

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHƯƠNG PHÁP XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN 3 CỦA CHUYỂN DẠ TRONG DỰ PHÒNG BĂNG HUYẾT SAU SINH

Văn Thị Kim Huệ*

Mục tiêu: đánh giá hiệu quả của phương pháp xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ trong dự phòng băng huyết sau sinh và khảo sát khả năng chấp nhận phương pháp xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ trong nhân viên y tế tại các tuyến. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thử nghiệm lâm sàng không đối chứng, ứng dụng phương pháp điều trị mới gồm 700 sản phụ đến sinh tại 3 cơ sở đại diện cho 3 tuyến cơ bản: Khoa Sản Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, Khoa Sản Bệnh viện Thành phố Huế, Nhà hộ sinh khu vực 1 Thành phố Huế. **Kết quả:** Đa số các trường hợp có độ tuổi từ 20 đến 30 (90,8%). Lượng máu mất trung bình là $98,6 \pm 1,2$ ml, ít nhất là 50ml, nhiều nhất là 430ml. Không có trường hợp nào xảy ra băng huyết sau sinh. Thời gian trung bình trong xử trí tích cực $6,9 \pm 1,8$ phút. Thời gian giai đoạn 3 từ 6-8 phút chiếm tỉ lệ cao nhất: 62,4%. Đa số các nhân viên y tế đều có nhu cầu tập huấn về kiến thức và kỹ năng xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ. **Kết luận:** Xử trí tích cực giai đoạn III giúp rút ngắn được thời gian bong-sổ nhau, làm giảm tỉ lệ băng huyết sau sinh. Đa số nhân viên y tế đều có nhu cầu tập huấn về kiến thức và kỹ năng xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ.

Abstract

Efficacy of active management of the third stage of labor in the prevention of postpartum hemorrhage

Objectives: To evaluate the efficacy of active management of the third stage of labor in the prevention of postpartum hemorrhage and to survey the acceptance of this management of health staff. **Methods:** a uncontrolled clinical trial, application of new treatment method including 700 pregnant women delivered at Hue University Hospital, Hue City Hospital, Midwifery hospital of the first region of Hue city. **Results:** The majority of cases aged 20 to 30. The mean blood loss was $98,6 \pm 1,2$ ml, minimum 50ml, maximum 430ml. No case occurred postpartum hemorrhage. The mean time of active management was $6,9 \pm 1,8$ minutes. The length of third stage from 6 to 8 minutes accounted for highest rate (62.4%). The majority of health staff have demands of training of knowledge and

skill of the active management of the third stage. Conclusions: The active management of the third stage helps to curtail the duration of placental delivery and decrease the rate of postpartum hemorrhage. The majority of health staff have demands of training of knowledge and skill of the active management of the third stage.

(*) Bộ môn Phụ Sản, Trường Đại học Y Dược Huế

Đặt vấn đề

Băng huyết sau sinh (BHSS) là một biến chứng thường gặp và gây nên những ảnh hưởng nặng nề đến sức khỏe của bà mẹ - trẻ sơ sinh, thậm chí gây tử vong cho bà mẹ nhất là ở các nước đang phát triển. Mỗi năm, trên toàn cầu có khoảng 515.000 phụ nữ tử vong trong quá trình mang thai và sinh nở, trong đó 130.000 phụ nữ chết do chảy máu trong khi sinh. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) thống kê năm 1998, có 100.000 ca tử vong mỗi năm do BHSS, chiếm 25% tử vong mẹ^[1].

Mặc dù là một biến chứng xảy ra có tính bất ngờ, đột ngột ngay sau khi sổ thai, trong thời kỳ bong và sổ nhau hoặc cả trong thời kỳ hậu sản nhưng các biện pháp dự phòng băng huyết luôn tỏ ra có hiệu quả. Ở các nước phát triển và tại Việt Nam hiện đã có một số nghiên cứu nhằm hạn chế tình trạng chảy máu trong giai đoạn này. Một xu hướng mới tích cực và hữu hiệu để hạn chế tình trạng mất máu sau đẻ là xử trí tốt, xử trí ngay giai đoạn bong và sổ nhau, còn gọi là xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ.

Ở Việt Nam, ngày 07/03/2007 Bộ Y tế chính thức ban hành quy định cho thực hiện kỹ thuật xử trí tích cực giai đoạn 3 trong phạm vi quốc gia (công văn 1315/BYT-SKSS).

