



Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài

## Quản lý chuyển dạ với vấn đề bất 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

1. Khám thấy một trường hợp ngôi chỏm lọt bất đối xứng. Bạn cần lưu ý tìm thêm dấu hiệu nào? **Chọn một câu đúng**
  - a. Xác định xem bướu đỉnh lọt vào tiểu khung trước là bướu đỉnh nào: bướu đỉnh trước hay bướu đỉnh sau *để chỉ vậy?*
  - b. Xác định tình trạng các đường kính của khung chậu liên quan đến cả 3 eo: eo trên, eo giữa và eo dưới
  - c. Đánh giá lại các số đo sinh trắc của thai, bề cao tử cung và cổ gáy ước tính gần đúng kích thước thai
  - ☒ d. Phải lưu ý tìm cả 3 dấu hiệu trên khi có ngôi chỏm lọt bất đối xứng, do chúng cùng quan trọng như nhau <sup>i</sup>
2. Sản đồ vừa chậm và cắt đường hành động, nhưng cổ tử cung chưa mở tròn, thái độ nào là phù hợp nhất? **Chọn một câu đúng**
  - ☒ a. Đi tìm nguyên nhân làm chuyển dạ tiến triển chậm <sup>ii</sup>
  - b. Nhận định rằng đây là một chuyển dạ đã kéo dài
  - c. Nhận định rằng đang có một bất xứng đầu chậu
  - d. Quyết định chấm dứt chuyển dạ ngay tại thời điểm này
3. Khi có tình trạng cơn co cường tính, sự hiện diện của triệu chứng nào có thể giúp phân biệt rối loạn cơ năng của cơn co tử cung với hội chứng vượt trở ngại? **Chọn một câu đúng**
  - ☒ a. Biểu hiện của suy thai
  - ☒ b. Tình trạng của đầu thai <sup>iii</sup>
  - c. Đặc tính của cơn co
  - d. Dấu hiệu vòng Bandl
4. Giả sử bạn đang có một thai nhi *đang ở trong tình trạng thiếu oxy*. Tình trạng thiếu oxy này có biểu hiện trên EFM qua nhịp giảm muộn, trị số tim thai căn bản nhanh và trị số tim thai căn bản chậm. Trong 3 biểu hiện trên của EFM, biểu hiện nào thể hiện một tình trạng thiếu oxy nghiêm trọng nhất? **Chọn một câu đúng**
  - a. Nhịp giảm muộn (*late deceleration*)
  - ☒ b. Trị số tim thai căn bản nhanh (*tachycardia*)
  - ☒ c. Trị số tim thai căn bản chậm (*bradycardia*) <sup>iv</sup>
  - d. Cả 3 cùng thể hiện tình trạng thiếu oxy, nhưng không nói được mức độ nghiêm trọng
5. Các *nhịp tăng* diễn ra từ từ, với biên độ thấp, xuất hiện và biến mất song hành với cơn co thể hiện gì? **Chọn một câu đúng**
  - ☒ a. Thai nhi khỏe mạnh, đáp ứng tốt với cơn co
  - ☒ b. Chèn ép một phần cuống rốn trong cơn co <sup>v</sup>
  - c. Giảm cấp máu đến hồ máu, còn bù trừ tốt
  - d. Giảm trao đổi khí tại hồ máu, còn bù trừ tốt
6. Cho thai phụ *nằm nghiêng trái* sẽ cải thiện EFM trong trường hợp nào trong các tình huống sau? **Chọn một câu đúng**
  - a. Nhịp giảm bất định hình tam giác nhọn và sâu, xuất hiện khi vào chuyển dạ hoạt động
  - b. Nhịp tim thai căn bản nhanh xuất hiện trên bệnh nhân đang dùng  $\beta$ -mimetic để giảm co
  - ☒ c. Nhịp tim thai căn bản nhanh xuất hiện ngay sau gây tê ngoài màng cứng giảm đau sản khoa <sup>vi</sup>
  - d. Nhịp giảm muộn lặp lại xuất hiện khi đang thực hiện contraction test bằng xoa đầu vú
7. Khi sanh bằng giác hút, lực kéo lý thuyết tối đa là  $F_{max} = p \times \pi \times r^2$ . Khi muốn tăng lực kéo **F** để giúp sanh, nên chọn cách nào cho an toàn? **Chọn một câu đúng**
  - a. Kéo bằng lực **F** mạnh hơn, nhưng giữ  $F \leq F_{max}$
  - b. Tăng áp suất chân không **p** lên mức cao hơn
  - ☒ c. Dùng chén giác hút có đường kính **r** lớn hơn <sup>vii</sup>
  - d. Chuyển qua giúp sanh bằng forceps sẽ an toàn hơn



