BỆNH VIỆN A

QUY TRÌNH KỸ THUẬT BỆNH VIỆN

Khám bệnh, chữa bệnh

Khoa Sản

(Tái bản và bổ sung lần 2)

THÁI NGUYÊN, NĂM 2022

Tài liệu lưu hành nội bộ

BỆNH VIỆN
THÁI NGUYÊN

BỆNH VIỆN A **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

DANH MỤC QUY TRÌNH KỸ THUẬT
KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH KHOA SẢN

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1412 ngày 30 tháng 12 năm 2022 của Giám đốc Bệnh viện A)

TT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
1.	Phẫu thuật lấy thai và cắt tử cung trong rau cài răng lược
2.	Phẫu thuật lấy thai trên người mắc bệnh toàn thân
3.	Phẫu thuật lấy thai lần đầu
4.	Phẫu thuật lấy thai do bệnh lý sản khoa
5.	Phẫu thuật lấy thai trên người có bệnh truyền nhiễm
6.	Phẫu thuật lấy thai có kèm các kỹ thuật cầm máu
7.	Phẫu thuật lấy thai lần hai trở lên
8.	Phẫu thuật lấy thai trên người bệnh có sẹo mổ bụng cũ phức tạp
9.	Phẫu thuật thắt động mạch tử cung
10.	Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn do chảy máu thứ phát sau chảy máu sản khoa
11.	Phẫu thuật thắt động mạch hạ vị trong cấp cứu sản phụ khoa
12.	Giảm đau trong đẻ bằng phương pháp gây tê ngoài màng cứng
13.	Gây chuyển dạ bằng thuốc
14.	Nghiệm pháp lọt ngôi chỏm

TT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
15.	Đẻ chỉ huy bằng truyền Oxytocin tĩnh mạch
16.	Theo dõi nhịp tim thai và cơn co tử cung bằng monitor
17.	Đỡ đẻ ngôi ngược
18.	Nội xoay thai
19.	Đỡ đẻ sinh đôi
20.	Forceps
21.	Giác hút sản khoa
22.	Soi ối
23.	Khâu phục hồi rách âm đạo
24.	Khâu rách cổ tử cung
25.	Cắt khâu tầng sinh môn
26.	Xử trí tích cực giai đoạn III cuộc chuyển dạ
27.	Kiểm soát tử cung
28.	Kiểm tra rau
29.	Bóc rau nhân tạo
30.	Bấm ối
31.	Đỡ đẻ thường ngôi chỏm
32.	Khám thai
33.	Nạo sót thai, nạo sót rau sau sảy, sau đẻ

BỆNH VIỆN
THÁI NGUYÊN

TT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
34.	Khâu vòng cổ tử cung
35.	Điều trị tắc tia sữa bằng máy hút
36.	Điều trị tắc tia sữa bằng phương pháp sóng ngắn, hồng ngoại
37.	Phẫu thuật lấy thai kèm bóc nhân xơ tử cung
38.	Phẫu thuật lấy thai kèm bóc u buồng trứng
39.	Phẫu thuật lấy thai kèm triệt sản hai vòi tử cung
40.	Phá thai nội khoa cho thai 12 - 22 tuần
41.	Phá thai từ 13 đến 18 tuần bằng phương pháp nong và gắp thai
42.	Cắt chỉ khâu vòng cổ tử cung
43.	Xông tầng sinh môn
44.	Chiếu tia plasma vết thương sau sinh
45.	Siêu âm thai 3 tháng đầu
46.	Siêu âm thai 3 tháng giữa
47.	Siêu âm thai 3 tháng cuối
48.	Siêu âm tử cung phần phụ
49.	Phá thai từ 13 đến 22 tuần bằng phương pháp đặt túi nước kovac
50.	Nong cổ tử cung do bế sản dịch
51.	Phẫu thuật bảo tồn tử cung do vỡ tử cung
52.	Kỹ thuật chọc sọ - kẹp đỉnh sọ trong hủy thai

TT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
53.	Kẹp kéo cổ tử cung trong xử trí băng huyết sau sảy, sau đẻ
54.	Chăm sóc vết khâu tầng sinh môn nhiễm khuẩn
55.	Lấy khối máu tụ âm đạo, tầng sinh môn
56.	Phẫu thuật cắt lọc, khâu lại tử cung sau mổ lấy thai

BỆNH VIỆN
THÁI NGUYÊN

PHẪU THUẬT LẤY THAI VÀ CẮT TỬ CUNG TRONG RAU CÀI RĂNG LƯỢC

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.