Đề tài này được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả của phương pháp xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ trong dự phòng băng huyết sau sinh và khảo sát khả năng chấp nhận phương pháp xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ trong nhân viên y tế tại các tuyến.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: gồm 700 sản phụ đến sinh tại 3 cơ sở đại diện cho 3 tuyến cơ bản: Khoa Phụ Sản Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, Khoa Sản Bệnh viện Thành phố Huế, Nhà hộ sinh khu vực 1 Thành phố Huế, thời gian từ 01/1/2010 đến 31/12/2010.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Sản phụ có tuổi thai từ 28 - 42 tuần
- Thai sống.
- Sinh đường âm đạo: Sinh thường hoặc sinh thủ thuật
- Kỹ thuật xử trí được thực hiện đúng theo bảng kiểm của Bộ Y tế.
- Kỹ thuật đánh giá lượng máu chảy thực hiện theo quy trình.
- Sản phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Có vết mổ cũ
- Có bất thường về dây rốn như dây rốn teo, phù mọng...

- Sản phụ mắc các bệnh mãn tính như bệnh tim mạch, gan, thận, bệnh nội tiết...

- Có bệnh lý rối loạn đông chảy máu

- Chảy máu do các bệnh lý sản khoa khác nhau bong non, nhau không bong, nhau cài răng lược...

- Chảy máu do tổn thương đường sinh dục trong quá trình chuyển dạ như vỡ tử cung, rách cổ tử cung, âm đạo, tầng sinh môn...

- Kỹ thuật xử trí tích cực không theo chuẩn và không đánh giá lượng máu chảy theo quy trình.

Phương pháp nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng không đối chứng, ứng dụng phương pháp điều trị mới.

Xử lý số liệu: Dùng phần mềm SPSS 16.0 và Medcal 9.3.3.0

Kết quả nghiên cứu và bàn luận

Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

Mẫu nghiên cứu gồm 700 sản phụ đến sinh tại các cơ sở đại diện cho 3 tuyến Tỉnh,

Thành, phường xã là: Bệnh viện Đại học Y Dược Huế (240), Bệnh viện Thành phố Huế (230), Nhà hộ sinh khu vực I Thành phố Huế (230)

Phân bố theo tuổi sản phụ

Bảng 1. Phân bố theo tuổi sản phụ

Tuổi	n	%
< 20	21	3,0
20-24	134	19,1
25-29	327	46,7
30-34	175	25,0
35- 40	38	5,4
> 40	5	0,8
Tổng cộng	700	100,00

Đa số các trường hợp có độ tuổi từ 20 đến 30 (90,8%).

Kết quả xử trí tích cực giai đoạn 3

Lượng máu chảy trong xử trí tích cực giai đoạn III

Bảng 2. Lượng máu chảy trong xử trí tích cực giai đoạn III

Lượng máu mất	Nhà HSKV I n (%)	BVTP Huế n (%)	BV Trường n (%)	Tổng n (%)
≤ 100ml	205 (89,1)	197 (85,7)	216 (90,0)	618(88,3)
≤ 300ml	22 (9,6)	29 (12,5)	21 (8,8)	72 (10,3)
≤ 400ml	2 (0,9)	2 (0,9)	2 (0,8)	6 (0,9)
≤ 500ml	1 (0,4)	2 (0,9)	1 (0,4)	4 (0,5)
Tổng	230	230	240	700
Tối thiểu	50 ml			
Tối đa	430 ml			
<i>Giá trị trung bình</i>	98,6 ±1,2 ml			

Lượng máu mất trung bình là $98,6 \pm 1,2$ ml, ít nhất là 50ml, nhiều nhất là 430ml.

Trong 3 cơ sở tiến hành nghiên cứu, lượng máu chảy sau khi áp dụng phương pháp xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ dưới 100ml chiếm đa số, tỷ lệ 88,3%. Không có sản phụ nào có lượng máu chảy trên 500ml nghĩa là không xảy ra băng huyết sau sinh. Lượng máu chảy trung bình của các trường hợp nghiên cứu là $98,6 \pm 1,2$ ml.

Theo Oladapo OT và cộng sự, lượng máu mất trung bình là $198,7\text{ml}^{[2]}$. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên có sự khác nhau nhỏ giữa phương pháp chọn mẫu, nghiên cứu của chúng tôi đã loại toàn bộ các nguyên nhân chảy máu khác như sang chấn, nhau cài răng lược, nguyên nhân bệnh lý... hơn nữa nghiên cứu của chúng tôi có kết hợp dự phòng đờ tử cung cho các trường hợp có nguy cơ chứ không đơn thuần chỉ là xử trí tích cực.

