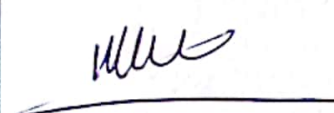
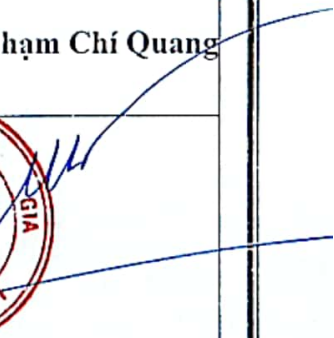


SỞ Y TẾ TỈNH GIA LAI
TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN PHÚ THIÊN



QUY TRÌNH
SẢN - PHỤ KHOA

QT.02- SPK

	Người viết	Người kiểm duyệt	Người phê duyệt
Họ và tên	Bs.CKI. R'Ô THỨC	Bs.CKI.Mã Thị Thu Huyện	Bs.CKI. Phạm Chí Quang
Ký			
Chức danh	Khoa CSSKSS	Phụ trách Phòng KHNV	Giám đốc

TRUNG TÂM Y TẾ PHÚ THIÊN	QUY TRÌNH SẢN-PHỤ KHOA	Mã số: QT.02.SPK Ngày ban hành: 14/02/2023 Lần ban hành: 01			
1. Người có liên quan phải học tập và thực hiện đúng các nội dung của quy định này. 2. Nội dung trong quy định này có hiệu lực thi hành như sự chỉ đạo của Giám đốc bệnh viện. 3. Mỗi đơn vị được phát 01 bản (có đóng dấu kiểm soát). Các bộ phận khi có nhu cầu bổ sung thêm tài liệu, đề nghị liên hệ với Thư ký Hội đồng Khoa học để có bản đóng dấu kiểm soát. Cán bộ công chức được cung cấp file mềm trên mạng nội bộ để chia sẻ thông tin khi cần.					
NƠI NHẬN (ghi rõ nơi nhận rồi đánh dấu X ô bên cạnh)					
☒	Giám đốc	☐		☐	
☒	Phó giám đốc	☐		☐	
☒	Các Khoa/phòng	☐		☐	
☒	Phòng Điều dưỡng	☐		☐	
☒	Phòng KHTHCNTT	☐		☐	
☒	Phòng TCKT	☐		☐	
THEO DÕI TÌNH TRẠNG SỬA ĐỔI (tình trạng sửa đổi so với bản trước đó)					
Trang	Hạng mục sửa đổi	Tóm tắt nội dung hạng mục sửa đổi			

QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHOA CSSKSS

Mục lục

PHẦN I. SẢN KHOA

PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN ĐẦU.....	4
PHẪU THUẬT LẤY THAI DO BỆNH LÝ SẢN KHOA.....	6
PHẪU THUẬT LẤY THAI CÓ KÈM CÁC KỸ THUẬT CÀM MÁU (thắt động mạch tử cung, mũi khâu B – lynch).....	8
PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN HAI TRỞ LÊN.....	11
PHẪU THUẬT THẮT ĐỘNG MẠCH TỬ CUNG.....	14
PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN DO CHẢY MÁU THỨ PHÁT SAU CHẢY MÁU SẢN KHOA	15
GIẢM ĐAU TRONG ĐẼ BẰNG PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG.....	17
GÂY CHUYỂN DẠ BẰNG THUỐC.....	20
QUY TRÌNH NGHIỆM PHÁP LỘT NGÔI CHỖM.....	23
ĐẼ CHỈ HUY BẰNG TRUYỀN OXYTOCIN TĨNH MẠCH.....	24
THEO DÕI NHỊP TIM THAI VÀ CƠN CO TỬ CUNG BẰNG MONITOR.....	26
QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐỖ ĐẼ NGÔI NGƯỢC.....	29
NỘI XOAY THAI.....	31
ĐỖ ĐẼ SINH ĐÔI.....	33
FORCEPS.....	36
GIÁC HÚT SẢN KHOA.....	38
SOI ỐI.....	41
KHÂU PHỤC HỒI RÁCH ÂM ĐẠO.....	43
KHÂU RÁCH CỔ TỬ CUNG.....	45
KỸ THUẬT ĐỖ ĐẼ THƯỜNG NGÔI CHỖM.....	47
CẮT KHÂU TÀNG SINH MÔN.....	50
XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN III CUỘC CHUYỂN DẠ.....	52
KIỂM SOÁT TỬ CUNG.....	54
QUY TRÌNH KIỂM TRA RAU.....	56
BÓC RAU NHÂN TẠO.....	57
QUY TRÌNH KỸ THUẬT BẮM ỐI.....	59
QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÁM THAI.....	60
NẠO SÓT THAI, NẠO SÓT RAU SAU SẴY, SAU ĐẼ.....	65
KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG.....	67
PHẦN II. PHỤ KHOA.....	83
PHẪU THUẬT MỔ BỤNG CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN.....	69
QUY TRÌNH PHẪU THUẬT MỔ BỤNG CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN VÀ HAI PHẦN PHỤ	71
PHẪU THUẬT MỔ BỤNG CẮT U BUỒNG TRỨNG HOẶC CẮT PHẦN PHỤ.....	72
QUY TRÌNH PHẪU THUẬT MỔ BỤNG CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN.....	74

PHẪU THUẬT MỔ BỤNG BÓC U XƠ TỬ CUNG.....	75
PHẪU THUẬT MỔ BỤNG XỬ TRÍ VIÊM PHÚC MẠC TIỂU KHUNG, VIÊM PHẦN PHỤ, Ứ MỮ VỎI TỬ CUNG.....	77
PHẪU THUẬT NỘI SOI THAI NGOÀI TỬ CUNG THỂ HUYẾT TỤ THÀNH NANG....	78
QUY TRÌNH PHẪU THUẬT CHỮA NGOÀI TỬ CUNG VỠ.....	80
QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ CHỮA NGOÀI TỬ CUNG.....	81
PHẪU THUẬT LÀM LẠI TÀNG SINH MÔN VÀ KHÂU CƠ VÒNG DO RÁCH PHÚC TẠP	82
PHẪU THUẬT CHỮA NGOÀI TỬ CUNG VỠ CÓ CHOÁNG.....	83
PHẪU THUẬT CẮT POLYP CỔ TỬ CUNG.....	84
PHẪU THUẬT XOẢN POLYP CỔ TỬ CUNG.....	85
CẮT U THÀNH ÂM ĐẠO.....	86
QUY TRÌNH BÓC NANG TUYẾN BARTHOLIN.....	87
TRÍCH RẠCH MÀNG TRINH DO Ứ MÁU KINH.....	88
NONG BUỒNG TỬ CUNG ĐẶT DỤNG CỤ CHỐNG DÍNH.....	89
HÚT BUỒNG TỬ CUNG DO RONG KINH RONG HUYẾT.....	91
CHỌC DÒ TÚI CÙNG DOUGLAS.....	93
CHÍCH ÁP XE VÚ.....	94
THĂM KHÁM PHỤ KHOA.....	96
BÓC NHÂN XƠ VÚ.....	99
SOI CỔ TỬ CUNG.....	101
ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG CỔ TỬ CUNG BẰNG ĐÓT ĐIỆN, ĐÓT NHIỆT, ĐÓT LAZE, ÁP LẠNH.....	102
PHẦN III. SƠ SINH.....	
NUÔI DƯỠNG SƠ SINH QUA ĐƯỜNG TĨNH MẠCH.....	104
ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN CẤP CỨU SƠ SINH – THỞ MÁY.....	107
THỞ ÁP LỰC DƯỠNG LIÊN TỤC (CPAP).....	110
QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ VÀNG DA Ở TRẺ SƠ SINH BẰNG PHƯƠNG PHÁP CHIẾU ĐÈN	113
ĐẶT ống THÔNG DẠ DÀY SƠ SINH.....	114
CHĂM SÓC RỒN SƠ SINH.....	115

TẮM SƠ SINH.....	117
HỒI SỨC SƠ SINH NGẠT.....	119
PHẦN IV. KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH.....	
PHẪU THUẬT NỘI SOI TRIỆT SẢN NỮ.....	122
TRIỆT SẢN NỮ QUA ĐƯỜNG RẠCH NHỎ.....	124
CẮY, RÚT MẢNH GHÉP TRÁNH THAI.....	126
ĐẶT VÀ THÁO DỤNG CỤ TỬ CUNG.....	128
PHẦN V. PHÁ THAI.....	
PHÁ THAI NỘI KHOA ĐẾN HẾT 9 TUẦN VÔ KINH.....	131
PHÁ THAI BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT CHÂN KHÔNG.....	134

PHẦN I. SẢN KHOA

PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN ĐẦU

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung.

II. CHỈ ĐỊNH

1) Do nguyên nhân từ thai.

- Các chỉ định do ngôi thai bất thường.
- Thai to
- Thai suy
- Bệnh lý của thai có chống chỉ định đẻ đường âm đạo:

2) Do nguyên nhân phần phụ của thai.

3) Do nguyên nhân đường sinh dục.

4) Do bệnh lý của mẹ

5) Những chỉ định khác

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp gây mê hồi sức.
- Kíp phẫu thuật.
- Nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh.

2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tủy sống, gây mê toàn thân.
- Bộ dụng cụ mổ lấy thai đã tiệt trùng.
- Phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh.
- Các thuốc để hồi sức và các thuốc dùng trong sản khoa.

3. Người bệnh

- Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật.
- Thông đại, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thì 1. Mở bụng:

- Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu.
- Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ.

Thì 2. Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung.

Thì 3. Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối:

- Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới.
- Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm .

Thì 4. Lấy thai và rau:

- Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại.

- Dùng miếng gạc mỏng lau nhót miệng trẻ.
- Kẹp và cắt dây rốn.
- Tiêm tĩnh mạch chậm (qua dây truyền) 10 đơn vị oxytocin. Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần.
- Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy.

Thì 5. Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc:

- Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1. Có thể bằng mũi rời hay khâu vắt có khóa hay không có khóa. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung. Không nên khâu cả lớp nội mạc tử cung. Thông thường khâu một lớp là đủ. Nếu cần thì khâu vắt lớp thứ hai để cầm máu và che phủ lớp khâu thứ nhất.
- Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung bắt buộc khi có nguy cơ nhiễm khuẩn.

Thì 6. Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, đếm đủ gạc:

Thì 7: Đóng thành bụng theo từng lớp.

Thì 8: Lấy máu và lau âm đạo.

V. THEO DÕI CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

1. Theo dõi sau phẫu thuật.

- Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu.
- Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ tử cung ra.
- Vết mổ thành bụng.
- Trung tiện.

2. Chăm sóc.

- Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật.
- Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện).
- Vận động sớm.
- Cho con bú sớm.
- Kháng sinh điều trị (nếu cần).

VI. BIẾN CHỨNG

1. Trong phẫu thuật

- Chảy máu
- Chấn thương thai nhi
- Chấn thương ruột
- Rạch vào bàng quang
- Thắt vào niệu quản
- Khi thắt động mạch tử cung ở thấp có thể thắt vào niệu quản, trong trường hợp đó phải mổ và tháo ra.
- Huyết tụ khi kim chọc vào búi mạch trong trường hợp không bóc tách hai lá của dây chằng rộng để bộc lộ động mạch tử cung. Cần kẹp chặn ngay các mạch máu ở phía dư ới dây chằng rộng để phòng máu tụ lan ra đáy chậu và thành tử cung.

2. Sau phẫu thuật

- Nhiễm trùng vết mổ, tiêu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết.
- Chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung.

PHẪU THUẬT LẤY THAI DO BỆNH LÝ SẢN KHOA

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung do các bệnh lý sản khoa không có chỉ định đẻ đường âm đạo hoặc khó đẻ đường âm đạo như: rau tiền đạo, rong bong non, tiền sản giật, sản giật...

II. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp gây mê hồi sức.
- Kíp phẫu thuật.
- Nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh.

2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tủy sống, hoặc gây mê toàn thân tùy từng tình trạng bệnh.
- Bộ dụng cụ mổ lấy thai đã tiệt trùng.
- Phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh.
- Các thuốc để hồi sức và các thuốc dùng trong sản khoa và các bệnh lý toàn thân.

3. Người bệnh

- Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật.
- Thông đái, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thì 1. Mở bụng:

- Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu.
- Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ.

Thì 2. Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung.

Thì 3. Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối:

- Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới.
- Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm .

Thì 4. Lấy thai và rau:

- Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại.
- Dùng miếng gạc mỏng lau nhót miệng trẻ.
- Kẹp và cắt dây rốn.
- Tiêm tĩnh mạch chậm (qua dây truyền) 10 đơn vị oxytocin. Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần.
- Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy.

Thì 5. Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc:

- Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1. Có thể bằng mũi rời hay khâu vắt có khóa hay không có khóa. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung. Không nên khâu cả lớp nội mạc tử cung. Thông thường khâu một lớp là đủ. Nếu cần thì khâu vắt lớp thứ hai để cầm máu và che phủ lớp khâu thứ nhất.

- Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung bắt buộc khi có nguy cơ nhiễm khuẩn.

Thì 6. Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, đếm đủ gạc:

Thì 7: Đóng thành bụng theo từng lớp.

Thì 8: Lấy máu và lau âm đạo.

IV. THEO DÕI CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

1. Theo dõi sau phẫu thuật.

- Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu.

- Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ tử cung ra.

- Vết mổ thành bụng.

- Trung tiện.

2. Chăm sóc.

- Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật và các thuốc điều trị bệnh toàn thân.

- Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện).

- Vận động sớm.

- Cho con bú sớm.

- Kháng sinh điều trị (nếu cần).

V. BIẾN CHỨNG

1. Trong phẫu thuật

- Chảy máu

- Chấn thương thai nhi

- Chấn thương ruột

- Rạch vào bàng quang

- Thắt vào niệu quản

2. Sau phẫu thuật

- Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết.

- Chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung.

PHẪU THUẬT LẤY THAI CÓ KÈM CÁC KỸ THUẬT CẮM MÁU (thắt động mạch tử cung, mũi khâu B – lynch)

A. PHẪU THUẬT LẤY THAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung.

II. CHỈ ĐỊNH

1) Do nguyên nhân từ thai.

- Các chỉ định do ngôi thai bất thường.
- Thai to
- Thai suy
- Bệnh lý của thai có chống chỉ định đẻ đường âm đạo:

2) Do nguyên nhân phần phụ của thai.

3) Do nguyên nhân đường sinh dục.

4) Do bệnh lý của mẹ

5) Những chỉ định khác

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp gây mê hồi sức.
- Kíp phẫu thuật.
- Nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh.

2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tủy sống, gây mê toàn thân.
- Bộ dụng cụ mổ lấy thai đã tiệt trùng.
- Phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh.
- Các thuốc để hồi sức và các thuốc dùng trong sản khoa.

3. Người bệnh

- Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật.
- Thông đại, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thì 1. Mở bụng:

- Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu.
- Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ.

Thì 2. Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung.

Thì 3. Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối:

- Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới.
- Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm .

Thì 4. Lấy thai và rau:

- Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại.

- Dùng miếng gạc mỏng lau nhót miệng trẻ.

- Kẹp và cắt dây rốn.

- Tiêm tĩnh mạch chậm (qua dây truyền) 10 đơn vị oxytocin. Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần.

Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy.

Thì 5. Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc:

- Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1. Có thể bằng mũi rời hay khâu vắt có khóa hay không có khóa. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung. Không nên khâu cả lớp nội mạc tử cung. Thông thường khâu một lớp là đủ. Nếu cần thì khâu vắt lớp thứ hai để cầm máu và che phủ lớp khâu thứ nhất.

- Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung bắt buộc khi có nguy cơ nhiễm khuẩn.

B. KỸ THUẬT CẦM MÁU.

- Chảy máu ở buồng tử cung do những nguyên nhân khác nhau.

- Chảy máu ở vùng rau bám trong rau tiền đạo.

- Đờ tử cung.

Thất động mạch tử cung là thủ thuật làm tắc nghẽn luồng máu chảy trong động mạch tử cung, do đó làm giảm lưu lượng máu tới tử cung.

I. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

* **Thì 1.** Mở phúc mạc đo ạn dư ới.

đường rạch ngang đo ạn dư ới ở thì phẫu thuật lấy thai.

* **Thì 2.** Bóc tách lá phúc mạc trừ ớc và sau, bộc lộ động mạch tử cung ở vị trí động mạch đ ới hư ớng từ đáy dây ch ằng rộng quạt ngư ợc lên mặt bên thân tử cung.

* **Thì 3.** Thất đ ộng mạch tử cung.

- Sau khi bộc lộ động mạch dùng chỉ perlon luồn qua động mạch và thất động mạch tử cung bên phải và bên trái.

- Trong trường hợp có thai, cuống mạch phát triển, bóc tách có nguy cơ chảy máu nhiều, có thể dùng kim chọc qua mặt dưới cuống mạch lấy cả tổ chức cơ tử cung và buộc.

Thất động mạch tử cung bằng cách khâu cả tổ chức quanh động mạch.

* **Thì 4.** Khâu phúc mạc rồi tiếp tục thất động mạch đối diện.

Nếu khâu mũi Blynch: Sau khi đẩy bàng quang xuống, mũi may bắt đầu từ góc trái vết mổ ngang, cách bờ dưới vết mổ 3 cm, cách bờ trái tử cung 3cm. mũi kim đâm vào lòng tử cung rồi xuyên qua bờ trên vết mổ ngang, cách bờ trên khoảng 3cm và cách bờ trái tử cung khoảng 4cm, sau đó vòng chỉ lên đáy tử cung cách góc sừng trái khoảng 4cm rồi ra qua mặt sau tử cung. Đâm kim từ mặt sau tử cung ngang vị trí vết mổ ngang, kéo ngang sợi chỉ song song đường mổ ngang rồi đâm kim từ lòng tử cung ra mặt sau cách bờ phải tử cung 4cm, vòng chỉ lên đáy tử cung cách góc sừng phải 4cm rồi ra mặt trước tử cung, sau đó đâm kim từ mặt trước tử cung vào lòng tử cung, cách bờ trên 3cm, cách bờ phải 4cm rồi đâm xuyên từ lòng tử cung ra mặt trước tử cung cách mép dưới vết mổ 3cm, cách bờ phải tử cung 3cm.

khâu 2 góc vết mổ trước, rồi cột 2 mối chỉ lại với nhau ở mặt trước đoạn dưới tử cung, trên bàng quang. Tiếp theo là khâu vết mổ ngang

Thì 6. Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, đếm đủ gạc:

Thì 7: Đóng thành bụng theo từng lớp.

Thì 8: Lấy máu và lau âm đạo.

C. THEO DÕI CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

1. Theo dõi sau phẫu thuật.

- Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu.
- Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ tử cung ra.
- Vết mổ thành bụng.
- Trung tiện.

2. Chăm sóc.

- Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật.
- Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện).
- Vận động sớm.
- Cho con bú sớm.
- Kháng sinh điều trị (nếu cần).

D. BIẾN CHỨNG

1. Trong phẫu thuật

- Chảy máu
- Chấn thương thai nhi
- Chấn thương ruột
- Rạch vào bàng quang
- Thắt vào niệu quản

2. Sau phẫu thuật

- Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết.
- Chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung.

PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN HAI TRỞ LÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung.

Phẫu thuật lấy thai lần 2 là phẫu thuật lấy thai ra khỏi tử cung trên bệnh nhân đã có sẹo mổ đẻ ở tử cung.

II. CHỈ ĐỊNH:

- Bệnh nhân đã có sẹo mổ đẻ lần 1 ở tử cung:
- Mổ lần đầu vì lý do tuyệt đối: khung chậu hẹp, méo , lệch.
- Tiền sử mổ lấy thai do nguy cơ vỡ tử cung cao trong chuyển dạ.
- Lần đầu mổ thân tử cung, mổ dọa vỡ tử cung, hoặc vỡ tử cung khâu bảo tồn.
- Hậu phẫu lần trước bị nhiễm trùng tử cung.
- Lần này thai già tháng.
- Khoảng cách giữa 2 lần mổ trước với lần này < 18 tháng .

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp gây mê hồi sức.
- Kíp phẫu thuật.
- Nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh.

2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tủy sống, gây mê toàn thân.
- Bộ dụng cụ mổ lấy thai đã tiệt trùng.
- Phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh.
- Các thuốc để hồi sức và các thuốc dùng trong sản khoa.

3. Người bệnh

- Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật.
- Thông đại, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.

4. Kíp phẫu thuật:

- Phẫu thuật viên, người gây tê tủy sống cùng các trợ thủ và dụng cụ viên thực hiện rửa tay ngoại khoa, mặc áo, khẩu trang, đi găng vô khuẩn

5. Giảm đau:

- Giảm đau vùng (gây tê tủy sống hay gây tê ngoài màng cứng) là ưu tiên. Có thể gây mê nội khí quản khi giảm đau vùng có chống chỉ định
- Không khuyến cáo gây tê tại chỗ hay gây tê tĩnh mạch

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thì 1. Mở bụng:

- Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu tùy theo sẹo mổ cũ lần trước
- Gỡ dính(nếu có)
- Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ.

2. Thì 2. Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung. Lưu ý ở thì này một số trường hợp sẹo mổ cũ dính kéo cao bằng quang lên trên nên khi mở phúc mạc nên dùng kéo cong bóc tách đẩy bằng quang xuống tránh rách vào bàng quang.

3. Thì 3. Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối:

- Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới.
- Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm .

4. Thì 4. Lấy thai và rau:

- Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại.
- Dùng miếng gạc mỏng lau nhót miệng trẻ.
- Kẹp và cắt dây rốn. - Tiêm tĩnh mạch chậm(quả dây truyền) 10 đơn vị oxytocin. Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần.
- Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy.

5. Thì 5. Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc:

- Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1. Có thể bằng mũi rời hay khâu vắt có khóa hay không có khóa. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung. Không nên khâu cả lớp nội mạc tử cung. Thông thường khâu một lớp là đủ. Nếu cần thì khâu vắt lớp thứ hai để cầm máu và che phủ lớp khâu thứ nhất.
- Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung bắt buộc khi có nguy cơ nhiễm khuẩn.

6. Thì 6. Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, đếm đủ gạc

7. Thì 7: Đóng thành bụng theo từng lớp.

8. Thì 8: Lấy máu và lau âm đạo.

V. THEO DÕI CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

1. Theo dõi sau phẫu thuật.

- Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu.
- Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ tử cung ra.
- Vết mổ thành bụng.
- Trung tiện.

2. Chăm sóc.

- Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật.
- Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện).
- Vận động sớm.
- Cho con bú sớm.
- Kháng sinh điều trị (nếu cần).

VI. BIẾN CHỨNG

1. Trong phẫu thuật

- Chảy máu
- Chấn thương thai nhi
- Chấn thương ruột
- Rạch vào bàng quang
- Thắt vào niệu quản

2. Sau phẫu thuật

- Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết.

-Chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung.

PHẪU THUẬT THẮT ĐỘNG MẠCH TỬ CUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Thắt động mạch tử cung là thủ thuật làm tắc nghẽn luồng máu chảy trong động mạch tử cung, do đó làm giảm lưu lượng máu tới tử cung.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu ở buồng tử cung do những nguyên nhân khác nhau.
- Chảy máu ở vùng rau bám trong rau tiền đạo.
- Đờ tử cung.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản đã được đào tạo.
- Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn.

2. Phương tiện

- Dụng cụ phẫu thuật trung phẫu.
- Chỉ tiêu, kim lớn, tan nhanh.

3. Người bệnh

- Được chuẩn bị như một trường hợp phẫu thuật cấp cứu sản phụ khoa.
- Người bệnh được tư vấn mục đích, tai biến có thể gặp phải khi thực hiện.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

* Thì 1. Mở phúc mạc đoạn dưới.

- Đường rạch ngang đoạn dưới thấp.
- Nếu thắt động mạch tử cung ngay sau khi phẫu thuật lấy thai thì sử dụng đường rạch ngang đoạn dưới ở thì phẫu thuật lấy thai.

* Thì 2. Bóc tách lá phúc mạc trước và sau, bộc lộ động mạch tử cung ở vị trí động mạch đổi hướng từ đáy dây chằng rộng quặt ngược lên mặt bên thân tử cung.

* Thì 3. Thắt động mạch tử cung.

- Sau khi bộc lộ động mạch dùng chỉ perlon luồn qua động mạch và thắt động mạch tử cung bên phải và bên trái.
- Trong trường hợp có thai, cuống mạch phát triển, bóc tách có nguy cơ chảy máu nhiều, có thể dùng kim chọc qua mặt dưới cuống mạch lấy cả tổ chức cơ tử cung và buộc.

Thắt động mạch tử cung bằng cách khâu cả tổ chức quanh động mạch.

* Thì 4. Khâu phúc mạc rồi tiếp tục thắt động mạch đối diện.

V. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Khi thắt động mạch tử cung ở thấp có thể thắt vào niệu quản, trong trường hợp đó phải mổ và tháo ra.
- Huyết tụ khi kim chọc vào búi mạch trong trường hợp không bóc tách hai lá của dây chằng rộng để bộc lộ động mạch tử cung. Cần kẹp chặn ngay các mạch máu ở phía dưới dây chằng rộng để phòng máu tụ lan ra đáy chậu và thành tử cung.

PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN DO CHẢY MÁU THỨ PHÁT SAU CHẢY MÁU SẢN KHOA

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối tử cung, bao gồm thân tử cung, cổ tử cung, vòi trứng, buồng trứng, để lại phúc mạc đoạn dưới đủ để khâu phủ kín vùng hố chậu. Tuy nhiên cũng có trường hợp phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn để lại một hoặc hai phần phụ tùy theo bệnh lý.

II. CHỈ ĐỊNH

- Nhau tiền đạo trung tâm, nhau bám chặt xuống sâu tận cổ tử cung gây chảy máu mà thắt ĐM hạ vị vẫn không cầm máu được.
- Thai ở cổ tử cung bị sảy, chảy máu sau khi đã can thiệp các thủ thuật như khâu, đốt nhiệt mà không có kết quả.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản đã được đào tạo và cấp phép phẫu.

2. Phương tiện

Dụng cụ phẫu thuật đại phẫu.

3. Người bệnh

- Được chuẩn bị như một trường hợp phẫu thuật cấp cứu sản khoa.
- Người bệnh được tư vấn mục đích, tai biến có thể gặp phải khi thực hiện.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

*** Thì 1:**

Mở thành bụng theo đường Pfannenstiel hoặc đường giữa dưới rốn.

*** Thì 2:**

Kẹp cắt các dây chằng thất lưng – buồng trứng, dây chằng tử cung – vòi trứng và cuống mạch, dây chằng tròn cả hai bên, hai lá dây chằng rộng.

*** Thì 3:**

- Tách và cắt phúc mạc tử cung – bàng quang.
- Dùng kéo tách lớp mỏng phúc mạc ngang với chỗ bám di động ở eo tử cung và cắt ngang trước đoạn dưới tử cung. Dùng gạc gấp hình củ ấu nhỏ đẩy phúc mạc xuống sâu. Động tác này sẽ tách đẩy bàng quang ra phía trước, bộc lộ cổ tử cung và túi cùng âm đạo trước.

*** Thì 4:**

- Cắt dây chằng tử cung - cùng và phúc mạc sau.
- Kéo tử cung ra phía trước, bộc lộ hai dây chằng tử cung – cùng và mặt sau cổ tử cung. Dùng kéo sắc cắt gốc hai dây chằng tử cung – cùng gần chỗ bám ở cổ tử cung.
- Tách phúc mạc sau vòng quanh cổ tử cung phía trên và đẩy xuống ngang mức cắt âm đạo.

*** Thì 5:**

- Kẹp các cuống mạch đi vào tử cung

- Kẹp cắt động mạch tử cung
- Kẹp nhánh động mạch âm đạo
- Dùng kéo cong tách phần tổ chức phía trước dây chằng tử cung – cùng sát theo mặt của mỗi bên cổ tử cung, bộc lộ nhánh động mạch nhỏ từ dưới đi lên và kẹp bằng kẹp Kocher cong.
- Vị trí này gần sát với niệu quản nên cần chú ý: không nên kéo mạnh, không cắt ra ngoài quá, phải kẹp sát bờ bên tử cung
- Kẹp động mạch tử cung từng bên.
- Tiếp tục phẫu thuật lên phía trên vị trí kẹp tử cung – cùng, bộc lộ động mạch tử cung và kẹp động mạch tử cung từng bên bằng kẹp J.L. Fauvre. Khi kẹp và cắt bó mạch đi vào tử cung này sẽ bộc lộ vòm âm đạo.

*** Thì 6:**

- Cắt âm đạo.
- Dùng gạc lớn che phủ cùng đồ sau.
- Tay trái phẫu thuật viên kéo tử cung mạnh lên trên, tay phải dùng kéo sắc mở cùng đồ trước
- Dùng kẹp Kocher thẳng kẹp mép trước âm đạo để giữ.
- Tiếp tục cắt vòng quanh sát với chỗ bám âm đạo và cổ tử cung từ phía trước sang phải, ra sau và qua trái.

*** Thì 7:**

- Đóng âm đạo.
- Dùng kim cong và chỉ tiêu khâu qua lớp tổ chức dưới niêm mạc và niêm mạc âm đạo bằng mũi khâu vắt hoặc mũi rời chữ X.

*** Thì 8.**

- Thắt các cuống mạch tử cung.
- Dùng kim cong và chỉ lâu tiêu (hoặc chỉ không tiêu) khâu vào tổ chức gần cuống mạch ngay dưới chỗ kẹp để tránh tuột chỉ.

*** Thì 9:** Phủ phúc mạc tiểu khung.

*** Thì 10:** Đóng thành bụng.

V. THEO DÕI BIẾN CHỨNG

- Chảy máu: do buộc chỉ lỏng, hay tuột chỉ ở các cuống mạch và mỏm cắt âm đạo
- Nhiễm trùng: do chuẩn bị người bệnh không tốt.
- Tổn thương bàng quang: do khâu chọc vào bàng quang, cắt vào bàng quang do đẩy phúc mạc tử cung – bàng quang không tốt.
- Thắt hoặc cắt vào niệu quản: do dính hoặc thắt cuống động mạch cổ tử cung – âm đạo quá xa bờ ngoài cổ tử cung.

GIẢM ĐAU TRONG ĐẼ BẰNG PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG

I. ĐẠI CƯƠNG:

Đau đẻ là sợ ám ảnh và nỗi sợ hãi của bệnh nhân, điều đó làm ảnh hưởng đến hoạt động chức năng các cơ quan, làm cho cuộc chuyển dạ khó khăn và phức tạp. Hiện nay có nhiều phương pháp giảm đau trong đẻ.

Gây tê ngoài màng cứng được đánh giá là phương pháp có nhiều ưu điểm hơn cả:

- Giảm được sự đau đớn cho thai phụ
- Tăng lưu lượng máu tử cung rau=> tốt cho thai nhi.
- Làm mềm cổ tử cung => giúp cho cuộc chuyển dạ nhanh hơn
- Giảm tình trạng tăng thông khí và tăng lưu lượng tim của mẹ do đau.

II. CHỈ ĐỊNH:

- Sản phụ đẻ con dạ, tuổi từ 18 – 35, thể trạng ASA I, II (bệnh nhân mắc bệnh bình thường hoặc mắc bệnh nhẹ không ảnh hưởng hoặc ảnh nhẹ đến chức năng các cơ quan của cơ thể)

- Có chỉ định đẻ theo đường tự nhiên

* Sản khoa:

- Tuổi thai đủ tháng, phát triển bình thường

- Một thai

- Không có bất cân xứng giữa thai và khung chậu

- Ngôi chỏm

- Tim thai bình thường

- Phần phụ của thai: bánh rau, dây rau và nước ối bình thường

- Không có tiền sử mổ đẻ, mổ bóc u xơ tử cung

- Sản phụ đồng ý thực hiện

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Sản phụ có chống chỉ định gây tê NMC

- Những tiêu chuẩn loại trừ về sản khoa:

Các ngôi thai bất thường: ngôi ngược, ngôi mặt

Sản phụ bị tiền sản giật

Rau tiền đạo, rau bong non, phong huyết tử cung rau.

Thiếu ối hoặc đa ối

Suy thai

Thai non tháng hoặc già tháng

Thai to, suy dinh dưỡng

Rối loạn con co tử cung

Diễn biến cuộc đẻ bất thường

IV. QUY TRÌNH THỰC HIỆN:

1. Nguyên tắc:

An toàn cho mẹ và con là ưu tiên hàng đầu

Hiệu quả giảm đau là ưu tiên thứ hai

Sự hài lòng của sản phụ là ưu tiên thứ ba

2. Kỹ thuật:

* Khám trước khi gây tê:

Lâm sàng: tìm hiểu xem có chỉ định hoặc chống chỉ định không

Xét nghiệm bắt buộc: tiểu cầu, PT, APTT. Yêu cầu làm các xét nghiệm hoặc thăm dò khác tùy từng trường hợp cụ thể

Giải thích cho sản phụ và gia đình về lợi ích và nguy cơ của phương pháp, đảm bảo rằng gia đình và sản phụ tự nguyện muốn làm

Mô tả cho sản phụ về tư thế, trình tự thủ thuật sẽ làm (để hợp tác), những cảm nhận sau khi tiêm thuốc và nhấn mạnh rằng phương pháp này chỉ định là để giảm đau

Thời điểm làm gây tê NMC giảm đau: khi chuyển dạ vào giai đoạn CTC mở 3cm trở lên

* Tiến hành:

- Chuẩn bị bệnh nhân:

- BS gây mê hồi sức giải thích cho sản phụ những việc BS và NHS sẽ thực hiện những thủ thuật gây tê giảm đau

NHS đặt một đường truyền tĩnh mạch kim cỡ 20G ở tay. Truyền Lactate Ringer hoặc NACL 0,9% liều trung bình 5ml – 8ml/ kg cân nặng (nếu sản phụ có tiền sử bệnh suy tim ứ huyết, tăng huyết áp không kiểm soát hoặc hẹp van hai lá thì không nên truyền tốc độ quá 50ml/ h

Tư thế: Nằm hoặc ngồi

- Chuẩn bị phương tiện:

Bộ dụng cụ tê ngoài màng cứng

Bơm tiêm 3ml, 5ml, 10ml, 50ml

Máy bơm tiêm điện, phương tiện hồi sức cấp cứu, máy đo huyết áp, máy Monitoring tim mạch, Spo2

- Xác định khe cột sống:

Thường là L3- L4 hoặc L4- L5

- Gây tê tại chỗ với thuốc tê lidocain 2%

- Kỹ thuật xác định khoang ngoài màng cứng: nên dùng kỹ thuật mất sức cản với dung dịch nước muối sinh lý

Đặt kim Tuohy vào khoang ngoài màng cứng theo quy ước và luồn catheter vào khoang ngoài màng cứng khoảng 4cm. Sau đó rút kim Tuohy và cố định catheter. Hút catheter để kiểm tra nếu thấy có máu hay dịch não tủy chảy ra thì tạm ngưng sử dụng phương pháp gây tê này.

Có thể dùng liều test với Lidocain 2%, Adrenalin 2- 3ml

Bơm thuốc tê giảm đau qua catheter ngoài màng cứng:

Liều bolus: 12- 15ml với hỗn hợp dưới đây(mỗi lần bơm 5ml xem tình trạng lâm sàng sau đó bơm tiếp tục đến hết liều bolus)

Hỗn hợp:

+ Bupivacain nồng độ 0,0625% đến 0,1% (hoặc Ropivacaine 0,1%)

+ Fentanyl: 2mcg/ ml. truyền hỗn hợp thuốc tê này qua catheter với tốc độ

5- 10ml/ h tùy theo tình trạng giảm đau sản phụ.

