

Cơ chế sanh ngôi chòm

Đỡ sanh thường ngôi chòm

Phạm Văn Đức¹, Âu Nhựt Luân²

© Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

¹ Giảng viên, Bộ môn Phụ Sản Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: phamvanduc1998@gmail.com

² Giảng viên, Bộ môn Phụ Sản Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: aunhutluan@gmail.com

Mục tiêu bài giảng

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Mô tả được hiện tượng lọt trong quá trình chuyển dạ sanh ngôi chòm
2. Mô tả được hiện tượng xuống trong quá trình chuyển dạ sanh ngôi chòm
3. Mô tả được hiện tượng xoay trong quá trình chuyển dạ sanh ngôi chòm
4. Mô tả được hiện tượng sổ trong quá trình chuyển dạ sanh ngôi chòm
5. Mô tả được cách đỡ đầu và đỡ vai trong một cuộc sanh ngôi chòm

Ngôi chòm là một ngôi mà trong phần lớn các trường hợp sẽ sanh được qua đường âm đạo.

Cơ co tử cung là động lực của quá trình sanh, nhờ đó mà thai nhi hoàn thành việc di chuyển qua đoạn đường trong khung chậu.

Trong cuộc sanh ngôi chòm, mỗi phần lớn nhất của thai nhi (đầu, vai, mông) đều phải lần lượt qua các eo của khung chậu: eo trên, eo giữa, eo dưới. Quá trình này được chia ra những thì tuần tự như sau:

1. Qua eo trên gọi là thì lọt
2. Đi từ eo trên xuống eo dưới gọi là thì xuống và xoay
3. Qua eo dưới gọi là thì sổ

Người ta xếp các hiện tượng trên làm ba thì nhưng trong thực tế, các hiện tượng trên xảy ra kế tiếp nhau, hiện tượng này chưa hoàn tất thì hiện tượng sau đã bắt đầu. Do các hiện tượng chồng lấn lên nhau, không có sự phân định rõ ràng của từng giai đoạn hay hiện tượng, nên cũng có thể chia cơ chế sanh thành hai thì:

1. Thì lọt và xuống, xảy ra ở các vị trí cao
2. Thì xoay và sổ, xảy ra ở các vị trí thấp

Trước khi ngôi lọt, xảy ra các hiện tượng bình chỉnh, nhằm đưa phần thai có kích thước nhỏ nhất trình trước eo trên. Bình chỉnh gồm:

1. Bình chỉnh của ngôi về ngôi đầu, xảy ra vào các tuần cuối của thai kỳ
2. Bình chỉnh từ ngôi đầu thành ngôi chòm, xảy ra trong chuyển dạ

Trong những tuần cuối cùng của thai kỳ, khi phần thân thai đã trở nên lớn hơn rất nhiều so với phần đầu thai, thì thân thai sẽ có xu hướng di chuyển lên phía đáy tử cung, là nơi rộng rãi hơn, còn đầu thai, do có kích thước nhỏ, sẽ hướng về phía dưới, là nơi có thể tích hẹp hơn. Hiện tượng này được gọi là sự bình chỉnh về ngôi đầu.

Khi vào chuyển dạ, dưới tác dụng của cơ co tử cung, ngôi đầu sẽ bình chỉnh thêm một lần nữa. Trong lần bình chỉnh này, ngôi đầu sẽ cúi thêm đến mức tối đa theo trục dọc, để cằm chạm vào thân thai, hình thành ngôi chòm. Hiện

tượng này được gọi là sự bình chỉnh về ngôi chòm (accommodation).

Đồng thời với hiện tượng cúi đầu, vai của thai sẽ thu gọn lại để chuẩn bị cho cuộc sanh, gọi là hiện tượng thu hình (postural change).

Hiện tượng bình chỉnh và thu hình có vai trò rất quan trọng, vì nó giúp ngôi sẽ định hướng để đưa phần thai có kích thước nhỏ nhất ra trình trước eo trên.

Khi xuất hiện cơ co tử cung chuyển dạ, ngôi đã bình chỉnh bắt đầu tiến trình vượt qua eo trên. Ngôi sẽ vượt qua eo trên bằng đường kính nhỏ nhất có thể được.

Ngôi gọi là lọt khi đường kính lọt của ngôi đã đi qua được mặt phẳng của eo trên.

