SỞ Y TẾ LAI CHÂU
TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 55/QĐ-TTYT

Than Uyên, ngày 21 tháng 3 năm 2019

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành phụ sản"

GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN THAN UYÊN

Căn cứ Quyết định số 1377/ QĐ-BYT, ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế Về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản";

Căn cứ Quyết định 4128/QĐ-BYT, ngày 29/7/2016 của Bộ Y tế về việc phê duyệt tài liệu "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản";

Căn cứ Quyết định số 1985/QĐ-SYT, ngày 28/12/2018 của Sở Y tế Lai Châu về việc Ban hành quy định về phân cấp quản lý công tác tổ chức bộ máy, biên chế và công chức, viên chức cho các đơn vị thuộc Sở Y tế;

Căn cứ Biên bản họp ngày 15/3/2019 của Hội đồng chuyên môn V/v xây dựng Quy trình kỹ thuật khám - chữa bệnh;

Theo đề nghị của Trưởng phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này 41 Quy trình kỹ thuật chuyên ngành phụ sản.

Điều 2. Các đơn vị trực thuộc Trung tâm Y tế Than Uyên có nhiệm vụ:

- Triển khai áp dụng hiệu quả các quy trình được phê duyệt.

- Kịp thời tham mưu, đề xuất các điều kiện để phát huy hiệu quả các quy trình.

- Tiếp tục tham mưu, đề xuất các quy trình kỹ thuật mới thuộc chuyên ngành Phụ sản để áp dụng tại đơn vị.

- Các dịch vụ kỹ thuật khác đã được Sở Y tế phê duyệt nhưng đơn vị chưa ban hành quy trình kỹ thuật để thực hiện thì thực hiện áp dụng theo các quyết định hướng dẫn quy trình kỹ thuật do Bộ Y tế đã ban hành.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực từ ngày ký ban hành. Trưởng phó các đơn vị trực thuộc Trung tâm Y tế Than uyên căn cứ Quyết định thi hành./.

Nơi nhận:
- Như Điều 3;
- Sở Y tế Lai Châu;
- Lưu: KH-NV.

GIÁM ĐỐC

DANH MỤC
HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH CHUYÊN NGÀNH PHỤ SẢN

(Ban hành kèm theo Quyết định số 55/QĐ-TTYT, ngày 21/3/2019 của TTYT Than Uyên)

STT	QUY TRÌNH KỸ THUẬT
Chương I: Sản khoa	
1	Đỡ đẻ thường ngôi chỏm
2	Đỡ đẻ ngôi mông
3	Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ
4	Phẫu thuật lấy thai
5	Cắt khâu tầng sinh môn
6	Khâu phục hồi rách âm đạo
7	Khâu rách cổ tử cung
8	Đỡ đẻ sinh đôi
9	Khâu vòng cổ tử cung
10	Gây chuyển dạ bằng thuốc
11	Phẫu thuật thắt động mạch tử cung
12	Nội xoay thai
13	Bóc rau nhân tạo
14	Kiểm soát tử cung
15	Nạo sẩy thai
Chương II: Phụ khoa	
16	Phẫu thuật mở bụng cắt tử cung bán phần
17	Phẫu thuật mở bụng bóc u xơ tử cung
18	Phẫu thuật cắt polyp cổ tử cung
19	Phẫu thuật mở bụng cắt u buồng trứng hoặc cắt phần phụ
20	Phẫu thuật chửa ngoài tử cung vỡ
21	Trích rạch màng trinh do ứ máu kinh
22	Bóc nang tuyến Bartholin
23	Hút buồng tử cung do rong kinh rong huyết
24	Bóc nhân xơ vú
25	Chích áp xe vú

26	Hút thai trứng
27	Nong buồng tử cung đặt dụng cụ chống dính
28	Phẫu thuật nội soi cắt u buồng trứng hoặc cắt phần phụ
Chương III: Sơ sinh	
29	Tắm sơ sinh
30	Chăm sóc rốn sơ sinh
31	Hồi sức sơ sinh ngạt
32	Đặt ống thông tĩnh mạch rốn sơ sinh
33	Điều trị vàng da ở trẻ sơ sinh bằng phương pháp chiếu đèn
Chương IV: Kế hoạch hóa gia đình	
34	Hút thai đến 12 tuần
35	Phá thai từ 13 đến 18 tuần bằng phương pháp nong và gắp thai
36	Đặt và tháo dụng cụ tử cung
37	Triệt sản nữ qua đường rạch nhỏ
38	Phá thai nội khoa đến hết 9 tuần vô kinh
39	Phá thai nội khoa cho thai 13-22 tuần
40	Phẫu thuật nội soi triệt sản nữ
41	Phẫu thuật nội soi lấy dụng cụ tử cung trong ổ bụng

Tổng số: 41 Quy trình kỹ thuật.

ĐỠ ĐẺ THƯỜNG NGÔI CHỎM

I. ĐỊNH NGHĨA

Đỡ đẻ thường ngôi chỏm là thủ thuật tác động vào thì sổ thai để giúp cuộc đẻ được an toàn theo đường âm đạo, không cần can thiệp (trừ trường hợp cắt tầng sinh môn).

II. CHỈ ĐỊNH

Thai ngôi chỏm, đầu đã lọt thấp, thập thò ở âm hộ và chuẩn bị sổ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thai không có khả năng đẻ được theo đường dưới.
- Ngôi chỏm chưa lọt.

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Phương tiện.

- Bộ dụng cụ đỡ đẻ và bộ khăn vô khuẩn.
- Bộ dụng cụ cắt, khâu tầng sinh môn.
- Khăn, bông, băng, gạc hấp, chỉ khâu, kim khâu, kẹp rốn vô khuẩn.
- Thuốc oxyocin 10 đơn vị lấy sẵn trong bơm tiêm.
- Dụng cụ để hút nhớt và hồi sức sơ sinh (máy hút, ống hút, bóng và mặt nạ sơ sinh).
- Thông đái.

4.2. Sản phụ.

- Được động viên, hướng dẫn cách thở, cách rặn và thư giãn ngoài cơn rặn.
- Được hướng dẫn đi đại tiện hoặc thụt tháo phân lúc mới bắt đầu chuyển dạ và tiểu tiện khi sắp đẻ. Nếu có cầu bàng quang mà không tự đái được thì thông tiểu.
- Rửa vùng sinh dục ngoài bằng nước chín.
- Sát khuẩn rộng vùng sinh dục và bẹn, đùi.
- Trải 1 khăn vô khuẩn lên bụng sản phụ để đón bé.

4.3. 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.

5. Các bước tiến hành.

5.1. 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 cổ tử cung mở hết và có cơn co tử cung, không được nong cổ tử cung và âm đạo, không được đẩy bụng sản phụ.

- Ở thì lọt, xuống và xoay không can thiệp, chỉ theo dõi cơn co tử cung, tim thai, độ xóa mở cổ tử cung, độ lọt, khi cổ tử cung 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 rạ là 30 phút. Nếu quá thời gian này cần can thiệp để lấy thai ra bằng forceps hoặc bằng giác kéo.

- Trong thời gian sản phụ rặn đẻ vẫn phải theo dõi tim thai thường xuyên, sau mỗi cơn rặn.

5.2. Người đỡ đẻ chỉ bắt đầu đỡ khi có đủ các điều kiện sau:

- Cổ tử cung mở hết.

- Ối đã vỡ (chưa vỡ thì bấm ối).

- Ngôi thai đã lọt và thập thò ở âm môn làm tầng sinh môn 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 tử cung.

5.3. Các thao tác đỡ đẻ gồm có:

5.3.1. Đỡ đầu

Sổ kiểu chẩm vệ.

- Giúp đầu cúi tốt: ấn nhẹ nhàng vào vùng chẩm trong mỗi cơn co tử cung.

- Nếu cần thì cắt tầng sinh môn ở vị trí 5 giờ hoặc 7 giờ, vào lúc tầng sinh môn giãn căng.

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

Sổ kiểu chẩm cùng.

- Khi đỡ đầu vì ngôi chỏm sổ kiểu chẩm 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 chẩm 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).

5.3.2. Đỡ vai.

- Quan sát xem đầu thai có xu hướng quay về bên nào thì giúp cho chẩm quay về bên đó (chẩm trái-ngang hoặc chẩm 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 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 tầng sinh môn, nhấc thai lên phía trên và cho sổ vai sau. Ở thì này dễ rách tầng sinh môn, vì vậy phải giữ tầng sinh môn tốt và cho vai sổ từ từ.

5.3.3. Đỡ thân, mông và chi.

- Khi đã sổ xong hai vai, bỏ tay giữ tầng sinh môn để thân thai nhi sổ và khi thân ra ngoài thì bắt lấy hai bàn chân,

5.4. Tiếp xúc da kề da ngay sau đẻ.

Sau khi thai sổ, đánh giá nhanh tình trạng trẻ. Nếu trẻ khóc hoặc trương lực cơ tốt thì đặt trẻ lên bụng mẹ.

- Nhanh chóng, vừa lau khô trẻ theo trình tự (lau mắt, mặt, đầu, ngực, bụng, tay, chân, mông…) vừa đánh giá nhanh toàn trạng chung của trẻ theo thường qui.

- Bỏ khăn đã lau khô cho trẻ

- Đặt trẻ nằm sấp tiếp xúc da kề da trên bụng mẹ, đầu nằm nghiêng giữa hai bầu vú, ngực áp vào ngực mẹ, tay để sang hai bên. Dùng 1 khăn khô, sạch để che lưng cho trẻ. Đội mũ cho trẻ. Nếu trời lạnh có thể dùng thêm áo ấm của mẹ hoặc khăn bông ấm đắp bên ngoài cho cả mẹ và con.

- Hướng dẫn và hỗ trợ người mẹ ôm ấp, vuốt ve trẻ.

Chú ý: Chỉ kẹp cắt rốn ngay nếu trẻ cần phải hồi sức

5.5.Tiêm Oxytocin.

- Sau khi đặt trẻ lên bụng mẹ, cho mẹ ôm lấy trẻ, sờ nắn tử cung qua thành bụng sản phụ để chắc chắn không còn thai trong tử cung.

- Tiến hành tiêm 10đv oxytocin vào mặt trước đùi sản phụ.

5.6. Kẹp dây rốn muộn, một thì.

- Chờ đến khi dây rốn ngừng đập thì mới tiến hành kẹp và cắt dây rốn.