Hoặc giảm đau bằng phương pháp sản phụ tự điều khiển

+ Truyền hỗn hợp thuốc tê Bupivacaine 0.0625% đến 0,1% kết hợp với Fentanyl 2mcg/ ml(hoặc Sufentanyl 0,25mcg – 0,5mcg/ ml) qua catheter ngoài màng cứng tốc độ trung bình 5ml/h)

- + Khi còn đau sản phụ bấm nút tự điều khiển để bơm thêm 3ml hỗn hợp thuốc tê
- + Thời gian khóa nút điều khiển khoảng 15 phút
- + Liều tối đa 20ml/h

* Đánh giá:

Mức độ ức chế cảm giác đau có thể dùng thước đo đánh dấu từ 1- 10

1: không đau

10: đau không chịu được

Mức độ phong bế vận động theo thang điểm BROMAGE

* Theo dõi:

- Tại phòng sinh:

- + Chất lượng giảm đau đến lúc sinh hoặc mổ lấy thai
- + Theo dõi hô hấp, mạch, huyết áp và tiến trình chuyển dạ
- + Rút catheter ngoài màng cứng sau khi cuộc đẻ hoàn tất
- + Dặn dõ sản phụ chỉ nên đi lại sau 6h, lần đầu tiên đặt chân xuống đất cần có người giúp.

GÂY CHUYỂN DẠ BẰNG THUỐC

I. ĐẠI CƯƠNG

Gây chuyển dạ hay khởi phát chuyển dạ là chủ động gây ra cơn co tử cung trước khi chuyển dạ tự nhiên bằng các phương pháp nội khoa hoặc ngoại khoa.

Các phương pháp gây chuyển dạ đều hướng tới mục tiêu gây được cơn co tử cung đều đặn, làm cho cổ tử cung xóa và mở, làm cho ngôi thai lọt xuống và cuối cùng thai nhi được đẻ qua đường âm đạo một cách an toàn.

Hiện nay có hai phương pháp gây chuyển dạ bằng thuốc chủ yếu và an toàn là truyền oxytocin tĩnh mạch và đặt cerviprim(dinoprostone) - là một Prostaglandin E2.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ối vỡ non
- Thai quá ngày sinh
- Ối giảm có chỉ định đình chỉ thai nghén
- Thai chậm phát triển trong tử cung có chỉ định đình chỉ thai nghén
- Thai bất thường có chỉ định đình chỉ thai nghén
- Thai lưu
- Bệnh lý của mẹ cần đình chỉ thai nghén: ung thư, tiền sản giật, tăng huyết áp, đái tháo đường,...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

* Chống chỉ định tuyệt đối, chống chỉ định tương đối

Chống chỉ định về phía mẹ :

- Khung chậu hẹp
- Sẹo mổ cũ ở thân tử cung
- Herpes sinh dục đang hoạt động
- Bệnh lý mạn tính trầm trọng
- Ung thư cổ tử cung
- Sẹo mổ lấy thai ngang đoạn dưới tử cung
- Đa thai
- Đẻ nhiều lần

Chống chỉ định về phía thai và phần phụ của thai

- Ngôi ngang
- Thai suy
- Rau tiền đạo
- Ngôi mông
- Thai to
- Rau bám thấp

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ: bác sỹ chuyên khoa sản ra chỉ định dùng thuốc và chỉ định theo dõi người bệnh.

-Nữ hộ sinh: thực hiện y lệnh của bác sỹ (đối với thuốc cerviprim có thể do bác sỹ trực tiếp đặt thuốc); theo dõi cuộc chuyển dạ theo hướng dẫn quốc gia.

2. Phương tiện:

Bàn đẻ, máy monitor sản khoa, thuốc và dịch truyền, phương tiện đỡ đẻ,...

3. Người bệnh

Được tư vấn về quá trình gây chuyển dạ, vệ sinh bộ phận sinh dục trước khi dùng thuốc.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện với đủ xét nghiệm công thức máu, đông cầm máu, nhóm máu, siêu âm thai.

5. Chỉ tiến hành khởi phát chuyển dạ ở cơ sở có phẫu thuật

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Khám sản phụ

Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tim phổi, ngôi thai, ước trọng lượng thai, khung chậu, đánh giá sự chín muồi của cổ tử cung.

2. Thang điểm tính chỉ số Bishop

Điểm	0	1	2	3
Độ mở cổ tử cung (cm)	0	<2	2-4	4
Độ xóa cổ tử cung (%)	0-30	40-50	60-70	>80
Vị trí ngôi thai	-3	-2	-1;0	+1;+2
Mật độ cổ tử cung	Cứng	Vừa	Mềm	
Tư thế cổ tử cung	Sau	Trung gian	Trước	

3. Theo dõi tim thai và cơn co tử cung 30 phút

4. Gây chuyển dạ bằng Cerviprim

-Đưa gel về nhiệt độ phòng trước khi sử dụng.

-Đặt thuốc vào ống cổ tử cung.

-Không dùng cho người bệnh đã vỡ ối.

-Có thể lặp lại liều thứ hai sau 6 giờ, tối đa 3 liều trong 24 giờ

5. Gây chuyển dạ bằng Oxytocin:

-Pha 5 đơn vị oxytocin trong 500ml dung dịch Glucose 5%, truyền tĩnh mạch cho người bệnh.

-Cách tính nồng độ oxytocin (kim truyền 1ml=20giọt):

+ 10 giọt/phút = 5 mU/phút

+ 20 giọt/phút = 5 mU/phút

+ 30 giọt/phút = 5 mU/phút

+ 40 giọt/phút = 5 mU/phút

+ 50 giọt/phút = 5 mU/phút

VI. THEO DÕI

Theo dõi sát tim thai, cơn co tử cung mỗi 30 phút

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Tai biến

Suy thai, cơn co tử cung mau mạnh, ngộ độc nước do truyền oxytocin liều cao kéo dài

2. Xử trí

Ngừng truyền, nằm nghiêng trái, thở oxy, cho thuốc giảm co bóp nếu cần, mổ lấy thai nếu suy thai

QUY TRÌNH NGHIỆM PHÁP LỘT NGÔI CHỖM

Bước 1: Chuẩn bị Sản phụ.

- Thông báo cho Sản phụ biết về kỹ thuật tiến hành.
- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn của Người bệnh.

Bước 2: Chuẩn bị dụng cụ.

- Một kim dài 15-20cm đầu tù có nòng hoặc 1 cành của kẹp Kocher có răng.
- Thuốc tăng và giảm co tử cung, dịch truyền.
- Biểu đồ chuyển dạ, nếu có điều kiện theo dõi thêm bằng monitoring sản khoa

Bước 3: Người thực hiện.

- Bác sỹ sản khoa.
- Nữ hộ sinh.

Bước 4: Các bước tiến hành.

- Sản phụ ở tư thế sản khoa.
- Khám sản khoa, tình trạng tim thai, cơn co tử cung, ngôi thai khung chậu.
- Dùng kim bấm ối khi có cơn co tử cung và xé rộng màng ối để cho ngôi tì vào cổ tử cung. Nếu ngôi thai còn cao phải đề phòng sa dây rốn.
- Ghi rõ giờ bắt đầu bấm ối và diễn biến của cơn co.
- Theo dõi cơn co tim thai, tình trạng cổ tử cung, ngôi thai được khám lại sau 1 giờ và sau 2 giờ làm nghiệm pháp lột để đánh giá sự tiến triển.
- Nếu cơn co tử cung tăng nhiều (trên 3 cơn trong 10 phút), giảm số giọt oxytocin. Nếu trương lực tăng phải ngừng truyền oxytocin, nếu tử cung tăng trương lực thì dùng các thuốc giảm co.

Thời gian chờ đợi tối đa 6 giờ, cho kháng sinh trong thời gian làm nghiệm pháp.

Bước 5: Thu dọn dụng cụ và theo dõi Sản phụ.

ĐỀ CHỈ HUY BẰNG TRUYỀN OXYTOCIN TĨNH MẠCH

I. ĐỊNH NGHĨA

Là một cuộc đẻ do người thầy thuốc sản khoa khởi động và điều khiển bằng cách dùng oxytocin truyền tĩnh mạch để chỉ huy các cơn co nhằm gây chuyển dạ.

II. CHỈ ĐỊNH

Mẹ bị bệnh mà thai lớn; càng lớn càng đe dọa tính mạng của mẹ (bệnh tim, thận, phổi, nhiễm độc thai nghén).

Thai quá ngày sinh, hết tuần thứ 41

Vỡ ối non. Vỡ ối sớm mà cơn co tử cung thưa, yếu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bất tương xứng giữa xương chậu và thai nhi (khung chậu hẹp, khung chậu lệch, thai quá to).

Bất thường ở cổ tử cung: dị dạng, có nhân xơ, có sẹo mô đẻ cũ, sẹo bóc nhân xơ cũ

Không phải là ngôi đầu.

Có dấu hiệu suy thai.

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ chuyên khoa

Bác sĩ hoặc y sĩ chuyên khoa Phụ sản.

2. Phương tiện.

- Kim dài 15cm vô khuẩn để chọc ối.

- 1 đôi găng vô khuẩn. Kim và dây truyền vô khuẩn.

- Thuốc oxytocin 5 UI. Dung dịch glucose 5%.

- Phiếu theo dõi tiêm truyền và hồ sơ theo dõi tim thai, cơn co tử cung, độ mở cổ tử cung, toàn trạng mẹ và tiến triển của thai.

- Chỉ được tiến hành gây đẻ chỉ huy tại cơ sở có phẫu thuật.

3. Sản phụ.

- Được giải thích.

- Được khám lại đánh giá tình trạng thai, cổ tử cung, ngôi thai bằng chỉ số Bishop.

Điểm	Độ mở (cm)	Độ xóa (%)	Độ lọt	Mật độ tử cung	Hướng cổ tử cung
0	Đóng	0 – 30	-3	Chắc	Sau
1	1 – 2	40 – 50	-2	Trung bình	Giữa
2	3 – 4	60 – 70	-1	Mềm	Trước
3	5	80 – 100	+1, +2		

Nếu chỉ số Bishop bằng và trên 4 có thể cho đẻ chỉ huy

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Bấm ối.

-Nếu cổ tử cung đã mở hoặc hé mở, người đẻ con rạ và ngôi có khả năng lọt đẻ thì chỉ cần bấm ối, xé rộng màng ối cho đầu xuống, tì vào cổ tử cung tiếp đó kích thích bằng oxytocin để gây co cơn.

-Cho 5 đơn vị oxytocin pha vào 500ml dung dịch glucose 5%, truyền nhỏ giọt tĩnh mạch chậm, liều lượng lúc đầu 10 - 15 giọt/phút sau đó theo dõi cơn co và điều chỉnh số giọt để đạt được số cơn co trong một phút theo yêu cầu, tốt nhất là 3 cơn co trong một phút. Phương pháp này cho phép ta có thể điều chỉnh được cơn co tử cung nhịp nhàng phù hợp với các giai đoạn sinh lý của chuyển dạ.

-Ngoài ra, tùy tình hình của cuộc đẻ chỉ huy nếu cơn co mau cho oxytocin chảy chậm hoặc có thể phối hợp với những thuốc giảm co có tác dụng làm mềm cổ tử cung.

-Những thuốc giảm co có thể kìm hãm trung tâm hô hấp của thai nhi, vì vậy chỉ nên dùng khi cổ tử cung đã mở 5-6 cm, thai có khả năng lọt và sổ trong một thời gian ngắn.

-Cuộc đẻ chỉ huy được coi là có kết quả khi cơn co đều đặn, tim thai tốt, ngôi lọt và cổ tử cung mở hết, có thể cho đẻ đường dưới nhẹ nhàng và lấy ra một thai nhi khỏe mạnh.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi.

-Tim thai, cơn co tử cung, độ mở cổ tử cung, độ lọt của ngôi đẻ có thái độ xử lý kịp thời.

-Nếu thai suy, phải ngừng đẻ chỉ huy, phẫu thuật để cứu thai.

-Nếu cơn co tử cung quá thừa, nhẹ, tăng số giọt truyền. Nếu quá mạnh, mau thì giảm lưu lượng truyền và có thể sử dụng giảm co tử cung.

-Nếu ngôi không lọt, cổ tử cung không mở, cuộc đẻ chỉ huy kéo dài quá 6 giờ mà không tiến triển tốt thì phải coi là cuộc đẻ chỉ huy thất bại và phải phẫu thuật lấy thai.

2. Xử lý.

Tai biến có thể lặp lại là suy thai gây ngạt hay tử vong cho thai do theo dõi cuộc đẻ chỉ huy không tốt, can thiệp muộn.

THEO DÕI NHỊP TIM THAI VÀ CƠN CO TỬ CUNG BẰNG MONITOR

I. Tuyến áp dụng.

Các cơ sở chăm sóc sản khoa có monitor sản khoa.

II. Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản hoặc bác sĩ được bồi túc về sản khoa; nữ hộ sinh được đào tạo.

1. Mục đích.

- Phát hiện thai suy trong quá trình có thai và trong chuyển dạ.
- Phát hiện cơn co tử cung bất thường và sự đáp ứng của tim thai với cơn co tử cung.

2. Phương pháp theo dõi liên tục nhịp tim thai tương ứng với cơn co tử cung trong chuyển dạ.

2.1. Chỉ định.

- Nếu có điều kiện nên áp dụng cho tất cả sản phụ.
- Áp dụng cho các trường hợp thai nghén có nguy cơ cao như:
 - + Sản phụ bị bệnh lý ảnh hưởng đến thai.
 - + Sản phụ có tiền sử sản khoa nặng nề.
 - + Sản phụ lớn tuổi.
 - + Có dấu hiệu nghi ngờ thai suy hoặc thai kém phát triển trong tử cung.
 - + Chuyển dạ: ối vỡ non, ối vỡ sớm, rối loạn cơn co tử cung, chuyển dạ kéo dài, tử cung có sẹo mổ cũ.

2.2. Chuẩn bị.

- Phương tiện: monitor sản khoa ghi cơn co tử cung và nhịp tim thai.
- Sản phụ: được giải thích về mục đích theo dõi thai bằng máy và cách thức tiến hành.

2.3. Các bước tiến hành.

- Đặt đầu dò ghi cơn co tử cung và nhịp tim thai.
- Ghi biểu đồ nhịp tim thai và cơn co tử cung.
- Ghi những thông tin cần thiết về sản phụ trên băng giấy ghi của máy.

2.4. Phân tích kết quả.

- Nhịp tim thai: tần số, đường tim thai cơ bản, độ dao động.
- Sự thay đổi của tim thai khi có cơn co tử cung.
- Cơn co tử cung: tần số, biên độ của cơn co và trương lực cơ bản của tử cung.

3. Theo dõi liên tục nhịp tim thai trước chuyển dạ.

- Nhằm mục đích đánh giá tình trạng thiếu oxygen gây suy thai, còn gọi là các thử nghiệm theo dõi thai.
- Có hai loại thử nghiệm chính:
 - + Test không đả kích: theo dõi nhịp tim thai đơn thuần, không cần tạo nên cơn co tử cung.

+ Test đả kích: theo dõi nhịp tim thai tương ứng với cơn co tử cung hay là thử nghiệm chịu đựng của thai đối với cơn co tử cung tạo nên do oxytocin (test oxytocin) hoặc do kích thích núm vú.

3.1. Theo dõi liên tục nhịp tim thai không sử dụng oxytocin.

3.1.1. Chỉ định.

- Tất cả phụ nữ có thai, đặc biệt là thai nghén nguy cơ cao.

3.1.2. Thời gian thử nghiệm.

- Trong khoảng từ 20 đến 30 phút nếu xuất hiện 3 - 4 lần nhịp tim thai đáp ứng rõ, tương ứng với thai vận động có thể kết luận là thai bình thường.

3.1.3. Phân tích kết quả.

- Thử nghiệm có đáp ứng: tim thai tăng lên khoảng 15 nhịp/phút trong thời điểm thai cử động. Đường tim thai cơ bản dao động bình thường.

- Thử nghiệm không đáp ứng: nhịp tim thai không thay đổi hoặc tăng dưới 15 nhịp trong thời điểm thai cử động hoặc nhịp tim thai cơ bản và dao động của tim thai không bình thường (< 5 nhịp/phút). Nếu thử nghiệm không đáp ứng thì thai nhi có thể bị đe dọa, khi đó cần có những đánh giá tiếp theo (test có đả kích hoặc các chỉ số sinh học của thai nhi hoặc can thiệp để lấy thai ra).

Test được cho là bệnh lý khi nhịp tim thai chậm kèm theo đường nhịp tim thai cơ bản bất thường

3.2. Theo dõi liên tục nhịp tim thai có sử dụng oxytocin.

3.2.1. Chỉ định.

- Chỉ áp dụng ở những cơ sở có điều kiện, phương tiện.

- Thai nghén có nguy cơ cao cần đánh giá tình trạng thai khi test không đả kích không đáp ứng.

3.2.2. Chống chỉ định tuyệt đối.

- Tử cung có sẹo mổ cũ, rau tiền đạo, rỉ ối.

3.2.3. Chống chỉ định tương đối.

- Đa ối, tiền sử đẻ non, đa thai.

3.2.4. Thời điểm làm thử nghiệm.

- Chỉ làm khi tuổi thai sau 34 tuần.

3.2.5. Các bước tiến hành.

- Chuẩn bị người thực hiện, dụng cụ và thai phụ, các bước tiến hành như theo dõi liên tục nhịp tim thai tương ứng với cơn co tử cung trong chuyển dạ.

- Theo dõi nhịp tim thai có sử dụng oxytocin.

- Pha 5 đv oxytocin trong dung dịch glucose 5 % truyền nhỏ giọt tĩnh mạch liều ban đầu 5 giọt/phút, sau 10 - 15 phút tăng dần liều cho đến khi đạt được 3 cơn co tử cung trong 10 phút, ghi lại nhịp tim thai và cơn co tử cung trong thời gian từ 30

- 40 phút.

3.2.6. Đánh giá kết quả

- Kết quả âm tính khi nhịp tim thai không thay đổi về tần số và cường độ.

- Kết quả dương tính khi xuất hiện nhịp tim thai chậm muộn thường xuyên.

- Kết quả nghi ngờ khi thỉnh thoảng mới xuất hiện nhịp tim thai chậm muộn, phải làm lại thử nghiệm trong vòng 24 giờ.

- Tăng kích thích: nhịp tim thai chậm muộn xảy ra do cơn co quá mau, mỗi cơn co cách nhau dưới 2 phút hoặc cơn co kéo dài trên 60 giây, trương lực cơ bản của tử cung tăng.

- Không đạt yêu cầu khi đường biểu diễn nhịp tim thai không rõ ràng, khó phân tích.

3.3. Thử nghiệm kích thích đầu vú:

Giống như thử nghiệm dùng oxytocin nhưng oxytocin được thay thế bằng kích thích hai núm vú.

4. Theo dõi và xử trí tai biến.

4.1 Theo dõi:

- Dẫn thai phụ không cử động nhiều vì có thể làm thay đổi vị trí của đầu dò gây nhiễu trên giấy ghi.

- Nếu thấy nhịp tim thai bị nhiễu, cần kiểm tra lại vị trí đặt đầu dò và băng chun cố định đầu dò để có kết quả rõ ràng.

- Xem kết quả ghi trên giấy 10 phút/lần, nếu xuất hiện nhịp tim thai hay cơn co tử cung bất thường cần khám lại ngay để có thái độ xử trí kịp thời.

4.2 Xử trí.

- Do tư thế nằm ngửa, thai phụ có thể bị choáng (mạch nhanh, huyết áp hạ, vã mồ hôi, mệt mỏi) và thai có thể bị suy do tư thế nằm ngửa của mẹ biểu hiện bằng nhịp tim thai chậm, kéo dài có khi tới vài phút. Cần phải thay đổi ngay tư thế nằm của sản phụ (nghiêng trái) và cho mẹ thở oxygen, nếu nhịp tim thai không được cải thiện phải tìm cách lấy thai ra nhanh nhất.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐỠ ĐỂ NGÔI NGƯỢC

Bước 1: Chuẩn bị Sản phụ.

- Thông báo, giải thích, động viên người bệnh và gia đình người bệnh yên tâm về thủ thuật sắp tiến hành, ký giấy cam đoan phẫu thuật.
- Luôn luôn theo dõi, kiểm tra chuyển dạ ngay khi có sự xoá mở cổ tử cung.

Bước 2: Chuẩn bị Phương tiện dụng cụ.

- Một bộ khăn vải vô trùng (04 cái).
- Găng tay vô khuẩn (04 đôi).
- Dung dịch Glucose 5%, Glucose 10%, Bicarbonate natri 4,2%.
- Dây truyền dịch (01 bộ).
- Thuốc Oxytocin 5 đơn vị (2 – 4 ống), thuốc tê Lidocain 2%.
- Bơm tiêm (03 cái).
- Dung dịch sát trùng Povidine 10% (50ml).
- Thông bàng quang 01 cái.
- Forceps Piper để lấy đầu hậu.
- Hộp dụng cụ cắt – khâu TSM.
- Hộp dụng cụ đỡ đẻ.
- Máy hút dịch.
- Sonde hút nhót trẻ sơ sinh (01 cái).
- Dụng cụ và thuốc hồi sức sơ sinh (01 hộp).

Bước 3: Chuẩn bị Người thực hiện.

- Một kíp đỡ đẻ ngôi ngược cần có từ 3 – 4 người.
- Chỉ nên cho đẻ đường âm đạo ở những nơi có điều kiện phẫu thuật và hồi sức sơ sinh tốt.
- Có sẵn kíp gây mê, bác sĩ nhi khoa để hỗ trợ khi cần.

Bước 4: Các bước tiến hành.

Giai đoạn cho sản phụ rặn để chỉ được tiến hành khi có đủ các điều kiện sau đây:

- Cổ tử cung đã mở hết và ngôi thai đã xuống sát với tầng sinh môn.
- Chỉ cho sản phụ rặn khi có cơn co tử cung.
- Đảm bảo cơn co tử cung có hiệu quả, truyền nhỏ giọt Oxytocin có hệ thống từ lúc bắt đầu cho sản phụ rặn.
- Cắt tầng sinh môn chủ động có hệ thống khi tầng sinh môn giãn căng.
- Không dùng bất cứ một thủ thuật nào khi sổ thai cho tới khi xuất hiện đỉnh của xương bả vai thai nhi.

1) Đỡ đẻ

- * Đỡ đẻ ngôi mông theo phương pháp Vermelin
- * Đỡ đẻ ngôi mông theo phương pháp Sôvianốp (ngôi mông không hoàn toàn).
- * Đỡ đẻ ngôi mông hoàn toàn theo phương pháp Sôvianốp:

2) Các thủ thuật thường dùng khi đỡ đẻ ngôi mông

- * Các thủ thuật đỡ đầu hậu
- Thủ thuật Bracht:

- Thủ thuật Mauriceau:

* Các thủ thuật hạ tay

- Thủ thuật LOVSET

Bước 5: Chuyển Người bệnh sang phòng hậu sản và theo dõi.

NỘI XOAY THAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Xoay thai là một thủ thuật nhằm chuyển thai nhi từ ngôi bất thường, khó hoặc không đẻ được thành ngôi đẻ được qua đường âm đạo. Có hai loại xoay thai là ngoại xoay thai và nội xoay thai (xoay thai ngoài và xoay thai trong).

Xoay thai ngoài thường tiến hành khi thai gần đủ tháng, mục đích là biến ngôi vai, ngôi mông thành ngôi thuận. Tuy nhiên phương pháp này thường nguy hiểm vì có thể gây vỡ tử cung, rau bong non, sang chấn cho thai...

Nội xoay thai có nghĩa là xoay thai trong buồng tử cung, tiến hành khi đẻ và thường làm khi đẻ thai thứ hai của cuộc chuyển dạ sinh song thai. Mục đích của xoay thai trong là chuyển ngôi vai thành ngôi mông.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Đẻ thai cuối - ngôi vai trong đỡ đẻ đa thai (thường là thai thứ hai trong đẻ song thai).
- Đẻ một thai nhưng thai nhỏ, ngôi vai, tiên lượng thai khó có khả năng sống được.

2. Điều kiện

- Cổ tử cung mở hết.
- Còn ối.
- Không có bất tương xứng đầu - chậu.
- Thai không suy.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Con so.
- Không đủ điều kiện xoay thai.
- Tử cung có sẹo mổ cũ.
- Hết ối
- Nơi không có phòng mổ, thiếu các phương tiện theo dõi, hồi sức cho sản phụ và trẻ sơ sinh.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ sản khoa có kinh nghiệm.
- Rửa tay, mặc áo, đi găng

2. Phương tiện

- Găng vô khuẩn ít
- Thuốc giảm co, giãn cơ, giảm đau, an thần: Papaverin 40mg, Dolosal 100mg...
- Dịch truyền, các phương tiện để hồi sức mẹ và hồi sức thai nhi.
- Bình Oxy.
- Người bệnh:
- Sản phụ được tư vấn trước khi tiến hành thủ thuật về các bước tiến hành, về thuận lợi và những nguy cơ có thể xảy ra.
- Thông tiểu, vệ sinh âm hộ âm đạo.

- Hồ sơ bệnh án: ngoài các thủ tục của một bệnh án thông thường nên ghi rõ tình trạng thai: ngôi thai, dự kiến trọng lượng thai, tình trạng ối, dây rốn.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thì 1: Kiểm tra lại đủ các điều kiện trước khi xoay thai:

- Con co thưa, còn ối, ngôi cao lỏng, cổ tử cung mở hết, khung chậu rộng, thai nhỏ..

- Khám kỹ xác định tình trạng thai, ngôi thai, vị trí của đầu và mông thai nhi

2. Thì 2: bấm ối, kéo thai

- Bấm ối và đưa tay (tay thuận) vào buồng tử cung về hướng mông thai nhi để tìm chân thai nhi và kéo xuống (đã khám và xác định mông thai nhi bên nào của tử cung).

- Trước khi kéo phải phân biệt chân hoặc tay thai nhi để khỏi kéo nhầm.

- Tốt nhất là kéo cả hai chân của thai nhi cùng lúc, nếu khó quá phải kéo một chân thì kéo chân trước. Nếu kéo phải chân sau thì quay cho chân sau thành chân trước rồi kéo xuống.

- Sau khi chuyển thành ngôi mông có thể để đẻ tự nhiên, tuy nhiên thông thường kéo từ từ thai nhi ra luôn (đại kéo thai).

3. Thì 3: bóc rau và kiểm tra sự an toàn của tử cung

- Sau khi thai sổ phải bóc rau và kiểm tra sự an toàn của tử cung ngay, đây là chỉ định bắt buộc nhằm xem tử cung có tổn thương, vỡ hay không.

- Kiểm tra cổ tử cung, âm đạo, âm hộ.

*Chú ý:

- Nếu tử cung co cứng tính, phần thai bị bóp chặt, xoay thai sẽ khó khăn nên phải kiểm soát con co bằng cách giảm co trước khi xoay thai.

- Nếu phần thai đã xuống thấp, ối đã vỡ và chảy hết, tay thai nhi sa xuống...nói chung không đủ điều kiện phải mổ lấy thai.

VI. THEO DÕI VÀ TAI BIẾN

- Nhằm phát hiện các nguy cơ sau khi xoay thai trong là vỡ tử cung, chảy máu, choáng mất máu...

- Theo dõi sát mạch, huyết áp, co hồi tử cung, ra huyết âm đạo, hoặc biểu hiện chảy máu trong.

- Nếu nội xoay thai không đúng chỉ định và kỹ thuật dễ xảy ra tai biến như vỡ tử cung, thai bị sang chấn, bong nhau, suy thai...

- Nếu phát hiện vỡ tử cung phải hồi sức và mổ cấp cứu ngay. Khi mổ tùy tình trạng tổn thương mà giải quyết. Nếu sản phụ chưa có con, vết nứt nhỏ, không

nhiễm trùng thì khâu phục hồi. Nếu sản phụ đã có đủ con, vết vỡ rộng, nhăm nhở, nhiễm trùng thì cắt tử cung.

- Mọi ca sau khi can thiệp vào buồng tử cung phải dùng kháng sinh toàn thân để phòng nhiễm trùng

ĐỖ ĐẼ SINH ĐÔI

I. ĐẠI CƯƠNG

Sinh đôi là thai nghén có nguy cơ cao. Đặc điểm "nguy cơ cao" xảy ra ngay cả trong thời kỳ mang thai cũng như trong chuyển dạ đẻ.

Thành công hay thất bại khi đỡ đẻ song thai tùy thuộc vào chẩn đoán chính xác các ngôi, thể của hai thai, sự chuẩn bị tốt các phương tiện chăm sóc, hồi sức cho mẹ và thai nhi, vào kiến thức, kỹ năng cũng như kinh nghiệm của người đỡ đẻ.

Nguy cơ gặp trong cuộc đẻ song thai thường là suy thai, ngôi bất thường, sang chấn cho thai.

II. CHỈ ĐỊNH

Các ca chuyển dạ sinh đôi và cuộc chuyển dạ tiến triển thuận lợi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Sinh đôi hai thai dính nhau.
- Sinh đôi hai thai mắc nhau: thai thứ nhất là ngôi mông, thai thứ hai ngôi đầu do đó khi xuống hai thai có thể mắc nhau.
- Thai 1 ngôi bất thường, ngôi vai.
- Suy thai, sa dây rốn...
- Tử cung có sẹo mổ cũ, rau tiền đạo, sản phụ sinh con so lớn tuổi.
- Mẹ bị các bệnh lý không được để đường âm đạo: bệnh tim mạch, cao huyết áp, tiền sản giật nặng...
- Nơi không có phòng mổ, thiếu các phương tiện theo dõi, hồi sức cho sản phụ và trẻ sơ sinh.

IV. CHUẨN BỊ

1. Tuyến áp dụng

Chỉ tiến hành theo dõi chuyển dạ và đỡ đẻ sinh đôi ở tuyến huyện trở lên. Tuy nhiên đôi khi có khả năng tất cả các tuyến bắt buộc phải xử trí nếu sản phụ đến muộn không thể chuyển tuyến hoặc không chẩn đoán song thai được từ trước.

2. Người thực hiện

Kíp đỡ đẻ tốt nhất có 3 người: 1 bác sỹ sản khoa (hoặc nữ hộ sinh giỏi, có kinh nghiệm), 1 người gây mê hồi sức, 1 chuyên chăm sóc và hồi sức sơ sinh.

Tuy nhiên trong một số ca đặc biệt, không đủ nhân viên thì tối thiểu kíp đỡ đẻ phải có 2 người: 1 đỡ đẻ, 1 chăm sóc và hồi sức sơ sinh.

3. Phương tiện

- Hai hộp đỡ đẻ
- Hai bộ làm rốn
- Hai bộ khăn bông, áo tã cho trẻ sơ sinh
- Hai bộ dụng cụ hồi sức sơ sinh.
- Bộ sàng trải bàn vô khuẩn: 5 cái
- Găng vô khuẩn: ít nhất 5 cặp
- Thuốc co hồi tử cung: Oxytocin, Ergometrine, Alsoben, Duratocin
- Dịch truyền, các phương tiện để hồi sức mẹ và sơ sinh

4. Sản phụ

- Sản phụ được tư vấn trước sinh về thuận lợi và khó khăn trong cuộc đẻ sinh đôi.
- Thụt tháo, thông tiểu, vệ sinh âm hộ âm đạo

5. Hồ sơ bệnh án

Ngoài các thủ tục của một bệnh án thông thường nên ghi rõ tình trạng của hai thai : ngôi thể của hai thai, dự kiến trọng lượng thai, tình trạng ối, dây rốn (xác định qua khám lâm sàng và siêu âm thai)

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Nguyên tắc

- Luôn theo dõi tình trạng sức khỏe của người mẹ và hai thai, nhất là thai nhi thứ hai. Phát hiện kịp thời nguy cơ suy thai và có biện pháp xử trí thích hợp.
- Do tử cung quá căng nên cơn co tử cung thường yếu và thưa, cổ tử cung mở chậm. Nếu đủ điều kiện có thể bấm ối cho tử cung bớt căng, điều chỉnh cơn co tử cung để chuyển dạ tiến triển tốt hơn.
- Nên đặt một đường truyền tĩnh mạch để điều chỉnh cơn co tử cung và có thể hồi sức ngay cho mẹ và thai khi cần.
- Kiểm tra, bơm xung hồ sơ đầy đủ trước khi đỡ đẻ.
- Chuẩn bị đầy đủ các trang thiết bị cần thiết cho cuộc đẻ, cho mẹ và trẻ sơ sinh

2. Các bước tiến hành

- Thì 1: đỡ đẻ thai nhi thứ nhất:

Thai thứ nhất thường là ngôi thuận, đôi khi là ngôi mông. Thường ngôi lọt chậm, cơn co yếu. Nếu là ngôi chỏm thì đỡ đẻ như bình thường, chú ý khi ối vỡ dễ gây sa dây rốn. Sau khi thai sổ kẹp chặt dây rốn về phía bánh rau trước khi cắt để ngăn ngừa mất máu của thai thứ hai nếu có tuần hoàn nối thông.

- Thì 2: kiểm tra ngay ngôi, thể và tim thai của thai thứ hai:

+ Chú ý thai thứ hai luôn bị đe dọa trước nguy cơ thiếu oxy. Sau khi thai thứ nhất sổ, buồng tử cung trở thành quá rộng làm cho thai thứ hai không bình chỉnh tốt, dễ sinh ra ngôi bất thường như ngôi vai, ngôi ngược.

+ Lập tức khám ngay (khám ngoài và khám âm đạo) để kiểm tra ngôi, thể, kiểu thể của thai thứ hai.

+ Nếu đang truyền Oxytocin mà tử cung co mạnh, bóp chặt, khó xác định được ngôi, phải tạm thời ngừng truyền để tử cung bớt co, xác định được ngôi thai và cũng để thuận lợi hơn cho việc xoay thai trong nếu thai thứ hai ngôi bất thường.

+ Giai đoạn này cần nhanh, chính xác nhưng không vội vàng. Phải xác định rõ ngôi thai thứ hai trước khi quyết định.

- Thì 3: đỡ đẻ thai thứ hai

Tùy theo thai thứ hai là ngôi gì mà có hướng xử trí thích hợp:

+ Nếu ngôi đầu: tiếp tục truyền Oxytocin, chờ có cơn co tử cung rồi bấm ối, cố định ngôi và đỡ đẻ như thường lệ.

+ Nếu ngôi mông: đỡ đẻ như ngôi mông.

+ Nếu ngôi bất thường: ngôi vai, ngôi trán, thì phải bấm ối ngay và nội xoay thai thành ngôi mông. Sau đó đỡ đẻ ngôi mông như thường hoặc đại kéo thai ngay.

+ Trong song thai, thai nhi thường nhỏ, hơn nữa sau khi đẻ thai 1, buồng tử

cung rộng nên việc xoay thai có thể tiến hành thuận lợi. Nếu quá chậm cổ tử cung sẽ co lại, bong rau nên thai thứ hai dễ bị suy.

Chú ý:

+ Chỉ tiến hành xoay thai thứ hai trong đẻ song thai với điều kiện ối còn, thai nhỏ, tử cung không co cứng bóp chặt phần thai, không bị ngôi vai sa tay. Nếu không đủ điều kiện phải mổ lấy thai.

+ Nếu nội xoay thai không đúng chỉ định và kỹ thuật dễ xảy ra tai biến như vỡ tử cung, thai bị sang chấn, bong rau, suy thai...

- Thì 4: sô rau

Sau khi thai sô thai hai tiến hành xử trí tích cực giai đoạn 3, trong thời kỳ sô nhau dễ có biến chứng chảy máu do chờ tử cung, do đó phải dùng thuốc co bóp tử cung ngay và duy trì nhỏ giọt tĩnh mạch.

VI. THEO DÕI

- Ngay cơ sau khi thai sô là chờ tử cung, do đó cần dự phòng bằng các thuốc tăng co tử cung, xoa tử cung đảm bảo tử cung co thành khối an toàn.

- Cần theo dõi sát sản phụ những giờ đầu sau đẻ vì dễ xảy ra chảy máu do chờ tử cung thứ phát. Bảo đảm tốt chế độ dinh dưỡng để tạo cho sản phụ khả năng nhanh chóng phục hồi sức khỏe và có đủ sữa nuôi hai con.

FORCEPS

I. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật sử dụng hai cánh forceps cặp hai bên đầu thai nhi hỗ trợ giúp đầu thai nhi sổ ra ngoài.

II. CHỈ ĐỊNH

1) Về phía mẹ

- Mẹ rặn không sổ.
- Mẹ có chống chỉ định cho rặn: bệnh lý nội khoa (tim, phổi, thận, thần kinh), tử cung có sẹo mổ cũ, tiền sản giật nặng, sản giật...
- Tầng sinh môn rắn, không giãn nở.