Như vậy, ngôi muốn lọt qua eo trên thì đường kính lọt của ngôi phải đi qua một trong hai đường kính chéo của eo trên là 12.75 cm. Đường kính chéo là đường kính đi từ khớp cùng-chậu bên này sang gai mào chậu lược bên đối diện. Gọi là **đường kính chéo phải hay chéo trái tùy thuộc vào đường kính đó đi qua khớp cùng-chậu bên phải hay bên trái.**

Đường kính lọt lý thuyết của ngôi chòm là **đường kính hạ cằm-thóp trước.**

Ngôi chòm gọi là lọt khi đường kính hạ cằm thóp trước vượt qua khỏi bình diện của eo trên.

Trên lâm sàng, người ta dùng đường kính lưỡng đỉnh thay vì dùng đường kính hạ cằm-thóp trước.

Trong ngôi chòm, đường kính lọt là đường kính hạ cằm-thóp trước. Khi đầu cúi tối đa, ngôi sẽ đưa đường kính hạ cằm thóp trước, có số đo 9.5cm, đi vào mặt phẳng của eo trên, rồi vượt qua được eo này. Đường kính hạ cằm thóp trước là đường kính lọt lý thuyết của ngôi chòm.

Trên lâm sàng, do không thể khám được hạ cằm, nên đường kính hạ cằm-thóp trước không có ý nghĩa lâm sàng. Thay vào đó, người ta thường dùng một đường kính khác, ở cùng bình diện với đường kính hạ cằm-thóp trước (có nghĩa là nó sẽ cùng với đường kính hạ cằm-thóp trước tạo ra được một mặt phẳng, gọi là mặt phẳng lọt) và có cùng số đo với đường kính hạ cằm-thóp trước để đánh

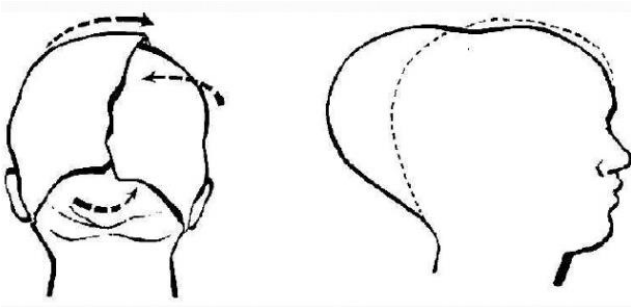
giá trên lâm sàng: đó chính là đường kính nối 2 ụ đỉnh, có số đo 9.5cm, gọi là đường kính lưỡng đỉnh. Trong trường hợp bình thường, mặt phẳng chứa cả hai đường kính lọt lưỡng đỉnh và hạ cằm thóp trước sẽ đi vào eo trên.

Uốn khuôn và lọt không đối xứng là các **dấu chỉ của tình trạng bất xứng đầu-chậu**.

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: hiện tượng uốn khuôn
2. Đi vào theo một mặt phẳng khác: lọt bất đối xứng

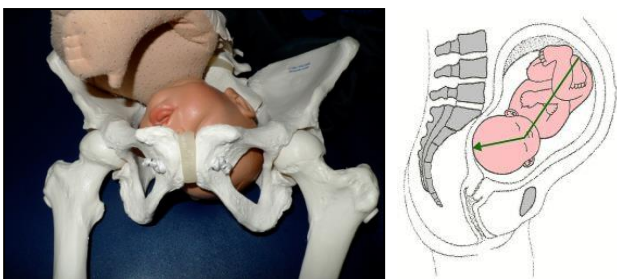
Chồng các xương sọ lên nhau: Do các xương sọ ở thai vẫn chưa liền, nên thai có khả năng chồng sọ để làm giảm các kích thước của đầu, uốn khuôn theo hình dạng của ống sanh. Ta gọi là hiện tượng uốn khuôn của đầu thai. Bất tương xứng giữa đầu thai và khung chậu càng nhiều thì hiện tượng uốn khuôn càng 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.



Hình 1: Chồng xương sọ

Các xương sọ chồng lẫn lên nhau giúp ngôi giảm thiểu số đo của đường kính lọt. Uốn khuôn là dấu chỉ của tình trạng bất tương xứng giữa khung chậu mẹ và các đường kính lọt của thai nhi.