Lượng máu mất trung bình trong các nghiên cứu dao động quanh 200ml và lượng máu mất trên 500ml chiếm tỷ lệ rất ít, đó là kết quả tốt khi áp dụng phương pháp xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ trong 1 cuộc đẻ đã hạn chế lượng máu chảy một cách có ý nghĩa, đồng thời cũng giảm được các biến chứng do mất máu quá nhiều, giảm truyền máu, hồi sức...

Thời gian giai đoạn 3 của nhóm nghiên cứu

Bảng 3. Thời gian giai đoạn 3 của cả 3 cơ sở nghiên cứu

Thời gian (phút)	n	%
3 - 5	212	30,3
6 - 8	437	62,4
9 - 12	51	7,3
Tổng	700	100,0
$\bar{X} \pm SD$	$6,9 \pm 1,8$ phút	

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian bong-sổ nhau khi áp dụng phương pháp xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ chiếm đa số là từ 6-8 phút có tỷ lệ 62,4 %. Thời gian từ 9-12 phút có tỷ lệ thấp là 7,3 %. Theo chúng tôi nhận xét việc kéo dây rốn đúng kỹ thuật có ảnh hưởng đến kết quả xử trí tích cực và thời gian bong nhau.

So với các nghiên cứu khác thì thời gian bong-sổ nhau trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn tuy nhiên sự chênh lệch không nhiều (bảng 4), tất cả các nghiên cứu đều rút ngắn được thời gian bong-sổ nhau hơn so với các cuộc đẻ không áp dụng phương pháp xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ. Sở dĩ thời gian được rút ngắn như vậy là do khi áp dụng phương pháp xử trí tích cực này, Oxytocin được tiêm trực tiếp vào, không cần phải đợi thời gian Oxytocin nội sinh sản xuất nên tác dụng nhanh hơn và Oxytocin tác dụng làm co cơ tử cung dẫn đến bong-sổ nhau hiệu quả hơn.

Bảng 4. Thời gian bong-sổ nhau trung bình trong một số nghiên cứu

Tác giả	Thời gian bong-sổ nhau trung bình (phút)
Võ Văn Minh Quang ^[3]	$7,24 \pm 4,82$
Abalos E ^[4]	9,77
Prendiville WJ ^[5]	9,77

Như vậy, việc áp dụng phương pháp xử trí tích cực một cách thường quy có thể rút ngắn được thời gian một cuộc đẻ, dự phòng được một số tai biến sản khoa trong đó băng huyết sau sinh là một vấn đề quan trọng. Ngoài việc hạn chế mất máu cho sản phụ chúng tôi còn có mong muốn là thu hút sự tập trung của nhân viên y tế với sản phụ, không để sản phụ nằm chờ đợi

trong nguy hiểm, lấy nhau ngay mà không nhanh khi có tai biến...
để thời gian chết, phát hiện ngay và xử trí

Thái độ của nhân viên y tế các tuyến về xử trí giai đoạn 3 qua đánh giá ban đầu.

Trình độ cán bộ y tế tại các cơ sở

Bảng 5. Trình độ cán bộ y tế tại các cơ sở

Đặc điểm	Nhà HSKV I n (%)	BVTP Huế n (%)	BV Trường n (%)	Tổng n (%)
Trình độ				
Bác sĩ	2 (15,4)	4 (25,0)	6 (30,0)	12 (24,5)
NHS trung học	11 (84,6)	12 (75,0)	14 (70,0)	37 (75,5)
Tổng	13 (100,0)	16 (100,0)	20 (100,0)	49 (100,0)
Thời gian làm việc (năm)				
≥10	8 (61,5)	10 (62,5)	12 (60,0)	30 (61,2)
<10	5 (38,5)	6 (37,5)	8 (40,0)	19 (38,8)
Tổng	13 (100,0)	16 (100,0)	20 (100,0)	49 (100,0)

- Số bác sỹ tham gia thực hành sản khoa tại 3 cơ sở nghiên cứu chiếm 24,5%, nữ hộ sinh trung học 75,51%

- 61,2% nhân viên y tế có thời gian thực hành sản khoa > 10 năm

- 38,8% thực hành <10 năm.