2) Về phía thai.

- Thai suy.
- Forceps đầu hậu trong ngôi mông.

3) Điều kiện.

- Thai đẻ được đường dưới
- Đầu lọt trung bình hoặc thấp
- Cổ tử cung mở hết
- i vỡ hoàn toàn hoặc bám ới

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Y sĩ, bác sĩ chuyên khoa phụ sản
- Khám lại toàn thân, tư vấn cho người mẹ và gia đình.
- Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đeo găng đã được tiệt khuẩn như làm phẫu thuật.

2. Phương tiện

- Bộ forceps, bộ dụng cụ đỡ đẻ và bộ khâu tầng sinh môn, bộ kiểm tra cổ tử cung.
- Các phương tiện để hồi sức sơ sinh.

3. Sản phụ

- Đặt sản phụ ở tư thế sản khoa, mở rộng hai đùi.
- Động viên sản phụ nằm yên, thở đều, không rặn.
- Sát khuẩn rộng vùng âm hộ, tầng sinh môn.
- Thông đại.
- Trải khăn vô khuẩn như phẫu thuật đường dưới.
- Nếu mẹ được chỉ định forceps vì bệnh tim, tăng huyết áp, tiền sản giật... thì phải điều trị nội khoa thích hợp trước khi làm thủ thuật.
- Nên giảm đau bằng gây tê tại chỗ hoặc gây tê ngoài màng cứng hoặc gây tê tủy sống.
- Chỉ rặn khi hai bướu đỉnh đã ra khỏi âm hộ nếu không phải trường hợp chỉ định vì không được cho sản phụ rặn.
- Theo dõi mạch, huyết áp, chảy máu.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thì 1: Xác định ngôi, thế, kiểu thế, độ lọt và điều kiện làm forceps.

2. Thì 2: Đặt hai cành forceps.

- Đặt cành trái:

+ Dùng hai ngón tay phải đưa vào bên trái khung chậu (giữa đầu thai nhi và âm đạo), nhằm mục đích bảo vệ và hướng dẫn khi đặt cành forcep.

+ Cầm cành trái bằng tay trái, đưa nhẹ nhàng cán và thân forcep xếp vào vị trí giữa đầu thai nhi và hai ngón tay phải. Lúc đầu cành forceps ở tư thế thẳng đứng, sau khi cán đã ôm đầu thai nhi thì chuyển hướng thành ngang.

+ Đưa cành trái forcep cho người phụ giữ.

+ Đặt cành phải: Đặt tiếp cành phải, đối xứng để khớp với cành trái. Nếu không khớp, cần đặt lại.

3. Thì 3: Khớp cành và kéo.

- Khớp hai cành với nhau.

- Kéo từ từ theo cơ chế đòn bẩy bằng sức của cả tay, tốt nhất trong cơn co phối hợp với sức rặn của người mẹ, trừ trường hợp có chống chỉ định rặn.

- Cắt tầng sinh môn giữa hai cành forceps.

4. Thì 4: Tháo cành forceps.

- Khi đường kính lớn nhất của đầu thai nhi (lưỡng đỉnh) qua âm hộ thì ngừng kéo để tháo cành. Cành đặt sau lấy ra trước, cành đặt trước lấy ra sau.

- Đỡ thai nhi như đỡ đẻ thường.

- Đỡ rau như thường lệ bằng phương pháp xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ.

- Kiểm tra tổn thương cổ tử cung âm đạo và tầng sinh môn.

- Khâu tầng sinh môn và các vết rách

V. THEO DÕI

- Tình trạng sản phụ: huyết áp, nhịp tim, nhịp thở, nhiệt độ

- Lượng máu mất, thường đo chấn thương đường sinh dục

VI. TAI BIẾN

1. Sản phụ

- Chấn thương tầng sinh môn: Tai biến thường gặp hàng đầu sau can thiệp forceps. Đối với forceps eo dưới, tỷ lệ rách tầng sinh môn độ 3 và 4 chiếm 13%.

- Són tiểu không tự chủ

- Do chấn thương cơ đáy chậu và các đám rối thần kinh

- Mất máu sau can thiệp bằng forceps:

+ Thường là hậu quả của tình trạng chấn thương tầng sinh môn nặng nề

+ Tỷ lệ truyền máu sau sinh cao hơn nhiều (4,2%) so với mổ lấy thai không biến chứng (1,4%) và đẻ thường (0,4%).

+ Nếu nặng có thể dẫn tới shock giảm thể tích.

- Nhiễm trùng hậu sản

2. Thai nhi

Đẻ bằng forceps có thể gây tai biến nặng nề cho sản phụ nhưng ít gây ảnh hưởng xấu trên thai nhi. Các tai biến có thể gặp bao gồm tụ máu dưới da đầu, liệt dây thần kinh sọ VII, liệt đám rối thần kinh cánh tay.

GIÁC HÚT SẢN KHOA

I. ĐẠI CƯƠNG

Giác hút sản khoa (Ventouse) là một loại dụng cụ dùng lực hút chân không tác động lên đầu thai nhi, qua trung gian một chụp kim loại, để giúp sổ đầu khi cuộc chuyển dạ không tiến triển thuận lợi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Giai đoạn hai kéo dài.
- Nghi ngờ suy thai (nước ối có phân su).
- Tử cung có sẹo mổ cũ (từ tuyến tính trở lên).

III. ĐIỀU KIỆN

- Thai sống.
- Ngồi chồm.
- Cổ tử cung mở hết.
- Đầu lọt thấp.
- Ối đã vỡ hay đã bầm ối.

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Mẹ có bệnh nội khoa không được phép rặn đẻ (thay thế bằng forceps).
- Các ngôi không phải ngôi chồm.
- Thai non tháng.
- Đầu có bướu huyết thanh to.
- Đầu chưa lọt thấp.
- Suy thai.

V. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Y sĩ, bác sĩ chuyên khoa phụ sản
- Khám lại toàn thân, tư vấn cho người mẹ và gia đình.
- Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đeo găng đã được tiệt khuẩn như làm phẫu thuật.

2. Phương tiện

- Máy hút bơm điện hay bơm tay, các chụp giác kéo cỡ to nhỏ khác nhau, một tay cầm để kéo, dây xích và các ống cao su.
- Bộ đỡ đẻ và cắt khâu tầng sinh môn.
- Khăn vô khuẩn.

3. Sản phụ

- Tư vấn cho sản phụ và gia đình.
- Đặt sản phụ ở tư thế sản khoa, mở rộng hai đùi.
- Động viên sản phụ nằm yên, thở đều, không rặn.
- Sát khuẩn rộng vùng âm hộ, tầng sinh môn.
- Thông đại.
- Trải khăn vô khuẩn như phẫu thuật đường dưới.
- Nên giảm đau bằng gây tê tại chỗ hoặc gây tê ngoài màng cứng hoặc gây tê

tủy sống.

4. Hồ sơ bệnh án: ghi chép đầy đủ diễn biến của cuộc chuyển dạ, ghi rõ chỉ định giác hút và các bước thực hiện, kết quả thực hiện.

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thì 1: Kiểm tra lại kiểu thể và độ lọt của ngôi.

2. Thì 2: đặt nắp giác hút

- Ngón cái và ngón trỏ bàn tay trái mở rộng âm đạo

- Tay phải cầm nghiêng nắp giác hút lách vào âm đạo, đặt nắp trên nền xương đầu thai nhi, tránh đặt trùm lên các thóp. Tốt nhất là trước thóp sau 1cm, hoặc sau thóp trước 6 cm trên đường liên thóp . Thóp trước là điểm mốc chính để kiểm tra vị trí đặt nắp .

3. Thì 3: hút chân không

- Kiểm tra để chắc chắn không kẹp cổ tử cung, thành âm đạo vào giữa da đầu thai nhi và nắp giác hút. Bơm hút không khí đến 0,2 kg/cm² rồi dùng ngón trỏ và ngón giữa bàn tay phải rà soát quanh chu vi nắp để bảo đảm không có gì bị hút vào nắp .

- Bơm tiếp từ từ lên 0,8 kg/cm²

. Thời gian bơm từ 6 - 10 phút.

4. Thì 4: kéo

- Kéo thẳng góc với nắp, theo trục khung chậu, kéo đều tay, không để nắp bị hở, kéo bằng sức căng tay, theo trục của cơ chế đẻ. Nghe tim thai giữa mỗi cơn co. Trong khi một tay kéo thì ngón cái bàn tay kia đặt trên nắp, các ngón còn lại tựa vào da đầu để giúp theo dõi sự đi xuống của ngôi thai và khả năng bật nắp.

- Chỉ kéo khi có cơn co, giữ đầu ở nguyên vị trí khi ngừng kéo. Nếu cơn co yếu thì phải điều chỉnh cơn co bằng Oxytocin truyền tĩnh mạch và kết hợp với sức rặn của sản phụ. Lúc đầu tiên thì kéo xuống. Khi nắp giác hút lộ ở tầng sinh môn thì kéo ngang và cắt tầng sinh môn nếu cần. Khi cằm đã tỳ vào bờ dưới xương vẹt thì kéo lên 450 độ so với sàn chậu để sổ đầu. Thời gian kéo không lâu quá 20 phút.

- Trong khi kéo, nếu thấy ngôi thai không chuyển và nặng tay hoặc bật nắp thì phải ngừng kéo và phải mổ lấy thai vì có khả năng bất xứng đầu chậu.

5. Thì 5: tháo nắp giác hút

Sau khi đã sổ 2 bươu đỉnh thì giảm áp suất từ từ. Khi áp suất bằng 0 thì tháo nắp và đỡ như đỡ đẻ thường.

VII. THEO DÕI VÀ TAI BIẾN

1. Tai biến cho mẹ

Tai biến xảy ra cho mẹ tương tự như đối với sinh thường: rách cổ tử cung, rách âm đạo sâu, khối máu tụ tầng sinh môn, rách cơ vòng hậu môn, vỡ tử cung, bí tiểu sau sinh

2. Tai biến cho con

- Xước da đầu thường xảy ra nhưng không ảnh hưởng gì. Lau rửa vết thương. Nếu da bị rách thì phải khâu lại.

- Bướu huyết thanh: sẽ tự hết sau vài giờ.

- Tụ máu dưới da đầu (6%): khối máu tụ không lan qua đường khớp giữa, cần theo dõi và sẽ khỏi sau 3 - 4 tuần.

- Tụ máu dưới màng xương (1- 3,8%) khối máu tụ lan qua đường khớp giữa

và làm tăng kích thước đầu thai nhi. Trẻ có thể bị thiếu máu, nhịp tim nhanh, tụt huyết áp cần theo dõi và hồi sức .

- Xuất huyết não: tỷ lệ 1/860 so với 1/1900 nếu sinh thường. Cần được theo dõi và hồi sức tích cực ngay.

- Xuất huyết võng mạc: thường tự khỏi sau vài tuần

- Những tổn thương như bại não, liệt cơ, chậm phát triển tâm thần thường xảy ra với tỷ lệ thấp.

Tử vong thường là do ngạt vì làm thủ thuật khó khăn, quá lâu

SOI ỒI

I. ĐẠI CƯƠNG:

Khi thai trong tình trạng thiếu oxygen(PO_2 giảm và PCO_2 tăng), ruột sẽ tăng nhu động lấy phân su vào nước ối. Soi ối lần đầu tiên thực hiện bởi Saling năm 1961, cho phép nhìn thấy nước ối qua màng ối nhờ vào hệ thống ánh sáng lạnh.

Mục đích của kỹ thuật soi ối là đánh giá màu sắc nước ối với nguồn ánh sáng trắng qua ống soi để xác định tình trạng của thai, thường từ 37 tuần trở lên đến chuyển dạ.

II. CHỈ ĐỊNH SOI ỒI:

- Thai nghén có nguy cơ cao
- Mẹ mắc các bệnh nội khoa cấp hoặc mãn tính làm thai dễ có nguy cơ thiếu oxygen.
- Có biểu hiện tim thai bất thường khi nghe bằng ống nghe gỗ hoặc theo dõi nhịp tim thai trên máy Monitoring
- Thai quá ngày sinh
- Nghi ngờ rách trung sản mạc hoặc vỡ ối hoàn toàn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Bệnh nhân ra máu âm đạo hoặc viêm âm đạo, cổ tử cung
- Cổ tử cung đóng kín
- Rau tiền đạo
- Ngôi ngược
- Thai đã chết trong tử cung
- Cổ tử cung dị dạng hoặc có vách ngăn âm đạo

IV. KỸ THUẬT SOI ỒI:

- Bệnh nhân nằm trên bàn khám phụ khoa hoặc bàn đẻ ở tư thế phụ khoa
- Thăm trong đánh giá độ mở cổ tử cung để lựa chọn cỡ ống soi phù hợp
- Sát khuẩn đường sinh dục và đưa ống soi ối vào ống cổ tử cung một cách thật nhẹ nhàng đến khi đầu ống soi tiếp giáp với màng ối
- Rút nòng ống soi và đưa đèn vào để quan sát màu sắc nước ối qua màng ối

V. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ:

Hình ảnh nước ối bình thường:

+ Thai gần đủ tháng: nước ối trong, có những mảnh chất gây trắng. Da, tóc thai thấy sau màng ối

+ Thai non tháng: nhiều chất gây trắng trong nước ối tạo thành màu cùinhăn

Hình ảnh nước ối bất thường (soi ối dương tính):

- + Màu xanh hoặc vàng (nước ối có phân su): đã hoặc đang có suy thai
- + Màu vàng (nước ối có bilirubin) gặp trong trường hợp thai già tháng, suy thai trường diễn hoặc bất đồng nhóm máu
- + Màu đỏ (nước ối lẫn máu) gặp trong trường hợp thai chết lưu

VI. ĐỘ TIN CẬY CỦA PHƯƠNG PHÁP:

- Kết quả dương tính giả (nước ối đổi màu nhưng thai không có dấu hiệu suy) thường gặp trong những trường hợp:
 - Thai đủ tháng trong giai đoạn chuyển dạ
 - Thai bị thiếu oxy tạm thời nhưng sau đó được phục hồi
 - Kết quả âm tính giả: gặp trong các trường hợp:
 - + Mẹ bị đái tháo đường(thai suy nhưng nước ối trong)
 - + Thai không so hậu môn (thai suy nhưng không có phân su trong nước ối)
- Sai lệch kết quả còn phụ thuộc vào kinh nghiệm của kỹ thuật viên.

KHÂU PHỤC HỒI RÁCH ÂM ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

1) Rách âm đạo thường xảy ra sau đẻ thường hoặc đẻ thủ thuật như forceps, giác hút... Rách âm đạo thường kèm theo rách tầng sinh môn. Tùy theo tổn thương, rách âm đạo được chia ra 3 loại:

- Rách âm đạo ở mức thấp: là loại rách ở 1/3 dưới âm đạo, thường kèm theo rách âm hộ và tầng sinh môn.
- Rách âm đạo ở phần giữa: ít gặp hơn, tổn thương nặng, chảy máu nhiều hơn và khó phát hiện nếu không bóc lộ rõ.
- Rách âm đạo cao: là rách ở 1/3 trên âm đạo, ít gặp thường kèm theo rách cùng đồ.
- Rách âm đạo nếu không được phát hiện xử trí kịp thời có thể gây mất máu cấp, gây choáng và có khi tử vong.

2) Triệu chứng

- Ra máu âm đạo nhiều hay ít tùy theo tổn thương.
- Tổn thương rách ở âm đạo có thể ở thành phải, thành trái hoặc thành sau âm đạo. Cần phải dùng 2 van âm đạo bóc lộ từng phần của âm đạo: mặt dưới, mặt bên phải, mặt bên trái, phía trên và cùng đồ để đánh giá và phân loại tổn thương mới có thể có thái độ xử trí đúng đắn.

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định khâu phục hồi âm đạo phải được thực hiện ngay sau khi chẩn đoán tổn thương âm đạo để tránh mất máu cho sản phụ.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Tùy theo mức độ rách nông, rách sâu, rách ở ngoài, ở giữa hay ở trong.
- Rách ở 1/3 ngoài, rách nông: NHS có kinh nghiệm, BS sản khoa.
- Rách 1/3 ngoài, rách sâu, rách ở giữa, rách 1/3 trên: nữ hộ sinh có kinh nghiệm hoặc bác sỹ sản khoa phụ.

2. Phương tiện

- 2 van âm đạo
- 2 panh hình tim cặp CTC
- 1 panh sát trùng
- 1 kéo thẳng đầu tù, sắc
- 1 panh cặp kim
- 1 panh đỡ kim
- 1 cốc đựng dung dịch sát trùng
- 1 đến 2 sợi chỉ vicryl số 1
- 1 bơm tiêm 10ml
- 20ml dung dịch polydin hoặc polyvidin.

2. Người bệnh

- Đánh giá toàn trạng người bệnh: lượng máu mất, mạch, huyết áp, toàn

trạng, mức độ co tử cung sau đẻ (nếu co kém cần dùng thuốc co tử cung); các bệnh của người mẹ đặc biệt các bệnh có liên quan đến đông cầm máu như giảm tiểu cầu, APTT kéo dài, giảm fibrinogen...

- Cần hỏi người bệnh và kiểm tra bệnh án để không bỏ sót các ca dị ứng với các thuốc gây tê, giảm đau, kháng sinh.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Sát trùng âm đạo TSM, thông tiêu, người phụ giữ van bọc lộ âm đạo.

- Giảm đau bằng gây tê tại chỗ Lidocain 2% 2ml + 3ml nước cất (trừ khi thai phụ đã được gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong và sau đẻ).

- Khâu lại vết rách .

+ Khâu từ trên xuống dưới.

+ Khâu 1 lớp khâu vắt (bằng chỉ vicryl hay chỉ tự tiêu khác) nếu rách nông.

+ Khâu nhiều lớp, khâu mũi rời bằng chỉ tự tiêu nếu rách sâu, phức tạp. Lớp trên khâu chồng lên lớp dưới để tránh máu tụ, lớp dưới phải khâu sâu đảm bảo vừa sát qua đáy của tổn thương để đề phòng máu tụ mà lại không vào trực tràng.

+ Sát trùng âm đạo sau khi khâu xong.

+ Cho 1 ngón tay vào hậu môn kiểm tra xem có khâu vào trực tràng không, nếu có phải cắt chỉ khâu lại.

+ Sát trùng hậu môn.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp.

- Theo dõi chảy máu âm đạo: nếu chảy máu phải kiểm tra khâu lại.

- Theo dõi tụ máu: có khối máu tụ, thai phụ thường tức vùng âm đạo, có cảm giác chèn ở vùng hậu môn trực tràng và có cảm giác mót rặn. Kiểm tra âm đạo và cắt chỉ lấy hết máu tụ, khâu lại cho hết phần đáy, khâu mũi rời nhiều lớp tránh để khe hở.

- Theo dõi lượng máu mất và các xét nghiệm hồng cầu, hemoglobin khi cần thiết phải truyền máu.

- Dùng kháng sinh 5 ngày sau khi khâu.

KHÂU RÁCH CỔ TỬ CUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Rách cổ tử cung (CTC) là thương tổn thường gặp có hoặc không kèm theo rách âm đạo và tầng sinh môn. Tùy theo tổn thương để phân loại độ rách.

Rách CTC dưới chỗ bám của thành âm đạo, tổn thương nhẹ, chảy máu ít nhiều tùy theo vị trí rách.

Rách CTC trên chỗ bám của thành âm đạo, tổn thương nhẹ, chảy máu ít, nhiều tùy theo vị trí rách.

Rách CTC thường gây chảy máu nhiều nhưng không được phát hiện và xử trí kịp thời có thể gây choáng và gây tử vong.

II. NGUYÊN NHÂN

- CTC xơ cứng do có sẹo, do rách cũ, mổ cắt đứt CTC, viêm nhiễm CTC đã đốt điện nhiều lần.
- CTC phù nề do chuyển dạ lâu, thăm khám nhiều lần.
- Rặn quá sớm khi CTC chưa mở hết, đầu chưa lọt.
- Sau khi làm thủ thuật bóc tách, giác hút...

III. TRIỆU CHỨNG, CHẨN ĐOÁN

- Chảy máu ít hay nhiều tùy theo thương tổn rách.
- Tử cung vẫn co tốt.
- Cần dùng 2 van âm đạo bộc lộ rõ âm đạo, CTC. Dùng 2 kẹp hình tim cặp từng phần CTC để phát hiện tổn thương giữa 2 cặp, đánh giá tất cả các vết rách để xử trí kịp thời có hiệu quả.

IV. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định khâu phục hồi cổ tử cung phải được thực hiện ngay sau khi chẩn đoán có tổn thương cổ tử cung để tránh mất máu cho sản phụ.

V. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Một Bác sĩ sản khoa có kinh nghiệm, 1 Bác sĩ sản khoa hoặc 1 nữ hộ sinh có kinh nghiệm phụ.

2. Phương tiện

- 2 van âm đạo
- 2 panh hình tim cặp CTC
- 1 panh sát trùng
- 1 kéo thẳng đầu tù, sắc
- 1 panh cặp kim
- 1 panh đỡ kim
- 1 cốc đựng dung dịch sát trùng
- 1 đến hai sợi chỉ vicryl số 1
- 1 bơm tiêm 10ml
- 20ml dung dịch polydin hoặc polyvidin.

3. Người bệnh

- Người bệnh phải được đánh giá toàn diện: lượng máu mất, mạch, huyết áp, toàn trạng, mức độ co chắc của tử cung sau đẻ (nếu co kém cần dùng thuốc co tử cung); các bệnh của người mẹ đặc biệt các bệnh có liên quan đến đông cầm máu như giảm tiểu cầu, APTT kéo dài, giảm fibrinogen...

- Chúng ta cần hỏi người bệnh và kiểm tra bệnh án để không bỏ sót các ca dị ứng với các thuốc gây tê, giảm đau, kháng sinh.

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Giảm đau cho sản phụ (nếu chưa có gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong và sau đẻ).

- Khâu vùng rách cổ tử cung. Chú ý quan sát rõ hai mép rách để khâu và tránh khâu nhầm môi dưới và môi trên ở hai bên. Khâu bằng chỉ tự tiêu.

- Khâu lại vết rách ngoài tử cung (cùng đồ nếu có) bằng chỉ tiêu mũi rời.

VII. THEO DÕI

- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp.

- Theo dõi chảy máu: nếu chảy máu phải kiểm tra kỹ khâu lại.

- Theo dõi lượng máu mất, các xét nghiệm hồng cầu, hemoglobin, khi cần thiết phải truyền máu.

Dùng kháng sinh 5 ngày sau khi khâu.

KỸ THUẬT ĐỠ ĐỂ THƯỜNG NGÔI CHỖM

MỤC TIÊU

1. Chuẩn bị được dụng cụ để thực hiện đỡ đẻ thường ngôi chỏm.
2. Thực hiện được đỡ đẻ thường ngôi chỏm đúng kỹ thuật.
3. Nhận thức được tầm quan trọng của việc đỡ đẻ thường ngôi chỏm.

NỘI DUNG

1. Định nghĩa

Đỡ đẻ thường ngôi chỏm kiểu chằm vệt là thủ thuật tác động vào thì số thai để giúp cuộc đẻ được an toàn theo đường âm đạo, không cần can thiệp (trừ trường hợp cắt TSM).

2. Chuẩn bị

2.1. Dụng cụ

Bộ dụng cụ đỡ đẻ: 2 kim Kocher, 1 kéo cắt cuống rốn;

Bộ dụng cụ cắt, khâu TSM;

Khăn, bông, băng, gạc hấp, chỉ khâu, kim khâu;

Dụng cụ để hút nhót và hồi sức sơ sinh (máy hút, ống nhựa);

Thông tiểu.

2.2. Sản phụ

Được động viên, hướng dẫn cách thở, cách rặn đẻ và thư giãn ngoài cơn rặn;

Nếu có cầu bàng quang mà không tự đái được thì tiến hành thông tiểu;

Rửa vùng sinh dục ngoài bằng nước chín;

Sát khuẩn rộng vùng sinh dục ngoài, trải khăn vô khuẩn.

2.3. Tư thế sản phụ

Nằm ngửa trên bàn đẻ, nâng giường đẻ lên để có tư thế nửa nằm nửa ngồi, đầu cao, hai tay nắm vào hai thành bàn đẻ, hai đùi giang rộng, mông sát mép bàn, hai cẳng chân gác trên hai cọc chống giữ chân.

3. Các bước tiến hành

3.1. Nguyên tắc

Người đỡ đẻ phải tôn trọng nguyên tắc vô khuẩn trong khi đỡ đẻ, phải kiên nhẫn chờ đợi, hướng dẫn sản phụ rặn khi CTC mở hết và có cơn co TC, không được nong CTC và âm đạo, không được đẩy bụng sản phụ.

Ở thì lọt, xuống và xoay không can thiệp, chỉ theo dõi cơn co TC, tim thai, độ xóa mở CTC, độ lọt, khi CTC mở hết đầu lọt thấp mới cho sản phụ rặn.

Thời gian rặn tối đa ở người con so là 60 phút, ở người con dạ là 30 phút. Nếu quá thời gian này cần can thiệp để lấy thai ra bằng Forceps hoặc bằng giác hút. Trong thời gian sản phụ rặn đẻ vẫn phải theo dõi tim thai thường xuyên, sau mỗi cơn rặn.

3.2. Kỹ thuật đỡ đẻ ngôi chỏm kiểu chằm vệt

3.2.1. Thời điểm đỡ đẻ

CTC mở hết;

Ồi đã vỡ (chưa vỡ thì bấm Ồi);

Ngôi thai đã lọt và thập thò ở âm môn làm TSM căng giãn, hậu môn loe rộng;
Hướng dẫn cho sản phụ chỉ rặn khi có cảm giác mót rặn cùng với sự xuất hiện của cơn co TC.

Những lưu ý khi tiến hành đỡ đẻ:

Thao tác nhẹ nhàng, đỡ thai, không kéo thai;

Giúp cho thai sổ từ từ;

Kiên nhẫn động viên sản phụ, không thúc ép, giục giã, sốt ruột.

3.2.2. Kỹ thuật đỡ đẻ

Đỡ đầu

Giúp đầu cúi tốt: ấn nhẹ nhàng vào vùng cằm trong mỗi cơn co TC;

Nếu có chỉ định thì cắt TSM ở vị trí 5 giờ hoặc 7 giờ, vào lúc TSM giãn căng;

Khi hạ cằm tì dưới khớp vệ: sản phụ ngừng rặn, một tay giữ TSM, một tay đẩy vào vùng trán ngược lên trên, giúp đầu ngửa dần, mắt, mũi, miệng, cằm sẽ lần lượt sổ ra ngoài;

Khi đầu sổ ra ngoài hút dịch hoặc dùng gạc lau miệng thai nhi

Đỡ vai

Quan sát xem đầu thai có xu hướng quay về bên nào thì giúp cho cằm quay về bên đó (chằm trái - ngang hoặc chằm phải - ngang), kiểm tra dây rốn nếu quấn cổ: gỡ hoặc cắt (khi chặt không gỡ được).

Hai bàn tay ôm đầu thai nhi ở hai bên tai và đỉnh thái dương, kéo thai xuống theo trục rốn - cụt để vai trước sổ trước. Khi bờ dưới cơ Delta tì dưới khớp vệ thì một tay giữ đầu (cổ nằm giữa khe hai ngón cái và trỏ) tay kia giữ TSM, nhắc thai lên phía trên và cho sổ vai sau. Ở thì này dễ rách TSM, vì vậy phải giữ TSM tốt và cho vai sổ từ từ.

Đỡ thân, mông và chi

Khi đã sổ xong hai vai, bỏ tay giữ TSM để thân thai nhi sổ và khi thân ra ngoài thì bắt lấy hai bàn chân, tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin khi chắc chắn không còn thai nào trong TC (xem “Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ”).

Giữ thai ở tư thế ngang, đầu hơi thấp (hoặc để thai nằm nghiêng trên phần bàn đỡ đã được kéo ra hoặc cho nằm sấp trên bụng mẹ) rồi tiến hành cắt cắt rốn. Nếu người đỡ chính còn bế giữ thai thì động tác cắt rốn do người đỡ phụ thực hiện. Chuyển thai ra bàn hồi sức, giao cho người phụ chăm sóc, làm rốn, đánh giá chỉ số Apgar phút thứ 1 và thứ 5.

4. Kỹ thuật đỡ đẻ kiểu chằm cùng

Cách theo dõi đỡ đẻ cơ bản giống như đỡ đẻ ngôi chằm vệ chỉ khác một số điểm sau:

- Khi đỡ đầu vì ngôi chằm sổ kiểu chằm cùng mặt thai ngửa lên phía xương mu người mẹ nên phải giúp đầu cúi bằng cách dùng đầu ngón tay ấn vào đầu thai từ dưới lên;

- Khi hạ cằm của thai ra đến mép sau âm hộ thì cho đầu thai ngửa dần ra sau để lộ các phần trán, mắt, mũi, cằm;

- Khi đầu đã sổ hoàn toàn chờ cho đầu tự quay về phía nào sẽ giúp thai quay hẳn sang bên đó (trái hoặc phải ngang);

- Tiếp tục đỡ vai và các phần khác của thai như với đỡ ngôi chỏm kiêu chằm vệ.

Chú ý:

Ngôi chỏm sổ chằm cùng thường diễn biến lâu, sổ khó hơn và dễ gây sang chấn cho mẹ vì vậy cần cắt rộng TSM trước khi đỡ đầu thai nhi.

Thai nhi sổ chằm cùng cũng dễ bị ngạt vì thế cũng phải hồi sức thai thật tốt.

5. Theo dõi và xử trí tai biến

5.1. Theo dõi

Sau mỗi cơn rặn, người đỡ phụ lại nghe nhịp tim thai, báo lại cho người đỡ chính, nhằm phát hiện suy thai để có thái độ xử lý thích hợp.

Luôn quan sát bụng sản phụ phát hiện kịp thời dấu hiệu dọa vỡ TC.

Hạ bàn đẻ nằm ngang khi thai đã sổ ra ngoài.

Sau khi đỡ đẻ, người đỡ chính phải quan sát sản phụ để kịp thời phát hiện chảy máu, vết rách và đánh giá mức co hồi TC để chuẩn bị xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ.

Ghi lại tình hình diễn biến cuộc đẻ vào hồ sơ.

5.2. Cách xử trí một số tai biến sau đẻ

Ngay sau khi sổ thai, rau bong dở đang gây băng huyết cần bóc rau nhân tạo và kiểm soát TC ngay.

Nếu rách âm hộ, âm đạo, TSM (hoặc cắt chủ động): khâu lại sau khi đã sổ rau và kiểm tra bánh rau.

Nếu bị băng huyết do đờ TC phải tập trung cấp cứu bằng các biện pháp làm ngừng chảy máu và bồi phụ lượng máu đã mất.

Nếu trẻ bị ngạt: phải hồi sức sơ sinh tích cực.

CẮT KHÂU TẦNG SINH MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG

Mục đích cắt chủ động tầng sinh môn để thai sổ ra dễ dàng, không làm rách tầng sinh môn và vết khâu liền tốt.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Cắt tầng sinh môn vì lý do người mẹ

- Tầng sinh môn cứng, dày, hẹp, âm hộ và tầng sinh môn phù nề do chuyển dạ kéo dài, thăm khám nhiều.
- Trong các bệnh lý của mẹ cần cho thai phải sổ nhanh để đảm bảo sức khỏe cho người mẹ: như suy tim, tiền sản giật, cao huyết áp.

2. Cắt tầng sinh môn vì lý do thai nhi

- Thai to toàn bộ hoặc đầu to.
- Các kiểu sổ bất thường như sổ chằm cùng, ngôi mặt, ngôi mông.
- Thai non tháng, thai có nguy cơ bị ngạt.

3. Cắt tầng sinh môn khi làm các thủ thuật như forceps xé, giác hút, đỡ đẻ ngôi mông...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định cắt tầng sinh môn khi không lấy thai được đường dưới.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Nữ hộ sinh
- Bác sĩ sản khoa

2. Phương tiện, vật tư, thuốc

- Bộ cắt khâu tầng sinh môn bao gồm: 1 kéo thẳng đầu tù, 1 kim cặp kim, 1 panh đỡ kim, 1 panh sát trùng, 1 cốc đựng dung dịch sát trùng.
- Chỉ khâu (chỉ vicryl rapid hoặc chỉ cat gut, lanh,...).
- 10ml dung dịch sát trùng: povidin hoặc polyvidin...
- 1 bơm tiêm 5ml
- 1 ống Lidocain 2%

3. Người bệnh

Kiểm tra toàn trạng, mạch, huyết áp, máu âm đạo. Phải chắc chắn không còn sót rau, tử cung co tốt, không rách âm đạo mới tiến hành khâu tầng sinh môn.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thì 1. Sát trùng vùng âm hộ tầng sinh môn

Thì 2. Gây tê vùng tầng sinh môn định cắt bằng Lidocain 2% 2ml + 3ml nước cất. Nếu người bệnh đã được gây tê ngoài màng cứng để giảm đau rồi thì không cần gây tê tại chỗ nữa.

Thì 3. Cắt tầng sinh môn:

- Kỹ thuật mà nhiều người áp dụng là cắt chéo 450 độ tại vị trí 7 giờ. Sản phụ nằm tư thế đẻ thường, trong cơn co tử cung, khi tầng sinh môn và âm hộ phồng căng hoặc khi kéo forceps, giác hút dùng một kéo thẳng và

sắc cắt chéo 450 độ từ mép sau của âm hộ (thường cắt ở bên phải của sản phụ). Cắt 2 – 4 cm tùy mức độ cần thiết. Đường cắt này sẽ cắt các cơ thắt âm hộ, cơ ngang nông và sâu, cùng với thành âm đạo và da dùng tầng sinh môn.

- Không cắt sâu tới cơ nâng hậu môn.

- Không cắt ngang vị trí 9 giờ để tránh vào những tổ chức dễ chảy máu như tuyến Bartholin, các tổ chức xóp vùng âm hộ và cũng không cắt theo đường giữa để tránh nút thớ trung tâm vùng sinh môn, cơ thắt hậu môn và trực tràng.

- Thường cắt 1 bên là đủ, nếu cần thiết thì cắt cả 2 bên.

Thì 4. Khâu tầng sinh môn:

- Chỉ khâu tầng sinh môn khi chắc chắn rau thai đã sổ, không sót rau, đã kiểm soát được đờ tử cung và các sang chấn đường sinh dục.

- Nếu đường cắt tầng sinh môn không rách thêm, chúng ta sẽ thực hiện 3 mũi khâu vắt bằng chỉ vicryl rapid:

- + Mũi khâu vắt thứ nhất bắt đầu từ trên vết cắt trong âm đạo 0,5cm ra tới góc của màng trinh phía ngoài; khâu hết đến tận đáy kéo hai mép của âm đạo góc của màng trinh sát vào nhau.

- + Mũi khâu vắt thứ hai: bắt đầu từ đỉnh của vết cắt tầng sinh môn phía ngoài vào tới góc của màng trinh phía trong. Khâu từ phần dưới da cho đến góc của màng trinh phía trong.

- + Khâu vắt dưới da hoặc trong da để tạo cho sẹo tầng sinh môn nhỏ và mềm mại. (Ở những cơ sở y tế không có chỉ đảm bảo cho khâu vắt chúng ta có thể khâu mũi rời với 3 thì khâu như trên. Lớp ngoài cùng nên khâu mũi rời bằng chỉ không tiêu và sẽ cắt chỉ ngoài da sau 5 ngày).

Nếu vết rách sâu ở trong âm đạo và rách sâu ở tầng sinh môn thì chúng ta phải khâu mũi rời.

Khâu da nên khâu luôn trong da bằng chỉ vicryl rapid để cho sẹo nhỏ và mềm mại.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Giữ vết khâu sạch và khô. Cắt chỉ vào ngày thứ 5 nếu khâu da bằng chỉ không tiêu.

- Nếu vết khâu không liền do nhiễm khuẩn phải xử trí tại chỗ, không khâu lại ngay.

2. Xử trí tai biến

- Chảy máu do có khoảng trống giữa các lớp khâu: khâu lại cho các lớp liền và ép vào nhau.