Rau cài răng lược là sự bám bất thường hoặc xâm lấn một phần hay toàn bộ bánh rau vào lớp cơ tử cung. Về mặt mô học có thể thấy do sự thiếu vắng một phần hay toàn bộ màng rụng đáy do do gái rau bám vào cơ tử cung.

Các mức độ của rau cài răng lược:

Tùy vào mức độ xâm lấn của bánh nhau mà chia ra làm 3 mức độ:

- Mức độ nhẹ: Là bánh nhau bám và xâm lấn một phần lớp cơ tử cung.
- Mức độ trung bình: Bánh nhau bám sâu vào lớp cơ tử cung nhưng chưa xuyên qua các cơ quan lân cận.
- Mức độ nặng: Bánh nhau ăn xuyên hết lớp cơ, lớp thanh mạc tử cung và ăn lan đến những cơ quan lân cận như bọng đái và ruột.

II. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tủy sống, 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.

4. Kíp phẫu thuật

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

5. Giảm đau

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

- Không khuyến cáo gây tê tại chỗ hay gây tê tĩnh mạch

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thì 1. Mở bụng:

- Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu tùy theo sẹo mổ cũ lần trước

- Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ.

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

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

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

- Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8 - 10cm.

Thì 4. Lấy thai và rau:

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

- Dùng miếng gạc mỏng lau 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. Bộc lộ tử cung.

Thì 6. Cắt và thắt dây chằng tròn.

Thì 7. Tách phúc mạc tử cung - bàng quang.

Thì 8. Cặp cắt và thắt dây chằng thắt lưng - vòi tử cung.

Thì 9. Cặp cắt và thắt động mạch tử cung.

Thì 10. Cắt động mạch tử cung.

Thì 11. Cắt cổ tử cung.

Thì 12. Khâu mỏm cắt.

Thì 13. Phủ phúc mạc mỏm cắt và cuống mạch.

Thì 14. Lau sạch ổ bụng, kiểm tra các tạng xung quanh, đếm đủ gạc.

Thì 15. Đóng thành bụng theo từng lớp.

Thì 16. Lấy máu và lau âm đạo.

IV. THEO DÕI CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

1. Theo dõi sau phẫu thuật.

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

2. Chăm sóc.

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

V. BIẾN CHỨNG

1. Trong phẫu thuật

- Chảy máu
- Chấn thương thai nhi

- Chấn thương ruột
- Rạch vào bàng quang
- Thắt vào niệu quản

2. Sau phẫu thuật

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, 'Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản'(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, 'Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa'(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, 'Thực hành lâm sàng sản phụ khoa', Nhà xuất bản Y Học (2013).

BỆNH VIỆN THÁI NGUYÊN

PHẪU THUẬT LẤY THAI TRÊN NGƯỜI MẮC BỆNH TOÀN THÂN

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, trong trường hợp mẹ mắc các bệnh lý toàn thân như tăng huyết áp, suy tim, bệnh tuyến giáp.

II. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tủy sống, 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.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thì 1. Mở bụng:

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

Thì 2. Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung.

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

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

- Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8 - 10cm.

Thì 4. Lấy thai và rau:

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

- Dùng miếng gạc mỏng lau 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.

IV. THEO DÕI CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

1. Theo dõi sau phẫu thuật.

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

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

- Vết mổ thành bụng.

- Trung tiện.

2. Chăm sóc.

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

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

V. BIẾN CHỨNG

1. Trong phẫu thuật

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

2. Sau phẫu thuật

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

BỆNH VIỆN
THÁI NGUYÊN

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, 'Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản'(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, 'Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa'(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, 'Thực hành lâm sàng sản phụ khoa', Nhà xuất bản Y Học (2013).

PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN ĐẦU

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

- 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:
- Do nguyên nhân phần phụ của thai.
- Do nguyên nhân đường sinh dục.
- Do bệnh lý của mẹ
- 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 - 10cm.

Thì 4. Lấy thai và rau:

- Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại.
- Dùng miếng gạc mỏng lau 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
- 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.

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.

BỆNH VIỆN THÁI NGUYÊN

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, ‘Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản’(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, ‘Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa’(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, ‘Thực hành lâm sàng sản phụ khoa’, Nhà xuất bản Y Học (2013).