Kết quả đánh giá đầu kỳ

Bảng 6. Kết quả đánh giá đầu kỳ dựa trên số câu trả lời đúng

Số câu trả lời đúng	Nhà HSKV I n (%)	BVTP Huế n (%)	BV Trường n (%)	Tổng n (%)
18-20 câu	2 (15,4)	3 (18,7)	10 (50,0)	15 (30,6)
14 - 17 câu	7 (53,8)	9 (56,3)	8 (40,0)	24 (49,0)
10 - 13 câu	4 (30,8)	4 (25,0)	2 (10,0)	10 (20,4)
< 10 câu	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Tổng	13 (100,0)	16 (100,0)	20 (100,0)	49 (100,0)

Các đợt đánh giá đầu kỳ thực hiện đồng thời tại 3 cơ sở nghiên cứu đại diện cho 3

tuyến. Việc tiến hành đánh giá đầu kỳ trên cùng bộ câu hỏi và do các thành viên trong nhóm đề tài tham gia. Gần như toàn bộ nhân viên các tuyến đều tham gia đánh giá. Phân công các tuyến đều có những hiểu biết về phương pháp xử trí tích cực qua tập huấn, qua sách vở, hoặc qua sự truyền đạt lại của các cán bộ đã được tập huấn, tuy nhiên sự hiểu biết về phương pháp này còn chưa đồng đều, chưa cơ bản, đầy đủ, chính vì vậy việc thực hiện còn một số sai sót, vì vậy hiệu quả của phương pháp là chưa cao.

Có thể thấy rõ sự khác biệt về cả trình độ và kinh nghiệm của nhân viên các tuyến. Không phải mọi người, mọi tuyến đều quan tâm đến việc nâng cao trình độ hiểu biết, năng lực chuyên môn và đặc biệt là sự cập nhật kiến thức để nâng cao chất lượng phục vụ. Tất cả các Bác sỹ ở cả 3 tuyến đều trả lời tốt phần đánh giá trong khi nữ hộ sinh chỉ trả lời đúng khoảng 80-90% các câu hỏi, ngay cả nữ hộ sinh công tác tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế. Các nhân viên làm việc lâu năm tuy có nhiều kinh nghiệm trong chuyên

môn nhưng việc cập nhật kiến thức, sự thay đổi tư duy và thói quen làm việc không dễ. Một số gần như chấp nhận biện pháp một cách hình thức chứ không phải như một nhu cầu.

Phần đông trả lời đúng 14-17 câu trong tổng số 20 câu hỏi. Không có nhân viên nào trả lời <10 câu. Điều đó chứng tỏ phương pháp xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ đã được phổ biến đến cả 3 tuyến.

Kết quả đánh giá về kiến thức của nhân viên y tế về phương pháp XTTC

Bảng 7. Kiến thức của nhân viên về phương pháp xử trí tích cực

Nội dung	Tỷ lệ % câu trả lời đúng	Tỷ lệ % câu trả lời sai
Các câu hỏi liên quan đến bong và sổ rau	93,8 %	6,2%
Các câu hỏi liên quan đến chảy máu sau sinh	87,5 %	12,5 %
Các câu hỏi liên quan đến xử trí tích cực giai đoạn 3	83,3 %	16,7 %

Kết quả đánh giá tập trung chính vào kiến thức, thái độ và kỹ năng của nhân viên y tế tại các cơ sở về giai đoạn 3 của chuyển dạ nói chung và xử trí tích cực giai đoạn 3 trong dự phòng băng huyết sau sinh nói riêng.

Đối với các câu hỏi kiến thức về giai đoạn 3, về bong và sổ nhau có 93,8 % trả lời đúng, câu hỏi về định nghĩa băng huyết sau sinh 100% trả lời đúng, điều này chứng tỏ tất cả nhân viên y tế các tuyến đều hiểu được tầm quan trọng của băng huyết sau sinh, tuy nhiên một số nhân viên chủ yếu là nữ hộ sinh không thấy rõ được vai trò của đồ tử cung trong băng huyết sau sinh và cách thức dự phòng đồ tử cung

sau đẻ, do đó chỉ 87,5% trả lời đúng các câu hỏi. Cũng trong phần đánh giá này chúng tôi nhận thấy một số ý kiến cho rằng băng huyết sau đẻ liên quan đến 2 nguyên nhân chính là do bong nhau: nhau bám chặt, cầm tù, sót nhau sau đẻ và sang chấn sinh dục: vỡ tử cung, rách cổ tử cung. Kết quả này cũng xuất phát từ thực tế hiện nay tại 3 cơ sở tình trạng đồ tử cung sau đẻ rất ít so với trước đây và nếu xảy ra thì điều trị nội khoa đều đạt kết quả tốt, hầu như rất hiếm gặp trường hợp phải truyền máu hoặc can thiệp ngoại khoa.