- Nhiễm khuẩn:

- + Cắt chỉ tầng sinh môn cách quãng, rửa sạch, kháng sinh tại chỗ và toàn thân.

- + Vệ sinh, rửa bằng dung dịch sát trùng, sử dụng kháng sinh điều trị

XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN III CUỘC CHUYỂN ĐẠ

I. ĐẠI CƯƠNG

Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ là các thao tác chủ động của người đỡ đẻ tác động giai đoạn sau khi sổ thai để giúp rau bong và sổ ra ngoài nhanh hơn, nhằm phòng ngừa chảy máu sau đẻ.

II. CHỈ ĐỊNH

Cho mọi trường hợp đẻ đường dưới, khi thai vừa mới sổ ra ngoài và chắc chắn không còn thai nào trong tử cung.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh.

Giải thích công việc sẽ tiến hành để lấy rau sau khi thai ra ngoài cho sản phụ yên tâm và hợp tác với nhân viên y tế.

2. Phương tiện, dụng cụ.

- Dụng cụ, thuốc men, đồ vải và các vật liệu vô khuẩn cần thiết cho đỡ đẻ và kiểm tra rau,
- Oxytocin 10 đv, chuẩn bị trong bơm tiêm để sẵn trên bàn dụng cụ đỡ đẻ.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thì 1. Sử dụng ngay Oxytocin:

- Sau khi sổ thai, trẻ khóc tốt đặt trẻ lên bụng người mẹ đã được trải sẵn sàng và hai tay người mẹ ôm lấy trẻ.
- Người phụ đỡ đẻ sờ nắn bụng sản phụ để chắc chắn không còn thai trong tử cung.
- Người phụ đỡ đẻ tiến hành tiêm bắp 10 đơn vị Oxytocin vào mặt trước đùi sản phụ.
- Chỉ sau khi đã tiêm Oxytocin, người đỡ đẻ tiến hành cặp dây rốn và cắt rốn cho trẻ. Khi cặp dây rốn chú ý cặp sát vào âm hộ sản phụ.
- Người phụ đỡ đẻ đưa trẻ ra bàn làm rốn và chăm sóc trẻ, nhanh chóng lau khô, hút nhót, làm rốn, quấn tã lót và đưa trẻ cho sản phụ để cho bú sớm nếu thích hợp.

Thì 2. Kéo dây rốn có kiểm soát để gây sổ rau:

- Người đỡ đẻ đứng bên cạnh hoặc ở giữa hai chân sản phụ thực hiện các công việc sau:
 - Đặt bàn tay lên bụng dưới sản phụ đánh giá co hồi tử cung. Chỉ khi tử cung đã co lại tốt (chắc như trái bưởi) mới thực hiện các bước tiếp theo.
 - Một tay cầm panh và dây rốn. Giữ căng dây rốn. Bàn tay còn lại đặt lên bụng sản phụ ngay vùng trên xương vệ, giữ và ấn tử cung theo hướng ngược lên về phía xương ức trong khi tay cầm panh kẹp dây rốn kéo với lực vừa phải và kéo theo hướng của cơ chế đẻ (lúc đầu kéo xuống, tiếp đến kéo ngang và cuối cùng kéo lên).

Động tác này nhằm để phòng lộn tử cung và đẻ rau sổ theo hướng độ cong của khung chậu.

- Khi bánh rau đã ra đến lỗ ngoài âm đạo thì tay giữ dây rốn hạ thấp xuống cho trọng lượng bánh ra kéo màng ra theo. Nếu màng không ra thì hai tay người đỡ giữ bánh rau xoắn theo 1 chiều để màng rau thoát ra ngoài.
- Nếu kéo dây rốn trong 30 - 40 giây mà bánh rau không tụt xuống thấp (nghĩa là không có dấu hiệu bong rau) thì dừng lại không tiếp tục kéo dây rốn nữa.
- Lúc này chỉ giữ dây rốn và chờ đến lúc tử cung co bóp trở lại.
- Tiếp tục lặp lại động tác kéo dây rốn vừa phải cùng với ấn ngược tử cung khi có cơn co.
- Khi kéo, nếu thấy dây rốn dài ra, khó thao tác có thể cuộn dây rốn vào panh (kẹp dây rốn) cho ngắn lại, nếu cần thiết thì dùng panh kẹp lại dây rốn sát vào âm hộ.

Chú ý:

- Động tác kéo dây rốn, không được làm quá thô bạo.
- Không được kéo dây rốn mà không dùng bàn tay thứ hai đẩy tử cung theo chiều ngược lên về phía xương ức

Thì 3. Xoa tử cung:

- Ngay lập tức sau khi rau sổ phải xoa tử cung cho đến khi tử cung co chặt.
- Cứ 15 phút xoa tử cung một lần trong vòng 2 giờ đầu
- Bảo đảm tử cung vẫn co tốt sau khi kết thúc xoa tử cung.

V. THEO DÕI

- Các bước tiếp theo thực hiện như trước, tức là phải kiểm tra bánh rau, màng rau để đảm bảo không sót rau hay sót màng. Nếu tiếp tục chảy máu, phải tìm các nguyên nhân khác gây băng huyết sau đẻ (rách đường sinh dục, sót rau) và thực hiện xử trí phù hợp với từng nguyên nhân.
- Nếu chỉ có 1 bác sỹ/nữ hộ sinh tham gia đỡ đẻ thì các bước thực hiện đến khi thai sổ, người đỡ đẻ giao bé cho mẹ ôm trong khi chuẩn bị tiến hành lấy rau. Các bước lấy rau tiếp tục tiến hành như hướng dẫn cho đến khi rau và màng rau đã ra. Lúc này, người đỡ đẻ hướng dẫn và giám sát sản phụ tự xoa tử cung 15 phút/lần qua thành bụng cho đến khi tử cung co tốt. Người đỡ đẻ tiến hành làm rốn và mặc áo cho trẻ sơ sinh và đặt trẻ lên bụng mẹ để mẹ cho bú sớm.

KIỂM SOÁT TỬ CUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Kiểm soát tử cung là thủ thật tiến hành sau khi rau đã sổ hoặc ngay khi bóc rau nhân tạo để kiểm tra xem có sót rau hoặc sót màng hay không và kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu khi sổ rau.
- Kiểm tra rau còn thiếu rau sau khi sổ, thấy nghi ngờ còn sót một phần của múi rau. Sót 1/3 hay 1/4 màng rau.
- Rau sổ kiểu múi (Duncan) mặt múi ra trước, hay gây sót rau, nên có chỉ định kiểm soát tử cung.
- Kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung xem có vỡ tử cung không sau các thủ thuật khó khăn (foóc xép, nội xoay, cắt thai...) hoặc trên tử cung có sẹo phẫu thuật lấy thai cũ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Sản phụ đang choáng phải hồi sức sau đó mới kiểm soát tử cung.

1. Chuẩn bị

- Y sĩ, bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản.
- Thủ thuật viên rửa tay, đội mũ, mặc áo đi găng tay vô khuẩn như trong phẫu thuật.

2. Phương tiện

Thuốc hồi sức, trợ tim để phòng choáng, thuốc co bóp tử cung: Oxytocin, Ergometrine.

3. Sản phụ

- Giải thích cho sản phụ hiểu và nằm thoải mái, không co cứng thành bụng.
- Giảm đau cho sản phụ bằng Dolosal hoặc Fentanyl.
- Sát trùng

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Nguyên tắc

Thủ thuật được tiến hành ngay sau khi có chỉ định

2. Các bước

Nếu kiểm soát tử cung sau khi bóc rau nhân tạo: sau khi bóc rau, không rút bàn tay phải ra khỏi tử cung âm đạo, mà dùng luôn bàn tay đó để kiểm soát tử cung.

Bước 1. Tay trái đặt lên thành bụng nắm đáy tử cung để cố định tử cung

Bước 2. Tay phải cho vào âm đạo, qua cổ tử cung, vào buồng tử cung tới tận đáy tử cung,

Bước 3. Kiểm tra lần lượt đáy tử cung, mặt trước, mặt sau, hai bờ và hai sừng tử cung bằng các đầu ngón tay. Bình thường buồng tử cung phải nhẵn, không sần sùi. Nếu thấy các mảnh rau và các màng rau thì vét nhẹ nhàng, đồng thời kiểm tra xem tử cung có bị rạn nứt không.

Bước 4. Kiểm tra xong mới rút tay ra, tránh đưa tay vào nhiều lần để nhiễm khuẩn và choáng.

Bước 5. Sau khi kiểm soát nếu tử cung co hồi chưa tốt thì dùng tay trong buồng tử cung nâng đáy tử cung lên sát thành bụng để người phụ tiêm 5 đơn vị Oxytocin vào cơ tử cung qua thành bụng, sau đó mới rút bàn tay ra.

Bước 6. Sau khi bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung phải tiêm hoặc cho uống kháng sinh 5 ngày.

V. THEO DÕI

- Sau bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung phải đo lại mạch, huyết áp,
- Theo dõi sự co hồi của tử cung
- Mức độ chảy máu trong buồng tử cung.

VI. TAI BIẾN VÀ DỰ PHÒNG

Đôi khi không thể cho tay vào buồng tử cung được vì eo tử cung bóp chặt lại. Khi đó thủ thuật viên phải chờ, rồi nong dần cổ tử cung bằng tay đồng thời tiêm thuốc giảm co bóp tử cung.

Nếu không bóc được bánh rau vì rau bám chặt hoặc cài răng lược thì không nên cố sức bóc vì sẽ làm đứt cơ tử cung gây chảy máu nhiều: phải cắt tử cung bán phần.

QUY TRÌNH KIỂM TRA RAU

Bước 1: Chuẩn bị Sản phụ.

- Thông báo cho Sản phụ biết về kỹ thuật tiến hành.
- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn của Người bệnh.

Bước 2: Chuẩn bị dụng cụ.

- Một khay to, phẳng hoặc một chậu đựng rau khi rau ra.
- Găng cao su cho người kiểm tra rau, bông gạc cần cho việc lau thấm máu khi kiểm tra.

Bước 3: Người thực hiện.

- Bác sỹ sản khoa.
- Nữ hộ sinh.

Bước 4: Các bước tiến hành.

* Kiểm tra màng rau

- Quan sát màng rau và đánh giá xem đủ hay thiếu.
- Quan sát vị trí lỗ rách ối.
- Với bánh rau sinh đôi cần bóc tách phần màng để đánh giá 1 hay 2 bánh rau.

rau.

- Quan sát vị trí bám của dây rốn: bám trung tâm, bám cạnh hay bám màng.
- Quan sát các mạch máu từ chân dâu rốn đi ra đến tận bờ mép bánh rau để phát hiện máu rau phụ.

* Kiểm tra bánh rau: lần lượt kiểm tra các phần sau.

- Quan sát kỹ các múi rau từ rung tâm ra xung quanh xem có múi nào bị khuyết không.

- Đánh giá chất lượng bánh rau.

* Kiểm tra dây rốn

- Xem có bị thắt lút không
- Quan sát mặt cắt dây rốn, kiểm tra các mạch máu rốn.
- Đo độ dài dây rốn đo hai phía.

- Kết thúc quá trình kiểm tra, thông báo kết quả cho sản phụ biết và giải thích những điều cần thiết nếu có những bất thường cần phải xử trí tiếp.

Bước 5: Giúp sản phụ đóng khăn vệ sinh và mặc váy áo.

BÓC RAU NHÂN TẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

Bóc rau nhân tạo là cho tay vào buồng tử cung để lấy rau còn sót trong buồng tử cung ra sau khi thai đã sổ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Rau chậm bong: thường thì sau khi sổ thai 15 - 20 phút thì rau sẽ tự bong, nếu quá 30 phút rau không tự bong phải bóc rau
- Chảy máu trong thời kỳ sổ rau khi rau còn nằm trong buồng tử cung
- Những trường hợp cần kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung sau khi sổ thai, phải bóc rau nhân tạo ngay để kiểm soát buồng tử cung, như nghi vỡ tử cung sau khi làm thủ thuật đường dưới khó khăn (fooc-xép cao, nội xoay thai, cắt thai hoặc sẹo mổ cũ ở tử cung...)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Sản phụ đang choáng, phải hồi sức rồi mới bóc rau nhân tạo.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Y sĩ, hoặc bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản.
- Thủ thuật viên rửa tay, mặc áo đi găng tay vô khuẩn như trong phẫu thuật.

2. Phương tiện

- Thuốc giảm đau Dolosal 0,10g hay Fentanyl, Seduxen .
- Thuốc trợ tim, hồi sức để dùng khi cần.

3. Sản phụ

- Được tư vấn và giải thích phải bóc rau để khỏi chảy máu và động viên sản phụ, thở đều, không co cứng bụng.
- Thông tiểu, sát khuẩn tầng sinh môn, âm đạo, trải khăn vô khuẩn.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Nguyên tắc

- Phải bóc bằng hai tay
- Phải làm trong điều kiện vô trùng

2. Các bước tiến hành

- Bước 1. Tay trái đặt lên thành bụng để cố định đáy tử cung.
- Bước 2. Tay phải cho vào âm đạo, qua cổ tử cung còn mở và lần theo dây rốn đến vùng rau bám.
- Bước 3. Bóc bánh rau bằng cách dùng bờ trụ của bàn tay để lách giữa bánh rau và thành tử cung. Bóc từ dưới, từ ngoài rìa bánh rau rồi vòng lên tận bờ trên bánh rau để tránh sót rau, sót màng rau.
- Bước 4. Khi rau bong hết thì tay trong tử cung kéo đẩy bánh rau ra ngoài, nhưng không rút tay ra khỏi tử cung, nếu cần tay trái kéo dây rốn lấy rau ra.
- Bước 5. Khi bánh rau ra ngoài phải kiểm tra cả hai mặt bánh rau: mặt màng và mặt múi.
- Bước 6. Sau khi bóc rau phải tiến hành kiểm soát buồng tử cung ngay.

VI. THEO DÕI

- Mạch, huyết áp, toàn trạng và phản ứng của sản phụ.
- Lượng máu chảy từ tử cung ra.

VII. TAI BIẾN, DỰ PHÒNG

- Choáng do đau và sợ hãi khi cho tay vào bóc rau: vấn đề hồi sức trước và sau bóc rau là vô cùng quan trọng.
- Sử dụng các thuốc giảm đau trước khi làm thủ thuật
- Sử dụng thuốc co hồi tử cung sau bóc rau.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT BẮM ỒI

Bước 1: Chuẩn bị Sản phụ.

- Thông báo cho Sản phụ biết về kỹ thuật tiến hành.
- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn của Người bệnh.

Bước 2: Chuẩn bị dụng cụ.

- Phương tiện: một kim dài 15-20cm đầu tù có nòng huac 1 cạnh của kẹp Kocher có răng.
- Sản phụ : nằm trên bàn đẻ, tư thế sản khoa, thở đều, không đều, không rặn

Bước 3: Người thực hiện.

- Bác sỹ sản khoa.
- Nữ hộ sinh.

Bước 4: Các bước tiến hành.

- Rửa sạch âm hộ bằng nước vô khuẩn.
- Đeo găng vô khuẩn.
- Trước khi bấm ối kiểm tra xem có sa dây rốn trong bọc ối không.
- Trông ngôi đầu, đầu ối dẹt thì nên bấm ối trong cơn co tử cung, đầu ối phồng bấm ngoài cơn co.
- Ngôi mông bấm ối ngoài cơn co chỉ khi cổ tử cung mở hết, cho nước ối chảy ra từ từ rồi mới xé rộng màng ối.
- Đối với ngôi vai (thai thứ 2) khi có chỉ định và đủ điều kiện để nội xoay thai thì chọc đầu ối đưa được cả bàn tay vào buồng tử cung và nắm lấy chân thai nhi làm nội xoay.
- Trong rau tiền đạo bấm thấp, bấm bên, bấm mép khi chọc đầu ối, xé rộng màng ối song song với bờ bánh rau, tránh xé vào bánh rau gây chảy máu.
- Nếu bấm ối trong đa ối cần để sản phụ nằm đầu thấp mông hơi cao. dùng phương pháp tia ối.

Bước 5: Giúp sản phụ đóng khăn vệ sinh và mặc váy áo

QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÁM THAI

NỘI DUNG

Trong thời kỳ thai nghén, thai phụ cần đi khám thai ít nhất 3 lần: ba tháng đầu, ba tháng giữa và ba tháng cuối, để theo dõi sự phát triển của thai nhi, phát hiện các yếu tố nguy cơ và tiên lượng cuộc đẻ. Chỉ có đi khám thai mới phát hiện được các trường hợp thai nghén có nguy cơ cao để tư vấn, xử trí và đề phòng các biến chứng cho mẹ và con. Khi khám cần theo các trình tự sau:

Phản hồi

1.1 Bản thân

Họ và tên;

Tuổi;

Nghề nghiệp, điều kiện lao động: tư thế làm việc ngồi hay đứng, chế độ nghỉ ngơi, có tiếp xúc độc hại không?

Địa chỉ (ghi theo địa chỉ hộ khẩu chú ý vùng sâu, vùng xa) và số điện thoại nếu có;

Dân tộc (chú ý dân tộc thiểu số);

Trình độ học vấn;

Điều kiện sống, kinh tế (chú ý hoàn cảnh đói nghèo...).

1.2 Sức khỏe

Hiện tại

Hiện mắc bệnh gì (nếu có), mắc bệnh từ bao giờ, diễn biến thế nào, đã điều trị gì, kết quả điều trị, có ảnh hưởng gì đến sức khỏe, đang dùng thuốc gì.

Tiền sử bệnh

Mắc những bệnh gì? Lưu ý những bệnh phải nằm viện, phải phẫu thuật, phải truyền máu, các tai nạn, dị ứng, nghiện rượu, thuốc lá, ma túy, bệnh tiểu đường, tim mạch, tâm thần, nội tiết, bệnh về máu, gan, thận.

Tiền sử sản khoa (PARA)

Đã có thai bao nhiêu lần, ghi theo 4 số:

Số thứ nhất là số lần đẻ đủ tháng;

Số thứ hai là số lần đẻ non;

Số thứ ba là số lần sảy thai hoặc phá thai;

Số thứ tư là số con hiện sống.

Ví dụ: 2012: đã đẻ đủ tháng 2 lần, không đẻ non, 1 lần sảy hoặc phá thai, hiện 2 con sống.

Với từng lần có thai:

Tuổi thai khi đẻ (để biết đẻ non hay đủ tháng);

Nơi đẻ: bệnh viện, trạm xá, tại nhà, đẻ rơi;

Thời gian chuyển dạ;

Cách đẻ: đẻ thường, đẻ khó Forceps, giác hút (phẫu thuật lấy thai...).

Các bất thường ở lần có thai trước: ra máu, TSG, ngôi bất thường, đẻ khó, thai dị dạng, băng huyết, nhiễm khuẩn.

Tình trạng con khi đẻ ra: cân nặng, giới tính, khóc ngay, ngạt, chết...

Hỏi về tiền sử phụ khoa

Có điều trị vô sinh, điều trị nội tiết, có các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh dục, bệnh lây truyền qua đường tình dục (LTQĐTD), đốt CTC (đốt nhiệt, đốt điện, laser, áp lạnh) các khối u phụ khoa, sa sinh dục, các phẫu thuật phụ khoa...

Hỏi về các biện pháp tránh thai đã sử dụng

Loại biện pháp tránh thai (BPTT);

Thời gian sử dụng của từng biện pháp;

Lý do ngừng sử dụng;

BPTT dùng ngay trước lần có thai này (nếu có).

Hỏi về lần có thai này

Chu kỳ kinh nguyệt có đều không và ngày đầu của kỳ kinh cuối;

Các triệu chứng nghén;

Ngày thai máy;

Sụt bụng (xuất hiện 1 tháng trước đẻ, do ngôi thai xuống thấp);

Các dấu hiệu bất thường như đau bụng, ra máu, dịch tiết âm đạo tăng;

Mệt mỏi, uể oải, đau đầu, ăn kém ngon (dấu hiệu thiếu máu);

Nhức đầu, hoa mắt, đau thượng vị, nôn mửa (dấu hiệu TSG).

Gia đình

Sức khỏe, tuổi bố mẹ, anh chị, còn sống hay đã chết. Nếu chết, cho biết lý do;

Có ai mắc bệnh nội khoa: tăng HA, đái tháo đường, tim mạch, gan, thận, lao.

Có ai mắc bệnh nhiễm khuẩn: lao, bệnh LTQĐTD, HIV/AIDS, sốt rét.

Các tình trạng bệnh lý khác: sinh đôi, đẻ con dị dạng, dị ứng...

Hỏi để sàng lọc bạo hành phụ nữ.

Tiền sử hôn nhân

Lấy chồng năm bao nhiêu tuổi;

Họ tên, tuổi, nghề nghiệp, sức khỏe, bệnh tật của chồng.

Dự tính ngày sinh theo ngày đầu của kỳ kinh cuối Tính đúng 40 tuần kể từ ngày đầu của kỳ kinh cuối.

Theo dương lịch, lấy ngày đầu của kỳ kinh cuối cộng 7, tháng cuối cộng 9 (hoặc trừ 3 nếu tổng số lớn hơn 12).

được tính như cách trên.

2. Khám toàn thân

Đo chiều cao cơ thể (lần khám thai đầu);

Cân nặng (cho mỗi lần khám thai);

Khám da, niêm mạc, đánh giá có phù hoặc thiếu máu hay không (cho mỗi lần khám thai);

Đo HA (cho mỗi lần khám thai);

Khám tim phổi (cho mỗi lần khám thai);

Khám vú;

Khám các bộ phận khác khi có dấu hiệu bất thường.

3. Khám sản khoa

- Ba tháng đầu

Sờ nắn trên khớp mu xem đã thấy đáy TC chưa;

Xem có vết sẹo phẫu thuật ổ bụng không?

Đặt mỏ vịt xem CTC có viêm không? Nếu nghi ngờ viêm nhiễm đường sinh dục

xét nghiệm tìm vi khuẩn;

Chỉ thăm âm đạo nếu các dấu hiệu có thai chưa rõ, cần xác định thêm;

Có điều kiện nên làm siêu âm lần 1 (khi thai khoảng 11 - 13 tuần).

- Ba tháng giữa

Đo chiều cao TC;

Nghe tim thai khi đáy TC đã đến rốn (tốt nhất là bằng máy nghe tim thai nếu có);

Cử động thai, số lượng thai, tình trạng ối;

Có điều kiện nên làm siêu âm lần 2 (khi thai khoảng 20 - 24 tuần). Nếu nghi ngờ có viêm nhiễm đường sinh dục nên quan sát âm đạo, CTC qua đặt mỏ vịt.

- Ba tháng cuối

Tốt nhất nên khám thai mỗi tháng một lần;

Đo chiều cao TC/vòng bụng;

Sờ nắn xác định tư thế thai nhi trong buồng TC;

Nghe tim thai;

Đánh giá độ xuống của ngôi (trong vòng 1 tháng trước dự kiến đẻ);

Cử động thai, số lượng thai, tình trạng ối;

Có điều kiện nên làm siêu âm lần 3 (khi tuổi thai 30 - 32 tuần).

Lưu ý: Khi làm siêu âm, nhân viên y tế (NVYT) không được cho thai phụ biết giới tính thai nhi;

Khi nằm nghỉ, ngủ nên nằm nghiêng và tốt hơn là nghiêng bên trái, hai chân kê gối hơi cao nếu có phù chân do chèn ép;

Nếu nghi ngờ có viêm nhiễm đường sinh dục cần được quan sát âm đạo, CTC qua đặt mỏ vịt.

4. Các xét nghiệm cần thiết

Xét nghiệm tìm protein trong nước tiểu

Lấy nước tiểu buổi sáng, giữa dòng;

Dùng que thử protein (so với gam màu mẫu) hoặc dùng phương pháp đốt;

Thử nước tiểu cần làm cho mọi thai phụ vào mỗi lần khám thai.

Xét nghiệm máu

Ở tuyến xã, nếu nghi ngờ thiếu máu cần chuyển tuyến trên xét nghiệm đánh giá tình trạng thiếu máu: công thức máu, huyết sắc tố, hematocrit;

Xét nghiệm nước tiểu tìm protein niệu, đường máu;

Các xét nghiệm khác: nếu có thiếu máu thì xét nghiệm phân xem có giun không?

Xét nghiệm sàng lọc HIV, giang mai và viêm gan, xét nghiệm dịch âm đạo (nếu cần).

Tiêm phòng uốn ván

- Với người chưa tiêm phòng uốn ván lần nào: tiêm mũi 1 khi bắt đầu từ quý II thời kỳ thai nghén; tiếp theo tiêm mũi hai sau mũi 1 ít nhất một tháng và phải cách thời gian dự kiến đẻ ít nhất 1 tháng;

- Với những người đã tiêm đủ 2 mũi ở lần có thai trước, né

Khoảng cách với lần có thai này < 5 năm: tiêm 1 mũi;

Khoảng cách với lần có thai này > 5 năm: tiêm 2 mũi.

- Với người đã tiêm ba mũi hoặc bốn mũi, cần tiêm nhắc lại một mũi;

- Với người đã tiêm đủ năm mũi phòng uốn ván theo đúng lịch, nếu mũi tiêm cuối cùng cách đã 10 năm trở lên thì nên tiêm thêm một mũi nhắc lại.

Cung cấp thuốc thiết yếu

Thuốc sốt rét (vùng sốt rét lưu hành) theo phác đồ quy định của ngành sốt rét.

Viên sắt/acid folic: uống ngày 1 viên trong suốt thời gian có thai đến hết 6 tuần sau đẻ. Tối thiểu uống trước đẻ 90 ngày. Nếu thai phụ có biểu hiện thiếu máu rõ, có thể tăng từ liều dự phòng lên liều điều trị 2 - 3 viên/ngày. Việc cung cấp viên sắt/acid folic cần được thực hiện ngay từ lần khám thai đầu. Kiểm tra việc sử dụng và cung cấp tiếp trong các lần khám thai sau.

5. Giáo dục sức khỏe

Dinh dưỡng. Chế độ ăn khi có thai:

Số lượng tăng: số bữa ăn và số lượng cơm, thức ăn trong mỗi bữa;

Tăng chất: đảm bảo cho sự phát triển của mẹ và con: thịt, cá, tôm, sữa, trứng, đậu, lạc, vừng, dầu ăn, rau quả tươi.

Không nên ăn mặn, nên thay đổi món để ngon miệng;

Không hút thuốc lá, uống rượu;

Không uống thuốc nếu không có chỉ định của thầy thuốc;

Tránh táo bón bằng chế độ ăn uống hợp lý, không nên dùng thuốc chống táo bón.

Chế độ làm việc khi có thai

Làm theo khả năng, xen kẽ nghỉ ngơi, không làm việc quá nặng nhọc, tránh làm ban đêm (nhất là từ tháng thứ bảy);

Không làm việc vào tháng cuối để đảm bảo sức khỏe cho mẹ và để con tăng cân;

Không mang vác nặng, tránh đi xa;

Không làm việc dưới nước hoặc trên cao;

Không tiếp xúc với các yếu tố độc hại;

Quan hệ tình dục thận trọng.

Vệ sinh khi có thai

Nhà ở phải thoáng khí, sạch sẽ, tránh ẩm, nóng, khói;

Mặc quần áo rộng và thoáng;

Tắm rửa thường xuyên, vệ sinh vú và bộ phận sinh dục hàng ngày;

Duy trì cuộc sống thoải mái, tránh căng thẳng;

Ngủ ít nhất 8 giờ mỗi ngày, chú trọng ngủ trưa;

Tránh thụ rửa âm đạo.

6. Ghi sổ khám thai: nếu là lần đầu ghi đủ tất cả các mục trong 26 cột của sổ khám. Nếu là lần khám sau ghi tất cả những mục đã hỏi và khám (một số mục như tên, tuổi, tiền sử... không cần ghi lại).

Ghi vào phiếu “Theo dõi sức khỏe bà mẹ và sơ sinh tại nhà” (phần theo dõi, khám thai) hoặc vào “Phiếu khám thai” thông thường đang sử dụng ở các cơ sở khám bệnh.

Trong phần ghi phiếu khám, ngoài tình hình thai phụ và các số liệu thăm khám đo đạc được, nhất thiết phải ghi lại kết quả đánh giá về lần khám thai đó, các dấu hiệu quan trọng thai phụ cần tự theo dõi, tên thuốc và liều dùng, cách dùng (nếu có) và thời gian hẹn tái khám.

Tại xã, nếu dùng “Phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ và sơ sinh tại nhà” thì phải ghi lại trên phiếu thứ hai lưu ở trạm và để phiếu lưu này vào ngăn (hộp, hay túi) luân chuyển phiếu khám vào đúng ô có tháng quy định của lần khám sau. Nếu chỉ có phiếu khám thai đưa cho thai phụ lưu giữ thì viết thêm phiếu hẹn cho thai phụ và

đặt phiếu này vào ô của tháng đã hẹn đến khám tiếp.

Ở trạm y tế xã, ghi phiếu con tôm ngay từ lần khám đầu tiên gắn lên bảng “Quản lý thai”. Trong những lần khám sau nếu phát hiện thai nghén có nguy cơ thì đánh dấu thêm vào phiếu đó.

7. Kết luận - dặn dò

Thông báo cho thai phụ biết kết quả của lần khám thai có bình thường hay không, tình trạng mẹ và thai phát triển thế nào, cần lưu ý những điểm gì trong thời gian từ sau khi khám đến lần khám tiếp theo.

Ở xã, khi khám phát hiện những dấu hiệu bất thường, cần giải thích và hướng dẫn chu đáo cho thai phụ đi khám hội chẩn ở tuyến trên.

Cung cấp thuốc thiết yếu và hướng dẫn cách dùng (nếu cần thiết).

NẠO SÓT THAI, NẠO SÓT RAU SAU SẤY, SAU ĐẼ

I. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật dùng dụng cụ lấy hết phần thai và rau để tránh chảy máu và nhiễm khuẩn sau khi thai đã sấy.

II. CHỈ ĐỊNH,

- Thai sắp sấy, cổ tử cung xóa gần hết
- Thai đang sấy, chảy máu
- Thai đã sấy, nhưng đang chảy máu, cổ tử cung còn mở.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Sấy thai nhiễm khuẩn (chỉ nạo khi đã điều trị kháng sinh)
- Sấy thai bằng huyết, tụt huyết áp (phải hồi sức tích cực, vừa hồi sức vừa nạo)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản
- Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn.
- Giải thích cho người bệnh yên tâm điều trị.

2. Phương tiện, thuốc giảm đau và hồi sức

- Bộ nạo sấy và nong Hegar từ cỡ nhỏ đến to.
- Atropin 0,25 mg tiêm dưới da hay Dolosal 0,10g tiêm bắp trước nạo.
- Lidocaine 1% 10ml để gây tê cổ tử cung.
- Dung dịch huyết thanh đẳng trương và các dịch thay thế máu.
- Các loại thuốc co hồi tử cung, trợ tim, hồi sức.

3. Người bệnh

- Hỏi bệnh, khám toàn thân: đếm mạch, cặp nhiệt độ, đo huyết áp, nghe tim phổi, phát hiện những bệnh lý nội khoa kèm theo.
- Cho nằm tư thế phụ khoa.
- Khám xác định tuổi thai, tình trạng sấy thai, tư thế tử cung và độ mở của cổ tử cung. Xác định lượng máu mất để chuẩn bị hồi sức.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Sát khuẩn âm hộ, vùng tầng sinh môn
- Sát khuẩn âm đạo, cổ tử cung
- Trải khăn vô khuẩn dưới mông, trên bụng và hai bên đùi
- Đeo găng vô khuẩn
- Thông tiêu nếu cần
- Đặt van, bộc lộ âm đạo, cổ tử cung
- Dùng kẹp Pozzi cặp cổ tử cung (tuỳ tư thế tử cung mà kẹp mép trước hay mép sau cổ tử cung)
- Gây tê tại chỗ cổ tử cung bằng Lidocain 1%, 10ml
- Đo chiều cao và xác định tư thế tử cung.
- Nong cổ tử cung đến số 9-10 nếu cổ tử cung chưa đủ rộng
- Dùng kẹp hình tim gắp thai và nhau

- Nạo kiểm tra bằng thìa cùn đủ 2 mặt trước sau, đáy, 2 bờ và 2 sừng tử cung
- Tiêm Oxytioxin vào cổ tử cung nếu tử cung co kém, chảy máu
- Đo lại buồng tử cung bằng thước đo
- Sát khuẩn âm đạo và cổ tử cung.
- Lấy tổ chức nạo thử giải phẫu bệnh
- Viết hồ sơ bệnh án, cho đơn kháng sinh, dặn người bệnh khám lại nếu có gì bất thường

VI. THEO DÕI

- Toàn trạng, mạch, huyết áp, đau bụng, huyết âm đạo.
- Thời gian 01 giờ.
- Dặn dò các triệu chứng có thể xảy ra.
- Hẹn tái khám: 7-10 ngày sau hoặc khi có triệu chứng bất thường phải đi khám ngay.
- Cho toa thuốc và hướng dẫn sử dụng: kháng sinh, giảm đau từ 5 – 7 ngày.

VII. TAI BIẾN

1. Thủng tử cung

Nếu khi nạo người bệnh đau chói, máu âm đạo ra nhiều, phải dùng thước đo thăm dò lại buồng tử cung để xem có bị thủng không. Nếu lỗ thủng nhỏ, mạch, huyết áp ổn định và không nhiễm khuẩn có thể điều trị nội khoa thủng tử cung tại bệnh viện.

Nếu lỗ thủng to hoặc có dấu hiệu chảy máu trong cần phẫu thuật khâu lỗ thủng hay cắt tử cung tùy theo tổn thương. Khi mổ cần kiểm tra kỹ các tạng trong ổ bụng.

2. Chảy máu

Nếu ra máu âm đạo nhiều phải cho thuốc co hồi tử cung, nếu không cầm máu phải kiểm tra lại buồng tử cung để phòng thủng, sót rau, tử cung co hồi kém hoặc chảy máu ở cổ tử cung nơi kẹp kìm Pozzi và xử trí theo tổn thương.

3. Sốc vagal

Xảy ra khi không thực hiện thuốc chống sốc, không giảm đau tốt hoặc thực hiện thủ thuật quá thô bạo. Nếu có sốc xảy ra biểu hiện bởi tình trạng mê, khó thở, tím tái, mạch nhanh, huyết áp giảm, phải ngưng ngay thủ thuật, điều trị như một trường hợp sốc + thuốc giảm đau, Atropine 1 hoặc 2 ống pha loãng tiêm mạch chậm.

4. Nhiễm khuẩn

Nếu có dấu hiệu nhiễm khuẩn sau nạo, sốt cao, tử cung to, cổ tử cung còn mở, sản dịch hôi nên điều trị kháng sinh liều cao. Chỉ nạo lại buồng tử cung sau khi hạ sốt và nghỉ sốt nhau.

KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật khâu một đường vòng tròn quanh cổ tử cung để thu hẹp lỗ trong cổ tử cung.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sảy thai liên tiếp do hở eo tử cung.
- Trong các trường hợp tiền sử sảy thai từ hai lần trở lên mà nguyên nhân không rõ.
- Trong các trường hợp đặc biệt như song thai mà siêu âm đo chiều dài cổ tử cung dưới 25mm

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tuổi thai trên 14 tuần.
- Viêm nhiễm âm đạo, cổ tử cung.
- Thai chết.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản đã được đào tạo và cấp trợ thủ.
- Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn.

2. Phương tiện, dụng cụ.

- Dung dịch betadine.
- Chỉ perlon.
- Ván âm đạo.

3. Người bệnh

- Nằm tư thế phụ khoa.
- Giải thích mục đích khâu, tai biến có thể xảy ra sau khi khâu.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thì 1: Bộc lộ cổ tử cung.

Sát trùng, kẹp kéo cổ tử cung ra ngoài.

2. Thì 2: Khâu vòng.

- Dùng chỉ perlon bền chọc kim vào vị trí 11 giờ 30, ra ở vị trí 9 giờ 30, rồi tiếp tục chọc vào ở vị trí 8 giờ 30 xuống 7 giờ 30, tiếp tục chọc vào ở vị trí 5 giờ lên 3 giờ 30 và mũi chọc cuối cùng vào vị trí 2 giờ 30 lên 12 giờ 30.
- Buộc chỉ ở vị trí 12 giờ.
- Cắt đầu chỉ xa nút buộc khoảng 1cm.