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. Ta gọi là hiện tượng lọt không đối xứng.



Hình 2: Lọt không đối xứng

Khi có bất tương xứng giữa kích thước của eo trên và các kích thước của đầu thai, thì thai sẽ đi vào tiểu khung theo một mặt phẳng khác, bằng cách nghiêng đầu sang bên, để lách tuần tự từng bướu đỉnh vượt qua lối vào hẹp. Mặt phẳng lọt không còn song song với mặt phẳng của eo trên nữa. Khi đó, chỉ thấy có một bướu đỉnh trình trước eo trên.

Như vậy, các hiện tượng biến hình, gồm uốn khuôn và lọt không đối xứng là các dấu chỉ của sự bất tương xứng giữa khung chậu mẹ và các đường kính lọt của thai nhi.

Có hai cách chẩn đoán hiện tượng lọt, một qua khám bụng và một qua khám âm đạo.

Nhận định sai về hiện tượng lọt có thể dẫn đến các sai lầm chết người trong theo dõi chuyển dạ và đỡ sanh ngôi chồm.

Chẩn đoán lọt là một trong những nhiệm vụ khó khăn nhất phải thực hiện trong chuyển dạ. Nhận định sai về hiện tượng lọt có thể dẫn đến các sai lầm chết người trong theo dõi chuyển dạ và đỡ sanh ngôi chồm.

Có thể chẩn đoán hiện tượng lọt qua

1. Khám bụng
2. Khám âm đạo

Chẩn đoán lọt qua khám bụng dựa vào đánh giá phần đầu thai nhi còn nằm trên xương vệ, thể hiện bằng số các khớp ngón tay cần thiết để che được phần đầu thai nhi còn đang ở trên vệ.

Phần đầu thai nhi còn trên xương vệ tương ứng độ rộng bao nhiêu ngón tay khép lại sẽ tương ứng với độ lọt bao nhiêu phần năm.

Nếu toàn bộ đầu thai nhi nằm trên xương vệ, tương ứng với chiều rộng của năm ngón tay khi khép lại, ta nói đầu ở vị trí 5/5.

Nếu toàn bộ thai nhi đã xuống dưới xương vệ, ta nói đầu ở vị trí 0/5.

Ngôi thai lọt sẽ có vị trí khoảng 2/5.

5/5	4/5	3/5	2/5	1/5	0/5
Ch	Ch	Ch	Ch	Ch	Ch
Ố bụng	Ố bụng	Ố bụng	Ố bụng	Ố bụng	Ố bụng
Eo trên	Eo trên	Eo trên	Eo trên	Eo trên	Eo trên
Trán: cao	Trán: cao	Trán: sờ dễ	Trán: sờ được	Trán: sờ được	Trán: sờ không
Chăm: cảm nhận dễ	Chăm: cảm nhận dễ	Chăm: sờ được	Chăm: chạm	Chăm: không	Chăm: không
Đầu hoàn toàn ở phía trên					Đầu hoàn toàn không sờ thấy

Hình 3: Chẩn đoán lọt qua khám bụng, theo WHO

Chẩn đoán lọt qua khám bụng dựa vào đánh giá phần đầu thai nhi còn nằm trên xương vệ, thể hiện bằng số các khớp ngón tay cần thiết để che được phần đầu thai nhi còn đang ở trên vệ.

Ngôi thai lọt sẽ có vị trí khoảng 2/5.

Nguồn: WHO, phòng tránh chuyển dạ kéo dài, 1993

Chẩn đoán lọt qua khám âm đạo dựa vào việc xác định vị trí của phần thấp nhất của xương sọ thai so với mức của hai gai hông.

Khoảng cách từ hai gai hông tới ngang gờ vô danh chia làm ba đoạn như nhau, có tính chất tương đối.