- Kẹp thứ nhất cách chân rốn 2cm, kẹp thứ 2 cách kẹp thứ nhất 3cm, cắt dây rốn sát kẹp thứ nhất bằng kéo vô khuẩn.

5.7. Kéo dây rốn có kiểm soát.

- Đặt bàn tay lên bụng dưới sản phụ để đánh giá co hồi tử cung. Chỉ khi tử cung đã co tốt mới thực hiện các bước tiếp theo.

- Một tay cầm kẹp và dây rốn, giữ căng dây rốn, bàn tay còn lại đặt lên trên khớp vệ giữ và ấn tử cung theo hướng ngược lên trên về phía xương ức trong khi tay cầm kẹp dây rốn kéo với lực vừa phải theo hướng của cơ chế đẻ (lúc đầu kéo xuống, tiếp đến kéo ngang rồi kéo lên). Động tác này nhằm đề phòng lộn đáy tử cung.

- Khi bánh rau đã ra đến âm hộ thì tay giữ dây rốn hạ thấp xuống cho trọng lượng bánh rau kéo màng rau bong ra theo. Nếu màng rau không bong ra thì 2 tay người đỡ giữ bánh rau xoay theo 1 chiều để màng rau sổ 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 khi tử cung co bóp trở lại.

- Tiếp tục lặp lại động tác kéo dây rốn vừa phải kết hợp với ấn ngược tử cung về phía xương ức khi có cơn co tử cung.

5.8. Xoa đáy tử cung

- Sau khi rau sổ ra ngoài phải xoa đáy tử cung qua thành bụng cho đến khi tử cung co chặt lại.

- Cứ 15 phút xoa đáy tử cung 1 lần trong 2 giờ đầu (có thể hướng dẫn cho sản phụ hoặc gia đình hỗ trợ).

- Bảo đảm tử cung vẫn co tốt sau khi kết thúc xoa tử cung.

Chú ý

- Kiểm tra rau để tránh sót rau.Nếu sót rau hay có chảy máu phải tiến hành kiểm soát tử cung, tìm nguyên nhân chảy máu sau đẻ để kịp thời xử trí theo đúng phác đồ.

- Nếu sau 30 phút mà bánh rau chưa bong hoặc chảy máu nhiều thì cần tiến hành bóc rau nhân tạo ngay.

5.9. Hỗ trợ bà mẹ cho trẻ bú sớm và bú mẹ hoàn toàn.

- Quan sát các dấu hiệu đòi bú của trẻ: trẻ mở miệng, chảy dãi, mút ngón tay, trườn tìm vú mẹ.

- Hỗ trợ bà mẹ cho trẻ bú sớm ngay trên bụng mẹ, cho em bé nằm trên bụng mẹ 60-90 phút nếu tình trạng của mẹ và bé cho phép.

- Sau khi trẻ bú xong bữa bú đầu tiên mới tiến hành chăm sóc thường quy như cân, đo chiều cao, vòng đầu, tiêm vacxin, vitamin K1 theo quy định.

ĐỠ ĐẺ NGÔI MÔNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Ngôi mông là một ngôi đẻ khó, nhưng vẫn có thể đẻ đường dưới được. Ngôi mông có tần suất 2 - 6% trong tổng số các cuộc chuyển dạ. Ngôi mông có tỷ lệ rất cao ở các ca đẻ non.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chỉ định	Chống chỉ định
Có thể lựa chọn cho đẻ đường âm đạo dưới các ca sau: - Ngôi mông hoàn toàn hoặc không hoàn toàn kiểu mông. - Tuổi thai > 34 tuần. - Trọng lượng thai dự đoán 2500 - 3000g. - Đầu thai nhi cúi tốt. - Khung chậu người mẹ rộng (qua khám lâm sàng và siêu âm hoặc Xquang). - Không có chỉ định mổ lấy thai cả về phía mẹ hoặc con. - Biểu hiện của mẹ trong quá trình chuyển dạ thuận lợi, không có tình trạng nguy hiểm cho mẹ và con. - Xác định các dị tật có thể làm thai chết.	**1. Chống chỉ định về phía mẹ:** - Bất thường khung chậu. - Có khối u tiền đạo. - Có sẹo mổ cũ ở tử cung. - Tổn thương ở vùng chậu và tầng sinh môn. - Các bệnh lý của mẹ lúc mang thai (đái đường, cao huyết áp...) - Các bệnh lý tim mạch, suy hô hấp. **2. Chống chỉ định do phần phụ của thai:** - Rau tiền đạo. - Đa ối. - Dây rốn ngắn hoặc dây rốn quấn cổ. **3. Chống chỉ định về phía thai:** - Suy thai mãn. - Đầu ngửa nguyên phát. - Đẻ non, thai 1500-2500 gr. - Trọng lượng thai dự đoán > 3000gr. - Thai già tháng. - Đa thai có hơn 1 thai là ngôi mông.

III. ĐIỀU KIỆN

❖ Đỡ đẻ ngôi mông đường âm đạo được thực hiện do một người có kinh nghiệm sẽ an toàn và khả thi với những điều kiện sau đây:

- Ngôi mông hoàn toàn hoặc ngôi mông không hoàn toàn.
- Khung chậu bình thường.
- Thai nhi không quá lớn.

- Không có sẹo mổ cũ ở tử cung.

- Đầu thai cúi tốt.

- Khám sản phụ thường xuyên và ghi lại quá trình chuyển dạ trên biểu đồ chuyển dạ.

- Nếu ối vỡ, khám sản phụ ngay lập tức để loại trừ sa dây rốn.

Lưu ý:

- Không được bấm ối.

- Nếu có sa dây rốn và cuộc đẻ không xảy ra ngay lập tức, chỉ định mổ lấy thai.

- Nếu nhịp tim thai bất thường (<100 hoặc >180 lần/phút) hoặc chuyển dạ kéo dài, chỉ định mổ lấy thai.

- Phân su thường gặp trong ngôi mông và đó không phải là dấu hiệu suy thai nếu nhịp tim thai bình thường.

- Sản phụ không được rặn cho đến khi cổ tử cung mở hết. Phải khám âm đạo để xác định cổ tử cung mở hết.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Một kíp đỡ đẻ ngôi mông 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.

- Khi quyết định cho đẻ đường âm đạo trong ngôi mông, nên chọn bác sĩ sản khoa có kinh nghiệm đỡ đẻ ngôi mông.

- Một người gây mê có khả năng hồi sức sơ sinh hoặc triển khai nhanh cuộc mổ cấp cứu.

- Có sẵn kíp gây mê, bác sĩ nhi khoa để hỗ trợ khi cần.

2. 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).

- Ống thông bàng quang 01 cái.

- Forcep Piper để lấy đầu hậu.

- Hộp dụng cụ cắt - khâu TSM.

- Hộp dụng cụ đỡ đẻ.

- Máy hút dịch.

- Ống hút nhớt trẻ sơ sinh (01 cái).

- Dụng cụ và thuốc hồi sức sơ sinh (01 hộp).

3. Sản phụ

Sản phụ phải được tư vấn về thuận lợi và nguy cơ của sinh ngôi mông đường âm đạo, cách rặn đẻ để phối hợp với bác sĩ trong quá trình rặn sổ thai. Lựa chọn đẻ đường âm đạo khi có các điều kiện sau:

- Cổ tử cung đã mở hết.

- Cơn co tử cung phải hiệu quả, không có nguy cơ gián đoạn chuyển dạ.

- Luôn luôn theo dõi, kiểm tra chuyển dạ ngay khi có sự xóa mở cổ tử cung.

- Chuẩn bị sẵn forceps để lấy thai khi cần thiết.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án sản khoa và các xét nghiệm cơ bản, siêu âm để có thể chuyển sang mổ cấp cứu khi cần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Giai đoạn cho sản phụ rặn đẻ 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**

- Để thai nhi sổ tự do do sự kết hợp của cơn co tử cung và sức rặn của mẹ.

- Khi mông hoặc chân chuẩn bị sổ thì cắt tầng sinh môn.

- Trải một khăn vải ở dưới tầng sinh môn.

- Khi thai sổ đến bụng, người đỡ đẻ luồn ngón tay nới lỏng dây rốn.

- Đẩy trên bụng mẹ ở phía đáy tử cung.

- Giúp cho đầu hậu sổ kịp thời tránh cho trẻ hít phải nước ối.

- Người thầy thuốc sản khoa là người quan sát tích cực, không vội vã, càng ít đụng chạm vào thai nhi càng tốt.

*** Đỡ đẻ ngôi mông theo phương pháp Sôvianốp ngôi mông không hoàn toàn).**

- Khi mông sổ hai bàn tay người đỡ đẻ ôm lấy đùi và hông thai, các ngón cái ở phía đùi các ngón khác phía xương cùng.

- Trong cơn rặn hướng cho khối thai ra trước và giữ cho chi dưới của thai luôn áp sát vào bụng và ngực.

- Khi sổ vai tiêm thuốc Oxytocin.

- Giúp sổ đầu hậu đồng thời hướng thai ra trước cho lưng thai sát vào phần trước âm hộ, lật ngửa thai lên bụng mẹ cho sổ đầu (giống như thủ thuật Bracht).

*** Đỡ đẻ ngôi mông hoàn toàn theo phương pháp Sôvianốp:**

- Giữ không cho chân và mông không sổ sớm: dùng gạc lớn đặt trước âm hộ và lấy lòng bàn tay đè lên gạc trong cơn co.

- Hướng dẫn sản phụ rặn thật tốt.

- Thời gian giữ từ vài phút đến 15 - 20 phút cho tới khi tầng sinh môn giãn hết mức.

- Lúc không thể giữ nữa và bắt đầu cho rặn sổ.

- Các động tác đỡ thai khác tuần tự được tiến hành như khi đỡ ngôi mông theo đường dưới một cách tự nhiên.

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

❖ Các thủ thuật đỡ đầu hậu

- Thủ thuật Bracht:

+ Người đỡ đẻ giữ thai với hai bàn tay: các ngón tay cái vào mặt trước đùi, bằng các động tác phối hợp đưa thai ra trước, lên trên và lật ngửa thai lên bụng mẹ, không được lôi kéo vào thai.

+ Người đỡ phụ ấn tay vào đáy tử cung giúp cho đầu thai ra dễ dàng hơn.

+ Khi thai đã sổ qua cằm, người đỡ có thể luồn ngón tay vào miệng thai nhi giúp đầu cúi để sổ dễ hơn.

