Rat chương 8

1. Trong ngôi chỏm, xác định khung chậu và ngôi thai tương thích nhau ở trường hợp nào?

🡪kích thước khung chậu và thai thích hợp

1. Nguyên nhân của cơn co cường tính?

* Rối loạn nút dẫn nhịp cơn co
* Hệ quả oxytocic ngoại lai
* Chuyển dạ tắc nghẽn và vượt trở ngại

1. **Trong các hành động sau**, hành động nào gây nguy hiểm cho sơ sinh đang bị ngạt?

* Kích thích trẻ thở bằng cách xoa cồn lên lưng bé
* Dùng NaHCO3 trước khi đạt mục tiêu hô hấp tuần hoàn
* Thông khí áp lực dương bằng bóng không có van điều áp
* **Ngưng thở nguyên phát** : khi kích thích da = cách lau nó 🡪 thở ngay,
* **ngưng thở thứ phát**: ảnh hưởng đến nhịp tim và huyết áp và ko đáp ứng kích thích. Khi thứ phát phải **thông khí**, còn kích thích chỉ làm chậm thời gian hồi sức và tang nguy cơ chấn thương. Sau khi sanh xong lau xong = là kích thích rồi đó, sau 30s mà ko khóc mà ko khóc 🡪ngưng thở thứ phát: đáp ứng thở áp lực dương  
  Xoa đập đập ko tác dụng, đập vô đầu nó cũng ko thở !!! 🡪tốn thời gian

1. Ngay sau sinh, nước ối có phân su + trẻ không khỏe 🡪hút qua đèn nội khí quản càng sớm càng tốt
2. Trong chuyển dạ yếu tố ảnh hưởng tiêu cực đến mở tử cung: hiện diện bướu huyết thanh
3. Thông khí áp lực dương là p khí thắng được sức căng bề mặt PN
4. Dấu hiệu gợi ý chuyển dạ tắc nghẽn

* Dồn dập cơn gò
* Không tiến triển đường sanh
* Biến dạng ngôi thai

1. Trong ngôi chỏm, vì sao độ lọt có thể bị xác định sai nếu đầu thai bị uốn khúc, chồng xương?
   1. Vì độ cao của khoảng cách từ điểm thấp nhất của đầu đến ụ chẩm bị kéo dài ra
   2. Vì độ cao của khoảng cách từ điểm thấp nhất của đầu đến ụ chẩm bị thu ngắn lại
   3. Vì độ cao của khoảng cách từ điểm thấp nhất của đầu đến ụ đỉnh bị thu ngắn lại
   4. **Vì độ cao của khoảng cách từ điểm thấp nhất của đầu đến ụ đỉnh bị kéo dài ra**
2. Điều trị bang huyết sau sanh bằng “Bóc nhau nhân tạo làm trống buồng tử cung, theo sau bằng kiểm tra đường sinh dục và oxytocic” có tính thuyết phục và lợi ích kém nhất trong trường hợp nào?
   1. Chảy máu do bất thường của các con đường đông cầm máu
   2. Cháy máu từ diện nhau bám ở thân và đáy tử cung
   3. **Chảy máu từ diện nhau bám ở đoạn dưới tử cung**
   4. Băng huyết sau sanh đa thai, sanh thai to hay sau chuyển dạ kéo dài

Chương 8 ghi âm: Rat - App

* Cái gì quyết định kiểu thế?
* Mô mèm, xương 2 bên như nhau nhưng tại sao cái thì trái trước most, phải trước
* Ngôi: bị ảnh hướng yếu tố TC và em bé (não úng thủy ngôi mông…)
* Thế, kiểu thế:[chỉ xét ngôi chỏm]: **đầu cứng, khung chậu là phần cứng 🡪đầu di động, lựa chỗ nào rộng nhất để đi** 🡪quyết định kiểu thế

Vì sao chẩm chậu trái trước lại thường gặp?