3. Thì 3: Kiểm tra nút chỉ.

- Sát trùng âm đạo và cổ tử cung.
- Khi thắt, hai mũi chỉ sẽ kéo hẹp lỗ cổ tử cung chít lại theo hai chiều đứng và ngang.
- Cắt hai đầu chỉ dài khoảng 1- 1.5cm.

VI. THEO DÕI

- Để người bệnh nghỉ lại giường sau 3 ngày để theo dõi chảy máu, cơn co tử cung, vỡ ối.
- Rút gạc sau 4-6 giờ.

- Điều trị kháng sinh (uống) và chống co tử cung.
- Thai phụ xuất viện sau 3 ngày và hướng dẫn thai phụ vào viện lại khi có: cơn co tử cung, ra máu đường âm đạo, ra nước ối đường âm đạo, ngày cắt chỉ tính vừa đủ thai 37 tuần.

VII. TAI BIẾN.

- Ra máu: thường hết ra máu (trừ trường hợp bị bệnh về máu không phát hiện trước) sau khi chèn gạc cầm máu từ 3-4 giờ.
- Nhiễm trùng: do thủ thuật tiến hành không vô trùng, hoặc do ổ nhiễm trùng đường sinh dục chưa điều trị ổn định.
- Gây sảy thai hoặc đẻ non: do có cơn co.
- Vỡ ối, hoặc rỉ ối.
- Gãy kim vào trong cổ tử cung: nên dùng kim tròn to có độ cong nhỏ.

PHẦN II. PHỤ KHOA

PHẪU THUẬT MỞ BỤNG CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN

Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối tử cung bao gồm thân tử cung, cổ tử cung, vòi tử cung, buồng trứng. Tuy nhiên cũng có những trường hợp cắt tử cung hoàn toàn để lại một hoặc hai phần phụ.

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối tử cung bao gồm thân tử cung, cổ tử cung, vòi tử cung, buồng trứng. Tuy nhiên cũng có những trường hợp cắt tử cung hoàn toàn để lại một hoặc hai phần phụ.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Bệnh lý liên quan đến sản khoa

- Hầu hết trong phẫu thuật cấp cứu sản khoa thường có chỉ định cắt tử cung bán phần, tuy nhiên trong một số trường hợp đặc biệt phải có chỉ định cắt tử cung hoàn toàn.
- Rau tiền đạo trung tâm, rau bám chặt xuống sâu tận cổ tử cung gây chảy máu mà thất động mạch hạ vị không cầm máu được.
- Thai ở cổ tử cung bị sảy, chảy máu, sau khi can thiệp các thủ thuật như khâu, đốt nhiệt mà không có kết quả.
- Nhiễm trùng sau phẫu thuật lấy thai lan tới buồng tử cung đã bị rách phức tạp.

2. Bệnh lý liên quan đến phụ khoa

- Một số bệnh lý tiền ung thư và ung thư của bộ phận sinh dục (cổ tử cung, tử cung, vòi tử cung, buồng trứng, rau, chửa trứng lớn tuổi...)
- Những khối u lành tính ở tử cung có chỉ định cắt tử cung nhưng cổ tử cung không bình thường (tổn thương lành tính hoặc nghi ngờ cổ tử cung)

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ : 01 bác sỹ mổ chính, 02 bác sỹ phụ
- Điều dưỡng: 01 dụng cụ viên, 01 phụ dụng cụ
- Kỹ thuật viên: 01 Bác sỹ vô cảm: 01. Phụ gây mê, vô cảm : 01

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ cắt tử cung

3. Người bệnh

Chuẩn bị như các trường hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thật sạch và sử dụng an thần trước mổ.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thì 1: Mở thành bụng

Thường sử dụng đường rạch Pfannenstiel, đối với trường hợp cấp cứu hoặc khó khăn thì sử dụng đường trắng giữa dưới rốn.

2. Thì 2: Cắt các dây chằng

Kẹp và cắt dây chằng thất lưng – buồng trứng, tử cung – vòi tử cung và các

cuồng mạch, cắt dây chằng tròn hai bên, cắt hai lá dây chằng rộng. Khâu lại các cuồng mạch và môm cắt.

3. Thì 3: Tách và cắt phúc mạc tử cung- bàng quang

- Dùng kéo mở phúc mạc ngang với chỗ bám di động ở eo tử cung và cắt ngang trước đo an dư ở tử cung.
- Dùng gạc đẩy phúc mạc xuống sâu, giúp đẩy bàng quang ra trước, bộc lộ cổ tử cung và túi cùng âm đạo trước.

4. Thì 4: Cắt dây chằng tử cung – cùng và phúc mạc mặt sau.

- Kéo tử cung ra trước, bộc lộ hai dây chằng tử cung – cùng và mặt sau cổ tử cung.
- Cắt hai dây chằng tử cung – cùng gần chỗ bám ở cổ tử cung
- Tách phúc mạc sau vòng quanh cổ tử cung phía trên và đẩy xuống ngang mức cắt âm đạo.

5. Thì 5: Cặp các cuồng mạch đi vào tử cung

- Cặp các động mạch tử cung từng bên. Cắt và khâu cuồng mạch
- Cặp nhánh động mạch cổ TC, cắt và khâu cuồng mạch.

6. Thì 6: Cắt âm đạo

- Tay trái phẫu thuật viên kéo mạnh tử cung lên trên, tay phải dùng kéo mở cùng đồ trước hoặc cùng đồ sau.
- Dùng kẹp thẳng cặp mép trước âm đạo để giữ.
- Tiếp tục cắt vòng quanh sát với chỗ bám âm đạo và cổ tử cung từ phía trước sang phải, ra sau và qua trái.

7. Thì 7: Đóng âm đạo

Dùng kim cong và chỉ tiêu khâu qua lớp tổ chức dưới niêm mạc và niêm mạc âm đạo bằng mũi khâu vắt hoặc mũi rời chữ X.

8. Thì 8: Phủ phúc mạc tiểu khung

Lau bụng và kiểm tra ổ bụng, kiểm tra niệu quản

9. Thì 9: Đóng thành bụng

V. BIẾN CHỨNG

1. Trong phẫu thuật

- Chảy máu: do buộc chỉ lỏng hay bị tuột chỉ môm cắt và cuồng mạch.
- Nhiễm trùng: ở vết mổ hoặc môm cắt.
- Tổn thương bàng quang: do khâu chọc vào bàng quang, cắt vào bàng quang do đẩy phúc mạc tử cung – bàng quang không tốt.
- Thắt hoặc cắt vào niệu quản: do dính hoặc thắt động mạch cổ tử cung – âm đạo quá xa bờ ngoài cổ tử cung.

2. Sau phẫu thuật

- Tạo thành khối máu tụ
- Tắc mạch vùng hố chậu hoặc tĩnh mạch chi dưới
- Dò bàng quang

QUY TRÌNH PHẪU THUẬT MỔ BỤNG CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN VÀ HAI PHẦN PHỤ

Bước 1: Chuẩn bị Người bệnh.

- Thông báo, giải thích, động viên người bệnh và gia đình người bệnh yên tâm về thủ thuật sắp tiến hành, ký giấy cam đoan phẫu thuật.
- Chuẩn bị như các trường hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thật tháo và sử dụng an thần trước mổ.

Bước 2: Chuẩn bị phương tiện.

Bộ dụng cụ cắt tử cung

Bước 3: Người thực hiện

- Bác sỹ : 01 bác sỹ mổ chính, 02 bác sỹ phụ
- Điều dưỡng: 01 dụng cụ viên, 01 phụ dụng cụ
- Kíp gây mê(01 bác sỹ ,01 phụ mê)

Bước 4: Các bước tiến hành.

* **Thì 1:** Mở thành bụng

Thường sử dụng đường rạch Pfannenstiel, đối với trường hợp cấp cứu hoặc khó khăn thì sử dụng đường trắng giữa dưới rốn.

* **Thì 2:** Cắt các dây chằng

Kẹp và cắt dây chằng thắt lưng – buồng trứng, tử cung – vòi tử cung và các cuống mạch, cắt dây chằng tròn hai bên, cắt hai lá dây chằng rộng. Khâu lại các cuống mạch và mỏm cắt.

* **Thì 3:** Tách và cắt phúc mạc tử cung- bàng quang

* **Thì 4:** Cắt dây chằng tử cung – cùng và phúc mạc mặt sau.

* **Thì 5:** Cặp các cuống mạch đi vào tử cung

* **Thì 6:** Cắt âm đạo

* **Thì 7:** Đóng âm đạo

* **Thì 8:** Phủ phúc mạc tiểu khung

Lau bụng và kiểm tra ổ bụng, kiểm tra niệu quản

* **Thì 9:** Đóng thành bụng

Bước 5: Chuyển Người bệnh sang phòng hậu phẫu và theo dõi.

PHẪU THUẬT MỞ BỤNG CẮT U BUỒNG TRỨNG HOẶC CẮT PHẦN PHỤ

Là phẫu thuật mở ổ bụng để cắt buồng trứng, cắt vòi trứng, hay cắt cả phần phụ trong trường hợp chảy máu, ứ mủ hay xoắn buồng trứng và vòi trứng.

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật mở ổ bụng để cắt buồng trứng, cắt vòi trứng, hay cắt cả phần phụ trong trường hợp chảy máu, ứ mủ hay xoắn buồng trứng và vòi trứng.

II. CHỈ ĐỊNH

U nang buồng trứng hoặc phần phụ không có chỉ định mổ nội soi

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang hành kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi
- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu,
- Các bệnh nội khoa không có chịu đựng được phẫu thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa sản đã từng làm phẫu thuật trong sản phụ khoa.
- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

2. Phương tiện

Bộ trung phẫu hoặc đại phẫu

3. Người bệnh

- Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ định.
- Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra.
- Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần
- Vệ sinh tại chỗ, thụt tháo, sát khuẩn vùng bụng
- Gây mê nội khí quản

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Trải khăn vô khuẩn.
- Mở bụng theo đường giữa dưới rốn hay đường ngang trên vệ vào ổ bụng.
- Bọc mép vết mổ.

1. Cắt khối u buồng trứng

- Thăm khám đánh giá tình trạng khối u buồng trứng xem mức độ di động và dính với các tạng xung quanh.
- Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để khối u bị vỡ
- Chèn gạc xung quanh, tách biệt với khối u
- Nếu khối u nhỏ: dùng một (hoặc 2) kim có răng to, chắc khỏe cặp cuống khối u (dây chằng thất lưng – buồng trứng), càng sát khối u càng tốt.
- Dùng một (hoặc 2) kim có răng to, chắc khỏe cặp cuống khối u, cách kim trước 1 đến 1,5 cm

- Dùng kéo cong cắt bỏ khối u
- Khâu mỗm cắt.
- Nếu khối u to, sau khi bóc lột kỹ, có thể dùng 2 hoặc 3 kim cặp lôi khối u lên, chọc một lỗ để hút bớt dịch trong khối u, sau đó dùng kim kẹp mép khối u vừa mở, rồi tiến hành cắt khối u như trên.
- Trong trường hợp xác định khối u lành tính thì bóc tách khối u để lại phần buồng trứng lành: dùng dao rạch nhẹ trên phần khối u sát với phần buồng trứng lành; dùng kéo cong đầu tù kết hợp với đầu ngón tay để bóc tách phần u buồng trứng ra khỏi phần lành; sau đó cầm máu kỹ.
- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu chỉ chưa được buộc chặt, hoặc khâu chưa hết tổn thương thì phải khâu tăng cường để cầm máu.
- Gửi bệnh phẩm xét nghiệm giải phẫu bệnh.
- Kiểm tra buồng trứng bên đối diện. Nếu nghi ngờ khối u vừa cắt bị ung thư thì cắt miếng nhỏ buồng trứng đối diện để xét nghiệm mô bệnh học

2. Cắt phần phụ

- Thăm khám đánh giá tình trạng phần phụ xem có bị dính với các tạng xung quanh.
- Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để vỡ dịch (trong ca ứ mủ VTC)
- Dùng một kim có răng to, chắc khỏe cặp dây chằng thất lưng – buồng trứng và dây chằng rộng sát với tử cung
- Dùng một kim có răng to, chắc khỏe cặp cách kim trước 1 đến 1,5 cm
- Dùng kéo cong cắt bỏ phần phụ
- Khâu mỗm cắt bằng mũi thông thường hay mũi khâu số 8. Kiểm tra xem có còn rỉ máu không
- Lau sạch ổ bụng
- Đóng bụng theo các lớp, đóng da mũi rời hoặc trong da
- Sát khuẩn lại và băng vết thương

VI. THEO DÕI VÀ TAI BIẾN

- Tổn thương mạch máu, hệ tiết niệu, hệ tiêu hóa trong quá trình phẫu thuật.
- Nhiễm trùng, chảy máu trong

QUY TRÌNH PHẪU THUẬT MỞ BỤNG CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN

Bước 1 : Chuẩn bị Người bệnh.

- Người bệnh và gia đình: được giải thích lý do phải phẫu thuật và ký giấy cam đoan đồng ý mổ.
- Chuẩn bị như các trường hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thật tháo và sử dụng an thần trước mổ.

Bước 2 : Chuẩn bị phương tiện.

Bộ dụng cụ cắt tử cung

Bước 3 : Người thực hiện.

- Bác sỹ : 01 bác sỹ mổ chính, 02 bác sỹ phụ
- Điều dưỡng: 01 dụng cụ viên, 01 phụ dụng cụ
- Kíp gây mê (01 bác sỹ ,01 phụ mê)

Bước 4: Các bước tiến hành.

- *Thì 1: Mở thành bụng
- * Thì 2: Bộc lộ tử cung.
- * Thì 3: Cắt và thắt dây chằng tròn
- * Thì 4: Tách phúc mạc tử cung- bàng quang
- * Thì 5: Cặp cắt và thắt dây chằng thắt lưng-vòi tử cung
- * Thì 6: Cặp cắt và thắt động mạch tử cung
- * Thì 7: Cắt động mạch tử cung
- * Thì 8: Cắt cổ tử cung
- * Thì 9: Khâu mỏm cắt
- * Thì 10: Phủ phúc mạc mỏm cắt và cuốn mạch
- * Thì 11: Đóng thành bụng

Bước 5: Chuyển người bệnh sang phòng hậu phẫu và theo dõi.

PHẪU THUẬT MỞ BỤNG BÓC U XƠ TỬ CUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật bóc nhân xơ tử cung đường bụng nhằm mục đích lấy hoàn toàn nhân xơ nằm trong cơ tử cung, bảo tồn tử cung và hai phần phụ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tử cung có nhân xơ phát triển nhanh
- Nhân xơ phát triển gây chèn ép làm cho người bệnh đau.
- Nhân xơ thoái hóa, gây đau (phát hiện qua siêu âm)
- Nhân xơ phát triển vào niêm mạc gây chảy máu, ảnh hưởng đến sức khỏe.
- Bóc nhân xơ khi phẫu thuật lấy thai.

III. ĐIỀU KIỆN

- Có nhân xơ rõ, các lớp xơ cơ đồng tâm, xung quanh là các tổ chức lỏng lẻo, dễ tách. Trên hình ảnh siêu âm tạo bờ rõ nét, khác biệt với tổ chức cơ.
- Không có quá nhiều nhân vì bóc tách nhiều sẽ gây chảy máu.
- Nhân xơ rõ trên tử cung không có dấu hiệu nhiễm trùng (đặc biệt là khi phẫu thuật bóc nhân xơ dưới niêm mạc).
- Vị trí nhân xơ cách xa sừng tử cung.
- Nhân xơ không quá to, kẹt vào vùng tiểu khung.
- Trong các trường hợp cần bảo tồn khả năng sinh sản cần thận trọng trong chỉ định vì có thể thất bại mà phải cắt tử cung.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ : 01 bác sỹ mổ chính, 02 bác sỹ phụ
- Điều dưỡng: 01 dụng cụ viên, 01 phụ dụng cụ
- Kỹ thuật viên: 01 bác sỹ vô cảm: 01. Phụ gây mê, vô cảm : 01

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ cắt tử cung

3. Người bệnh

Chuẩn bị như các trường hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thật tháo và sử dụng an thần trước mổ.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Theo quy định của Bộ Y tế

2. Kiểm tra người bệnh

- Thăm khám, xét nghiệm để tiên lượng trước phẫu thuật vì có những tử cung to, xơ hóa mà không có nhân xơ tách biệt rõ ràng.
- Phát hiện các bệnh kết hợp, đặc biệt là nhiễm trùng phụ khoa để điều trị trước phẫu thuật.
- Chọn thời điểm sau khi sạch kinh để phẫu thuật.

VI. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN KỸ THUẬT

1. Thì 1: Mở thành bụng

Rạch thành bụng theo đường ngang nếu có nhân xơ nhỏ, dễ bóc tách, hoặc đường dọc giữa dưới rốn.

2. Thì 2: Bộc lộ khối u để bóc tách

3. Thì 3: Dùng dao điện hoặc dao thường

Rạch TC ở vị trí khối xơ đảm bảo yêu cầu

- + Đường rạch gọn, gần chỗ lõi nhất của khối xơ.
- + Đường rạch càng gần đường giữa càng đỡ chảy máu
- + Đường rạch càng xa sừng tử cung càng đỡ dính tắc vòi tử cung
- + Đường rạch ở vị trí có thể bóc được nhiều nhân xơ.
- + Đường rạch đủ độ sâu đến vỏ ngoài nhân xơ mới có thể bóc tách được dễ dàng.

4. Thì 4: Bóc tách khối u

- Dùng cái kẹp hoặc sợi chỉ to khâu sâu vào khối u để giữ chắc khối u, vừa kéo vừa tách vỏ khối u bằng mũi kéo. Dùng ngón tay trở thăm dò các vùng dính và tách hẳn khối u ra ngoài.
- Có thể sử dụng vết rạch này để bóc các khối u khác. Động tác bóc tách cần nhẹ nhàng, tránh thủng buồng tử cung.
- Cầm máu bằng các mũi khâu chữ X hoặc bằng kẹp khi thấy rõ mạch máu. Không nên cắt ngang cơ tử cung vì sẽ làm cho cơ rách, gây chảy máu nhiều.

5. Thì 5: Khâu kín khoang bóc tách

- Khâu từng lớp bằng các mũi chữ X bằng chỉ Vicryl
- Lớp đầu tiên đảm bảo lấy hết đáy khoang bóc tách
- Các lớp sau đảm bảo khâu chồng qua lớp trước
- Đóng các lớp ngoài cùng bằng mũi khâu vắt và lộn méo rạch vào trong.

6. Thì 6: Đóng bụng

- Lau sạch ổ bụng
- Kiểm tra niệu quản

VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Chảy máu: tai biến hay gặp nhất

- Sử dụng các mũi chữ X cầm máu hoặc bằng kẹp máu tạm thời hoặc chèn gạc tạm thời.
- Chảy máu nhiều tiên lượng không cầm máu được phải cắt tử cung bán phần.

2. Thủng khoang bóc tách u xơ thông với buồng tử cung

Nguyên nhân:

- + Động tác bóc tách thô bạo làm rách lớp cơ sâu, kéo theo niêm mạc tử cung.
- + Do mũi khâu sâu thủng qua niêm mạc tử cung
- + Trong ca này cần mở rộng buồng tử cung và dùng chỉ khâu lại niêm mạc tử cung.

VIII. CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

1. Đảm bảo sạch máu cục trong âm đạo, tránh nhiễm trùng từ âm đạo ngược lên.
2. Ngồi dậy sớm để tránh biến chứng tắc mạch và nhiễm trùng, gây dính buồng tử cung và vô sinh.
3. Theo dõi chu kỳ kinh sau phẫu thuật, nếu kinh trở lại là biểu hiện sự cân bằng hoạt động nội tiết và niêm mạc tử cung hồi phục bình thường

PHẪU THUẬT MỞ BỤNG XỬ TRÍ VIÊM PHÚC MẠC TIỂU KHUNG, VIÊM PHẦN PHỤ, Ứ MỬ VÒI TỬ CUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm phúc mạc tiểu khung nguyên nhân thường gặp là do vỡ áp xe ở vòi tử cung, buồng trứng, nhiễm trùng sau mổ lấy thai, sảy thai nhiễm trùng, nhiễm trùng tiểu khung sau cắt tử cung, hoặc cắt ruột thừa viêm, dò đường khâu sau nối ruột, lây nhiễm từ dịch tiêu hóa sau mổ đường tiêu hóa, tổn thương ruột sau mổ triệt sản qua nội soi không phát hiện được. Viêm phúc mạc thứ phát thường do nhiễm khuẩn nhiều loại vi khuẩn, có thể vừa hiếu khí vừa yếm khí từ ruột và âm đạo.

II. CHỈ ĐỊNH

- Áp xe phần phụ
- Thủng tử cung do nạo phá thai hoặc nạo buồng tử cung
- Viêm phúc mạc do các nguyên nhân từ đường tiêu hóa

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản đã được đào tạo.

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật mở bụng.

3. Người bệnh

- Khám toàn thân và chuyên khoa đánh giá các bệnh lý phối hợp
- Được tư vấn về nguy cơ, biến chứng, tai biến của phẫu thuật

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án phẫu thuật theo qui định.

5. Nơi thực hiện thủ thuật :Phòng mổ.

IV. QUY TRÌNH KỸ THUẬT KỸ THUẬT

- Thì 1: Mở bụng đường trắng giữa, đủ rộng.
- Thì 2: Lấy dịch ổ bụng để nuôi cấy vi khuẩn cả hai loại hiếu khí và yếm khí.
- Thì 3: Kiểm tra kỹ toàn bộ ổ phúc mạc.
- Thì 4: Tìm nguồn nhiễm trùng và cắt bỏ, nếu áp xe Douglas thì phải dẫn lưu.
- Thì 5: Rửa ổ phúc mạc bằng dung dịch Ringer Lactat hoặc dung dịch muối sinh lý.
- Thì 6: Dẫn lưu ổ phúc mạc (nếu cần).
- Thì 7: Đóng da thừa và mũi rời.

V. THEO DÕI SAU MỔ

- Điều trị kháng sinh đường tiêm liều cao trước và sau mổ , phổ rộng và phối hợp 2-3 loại (Beta-Lactam, Aminosid, Metronidazol).
- Toàn trạng: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ. Nếu người bệnh mất máu nhiều, thể trạng xanh, xét nghiệm máu có biểu hiện thiếu máu thì truyền máu.
- Vết mổ. - Tình trạng trung, đại tiện.

PHẪU THUẬT NỘI SOI THAI NGOÀI TỬ CUNG THỂ HUYẾT TỤ THÀNH NANG

I. ĐẠI CƯƠNG

Thai ngoài tử cung là trường hợp trứng sau khi đã thụ tinh không làm tổ và phát triển trong buồng tử cung mà phát triển ở bên ngoài buồng tử cung

Huyết tụ thành nang là những trường hợp thai ngoài tử cung vỡ, máu chảy rỉ rả và tụ lại ở cùng đồ sau. Ruột mạc nối sẽ đến bao bọc khối máu và vôi trứng lại thành một khối nang. Người bệnh sẽ có những dấu hiệu giống như thai ngoài tử cung chưa vỡ với rong huyết và đau vùng bụng dưới kéo dài, sẽ có một lúc đau nhói nhiều rồi lại giảm đi, nhưng sau đó lại cảm thấy muốn đi cầu, muốn rặn hoặc đi tiểu lắt nhắt nhiều lần.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Suy hô hấp nặng, suy tim

Tăng áp lực nội sọ

Thoát vị cơ hoành

Viêm phúc mạc toàn thể hoặc tại tiểu khung

Nhiễm trùng có mủ ở thành bụng trước

Tràn máu ổ bụng đã ảnh hưởng đến huyết động

Tiền sử đã được điều trị phóng xạ vùng bụng- hố chậu

Nghi dính ổ bụng

Khối u bụng có kích thước lớn

Thoát vị rốn, đùi bẹn

Béo phì quá mức

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi.
- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

2. Phương tiện

- Bộ phẫu thuật nội soi.
- Dàn máy và phương tiện nội soi ổ bụng.

3. Người bệnh

- Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ định.
- Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra.
- Vệ sinh tại chỗ, thụt tháo.
- Sát khuẩn vùng bụng, trải khăn vô khuẩn
- Gây mê nội khí quản

4. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

- Người bệnh được sát khuẩn vùng bụng, đùi. Đặt ống thông tiểu trước khi tiến hành phẫu thuật.
- Gây mê toàn thân và thở máy.

- Chọc trocar và bơm CO2 vào ổ bụng
- Rạch dưới rốn 5 hoặc 10mm (phù hợp với đèn soi)
- Nâng thành bụng lên cao để chọc kim (hoặc chọc ngay troca 5 hoặc troca 10 nếu phẫu thuật viên có kinh nghiệm), dùng nước nhỏ vào đốc kim kiểm tra xem đầu kim đã nằm trong ổ bụng chưa.
- Bơm CO2 vào ổ bụng, tốc độ bơm khí được đặt 3 lít/phút. Cảm ứng tắt tự động nếu áp lực bơm trên 15-20 mm Hg
- Chọc troca 5 hoặc 10
- Đưa đèn soi. Kiểm tra xem trocar đã nằm trong ổ bụng chưa.
- Chọc 2 trocar 10 ở hai bên hố chậu, gần mào chậu, chú ý tránh chọc vào mạch máu.
- Kiểm tra tử cung và các tạng xung quanh, phẫu thuật thường khó khăn vì dính. Phải gỡ rất nhẹ nhàng các quai ruột và mạc nối lớn bao quan đám huyết tụ cho khỏi thủng ruột hoặc mất thanh mạc ruột. Lấy đi tất cả các cục máu. Nếu tìm thấy vòi trứng bị vỡ thì cặp cắt, nhưng nhiều khi vòi trứng nằm lẫn trong khối máu cục thì khó tìm thấy. Rửa sạch tiểu khung và cầm máu những chỗ rỉ máu bằng khâu ép và đắp huyết thanh nóng. Không cần dẫn lưu nếu toàn máu cục.
- Lau ổ bụng, kiểm tra vòi trứng còn lại, buồng trứng 2 bên, tử cung
- Tháo CO2, rút 2 trocar ở hố chậu trước, trocar ở rốn có đèn soi rút sau cùng
- Khâu da

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu sau mổ có thể do tuột chỉ hoặc lỏng nút buộc. Dấu hiệu choáng tụt huyết áp, tình trạng thiếu máu cấp, ổ bụng có dịch... phải mổ lại để cầm máu đồng thời hồi sức tích cực, điều chỉnh rối loạn đông máu, bồi phụ thể tích tuần hoàn.
- Viêm phúc mạc sau mổ hiếm gặp, phải tiến hành hồi sức, điều trị bằng kháng sinh phối hợp, liều cao và mổ lại để rửa ổ bụng, dẫn lưu

QUY TRÌNH PHẪU THUẬT CHỮA NGOÀI TỬ CUNG VỖ

Bước 1: Chuẩn bị Người bệnh.

- Được tư vấn về lý do phải mổ cấp cứu và nguy cơ có thể xảy ra, ký giấy cam đoan mổ (Nếu người bệnh choáng nặng thì người nhà ký thay).
- Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông tiểu sát khuẩn thành bụng vùng mổ.
- Tiền mê, hồi sức tích cực trong ca choáng mất máu nặng.

Bước 2: Chuẩn bị phương tiện.

- Bộ phẫu thuật ổ bụng.
- Các loại dịch truyền thay máu và các thuốc hồi sức.
- Thuốc tiền mê, gây mê, nội khí quản.
- Máu cùng loại trong ca mất máu nhiều cần truyền máu cấp cứu.

Bước 3: Người thực hiện.

- Bác sĩ chuyên khoa sản ,ngoại khoa đã từng làm phẫu thuật trong sản phụ khoa.
- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

Bước 4: Các bước tiến hành.

- Rạch bụng đường giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ, qua các lớp da, cân, cơ, phúc mạc để vào ổ bụng.
- Dùng 2 panh kẹp nhấc phúc mạc lên cao và mở phúc mạc. Kiểm tra xem có máu trong ổ bụng, máu màu gì
- Cho tay vào tìm đáy tử cung kẹp kéo lên cao kiểm tra 2 bên vòi tử cung, buồng trứng tìm chỗ vòi trứng tổn thương kẹp lại cầm máu.
- Khâu cuống mạch bên vòi tử cung bị cắt bằng chỉ tự tiêu và buộc chặt cầm máu.
- Cho nằm đầu cao, lau sạch ổ bụng, kiểm tra lại tiểu khung, 2 vòi tử cung, buồng trứng, cùng đồ và các tạng lân cận.
- Không đặt dẫn lưu
- Đóng thành bụng theo lớp giải phẫu..
- Truyền máu hoàn hồi cho người bệnh hoặc dịch thay máu và máu tươi nếu cần.

Bước 5: Chuyển Người bệnh về phòng hậu phẫu và theo dõi.

QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ CHỨA NGOÀI TỬ CUNG

Bước 1: Chuẩn bị Người bệnh.

- Khám toàn thân và khám chuyên khoa để đánh giá toàn trạng bệnh nhân có chỉ định mổ nội soi không
- Tư vấn cho người bệnh về lý do phẫu thuật, các nguy cơ của phẫu thuật, tương lai sinh sản sau này, các biện pháp tránh thai có thể được áp dụng và nguy cơ chữa ngoài tử cung tái phát
- Người bệnh ký cam đoan phẫu thuật
- Thụt tháo
- Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông đái, sát khuẩn thành bụng vùng mổ

Bước 2: Chuẩn bị phương tiện.

Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi

Bước 3: Người thực hiện.

Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản, bác sỹ ngoại khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi

Bước 4: Các bước tiến hành.

- * Thì 1: Bơm CO₂
- * Thì 2: Chọc Trocart
- * Thì 3: Đánh giá ổ bụng và tiểu khung
- * Thì 4: Phẫu thuật: tùy thuộc vào tổn thương
- * Kiểm tra lại vòi tử cung
- * Rửa vùng tiểu khung
- * Đánh giá lại vòi tử cung đối diện cũng như toàn bộ tiểu khung
- * Không cần thiết đặt dẫn lưu

Chú ý: Có thể gỡ dính, tạo hình loa vòi, mở thông vòi tử cung lộn loa vòi và cắt vòi tử cung .

Bước 5: Chuyển Người bệnh về phòng hậu phẫu và theo dõi

PHẪU THUẬT LÀM LẠI TẦNG SINH MÔN VÀ CƠ VÒNG DO RÁCH PHỨC TẠP

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật làm lại tầng sinh môn và cơ vòng hậu môn là phương pháp khâu phục hồi tầng sinh môn và cơ vòng hậu môn theo đúng giải phẫu đã bị rách trong cuộc đẻ.

II. CHỈ ĐỊNH

Chấn thương tầng sinh môn phức tạp trong đó có rách cơ vòng hậu môn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH : Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản có kinh nghiệm

2. Phương tiện

Bộ phẫu thuật phụ khoa, kim chỉ tốt

3. Người bệnh

Khám kỹ để phát hiện các tổn thương ở tầng sinh môn và cơ vòng hậu môn

4. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án sản khoa theo quy định, có khám lâm sàng và xét nghiệm.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thì 1: Rạch da

- Dùng dao rạch vòng cung phía trên đường ranh giới giữa hậu môn và âm đạo khoảng 15-25 mm, từ hai mép bên rạch thẳng vào âm đạo tạo thành hình thang, đỉnh tròn.

- Mép phải và trái đường rạch xuống gần mặt bên hậu môn để có thể tách vào hố bên hậu môn tìm hai đầu cơ bị đứt của cơ vòng hậu môn.

2. Thì 2: Bóc tách mảnh niêm mạc âm đạo đến mặt trước cơ nâng hậu môn ở phía trên và đầu đứt của vòng hậu môn phía dưới,

3. Thì 3: Khâu cơ vòng hậu môn bằng hai mũi chỉ catgut crôm hoặc chỉ vicryl hình chữ U.

4 Thì 4: cắt mảnh niêm mạc âm đạo và khâu tầng sinh môn sau

- Khâu bờ trong và sâu của hai bó cơ nâng hậu môn bằng chỉ không tiêu

- Khâu niêm mạc âm đạo từ trên xuống bằng chỉ vicryl mũi rời.

- Khâu tổ chức dưới da và cân tầng sinh môn bằng chỉ vicryl số 2.0

- Mũi khâu tăng cường cuối cùng bằng chỉ vicryl xuyên từ da qua tổ chức dưới da đến hai đầu cơ vòng bị đứt, sẽ làm tăng độ chắc của cơ vòng hậu môn.

VI. THEO DÕI

Giống như theo dõi các trường hợp mổ sản phụ khoa khác ở đáy chậu và tầng sinh môn

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Khó máu tụ và chảy máu khi bóc tách niêm mạc âm đạo: lấy hết khối máu tụ và cầm máu kỹ.

- Nhiễm trùng vết mổ: Cho kháng sinh, sát trùng âm đạo hàng ngày.

PHẪU THUẬT CHỮA NGOÀI TỬ CUNG VỠ CÓ CHOÁNG

1. Chuẩn bị.

1.1. Vô cảm.

Nên gây mê nội khí quản.

1.2. Phương tiện, dụng cụ.

- Bộ phẫu thuật (phẫu thuật mở hoặc nội soi).
- Các loại dịch truyền thay thế máu và thuốc hồi sức.
- Dụng cụ truyền máu hoàn hồi và máu cùng nhóm.

1.3. Sản phụ.

- Được tư vấn về lý do phải phẫu thuật và nguy cơ có thể xảy ra, ký cam đoan phẫu thuật. Nếu người bệnh choáng nặng có người nhà ký thay.
- Vệ sinh vùng bụng, thông tiểu, sát khuẩn vùng phẫu thuật.
- Tiền mê, hồi sức tích cực nếu choáng.

1.4. Kíp phẫu thuật.

- Bác sĩ ngoại khoa hoặc chuyên khoa sản.
- Bác sĩ gây mê hồi sức và kíp phục vụ phẫu thuật.
- Rửa tay, đội mũ đi găng vô khuẩn.

2. Kỹ thuật.

- Mở ổ bụng (hút máu nếu thai ngoài tử cung đã vỡ (truyền máu hoàn hồi nếu có thể).
- Cách thức phẫu thuật:
- + Chứa ở vòi tử cung:
- Cắt vòi sát tử cung.
- Bảo tồn vòi tử cung (nếu khối thai chưa vỡ): mở bờ tự do của vòi tử cung, lấy khối thai, cầm máu.
- + Nếu chứa góc tử cung hoặc kẽ tử cung: cắt góc tử cung.
- + Chứa ở buồng trứng: lấy khối thai khâu cầm máu.
- + Chứa trong ổ bụng: lấy khối thai, để lại bánh rau.
- + Chứa ống cổ tử cung: cắt tử cung hoàn toàn (nếu phát hiện sớm có thể điều trị nội khoa.)
- Đóng ổ bụng.

3. Chăm sóc hậu phẫu.

- Trong 3 giờ đầu phải theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở (chỉ số sinh tồn) tại phòng hồi sức.
- Dùng kháng sinh liều dự phòng hay điều trị tùy tình trạng người bệnh.

4. Biến chứng.

- Nhiễm khuẩn: điều trị kháng sinh tích cực.

PHẪU THUẬT CẮT POLYP CỔ TỬ CUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Polyp cổ tử cung là khối u lành tính phát triển từ mô đệm cổ tử cung và được che phủ bởi biểu mô, xuất phát từ ống cổ tử cung, có chân hoặc không có chân, kích thước có thể thay đổi từ vài mm đến vài cm, thường gặp ở phụ nữ sinh đẻ nhiều lần. Người bệnh có polyp cổ tử cung thường không có triệu chứng nhưng cũng có thể ra khí hư nhiều, rong huyết, ra máu sau giao hợp. Thường lành tính, nhưng khoảng 1% các ca có chuyển dạng ác tính.