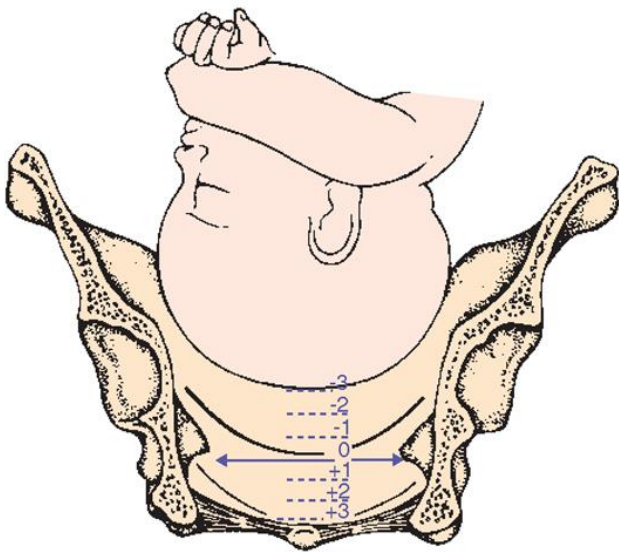
Tương tự, khoảng cách từ hai gai hông tới âm hộ chia làm ba đoạn như nhau, có tính chất tương đối.

Thai lọt được qui ước có vị trí 0.

Khi ngôi thai chưa lọt, phần thấp nhất của xương đầu vẫn còn ở trên vị trí của gai hông, được đánh giá -1, -2, -3.

Khi ngôi thai đã lọt, phần thấp nhất của xương đầu (phần xương cứng) đã vượt khỏi vị trí của gai hông, được đánh giá +1, +2, +3.

Thông thường khám âm đạo để chẩn đoán vị trí lọt khá chính xác. Tuy nhiên, nếu đầu thai nhi uốn khuôn dài, hay có bướu huyết thanh to ảnh hưởng đến khoảng cách từ phần thấp nhất của xương sọ đến ụ đỉnh, làm cho khoảng cách này dài ra, thì xác định độ lọt qua khám âm đạo sẽ dễ bị sai lệch. Trong trường hợp này, nên kết hợp thêm với khám bụng để có ý niệm chính xác hơn về vị trí và độ lọt của ngôi chòm.



Hình 4: Chẩn đoán độ lọt qua khám âm đạo dựa vào việc xác định vị trí của phần thấp nhất của xương sọ thai so với mức của hai gai hông. Khi ngôi thai chưa lọt, phần thấp nhất của xương đầu vẫn còn ở trên vị trí của gai hông, được đánh giá -1, -2, -3. Khi ngôi thai đã lọt, phần thấp nhất của xương đầu (phần xương cứng) đã vượt khỏi vị trí của gai hông, được đánh giá +1, +2, +3. Hình cho thấy ngôi chòm đang ở vị trí -3.

Hiện tượng xuống là sự di chuyển của ngôi trong tiểu khung sau khi ngôi đã lọt.

Sau khi đã lọt qua mặt phẳng của eo trên, ngôi chòm sẽ di chuyển trong tiểu khung theo một quỹ đạo hình ống cong hướng ra trước, với:

Lở vào là eo trên, với đường kính ngang thường lớn hơn đường kính trước sau.

Lở ra là eo dưới với đường kính trước sau hơi lớn hơn đường kính ngang.

Thành trước của ống là bờ sau xương vệ, cao 4cm.

Thành sau của ống là mặt trước xương cùng, cao 12-14cm.

Hai thành bên của ống cao 8-10cm.

Hiện tượng xuống sẽ xảy ra ngay tiếp sau hiện tượng lọt và cũng theo đường kính chéo của tiểu khung.

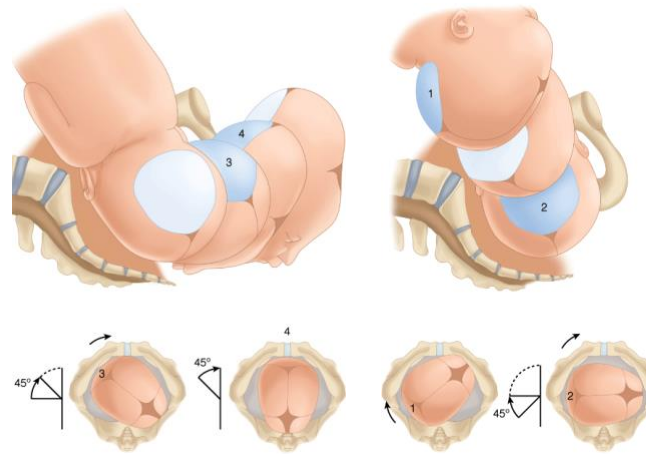
Hệ quả của xoay trong là ngôi hướng được đường kính sổ của mình trùng với đường kính trước sau của eo dưới.