* Khung chậu người nữ 50% là dạng phụ: dạng đều, đường kính lớn nhất là đường kính chéo 12.75, trong ngôi chỏm đk lọt là hạ chẩm thóp trước nhưng thực tế là d lưỡng đỉnh use d chéo để đi. 🡪nó phải nằm hướng chéo , có thể trước hoặc là sau. Nhưng vì khung chậu là dạng phụ (ra trước nhiều hơn ra sau 1 chút) 🡪chỏm sẽ lấy lớn nhất để đi tức là **trước** 🡪**trái trước hoặc phải trước**
* Ko phải **kiểu thế** này làm cho sanh dễ mà vì tương thích xương đầu và khung chậu.
* Ko phải là hên xui 🡪tương thích khung chậu và cách lọt đường kính
* Cơn co có tác dụng chứ (may rủi), có trường hợp ko trái trước, nó tương thích rồi nhưng chưa đủ lực đẩy, chưa đẩy thì chưa xoay
* Nên nhớ cơn gò là động lực chuyển dạ.
* Vậy thì **phải hay trái thì sao?: dựa vào trục của tử cung**, hầu hết tử cung lệch trục 80% lệch phải vì trái có đại tràng sigma 🡪đầu nằm bên trái, kiểu thế trái
* Vì thế **trái trước** đa số trong th bình thường
* Các kiểu thế khác hình thành, thì có vấn đề ở khung chậu hình dạng khác, đầu quá to 🡪 dạng nam thì ưu thế sau, dạng dẹt ưu thế ngang.

Trái trước hay phải trước

* **Cơ chế kiểu thế**: sự tương tác của đường kính thai nhi với đường kính khung chậu dưới tác động của cơn gò tử cung và trục tử cung
* Trong thế sau: Đầu cúi ko tốt, ko dùng đường kính nhỏ nhất để đi mà nó dùng đường kính lớn đó đi nên chuyển dạ kéo dài
* Cái gì dễ xoay về chẩm vệ trước? cơ chế nào giúp
* Sự mở cổ tử cung phụ thuộc vào
* 1 cơn co tử cung
* Sự đi xuống của đầu thai, ngôi thai.
* Ngôi mông cũng có thể thò chân xuống để mở CTC vậy !!!
* Lọt đk chéo, sau đó xuống và sổ dùng d trước sau
* Trong khung chậu dẹt, từ thế ngang ko xoay được. Vì khung chậu nên sanh khó chứ ưu thế sau chỉ là biểu hiện thôi
* Quan niệm mới: ưu thế sau và ngang thì thời gian chuyển dạ lâu hơn, với đk ko yếu tố a/h bé và với người mẹ muốn sanh thường
* Tê màng ngoài cứng:   
  - Trong giai đoạn 1 là giai đoạn xóa mở , nó chưa mở trọn, tê ngoài màng cứng **ko làm chậm xóa mở CTC – không ảnh hưởng giai đoạn 1** 🡪 ko ảnh hướng [chứng minh rõ rồi, xóa mở CTC còn phụ thuộc nhiều yếu tố]  
  - gđ 2 trở đi (cổ tử cung mở trọn rồi mà) tê có thể **chậm gđ 2 chuyển dạ nhưng ko tang tỉ lệ mổ sanh, ko ảnh hưởng kết cục em bé.**   
  - Khi lúc sổ, tầng sinh môn giảm trương lực mà khi lọt cần lực TSM để đầu xoay về chẩm vệ
* Có thể chẩn đoán chuyển dạ kéo dài từ giai đoạn tiềm thời được hay không và **khi nào vẽ sản đồ**? Tại sao còn giữ 2 loại 1993 và 2002WHO
* Chuyển dạ tiềm thời ko có cách nào xác nhận hết, chỉ chẩn đoán sau thôi, trong WHO để vẽ >=2 cơn co >=20s trong 10min
* Hầu hết chuyển dạ tiềm thời kéo dài 2 nhóm sau
  + Dx sai độ dãn
  + Không đủ động lực chuyển dạ
* 2 nhóm yếu tố này rất ít nguy hiểm
* **Now khuyến cáo vẽ từ 4cm trở đi vì**
* Quan trọng định nghĩa chia: **CTC xóa mở chậm: tiềm thời, nhanh là hoạt động**
* Sản đồ nếu vẽ từ giai đoạn tiềm thời sẽ lọt bẫy rất lớn là Dx sai chuyển dạ kéo dài
* Tại sao 1993 còn nhược điểm vẫn dùng?
  + Sản đồ WHO đưa ra để vận dụng ban đầu cho YT cơ sở 🡪**phòng tránh** chuyển dạ kéo dài (ko phải chẩn đoán)
  + Tuyến lớn phải giải thích rõ: chạm đường alert, action mà ưu thế CC phải sau thì ko vội nói cái này ko để được
* Oxytocins: Tại sao lần 2 ko dùng liều cao luôn đi hay là tiếp tục vì liều đầu thất bại rồi mà lần 2 thì lại dùng liều tối thiểu tang dần  
  - dùng giai doạn 1: để tang cơn co tử cung
* Khi dùng phải ngưng lại ví dụ thai quá ngày cần khởi phát chuyển dạ, khi đó khởi phát chuyển dạ ko thành công, thấy cổ tử cung chưa chín muồi, **hôm qua nó tạo oxytocins ít nhưng có thể nó nhiều hơn hôm nay , hôm qua 5mUI ko đáp ứng nhưng nay có thể đáp ứng 🡪phải đi từ tối thiểu vì [oxytocins] nội sinh thay đổi qua các ngày.**
* Ngưng thở
  + Ngưng thở nguyên phát : khi **kích thích** da = cách lau nó 🡺 thở ngay,
  + ngưng thở thứ phát: **ảnh hưởng đến nhịp tim và huyết áp và ko đáp ứng kích thích. Khi thứ phát phải thông khí,** còn kích thích chỉ làm chậm thời gian hồi sức và tang nguy cơ chấn thương. Sau khi sanh xong lau xong = là kích thích rồi đó, sau 30s mà ko khóc 🡪ngưng thở thứ phát: đáp ứng thở áp lực dương
  + Xoa đập đập ko tác dụng, đập vô đầu nó cũng ko thở !!! tốn thời gian