II. CHỈ ĐỊNH

- Polyp cổ tử cung to.
- Polyp cổ tử cung có triệu chứng: ra khí hư nhiều, rong huyết, ra máu sau giao hợp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đang viêm âm đạo: trì hoãn đến khi điều trị khỏi viêm âm đạo.

IV. CHUẨN BỊ

Xét nghiệm tế bào cổ tử cung /mô bệnh học để loại trừ các tổn thương tiền ung thư/ung thư.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- **Bước 1.** Sát khuẩn âm đạo, bộc lộ cổ tử cung, xác định chân polyp: có cuống, không có cuống, xuất phát từ cổ ngoài hay ống cổ tử cung.
- **Bước 2.** Dùng kẹp hình tim kẹp polyp và xoắn quanh cuống cho đến khi cuống đứt. Nếu polyp to không có cuống cần dùng dao điện cắt bỏ ở chân.
- **Bước 3.** Bôi chất dính Monsel và ép vào vị trí cuống/diện cắt để cầm máu. Có thể nhét gạc âm đạo cầm máu.
- **Bước 4.** Sát khuẩn lại âm đạo. Gửi bệnh phẩm xét nghiệm mô bệnh học.

VI. THEO DÕI

Rút gạc âm đạo sau 6 - 12 giờ tùy trường hợp.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu chân polyp: bôi chất dính Monsel, đốt điểm chảy máu, khâu cầm máu.
- Khâu hai động mạch cổ tử cung âm đạo: hai mũi ở vị trí 9 và 3 giờ nếu chảy máu nhiều, nếu không cầm cần phải mổ cắt tử cung

PHẪU THUẬT XOĂN POLYP CỔ TỬ CUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Polyp cổ tử cung là khối u lành tính phát triển từ mô đệm cổ tử cung và được che phủ bởi biểu mô, xuất phát từ ống cổ tử cung, có chân hoặc không có chân, kích thước có thể thay đổi từ vài mm đến vài cm, thường gặp ở phụ nữ sinh đẻ nhiều lần. Người bệnh có polyp cổ tử cung thường không có triệu chứng nhưng cũng có thể ra khí hư nhiều, rong huyết, ra máu sau giao hợp. Thường lành tính, nhưng khoảng 1% các ca có chuyển dạng ác tính.

II. CHỈ ĐỊNH

- Polyp cổ tử cung có triệu chứng: ra khí hư nhiều, rong huyết, ra máu sau giao hợp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đang viêm âm đạo: trì hoãn đến khi điều trị khỏi viêm âm đạo.

IV. CHUẨN BỊ

Xét nghiệm tế bào cổ tử cung /mô bệnh học để loại trừ các tổn thương tiền ung thư/ung thư.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bước 1. Sát khuẩn âm đạo, bộc lộ cổ tử cung, xác định chân polyp: có cuống, không có cuống, xuất phát từ cổ ngoài hay ống cổ tử cung.
- Bước 2. Dùng kẹp hình tim kẹp polyp và xoắn quanh cuống cho đến khi cuống đứt. Nếu polyp to không có cuống cần dùng dao điện cắt bỏ ở chân.
- Bước 3. Bôi chất dính Monsel và ép vào vị trí cuống/diện cắt để cầm máu. Có thể nhét gạc âm đạo cầm máu.
- Bước 4. Sát khuẩn lại âm đạo. Gửi bệnh phẩm xét nghiệm mô bệnh học.

VI. THEO DÕI

Rút gạc âm đạo sau 6 - 12 giờ tùy trường hợp.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu chân polyp: bôi chất dính Monsel, đốt điểm chảy máu, khâu cầm máu.
- Khâu hai động mạch cổ tử cung âm đạo: hai mũi ở vị trí 9 và 3 giờ nếu chảy máu nhiều, nếu không cầm cần phải mổ cắt tử cung

CẮT U THÀNH ÂM ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

Polyp thành âm đạo là một khối u dính vào thành âm đạo, polyp được hình thành từ các mô tế bào âm đạo bị viêm nhiễm kích thích phát triển tăng sinh. Polyp có kích thước từ nhỏ cho đến lớn, chúng được nối với thành âm đạo bởi một chân rộng hoặc một cuống nhỏ. Một phụ nữ có thể có một hoặc nhiều polyp thành âm đạo, có thể sâu bên trong hoặc thò ra ngoài cửa mình với những polyp to hoặc có cuống dài.

II. TRIỆU CHỨNG:

Chảy máu âm đạo bất thường: xảy ra giữa chu kỳ kinh nguyệt, sau khi giao hợp, sau khi thụt rửa...

Polyp thành âm đạo cũng có thể bị viêm nhưng không lây nhiễm.

Tăng tiết dịch âm đạo.

III. KỸ THUẬT CẮT U THÀNH ÂM ĐẠO:

1. Chuẩn bị bệnh nhân:

Bệnh nhân sau sạch kinh, không bị viêm nhiễm hoặc mắc các bệnh lây truyền đường tình dục

Vệ sinh bộ phận sinh dục

Xét nghiệm M Đ, MC, NM

Dụng cụ:

Bộ dụng cụ xoắn polyp

Máy đốt điện

Chỉ buộc, chỉ khâu

2. Tiến hành:

Bệnh nhân nằm ở tư thế sản khoa

Sát khuẩn, bộc lộ vùng âm đạo có polyp

Nếu polyp cuống nhỏ thì tiến hành xoắn polyp, đốt điện cầm máu tại chân polyp

Nếu polyp cuống to tiến hành đốt cắt, khâu cầm máu

Gửi đến phòng xét nghiệm để được khảo sát dưới kính hiển vi.

IV. PHÒNG BỆNH:

Khám phụ khoa định kỳ để phát hiện sớm những dấu hiệu bất thường của cơ thể.

Chế độ vệ sinh: chế độ vệ sinh sạch sẽ, tránh bị viêm nhiễm phần phụ và các bệnh khác...

Tạo cho mình một lối sống lành mạnh, chế độ tập luyện thể dục thể thao để tránh các bệnh gián tiếp gây nên polyp tại âm đạo hoặc tại cổ tử cung, tử cung.

Có chế độ ăn cân đối, đầy đủ dinh dưỡng. Bổ sung vitamin E, C, kẽm... để có một hệ thống miễn dịch khỏe mạnh

Polyp thành âm đạo đa số lành tính và thường chỉ được phát hiện khi đã có dấu hiệu như chảy máu khi quan hệ, ra máu bất thường hoặc ra nhiều khí hư... Vì vậy việc đi khám phụ khoa định kỳ nhằm phát hiện sớm và điều trị là rất cần thiết không chỉ là polyp tại thành âm đạo mà bao gồm các bệnh phụ khoa khác

QUY TRÌNH BÓC NANG TUYẾN BARTHOLIN

Bước 1: Chuẩn bị Người bệnh.

Thông báo, giải thích, động viên người bệnh và gia đình người bệnh yên tâm về thủ thuật sắp tiến hành, ký giấy cam đoan phẫu thuật.

Bước 2: Chuẩn bị phương tiện.

Bộ dụng cụ tiểu thủ thuật

Bước 3: Người thực hiện.

Bác sỹ chuyên ngành Phụ - Sản

Bước 4: Các bước tiến hành.

* Thì 1. Rửa da

* Thì 2. Bóc tách tuyến.

* Thì 3. Cầm máu.

* Thì 4. Khâu niêm mạc.

Bước 5: Chuyển Người bệnh về phòng hậu phẫu và theo dõi.

TRÍCH RẠCH MÀNG TRINH DO Ứ MÁU KINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Ứ máu kinh do màng trinh không thủng là tình trạng ứ huyết tử cung - âm đạo do màng trinh không có lỗ thông

Chỗ tiếp giáp đoạn gặp nhau của 2 ống Muller với xoang niệu sinh dục là vị trí sau này của màng trinh. Màng trinh tự tiêu đi một phần để mở thông âm đạo, Nếu nó tồn tại nguyên vẹn, màng trinh sẽ không thủng, âm đạo sẽ bị bịt kín

Màng trinh không thủng gây ra đau bụng do bế kinh âm đạo- tử cung ở trẻ gái tuổi dậy thì. Máu kinh không thoát ra được sẽ hắt lên vòi trứng có thể vỡ ra do căng quá mức, khiến bệnh nhân không thể có thai. Ngoài ra sự ứ đọng máu kinh còn tạo điều kiện cho vi khuẩn phát triển, gây viêm nhiễm tử cung vòi trứng sau đó vỡ ra gây viêm phúc mạc.

II. CHỈ ĐỊNH:

Tất cả các bệnh nhân nữ ở tuổi dậy thì hàng tháng đến chu kì kinh có đau bụng, buồn nôn, tiểu khó, đôi khi bí tiểu, nổi u ở bụng dưới ngày càng to, siêu âm có tình trạng ứ huyết trong tử cung.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: đang có viêm nhiễm cấp tính vùng âm hộ

IV. KỸ THUẬT TRÍCH RẠCH MÀNG TRINH:

1. Chuẩn bị trước phẫu thuật:

- Dịch truyền, kháng sinh
- Xét nghiệm tiền phẫu(công thức máu, MĐ MC, NM, tổng phân tích nước tiểu)
- Nhịn ăn uống

2. Tiến hành:

- Bệnh nhân nằm ở tư thế sản khoa
- Phẫu thuật được thực hiện dưới gây mê
- Thoát máu kinh: Chọc dò màng trinh thấy máu kinh, dùng dao điện hoặc dao rạch màng trinh hình chữ thập để thoát máu kinh, Khâu lộn mép màng trinh từ trong ra ngoài
- Dẫn lưu: bằng ống dẫn gạc hoặc nhét gạc

3. Điều trị sau phẫu thuật:

- Thuốc: Kháng sinh Cephalosporin thế hệ 3, giảm đau
- Chăm sóc vết mổ, thay băng mỗi ngày
- Thời gian nằm viện: 1- 3 ngày

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:

1. Theo dõi:

- Bế máu kinh ở ống dẫn trứng: vẫn còn đau bụng, khối ở bụng dưới => theo dõi can thiệp ít khi phẫu thuật
- Viêm phúc mạc tiêu khung do máu thoát vào ổ bụng => can thiệp phẫu thuật
- Bế kinh tái phát do màng trinh bít => phẫu thuật rạch màng trinh lại.

2. Tái khám: 1-2 tuần, 1-2 tháng, 6 tháng

NONG BUỒNG TỬ CUNG ĐẶT DỤNG CỤ CHỐNG DÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Dính buồng tử cung là tổn thương hết lớp niêm mạc làm buồng tử cung bị dính vào nhau. Nong buồng tử cung là thủ thuật đưa ống nong hoặc ống hút vào buồng tử cung tách dính 2 mặt và đặt dụng cụ tử cung tránh thai nằm giữa trong buồng tử cung để 2 mặt không dính lại.

II. CHỈ ĐỊNH

- Dính buồng tử cung sau hút thai.
- Dính buồng tử cung sau tháo dụng cụ tử cung

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thiếu máu nặng. Bệnh tiểu đường, bệnh tim, bệnh máu
- Thể trạng người bệnh chưa cho phép tiến hành thủ thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Tư vấn:
- + Tình trạng bệnh: lý do phải chỉ định nong buồng tử cung.
- + Quá trình thực hiện thủ thuật: các bước thực hiện thủ thuật, tai biến có thể gặp trong khi làm thủ thuật và sau thủ thuật.
- + Theo dõi sau nong buồng tử cung đặt dụng cụ tử cung chống dính.
- Chuẩn bị: khám toàn trạng(mạch, nhiệt độ, huyết áp), các xét nghiệm
- Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.
- Nếu sử dụng tiền mê tĩnh mạch: tiêm thuốc tiền mê.

2. Dụng cụ và vật tư tiêu hao

- Vật tư tiêu hao:
- + Dụng dịch sát khuẩn, bông hoặc gạc sát khuẩn.
- + Thuốc gây tê cạnh cổ tử cung
- Bộ dụng cụ:
- + Kẹp sát trùng: 2
- + Van âm đạo: 1
- + Kẹp cổ tử cung: 1
- + Thước đo tử cung.
- + ng hút: cỡ số 4,5

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bác sĩ làm thủ thuật và một nữ hộ sinh/ điều dưỡng giữ van
- + Rửa tay theo quy định
- + Mặc áo, đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn
- + Sát khuẩn vùng âm hộ và hai bên đùi
- + Trải khăn vải vô khuẩn.
- + Sát khuẩn vùng âm hộ, âm đạo.
- + Đặt van âm đạo: sát khuẩn lại âm đạo, sát khuẩn cổ tử cung.
- + Kẹp cổ tử cung vị trí 12 giờ và gây tê cạnh cổ tử cung.

- + Dùng thước đo thăm dò tử cung, chiều cao buồng tử cung.
- + Nong buồng tử cung bằng ống hút tử ống số 4 đến 5, 6 hoặc ống nong Hegar.
- + Đo lại chiều cao buồng tử cung.
- + Đặt dụng cụ tử cung.
- + Lau và sát khuẩn lại âm đạo, cổ tử cung bằng 1 kẹp sát khuẩn mới.
- + Tháo dụng cụ.
- + Trao đổi với người bệnh về kết quả thủ thuật.
- + Ghi chép hồ sơ.
- + Chỉ định điều trị thích hợp: kháng sinh, thuốc giảm co tử cung

VI. THEO DÕI

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Theo dõi co hồi tử cung và ra máu âm đạo.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: kiểm tra dụng cụ tử cung đúng vị trí không, nếu không có bất thường tiếp tục dùng kháng sinh, thuốc giảm co bóp tử cung. Nếu ra máu nhiều và kéo dài thì lấy dụng cụ tử cung ra.
- Thủng tử cung: mổ cấp cứu
- Dụng cụ tử cung tụt vào ổ bụng: mổ nội soi lấy vòng.
- Nhiễm trùng sau đặt dụng cụ tử cung: kháng sinh và lấy dụng cụ tử cung ra

HÚT BUỒNG TỬ CUNG DO RONG KINH RONG HUYẾT

I. ĐẠI CƯƠNG

Là một thủ thuật đưa ống hút vào buồng tử cung, dưới áp lực âm hút tổ chức tử cung ra.

II. CHỈ ĐỊNH

- Rong huyết kéo dài đã loại trừ có thai
- Mãn kinh ra máu
- Rong huyết trong u xơ tử cung.
- Rong huyết không rõ nguyên nhân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thiếu máu nặng, thể trạng người bệnh chưa cho phép tiến hành thủ thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Tư vấn:
- + Tình trạng bệnh lý phải chỉ định hút buồng tử cung.
- + Quá trình thực hiện thủ thuật: các bước thực hiện thủ thuật, tai biến có thể gặp trong khi làm thủ thuật và sau thủ thuật. Theo dõi sau hút buồng tử cung.
- Chuẩn bị: khám toàn trạng(mạch, nhiệt độ, huyết áp).
- Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.
- Giảm đau bằng tiền mê tĩnh mạch: tiêm thuốc tiền mê.

2. Dụng cụ và vật tư tiêu hao

- Bơm hút chân không bằng tay loại 1 van.
- Thuốc: Misopristol, Ecgometrin, Oxytoxin.
- Thuốc giảm đau: tiêm tĩnh mạch hoặc thuốc gây tê ở cổ tử cung .
- Khăn vải trải vô khuẩn: trải ở mông, trên bụng và 2 đùi
- Găng tay vô khuẩn: 2 đôi.
- Áo, mũ, khẩu trang vô khuẩn.
- Bộ dụng cụ:
- + Kẹp sát trùng: 2
- + Van âm đạo: 1
- + Kẹp cổ tử cung: 1
- + Thước đo tử cung.
- + ng hút: cỡ số 4,5
- + Dụng dịch sát khuẩn, bông hoặc gạc sát khuẩn.

3. Người thực hiện

- Rửa tay theo quy định
- Mặc áo, đeo khẩu trang, đi găng tay

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Sát khuẩn vùng âm hộ và hai bên đùi.
- Trải khăn vải vô khuẩn.
- Sát khuẩn vùng âm hộ, âm đạo.
- Đặt van âm đạo: sát khuẩn lại âm đạo, sát khuẩn cổ tử cung.

- Kẹp cổ tử cung và đờ buồng tử cung.
- Hút buồng tử cung bằng bơm hút hoặc máy hút.
- Đo lại buồng tử cung.
- Lau và sát khuẩn lại âm đạo, cổ tử cung bằng 1 kẹp sát khuẩn mới.
- Tháo dụng cụ.
- Lấy bệnh phẩm hút ra gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh
- Trao đổi với người bệnh về kết quả thủ thuật.
- Ghi chép hồ sơ.
- Chỉ định điều trị thích hợp: kháng sinh, thuốc co tử cung

VI. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH SAU HÚT 3 GIỜ

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Theo dõi ra máu âm đạo.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: loại trừ tổn thương tử cung, dùng thuốc co tử cung Oxytocin, Ecgotamin, Misoprostol và kháng sinh.
- Thủng tử cung: mổ cấp cứu
- Nếu người bệnh nguyện vọng còn có con, hút sạch buồng tử cung, khâu lại chỗ thủng. Sau hút nên dùng thuốc tạo vòng kinh nhân tạo

CHỌC DÒ TÚI CÙNG DOUGLAS

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản.

1. Chọc dò túi cùng sau.

Là một thủ thuật nhằm xác định túi cùng Douglas có dịch, máu hay mủ.

1.1. Chỉ định.

- Nghi thai ngoài tử cung vỡ.
- Lấy dịch ổ bụng làm xét nghiệm.
- Nghi có ổ áp xe phần phụ hoặc áp xe Douglas.

1.2. Chuẩn bị.

- Người bệnh:
- + Tư vấn: cho người bệnh biết các bước tiến hành.
- + Động viên, hỗ trợ tinh thần, vệ sinh cơ quan sinh dục ngoài và đi tiểu tiện.
- Dụng cụ:
- + Bộ khám phụ khoa.
- + Các dung dịch sát khuẩn.
- + Lidocain, nước cất.
- + Bơm tiêm 10 - 20 ml, kim chọc dò tủy sống.
- Nhân lực: nên có người phụ cho người làm thủ thuật.

1.3. Kỹ thuật tiến hành.

- Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.
- Sát khuẩn rộng vùng âm hộ.
- Đặt mỏ vịt (có thể dùng van âm đạo) tiếp tục sát khuẩn phần trong âm đạo và túi cùng sau.
- Dùng kim Pozzi kẹp mép sau cổ tử cung, kéo nhẹ theo hướng ra ngoài và lên trên, bộc lộ túi cùng sau âm đạo.
- Lắp kim vào bơm tiêm.
- Chọc nhanh kim vào túi cùng sau ở dưới mép sau cổ tử cung (thường không cần phải gây tê)
- Kéo nòng bơm tiêm từ từ để hút dịch ở túi cùng Douglas. Nếu:
- + Hút ra được máu đen loãng, không đông, có thể là chảy máu trong do thai ngoài tử cung.
- + Hút ra được máu nhưng để bên ngoài một lúc thì đông, có thể đã chọc vào mạch máu. Nếu cần có thể chọc lại lần nữa theo hướng khác.
- + Hút ra dịch vàng, trong và không phải máu. Có thể đó là thai ngoài tử cung chưa vỡ hoặc viêm tử cung.
- Nếu hút ra mủ, thì lưu kim lại tại chỗ, tiến hành mở túi cùng để dẫn lưu mủ và gửi xét nghiệm.

CHÍCH ÁP XE VÚ

I. ĐẠI CƯƠNG

Là tổn thương ổ mủ ở vú do nhiễm trùng hoặc do tắc sữa mà không được điều trị sớm.

II. CHỈ ĐỊNH

Các áp xe đã thành mủ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khối viêm đỏ chưa thành mủ

IV. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện

- Cồn 70 hoặc dung dịch sát trùng như Betadin
- Bơm tiêm 5ml
- Thuốc gây tê tại chỗ bằng Xylocain 1% hoặc thuốc tê xịt bề mặt
- Bộ dụng cụ để chích áp xe.
- Các khăn trải phẫu thuật vô khuẩn
- Bàn khám hoặc bàn mổ.

2. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình: được giải thích lý do phải trích áp xe và ký giấy cam đoan đồng thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định
- Người bệnh cởi bỏ áo
- Tư thế nằm ngửa duỗi thẳng

3. Hồ sơ bệnh án: bệnh án phẫu thuật phiên, đủ các xét nghiệm cần thiết.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thì 1.

- Sát trùng rộng vùng áp xe từ trong ra ngoài
- Dùng khăn vô trùng để bao bọc xung quanh vùng thủ thuật.

2. Thì 2.

- Xác định khối áp xe, tìm chỗ da mềm nhất.

3. Thì 3.

- Rạch da ngay trên khối áp xe đường rạch theo đường chéo nan hoa với tâm là núm vú.
- Sau khi rạch qua da và tổ chức dưới da đi thẳng vào khối áp xe tránh làm nát các tổ chức xung quanh gây chảy máu. Dùng kẹp nhỏ hoặc đầu ngón tay trở phá các vách của khối áp xe thông nhau để mủ chảy ra
- Để da hở, đặt một gạc con trong ổ áp xe để dẫn lưu mủ ra ngoài, rút sau 12 giờ.

VI. THEO DÕI

- Người bệnh được dùng thuốc giảm đau và kháng sinh uống hoặc tiêm trong 5 đến 7 ngày, thuốc chống phù nề.
- Theo dõi chảy máu tại vết rạch.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: chảy máu tại vùng rạch da hoặc trong ổ áp xe, khâu chỗ chảy máu dùng tiếp kháng sinh
- Không thoát mủ: mở thông lại, dùng kháng sinh tiêm.

THĂM KHÁM PHỤ KHOA

MỤC TIÊU

1. Chuẩn bị được dụng cụ và BN để khám phụ khoa.
2. Thao tác đúng các bước kỹ thuật và nhận định được kết quả khám phụ khoa.
3. Nhận thức tầm quan trọng của việc khám phụ khoa.

NỘI DUNG

Khám phụ khoa là khám bộ phận sinh dục ngoài thời kỳ có thai. Để phát hiện những bệnh ở âm hộ, âm đạo, CTC, TC, vòi trứng, buồng trứng và những bất thường trong đáy chậu, tiểu khung.

1. Chuẩn bị dụng cụ và bệnh nhân

- Dụng cụ:

- + Bàn khám phụ khoa;
- + Đèn chiếu để soi trong âm đạo và CTC;
- + Mỏ vịt, kim cặp bông, kim sinh thiết, thước đo buồng TC, kim Pozzi;
- + Bông thấm nước, gạc, găng tay vô khuẩn;
- + Dầu parafin, dung dịch acid acetic 3%, dung dịch lugol 3%, thuốc sát khuẩn thông thường;

+ Nếu ở phòng khám hiện đại thì phải có máy soi CTC.

- BN phải được đi tiểu trước, nếu táo bón thì phải thực tháo, nếu không tự đi tiểu được thì phải thông tiểu trước khi khám;

- Để giúp cho BN yên tâm khi khám, nếu thầy thuốc là nam giới cần tôn trọng quy tắc khám ba người: thầy thuốc, BN và một y tá hoặc hộ lý.

2. Cách khám

2.1. Hỏi

- Tên, tuổi và nghề nghiệp của BN;
- Lý do đến khám;
- Tiền sử kinh nguyệt: chu kỳ kinh bình thường là 28 đến 30 ngày, ít nhất là 25 ngày, nhiều nhất là 35 ngày. Mỗi kỳ kinh bình thường kéo dài 3 - 4 ngày. Máu kinh thường không đông, màu đỏ tươi. Khi có kinh thường có cảm giác nặng hay tức bụng dưới do hiện tượng sung huyết gây ra;
- Tiền sử sản khoa: lấy chồng năm bao nhiêu tuổi, số lần đẻ, số lần sảy, nạo? Có biến chứng gì sau sảy, sau đẻ hay không?
- Khí hư: bình thường vẫn có một ít niêm dịch do các tuyến ở CTC và âm đạo tiết ra, khi tiết nhiều, gây khó chịu như ngứa, hoặc khí hư có mùi hôi là dấu hiệu bất thường.

2.2. Nhìn

- Quan sát toàn thân, da, niêm mạc, cơ thể phát triển có cân đối không?
- Nếu giọng nói ồ ồ thì xem BN có mọc râu không? Mọc lông có nhiều không?
- Xem có sẹo mổ cũ trên thành bụng không?
- Xem hệ thống lông trên vệ, trên bụng có phát triển bất thường không?
- Xem âm vật, hai môi lớn, hai môi bé, TSM có bình thường không?

2.3. Sờ nắn ngoài

Theo nguyên tắc khám bụng ngoại khoa, chú ý vùng bụng dưới để phát hiện u cục. Khám hạch bẹn 2 bên xem có sưng nề.

2.4. Khám bằng mỏ vịt

Khi đặt mỏ vịt cần phải lưu ý: đặt nhẹ nhàng, không gây đau cho BN, không gây tổn thương âm đạo và CTC, qua mỏ vịt phải quan sát được các thành của âm đạo và 2 mép CTC.

2.4.1. Cách đặt mỏ vịt: cầm mỏ vịt khép lại, đưa mỏ vịt nhẹ nhàng vào âm đạo theo hướng trước sau, đẩy sâu vào khoảng 3 - 4cm thì quay chuôi cầm mỏ vịt sang chiều ngang rồi đưa theo trục từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong, vào sâu khoảng 7 - 8cm thì mở dần mỏ vịt, quan sát thành âm đạo và tìm 2 mép CTC. Chuôi cầm và khóa mỏ vịt nên để quay lên trên. Khi đã bộc lộ rõ 2 mép CTC, thì vặn chặt ốc ở chuôi mỏ vịt để cố định mỏ vịt trong âm đạo.

2.4.2. Quan sát qua mỏ vịt: nhìn thấy niêm mạc âm đạo màu hồng, có một ít niêm dịch. Nếu bị viêm nhiễm thì niêm mạc âm đạo đỏ, có nhiều khí hư. Tùy theo nguyên nhân gây viêm âm đạo và tính chất khí hư có thể khác nhau: khí hư đặc trắng như bột, khí hư loãng có bọt hay khí hư như mủ. Ở âm đạo còn có thể thấy những tổn thương viêm loét, lộ tuyến. Ngoài ra còn có thể có dị tật bẩm sinh như vách ngăn dọc hoặc ngang, những chấn thương do đẻ như vết rách cũ của CTC. Nhìn qua mỏ vịt thấy được 2 mép CTC, bình thường thì mặt ngoài CTC nhẵn, màu hồng nhạt, khi có thai màu hơi tím. Nếu có tổn thương thì mặt ngoài lấm tấm nhỏ, còn có thể thấy nang Naboth hoặc những polip xuất phát từ cổ hay từ buồng TC.

2.4.3. Sau khi quan sát kỹ âm đạo và CTC, dùng bông thấm nước lau sạch khí hư, sau đó bôi acid acetic 3% để làm chứng nghiệm Hinselmann, acid acetic chỉ có tác dụng trong khoảng 1 - 2 phút, do đó có thể bôi acid acetic 2 - 3 lần vào CTC để xem rõ tổn thương.

Sau khi bôi acid acetic thì vùng tổn thương loét sẽ rớm máu, còn vùng lộ tuyến sẽ thấy se trắng lại, chế tiết sẽ kết tủa, nhìn tổn thương sẽ rõ hơn. Sau đó dùng bông thấm nước bôi lugol 3% vào CTC để làm chứng nghiệm Schiller, iod trong dung dịch lugol tác dụng với glycogen có nhiều ở các tế bào lớp giữa và lớp bề mặt của biểu mô lát tầng CTC và âm đạo tạo ra một màu nâu thẫm. Nếu toàn bộ CTC có màu nâu thẫm là biểu mô lát bình thường, gọi là chứng nghiệm Schiller âm tính. Nếu có điều kiện soi CTC để phát hiện các tổn thương nghi ngờ.

2.4.4. Tháo mỏ vịt: trước khi tháo mỏ vịt nên dùng bông thấm nước lau sạch âm đạo và CTC, sau đó tháo chốt cố định, khép mỏ vịt lại, quay chốt mỏ vịt sang ngang, rồi nhẹ nhàng rút mỏ vịt ra.

2.5. Thăm âm đạo kết hợp với nắn bụng

Đây là thủ căn bản của thăm khám phụ khoa, nhờ phương pháp này mà ta thăm dò được tình trạng TC và 2 phần phụ.

2.5.1. Cách khám

- Thầy thuốc đứng bên phải BN;
- Bàn tay phải đeo găng vô khuẩn;
- Dùng ngón tay trỏ và giữa của bàn tay phải đưa nhẹ nhàng vào âm đạo tìm CTC, di động CTC. Tay ngoài nắn trên khớp vệ, phối hợp 2 tay để xác định thể tích, tư thế, mật độ và di động của TC và phát hiện các bất thường của vòi TC, buồng trứng và dây chằng qua các cùng đồ âm đạo.

2.5.2. Nhận định kết quả

- TC bình thường to bằng quả trứng gà, tư thế ngả trước hoặc sau, lệch phải hoặc trái, mật độ chắc, di động dễ, không đau. Nếu TC gấp trước, bàn tay nắn trên bụng dễ thấy đáy TC khi 2 ngón tay trong âm đạo đẩy CTC lên. Nếu TC đổ sau, bàn tay trên bụng khó nắn thấy đáy TC. Phải cho 2 ngón tay vào túi cùng sau mới thấy được đáy TC. TC to có thể là có thai hay có khối u. TC bé có thể gặp ở người đã mãn kinh hoặc ở người có TC nhi tính. Nếu TC di động hạn chế và BN đau là bị dính.

- Hai phần phụ (gồm vòi trứng và buồng trứng) bình thường không nắn thấy, nhưng đôi khi có thể nắn thấy có một khối u nhỏ ranh giới không rõ, ấn đau phải xem có phải khối chứa ở vòi trứng không. Nếu thấy khối u to, ranh giới rõ, biệt lập với TC thì phải nghĩ tới khối u buồng trứng.

2.6. Gõ

Trường hợp nghi ngờ có nước cổ chướng trong ổ bụng, thì phải gõ bụng ở các tư thế nghiêng trái hay nghiêng phải, để xác định chẩn đoán.

2.7. Nghe

Trường hợp khối u to, cần phân biệt với TC có thai bằng cách dùng ống nghe sản khoa, hoặc dùng máy Doppler để phát hiện xem có tiếng tim thai hay tiếng thổi của động mạch máu TC.

2.8. Đo buồng tử cung

Trong một số trường hợp như u xơ TC, sa sinh dục, thì dùng thước đo buồng TC để thăm dò. Phải sát khuẩn âm hộ, âm đạo, CTC kỹ trước khi đo. Đưa thước đo từ từ vào buồng TC, theo tư thế ngả trước hay sau của TC. Khi qua eo TC thường khó khăn, phải đẩy mạnh thước mới qua được. Đo CTC trước rồi đẩy thước vào chạm tới đáy để đo thân TC. Bình thường buồng CTC dài 2,5 - 3cm và thân 4cm.

BÓC NHÂN XƠ VÚ

I. ĐẠI CƯƠNG

Tỷ lệ các tổn thương vú lành tính có thể gặp ở khoảng 50% phụ nữ trong đó nhiều nhất là nang xơ vú và nhân xơ vú.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các nang xơ lành tính hoặc nguy cơ thoái triển xấu dẫn đến ung thư.
- Người bệnh có nguyện vọng được bóc bỏ.
- Tổn thương nghi ngờ khi làm sinh thiết

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương nghi bất thường nhiều hơn (ví dụ ung thư).
- Người bệnh chưa có con (tương đối), có thể để theo dõi, điều trị nội khoa.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên được đào tạo về phẫu thuật vú, cả thẩm mỹ và giữ được chức năng vú (nếu chỉ bóc bỏ nhân vú lành tính).

2. Phương tiện

- Cồn 70 hoặc dung dịch sát trùng như Betadin
- Bơm tiêm 5ml
- Thuốc gây tê tại chỗ bằng Xylocain 1% hoặc gây mê
- Bộ dụng cụ để phẫu thuật
- Các khăn trải phẫu thuật vô khuẩn
- Bàn phẫu thuật thông thường

3. Người bệnh

- Người bệnh cởi bỏ áo
- Tư thế nằm ngửa duỗi thẳng

4. Hồ sơ bệnh án:

Bệnh án phẫu thuật theo chương trình, đủ các xét nghiệm thăm dò, được duyệt mổ của bệnh viện.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thì 1.

- Sát trùng rộng vùng phẫu thuật từ trong ra ngoài
- Dùng khăn vô trùng để bao bọc xung quanh phẫu trường

2. Thì 2.

- Xác định vị trí khối u cần cắt bỏ, nếu nhỏ có thể dùng kim để xác định mốc tốt nhất là làm dưới gây mê, nếu không có điều kiện thì gây tê tại chỗ.
- Sau khi rạch qua da và tổ chức dưới da dùng kéo bóc tách để đi thẳng vào khối u tránh làm nát các tổ chức xung quanh gây chảy máu.
- Lấy bỏ khối u qua vết rạch sau khi đã bóc tách và cầm máu kỹ các tổ chức xung quanh khối u bằng chỉ tiêu. Nếu khối u ở sâu thì sau đó cần khâu ép lại tổ chức đã rạch sau khi đã kiểm tra kỹ không thấy chảy máu

3. Thì 3.

- Khâu phục hồi lại da bằng chỉ lín hoặc khâu luồn dưới da bằng chỉ tiêu Vicryl 2.0. Băng lại vết mổ có thể băng ép bằng băng chun quanh ngực nếu nghi ngờ diện bóc tách còn có thể chảy máu, sẽ tháo bỏ sau 12-24 giờ.
- Sau khi bóc xong tổ chức bóc bỏ phải được gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh.

VI. THEO DÕI

1. Người bệnh

Được dùng thuốc giảm đau thêm và thuốc kháng sinh và thuốc chống phù nề.

2. Theo dõi chảy máu

Tại vết mổ hoặc có thể gây tụ máu dưới da làm bầm tím cả một vùng vú, trong ca này thì tùy theo mức độ chảy máu mà có thể phải mở vết mổ để cầm máu lại hoặc dùng băng chun băng ép chặt để cầm máu.

3. Người bệnh

Có thể ăn uống trở lại bình thường sau phẫu thuật và xuất viện sau phẫu thuật 6 giờ nếu là gây tê tại chỗ và vết mổ không chảy máu.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Chảy máu

Vì tổ chức vú là tổ chức mỡ lỏng lẻo dễ chảy máu nên trong quá trình phẫu thuật phải vừa bóc tách vừa cầm máu và nên khâu ép hết đáy diện bóc tách.

2. Tụ máu

Cắt chỉ, khâu cầm máu, dùng tiếp kháng sinh.

3. Nhiễm trùng vết mổ

Nếu có thường xảy ra vào ngày thứ 4 hoặc thứ 5 sau phẫu thuật với triệu chứng sưng đau đỏ tấy vùng vết mổ. Trong trường hợp này phải dùng thêm kháng sinh và tách vết mổ để mủ chảy ra ngoài rửa vết mổ bằng Betadin hàng ngày.

SOI CỔ TỬ CUNG

I/ ĐẠI CƯƠNG

Soi cổ tử cung là phương pháp kiểm tra kỹ vùng cổ tử cung, âm đạo và âm hộ để phát hiện các bệnh viêm nhiễm, lộ tuyến, ung thư cổ tử cung...