BỆNH VIỆN
THÁI NGUYÊN

PHẪU THUẬT LẤY THAI DO BỆNH LÝ SẢN KHOA

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

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

3. Người bệnh

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thì 1. Mở bụng:

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

Thì 2. Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung.

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

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

- Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8 - 10cm.

Thì 4. Lấy thai và rau:

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

- Dùng miếng gạc mỏng lau 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.

IV. THEO DÕI CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

1. Theo dõi sau phẫu thuật.

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

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

- Vết mổ thành bụng.

- Trung tiện.

2. Chăm sóc.

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

V. BIẾN CHỨNG

1. Trong phẫu thuật

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

2. Sau phẫu thuật

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, 'Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản'(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, 'Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa'(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, 'Thực hành lâm sàng sản phụ khoa', Nhà xuất bản Y Học (2013).

PHẪU THUẬT LẤY THAI TRÊN NGƯỜI CÓ BỆNH TRUYỀN NHIỄM

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 trên người bệnh có bệnh truyền nhiễm (viêm gan nặng, HIV - AIDS, H5N1, tiêu chảy cấp,…).

II. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tủy sống, 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 điều trị bệnh truyền nhiễm.

3. Người bệnh

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thì 1. Mở bụng:

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

Thì 2. Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung.

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

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

- Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8 - 10cm.

Thì 4. Lấy thai và rau:

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

- Dùng miếng gạc mỏng lau 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.

IV. THEO DÕI CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

1. Theo dõi sau phẫu thuật.

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

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

- Vết mổ thành bụng.

- Trung tiện.

2. Chăm sóc.

- Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật, các thuốc điều trị bệnh truyền nhiễm.

- Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn

bình thường khi đã có trung tiện).

- Vận động sớm.
- Cho con bú sớm.
- Kháng sinh điều trị (nếu cần).

V. BIẾN CHỨNG

1. Trong phẫu thuật

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

2. Sau phẫu thuật

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, 'Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản'(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, 'Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa'(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, 'Thực hành lâm sàng sản phụ khoa', Nhà xuất bản Y Học (2013).

PHẪU THUẬT LẤY THAI CÓ KÈM CÁC KỸ THUẬT CẦM MÁU
(Thắt động mạch tử cung, mũi khâu B - lynch)

A. PHẪU THUẬT LẤY THAI

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

- 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
- Do nguyên nhân phần phụ của thai.
- Do nguyên nhân đường sinh dục.
- Do bệnh lý của mẹ
- 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.

BỆNH VIỆN THÁI NGUYÊN

- 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 - 10cm.

Thì 4. Lấy thai và rau:

- Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại.
- Dùng miếng gạc mỏng lau 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.

B. KỸ THUẬT CẦM MÁU

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

- Đờ tử cung. 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.

I. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thì 1. Mở phúc mạc đoạn dư ới. đường rạch ngang đoạn dư ới 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 đ ổi hư ớng 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.

Nếu khâu mũi Blynch: Sau khi đẩy bàng quang xuống, mũi may bắt đầu từ góc trái vết mổ ngang, cách bờ dưới vết mổ 3 cm, cách bờ trái tử cung 3 cm. mũi kim đâm vào lòng tử cung rồi xuyên qua bờ trên vết mổ ngang, cách bờ trên khoảng 3cm và cách bờ trái tử cung khoảng 4 cm, sau đó vòng chỉ lên đáy tử cung cách góc sừng trái khoảng 4 cm rồi ra qua mặt sau tử cung. Đâm kim từ mặt sau tử cung ngang vị trí vết mổ ngang, kéo ngang sợi chỉ song song đường mổ ngang rồi đâm kim từ lòng tử cung ra mặt sau cách bờ phải tử cung 4 cm, vòng chỉ lên đáy tử cung cách góc sừng phải 4 cm rồi ra mặt trước tử cung, sau đó đâm kim từ mặt trước tử cung vào lòng tử cung, cách bờ trên 3 cm, cách bờ phải 4 cm rồi đâm xuyên từ lòng tử cung ra mặt trước tử cung cách mép dưới vết mổ 3 cm, cách bờ phải tử cung 3 cm. Khâu 2 góc vết mổ trước, rồi cột 2 mối chỉ lại với nhau ở mặt trước đoạn dưới tử cung, trên bàng quang. Tiếp theo là khâu vết mổ ngang.

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

Thì 7. Đóng thành bụng theo từng lớp.

Thì 8. Lấy máu và lau âm đạo.