8. Sơ sinh một ngày tuổi. Bé đã được sanh bằng giác hút. Bé không chịu bú, li bì. Khám thấy da bé tái xanh, có ánh vàng, bướu huyết thanh do giác hút  $d = 5^{cm}$ , trồi lên thóp trước. Khảo sát nào có giá trị nhất để thiết lập chẩn đoán? **Chọn một câu đúng**
- ☒ a. Siêu âm não qua đường xuyên thóp<sup>viii</sup>
- b. Soi đáy mắt tìm xuất huyết võng mạc
- c. Định lượng nồng độ bilirubin máu
- d. Huyết đồ và nồng độ hemoglobin
9. Điểm số Apgar được tính từ 5 yếu tố. Nếu bạn rút gọn xuống còn 2 yếu tố, bạn sẽ chọn 2 yếu tố nào? **Chọn một câu đúng**
- a. Nhịp tim và phản xạ
- b. Phản xạ và màu da
- c. Màu da và hô hấp
- ☒ d. Hô hấp và nhịp tim<sup>ix</sup>
10. Bạn đang đón một bé sắp sinh ra. Sau sanh bé không khóc. Bé có thiếu ối, có băng ghi EFM bất thường và nước ối có phân su vàng đặc. Cần làm gì trước tiên, ngay sau sổ thai? **Chọn một câu đúng**
- a. Dùng Adrenalin và  $\text{NaHCO}_3$  sớm
- b. Úp mask, bóp bóng dùng khí trời
- c. Úp mask, bóp bóng dùng oxy 100%
- ☒ d. Hút hầu họng, đặt nội khí quản sớm<sup>x</sup>

## REFERENCES

<sup>i</sup> Cả P<sub>2</sub> và P<sub>3</sub> đều có thể là nguyên nhân của tắc nghẽn. Đôi khi, khung chậu không hẹp nhưng do thai nhi không vào được khung chậu do những kiểu trình thai bất thường như đầu cúi không tốt, đầu lọt bất đối xứng ... Trong những trường hợp này, ngôi thai trình những đường kính không phải là đường kính nhỏ nhất của ngôi ra trước lối vào của eo trên, và dẫn đến bất tương xứng giữa kích thước của phần trình thai và kích thước lối vào của tiểu khung. Tình trạng này được gọi là bất xứng đầu chậu. Một cách kinh điển, thuật ngữ bất xứng đầu chậu là một thuật ngữ chỉ dùng trong chuyển dạ. Trong quá trình chuẩn bị cho chuyển dạ, thai nhi thực hiện các bình chỉnh cần thiết gồm thu các đường kính lọt về tối thiểu, hướng các đường kính lọt vào đường kính lớn nhất của tiểu khung, và tiến trình vượt qua tiểu khung cũng như các điều chỉnh cuối cùng tư thế, kích thước ngôi bằng các kiểu trình bất đối xứng hay uốn khuôn chỉ xảy ra trong chuyển dạ và chỉ trong chuyển dạ mà thôi. *Nguồn bài TBL 4-9: Quản lý chuyển dạ có vấn đề bất thường. Nhận biết và phòng tránh chuyển dạ kéo dài. Trang 2.* 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 cách đi vào tiểu khung theo một mặt phẳng khác. Trong trường hợp này, ngôi thai sẽ nghiêng đầu sang bên, để lách tuần tự từng bước 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 bước đường trình trước eo trên. Ta gọi là hiện tượng lọt không đối xứng. Như vậy, lọt không đối xứng là dấu chỉ của tình trạng bất tương xứng giữa khung chậu mẹ và các đường kính lọt của thai nhi. *Nguồn bài TBL 4-4: Chuyển dạ bình thường. Cơ chế sanh ngôi chòm. Đỡ sanh thường ngôi chòm. Trang 4.*

<sup>ii</sup> Đặc điểm thứ nhì của sản đồ WHO model 1993 là đường hành động. Đường hành động là một đường song song với đường báo động và cách đường báo động 4 đơn vị hoành độ về phía phải. Đường này cảnh báo đã hết thời hạn để thực hiện các điều chỉnh, có ý nghĩa phân định giữa chờ đợi và hành động tích cực. Biểu đồ chậm đường hành động là thời điểm buộc phải tiến hành các can thiệp có tính quyết đoán, nhưng không hoàn toàn đồng nghĩa với chấm dứt chuyển dạ. Đường hành động được thiết kế một cách chủ quan, dựa vào các số liệu của các nghiên cứu đi trước. Đường hành động càng gần đường báo động bao nhiêu thì thời lượng có được để thực hiện điều chỉnh càng ngắn, đồng nghĩa với việc dễ có những can thiệp quá tay và quá sớm. Ngược lại, nếu khoảng cách giữa 2 đường báo động và hành động càng xa thì càng dễ có nguy cơ can thiệp chậm trễ, và làm mất giá trị nhận được từ việc cảnh báo thành công chuyển dạ kéo dài. *Nguồn bài TBL 4-4: Chuyển dạ bình thường. Nguyên lý của Sản đồ WHO model 1993. Trang 2.*