- Thủ thuật Mauriceau:

Thủ thuật này thường chỉ định cho các sản phụ đẻ con so, thai có thể hơi to, tầng sinh môn rắn, cần tiên lượng những khó khăn và nếu thấy có chỉ định thì làm ngay thủ thuật Mauriceau. Thời điểm bắt đầu làm Mauriceau là khi vai và 2 chi trên đã sổ hẳn ra ngoài âm hộ.

Cách làm:

- Cho thai nhi cưỡi lên cẳng tay người đỡ đẻ.

- Hai ngón tay trỏ và giữa cho vào miệng của thai đến tận đáy lưỡi ấn cho cằm sát vào ngực giúp cho đầu cúi thêm.

- Bàn tay ngoài đặt trên lưng, sát vai dùng các ngón ấn vào vùng chẩm để phối hợp cùng lúc với bàn tay bên trong làm cho đầu cúi.

- Sau đó dùng các ngón bàn tay ngoài ôm lấy 2 vai và kẹp ngón trỏ - giữa ôm lấy gáy thai rồi phối hợp với tay trong kéo thai xuống, đưa đầu về chẩm - vệ, hướng thai ra ngoài lật lên phía bụng mẹ.

- Người phụ đẩy vào tử cung giúp cho đầu sổ dễ hơn.

- Cắt nới rộng tầng sinh môn

❖ **Các thủ thuật hạ tay**

- Thủ thuật LOVSET

+ Khi thai nhi sổ đến mỏm xương bả vai, người đỡ đẻ đưa ngón tay lên kiểm tra xem tay thai nhi có bị giơ lên cao hay không. Nếu tay bị giơ cao thì bắt đầu ngay thủ thuật hạ tay.

+ Người đỡ đẻ nắm giữ thai nhi bằng 2 bàn tay, ngón cái ở vùng thắt lưng, lòng bàn tay ở 2 mông, các ngón tay khác ở phía bụng.

+ Thực hiện vòng quay đầu tiên 90^o cho lưng thai quay sang phải để cánh tay trước của thai xuống dưới xương vệ sẽ sổ.

+ Sau đó tiến hành vòng quay thứ 2, 180^o theo hướng ngược lại để đưa tay sau ra trước, khuỷu tay sẽ xuất hiện ở âm hộ.

+ Tiếp đó thai sẽ được hạ xuống, cố định chẩm dưới khớp vệ cho đầu sổ.

- Hạ tay theo phương pháp cổ điển:

+ Bao giờ cũng phải hạ tay sau xuống trước.

+ Một bàn tay cầm chân thai nhấc lên và về phía đối diện với lưng của thai.

+ Bàn tay còn lại luồn vào âm đạo theo ngực cằm đi dần lên.

+ 2 ngón tay trỏ và giữa đi dọc theo cánh tay tìm đến nếp khuỷu thì ấn vào nếp đó để cẳng tay gấp lại và bàn tay vuốt qua mặt thai nhi để đưa xuống dưới. Động tác này người ta ví như mèo rửa mặt

+ Khi tay đã xuống, vào tới âm đạo thì gỡ dần ra theo mép sau âm hộ.

+ Đối với tay trước, lại luồn tay lên làm các thao tác như trên.

+ Ca không thể luồn tay lên được thì phải xoay 180^o biến tay trước thành tay sau. Nếu tay đó chưa sổ thì làm thao tác gỡ tay sau như đã mô tả trên.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nếu đầu bị ngửa hay không quay về chẩm vệ thì thời gian kéo đầu thai nhi quá lâu làm thai nhi bị ngạt hay bị sang chấn sọ não.

- Tầng sinh môn có thể bị rách rộng khi đầu thai sổ, nên cắt nới tầng sinh môn trước để thai sổ dễ dàng.

XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN III CUỘC CHUYỂN DẠ

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 săng 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 nhớt, 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 đề phòng lộn tử cung và để 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 cặp 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.

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 đái, 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 8-10 cm.

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 nhớt 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

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.

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, dầy, 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 chẩm 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 foóc xép, 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 kìm cặp kim, 1 panh đỡ kim, 1 panh sát trùng, 1 cốc đựng dung dịch sát trùng.

- Chỉ khâu (chỉ vicryl rapid hoặc chỉ catgut, 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 chếch 45^o 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 45^o 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 xốp 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 0,5 cm ra tới gốc của màng trinh phía ngoài; khâu hết đến tận đáy kéo hai mép của âm đạo gốc 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 gốc của màng trinh phía trong. Khâu từ phần dưới da cho đến gốc 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 sau ở trong âm đạo và rách sâu ở tầng sinh môn thì chúng ta phải khâu mũi rời.

Khâu da nên khâu luồn 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.

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 bộc 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 bộc 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.

3. 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 tiểu, người phụ giữ van bộc 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 cụt 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 fooc xép, 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 fibrtinogen…

- 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.

ĐỠ ĐẺ 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, thế 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 đẻ 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 để 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 săng 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 thế 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, bổ sung hồ sơ đầy đủ trước khi đỡ đẻ.

- Chuẩn bị đầy đủ các trang thiết 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, thế 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, thế, kiểu thế 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...

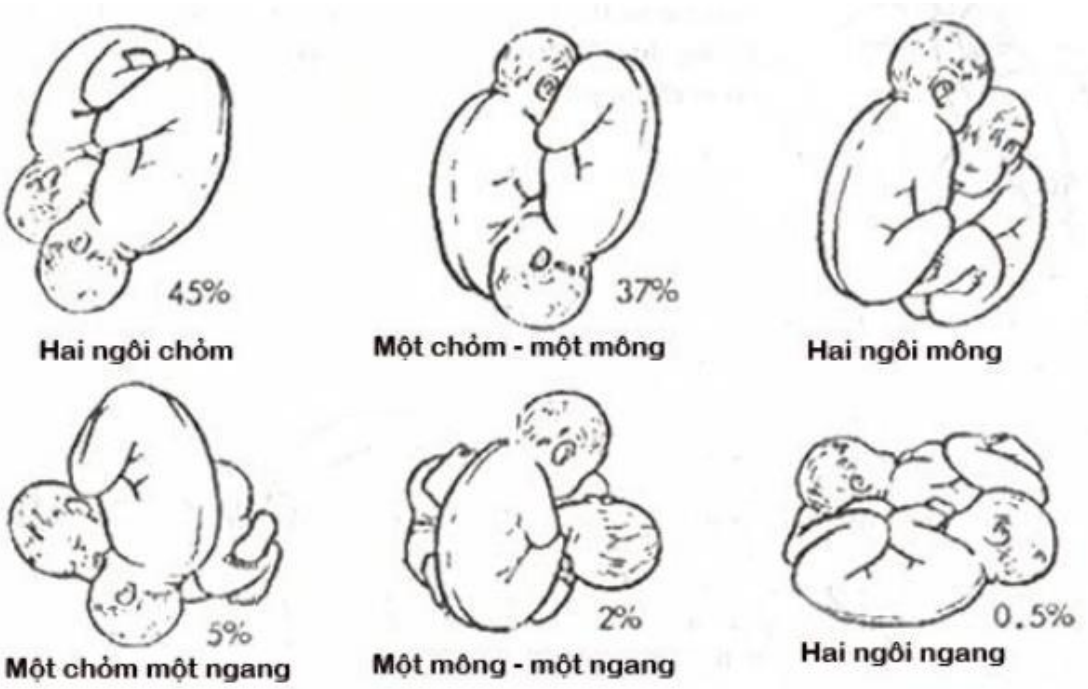
- Thì 4: sổ rau

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

VI. THEO DÕI

- Nguy cơ sau khi thai sổ là đờ 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 đờ 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.



Hình 1. *Các tư thế của song thai*

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

- Sẩy thai liên tiếp do hở eo tử cung.

- Trong các trường hợp tiền sử sẩy 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 kíp 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.

- Van 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

➢ **Thì 1:** Bộc lộ cổ tử cung.

Sát trùng, kẹp kéo cổ tử cung ra ngoài.

➢ **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 30 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 1 cm.

➢ **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 1-1.5 cm.

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 sẩy 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.

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 - 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.

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 đề phòng máu tụ lan ra đáy chậu và thành tử cung./.

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 thế của thai, dự kiến trọng lượng thai, tình trạng ối, dây rốn.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

- Cơn 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

➢ **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).

➢ **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 cường tính, phần thai bị bóp chặt, xoay thai sẽ khó khăn nên phải kiểm soát cơn co bằng cách giảm co trước khi xoai 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 đao, 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, nham nhở, nhiễm trùng thì cắt tử cung.

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

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 mắt 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.

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 đề 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 dễ 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.

NẠO SẨY THAI

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 sẩy.

II. CHỈ ĐỊNH,

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Sẩy thai nhiễm khuẩn (chỉ nạo khi đã điều trị kháng sinh)
- Sẩy thai băng 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 sẩy 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 sẩy 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 tiểu 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 Oxytoxin 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 tuỳ 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 đề 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 mệ, 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. Chi nạo lại buồng tử cung sau khi hạ sốt và nghi sót nhau.

Chương II – Phụ khoa

PHẪU THUẬT MỞ BỤNG CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN

I. ĐỊNH NGHĨA

Phẫu thuật cắt tử cung bán phần có nghĩa là cắt bỏ thân tử cung để lại cổ tử cung qua đường bụng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý phụ khoa:

+ Tổn thương ở thân tử cung

+ Khối u lành tính ở thân tử cung

+ Phẫu thuật cắt tử cung bán phần khi cổ tử cung hoàn toàn bình thường.

- Bệnh lý liên quan đến sản khoa:

+ Chảy máu ở tử cung sau đẻ do các nguyên nhân khác nhau (đờ tử cung, rau cài răng lược, vỡ tử cung, phong huyết tử cung rau)

+ Nhiễm trùng tử cung sau đẻ, sau thủ thuật, nếu có chỉ định cắt tử cung.

+ Đình chỉ thai nghén vì bệnh lý của người mẹ (bệnh tim, huyết áp cao) có chỉ định cắt tử cung bán phần để nguyên thai trong tử cung (cắt tử cung cả khối)

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 trưởng hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thụt tháo và sử dụng an thần trước mổ.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thì 1: Mở thành bụng

- Đường rạch ngang Pfannenstiel, đối với những trường hợp khó thì sử dụng đường trắng giữa dưới rốn.

- Chèn gạc cách ly tử cung với ruột

- Đặt van trên xương vệ và banh thành bụng.