C. THEO DÕI CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

1. Theo dõi sau phẫu thuật.

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

2. Chăm sóc.

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

D. BIẾN CHỨNG

1. Trong phẫu thuật

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

2. Sau phẫu thuật

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

BỆNH VIỆN THÁI NGUYÊN

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, ‘Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản’(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, ‘Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa’(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, ‘Thực hành lâm sàng sản phụ khoa’, Nhà xuất bản Y Học (2013).

BỆNH VIỆN
THÁI NGUYÊN

PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN HAI TRỞ LÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung. Phẫu thuật lấy thai lần 2 là phẫu thuật lấy thai ra khỏi tử cung trên bệnh nhân đã có sẹo mổ đẻ ở tử cung.

II. CHỈ ĐỊNH:

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

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

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

3. Người bệnh

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

4. Kíp phẫu thuật

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

5. Giảm đau:

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

- Không khuyến cáo gây tê tại chỗ hay gây tê tĩnh mạch I.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thì 1. Mở bụng:

- Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu tùy theo sẹo mổ cũ lần trước

- Gỡ dính (nếu có)

- Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ.

Thì 2. Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung:

Lưu ý ở thì này một số trường hợp sẹo mổ cũ dính kéo cao bàng quang lên trên nên khi mở phúc mạc nên dùng kéo cong bóc tách đẩy bàng quang xuống tránh rạch vào bàng quang.

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

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

- Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8 - 10cm.

Thì 4. Lấy thai và rau:

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

- Dùng miếng gạc mỏng lau 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, 'Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản'(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, 'Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa'(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, 'Thực hành lâm sàng sản phụ khoa', Nhà xuất bản Y Học (2013).

BỆNH VIỆN
THÁI NGUYÊN

PHẪU THUẬT LẤY THAI TRÊN NGƯỜI BỆNH CÓ SẸO MỔ BỤNG CŨ PHỨC TẠP

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. 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.

4. Kíp phẫu thuật

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

5. Giảm đau

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thì 1. Mở bụng:

- Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu tùy theo sẹo mổ cũ lần trước

- Gỡ dính (nếu có)

- Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ.

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

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

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

- Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8 - 10cm.

Thì 4. Lấy thai và rau:

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

- Dùng miếng gạc mỏng lau 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.

BỆNH VIỆN THÁI NGUYÊN

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

Thì 7: Đóng thành bụng theo từng lớp.

Thì 8: Lấy máu và lau âm đạo.

IV. THEO DÕI CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

1. Theo dõi sau phẫu thuật.

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

2. Chăm sóc.

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

V. BIẾN CHỨNG

1. Trong phẫu thuật

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

2. Sau phẫu thuật

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, ‘Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản’(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, ‘Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa’(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, ‘Thực hành lâm sàng sản phụ khoa’, Nhà xuất bản Y Học (2013).

BỆNH VIỆN
THÁI NGUYÊN

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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, 'Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản'(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, 'Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa'(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, 'Thực hành lâm sàng sản phụ khoa', Nhà xuất bản Y Học (2013).

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

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

- Nhau tiền đạo trung tâm, nhau bám chặt xuống sâu tận cổ tử cung gây chảy máu mà thắt động mạch hạ vị vẫn không cầm máu được.

- Thai ở cổ tử cung bị sẩy, chảy máu sau khi đã can thiệp các thủ thuật như khâu, đốt nhiệt mà không có kết quả.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản đã được đào tạo và kíp trợ thủ.

2. Phương tiện

Dụng cụ phẫu thuật đại phẫu.

3. Người bệnh

- Được chuẩn bị như một trường hợp phẫu thuật cấp cứu sản khoa.

- Người bệnh được tư vấn mục đích, tai biến có thể gặp phải khi thực hiện.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thì 1: Mở thành bụng theo đường Pfannenstiel hoặc đường giữa dưới rốn.

Thì 2: Kẹp cắt các dây chằng thắt lưng

- Buồng trứng, dây chằng tử cung.

- Vòi trứng và cuống mạch, dây chằng tròn cả hai bên, hai lá dây chằng rộng.

Thì 3:

- Tách và cắt phúc mạc tử cung - bàng quang.

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

Thì 4:

- Cắt dây chằng tử cung - cùng và phúc mạc sau.

- Kéo tử cung ra phía trước, bộc lộ hai dây chằng tử cung - cùng và mặt sau cổ tử cung. Dùng kéo sắc cắt gốc hai dây chằng tử cung - cùng gần chỗ bám ở cổ tử cung

- Tách phúc mạc sau vòng quanh cổ tử cung phía trên và đẩy xuống ngang mức cắt âm đạo.