APP chương 8

* Khung chậu có 4 dạng: phụ, hầu, nam, dẹt
  + Hầu: d trước sau > d ngang, kiểu lọt và kiểu sổ là chẩm vệ, hầu như ko có xoay trong
  + Nam: lọt và sổ theo kiểu thế sau
  + Dẹt: d ngang> d trước sau 🡪góc vào eo trên rất gắt 🡪**lọt ko đối xứng** theo kiểu **thế ngang, ngôi mà lọt rồi thì ít vấn đề ở eo giữa và dưới**

🡪Case 1: B, C, F

* Case 4: phân tích sản đồ:
  + Tại 20:00 thì cổ tử cung mở 2cm, độ lọt 5/5 🡪 lúc 23h thì ctc mở 3cm, đột lọt 5/5 🡪khi đó tịnh tiến trên trục hoành CTC 3cm, độ lọt vẫn 5/5 🡪đến 1h thì CTC mở 4cm, độ lọt 4/5 🡪3h thì CTC mở 5 cm và độ lọt 3/5

🡪CTC mở 4cm chứng tỏ chuyển dạ vào hoạt động, có thể phá ối lúc 1h hoặc 3h. lúc 1h thì đầu còn hơi cao coi chừng sa dây rốn. Thường thì sẽ phá ối lúc 3h.

* + Sau phá ối thì đến 5h CTC mở 6cm , độ lọt không đổi, so ra thì đây là giai đoạn chuyển dạ hoạt động mà chỉ có 2 cơn gò trong 10min thôi 🡪ko đủ 🡪tăng co là hợp lí
  + Sau khi tang co thì CTC mở 6cm, ngôi thai càng lọt xuống, cơn co là 3-4 cơn/10 min 🡪có hiệu quả

🡪Case 4 chọn A C E

* Case 2: onset đến nadir <30s, cành xuống dốc nhiều hơn cành lên 🡪nhịp giảm bất định kèm hình ảnh cuối có nhịp tang 🡪nghĩ nhiều là nhịp giảm bất định

🡪Chọn B, D, E

* *Nhịp giảm sớm*
  + *Nhịp giảm sớm hay muộn thì khác nhau chỉ là mối liên quan đến UC*
  + *Gây ra bởi kích thích dây X. Khi có sự chèn ép đầu thai nhi -->ảnh hưởng lên dòng máu từ đm não -->kích thích dây X*
  + *Không liên quan hypoxemia hay acidosis*
  + *Onset to nadir >30s. Trùng đỉnh*
* *Nhịp giảm muộn*
  + *Onset to nadir >30s và onset - nadir - recover đến sau begin - peak - end của cơn co TC*
  + *Do giảm trao đổi nhau - tử cung*
* *Nhịp giảm bất định*
  + *Onset -->nadir <30 s (abrupt)*
  + *Cơ chế: chèn ép cuống rốn*
  + *Ban đầu chèn ép TM rốn vì nó to, ko đàn hồi tốt -->giảm máu về tim -->giảm CO -->tăng nhịp tim -->hình ảnh shoulder*
  + *Sau đó ĐM chèn ép -->tăng kháng lực ngoại vi -->kích thích thụ thể baro -->giảm nhịp tim*
  + *Khi hết chèn ép thì về bình thường*