Khi ngôi xuống đến khúc quanh của quỹ đạo hình ống cong, ngôi sẽ chịu các lực cản khác nhau từ các hướng khác nhau của thành ống sanh. Các lực cản khác nhau này gồm trở kháng của phần mềm, của đai xương, do các thành không cao bằng nhau, nơi rộng nơi hẹp ... nên ngôi thai sẽ chịu tác động của một hệ mô-men lực, gây nên hiện tượng xoay trong.

Xuống sâu trong ống sanh và xoay trong là hai hiện tượng gắn liền nhau, cùng xảy ra đồng thời trong tiểu khung.

Trong các kiểu thể trước, hiện tượng xoay trong thường bắt đầu sớm, ngay sau khi bắt đầu xuống, nhưng chỉ hoàn tất khi ngôi đã xuống rất sâu, và gặp phải trở kháng đáng kể của tầng sinh môn.

Hình dạng khung chậu bất thường, hẹp eo giữa là những trở ngại cho xoay trong $+135^\circ$ của ngôi chòm, kiểu thể Châm Chậu Phải Sau. Trong trường hợp này ngôi sẽ xoay trong -45° về châm cùng.



Hình 5: Hiện tượng xuống và xoay trong

Hình 5a: (trái) Hiện tượng xuống và xoay trong, Châm Phải Trước. Ngôi chòm kiểu thể Châm Chậu Phải Trước sẽ thực hiện một góc xoay trong $+45^\circ$ về Châm Vệ.

Hình 5b: (phải) Hiện tượng xuống và xoay trong, Châm Phải Sau. Ngôi chòm kiểu thể Châm Chậu Phải Sau sẽ thực hiện một góc xoay trong $+135^\circ$ về Châm Vệ. Trong các kiểu thể sau, hiện tượng xoay trong thường hoàn tất rất muộn, khi ngôi đã xuống rất sâu, và gặp phải trở kháng đáng kể của tầng sinh môn.

Khi ngôi xuống sâu hơn nữa, nó sẽ va phải kháng trở của tầng sinh môn. Lực cản này tác động lên ngôi thai sẽ giúp thai hoàn thành việc xoay trong về châm vệ, tức hướng đường kính lọt của nó vào đường kính rộng nhất của eo dưới là đường kính trước sau.

Hiện tượng sổ thai qua eo dưới có điểm tựa bờ dưới khớp vệ. Ngôi sẽ thực hiện động tác sổ trên điểm tựa này.

Khi hiện tượng xoay trong hoàn tất, ngôi thai đã ở kiểu thể châm vệ. Lúc này, ngôi sẵn sàng sổ qua eo dưới. Dưới tác động của cơn co tử cung phối hợp thêm sức rặn của người mẹ, ngôi được tống xuất qua eo dưới. Trong quá trình này, ngôi phải cúi thêm tối đa để thu nhỏ đường kính sổ. Khi hạ châm ra đến bờ dưới khớp vệ thì hạ châm sẽ tựa vào đó để thực hiện động tác ngửa đầu. Đầu thai sẽ ngửa dần để sổ từng phần một, lần lượt là đỉnh, trán, rồi mặt.

Như vậy, ngôi không sổ toàn bộ ngôi cùng một lúc, điều này giúp ngăn chặn được tổn thương của tầng sinh môn.

Sau khi đầu thai đã thoát âm, nó sẽ tự động quay về vị trí nguyên thủy của nó đã có trước khi xảy ra xoay trong. Hiện tượng này gọi là hiện tượng xoay ngoài thì thứ nhất.

Sanh vai cũng diễn tiến theo các thì tuần tự như trên.

Sau khi đầu sổ, đến lượt vai cũng lọt vào tiểu khung. Vai sẽ thu nhỏ lại, để hướng đường kính lưỡng móm vai vào đường kính chéo của eo trên, sau đó cũng lọt, xuống, xoay và sổ. Ở đa số trường hợp, sanh vai không gặp khó khăn.

Khi vai xoay, thì ở ngoài đầu cũng di chuyển theo, tạo ra xoay ngoài thì thứ nhì.