- Bộc lộ tử cung, thăm dò phần phụ để xác định chỉ định cắt hay không cắt phần phụ

2. Thì 2: Bộc lộ tử cung.

Cặp tử cung bằng kẹp cặp tử cung hoặc bằng chỉ khâu. Có thể đưa tử cung ra ngoài thành bụng và lệch sang phía đối diện của bên cắt.

3. Thì 3: Cắt và thắt dây chằng tròn

Dùng hai kẹp có răng cặp dây chằng tròn cách xa chỗ tử cung khoảng 2-3 cm tùy theo tử cung to hay nhỏ. Dùng kéo cắt dây chằng tròn giữa hai kẹp. Khâu lại cuống mạch.

4. Thì 4: Tách phúc mạc tử cung- bàng quang

- Dùng kéo cong tách phúc mạc ở vùng eo tử cung (nơi phúc mạc di động) và cắt vòng ngang qua mặt trước tử cung, và vòng ra phía sau trên dây chằng tử cung cùng.

- Dùng kẹp cặp gạc gấp hình củ ấu nhỏ đẩy phúc mạc

5. Thì 5: Cặp cắt và thắt dây chằng thắt lưng-vòi tử cung (nếu có chỉ định cắt buồng trứng)

- Dùng hai kẹp có răng để kẹp 1/3 trên của dây chằng, kèm theo mạch máu đi sát dây chằng. Nếu để lại buồng trứng thì chú ý không làm tổn thương cuống động mạch buồng trứng.

- Cặp kẹp trên trước, sau đó cặp kẹp dưới cách nhau 1 cm. Dùng kéo cắt dây chằng sát với kẹp trên (sát với phần bỏ đi) để mỏm cắt phần dưới dài hơn, tránh tụt chỉ sau khi buộc mỏm cắt.

- Nếu cắt cả buồng trứng thì kẹp cặp luôn cả dây chằng vòi tử cung.

- Khâu buộc cuống mạch và dây chằng bằng mũi khâu số 8.

6. Thì 6: Cặp cắt và thắt động mạch tử cung

Dùng kéo tách và cắt phúc mạc xiên từ ngoài vào trong và xuống dưới tận 1/3 giữa dây chằng tròn.

7. Thì 7: Cắt động mạch tử cung

- Kẹp thẳng góc mỗi bên động mạch tử cung ngang mức eo tử cung.

- Cắt hai động mạch tử cung sát với kẹp phía trên.

- Khâu buộc cuống mạch động mạch tử cung

8. Thì 8: Cắt cổ tử cung

- Dùng kéo cong, dao mổ hoặc dao điện cắt vòng quanh cổ tử cung chếch xuống dưới về phía lỗ cổ tử cung tạo thành hình chóp nông.

9. Thì 9: Khâu mỏm cắt

Dùng kim cong sắc và chỉ Vicryl khâu mỏm cắt chữ X hoặc mũi rời. Khâu một lớp từ phải qua trái.

10. Thì 10: Phủ phúc mạc mỏm cắt và cuống mạch

- Dùng kim cong, chỉ tiêu nhỏ khâu lại phúc mạc mỏm cắt
- Lau sạch cùng đồ Douglas
- Kiểm tra ổ bụng, niệu quản

11. Thì 11: Đóng thành bụng

V. TAI BIẾN

- Chảy máu
- Nhiễm trùng
- Khối máu tụ
- Tắc mạch vùng hố chậu hoặc tĩnh mạch chi dưới
- Tổn thương niệu quản

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 trưởng hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thụt 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 lồi 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 trỏ 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 cặp 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 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 MỞ BỤNG CẮT U BUỒNG TRỨNG HOẶC CẮT PHẦN PHỤ

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 đinh.
- 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 quy 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) kìm có răng to, chắc khỏe cặp cuống khối u (dây chằng thắt lưng - buồng trứng), càng sát khối u càng tốt.

- Dùng một (hoặc 2) kìm có răng to, chắc khỏe cặp cuống khối u, cách kìm trước 1 đến 1,5 cm

- Dùng kéo cong cắt bỏ khối u

- Khâu mỏm cắt.

- Nếu khối u to, sau khi bọc lót kỹ, có thể dùng 2 hoặc 3 kìm cặp lôi khối u lên, chọc một lỗ để hút bớt dịch trong khối u, sau đó dùng kìm 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 kìm có răng to, chắc khỏe cặp dây chằng thắt lưng - buồng trứng và dây chằng rộng sát với tử cung

- Dùng một kìm có răng to, chắc khỏe cặp cách kìm trước 1 đến 1,5 cm

- Dùng kéo cong cắt bỏ phần phụ

- Khâu mỏm 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

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn dưới tác động của CO_2 và dịch soi buồng tử cung, dịch rửa ổ bụng khi soi ổ bụng.

- Thủng tử cung do quá trình soi buồng tử cung, đặc biệt khi nội soi buồng tử cung phẫu thuật.

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

- Nhiễm trùng, chảy máu trong.

PHẪU THUẬT CHỬA NGOÀI TỬ CUNG VỠ

I. ĐỊNH NGHĨA

Chửa ngoài tử cung là hiện tượng trứng đã thụ tinh làm tổ ở ngoài buồng tử cung (ở vòi trứng, buồng trứng, ổ bụng,…). Khi thai phát triển to lên, vòi trứng, buồng trứng sẽ nứt vỡ gây chảy máu trong ổ bụng gọi là chửa ngoài tử cung vỡ, cần phải phẫu thuật cấp cứu.

Các vị trí của chửa ngoài tử cung: vòi tử cung (chủ yếu), buồng trứng, ống cổ tử cung, ổ bụng.

II. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- Mổ cấp cứu, hồi sức tích cực trước, trong và sau phẫu thuật.

III. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có choáng hoặc huyết động không ổn định.

- Việc tiếp cận nội soi quá khó khăn như dính nhiều vùng tiểu khung.

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, thuốc

- 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.

3. 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.

- Gây mê nội khí quản để chủ động về hô hấp và tuần hoàn trong khi mổ

V. 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 mầu gì

- Nếu có nhiều máu đỏ tươi: múc máu trong ổ bụng đổ vào chai có chứa Natri citrat qua phễu có 8 lần gạc để lọc lấy lại máu truyền cho người bệnh.

- Nếu máu trong bụng mầu nâu sẫm hoặc hơi đen là máu chảy đã lâu có thể bị vỡ hồng cầu, không nên truyền hoàn hồi.

- 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.

- Mở rộng thành bụng bằng hai panh Harmann kéo sang hai bên, nếu vòi tử cung bị vỡ, máu chảy nhiều nên cắt bỏ vòi tử cung cầm máu, dùng kìm có mấu kẹp sát với tử cung, nơi mạc treo vòi ít mạch máu, dùng kéo cắt khối chửa tới sát tai vòi tử cung.

- Nếu tổn thương ở vòi tử cung có thể bảo tồn thì khâu phục hồi vòi trứng khi người bệnh trẻ, chưa đủ con.

- Khâu cuống mạch bên vòi tử cung bị cắt bằng chỉ tự tiêu và buộc chặt cầm máu.

- Nếu chửa ở đoạn kẽ tử cung (khối chửa nằm ngoài dây chằng tròn) thì có thể cắt góc tử cung hay cắt tử cung bán phần nếu người bệnh có 2 con, trên 35 tuổi.

- Nếu chửa ngoài tử cung ở buồng trứng thì cắt vùng buồng trứng tổn thương, khâu cầm máu bằng chỉ tự tiêu vắt 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.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu sau phẫu thuật: trong 6 giờ đầu phải theo dõi mạch, huyết áp và toàn trạng tại phòng hồi tỉnh (chăm sóc cấp I). Nếu mạch nhanh, huyết áp giảm, bụng gõ đục, siêu âm có nhiều dịch tự do, phải nghĩ đến chảy máu trong, có thể do tuột chỉ khâu diện cắt vòi tử cung. Cần phải phẫu thuật lại ngay để cầm máu.

- Nhiễm khuẩn: trong khi phẫu thuật phải lau sạch lấy hết máu đọng và máu cục trong ổ bụng để tránh nhiễm khuẩn. Tuy nhiên tránh lau kỹ quá gây dính ổ bụng vì thanh mạc bị tổn thương. Phải cho kháng sinh toàn thân liều điều trị để dự phòng nhiễm khuẩn, đặc biệt là khi truyền máu hoàn hồi.

TRÍCH RẠCH MÀNG TRINH DO Ứ MÁU KINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật trích rạch tạo lỗ thủng màng trinh nhằm dẫn lưu máu kinh, chống đau, nhiễm trùng do ứ máu kinh và thuận lợi khi giao hợp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Màng trinh không có lỗ.
- Ứ máu kinh trong âm đạo và buồng tử cung.
- Ứ máu kinh trong âm đạo và cổ tử cung.
- Ứ máu kinh trong buồng tử cung và lan ra cả hai vòi tử cung.
- Giao hợp khó khăn do màng trinh không thủng hoặc có lỗ thủng nhỏ.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ cắt tử cung đường âm đạo.

3. Người bệnh

- Người bệnh phải đủ điều kiện thực hiện phẫu thuật.
- Không có biểu hiện của triệu chứng viêm nhiễm đường sinh dục.

4. Hồ sơ bệnh án

Phẫu thuật theo quy định.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

➢ **Thì 1.** Thăm dò màng trinh:

Vị trí độ dày của màng trinh để quyết định đường rạch

➢ **Thì 2.** Rạch màng trinh theo hình dấu cộng.

- Đường rạch qua lỗ chọc kim thăm dò.
- Cắt một mảnh màng trinh
- Tách niêm mạc để khâu kín mép, tránh dính.

V. THEO DÕI

- Theo dõi toàn trạng, các dấu hiệu sinh tồn đặc biệt trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật.
- Theo dõi tình trạng chảy máu qua âm đạo
- Chăm sóc vệ sinh: lau âm đạo, tầng sinh môn bằng dung dịch betadin hoặc các dung dịch sát trùng khác.

BÓC NANG TUYẾN BARTHOLIN

I. CHỈ ĐỊNH

- Viêm tuyến Bartholin có rò hoặc không rò.

- Nang tuyến Bartholin

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Nang tuyến Bartholin đang trong giai đoạn viêm (sưng, nóng, đỏ, đau)

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên ngành Phụ - Sản

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ tiểu thủ thuật

3. Người bệnh

Đồng ý làm thủ thuật, có giấy cam đoan

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thiện hồ sơ gồm: khám, hội chẩn, hoàn thiện bộ xét nghiệm máu.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

➢ **Thì 1.** Rạch da

- Có thể sử dụng các đường rạch để vào tuyến tùy theo tác giả.

