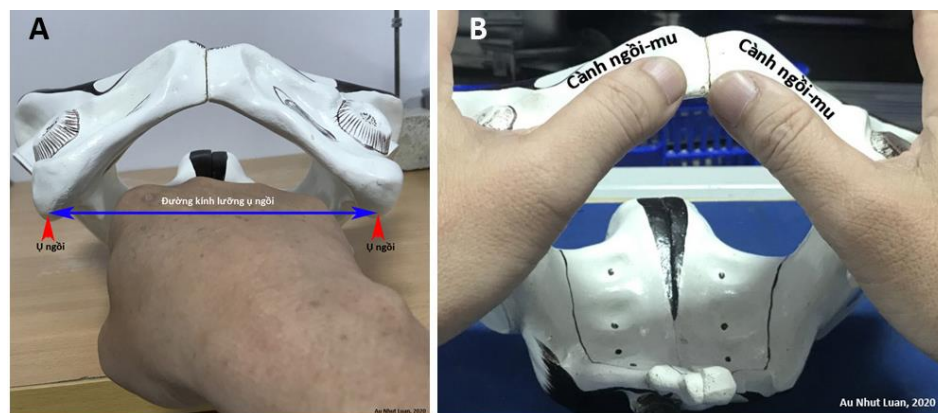


**Hình 12:** Khám đường kính ngang eo giữa và độ cong xương cùng.

Đánh giá đường kính ngang eo giữa bằng cảm nhận “mức độ nhỏ” của gai hông và phỏng đoán khoảng cách giữa hai gai hông (A).

Vuốt dọc theo mặt trước xương cùng để cảm nhận độ cong của nó (B).

Nguồn: Âu Nhựt Luân, Bộ môn Phụ Sản và Trung tâm huấn luyện kỹ năng tiền lâm sàng khoa Y (ATCS), ĐHY Dược TP.HCM, 2020



**Hình 13:** Khám đường kính ngang eo dưới và góc vè.

Đánh giá đường kính ngang eo dưới bằng cách đặt nắm tay vào giữa 2 ụ ngồi. Đường kính lưỡng ụ ngồi bình thường sẽ lớn hơn bề ngang của 1 nắm đấm (A).

Đánh giá góc vè bằng cách đặt hai ngón cái theo cạnh ngồi mu. Hai ngón này sẽ vẽ ra góc vè (B).

Nguồn: Âu Nhựt Luân, Bộ môn Phụ Sản và Trung tâm huấn luyện kỹ năng tiền lâm sàng khoa Y (ATCS), ĐHY Dược TP.HCM, 2020

## KHÁM QUA MỔ VỊT

### Khi nào cần đặt mổ vệt để khám cho thai phụ?

Cần đặt mổ vệt khi muốn quan sát tính chất của dịch âm đạo khi có ra dịch âm đạo bất thường, hay xuất huyết.

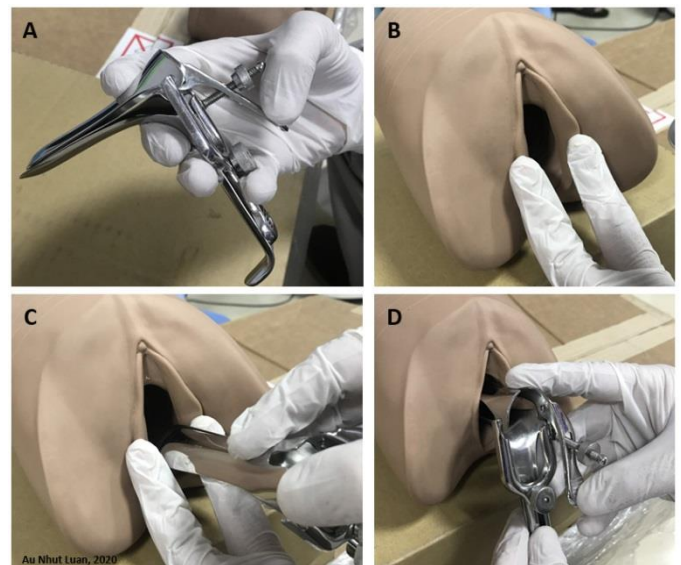
Trên lâm sàng, thường phải đặt mổ vệt để khám khi:

- Thai phụ than phiền tiết dịch âm đạo bất thường.
- Xuất hiện các triệu chứng nghi ngờ có vỡ ối.
- Xuất huyết âm đạo bất thường.

### Chuẩn bị trước khi thực hiện đặt mổ vệt

#### Tôn trọng nguyên tắc vô khuẩn

- Rửa sạch vùng âm hộ trước khám.
- Rửa tay trước khi khám.
- Đi găng vô khuẩn khi khám.
- Thai phụ cần đặt bông sát mép bàn khám.



**Hình 14:** Các bước của thao tác đặt mổ vệt.

Nguồn: Âu Nhựt Luân, 2020



Hãy chọn mỏ vịt có chất liệu và kích thước phù hợp với mục đích quan sát.

Điều này sẽ giúp quan sát rõ các dấu hiệu muốn tìm.

Ở thai phụ với thai đã lớn, nên chọn mỏ vịt cỡ lớn. Mỏ vịt nhỏ cho một trường quan sát rất kém ở giai đoạn cuối của thai kỳ.

Kỹ năng đặt mỏ vịt được mô tả như ở hình 12:

- Đặt thai phụ đúng tư thế, mông sát mép bàn, dùng hai ngón trỏ và giữa của bàn tay trái để tách nhẹ hai môi bé (B).

- Cầm mỏ vịt bằng tay phải, giữ 2 lá của mỏ vịt ở tư thế khép kín bằng ngón trỏ và giữa, ngón 4 và 5 dùng để giữ mỏ vịt (A).
- Nghiêng mỏ vịt 45° trước khi đưa mỏ vịt vào âm đạo (C).
- Khi đã đưa được mỏ vịt vào đủ sâu như mong muốn, bật nhẹ nhàng các lá mỏ vịt bằng ngón tay cái của bàn tay phải, cố định bằng ốc, rồi thực hiện quan sát âm đạo (D).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Âu Nhật Luân. *Các bài giảng liên quan đến sinh lý chuyển dạ sinh ngôi chòm và khung chậu về phương diện sản khoa*. Bài giảng Sản khoa. Bộ môn Phụ Sản Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. 1<sup>st</sup> Ed. Nhà xuất bản Y học, 2020, pp 321-328.
2. *William's Obstetrics*. 21<sup>st</sup> Ed. 1998. Appleton & Lange. pp 279-282.