Thì 5:

- Kẹp các cuống mạch đi vào tử cung

- Kẹp cắt động mạch tử cung

- Kẹp nhánh động mạch âm đạo

- Dùng kéo cong tách phần tổ chức phía trước dây chằng tử cung - cùng sát theo mặt của mỗi bên cổ tử cung, bộc lộ nhánh động mạch nhỏ từ dưới đi lên và kẹp bằng kẹp Kocher cong.

- Vị trí này gần sát với niệu quản nên cần chú ý: không nên kéo mạnh, không cắt ra ngoài quá, phải kẹp sát bờ bên tử cung

- Kẹp động mạch tử cung từng bên.

- Tiếp tục phẫu tích lên phía trên vị trí kẹp tử cung - cùng, bộc lộ động mạch tử cung và kẹp động mạch tử cung từng bên bằng kẹp J.L Fauvre. Khi kẹp và cắt bó mạch đi vào tử cung này sẽ bộc lộ vòm âm đạo.

Thì 6:

- Cắt âm đạo.

- Dùng gạc lớn che phủ cùng đồ sau.

- Tay trái phẫu thuật viên kéo tử cung mạnh lên trên, tay phải dùng kéo sắc mở cùng đồ trước

- Dùng kẹp Kocher thẳng kẹp mép trước âm đạo để giữ.

- Tiếp tục cắt vòng quanh sát với chỗ bám âm đạo và cổ tử cung từ phía trước sang phải, ra sau và qua trái.

Thì 7:

- Đóng âm đạo.

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

Thì 8:

- Thắt các cuống mạch tử cung.

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

Thì 9: Phủ phúc mạc tiểu khung.

Thì 10: Đóng thành bụng.

V. THEO DÕI BIẾN CHỨNG

- Chảy máu: do buộc chỉ lỏng, hay tuột chỉ ở các cuống mạch và mỏm cắt âm đạo.

- Nhiễm trùng: do chuẩn bị người bệnh không tốt.

- Tổn thương bàng quang: do khâu chọc vào bàng quang, cắt vào bàng quang do đẩy phúc mạc tử cung - bàng quang không tốt.

- Thắt hoặc cắt vào niệu quản: do dính hoặc thắt cuống động mạch cổ tử cung - âm đạo quá xa bờ ngoài cổ tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, 'Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản'(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, 'Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa'(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, 'Thực hành lâm sàng sản phụ khoa', Nhà xuất bản Y Học (2013).

PHẪU THUẬT THẮT ĐỘNG MẠCH HẠ VỊ TRONG CẤP CỨU SẢN PHỤ KHOA

I. ĐẠI CƯƠNG

Thắt động mạch hạ vị (động mạch chậu trong) là làm tắc dòng máu chảy vào động mạch hạ vị, làm giảm lưu lượng máu tại các cơ quan vùng tiểu khung tức thời.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu tại vùng tiểu khung do nhiều nguyên nhân khác nhau: rau tiền đạo, rách hoặc chấn thương đoạn dưới tử cung.

- Phẫu thuật phức tạp vùng tiểu khung dễ chảy máu cần phải làm giảm lưu lượng tuần hoàn tiểu khung trong quá trình phẫu thuật.

- Phẫu thuật ung thư, đặc biệt là ung thư tế bào nuôi có nhiều nhân ung thư không thể bóc tách hết cần làm giảm lượng máu tới tế bào ung thư.

- Chỉ định có tính chất cấp cứu trong quá trình phẫu thuật, thường không có chỉ định chủ động trước.

- Tuy nhiên, phải chỉ định sớm, không được để người bệnh bị mất máu nhiều gây rối loạn đông máu.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản đã được đào tạo và kíp trợ thủ.

2. Phương tiện

- Dụng cụ phẫu thuật đại phẫu

- Kim chỉ tốt, thông Neslaton, Disteur để bóc tách và bộc lộ động mạch hạ vị, niệu quản.

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. Rạch phúc mạc sau tương ứng với vị trí của động mạch hạ vị:

- Điểm mốc: 2 - 3cm bên phải và bên trái mỏm nhô, có thể dùng ngón tay trỏ thăm dò động mạch chậu gốc phải và trái (dựa vào vị trí mạch đập) xuống dần đến chỗ phân nhánh động mạch chậu ngoài và động mạch chậu trong.