+ Đường rạch giữa nếp gấp môi lớn và môi bé.

+ Đường rạch ở mặt ngoài môi lớn (đường Halban)

+ Đường rạch bờ môi lớn chỗ căng phồng của tuyến dọc theo cả chiều dài của khối u (Lieffring).

➢ **Thì 2.** Bóc tách tuyến.

- Bờ trên ngoài của tuyến thường dính nên khó bóc tách hơn mặt trong dưới niêm mạc

- Bóc tách phải rất cẩn thận tránh vỡ khối viêm hoặc để dịch mủ thoát ra ngoài qua lỗ tiết của tuyến, vì vậy khi bóc tách đến lỗ tuyến nên cặp cổ tuyến bằng kẹp.

➢ **Thì 3.** Cầm máu.

Nên sử dụng dao điện cầm máu hoặc khâu qua đáy khoang bóc tách bằng chỉ Vicryl. Trường hợp chảy máu nhiều hoặc có mủ nên đặt mảnh cao su dẫn lưu.

➢ **Thì 4.** Khâu niêm mạc.

Thắt các mũi khâu cầm máu qua khoang bóc tách sẽ làm khít hai mép rạch hoặc có thể khâu niêm mạc bằng mũi rời.

Nếu sử dụng chỉ không tiêu thì cắt chỉ sau 7 ngày.

V. THEO DÕI

- Sử dụng kháng sinh ít nhất 5 ngày sau khi làm thủ thuật
- Vệ sinh tầng sinh môn bằng dung dịch betadin hoặc các dung dịch sát trùng khác.
- Theo dõi nguy cơ tụ máu sau khi làm thủ thuật và nguy cơ nhiễm khuẩn

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 từ buồng 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.

+ Ống 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 đo 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

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

➢ Thì 1.

- Sát trùng rộng vùng phẫu thuật từ trong ra ngoài
- Dùng khăn vô trùng để bao bọc xung quanh phẫu trường

➢ **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 kĩ 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 kĩ không thấy chảy máu

➢ **Thì 3.**

- Khâu phục hồi lại da bằng chỉ lin 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.

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

➢ **Thì 1.**

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

➢ **Thì 2.**

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

➢ **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 trỏ 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.

PHẪU THUẬT NỘI SOI
CẮT U BUỒNG TRỨNG HOẶC CẮT PHẦN PHỤ

I. ĐẠI CƯƠNG

Hiện nay nội soi đang dần chiếm ưu thế trong phẫu thuật cắt u buồng trứng hoặc phần phụ, tuy nhiên không phải tất cả vẫn các ca đều mổ nội soi được mà bắt buộc phải phải mở bụng để thực hiện các phẫu thuật trên vì dính hoặc mổ cũ nhiều lần hoặc có những chống chỉ định cho nội soi.

II. CHỈ ĐỊNH

- U buồng trứng không nghi ngờ ác tính và không quá to, không quá dính.
- Nang nước cạnh vòi trứng.
- Viêm ứ mủ vòi trứng.
- Ung thư vú có chỉ định cắt buồng trứng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang trong chu kỳ 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 và các trường hợp có chống chỉ định mổ nội soi.
- Khối u dính nhiều, phẫu thuật ổ bụng nhiều lần.
- Ung thư buồng trứng.

IV. 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 đinh.
- 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, 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

- Bơm hơi ổ phúc mạc (qua kim hoặc qua trocart);

- Đưa đèn soi vào ổ bụng;

1. Cắt khối u buồng trứng qua nội soi

- 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.

- Nếu dính nhiều tiên lượng khó khăn khi cắt bằng nội soi thì phải chuyển sang mổ mở

***Bóc u nang buồng trứng**

- Dùng dao một cực rạch trên mặt khối u dài khoảng 2cm sát với buồng trứng lành

- Dùng forcep nhỏ cặp một bên mép của vết rạch khối u và kéo lên cao

- Dùng que gẩy, bóc tách dần khối u khỏi vỏ u

- Khi đã đến đáy (cuống) khối u, tùy thuộc vào tình trạng của khối u:

+ Nếu u nhỏ, tiên lượng không chảy máu thì bóc lấy hết khối u.

+ Nếu nguy cơ chảy máu ở cuống khối u thì dùng dao điện 2 cực đốt tổ chức dưới đáy khối u, dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u.

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

***Cắt khối u**

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u từ dây chằng thắt lưng - buồng trứng

- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Kiểm tra buồng trứng bên đối diện. Nếu nghi nghờ khối u vừa cắt bị ung thư thì cắt miếng nhỏ (sinh thiết) buồng trứng đối diện để xét nghiệm mô bệnh học

- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

- Ghi chú: Nếu khối u to, chọc hút bớt dịch rồi tiến hành như trên

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 ứ mủ VTC)

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u bao gồm dây chằng rộng và mạc treo vòi - buồng trứng

- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống dây chằng thắt lưng buồng trứng và dây chằng rộng

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

THEO DÕI

- Theo dõi xem băng có bị thấm máu không

- Vết mổ có bị bầm tím do máu

- Sưng đỏ do viêm nhiễm

- Theo dõi tình trạng nước tiểu: có máu không và số lượng trong 24 giờ

- Cắt chỉ sau mổ 5 ngày

- Bình thường ra viện sau 24 hoặc 48 giờ

IV. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tai biến và xử trí nói chung giống như nội soi ổ bụng thông thường

- Nếu chảy máu không cầm được thì phải chuyển mổ mở

HÚT THAI TRỨNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Là một thủ thuật đưa ống hút vào buồng tử cung, dưới áp lực âm hút tổ chức trứng, rau thai trong buồng tử cung.

Hút thai trứng nguy hiểm hơn hút thai thường vì tử cung to và mềm nên nguy cơ chảy máu và thủng tử cung, sót trứng cao

II. CHỈ ĐỊNH

Thai trứng toàn phần và bán phần còn nguyện vọng có con.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thiếu máu nặng, người bệnh không có nguyện vọng có con

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Tư vấn:

+ Tình trạng bệnh: tai biến , biến chứng thành ác tính có thể gặp.

+ 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 thai trứng, thời gian và khả năng có thai lại.

-Chuẩn bị: khám toàn trạng(mạch, nhiệt độ, huyết áp).

2. Dụng cụ và vật tư tiêu hao

- Dịch truyền dây truyền dịch có sẵn kim truyền.

Bơm hút trứng loại 1 van hoặc 2 van. Nếu cần thiết sử dụng máy hút.

- Thuốc: Misoprostol, 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.

+ ống hút: cỡ 6 đến 12

+ Dụng dịch sát khuẩn, bông hoặc gạc sát khuẩn.

3. Người bệnh

- Làm mềm cổ tử cung bằng Misopristol đặt âm đạo trước khi tiến hành thủ thuật 1 giờ.
- Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.
- Cắm đường truyền tĩnh mạch bằng dung dich muối hoặc đường đẳng trương có pha 5đơn vị Oxytocin
- Nếu sử dụng tiền mê tĩnh mạch: tiêm thuốc tiền mê.

4. Người thực hiện

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- 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 đo buồng tử cung.
- Hút trứng bằng bơm 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 co hồi tử cung và ra máu âm đạo.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: nếu đang hút thì hồi sức và hút nhanh, lấy hết trứng để tử cung co lại sẽ giảm chảy máu và dùng thuốc co tử cung Oxytocin, Ecgotamin, Misoprostol.

- Thủng tử cung: mổ cấp cứu

+ Nếu người bệnh còn nguyện vọng có con: sau khi mở bụng, cầm tử cung trong tay, người khác tiếp tục hút trứng dưới tay phẫu thuật viên, hút sạch buồng tử cung và khâu lại lỗ thủng.

+ Nếu người bệnh không muốn có con nữa: cắt tử cung hoàn toàn, cắt 2 phần phụ nếu người bệnh lớn tuổi.

- Sót trứng: tiếp tục dùng kháng sinh, thuốc co tử cung và hút lại buồng tử cung

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 hoạc 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

VI. 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 tư thế tử cung, chiều cao buồng tử cung.

+ Nong buồng tử cung bằng ống hút từ 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./.

Chương III – Chăm sóc trẻ sơ sinh

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^{o}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^{o}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, quấn 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./.

CHĂM SÓC RỐN SƠ SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Rốn 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 rốn vẫn có thể là đường vào của vi khuẩn, vì vậy cần thiết phải chăm sóc và giữ vệ sinh rốn, tránh nhiễm khuẩn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ sơ sinh chưa rụng cuống rốn
- Trẻ đã rụng cuống rốn nhưng rốn còn tiết dịch hoặc rốn 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 cồn 70^{o} hoặc cồn 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 rốn

4. Hồ sơ bệnh án

- Ghi hồ sơ bệnh án giờ/ngày cháu được chăm sóc
- Tình trạng rốn: 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 rốn.
- Quan sát rốn, da quanh rốn xem có mủ, máu, tấy đỏ, mùi hôi không?
- Sát khuẩn sạch rốn 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 cồn khô tự nhiên và lau rốn như vậy 1- 2 lần/ ngày.

- Băng rốn 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 rốn giúp rốn mau khô và dễ rụng.

- Quấn tã dưới rốn.

- Chú ý không bôi bất kỳ chất gì lên rốn ngoài các dịch sát trùng rốn.

- Sau khi rốn rụng tiếp tục chăm sóc tới khi chân rốn khô.

VI. THEO DÕI

- Nhiễm khuẩn rốn: nên chăm sóc rốn nhiều lần trong ngày, tùy theo mức độ nặng mà cho dùng kháng sinh toàn thân (nếu có nhiễm trùng mạch máu rốn)

- Chảy máu rốn: thường xảy ra trong vài ngày đầu khi rốn còn tươi hoặc khi rụng cuống rốn, nếu cuống rốn còn tươi nên buộc lại bằng chỉ vô trùng, nếu cuốn 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

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

+ Ống 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 tháng), số 1 (đủ tháng)

+ Ống 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

+ Ống nghe

+ Catheter rốn

+ Bông cồn, 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 bẩn ở trẻ không khỏe

- Hút miệng trước (ống hút không sâu quá 5 cm), mũi sau (ống hút không quá 3 cm)

➢ **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 (3lần 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

- Gẫy xương sườn do ép tim không đúng vị trí và kỹ thuật: cần xác định đúng vị trí trên xương ức, không nhấc ngón tay khỏi vị trí trong suốt quá trình ép tim.