Điều cần lưu ý rằng việc can thiệp vội vã lên thì sanh đầu, hay can thiệp không đúng trên sanh vai sẽ không cho phép thai đưa các kích thước tối ưu của vai vào eo trên, và có thể biến cuộc sanh vai thành một thảm họa. Sanh khó do vai là một biến chứng đáng sợ nhất của sanh thai to.

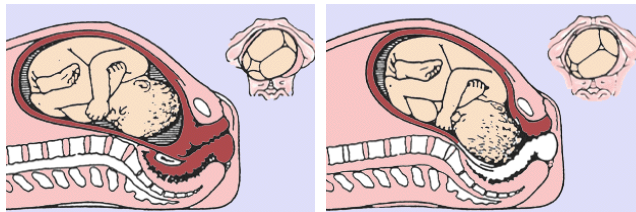
KỸ THUẬT ĐỠ SANH NGÔI CHÒM

Đỡ sanh ngôi chòm thao tác đỡ quan trọng là đỡ đầu và vai, còn phần còn lại dễ dàng

Trong cuộc sanh ngôi chòm, người đỡ sanh không được can thiệp gì cả cho đến thời điểm cần can thiệp.

Lọt, xuống, xoay xảy ra mà không cần bất cứ can thiệp nào từ bên ngoài, ngoại trừ các trường hợp sanh khó.

Các giai đoạn sau đây (6a đến 6d) diễn ra theo cơ chế sanh tự nhiên. Không được can thiệp vào các giai đoạn này.

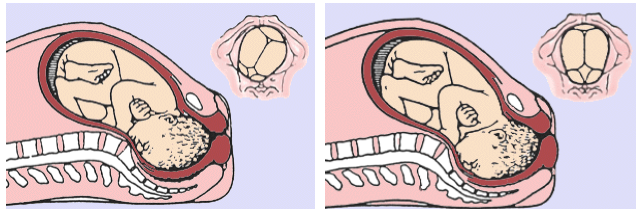


Hình 6a: (trái) Bình chỉnh và biến hình

Khi chuyển dạ, ngôi đầu cúi đến mức tối đa theo trục dọc, để cằm chạm vào thân thai, hình thành ngôi chòm. Cùng lúc đó, vai của thai cũng thu lại để chuẩn bị cho cuộc sanh. Bình chỉnh và thu hình giúp ngôi định hướng đưa phần thai có kích thước nhỏ nhất trình trước eo trên.

Hình 6b: (phải) Hiện tượng lọt

Đường kính lọt lý thuyết của ngôi chòm là đường kính hạ cằm-thóp trước. Khi đầu cúi tối đa, ngôi đưa đường kính này, có số đo 9.5cm, vào mặt phẳng của eo trên, rồi vượt qua được eo này.



Hình 6c: (trái) Hiện tượng xuống và xoay trong

Khi xuống đến khúc quanh của quỹ đạo hình ống cong, ngôi sẽ chịu tác động của một hệ mô-men lực, gây nên hiện tượng xoay trong. Xuống và xoay trong là hai hiện tượng cùng xảy ra đồng thời trong tiểu khung.

Hình 6d: (phải) Hoàn thành xoay trong

Khi xuống sâu hơn nữa, ngôi va phải kháng trở của tầng sinh môn. Lực cản này giúp thai hoàn thành việc xoay trong về cằm về, hướng đường kính lọt của nó vào đường kính trước sau eo dưới. Ngôi sẵn sàng để sổ.

Giai đoạn cần hỗ trợ để cuộc sanh an toàn (6e đến 6h).

Chỉ can thiệp vào các giai đoạn này.

Nội dung can thiệp là phải làm sao để giúp đầu cúi thật tốt.

Chỉ được phép can thiệp khi có đủ tất cả các điều kiện sau:

1. Ngôi đã hoàn thành xoay về cằm về.
2. Ngôi đã sẵn sàng để sổ, ở vị trí +3 làm căng phòng tầng sinh môn, âm hộ nhìn về phía trần nhà
3. Hai âm môi bé tách rộng ra

Người đỡ sanh dùng ba ngón tay giữa của tay phải đè vào vùng thượng cằm để cho đầu cúi thêm, cho tới khi hạ cằm ra đến bờ dưới khớp vệ. Song song với giúp đầu cúi bằng tay phải, người đỡ sanh tay trái đè vào vùng tầng sinh môn tránh rách thêm tầng sinh môn.