<sup>iii</sup> Dọa vỡ tử cung: Trong nhiều trường hợp, tử cung co thắt mãnh liệt. Cơ tử cung ở vùng thân càng lúc càng dầy thêm, trong khi đoạn dưới bị kéo dài và trở nên mỏng quá mức. Tử cung co thắt mạnh với lớp cơ dầy làm dầy tử cung bị dịch lên cao, căng kéo hai dây chằng tròn (dấu hiệu Frommel). Ranh giới giữa vùng thân và vùng đoạn dưới trở nên rõ rệt, có hình dạng như một vòng thắt tạo cho tử cung có dạng một quả bầu (vòng Bandl). Bộ các triệu chứng (1) Cơ tử cung hoạt động với tần số dồn dập, (2) hiện diện của vòng Bandl và (3) dấu hiệu Frommel, cùng với (4) việc ngôi thai không tiến triển trong ổng sanh và (5) các biến dạng trên ngôi thai như chòm xương sọ quan trọng, lọt không đối xứng và bướu huyết thanh càng lúc càng to là 5 thành tố cho phép nhận định rằng hội chứng vượt trở ngại đã trở nên rất nghiêm trọng, nói một cách khác đi là tử cung sẽ bị vỡ trong một thời gian rất ngắn: tình trạng dọa vỡ tử cung. *Nguồn bài TBL 4-9: Quản lý chuyển dạ có vấn đề bất thường. Nhận biết và phòng tránh chuyển dạ kéo dài. Trang 2.*

<sup>iv</sup> Nhịp giảm (deceleration) là kết quả của một loạt điều chỉnh nhịp theo nhịp theo chiều hướng giảm, thông qua hệ thống đối giao cảm, theo sau một biến động giảm PaO<sub>2</sub> trong máu thai hoặc theo sau một biến động tăng huyết áp hệ thống của thai. Phân tích chi tiết cơ chế bệnh sinh của các nhịp giảm đóng một vai trò quan trọng trong việc ra quyết định quản lý bất thường của EFM trong chuyển dạ. Nhịp giảm bất định (variable deceleration) liên quan đến tình trạng tăng áp hệ thống do chèn ép lưu thông ở động mạch rốn. Hình dạng của nhịp giảm bất định có thể giúp dự đoán các đặc tính của chèn ép trên dây rốn. Các biến động của dao động nội tại hay baseline đi kèm cung cấp thông tin quan trọng cho dự báo tiên lượng của nhịp giảm. Nhịp giảm muộn (late deceleration) liên quan đến tình trạng giảm PaO<sub>2</sub> trong máu thai trong máu ngoại vi, cũng như tác động trực tiếp của giảm PaO<sub>2</sub> tại cơ tim. Cần lưu ý rằng do có liên quan đến cả hypoxia lẫn tác động trực tiếp lên cơ tim, nên khi nhịp giảm muộn đi kèm theo bradycardia hay kèm theo variability thấp/mất variability thì các nhịp giảm muộn này có liên quan mạnh đến tình trạng toan hóa máu thai. *Nguồn bài TBL 4-9: Quản lý chuyển dạ có vấn đề bất thường. Suy thai trong chuyển dạ. Trang 3.*

<sup>v</sup> Nhịp tăng (acceleration) là kết quả của một loạt điều chỉnh nhịp theo nhịp theo chiều hướng tăng, thông qua hệ thống trực giao cảm, theo sau một biến động giảm áp tại xoang động mạch cảnh và quai động mạch chủ. Sự hiện diện của nhịp tăng phản ánh một hành não lành mạnh. Sensitivity và specificity của nhịp tăng đối với tình trạng bình thường của thai rất cao. Khi tình trạng giảm áp được khắc phục, nhịp tim thai tức thời sẽ dần dần trở về trị số baseline. *Nguồn bài TBL 4-9: Quản lý chuyển dạ có vấn đề bất thường. Suy thai trong chuyển dạ. Trang 3.*

<sup>vi</sup> Xử lý nguyên nhân dẫn đến suy giảm cấp máu chứa oxygen đến hồ máu. Truyền dịch tinh thể đẳng trương: Tình trạng giảm cấp máu đến hồ máu trong chuyển dạ thường thấy nhất là do tụt huyết áp hệ thống ở mẹ. Tụt huyết áp hệ thống có thể do mất nước, do chèn ép tĩnh mạch chủ dưới, do gây tê ngoài màng cứng giảm đau sản khoa, dùng các thuốc chống tăng huyết áp. Bù thể tích bằng các dịch tinh thể đẳng trương thường là đủ để giải quyết vấn đề. Nằm nghiêng trái: Nếu nguyên nhân của việc tụt áp hệ thống là do giảm cung lượng về nhĩ phải do chèn ép tĩnh mạch chủ dưới thì việc cho thai phụ nằm nghiêng trái có thể giúp làm giảm lực ép lên tĩnh mạch chủ dưới, qua đó cải thiện cung lượng về nhĩ phải và cải thiện cung lượng tuần hoàn ở thai phụ. *Nguồn bài TBL 4-9: Quản lý chuyển dạ có vấn đề bất thường. Suy thai trong chuyển dạ. Trang 4.*