ĐẶT ỐNG THÔNG TĨNH MẠCH RỐN SƠ SINH

I. ĐỊNH NGHĨA

- Đặt ống thông (catheter) tĩnh mạch rốn là kỹ thuật dùng 1 ống thông đặt vào tĩnh mạch rốn, được tiến hành ở trẻ sơ sinh trong các trường hợp trẻ cần đặt 1 đường truyền tĩnh mạch giúp điều trị, nuôi dưỡng và theo dõi trẻ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Thiết lập đường truyền tĩnh mạch để truyền dịch, tiêm thuốc, lấy máu xét nghiệm.

- Thay máu

- Đo áp lực tĩnh mạch trung ương.

- Nuôi qua đường tĩnh mạch trong những trường hợp cần thiết

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng rốn.

- Thoát vị rốn.

- Viêm ruột hoại tử.

- Viêm phúc mạc.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Yêu cầu đảm bảo vô trùng tuyệt đối (áo, mũ, khẩu trang, găng)

- 1 Bác sĩ chuyên khoa sơ sinh là người thực hiện chính

- 1 Điều dưỡng phụ giúp bác sĩ

2. Phương tiện

- Lồng ấp hoặc đèn sưởi ấm để giữ ấm trẻ.

- Catheter rốn số 5F

- 2 ống tiêm 5ml

- Khoá 3 chạc.

- Dung dịch Natrichlorua 0,9%

- Bộ dụng cụ đặt tĩnh mạch rốn (dao mổ, kéo, 1kẹp cong không răng , 2 kẹp có răng cưa dùng để giữ 2 mép cuống rốn; kẹp kelly cong dùng để tìm và

banh tĩnh mạch rốn, dây buộc rốn, chỉ khâu, kim, gạc, vải vô trùng, cốc inox nhỏ, băng dính)

- Bộ đồ, găng vô khuẩn.

- Dung dịch sát trùng: cồn 70 độ.

- Bông, băng dính, khay hạt đậu.

3. Trẻ sơ sinh

- Nằm lồng ấp hoặc giường sưởi ấm

- Bộc lộ vùng rốn

4. Hồ sơ bệnh án

- Bác sĩ: ghi chỉ định kỹ thuật vào hồ sơ bệnh án; tình trạng trẻ sơ sinh trước, sau đặt catheter

- Điều dưỡng viên: đối chiếu trẻ sơ sinh với hồ sơ bệnh án; ghi chép ngày giờ thực hiện kỹ thuật.

I. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng viên (người phụ)

- **Bước 1:** đặt trẻ vào lồng ấp, hoặc dưới đèn sưởi
- **Bước 2:** cố định kỹ tay, chân
- **Bước 3 :** bộc lộ phần rốn và vùng bụng xung quanh rốn
- **Bước 4:** sát khuẩn vùng chân rốn, dây rốn và vùng bụng xung quanh rốn.
- **Bước 5:** chọn Catheter rốn phù hợp với trẻ, nối catheter với chạc 3 và ống tiêm đã được bơm đầy Natrichlorua 0,9%.

2. Bác sĩ

- **Bước 1:** trải săng vô khuẩn lên bụng trẻ, để hở vùng quanh rốn.
- **Bước 2:** thắt một vòng chỉ lỏng quanh chân rốn
- **Bước 3:** dùng dao (hoặc kéo) cắt bỏ 1 phần cuống rốn cách gốc khoảng 1,5 cm. Nếu cuống rốn khô thì cắt sát chân rốn
- **Bước 4:** xác định vị trí tĩnh mạch rốn: Quan sát bề mặt cắt: tĩnh mạch rốn thành mỏng, to, méo mó, chỉ có một, thường nằm ở vị trí 12 giờ, trong khi động mạch rốn thành dày, nhỏ, tròn, có 2 động mạch. Dùng kẹp không răng gạt bỏ cục máu đông trên bề mặt tĩnh mạch rốn

➢ **Bước 5:** luồn catheter vào trong tĩnh mạch hướng về phía đầu như mức đã định, hút ngược ra thấy máu, sau đó bơm 1 lượng dịch nhỏ vào. Phải đảm bảo trong bơm tiêm không có khí

➢ **Bước 6:** dùng chỉ khâu cố định Catheter vào da sát chân rốn hoặc có thể thắt vòng chỉ chân rốn, cố định catheter tĩnh mạch rốn. Dán băng dính vô khuẩn.

Lưu ý:

- Khoảng cách phần Catheter nằm trong tĩnh mạch rốn:

+ Chiều dài catherter đưa vào tĩnh mạch rốn khoảng 4-5cm với trẻ đủ tháng, ít hơn với trẻ non tháng; có thể sử dụng cách đo khoảng cách catherter tĩnh mạch rốn đưa vào trẻ bằng 2/3 chiều dài từ vai đến rốn của trẻ

+ Để thay máu: đưa catheter đến nơi có thể bơm và rút máu dễ dàng, không nhất thiết phải theo chiều dài đã dự tính.

+ Để đo áp lực tĩnh mạch trung ương: đưa Catheter vào sâu đầu catheter phải ở trên cơ hoành 0,5- 1cm (trên phim X quang)

- Khi lấy máu làm xét nghiệm, rút máu ra hết chiều dài Catheter vào ống tiêm 1, sau đó lấy ống tiêm 2 tiếp tục rút đủ số máu (không vượt quá 5% lượng máu của cơ thể). Sau đó, bơm ngược máu ở ống tiêm 1 vào lại tĩnh mạch.

Thời gian lưu Catheter <10 ngày.

II. THEO DÕI

- Các chỉ số sinh tồn khi đã được đặt catheter để điều trị

- Sự lưu thông dịch trong catheter

- Tình trạng tại chân rốn

III. TAI BIẾN VÀ ĐỀ PHÒNG

- Nhiễm trùng: thực hiện nguyên tắc vô khuẩn trong khi tiến hành thủ thuật và chăm sóc catheter những ngày sau

- Chảy máu do tuột catheter: phải cố định chắc chắn catheter tránh tuột khỏi tĩnh mạch rốn

- Tắc nghẽn hoặc tắc mạch do cục máu đông: cần chú ý lấy cục máu đông ra khỏi bề mặt tĩnh mạch rốn trước khi đưa catheter vào tĩnh mạch

- Loạn nhịp tim; tăng áp lực tĩnh mạch cửa; hoại tử gan do đặt sai vị trí: đảm bảo đúng kỹ thuật, cần kiểm tra vị trí của catheter bằng chụp xquang.

ĐIỀU TRỊ VÀNG DA
Ở TRẺ SƠ SINH BẰNG PHƯƠNG PHÁP CHIẾU ĐÈN

I. ĐẠI CƯƠNG

Chiếu đèn là phương pháp điều trị vàng da ở trẻ sơ sinh rất hữu hiệu, an toàn. Phương pháp này dễ thực hiện, áp dụng được ở tất cả các tuyến bệnh viện (nơi có trẻ sơ sinh- khoa Sản hoặc khoa Nhi)

II. CHỈ ĐỊNH

- **Lâm sàng**: vàng da sớm 48 giờ sau sinh hoặc vàng da lan rộng đến tay và chân

- **Mức Bilirubin máu:**

Cân nặng (g)	Bilirubin gián tiếp mg/l (µmol/l)
<1000	≥50
1000-1499	≥ 70
1500-2500	≥100
>2500	≥175

**** Chiếu đèn dự phòng:***

- Tất cả trẻ <1500g trong 2 ngày đầu sau sinh

- Trẻ có nguy cơ: ngạt, suy hô hấp, đa hồng cầu, xuất huyết bầm tím, bướu huyết (chảy máu dưới màng xương)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh porphyrin niệu bẩm sinh

- Vàng da tăng Bilirubin trực tiếp

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ, điều dưỡng của khoa (hoặc đơn nguyên) sơ sinh

2. Phương tiện

- 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

3. 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

4. Hồ sơ bệnh án

- Có chỉ định của bác sĩ

- Ghi chép đầy đủ tình trạng trẻ trong quá trình chiếu đèn: chú ý thân nhiệt, lượng sữa hoặc dịch truyền, phân, nước tiểu, cân nặng hằng ngày

III. 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%

IV. THEO DÕI

- Thân nhiệt

- Lượng sữa và dịch vào, ra(cân nặng)

- Đánh giá mức độ vàng da, biểu hiện thần kinh mỗi 4-6 giờ

- Bilirubin máu khi quyết định cần phối hợp với phương pháp điều trị khác hoặc ngừng chiếu đèn

V. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Mất nước qua da: tăng lượng dịch vào cơ thể bằng đường ăn hoặc truyền 10- 20% nhu cầu

- Rối loạn tiêu hoá do tăng lượng muối mật và bilirubin gián tiếp đường tiêu hoá: không nguy hiểm và sẽ hết khi ngừng điều trị

- Tổn thương võng mạc: bảo vệ mắt bằng băng che mắt

- Hồng ban do tăng lượng máu tới da: tạm ngừng chiếu

Chương IV – KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH
HÚT THAI ĐẾN 12 TUẦN

I. ĐỊNH NGHĨA

Phá thai bằng phương pháp hút chân không là phương pháp chấm dứt thai nghén bằng cách dùng bơm hút chân không để hút thai trong tử cung từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12

II. CHỈ ĐỊNH

Phá thai từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối

- Thận trọng đối với trường hợp đang bị viêm cấp tính đường sinh dục cần được điều trị hoặc chuyển tuyến

- Chú ý: không được làm thủ thuật tại tuyến xã những ca sau:

+ U xơ tử cung to

+ Vết mổ ở tử cung

+ Sau đẻ dưới 6 tháng

+ Dị dạng đường sinh dục

+ Các bệnh lý nội - ngoại khoa

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ, y sỹ sản nhi, nữ hộ sinh trung học và cao đẳng được đào tạo về phá thai bằng phương pháp hút chân không. Thủ thuật viên và người phụ rửa tay, mặc áo, đội mũ, khẩu trang, đeo găng vô khuẩn và kính bảo vệ mắt.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ hút chân không gồm: Bơm hút một van, bơm hút hai van, bơm hút MVA plus, các ống hút và dầu bôi trơn

- Hai kẹp sát khuẩn ngoài và trong

- Van hoặc mỏ vịt

- Kẹp cổ tử cung

- Nến nong

- Bơm, kim tiêm gây tê tại cổ tử cung

- Bông gạc và dung dịch sát khuẩn

- Thuốc giảm đau: Paracetamol 500mg, Ibuprophen 400 mg. Thuốc gây tê tại chỗ Lidocain 1% hoặc Xylocain 1% thuốc co hồi tử cung, hộp chống choáng.