Giữ đầu cúi tốt là hành động quan trọng nhất để giúp thai sổ ra theo đường kính nhỏ nhất.

Khi hạ cằm ra đến bờ dưới khớp vệ, bắt đầu dùng tay phải kiểm soát tốc độ ngửa của đầu khi thực hiện sổ trán. Tay còn lại giữ tầng sinh môn. Nếu tầng sinh môn quá căng thì có thể thực hiện cắt tầng sinh môn lúc này.

Kiểm soát tốt sự ngửa đầu sẽ giúp cho các phần có kích thước lớn dần thoát âm một cách chậm rãi, hạn chế tổn thương đường sanh.

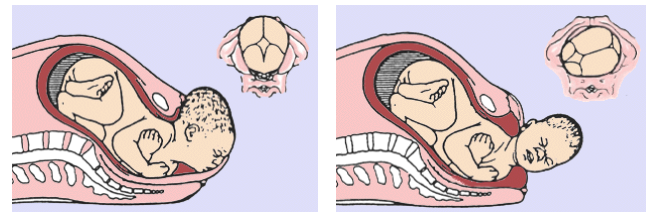
Khi đầu đã sổ, nếu thấy dây rốn quấn cổ lỏng, tháo dây rốn qua đầu thai ngay. Nếu dây rốn quấn cổ chặt quấn chặt thì kẹp cắt dây rốn ngay tại vùng cổ thai.

Sau khi đầu sổ hoàn toàn, để đầu tự xoay ngoài về vị trí nguyên thủy của nó (xoay ngoài thì 1st), chờ thêm để cho cơn co tự nhiên đưa vai lọt vào tiểu khung.

Khi vai đã lọt, đường kính lưỡng móm vai đi vào đường kính chéo của eo trên và xoay.

Vai xoay trong sẽ làm cho đầu xoay ngoài thêm một thì nữa, gọi là xoay ngoài thì 2nd. Cuối thì này, vai đã vào đến đường kính trước sau eo dưới, đầu có vị trí cằm ngang.

Người đỡ sanh có thể giúp thai hoàn thành thì xoay ngoài thì nhì, rồi bắt đầu đỡ vai.



Hình 6e: (trái) Sổ đầu

Dưới tác động của cơn co tử cung phối hợp thêm sức rặn của người mẹ, ngôi được tổng xuất qua eo dưới. Ngôi phải cúi thêm tối đa để thu nhỏ đường kính sổ. Khi hạ cằm ra đến bờ dưới khớp vệ thì hạ cằm sẽ tựa vào đó để thực hiện động tác ngửa đầu. Đầu thai sẽ ngửa dần để sổ từng phần một, lần lượt là đỉnh, trán, rồi mặt. Điều này giúp ngăn chặn được tổn thương của tầng sinh môn.

Hình 6f: (phải) Xoay ngoài thì 2nd

Sau khi đầu thai thoát âm, nó sẽ tự quay về vị trí nguyên thủy có trước khi xoay trong. Hiện tượng này gọi là hiện tượng xoay ngoài thì 1st.

Khi vai lọt, đường kính lưỡng móm vai đi vào đường kính chéo của eo trên và xoay. Vai xoay trong sẽ làm cho đầu xoay ngoài thêm một thì nữa, gọi là xoay ngoài thì 2nd. Cuối thì này, vai đã vào đến đường kính trước sau eo dưới, và đầu đã đến vị trí cằm ngang.

Đỡ vai trước: người đỡ sanh dùng hai tay ôm hai bên đầu thai nhi, vùng đỉnh, kéo đầu thai về phía chân mình và hơi xuống phía dưới để mồm vai trước ra hẳn cho đến khi bờ dưới cơ delta tì dưới khớp vệ.

Nhớ chú ý giữ đúng phương kéo để tránh gãy xương đòn.