Soi cổ tử cung là một trong những khâu cần thiết trong khám phụ khoa. Mục đích của phương pháp này là nhằm phát hiện nguyên nhân, các yếu tố gây viêm nhiễm phụ khoa, lộ tuyến cổ tử cung,... Từ đó, giúp người bệnh có thể ngăn ngừa và điều trị kịp thời những ảnh hưởng do các bệnh phụ khoa gây ra

II/ CHỈ ĐỊNH:

Soi cổ tử cung là một trong những thủ thuật trong quá trình tầm soát các bệnh phụ khoa theo định kỳ. Tuy nhiên, thủ thuật này cũng có thể tách riêng và áp dụng đối với các trường hợp:

- Viêm nhiễm âm đạo, cổ tử cung
- Tầm soát ung thư cổ tử cung

III. CHUẨN BỊ:

- a. Cán bộ chuyên khoa: BS đã được đào tạo về soi cổ tử cung
- b. Phương tiện: Máy soi cổ tử cung
- c. Người bệnh: Bệnh nhân ngoài chu kì kinh nguyệt
- d. Hồ sơ bệnh án: Kèm theo

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

Quy trình soi cổ tử cung được tiến hành qua những bước sau:

- Bác sĩ dùng mỏ vịt để cho vào âm đạo và cổ tử cung,
- Hướng máy soi vào và quan sát từ âm hộ, âm đạo, cổ tử cung .
- Thực hiện soi tại các vị trí để phát hiện tình trạng hiện tại của các bộ phận và phát hiện các bất thường (nếu có) .
- Phân tích kết quả và đọc kết quả, chẩn đoán bệnh

V.TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ:

Chảy máu cổ tử cung: Đối với trường hợp viêm lộ tuyến cổ tử cung rộng động tác đặt mỏ vịt âm đạo có thể gây tổn thương thêm cổ tử cung gây chảy máu. Vì vậy động tác cần phải nhẹ nhàng. Khi có biểu hiện chảy máu cần nhét gạc cầm máu và dặn bệnh nhân tự lấy ra khi hết chảy máu.

ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG CỔ TỬ CUNG BẰNG ĐÓT ĐIỆN, ĐÓT NHIỆT, ĐÓT LAZE, ÁP LẠNH...

I. ĐẠI CƯƠNG

Đốt điện, áp lạnh, đốt laze... là những phương pháp được áp dụng để điều trị tổn thương cổ tử cung. Trước khi áp dụng phương pháp điều trị cần xem kỹ kết quả tế bào học, soi cổ tử cung: Không có tổn thương tiền ung thư hoặc ung thư cổ tử cung. Cần điều trị tích cực, triệt để tổn thương, đề phòng các tổn thương bất thường ở CTC

II. CHỈ ĐỊNH: Viêm lộ tuyến cổ tử cung

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Có tổn thương tiền ung thư hoặc ung thư cổ tử cung

IV. CHUẨN BỊ:

a. Cán bộ chuyên khoa: BS đã được đào tạo về điều trị tổn thương cổ tử cung bằng phương pháp áp lạnh, đốt điện, đốt nhiệt, đốt laze...

a. Phương tiện: Máy soi cổ tử cung, máy đốt điện, máy áp lạnh

b. Người bệnh: Bệnh nhân sau sạch kinh 2- 3 ngày

c. Hồ sơ bệnh án: Kèm theo

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

+ Chống viêm trước khi đốt

+ Thời điểm đốt: Sạch kinh 2 – 3 ngày, tối đa không quá ngày thứ 10 vòng kinh

+ Đặt mỏ vịt nhẹ nhàng, tránh va chạm gây chảy máu, bộc lộ cổ tử cung, lau khí hư, chất nhầy cổ tử cung

+ Sát khuẩn âm đạo, cổ tử cung

+ Bôi lugol 2%, xác định ranh giới vùng tổn thương

+ Đốt vùng tổn thương (với đốt điện và lazer) đốt vòng quanh để khoanh giới hạn vùng tổn thương, sau đó đốt môi sau trước để tránh tiết dịch khi thực hiện thủ thuật, di đầu đốt đều hết diện tổn thương. Ước lượng độ sâu của tổn thương để tránh bỏ sót. Tổ chức sau đốt có màu trắng đục và hơi lõm xuống so với tổ chức xung quanh, lưu ý:

+ Không đốt sát lỗ ngoài cổ tử cung, cần để ít tuyến quanh lỗ khoảng 5mm để giữ vị trí giải phẫu bình thường của lỗ ngoài cổ tử cung, tránh chít hẹp và ảnh hưởng đến sự tiết nhầy CTC

+ Trường hợp đốt bằng áp lạnh, cần chọn thiết diện đầu đốt thích hợp với diện tích tổn thương. Phương pháp này chỉ áp dụng với những tổn thương lộ tuyến trên CTC phẳng, không gồ ghề, CTC không có sẹo rách cũ

+ Tổn thương loạn dưỡng: Lộ tuyến CTC, không có chỉ định đốt, với những bệnh nhân đã có con, để tránh khí hư gây phiền hà cho bệnh nhân

V. THEO DÕI SAU ĐÓT VÀ CÁC DI CHỨNG TÁI TẠO LẠNH TÍNH:

- + Theo dõi các triệu chứng lâm sàng, tư vấn cho bệnh nhân tự theo dõi những hiện tượng sau đốt: Tiết dịch, ra máu
- + Hẹn soi lại CTC sau đốt 2 tháng
- + Đánh giá kết quả điều trị: Khỏi, khá, không khỏi

VI. CÁC BIẾN CHỨNG SAU ĐỐT:

Các biến chứng có thể gặp: Chít hẹp CTC gây vô sinh, chảy máu, nhiễm trùng

- + Viêm bội nhiễm: Sau đốt có tiết dịch và ra máu, nếu không giữ vệ sinh có thể thấy tổn thương lan tỏa làm cho sự phục hồi biểu mô không tốt
- + Chảy máu ở CTC: Nếu ra nhiều hơn lượng kinh bình thường thì chèn gạc dài (có thể chèn gạc có tẩm adrenalin), cho thêm kháng sinh chống nhiễm khuẩn
- + Chít hẹp CTC: Nếu lỗ ngoài CTC bị chít hẹp sẽ gây đau bụng ở kỳ kinh sau. Khi đó cần nong nhẹ nhàng hàng tuần trong thời gian giữa 2 kỳ kinh, trong 2 – 3 tháng
- + Vô sinh: có thể xảy ra do diệt tuyến quá nhiều, cần cho thêm estrogen trong 3-4 ngày trước phóng noãn

PHẦN III. SƠ SINH

NUÔI DƯỠNG SƠ SINH QUA ĐƯỜNG TĨNH MẠCH

I. NUÔI DƯỠNG TĨNH MẠCH MỘT PHẦN

1. Chỉ định:

- Trong những ngày đầu sau đẻ: lúc này trẻ sơ sinh, nhất là trẻ đẻ non chưa nhận được đầy đủ lượng dịch cần thiết bằng đường miệng nên phải bổ sung thêm bằng đường tĩnh mạch. Một số trường hợp bệnh nặng, trẻ nôn nhiều hoặc chướng bụng nên không ăn được đủ lượng, cần cho bổ xung một phần bằng đường tĩnh mạch. Thường sau một tuần thì có thể trẻ trở lại tiêu hóa bình thường, sẽ cho ăn lại.

- Khi phục hồi sau một thời gian phải nhịn ăn hoàn toàn (viêm ruột, phẫu thuật đường tiêu hóa...), trẻ phải ăn đường miệng dần dần nên phải bổ sung thêm một phần bằng đường tĩnh mạch.

2. Chống chỉ định: không có

3. Lượng dịch và sữa nuôi dưỡng trẻ:

Ngày tuổi: 1 2 3 4 5 6 Từ 7 ngày trở lên

Lượng sữa và/hoặc dịch (ml/kg) 60 80 100 120 140 150 160 Lượng

dịch (sữa) cho trẻ sơ sinh đẻ non

P	Ngày tuổi/ lượng dịch	1	2	3	4	5	6	>=7
Đẻ non <1,25 kg	Lượng dịch(ml/h)	4	4	3	3	2	2	0
	Lượng sữa(ml/2h)	0	0	3	5	8	11	15
Trẻ bệnh 1,25-1,50 kg	Lượng dịch(ml/h)	5	4	3	2	0	0	0
	Lượng sữa(ml/3h)	0	6	14	22	30	35	38
Trẻ bệnh 1,50-1,75 kg	Lượng dịch(ml/h)	4	4	3	2	2	0	0
	Lượng sữa(ml/3h)	0	6	13	20	24	33	35
Trẻ bệnh 1,75-2,50 kg	Lượng dịch(ml/h)	3	3	3	2	2	0	0
	Lượng sữa(ml/3h)	0	6	9	16	20	28	30

- Trừ lượng sữa cho trẻ ăn trong ngày để xác định lượng dịch cần truyền.

- Điều chỉnh lượng dịch cần truyền nếu trẻ dùng tã ướt hoặc chiếu đèn hoặc mất nước... tùy theo mức độ mất nước mà cho thêm lượng dịch thích hợp, thường khi bệnh nhân phải chiếu đèn thì lượng dịch cho thêm là 10% số dịch đã cho theo yêu cầu.

- Duy trì lượng dịch đã cho trong 24h bằng cách cho chảy chậm bằng bơm tiêm điện hoặc chia đều dịch cho cả ngày.

4. Thành phần dịch:

- Ngày đầu sau đẻ: chỉ truyền huyết thanh ngọt 10%.

- Ngày thứ 2 sau đẻ: thêm vào mỗi 100ml dịch 1 lượng huyết thanh mặn 0,9% là 20ml

- Từ ngày thứ 3 sau đẻ trở đi: Dựa vào nhu cầu hàng ngày để điều chỉnh

Thành phần	Số lượng
Natri (mEq/kg/ngày)	3
Kali (mEq/kg/ngày)	2
Acid amin (g/kg/ngày)	2-3
Glucose (mg/kg/phút)	8-10
Lipid (g/kg/ngày)	2-3

Bảng tính tốc độ truyền đường

Tốc độ	Dịch truyền 10% đường	Dịch truyền 12% đường
3 ml/kg/h	Tương đương 5mg/kg/phút	Tương đương 6mg/kg/phút
5ml/kg/h	Tương đương 8mg/kg/phút	Tương đương 10mg/kg/phút
8ml/Kg/h	Tương đương 13mg/kg/phút	Tương đương 16mg/kg/phút
10/kg/h	Tương đương 17mg/kg/phút	Tương đương 20mg/kg/phút

II. Nuôi dưỡng tĩnh mạch toàn phần

1. Chỉ định:

- Trẻ phải nhịn ăn hoàn toàn do phải phẫu thuật đường tiêu hóa, viêm ruột hoại tử, ...
- Các trường hợp không hấp thu thức ăn qua đường tiêu hóa
- Nôn nhiều, liên tục
- Trẻ chuẩn bị phẫu thuật đường tiêu hóa

2. Lượng dịch

Ngày tuổi	1	2	3	4	5	6	Từ 7 ngày trở lên
Lượng dịch (ml/kg)	60	80	100	120	140	150	160

Điều chỉnh lượng dịch cần truyền nếu trẻ dùng tắm sưởi hoặc chiếu đèn hoặc mất nước... Tùy theo mức độ mất nước mà cho thêm lượng dịch thích hợp, thường khi bệnh nhân phải chiếu đèn thì lượng dịch cho thêm là 10% số dịch đã cho theo yêu cầu.

Duy trì lượng dịch đã cho trong 24h bằng cách cho chảy chậm bằng bơm tiêm điện hoặc chia đều cho cả ngày

3. Thành phần dịch

Thành phần	Số lượng
Natri (mEq/kg/ngày)	
- Ngày 2 sau đẻ	0-1
- Ngày 3 sau đẻ	1-3
- Ngày 4 sau đẻ trở đi	3
Kali (mEq/kg/ngày)	
- Ngày 2 sau đẻ	0-1
- Ngày 3 sau đẻ	1-2
- Ngày 4 sau đẻ trở đi	2
Acid amin (g/kg/ngày)	

- Ngày 1 nuôi tĩnh mạch	2-3
- Tốc độ tăng các ngày sau	0,5
- Tối đa	3
Glucose (mg/kg/phút)	
- Ngày 1 nuôi tĩnh mạch	6-8
- Tốc độ tăng các ngày sau	2-3
- Tối đa	12-14
Lipid (g/kg/ngày)	
- Ngày 1 nuôi tĩnh mạch	2-3
- Tốc độ tăng các ngày sau	0,5-1
- Tối đa	3,5

Chú ý:

Lipid được truyền bằng đường truyền riêng, tốc độ 1ml/kg/h, truyền chạc 3 cùng 1 đường truyền có dịch Glucose tốc độ 8 mcg/kg/phút

Không truyền lipid cho trẻ có tổn thương gan, vàng da.

ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN CẤP CỨU SƠ SINH – THỞ MÁY

I. ĐẠI CƯƠNG

Đặt nội khí quản- thở máy là tạo đường một đường thở nhân tạo để hỗ trợ hô hấp cho người bệnh trong những ca cấp cứu, suy thở nặng mà các phương pháp hỗ trợ hô hấp khác không có kết quả.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ngừng thở hoặc suy hô hấp nặng cần phải thở hỗ trợ.
- Hút sạch phế quản trong ca trẻ bị hít phải phân su, sặc sữa, lấy bệnh phẩm cấy.
- Đặt NKQ bơm thuốc surfactant, Adrelinin.
- Thoát vị cơ hoành.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

1 bác sĩ và 2 điều dưỡng.

2. Phương tiện, dụng cụ

- Ống nội khí quản :
- Phù hợp kích cỡ với cân nặng của trẻ

Kích cỡ	Cân nặng (gr)
Số 2,5	<1500
Số 3	1500-2500
Số 3,5	>2500

- Đèn soi thanh quản, lưới thẳng số 0 cho trẻ non, số 1 cho trẻ đủ tháng.
- Dụng cụ hỗ trợ hô hấp:
 - + Máy hút đờm.
 - + Bóng bóp sơ sinh thể tích 250ml- 400ml.
 - + Mặt nạ số 0 và số 1.
 - + Nguồn oxy.

- Dụng cụ khác:
 - + Băng dính, găng tay, ống nghe....

3. Người bệnh.

- Đánh giá nhanh chức năng sống, tim, phổi, thần kinh, không được chậm trễ vì là tình trạng cấp cứu sống còn.
- Đặt nằm ngửa ở vị trí dễ thực hiện thủ thuật

4. Hồ sơ bệnh án.

- Ghi chỉ định đặt NKQ
- Ghi tình trạng trước và sau khi đặt NKQ thở máy.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đặt nội khí quản

- Người đặt đứng phía đầu người bệnh

- Kê gối dưới vai, đầu người bệnh có thể hơi cao hơn mặt giường, cổ ngửa trung gian cho thẳng đường thở.
- Hút sạch mũi họng, có thể hút qua đèn soi thanh quản.
- Bóp bóng, mặt nạ có oxy cho người bệnh trước khi đặt NKQ.
- Tay trái cầm đèn soi thanh quản với ngón cái ở trên, ngón trỏ và ngón giữa ở dưới, ngón nhẫn và ngón út tì lên cằm và vùng sụn thanh quản của người bệnh.
- Tay phải dùng ngón trỏ hỗ trợ mở miệng người bệnh.
- Đưa lưỡi đèn từ bên miệng phải và đẩy lưỡi sang bên trái, vừa đưa lưỡi đèn vào vừa quan sát tới khi đỉnh lưỡi đèn ở đáy lưỡi, sát với nắp thanh môn (cán đèn tạo với thân góc 150 độ theo mặt phẳng ngang).
- Mở rộng miệng trẻ sơ sinh thêm bằng cách lấy đáy lưỡi làm điểm tựa, nhấc thân đèn lên theo chiều cán đèn một góc 450 độ cho tới khi nhìn thấy thanh môn. Nếu không thấy thì dùng ngón út hoặc nhờ người phụ ấn nhẹ vùng sụn thanh quản.
- Hút lại đờm hoặc hút lỏng phế quản (nếu cần).
- Tay phải cầm ống NKQ theo chiều cong lõm hướng ra phía phải người đặt, trượt ống theo máng của lưỡi đèn.
- Nếu trẻ còn thở, dứt ống NKQ vào khi thanh môn mở ra.
- Tay phải cố định ống NKQ, tay trái từ từ rút đèn soi ra

* Kiểm tra vị trí ống NKQ:

- Bóp bóng nghe thông khí vào đều 2 bên phổi.
- Lòng ống NKQ có hơi nước mờ thì thở ra.
- Ca NKQ vào 1 bên phổi thì rút ra khoảng 1 cm và nghe lại thông khí phổi.
- Độ sâu của ống NKQ dự tính : $d = 6 + P$ (cm)
(d = độ sâu, P = cân nặng của trẻ (tính bằng kg))
- Cố định ống NKQ bằng băng dính.

2. Tiến hành thở máy

- Nối nguồn khí nén, oxy nén.
- Cắm điện và bật công tắc nguồn điện vào máy thở.
- Lắp dây thở vào máy, bình làm ẩm, kiểm tra dây thở kín.
- Đặt phương pháp thở phù hợp với người bệnh.
- Đặt tần số thở 40-60 lần/ phút.
- Điều chỉnh thời gian thở vào (Ti) và thời gian thở ra (Te) (thường đặt $Ti = 0,6 - 0,7$ giây).
- Điều chỉnh áp lực thở vào $Pi = 18 - 25$ cmH₂O.
- Điều chỉnh áp lực cuối thì thở ra PEEP.
- Lắp phổi giả vào, khởi động thở thử.
- Khi hoạt động thở thử ổn định, nối máy thở với người bệnh.
- Điều chỉnh FiO₂ cho phù hợp.
- Một số phương pháp thở áp dụng cho Sơ sinh
- + Kiểm soát áp lực (Pressure control ventilation- PCV, A/C)
- + Máy thở với áp lực được cài đặt sẵn, nếu người bệnh có nhịp tự thở sẽ chống máy. Đây là phương thức áp dụng phổ biến cho sơ sinh
- + Thông khí ngắt quãng đồng thì (SIMV)
- + Nhịp thở được thiết lập theo từng khoảng thời gian, trẻ sơ sinh thở vào máy sẽ thở đồng thì, nếu người bệnh ngừng thở máy sẽ tự thở theo tần số cài đặt

- + Cách thở này không gây chống máy.
- + Thở hỗ trợ (Assisted spontaneous breathing) ký hiệu ASB/PSV.
- + Tất cả nhịp thở đều do người bệnh khởi động, máy sẽ hỗ trợ với áp lực cài đặt.

* Chỉ định:

- Cai máy thở:

Người bệnh có nhịp tự thở tốt

Chú ý: nếu người bệnh không thở thì máy không có nhịp thở, vì vậy cần phải cài đặt nếu ngừng thở > 20 giây máy sẽ tự động chuyển thở A/C.

- Thở CPAP

+ Thở áp lực đường thở dương liên tục, người bệnh tự thở.

- Chỉ định:

+ Ngăn ngừa xẹp phổi ở người bệnh non tháng <32 tuần, bệnh màng trong.

+ Kích thích hô hấp tránh ngừng thở

+ Cai máy thở muốn phế nang không bị xẹp

- Thở máy cao tần (HFV High frequent ventilation)

- Chỉ định trong một số ca đặc biệt, đòi hỏi chuyên gia giàu kinh nghiệm.

- Tăng áp động mạch phổi

- Thở máy nhưng vẫn tím, tình trạng thiếu Oxy không cải thiện với mọi nỗ lực của thầy thuốc

- Người bệnh phải thở áp lực cao > 24cm H₂O nên chuyển thở chế độ cao tần để bảo vệ phổi.

V. THEO DÕI

- Theo dõi toàn trạng, chức năng sinh tồn người bệnh như: màu da, tim mạch, thông khí 2 phổi, phản xạ

- Theo dõi bão hòa Oxy máu bằng Monitor, khí máu

- Điều chỉnh các thông số tùy thuộc tình trạng người bệnh

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đặt nhầm vào thực quản: rút ống NKQ ra, hút dạ dày làm bụng xẹp, đặt lại NKQ.

- Xây sát, chảy máu đường thở:

+ Đưa ống NKQ vào thì thở ra

+ Không dùng đầu lưỡi đèn đẩy vùng thanh môn góc quá 50°

- Tắc NKQ: theo dõi sát, hút ống NKQ kịp thời.

- Tràn khí màng phổi: đặt áp lực thở không quá 25cmH₂O. Nếu có tràn khí cần chọc hút dẫn lưu khí

- Nhiễm trùng đường hô hấp: đảm bảo vô trùng khi đặt NKQ. Cho kháng sinh phổ rộng. Cai máy và rút NKQ sớm ngay khi tình trạng người bệnh cho phép.

THỞ ÁP LỰC DƯƠNG LIÊN TỤC (CPAP)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thở áp lực dương liên tục (CPAP) là một phương pháp hỗ trợ người bệnh bị suy hô hấp mà còn khả năng tự thở bằng cách duy trì một áp lực dương liên tục trong suốt chu kỳ thở

II. CHỈ ĐỊNH

- Phòng xẹp phổi ở trẻ đẻ non tuổi thai < 32 tuần
- Cơn ngừng thở trẻ sơ sinh đẻ non
- Suy hô hấp do bệnh lý tại phổi ở trẻ sơ sinh: viêm phổi, bệnh màng trong, xẹp phổi
- Suy hô hấp sau mổ lồng ngực, bụng
- Cai máy thở

Lưu ý: người bệnh phải tự thở được

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dị tật đường hô hấp trên (sứt môi, hở hàm ếch, teo lỗ mũi sau, teo thực quản có dò khí thoát vị hoành),
- Ngừng thở kéo dài > 20 giây
- Tràn khí màng phổi chưa được dẫn lưu
- Thoát vị cơ hoành
- Viêm phổi có bóng khí hoặc phổi có kén khí bẩm sinh
- Tăng áp lực nội sọ: viêm màng não, xuất huyết não-màng não
- Choáng do giảm thể tích tuần hoàn chưa bù
- Xuất huyết mũi nặng

IV. TIÊU CHUẨN DỪNG CHO THỞ CPAP

- Trẻ không còn biểu hiện suy hô hấp trên lâm sàng, thở đều hồng hào không co kéo cơ hô hấp
- Chụp Xquang phổi; phổi đã nở tốt (nếu có điều kiện kiểm tra Xquang)
- Thở CPAP với áp lực 5cm nước nồng độ O₂ khi thở vào (FiO₂) 30% mà vẫn duy trì SpO₂ 92%
- Khi thở CPAP thất bại (yêu cầu FiO₂)

V. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ, điều dưỡng

2. Phương tiện

- Máy CPAP đã tiệt trùng và hệ thống oxy
- Máy hút và ống hút cỡ số 6
- Máy đo độ bão hòa oxy qua da
- Gọng thở CPAP (canuyl 2 mũi cỡ S- sơ sinh) hoặc ống thông mũi họng có ĐK 3mm, dài 7 cm 188
- Dầu Paraphin
- Băng dính cố định

3. Bệnh nhi

- Hút sạch hầu họng và mũi

- Cố định tay bệnh nhi

4. Hồ sơ bệnh án

- Có chỉ định thở CPAP

- Ghi rõ tình trạng của trẻ trước, sau khi thở CPAP (SpO₂, màu da, sự co rút ngực)

- CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

1. Bước 1: Lắp máy CPAP

- Đổ nước cất vô khuẩn vào bình làm ấm, đến vạch đã đánh dấu

- Đặt mức áp lực dương (chính là chiều cao cột nước tại bình tạo PEEP)

- Đặt mức nhiệt độ, độ ẩm thích hợp (32-34°C)

- Nối với hệ thống oxy, khí nén

2. Bước 2: Chọn thông số

- Chọn áp lực:

+ Sơ sinh non tháng : ≤ 4 cmH₂O (10 lít/phút)

+ Sơ sinh đủ tháng : ≤ 6 cmH₂O (12 lít/phút)

- Điều chỉnh lưu lượng theo chỉ định cho phù hợp tình trạng bệnh nhi

- Chọn nồng độ oxy tùy thuộc tình trạng bệnh nhi: nếu đang tím tái nên chọn FiO₂ ban đầu là 100%, các ca khác thường bắt đầu với FiO₂ là 30-40%

3. Bước 3: Đặt gọng CPAP hoặc đặt ống thông mũi họng

- Xác định chiều sâu của ống thông theo cân nặng trẻ

+ P < 1500g: chiều sâu của thông 4 cm

+ P 1500- 2000g: chiều sâu của ống thông 4.5 cm

+ P > 2000g: chiều sâu của ống thông là 5 cm

- Làm trơn ống thông bằng dầu Paraphin

- Đặt gọng CPAP hoặc ống thông mũi họng vào mũi trẻ

- Cố định bằng băng dính

4. Bước 4: Nối máy CPAP với bệnh nhi

Nối máy CPAP vào ống thông mũi họng đã được đặt vào người bệnh

VI. THEO DÕI

1. Các dấu hiệu sinh tồn

Tri giác, SpO₂ mỗi 15-30 phút/lần khi bệnh nhi bắt đầu thở CPAP sau đó theo dõi 1-2-3 giờ /lần theo y lệnh hoặc phụ thuộc vào tình trạng đáp ứng của trẻ

2. Điều chỉnh các thông số tùy theo đáp ứng

- Điều chỉnh FiO₂

+ Tốt: giảm dần FiO₂ mỗi 10% sau 30 phút đến 1 giờ

+ Không tốt: tăng dần FiO₂ mỗi 10% sau 30 phút đến 1 giờ

+ Duy trì FiO₂ < 60%

- Điều chỉnh áp lực

+ Tốt: giảm dần áp lực 1cmH₂O sau 30 phút đến 1 giờ

+ Không tốt: tăng áp lực 1 cmH₂O sau 30 phút đến 1 giờ

+ Áp lực tối đa ≤ 10 cmH₂O

+ Tránh tăng, giảm áp lực đột ngột

3. Theo dõi hệ thống CPAP: nhiệt độ khí hít vào, áp lực, FiO₂, bình làm ấm.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Lưu ý: (thường gặp với áp lực >10 cmH₂O)

- Tràn khí màng phổi, tràn khí trung thất: đặt áp lực phù hợp với bệnh lý và

tuổi thai, theo dõi sát để điều chỉnh kịp thời

- Choáng là hậu quả của việc cản trở máu tĩnh mạch về tim, giảm thể tích đổ đầy thất cuối tâm trương làm giảm cung lượng tim: cần đảm bảo thể tích tuần hoàn bằng các dịch truyền và thuốc dẫn mạch

Tăng áp lực nội sọ: do áp lực dương trong lồng ngực hoặc do cố định canuyl quanh mũi quá chặt cản trở máu tĩnh mạch vùng đầu trở về tim. Do đó không nên chỉ định trong ca bệnh thần kinh trung ương, nhất là tăng áp lực nội sọ

- Chướng bụng do hơi vào dạ dày, vì vậy nên đặt ống thông dạ dày để dẫn lưu

QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ VÀNG DA Ở TRẺ SƠ SINH BẰNG PHƯƠNG PHÁP CHIẾU ĐÈN

Bước 1: Chuẩn bị Người bệnh.

- Trẻ cởi trần tối đa, nằm trong lồng ấp hoặc nôi, che mắt. Nếu là trẻ trai thì che bộ phận sinh dục
- Chiếu đèn được tiến hành ngay cả với những trẻ rất yếu (thở máy, oxy, CPAP, bất động) nếu có chỉ định.

Bước 2 : Chuẩn bị dụng cụ.

- Chiếu đèn 1 mặt: dàn đèn ánh sáng xanh hoặc trắng với bước sóng 400-500nm
- Chiếu đèn 2 mặt:
Hệ thống 2 dàn đèn ánh sáng xanh hoặc trắng ở phía trên và dưới trẻ
Hoặc dàn đèn ánh sáng trắng (xanh) và biliblanket
- Băng che mắt.

Bước 3: Chuẩn bị Người thực hiện.

Bác sĩ, điều dưỡng của khoa (hoặc đơn nguyên) sơ sinh

Bước 4 : Các bước tiến hành.

- Trẻ được chuẩn bị nằm ở vùng trung tâm của ánh sáng đèn
- Khoảng cách từ đèn đến trẻ khoảng 35-40cm
- Thay đổi tư thế của trẻ để đảm bảo tất cả các vùng da đều được chiếu đèn
- Tăng nhu cầu dịch mỗi ngày 10-20% bằng đường ăn hoặc truyền dịch
- Nếu trẻ bị hạ thân nhiệt: nằm lồng ấp hoặc sưởi ấm và tiếp tục chiếu đèn, nếu tăng thân nhiệt: tạm ngừng chiếu trong ½-1 giờ
- Ngừng chiếu đèn khi lượng bilirubin xuống thấp hơn mức chỉ định chiếu 2mg%.

Bước 5: Chuyển Người bệnh về phòng hậu phẫu và theo dõi

ĐẶT ống THÔNG DẠ DÀY SƠ SINH

Tuyên áp dụng: Bệnh viện tuyến huyện trở lên.

Người thực hiện: Bác sĩ và điều dưỡng.

1. Chỉ định.

- Nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày và lấy dịch làm xét nghiệm.
- Dẫn lưu dịch và khí từ dạ dày trong các trường hợp: bụng chướng, viêm ruột hoại tử...
- Dự tật bẩm sinh đường tiêu hóa (teo, tắc...)

2. Tiến hành.

Nguyên tắc tiến hành:

- Giải thích cho người nhà trẻ trước khi tiến hành.
- Bảo đảm vô khuẩn.
- Theo đúng qui trình kỹ thuật:

Rửa tay sạch, đeo găng tay.+

Ước lượng độ dài ống cần thiết: Giữ ống ở vị trí như khi đã được đưa vào trong cơ thể (tức là từ miệng hoặc lỗ mũi đến vành tai dưới và sau đó xuống đến bụng, ngay phía dưới mũi ức; và dùng bút hoặc băng dính đánh dấu trên ống.+

Hơi gập cổ của trẻ và nhẹ nhàng đưa ống vào bên trong miệng trẻ hoặc qua 1 bên mũi đến đoạn ống đã đánh dấu theo nhịp nuốt của trẻ.+

– Khi cho ăn qua ống thông, cần hút dịch dạ dày trước khi cho ăn để đánh giá lượng dịch ứ đọng.

– Cố định ống thông bằng băng dính.

– Trường hợp dùng ống thông để dẫn lưu dịch dạ dày thì chất thải chảy vào túi sạch và cố định ống thông bằng băng dính.

3. Theo dõi và cách xử trí.

– Tím tái ngưng thở trong khi đặt ống thông dạ dày do ống thông đi lạc vào khí quản. Xử trí: rút ngay ống thông dạ dày ra. Hồi sức tim phổi khi cần thiết.

– Trầy xước niêm mạc thực quản gây chảy máu.

– Gây sặc sữa, viêm phổi hít do cho ăn qua ống thông dạ dày khi ống thông dạ dày nằm sai vị trí.

– Thời gian lưu ống thông: thay ống thông muộn nhất là sau 48 giờ.

CHĂM SÓC RỒN SƠ SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Rồn thường rụng vào ngày thứ 7 đến ngày thứ 10, các mạch máu đóng về mặt chức năng nhưng vẫn tồn tại dạng giải phẫu trong vòng 20 ngày. Trong thời gian này rồn vẫn có thể là đường vào của vi khuẩn, vì vậy cần thiết phải chăm sóc và giữ vệ sinh rồn, tránh nhiễm khuẩn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ sơ sinh chưa rụng cuống rốn
- Trẻ đã rụng cuống rốn nhưng rồn còn tiết dịch hoặc rồn nhiễm trùng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ hoặc điều dưỡng, nữ hộ sinh

2. Dụng cụ

- Bông cotton 700 hoặc cotton Iode 2,5% sát trùng dung dịch betadin
- Băng, gạc, khay vô trùng, khay quả đậu.
- Găng tay, panh vô trùng

3. Trẻ sơ sinh

- Đã được tắm sạch(tắm, rửa); thay áo, tã mới sạch
- Bộc lộ vùng rồn

4. Hồ sơ bệnh án

- Ghi hồ sơ bệnh án giờ/ngày cháu được chăm sóc
- Tình trạng rồn: khô, ướt hoặc dịch tiết, màu sắc, sưng tấy hay không, mùi hôi

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Yêu cầu thao tác kỹ thuật vô khuẩn.
- Rửa tay bằng xà phòng với nước sạch.
- Lau khô tay bằng khăn sạch hoặc để khô tự nhiên.
- Tháo băng, gạc, bộc lộ rồn.
- Quan sát rồn, da quanh rồn xem có mủ, máu, tấy đỏ, mùi hôi không?
- Sát khuẩn sạch rồn từ trung tâm ra ngoại vi, dây rốn, kẹp rốn, mặt cắt (chú ý lau sạch các khe kẽ, làm sạch tất cả các chất tiết).
- Lau lại 2 lần, để cotton khô tự nhiên và lau rồn như vậy 1- 2 lần/ ngày.
- Băng rồn bằng gạc vô trùng trong 2 ngày đầu, từ ngày thứ 3 tùy điều kiện chăm sóc từng nơi có thể băng hoặc để hở rồn giúp rồn mau khô và dễ rụng.
- Quấn tã dưới rồn.
- Chú ý không bôi bất kỳ chất gì lên rồn ngoài các dịch sát trùng rồn.
- Sau khi rồn rụng tiếp tục chăm sóc tới khi chân rồn khô.

VI. THEO DÕI

- Nhiễm khuẩn rồn: nên chăm sóc rồn nhiều lần trong ngày, tùy theo mức độ nặng mà cho dùng kháng sinh toàn thân (nếu có nhiễm trùng mạch máu rồn)
- Chảy máu rồn: thường xảy ra trong vài ngày đầu khi rồn còn tươi hoặc khi

rụng cuống rốn, nếu cuống rốn còn tươi nên buộc lại bằng chỉ vô trùng, nếu cuống rốn rụng nên lau sạch bằng dung dịch sát khuẩn và dùng gạc vô khuẩn băng ép
- Tồn tại lõi rốn (chồi rốn): chấm Nitrate bạc hàng ngày hoặc đốt điện nếu lõi rốn to

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chăm sóc rốn nhằm tránh biến chứng nếu như để rốn không được vệ sinh, có thể gây nhiễm khuẩn rốn

TẮM SƠ SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Tắm cho trẻ sơ sinh là một chăm sóc cần thiết giúp làm sạch da và phòng chống các bệnh lý về da vốn rất hay gặp trong giai đoạn sơ sinh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ sơ sinh có sức khỏe ổn định: sau đẻ 6 giờ
- Trẻ sơ sinh có mẹ HIV: tắm ngay sau khi sinh

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ dưới 6 giờ đầu sau đẻ.
- Trẻ mắc bệnh nặng đang cần bất động, chăm sóc tại chỗ

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng, nữ hộ sinh

2. Phương tiện

- Phòng tắm: ấm, đảm bảo nhiệt độ phòng tắm từ 28 – 30°C, kín không có gió lùa.
- 2 chậu: 1 chậu dùng tắm, 1 chậu dùng tráng lại.
- Nước tắm: dùng nước sạch, đổ nước nguội vào chậu trước, nước nóng sau. Nhiệt độ nước tắm thích hợp khoảng 37°C.
- Xà phòng (sữa tắm), dầu gội đầu dành cho trẻ sơ sinh.
- 2 khăn tắm to; 2 khăn tay nhỏ bằng vải mềm.
- Mũ; bao tay, bao chân, quần áo, bỉm, khăn quấn trẻ.
- Bông; cồn, dung dịch betadin nếu rốn chưa rụng.

3. Trẻ sơ sinh

- Tình trạng ổn định.
- Tắm trước bữa ăn.

4. Hồ sơ bệnh án

- Ghi ngày giờ trẻ được tắm.
- Tình trạng trước, sau khi tắm.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Nguyên tắc

- Rửa tay trước khi tắm cho mỗi trẻ.
- Tránh hạ thân nhiệt: phòng tắm và nước tắm ấm, tắm từng phần và lau khô ngay vùng đã tắm, giữ ấm trẻ ngay sau tắm.
- Trình tự tắm: vùng sạch trước, vùng bẩn sau.
- Chỉ nên đặt trẻ vào chậu nước khi rốn đã rụng.
- Tránh làm ướt da vùng đang lưu kim, vết mổ.
- Dụng cụ sạch dành riêng cho mỗi trẻ.

2. Các bước tắm

- Bước 1: Cởi bỏ toàn bộ quần áo, mũ, bao tay, bao chân của trẻ, sau đó quấn trẻ trong 1 khăn tắm sạch, ấm.