- Bộ dụng cụ kiểm tra mô sau hút

- Các phương tiện xử lý dụng cụ và xử lý chất thải

3. Người bệnh

- Hỏi tiền sử về các bệnh nội ngoại khoa

- Khám toàn thân

- Khám phụ khoa

- Làm test thử thai

- Siêu âm (nếu cần)

- Tính tuổi thai

- Tư vấn

- Khách hàng ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ)

- Thai từ 9 đến 12 tuần nên chuẩn bị cổ tử cung bằng cách cho ngậm dưới lưỡi 400mcg Misoprostol, 3 giờ trước khi làm thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Cho uống thuốc giảm đau và kháng sinh 30 phút trước khi làm thủ thuật

- Khám xác định kích thước và tư thế tử cung

- Thay găng vô khuẩn

- Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông

- Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo

- Kẹp cổ tử cung

- Gây tê cạnh cổ tử cung bằng dung dịch Lidocain 1% hoặc dung dịch Xylocain 1%

- Đo buồng tử cung bằng ống hút

- Nong cổ tử cung (nếu cần)

- Hút thai

- Kiểm tra chất hút

- Đánh giá thủ thuật đã hoàn thành

- Có thể đặt dụng cụ tử cung ngay sau khi hút thau nếu đảm bảo buồng tử cung sạch, không có chống chỉ định và khách hàng lựa chọn biện pháp này.

- Sát khuẩn âm đạo cổ tử cung

- Gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý những ca kiểm tra mô không thấy rau thai.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Theo dõi mạch, huyết áp và ra máu âm đạo ít nhất 30 phút sau thủ thuật

- Kê đơn kháng sinh

- Tư vấn sau thủ thuật

- Hẹn khám lại sau hai tuần

2. Tai biến và xử trí

- Tai biến sớm: choáng, chảy máu, thủng tử cung, rách cổ tử cung

- Tai biến muộn: nhiễm khuẩn, sót thai, sót rau, dính buồng tử cung

- Xử trí:

+ Xử trí theo phác đồ cho từng tai biến

+ Thủng tử cung: nếu lỗ thủng nhỏ, không chảy máu, đảm bảo buồng tử cung sạch, cho kháng sinh, thuốc co hồi tử cung, theo dõi toàn trạng.

+ Nếu lỗ thủng to, có chảy máu trong hoặc chảy máu ra ngoài nhiều kèm theo tổn thương các tạng trong ổ bụng phải phẫu thuật khâu lỗ thủng, phục hồi tổn thương các tạng (nếu có)

+ Rách cổ tử cung: chèn bấc gạc hoặc khâu vết rách

+ Nhiễm khuẩn sau hút thai: điều trị kháng sinh

+ Sót rau, sót thai: hút lại buồng TC, điều trị kháng sinh

+ Dính buồng tử cung sau hút: phải nong buồng TC, cho vòng kinh nhân tạo, đặt vòng chống dính hoặc phẫu thuật để tách dính./.

PHÁ THAI TỪ 13 ĐẾN 18 TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP NONG VÀ GẮP THAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Nong và gắp là phương pháp chấm dứt thai nghén bằng cách sử dụng thuốc misoprostol để chuẩn bị cổ tử cung, sau đó nong cổ tử cung và dùng bơm hút chân không kết hợp với kẹp gắp thai để lấy thai ra, áp dụng cho tuổi thai từ tuần thứ 13 đến hết tuần thứ 18.

1) Tuyến áp dụng: các bệnh viện tuyến trung ương và tuyến tỉnh.

2) Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản đã thành thạo kỹ thuật phá thai đến hết 12 tuần bằng phương pháp ngoại khoa và được đào tạo kỹ thuật phá thai bằng phương pháp nong và gắp.

II. CHỈ ĐỊNH

Thai từ tuần thứ 13 (tương đương với chiều dài đầu mông 52 mm) đến hết tuần thứ 18 (tương đương với đường kính lưỡng đỉnh 40 mm).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Sẹo mổ cũ ở thân tử cung.
- Đang mắc các bệnh nội khoa cấp tính.
- Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính
- Tiền sử dị ứng với misoprostol.

Thận trọng: **dị dạng tử cung, u xơ tử cung** hoặc sẹo mổ cũ ở đoạn dưới tử cung

IV. CHUẨN BỊ

1. Cơ sở vật chất

Phòng kỹ thuật: bảo đảm tiêu chuẩn quy định.

2. Phương tiện dụng cụ

- Bộ dụng cụ nong, gắp thai: kẹp dài sát khuẩn, kẹp cổ tử cung, nong từ số 8 đến số 17, kẹp gắp thai Sopher, Bierre và thìa nạo cùn.
- Bộ hút thai chân không với ống hút số 12 đến số 16.
- Khay đựng mô thai và rau.
- Các phương tiện xử lý dụng cụ và chất thải.
- Phương tiện cấp cứu.

- Máy siêu âm.

- Thuốc mifeprison, misoprostol, giảm đau, tiền mê, chống choáng và thuốc tăng co tử cung.

3. Người bệnh

- Người cung cấp dịch vụ tự giới thiệu với khách hàng.

- Hỏi tiền sử bệnh về nội, ngoại, sản phụ khoa, tiền sử dị ứng và các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

- Khám toàn thân.

- Khám phụ khoa loại trừ chống chỉ định.

- Siêu âm.

- Xác định tuổi thai

- Xét nghiệm máu: công thức máu, nhóm máu, đông máu cơ bản hoặc máu chảy, máu đông.

- Khách hàng ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ, người giám hộ).

4. Hồ sơ bệnh án

Điền đầy đủ thông tin trong hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1) Tư vấn.

- Thảo luận về quyết định chấm dứt thai nghén.

+ Các nguy cơ, tai biến và biến chứng có thể xảy ra khi phá thai to.

+ Các phương pháp phá thai to.

+ Các bước của thủ thuật nong và gắp.

+ Tự theo dõi và chăm sóc sau phá thai

+ Các dấu hiệu cần khám lại ngay.

+ Khả năng có thai lại sau phá thai. Các dấu hiệu thai nghén sớm dễ nhận biết để tránh phá thai to

+ Thông tin về các BPTT, hướng dẫn chọn lựa BPTT thích hợp và sử dụng đúng để tránh phá thai lần nữa.

+ Trả lời những câu hỏi của khách hàng và giải quyết những vấn đề lo lắng.

+ Cung cấp BPTT và giới thiệu địa điểm cung cấp BPTT.

2) Chuẩn bị cổ tử cung

- Ngậm dưới lưỡi hoặc bên trong má 400 mcg misoprostol, theo dõi trong vòng 4 - 6 giờ.

- Đánh giá lại tình trạng cổ tử cung, nếu tử cung chưa được chuẩn bị tốt thì có thể dùng tiếp 400 mcg misoprostol.

- Kháng sinh ngừa nhiễm trùng.

3) Rửa tay thường quy bằng xà phòng dưới vòi nước chảy

Trang phục y tế: áo choàng, quần, mũ, khẩu trang, đeo kính bảo hộ.

4) Tiến hành thủ thuật.

- Giảm đau toàn thân.

- Khám xác định kích thước và tư thế tử cung, đánh giá tác dụng của thuốc đối với cổ tử cung, không được tiến hành thủ thuật khi cổ tử cung chưa được chuẩn bị tốt.

- Thay găng vô khuẩn.

- Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông.

- Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo.

- Kẹp cổ tử cung.

- Gây tê cạnh cổ tử cung.

- Nong cổ tử cung.

- Dùng bơm hai van với ống hút phù hợp để hút nước ối và kéo phần thai xuống thấp.

- Tiến hành gắp thai, rau. Không đưa kẹp gắp quá sâu trong buồng tử cung để tránh nguy cơ thủng tử cung.

- Nếu gắp thai khó khăn thì có thể gắp thai dưới siêu âm.

- Kiểm tra lại buồng tử cung bằng thìa cùn hoặc ống hút.

- Kiểm tra các phần thai và rau lấy ra để đánh giá thủ thuật hoàn thành hay chưa.

- Xử lý dụng cụ và chất thải.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, ra máu âm đạo, đau bụng, co hồi tử cung 30 phút một lần trong vòng 1 đến 2 giờ, sau đó có thể cho khách hàng về.

- Kê đơn kháng sinh.

- Tư vấn sau thủ thuật

- Hẹn khám lại sau 2 tuần.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tai biến: choáng, thủng tử cung, rách cổ tử cung, chảy máu, sót thai, sót rau, ứ máu trong tử cung, nhiễm khuẩn.

- Xử trí theo phác đồ cho từng tai biến

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 βhCG 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

- Van 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

TRIỆT SẢN NỮ QUA ĐƯỜNG RẠCH NHỎ

I. ĐẠI CƯƠNG

Triệt sản nữ (thắt và cắtVTC) là biện pháp tránh thai hiệu quả nhất, an toàn, kinh tế, đơn giản, không ảnh hưởng đến sức khoẻ, quan hệ tình dục

Tuyến 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 dung 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 hang về ưu nhược điểm cử triệt sản nữ

- Giải thích quy 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

➢ **Thì 1**

- Gây tê tại chỗ

- Đường mở bụng nhỏ (minilap)

- Đường mở bụng lớn khi kết hợp phẫu thuật khác và triệt sản

➢ **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 gạc, đóng bụng theo từng lớp có thể không cần khâu phúc mạc thành bụng

VI. THEO DÕI

- Ngay sau triệt sản theo sõi các dấu hiệu sinh tồn

- Uống kháng sinh 5 ngày

- Giảm đau

VII. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

- Chảy máu ổ bụng

- Khối máu tụ

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 sẩy thai, cho các thai đến hết 9 tuần (63 ngày).

1) Tuyến áp dụng.

- Tuyến trung ương: áp dụng cho tuổi thai đến hết 63 ngày.

- Tuyến tỉnh: áp dụng cho tuổi thai đến hết 56 ngày.

- Tuyến 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 tuyến 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

➢ Điều kiện áp dụng.

Khách hàng có thể tới được cơ sở y tế trong vòng 60 phút.