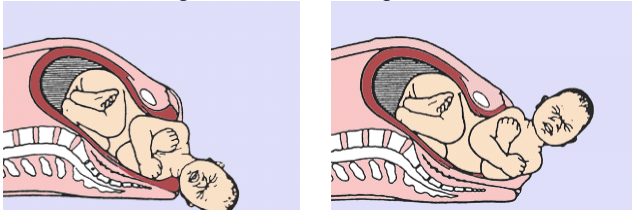
Đỡ vai sau: sau khi vai trước đã sổ hoàn toàn, người đỡ kéo ngược thai lên trên, vai trước sát vùng tiền đỉnh, thân thai nhi sẽ cong lại và vai sau sẽ sổ nhẹ nhàng, không làm rách âm tầng sinh môn.

Nhớ chú ý giữ tầng sinh môn khi sổ vai sau.

Phần còn lại của thai và mông sẽ dễ dàng.

Bàn tay trái đỡ cổ thai nhi, bàn tay phải vuốt dọc lưng thai nhi tới chân, nắm hai chân bằng cách cầm hai bàn chân bằng ba ngón cái, trở và giữa bàn tay phải.

Sau sổ thai, cần giữ đầu thai nhi thấp hơn bàn sanh



Hình 6g: (trái) Sổ vai trước

Đỡ vai trước: người đỡ sanh dùng hai tay ôm hai bên đầu thai nhi, vùng đỉnh, kéo đầu thai về phía chân mình và hơi xuống phía dưới để mồm vai trước ra hẳn cho đến khi bờ dưới cơ delta tì dưới khớp vệ.

Hình 6h: (phải) Sổ vai sau

Sau khi vai trước đã sổ hoàn toàn, người đỡ kéo ngược thai lên trên, vai trước sát vùng tiền đỉnh, thân thai nhi sẽ cong lại và vai sau sẽ sổ nhẹ nhàng, không làm rách âm tầng sinh môn. Nhớ chú ý giữ tầng sinh môn khi sổ vai sau.

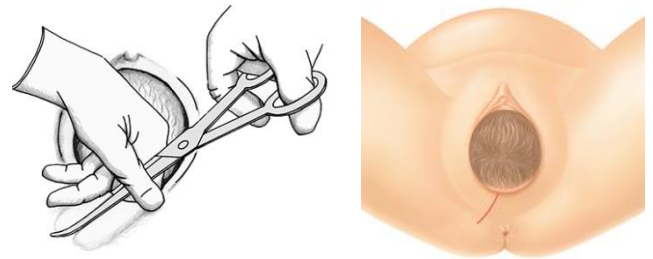
Nguồn: midwifeish.files.wordpress.com

Trong đỡ sanh ngôi chỏm, thủ thuật cắt tầng sinh môn là cần thiết nhưng không phải là một can thiệp thường qui.

Trong khi đỡ sanh, sau khi đã giúp cho đầu cúi tối đa, hạ cằm đã ra đến bờ dưới khớp vệ, có thể bắt đầu cho đầu thai ngửa dần. Quá trình cho đầu thai ngửa dần sẽ cho thoát âm các phần của đầu thai với đường kính ngày càng lớn đi qua tầng sinh môn. Nên cắt tầng sinh môn khi quá căng để mở rộng chủ động ở lối ra của đường sanh, nhằm tránh các tổn thương không kiểm soát được.

Việc cắt tầng sinh môn không phải luôn luôn cần thiết. Một số tình huống mà trong đó việc cắt tầng sinh môn sẽ có lợi như sanh con to, sanh thủ thuật. Con so không phải là một tình huống mà trong đó việc cắt tầng sinh môn được thực hiện thường qui.

Cần lưu ý rằng cắt tầng sinh môn không giúp rút ngắn giai đoạn rặn sổ thai, không làm cho sản phụ sanh nhanh hơn.



Hình 7a: Cắt tầng sinh môn

Quá trình thoát âm của đầu đưa các đường kính ngày càng lớn dần của đầu qua tầng sinh môn. Nếu tầng sinh môn quá căng, cần chủ động cắt tầng sinh môn để hạn chế tổn thương.

Hình 7b: Cắt tầng sinh môn theo đường cạnh bên phải

Hình cho thấy vị trí của đường cắt tầng sinh môn được thực hiện phổ biến ở Việt Nam.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Obstetrics and gynecology 8th edition. Tác giả Beckmann. Hợp tác xuất bản với ACOG. Nhà xuất bản Wolters Kluwer Health 2018.
2. Williams Obstetrics 24th edition. Nhà xuất bản McGraw-Hill Education 2014.