- Bước 2: Bế trẻ trên tay đúng tư thế: cánh tay đỡ lưng, bàn tay đỡ đầu.
- Bước 3: Rửa mặt theo thứ tự: mắt, mũi, tai mồm:
 - Dùng bông nhúng vào nước sạch lau nhẹ mắt từ góc trong của mắt ra ngoài sau đó lấy cục bông khác lau tiếp mắt bên kia theo trình tự tương tự.
 - Sau đó dùng 1 khăn tay nhỏ bằng vải mềm lau mặt từ giữa dọc theo mũi ra 2 bên tai, tránh đưa sâu vào trong tai, chú ý lau kỹ vùng sau tai và nếp gấp cổ.
- Bước 4: gội đầu: làm ướt tóc, xoa xà phòng (dầu gội đầu) từ trước ra sau đầu trẻ. Dùng nước gội sạch, lau khô ngay đầu trẻ.
- Bước 5: tắm trẻ: tắm từng phần hoặc tắm toàn thân tùy thuộc rốn chưa rụng hoặc đã rụng. Nếu tắm từng phần thì che ấm phần chưa tắm, phần nào tắm xong được lau khô ngay. Cả 2 ca đều theo thứ tự sau:
 - Tắm cổ, nách, cánh tay, ngực, bụng.
 - Tắm lưng, mông, chân.
 - Tắm bộ phận sinh dục.
- Bước 6: lau khô toàn thân.
- Bước 7: mặc áo, quần tã, giữ ấm.
- Bước 8: chăm sóc rốn nếu cuống rốn chưa rụng (xem bài chăm sóc rốn).
- Bước 9: đặt trẻ vào giường, ủ ấm.
- Bước 10: thu dọn dụng cụ và ghi phiếu chăm sóc theo dõi.

VI. THEO DÕI

- Tình trạng toàn thân, chú ý thân nhiệt.
- Cho trẻ ăn sữa sau khi đã hoàn thành việc tắm.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH ĐỀ PHÒNG

1. Bỏng

Cần kiểm tra nhiệt độ của nước trước khi tắm trẻ; cho nước lạnh vào chậu trước sau đó mới cho rót nước nóng vào cho tới khi đạt được nhiệt độ thích hợp để tránh không làm cho thành chậu bị nóng.

2. Hạ thân nhiệt

Phòng tắm ấm, không có gió lùa; nước tắm ấm; tắm nhanh; thời gian một lần tắm không quá 10 phút.

HỒI SỨC SƠ SINH NGẠT

I. ĐẠI CƯƠNG

Ngạt là tình trạng trẻ đẻ ra không thở, không khóc làm cho trẻ bị thiếu oxy, thừa CO₂. Để đánh giá mức độ ngạt, người ta dựa vào 2 chỉ số APGAR và SIGTUNA ở phút thứ 1, 5 và 10 sau đẻ. Trẻ bị ngạt khi có điểm APGAR<8 và SIGTUNA<4.

Hồi sức sơ sinh bị ngạt đòi hỏi sự khẩn trương, đúng kỹ thuật để giảm tử vong và di chứng cho trẻ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trước tất cả các cuộc đẻ đều phải sẵn sàng cho việc hồi sức sơ sinh
- Sơ sinh có điểm APGAR<8 và SIGTUNA<4
- Sơ sinh có khả năng sống cao (có tuổi thai>25 tuần)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không hồi sức hoặc ngừng hồi sức với thai <23 tuần hoặc <400gr
- Trẻ sinh ra không có nhịp tim, sau hồi sức 10 phút vẫn không có nhịp tim, nên cân nhắc ngừng hồi sức

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ, nữ hộ sinh

2. Phương tiện

- Trang bị hút:
 - + Máy hút
 - + ng hút số 6, 8, 10
- Trang bị bóng và mặt nạ:
 - + Bóng hồi sức sơ sinh có van giảm áp
 - + Mặt nạ sơ sinh các cỡ
 - + Oxy và ống dẫn
- Trang bị đặt nội khí quản:
 - + Đèn soi thanh quản với lưỡi thẳng số 0 (non thẳng), số 1 (đủ thẳng)
 - + ng nội khí quản các cỡ: 2,5- 3,0- 3,5- 4,0
- Thuốc:
 - + Adrenalin 1‰
 - + Dung dịch NaCl 9‰, Ringer lactat
- Dụng cụ khác:
 - + Bàn sưởi ấm
 - + ng nghe
 - + Catheter rốn
 - + Băng côn, băng dính

3. Người bệnh

- Sơ sinh được đặt lên bàn đã sưởi ấm từ trước
- Sau mỗi bước hồi sức đều được đánh giá về hô hấp, nhịp tim và màu da để

quyết định bước tiếp theo

4. Hồ sơ bệnh án

- Ghi điểm APGAR, tình trạng của trẻ khi ra đời
- Ghi cụ thể các việc hồi sức đã làm cho trẻ, tình trạng của trẻ sau khi hồi sức
- Đánh giá tuổi thai, cân nặng, tình trạng nước ối và các nguy cơ khác (tình trạng bệnh lý và thai nghén của người mẹ)

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Nguyên tắc

- Khai thông đường thở
- Khởi động thở
- Đảm bảo tuần hoàn
- Sử dụng thuốc

2. Các bước hồi sức

- Tất cả trẻ sơ sinh đẻ ra đều được lau khô và đánh giá tình trạng để quyết định việc hồi sức

* Bước 1: Đặt trẻ đúng tư thế

- Đặt trẻ nằm trên một mặt phẳng
- Kê dưới vai một cuộn khăn nhỏ để giữ đầu hơi ngửa

* Bước 2: Làm thông đường thở:

- Lau sạch mũi, miệng. Hút dịch khi có dấu hiệu tắc nghẽn hoặc nước ối bắn ở trẻ không khỏe
- Hút miệng trước (ống hút không sâu quá 5cm), mũi sau (ống hút không quá 3cm)

* Bước 3: Hỗ trợ hô hấp:

- Khi 1 trong 3 dấu hiệu được đánh giá là không tốt. Áp dụng các phương pháp sau:

+ Kích thích xúc giác:

+ Vỗ, búng vào gan bàn chân hoặc cọ xát mạnh và nhanh vào lưng trẻ (không quá 2 lần)

+ Cung cấp oxy cho trẻ qua mặt nạ

+ Hô hấp nhân tạo bằng bóng và mặt nạ: khi kích thích xúc giác không thành công

+ Mặt nạ che kín mũi và miệng trẻ

+ Một tay giữ mặt nạ, một tay bóp bóng với tần số 40-60 lần/phút

+ Đảm bảo lồng ngực của trẻ phồng lên theo nhịp bóp bóng

+ Đặt ống nội khí quản (xem bài Đặt nội khí quản) khi:

+ Thông khí bằng bóng và mặt nạ không hiệu quả

+ Cần hút dịch khí quản

+ Thông khí áp lực dương kéo dài

+ Thoát vị cơ hoành

+ Bước 4 : Ép tim ngoài lồng ngực

+ Chỉ định: sau 30 giây thông khí áp lực dương đúng kỹ thuật với oxy 100% mà nhịp tim:

+ Dưới 60 lần/phút

+ Từ 60-80 lần/phút và không tăng lên

- + Vị trí ép tim: 1/3 dưới xương ức hoặc điểm xương ức dưới đường nối 2 núm vú
- + Kỹ thuật:
 - 2 phương pháp
 - + Phương pháp ngón tay cái: 2 ngón cái đặt lên vị trí ép tim, 2 bàn tay ôm lấy thân trên của trẻ, các ngón khác đỡ sau lưng trẻ
 - + Phương pháp 2 ngón tay: ngón trỏ và ngón giữa đặt lên xương ức, bàn tay kia đỡ lưng trẻ
 - + Áp lực ép: ấn sâu 1/3 chiều dày lồng ngực
 - + Tần số ép: 120-140 lần/phút
 - + Luôn phối hợp cùng với bóp bóng theo tỷ số 3/1 (3 lần ép tim, 1 lần bóp bóng)
 - + Sau 30 giây nếu nhịp tim >80 lần/phút: ngừng ép tim, tiếp tục thông khí đến khi nhịp tim >100 lần/phút hoặc trẻ tự thở.
 - + Nếu nhịp tim vẫn <80 lần/phút: tiếp tục ép tim, bóp bóng và dùng thuốc
- + Bước 5: Thuốc
 - Adrenalin 1/10.000: cho 0,1-0,2ml/kg nhỏ vào nội khí quản hoặc đường tĩnh mạch. Có thể nhắc lại sau 3-5 phút
 - Chỉ định: nhịp tim là 0 hoặc <80 lần/phút dù đã được thông khí và ép tim 30 giây
 - Bù dịch: khi nghi ngờ có giảm thể tích tuần hoàn: dung dịch NaCl 0,9% hoặc Ringer Lactat 10ml/kg cho đường tĩnh mạch tốc độ 5-10 phút

3. Theo dõi

- Nếu có dấu hiệu khó thở hoặc da tím tái: dùng các phương pháp hô hấp hỗ trợ (CPAP, máy thở, Oxy)
- Nếu tình trạng xấu: chuyển tuyến lên cơ sở y tế cao hơn, đảm bảo chuyển tuyến an toàn
- Nếu tình trạng trẻ ổn định, không khó thở: cho tiếp xúc da kề da với mẹ và theo dõi sát các dấu hiệu sinh tồn

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tràn khí màng phổi: do thông khí không đúng kỹ thuật: cần đảm bảo bóp bóng đúng áp lực, bóng có van an toàn
- Chấn thương hầu họng do đặt nội khí quản: người làm hồi sức phải thành thạo, động tác nhẹ nhàng. Nếu chưa đặt vào được cần rút đèn ra, thông khí bằng bóng- mặt nạ cho trẻ rồi mới đặt lại
- Gãy xương sườn do ép tim không đúng vị trí và kỹ thuật: cần xác định đúng vị trí trên xương ức, không nhắc ngón tay khỏi vị trí trong suốt quá trình ép tim.

PHẦN IV. KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

PHẪU THUẬT NỘI SOI TRIỆT SẢN NỮ

I. ĐẠI CƯƠNG:

Phẫu thuật này đã được Blundell (Anh) đề xuất từ năm 1827. Năm 1880, Lundgren (Mỹ) thực hiện ca triệt sản đầu tiên sau khi phẫu thuật mổ lấy thai lần 2. Triệt sản nữ (thắt vòi tử cung) là biện pháp tránh thai hiệu quả nhất, an toàn, kinh tế, đơn giản

II. NGUYÊN TẮC CHUNG :

- Làm tắc thắt vòi tử cung bằng cách thắt và cắt thắt vòi tử cung
- Đảm bảo tuần hoàn nuôi dưỡng cho thắt vòi tử cung và buồng trứng

III. CHỈ ĐỊNH:

- Do nguyên nhân y tế đơn thuần: bệnh lý mẹ
- Do nguyên nhân y tế - xã hội: đẻ nhiều lần, đời sống kinh tế khó khăn, nguyện vọng người mẹ không muốn đẻ thêm nữa.
- Do nguyên nhân xã hội hoàn toàn: không muốn có con nữa, phụ thuộc vào nguyện vọng của người phụ nữ hoặc cặp vợ chồng
 - Do yêu cầu của vận động kế hoạch hóa gia đình nhằm giảm dân số

IV. CHUẨN BỊ

1. Ng thực hiện Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản có kinh nghiệm, được đào tạo và 2.

Phương tiện bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi

3. Người bệnh :

- Khám toàn thân và khám chuyên khoa để đánh giá bệnh lý phối hợp
- Tư vấn cho người bệnh về lý do phẫu thuật, các nguy cơ của phẫu thuật. -
- Người bệnh ký cam đoan phẫu thuật
- Thụt tháo
- Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông đại, sát khuẩn thành bụng vùng mổ 4. Hồ sơ bệnh án Hồ sơ phẫu thuật theo quy định, có duyệt mổ của lãnh đạo khoa, bệnh viện và phân công phẫu thuật viên.

V. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN KỸ THUẬT:

+Thì 1: Bơm CO2

- Điểm chọc kim bơm CO2 thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc trocar đèn soi (đây là điểm chọc phổ biến nhất). Trong ca có sẹo mổ cũ đường trắng giữa dưới rốn thì có thể chọc kim ở vị trí hạ sườn trái hoặc nội soi mở.

- Bơm CO2 đến áp lực mong muốn (khoảng 15mmHg)

- Có thể chọc trocar đèn soi trực tiếp ở ngay mép rốn sau đó bơm CO2 +Thì 2: Chọc Trocart

- Chọc trocar đèn soi (trocart 10 hoặc 5) ở ngay mép rốn và trocar phẫu thuật ở trên vệ

- + Thì 3: Bộc lộ đánh giá toàn bộ tiêu khung, quan sát tử cung, vòi tử cung
- +Thì 4. Triệt sản
 - Đốt vòi tử cung bằng dao 2 cực, ở vị trí sát 2 tai vòi
 - Dùng dao 1 cực cắt đôi vòi tử cung ở vị trí vừa đốt bằng dao 2 cực
 - Sau đó dùng dao 2 cực đốt lại 2 đầu mỏm cắt vòi tử cung
- + Thì 5: Rửa ổ bụng nếu cần và kiểm tra lại lần cuối

+Thì 6: Rút trocar, khâu da

VI. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

- Tổn thương hệ tiêu hóa
- Tổn thương hệ tiết niệu
- Tổn thương mạch máu
- Bỏng do điện
- Chảy máu trong ổ
- Có thai lại sau triệt sản

TRIỆT SẢN NỮ QUA ĐƯỜNG RẠCH NHỎ

I. ĐẠI CƯƠNG

Triệt sản nữ (thắt và cắt VTC) là biện pháp tránh thai hiệu quả nhất, an toàn, kinh tế, đơn giản, không ảnh hưởng đến sức khỏe, quan hệ tình dục

Tuyển áp dụng từ tuyến huyện bao gồm cả đội KHHGĐ lưu động của huyện trở lên

II. NGUYÊN TẮC CHUNG

- Làm tắc VTC bằng cách thắt và cắt VTC
- Đảm bảo tuần hoàn nuôi dưỡng cho VTC và buồng trứng

III. CHỈ ĐỊNH

- Phụ nữ ở độ tuổi sinh đẻ đã có đủ số con mong muốn, các con khỏe mạnh tự nguyện dùng một biện pháp tránh thai vĩnh viễn và không hồi phục sau khi đã được tư vấn đầy đủ
- Phụ nữ bị các bệnh chống chỉ định có thai
- Do nguyên nhân y tế - xã hội: đẻ nhiều lần, đời sống kinh tế khó khăn, nguyện vọng người mẹ không muốn đẻ thêm nữa.
- Do nguyên nhân xã hội hoàn toàn: không muốn có con nữa, phụ thuộc vào nguyện vọng của người phụ nữ hoặc cặp vợ chồng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản có kinh nghiệm, được đào tạo và có kỹ năng về phẫu thuật triệt sản

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật triệt sản

3. Khách hàng

- Tư vấn cho khách hàng về ưu nhược điểm cử triệt sản nữ
- Giải thích qui trình triệt sản nữ
- Hỏi tiền sử nội ngoại khoa
- Khám toàn thân và khám chuyên khoa để đánh giá bệnh lý phối hợp
- + Xét nghiệm máu: hemoglobin và hematocrit
- + Người bệnh ký cam đoan phẫu thuật
- + Thụt tháo
- + Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông đái, sát khuẩn thành bụng vùng mổ

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ phẫu thuật theo quy định, có duyệt mổ của lãnh đạo khoa, bệnh viện và phân công phẫu thuật viên.

5. Thời điểm thực hiện

- Khi không có thai
- Sau đẻ: thời điểm tốt nhất là trong vòng 7 ngày đầu hoặc 6 tuần sau đẻ
- Sau phá thai; trong vòng 7 ngày đầu
- Kết hợp triệt sản sau phẫu thuật bụng dưới

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thì 1

- Gây tê tại chỗ
- Đường mở bụng nhỏ (minilap)
- Đường mở bụng lớn khi kết hợp phẫu thuật khác và triệt sản

2. Thì 2 Kỹ thuật làm tắc vòi tử cung

- Tìm và xác định hai vòi tử cung đi từ sừng tử cung tới loa vòi tử cung
- Dùng kẹp răng chuột nâng phần eo của vòi tử cung hình thành quai vòi
- Dùng chỉ catgut thắt dưới quai một đoạn
- Cắt quai vòi trên chỉ buộc
- Thực hiện kỹ thuật tương tự cho vòi tử cung bên đối diện
- Sau khi kiểm tra đủ gác , đóng bụng theo từng lớp có thể không cần khâu phúc mạc thành bụng

VI. THEO DÕI

- Ngay sau triệt sản theo dõi các dấu hiệu sinh tồn
- Uống kháng sinh 5 ngày
- Giảm đau

VII. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

- Chảy máu ổ bụng
- Khỏi máu tụ

CÂY, RÚT MẢNH GHÉP TRÁNH THAI

Bước 1: Chuẩn bị Người bệnh.

- Hỏi tiền sử loại trừ chống chỉ định
- Khám phụ khoa
- Được tư vấn về các ưu, nhược điểm của que cấy tránh thai 252
- + Các tác dụng phụ
- + Cách theo dõi que cấy
- Cấy ở tay không thuận

Bước 2: Chuẩn bị Phương tiện.

- Que cấy tránh thai
- Lidocain 1% hoặc Xylocain 1% gây tê tại chỗ 2-3 ml
- Dung dịch sát khuẩn Betadin.
- Găng, khăn vô khuẩn
- Băng, băng chun
- Gạc vô khuẩn
- Bơm tiêm gây tê tại chỗ 5 ml.

Bước 3: Người thực hiện.

Nữ hộ sinh, bác sỹ chuyên khoa phụ sản, đã được đào tạo

Bước 4: Các bước tiến hành.

1) Kỹ thuật cấy

*** Norplant (6 que)**

- Sát khuẩn vùng da định cấy, thường ở mặt trong cánh tay không thuận
- Gây tê dưới da vùng cấy, mỗi nang quạt 1 ml Lidocain 1%
- Rạch da 2 mm
- Đưa ống đặt vào dưới da qua đường rạch
- Đặt từng que Norplant từ bên này sang bên kia
- Băng chỗ cấy

*** Implanon (1 que)**

- Sát khuẩn vùng da định cấy, thường ở mặt trong cánh tay không thuận
- Gây tê vùng định cấy bằng lidocain 1% dọc đường cấy
- Lấy ống cấy vô khuẩn ra khỏi bao bì
- Kiểm tra bằng mắt thường xem nang cấy có trong kim không
- Cấy nang thuốc
- Kiểm tra nang thuốc đã được cấy
- Băng ép bằng gạc vô khuẩn

2) Kỹ thuật tháo (áp dụng chung cho Norplant và Implanon)

- Sát khuẩn
- Gây tê
- Rạch da 2 mm
- Dùng tay nắn cho đầu nang lộ ra
- Dùng một kẹp nhỏ kẹp đầu nang cấy và kéo nhẹ ra
- Sát khuẩn, băng lại

Bước 5: Chuyển Người bệnh về phòng điều trị và theo dõi

ĐẶT VÀ THÁO DỤNG CỤ TỬ CUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Dụng cụ tử cung là một biện pháp tránh thai tạm thời và hiệu quả. Dụng cụ tử cung có hai loại:

Loại dụng cụ tử cung có chứa đồng (TCu 380A có tác dụng tránh thai 8- 10 năm và Mutiload 375 có tác dụng trong 5 năm)

Loại dụng cụ TC giải phóng Levonogestrel chứa 52 mg Levonogestrel, giải phóng 20mcg hoạt chất/ngày tác dụng tối đa 5 năm

II. CHỈ ĐỊNH

Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ muốn áp dụng một biện pháp tránh thai tạm thời, dài hạn hiệu quả cao và không có chống chỉ định

Phụ nữ đang đặt DCTC muốn tháo để sinh đẻ hoặc chuyển BPTT khác

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Tuyệt đối

- Có thai
- Nhiễm khuẩn hậu sản
- Ngay sau sảy thai nhiễm khuẩn
- Ra máu âm đạo chưa rõ nguyên nhân
- Ung thư cổ tử cung, ung thư niêm mạc tử cung
- U xơ tử cung hoặc các dị dạng khác làm biến dạng buồng tử cung
- Đang viêm tiểu khung, nhiễm khuẩn đường sinh sản
- Bệnh huyết áp cao, bệnh gan, bệnh thận, bệnh tim nặng
- Lao vùng chậu

2. Tương đối

- Có nguy cơ bị nhiễm khuẩn đường sinh sản hoặc nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục cao
- Có tiền sử thai ngoài tử cung
- Trong thời gian từ 48 giờ đến 4 tuần sau đẻ
- Tháo dụng cụ tử cung theo yêu cầu của người bệnh hoặc của cán bộ y tế không có chống chỉ định
- Đang bị bệnh lupus ban đỏ hệ thống ,hoặc có giảm tiểu cầu trầm trọng
- Bệnh nguyên bào nuôi lành tính có nồng độ β hCG giảm dần
- Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong 5 năm trở lại (chỉ với vòng levonogestrel)
- bệnh AIDS đang không ổn định
- Đang bị thuyên tắc mạch (chỉ chống chỉ định với levonogestrel)
- Đang hoặc đã bị thiếu máu cơ tim

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Nữ hộ sinh trung cấp, y sĩ hay bác sỹ chuyên khoa phụ sản.
- Người làm thủ thuật: rửa tay, đội mũ, mặc áo, đeo khẩu trang, đeo găng vô khuẩn.

2. Phương tiện

- Dụng cụ tử cung
- Ván hoặc mỏ vịt
- Kẹp pozzi
- 2 panh sát khuẩn
- Dung dịch sát khuẩn, khăn vô khuẩn, găng, bông gạc vô khuẩn.

3. Người bệnh

- Được tư vấn và giới thiệu về loại dụng cụ tử cung hiện có, hướng dẫn cụ thể về loại dụng cụ tử cung người bệnh sẽ dùng.
- Giới thiệu và giải thích về ưu nhược điểm của loại dụng cụ tử cung mà người bệnh đó chọn.
- Cách theo dõi sau đặt và tháo dụng cụ tử cung
- Cho khách hàng đi tiểu
- Để khách hàng nằm trên bàn theo tư thế phụ khoa

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1) Thời điểm đặt dụng cụ tử cung

- * Dụng cụ tử cung có chứa đồng (Tcu 380A và Multiload 375)
 - Đặt dụng cụ tử cung sau sạch kinh 2 ngày chưa giao hợp là thuận lợi nhất
 - Ở bất kỳ thời điểm nào nếu biết chắc chắn là không có thai, không cần sử dụng biện pháp tránh thai hỗ trợ
 - Bất kỳ lúc nào trong vòng 12 ngày đầu của kỳ kinh (chưa giao hợp).
- * Dụng cụ tử cung giải phóng Levonogestrel
 - Trong vòng 7 ngày đầu kể từ ngày kinh đầu tiên
 - Ở bất kỳ thời điểm nào nếu biết chắc chắn là không có thai,
 - Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm biện pháp tránh thai hỗ trợ trong vòng 7 ngày kế tiếp.
 - Vô kinh; bất cứ thời điểm nào nếu khẳng định không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm biện pháp tránh thai hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
 - Sau sinh 4-6 tuần trở đi (kể cả sau phẫu thuật lấy thai)
 - Sau phá thai ba tháng đầu và ba tháng giữa, trừ nhiễm khuẩn sau phá thai.

2) Kỹ thuật

- * Đặt dụng cụ tử cung Tcu 380A và Multiload 375
 - Khám trong để xác định tư thế, thể tích tử cung.
 - Thay găng vô khuẩn
 - Sát khuẩn bộ phận sinh dục ngoài (kẹp sát khuẩn 1)
 - Trải khăn vô khuẩn
 - Bộc lộ cổ tử cung
 - Sát khuẩn cổ tử cung và túi cùng âm đạo bằng Betadin (kẹp sát khuẩn 2)
 - Cặp cổ tử cung bằng pozzi
 - Đo buồng tử cung
 - Lắp dụng cụ tử cung vào ống đặt
 - Đưa dụng cụ tử cung vào trong tử cung. Cắt dây dụng cụ tử cung để lại từ 2 – 3 cm và gập vào túi cùng sau âm đạo.
- * Đặt dụng cụ tử cung giải phóng Levonogestrel
 - Các bước như với dụng cụ tử cung Tcu 380A và Multiload 375

- Chú ý: thao tác thành thạo kỹ thuật đặt theo từng bước

3) Tháo dụng cụ tử cung

* Vì lý do y tế

- Có thai
- Ra máu nhiều
- Đau bụng dưới nhiều
- Nhiễm khuẩn tử cung hoặc tiểu khung
- Dụng cụ tử cung bị tụt thấp
- Đã mãn kinh (sau khi mất kinh từ tháng 12 trở lên)
- Dụng cụ tử cung đã hết hạn

* Vì lý do cá nhân

- Muốn có thai trở lại
- Muốn dùng một biện pháp tránh thai khác
- Không cần dùng biện pháp tránh thai khác

* Cách tháo dụng cụ tử cung

Cả 3 loại dụng cụ tử cung (Tcu 380A, Multiload 375 và Mirena) đều có dây nên chỉ cần dùng kẹp cặp vào 2 dây nhẹ nhàng kéo ra là được. Nếu không thấy dây phải nong cổ tử cung dùng panh hình tim hoặc panh dài không có răng cặp và kéo dụng cụ tử cung.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Sau khi đặt dụng cụ tử cung cho người bệnh nằm theo dõi 30 phút, uống thuốc kháng sinh 5 ngày tránh viêm nhiễm, uống thuốc giảm co bóp tử cung, làm việc nhẹ.

- Kiêng giao hợp 1 tuần
- Khám lại vào các thời điểm
- + Một tháng sau khi đặt
- + Ba tháng sau khi đặt
- + Một năm kiểm tra lại một lần

*Khám lại ngay khi chưa có dấu hiệu bất thường như đau bụng nhiều, ra máu nhiều kéo dài, âm đạo ra dịch hôi...

2. Xử trí tai biến

Biến chứng do đặt và tháo dụng cụ tử cung rất ít. Tuy nhiên một số biến chứng có thể gặp trong khi đặt và tháo dụng cụ tử cung như : thủng tử cung, nhiễm khuẩn, chảy máu nhiều....

- Thủng tử cung phẫu thuật khâu lỗ thủng
- Nhiễm khuẩn: điều trị kháng sinh
- Ra máu nhiều có thể phải lấy dụng cụ tử cung

PHẦN V. PHÁ THAI

PHÁ THAI NỘI KHOA ĐẾN HẾT 9 TUẦN VÔ KINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Phá thai được cho phép tại Việt Nam, ước tính hàng năm có khoảng hơn 500.000 trường hợp phá thai tại Việt Nam. Phá thai nội khoa chính thức triển khai thành dịch vụ tại Việt Nam từ 2002 và ngày càng được chọn lựa do tính an toàn, hiệu quả và thuận tiện của phương pháp.

Phá thai nội khoa đến hết 9 tuần vô kinh là phương pháp chấm dứt thai kỳ trong tử cung bằng cách sử dụng phối hợp Mifepriston và Misoprostol gây sảy thai, cho các thai đến hết 9 tuần (63 ngày).

1) Tuyển áp dụng.

- Tuyển trung ương: áp dụng cho tuổi thai đến hết 63 ngày.
- Tuyển tỉnh: áp dụng cho tuổi thai đến hết 56 ngày.
- Tuyển huyện: áp dụng cho tuổi thai đến hết 49 ngày (đối với khoa Chăm sóc SKSS huyện, do giám đốc Sở Y tế quyết định căn cứ vào điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực cụ thể của khoa).

2) Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản được huấn luyện về phá thai nội khoa và thành thạo kỹ thuật phá thai bằng phương pháp ngoại khoa.

II. CHỈ ĐỊNH

Thai trong tử cung với tuổi thai phù hợp theo tuyển được phép áp dụng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Tuyệt đối.

- Bệnh lý tuyến thượng thận.
- Điều trị corticoid toàn thân lâu ngày.
- Tăng huyết áp, hẹp van 2 lá, tắc mạch hoặc có tiền sử tắc mạch.
- Rối loạn đông máu, sử dụng thuốc chống đông.
- Thiếu máu nặng.
- Dị ứng mifepriston hay misoprostol.

2. Tương đối.

- Đang cho con bú.
- Đang đặt dụng cụ tử cung (có thể lấy DCTC trước phá thai bằng thuốc).
- Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính (cần điều trị trước)

IV. CHUẨN BỊ

1. Điều kiện áp dụng.

Khách hàng có thể tới được cơ sở y tế trong vòng 60 phút.

2. Cơ sở vật chất.

- Nơi cung cấp dịch vụ phải có nhà vệ sinh gần phòng theo dõi khi thực hiện phá thai.

- Có phòng thủ thuật và phương tiện đủ tiêu chuẩn theo qui định để thực hiện can thiệp khi cần.
- Phương tiện dụng cụ: cấp cứu, xử lý dụng cụ và chất thải.
- Thuốc: mifepriston, misoprostol, giảm đau, cấp cứu chống choáng.

3. Chuẩn bị Khách hàng

- Người cung cấp dịch vụ tự giới thiệu với khách hàng
- Hỏi tiền sử nội ngoại khoa ,sản phụ khoa ,tiền sử dị ứng
- Hỏi ngày đầu của kỳ kinh cuối
- Khám lâm sàng, khám hỏi bệnh sử đánh giá chỉ định và chống chỉ định
- Siêu âm đánh giá chính xác tuổi thai

4. Hồ sơ bệnh án bệnh án

Điền đầy đủ vào hồ sơ bệnh án phá thai

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư vấn phá thai bằng thuốc (khuyến khích nữ hộ sinh được đào tạo làm công tác tư vấn).

- Giới thiệu hiệu quả của phá thai bằng thuốc và khẳng định khách hàng phải chấp nhận hút thai nếu phá thai bằng thuốc thất bại.
- Giới thiệu qui trình phá thai bằng thuốc: cách uống thuốc và sự xuất hiện của các triệu chứng bình thường sau uống thuốc (ra huyết âm đạo và đau bụng). Nhấn mạnh sự cần thiết của việc khám lại theo hẹn.
- Tư vấn cách tự theo dõi và tự chăm sóc sau dùng thuốc phá thai.
- Giới thiệu các tác dụng phụ của thuốc phá thai và cách xử lý.
- Kê đơn thuốc giảm đau.
- Nhấn mạnh các triệu chứng cần trở lại cơ sở y tế ngay.
- Cung cấp thông tin liên lạc trong những tình huống cấp cứu.
- Cung cấp thông tin về khả năng có thai trở lại sau phá thai bằng thuốc.
- Giới thiệu các BPTT, giúp khách hàng lựa chọn BPTT phù hợp và hướng dẫn khách hàng sử dụng đúng.
- Cung cấp BPTT hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp BPTT.

* *Qui trình phá thai.*

- Thai đến hết 49 ngày.

Uống 200 mg mifepriston tại cơ sở y tế và theo dõi sau uống 15 phút. Uống hoặc ngậm dưới lưỡi 400 mcg misoprostol sau khi dùng mifepriston từ 36 đến 48 giờ, có thể uống tại cơ sở y tế hay tại nhà.

- Thai từ 50 đến hết 63 ngày.

+ Uống 200 mg mifepriston.

+ Ngậm dưới lưỡi 800 mcg misoprostol (nếu khách hàng nôn nhiều có thể đặt túi cùng sau) sau khi dùng mifepriston từ 36 đến 48 giờ, tại cơ sở y tế và theo dõi tại cơ sở y tế ít nhất 3 giờ.

VI. THEO DÕI

1. Theo dõi trong những giờ đầu sau uống thuốc.

- Dấu hiệu sinh tồn mỗi giờ một lần trong 3 giờ đầu (nếu cần).
- Tình trạng ra máu âm đạo, đau bụng (có thể dùng thuốc giảm đau nếu cần) và các triệu chứng tác dụng phụ: nôn, buồn nôn, tiêu chảy, sốt.

2. Khám lại sau 2 tuần.

- Đánh giá hiệu quả điều trị.
- Sảy thai hoàn toàn: kết thúc điều trị.
- Sốt thai, sốt rau, thai lưu: có thể tiếp tục dùng misoprostol đơn thuần liều 400-600 mcg uống hay ngậm dưới lưỡi hoặc hút buồng tử cung.
- Thai tiếp tục phát triển: hút thai
- Ứ máu trong buồng tử cung: tùy theo mức độ, có thể điều trị nội khoa hay hút buồng tử cung

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tai biến: chảy máu nhiều, rong huyết kéo dài, nhiễm khuẩn, sót thai, sót rau.
- Xử trí: theo phác đồ cho từng tai biến

PHÁ THAI BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT CHÂN KHÔNG

Hút chân không là một phương pháp an toàn, đáng tin cậy, sử dụng dụng cụ hút chân không để chấm dứt thai nghén.

- Phương pháp này an toàn khi người cung cấp dịch vụ là các cán bộ y tế đã được đào tạo và có đủ kỹ năng thực hiện thủ thuật.

Phương pháp này được thực hiện cho những phụ nữ:

- Có thai 12 tuần tuổi trở xuống (tính từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng).

- Muốn chấm dứt thai nghén.

- tiến hành khám khung chậu.

- Nhân viên y tế sẽ hỏi bạn một số câu hỏi về sức khỏe, giải thích cho bạn về thủ thuật và tư vấn cho bạn về các biện pháp tránh thai.

- Bạn cần ký vào bản cam kết phá thai, sau đó uống thuốc giảm đau.

- Sau đó nhân viên y tế sẽ đưa mỏ vịt vào trong âm đạo (bạn sẽ cảm thấy hơi tức ở nơi đặt mỏ vịt).

- Nhân viên y tế sẽ tiến hành gây tê ở cổ tử cung cho bạn (bạn sẽ cảm thấy có cảm giác như kiến đốt ở chỗ tiêm gây tê).

- Nhân viên y tế sẽ dùng dụng cụ hút chân không để hút tổ chức thai.

- Bạn sẽ tỉnh táo suốt thời gian làm thủ thuật và sẽ cảm thấy hơi đau do tử cung co lại.

- Đau do co cơ tử cung sẽ tăng lên khi thủ thuật gần kết thúc và sẽ giảm đi ngay sau khi thủ thuật đã hoàn tất.

- Thủ thuật sẽ kéo dài khoảng 5 - 10 phút.

Điều gì sẽ xảy ra sau thủ thuật ?

Nhân viên y tế sẽ thường xuyên theo dõi sự hồi phục của bạn trong vòng 30 phút, sau đó bạn có thể ra về.

Thông thường, bạn sẽ thấy ra máu và đau do co cơ tử cung trong vài ngày sau khi làm thủ thuật. Biểu hiện có thể giống một kỳ kinh bình thường. Nếu bạn thấy ra máu quá nhiều thì cần liên hệ với cơ sở y tế.

Tôi cần làm gì sau khi phá thai ?

Uống các thuốc theo đơn và chỉ dẫn của nhân viên y tế.

Thay băng vệ sinh thường xuyên như kỳ kinh bình thường cho đến khi hết ra máu.

Bạn có thể tắm bình thường.

Bạn không cần phải kiêng bất kỳ loại thức ăn nào.

Tránh lao động nặng trong tuần đầu tiên sau khi phá thai.

Nếu phương pháp này thất bại thì sao ?

Nếu hút sót, cần tiến hành hút lại.

Có thể xảy ra các tai biến không ?

Phá thai ba tháng đầu bằng phương pháp hút chân không là thủ thuật an toàn hơn nhiều so với phương pháp nạo bằng thìa, tuy nhiên vẫn có một tỷ lệ nhỏ các tai biến có thể xảy ra.

Những tai biến và biến chứng nào có thể xảy ra ?

Hiếm gặp các tai biến sau đây:

Chảy máu nhiều gây yếu mệt hoặc hoa mắt, rất hiếm khi cần đến truyền máu.

Nhiễm trùng, cần dùng thêm kháng sinh.

Tổn thương cổ tử cung, tử cung cần can thiệp ngoại khoa.

Khi nào tôi cần quay lại khám ?

1. Nếu bạn thấy

+ Đau bụng nhiều và tăng lên.

+ Ra máu nhiều hoặc kéo dài trên một tuần và lượng máu không ít đi.

+ Sốt hoặc ớn lạnh.

+ Khí hư có mùi hôi.

(Chú ý: có thể ra máu kéo dài trong vài tuần nhưng phải giảm dần về lượng)

2. Cần quay lại khám kiểm tra sau 2 tuần