➢ 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 quy 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.

➢ 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

➢ Hồ sơ bệnh án bệnh án

Điền đầy đủ vào hồ sơ bệnh án phá thai

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

➢ *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 quy 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.

➢ **Quy 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.

- Sẩy thai hoàn toàn: kết thúc điều trị.

- Sót thai, sót 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 NỘI KHOA CHO THAI 13 - 22 TUẦN

I. ĐẠI CƯƠNG

Sử dụng misoprostol đơn thuần hoặc sử dụng mifepriston kết hợp với misoprostol để phá thai bằng cách gây sẩy thai cho thai từ tuần 13 đến hết tuần 22.

II. CHỈ ĐỊNH

Thai từ tuần thứ 13 (tương đương với chiều dài đầu mông 52 mm) đến hết tuần thứ 22 (tương đương với đường kính lưỡng đỉnh 52 mm).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Tuyệt đối.

- Bệnh lý tuyến thượng thận.
- Điều trị corticoid toàn thân lâu ngày.
- Tiểu đường, tăng huyết áp, hẹp van 2 lá, tắc mạch và tiền sử tắc mạch.
- Rối loạn đông máu, sử dụng thuốc chống đông.
- Thiếu máu (nặng và trung bình).
- Dị ứng mifepriston hay misoprostol.
- Có sẹo mổ ở thân tử cung.

2. Tương đối.

- Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính (cần được điều trị).
- Dị dạng sinh dục (chỉ được làm tại tuyến trung ương).
- Có sẹo mổ cũ ở đoạn dưới tử cung: cần cân nhắc rất thận trọng đồng thời phải giảm liều misoprostol và tăng khoảng cách thời gian giữa các lần dùng thuốc (chỉ được làm tại bệnh viện chuyên khoa phụ sản tuyến tỉnh và trung ương)

IV. CHUẨN BỊ

1. Tuyến áp dụng

Các bệnh viện từ tuyến tỉnh trở lên.

2. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản được huấn luyện về phá thai bằng thuốc và thành thạo kỹ thuật phá thai bằng phương pháp ngoại khoa.

3. Cơ sở vật chất

- Phòng thủ thuật: bảo đảm tiêu chuẩn quy định.

- Phương tiện dụng cụ:

+ Phương tiện cấp cứu.

+ Khay đựng mô thai và rau.

+ Dụng cụ kiểm soát buồng tử cung.

+ Các phương tiện xử lý dụng cụ và chất thải.

Thuốc: misoprostol và/hoặc mifepriston, giảm đau, chống choáng và thuốc tăng co.

4. Chuẩn bị khách hàng

- Hỏi tiền sử bệnh về nội, ngoại, sản phụ khoa và các bệnh LTQĐTD.

- Khám toàn thân.

- Khám phụ khoa loại trừ chống chỉ định.

- Siêu âm để xác định tuổi thai.

- Xét nghiệm máu: công thức máu, nhóm máu, đông máu cơ bản hoặc máu chảy, máu đông.

- Khách hàng ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hay mẹ hoặc người giám hộ).

5. Hồ sơ bệnh án

Điền đầy đủ thông tin vào hồ sơ phá thai

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1) Tư vấn

- Thảo luận về quyết định chấm dứt thai nghén.

- Các nguy cơ, tai biến và biến chứng có thể xảy ra khi phá thai.

- Các phương pháp phá thai phù hợp với tuổi thai hiện có.

- Quy trình phá thai bằng thuốc.

- Tự theo dõi và chăm sóc sau phá thai.

- Các dấu hiệu cần khám lại ngay.

- Khả năng có thai lại sau phá thai. Các dấu hiệu thai nghén sớm dễ nhận biết để tránh phá thai.

- Thông tin về các BPTT, hướng dẫn chọn lựa BPTT thích hợp và sử dụng đúng để tránh phá thai lần nữa.

- Trả lời những câu hỏi của khách hàng và giải quyết những vấn đề lo lắng.

- Cung cấp BPTT hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp BPTT.

2) Thực hiện phá thai.

➢ ***Phác đồ misoprostol đơn thuần.***

- Đặt vào túi cùng sau âm đạo 200 mcg misoprostol.

+ Cứ 6 giờ dùng 1 viên cho thai từ 18 tuần trở lên (không quá 3 lần/ngày).

+ Cứ 4 giờ dùng 1 viên cho thai dưới 18 tuần (không quá 5 lần/ngày).

- Nếu không thành công, có thể dùng thêm misoprostol với liều tương tự ở các ngày tiếp theo. Tổng số ngày sử dụng misoprostol không quá 3 ngày liên tục (một đợt dùng thuốc).

- Nếu không thành công sau một đợt dùng thuốc thì dùng lại đợt thứ hai sau một tuần.

➢ ***Phác đồ kết hợp mifepriston và misoprostol.***

- Uống 200 mg mifepriston.

- Sau khi dùng mifepriston từ 36 đến 48 giờ, đặt túi cùng sau âm đạo 200 mcg misoprostol:

+ Cứ 6 giờ dùng 1 viên cho thai từ 18 tuần trở lên (không quá 3 lần/ngày).

+ Cứ 4 giờ dùng 1 viên cho thai dưới 18 tuần (không quá 5 lần/ngày).

- Nếu không thành công, có thể dùng thêm misoprostol với liều tương tự ở các ngày tiếp theo. Tổng số ngày sử dụng misoprostol không quá 3 ngày liên tục (một đợt dùng thuốc).

- Nếu không thành công sau một đợt dùng thuốc thì dùng lại đợt thứ hai sau một tuần.

VI. THEO DÕI

1. Chăm sóc trong thủ thuật.

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, ra máu âm đạo, đau bụng (cơn co tử cung) cứ 4 giờ/lần, khi bắt đầu có cơn co tử cung mạnh cứ 2 giờ/lần.

- Thăm âm đạo đánh giá cổ tử cung trước mỗi lần dùng thuốc.

- Cho uống thuốc giảm đau.

- Sau khi sẩy thai và rau: dùng thuốc tăng co tử cung. Chỉ định kiểm soát tử cung bằng dụng cụ (nếu cần). Cho uống kháng sinh trước khi kiểm soát tử cung.

- Xử lý thai, rau, chất thải và dụng cụ.

2. Theo dõi sau khi thai ra

- Theo dõi ra máu âm đạo, co hồi tử cung trong vòng 4 giờ.

- Ra viện sau khi ra thai ít nhất 2 giờ.

- Kê đơn kháng sinh.

- Tư vấn sau thủ thuật.

- Hẹn khám lại sau 2 tuần.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tai biến: chảy máu, rách cổ tử cung, sót rau, vỡ tử cung, choáng, nhiễm khuẩn.

- Xử trí theo phác đồ cho từng tai biến

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. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản có kinh nghiệm, được đào tạo

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 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.

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 trocart

+ 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 trocart đèn soi trực tiếp ở ngay mép rốn sau đó bơm CO2

➢Thì 2: Chọc Trocart

Chọc trocart đèn soi (trocart 10 hoặc 5) ở ngay mép rốn và trocart phẫu thuật ở trên vệ

➢Thì 3: Bộc lộ đánh giá toàn bộ tiểu 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 trocart, 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 mổ
- Có thai lại sau triệt sản

PHẪU THUẬT NỘI SOI
LẤY DỤNG CỤ TỬ CUNG TRONG Ổ BỤNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Dụng cụ tử cung là một phương pháp tránh thai khá phổ biến ở nước ta. Có thể gặp tai biến dụng cụ tử cung chui qua cơ tử cung vào ổ bụng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đau lưng, đau bụng

- Khám bằng mỏ vịt: không thấy dây DCTC ở CTC

- Thăm dò BTC bằng móc vòng không thấy DCTC.

2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: không thấy DCTC trong BTC

- Chụp BTC có cản quang (chụp thẳng và chụp nghiêng): không thấy DCTC trong BTC mà thấy nằm ngoài TC

III. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh được chẩn đoán DCTC nằm trong ổ bụng

- Không có chống chỉ định của phẫu thuật nội soi

- Trước đây khi chưa có nội soi phải lấy DCTC qua mở bụng nhưng gặp nhiều khó khăn do phẫu trường hẹp, xác định vị trí DCTC khó khăn, do DCTC bị mạc nối lớn bao bọc và di chuyển không nằm trong tiểu khung.

- Từ khi có nội soi dễ dàng bao quát được toàn bộ ổ bụng, xác định vị trí DCTC dễ dàng hơn và ít gây sang chấn

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 nội soi

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi

3. Khách hàng

- Khám toàn thân và khám chuyên khoa

- 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 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.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

➢ Thì 1: Bơm CO2

Bơm khí CO2 vào ổ phúc mạc vì nhiều mục đích khác nhau:

+ Làm căng bụng, tạo an toàn khi chọc các trocart

+ Tạo phẫu trường quan sát dễ dàng vì áp lực dương của khí CO2 làm cho các tạng tách xa nhau ra.

+ Giúp cho các động tác bóc tách mô dễ dàng hơn

+ Giúp cho việc cầm máu thuận lợi nhờ áp lực dương tính trong ổ bụng

Điểm chọc kim bơm CO2 thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc trocart 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 trocart đèn soi trực tiếp ở ngay mép rốn sau đó bơm CO2

➢Thì 2: Chọc Trocart

Chọc trocart đèn soi (trocart 10 hoặc 5) ở ngay dưới rốn và trocart phẫu thuật ở trên vệ.

➢ Thì 3: Đánh giá ổ bụng và tiểu khung

- Quan sát toàn bộ ổ bụng tìm vị trí DCTC đặc biệt chú ý khi DCTC nằm gần các vị trí nguy hiểm như mạch máu lớn. Có những trường hợp DCTC bị mạc nối lớn cuốn vào nên rất khó tìm hoặc có cả trường hợp DCTC nằm ở trên gan vì vậy phải rất kiên nhẫn trong khi tìm kiếm. Gỡ dính và bộc lộ DCTC

➢ Thì 4. Lấy DCTC ra ngoài

- Khi thấy DCTC trong ổ bụng thì dùng kẹp nhẹ nhàng lấy DCTC ra ngoài, chú ý không làm tổn thương các tạng lân cận

➢ Thì 5. Tháo hết CO2 và khâu lại lỗ chọc trocart

VI. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

- Tổn thương đường tiêu hoá

- Tổn thương hệ tiết niệu
- Tổn thương mạch máu
- Bỏng do điện
- Chảy máu trong mổ