Tất cả nhân viên y tế 3 tuyến đã được biết về xử trí tích cực giai đoạn 3 qua các phương tiện thông tin, sách vở, một số đã được tập huấn theo chuẩn quốc gia, số khác được đào tạo lại, tuy nhiên qua kết quả đánh giá ban đầu chúng tôi thấy được các kiến thức về phương pháp xử trí tích cực chưa được cung cấp đầy đủ nhất là ở những người trực tiếp thực hiện xử trí giai đoạn 3 - nữ hộ sinh, do đó chỉ 83,3% nắm được đúng và đầy đủ kiến thức xử trí tích cực giai đoạn 3.

Kết quả đánh giá đầu kỳ dựa trên kỹ năng của nhân viên y tế đối với phương pháp

Bảng 8. Đánh giá về kỹ năng của nhân viên y tế về phương pháp

Nội dung đánh giá	Tỷ lệ %câu trả lời đúng	Tỷ lệ %câu trả lời sai
Các bước xử trí tích cực	85,4	14,6
Thời điểm tiêm oxytocin	93,8	6,3
Liều lượng oxytocin	100,0	0,0
Kỹ thuật kéo dây rốn	89,6	10,4

Qua kết quả đánh giá chúng tôi nhận

thấy kỹ thuật xử trí tích cực giai đoạn 3 đã được phổ biến rộng rãi, cả 3 cơ sở nghiên cứu đều đã thực hiện kỹ thuật này. Kết quả hiển nhiên thu được là giảm bớt tình trạng chảy máu sau đẻ của sản phụ do quá trình bong và sổ nhau, rút ngắn được thời gian giai đoạn 3. Tuy kỹ thuật này đã được đưa vào chuẩn quốc gia cũng như các nhân viên đã được tập huấn nhưng chỉ 85,4 % trả lời đúng hoàn toàn các bước xử trí, 14,59% cho rằng kỹ thuật này chỉ cần tiêm oxytocin rồi kéo dây rốn. Cũng như vậy, 6,25% chọn thời điểm tiêm oxytocin khi thai đã sổ đầu hoặc vai mà không khám xác định còn thai thứ hai hay không trước khi tiêm. Kỹ thuật kéo dây rốn là bước kỹ thuật quan trọng nhất cũng như cách xử trí khi kéo dây không thành công, xử trí các bất thường xảy ra khi tiến hành xử trí tích cực chỉ 89,6% làm hay trả lời đúng. 100% nhân viên tiêm 10 đơn vị (2 ống) oxytocin để xử trí tích cực. Như vậy nhìn chung các cơ sở đều tiến hành xử trí tích cực song chưa phát huy được hiệu quả ở mức cao.

Một nghiên cứu mô tả dọc đánh giá phương pháp xử trí tích cực giai đoạn 3 tại 15 trung tâm sản khoa tại 10 quốc gia phát triển và đang phát triển đã cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa giữa từng quốc gia và từng trung tâm trong việc xử trí tích cực giai đoạn 3. Một nghiên cứu tại châu Âu cũng cho kết quả tương tự. Các nghiên cứu này cho thấy tồn tại một khoảng cách trong kiến thức và thực hành, nhưng các nghiên cứu này lại không phân tích sự khác biệt giữa từng nhóm lâm sàng khác nhau.

Mặc dù khuyến cáo của Hội sản phụ khoa Canada khuyên nên thực hành xử trí tích cực giai đoạn 3 tuy nhiên vẫn thấy sự

khác biệt từ lý thuyết đến thực hành, hơn nữa có sự khác biệt trong thái độ xử trí giữa các cá nhân. Một nghiên cứu tại Netherland cho thấy sự khác nhau khi chỉ định Oxytocin giữa NHS và Bác sĩ trong xử trí tích cực giai đoạn 3.