<sup>vii</sup> Tạo ra áp suất chân không là mục đích của giác hút, nhờ đó, chèn có thể bám vào nền xương sọ để đặt lực kéo. Tuy nhiên, bướu huyết thanh tạo bởi giác hút có thể rất to, là nguồn gốc của thiếu máu hay của vàng da do tán huyết tại bướu huyết thanh. Thấy da, tụ máu dưới da đầu hay tụ máu dưới màng xương là những mức



độ khác nhau của những tổn thương tại chỗ gây ra do giác hút. Nếu được đặt sai vị trí, chén giác hút trùm lên thóp, áp suất chân không sẽ gây xuất huyết não-màng não. Xuất huyết võng mạc là hình ảnh bên ngoài có thể quan sát thấy của một xuất huyết nội sọ. Xuất huyết não-màng não có thể xảy ra ở nhiều mức độ khác nhau. Xuất huyết nội sọ còn có thể thấy trong các trường hợp bật nắp giác hút, dùng áp suất âm quá lớn hoặc thời gian thực hiện thủ thuật quá lâu. Di chứng của xuất huyết nội sọ rất nặng nề, gồm bại não, liệt, chậm phát triển tâm thần-vận động ... Nguồn bài TBL 4-9: Quản lý chuyển dạ có vấn đề bất thường. Giúp sanh bằng dụng cụ. Mổ lấy thai. Trang 4.

<sup>viii</sup> Xuất huyết võng mạc là hình ảnh bên ngoài có thể quan sát thấy của một xuất huyết nội sọ. Xuất huyết não-màng não có thể xảy ra ở nhiều mức độ khác nhau. Xuất huyết nội sọ còn có thể thấy trong các trường hợp bật nắp giác hút, dùng áp suất âm quá lớn hoặc thời gian thực hiện thủ thuật quá lâu. Di chứng của xuất huyết nội sọ rất nặng nề, gồm bại não, liệt, chậm phát triển tâm thần-vận động ... Nguồn bài TBL 4-9: Quản lý chuyển dạ có vấn đề bất thường. Giúp sanh bằng dụng cụ. Mổ lấy thai. Trang 4.

<sup>ix</sup> Điểm số APGAR giúp cho ta có một khái niệm về tình trạng thích nghi của sơ sinh với cuộc sống mới ngoài tử cung. Điểm số này không thật sự cung cấp những định hướng trong hồi sức. Do tình trạng ngạt có thể đã bắt đầu từ trong tử cung và tiếp tục trong giai đoạn sơ sinh, nên để giảm thiểu các tổn thương não do ngạt gây ra, cần tiến hành hồi sức ngay khi có bằng chứng cho thấy trẻ thở không hiệu quả. Nhịp tim chậm có liên quan đến tình trạng toan hóa máu. Một trẻ sơ sinh bình thường có thể chịu đựng tốt được tình trạng thiếu oxy huyết tạm thời hoặc toan hô hấp. Ở những trẻ này, sự can thiệp sớm trên hô hấp sẽ giúp trẻ vượt qua và thường không để lại bất cứ hậu quả vĩnh viễn nào. Các trường hợp thiếu oxy huyết hoặc toan hóa kéo dài làm cản trở sự chuyển tiếp từ tuần hoàn bào thai sang tuần hoàn sơ sinh. Trong bối cảnh của ngạt, nhau đã bị cắt rời, trong khi đó tiểu tuần hoàn chức năng chưa được thiết lập. Tình trạng trở kháng cao của tuần hoàn phổi không được khắc phục. Có một sự liên quan nhất định giữa điểm số APGAR và tử vong sơ sinh nếu đánh giá thật đúng. Tuy nhiên, liên quan giữa APGAR với dự hậu lâu dài là không rõ ràng. Nguồn TBL 4-4: Chuyển dạ bình thường. Nguyên lý hồi sức sơ sinh. Quy trình thực hành thường ngày hồi sức sơ sinh. Trang 2.

<sup>x</sup> Chỉ định đặt nội khí quản trong hồi sức sơ sinh tùy thuộc vào tình trạng của sơ sinh. Nguồn TBL 4-3: Nguyên lý hồi sức sơ sinh. Trang 2.