Nhu cầu tập huấn về vấn đề chảy máu sau đẻ của nữ hộ sinh trung học tại các cơ sở nghiên cứu

Bảng 9. Nhu cầu tập huấn kiến thức về chảy máu sau đẻ của nữ hộ sinh

Nhu cầu	N	%
Kiến thức chung về CMSĐ	25/37	67,6
Kiến thức về xử trí CMSĐ	31/37	83,8
Kiến thức về dự phòng CMSĐ	32/37	86,5
Kỹ năng xử trí và dự phòng chảy máu sau đẻ tại cơ sở	37/37	100,0

Để góp phần làm tăng hiệu quả của phương pháp chúng tôi tiến hành tập huấn kỹ thuật dựa trên kết quả đánh giá. Sau khi phân tích kết quả chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt nhỏ về nhu cầu của nhân viên y tế. Dựa trên thực tế là nữ hộ sinh là đội ngũ chính tham gia đỡ đẻ thường, lấy nhau và kiểm tra nhau sau đẻ nên chúng tôi chỉ đi vào phân tích nhu cầu của nữ hộ sinh các tuyến.

Nhìn chung nhu cầu cập nhật, nâng cao kiến thức chung về chảy máu sau đẻ, kiến thức về cách xử trí, dự phòng chảy máu thấp hơn so với nhu cầu nâng cao kỹ năng xử trí và dự phòng. Chỉ 67,6% nữ hộ sinh có nhu cầu nâng cao về kiến thức chảy máu chung trong khi đó 100% mong muốn nâng cao kỹ năng xử trí và dự phòng

Nhu cầu tập huấn kỹ thuật về phương pháp XTTCGD 3 của nữ hộ sinh

Bảng 10. Nhu cầu tập huấn kỹ thuật về phương pháp xử trí tích cực giai đoạn 3

Nhu cầu	n	%
Chỉ định	35/37	94,6
Kỹ thuật kéo dây rốn	37/37	100,0
Xử lý các bất thường	37/37	100,0

Đa số mong muốn tập huấn phần thực hành nhất là kỹ thuật kéo dây rốn cho đúng, cho hiệu quả, bong được nhau và không bị đứt dây rốn. Một số khác không có nhu cầu tập huấn kỹ thuật do không thấy cần vì đã biết rồi, làm rồi nhưng khi chúng tôi yêu cầu làm lại hoặc qua quan sát thực tế họ làm không đúng đặc biệt kỹ thuật kéo dây rốn có kiểm soát: Kết hợp hai tay thế nào để tránh đứt dây rốn và không làm lộn lờ tử cung.

Việc tập huấn kỹ thuật do thành viên trong nhóm thực hiện đề tài chủ trì và tiến hành tại cơ sở tham gia nghiên cứu. Nội

dung chủ yếu của tập huấn chú trọng đến chỉ định, các bước tiến hành, xử trí các bất thường xảy ra khi xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ. Nhân viên hai tuyến cơ sở là nhà hộ sinh khu vực, bệnh viện Thành phố tham gia đầy đủ do có sự hỗ trợ tích cực của thành viên nhóm nghiên cứu tại cơ sở, hơn nữa cũng do nhu cầu thực tế của các cơ sở. Tại bệnh viện trường Y Dược Huế do nhu cầu không chỉ là điều trị mà còn là đào tạo nên việc cầm tay chỉ việc được tiến hành thường xuyên. Nhưng cũng chính việc luôn luôn có mặt các bác sỹ, các giảng viên sẽ làm giảm đi tính chủ động của nữ hộ sinh trong dự phòng và xử trí chảy máu sau sinh.

Kết luận

Xử trí tích cực giai đoạn III giúp rút ngắn được thời gian bong-số nhau, làm giảm tỉ lệ băng huyết sau sinh. Đa số nhân viên y tế đều có nhu cầu tập huấn về kiến thức và kỹ năng xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization (2007) *WHO recommendations for the prevention of postpartum hemorrhage*,
2. Oladapo OT, Fawole AO (2007) "Adoption and practice of evidencebased obstetric care among Nigerian obstetricians", *J Obstet Gynaecol*, 27: 279-81.
3. Võ Văn Minh Quang (2007), "Nghiên cứu xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ bằng oxytocin tại Trung tâm Y tế huyện Hương Thủy tỉnh Thừa Thiên Huế", *Tạp chí Phụ Sản*, số đặc biệt (03-04), tr. 117.
4. Abalos E. (2009) "Chọn lựa thuốc co hồi tử cung trong xử trí tích cực giai đoạn ba chuyển dạ". *Thư viện sức khỏe sinh sản RHL*, Tổ chức y tế thế giới.
5. Prendiville WJP, Elbourne D, McDonald SJ (2000). "Xử trí tích cực giai đoạn ba chuyển dạ so với theo dõi", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD000007. DOI: 10.1002/14651858. CD000007.