- Dùng kẹp kéo nếp phúc mạc lên để cắt thủng một lỗ ở phúc mạc sau đúng vị trí điểm mốc.

- Dùng kéo cong tù đầu tách phúc mạc và cắt rộng phúc mạc xuống dưới khoảng 4cm dọc theo đường đi của động mạch chậu trong.

Chú ý: niệu quản nằm ngay dưới phúc mạc và bắt chéo động mạch chậu ở trị trí này, nên rất dễ bị tổn thương khi cắt phúc mạc.

Thì 2. Bộc lộ niệu quản và động mạch hạ vị:

- Dùng kéo cong khép kín luồn mặt dưới phúc mạc tách lớp tổ chức dưới phúc mạc bằng cách mở mũi kéo ra (không được cắt vì dễ cắt nhầm vào niệu quản).

- Bộc lộ niệu quản sang một bên bằng cách luồn chỉ hoặc ống cao su nhỏ có 27 đường kính 1.5 - 2mm qua mặt dưới niệu quản kéo sang một bên. Tiếp tục bóc tách tổ chức quanh động mạch chậu bằng kéo theo động tác như đã mô tả trên, bộc lộ động mạch chậu gốc dần xuống chỗ phân nhánh của động mạch chậu trong và động mạch chậu ngoài. Tách động mạch chậu trong khỏi thành trước tĩnh mạch chậu. Động tác này phải nhẹ nhàng, cẩn thận để tránh tổn thương tĩnh mạch chậu nằm sau động mạch.

Thì 3. Thắt động mạch hạ vị:

- Sử dụng kẹp mũi cong tù, luồn qua mặt dưới động mạch hạ vị và phía trước tĩnh mạch hạ vị từ ngoài vào trong. Khi thấy mũi kẹp lộ rõ ở bờ trong động mạch hạ vị thì mở kẹp để kẹp một sợi chỉ perlon kéo luồn qua động mạch hạ vị.

- Xác định sợi chỉ đã luồn đúng phía dưới động mạch hạ vị.

- Thắt động mạch hạ vị: sau khi đã kiểm tra vị trí luồn chỉ đúng mới buộc thắt động mạch hạ vị và cắt chỉ cách nút buộc 1 cm.

- Kiểm tra lại mạch bẹn.

Thì 4. Khâu phục hồi phúc mạc.

- Để lại vị trí niệu quản như cũ.

- Khâu vết cắt phúc mục bằng mũi khâu vắt với chỉ catgut (không nên khâu kín vết cắt phúc mạc bằng mũi khâu túi, vì mũi khâu túi sẽ làm co kéo phúc mạc và có thể làm gấp khúc niệu quản).

V. BIẾN CHỨNG

- Chảy máu.
- Tổn thương niệu quản.
- Thắt nhầm động mạch chậu ngoài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, 'Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản'(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, 'Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa'(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, 'Thực hành lâm sàng sản phụ khoa', Nhà xuất bản Y Học (2013).

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

I. ĐẠI CƯƠNG

Đau đẻ là sự ám ảnh và nỗi sợ hãi của bệnh nhân, điều đó làm ảnh hưởng đến hoạt động chức năng các cơ quan, làm cho cuộc chuyển dạ khó khăn và phức tạp. Hiện nay có nhiều phương pháp giảm đau trong đẻ. Gây tê ngoài màng cứng được đánh giá là phương pháp có nhiều ưu điểm hơn cả:

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

* Sản khoa:

- Tuổi thai đủ tháng, phát triển bình thường
- Một thai
- Không có bất cân xứng giữa thai và khung chậu
- Ngôi chỏm
- Tim thai bình thường
- Phần phụ của thai: bánh rau, dây rau và nước ối bình thường
- Không có tiền sử mổ đẻ, mổ bóc u xơ tử cung
- Sản phụ đồng ý thực hiện

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Sản phụ có chống chỉ định gây tê ngoài màng cứng.
- Những tiêu chuẩn loại trừ về sản khoa: Các ngôi thai bất thường: ngôi ngược, ngôi mặt; Sản phụ bị tiền sản giật, rau tiền đạo, rau bong non, phong

huyết tử cung rau; Thiểu ối hoặc đa ối; Suy thai; Thai non tháng hoặc già tháng; Thai to, suy dinh dưỡng; Rối loạn cơn co tử cung.

- Diễn biến cuộc đẻ bất thường.

IV. QUY TRÌNH THỰC HIỆN:

1. Nguyên tắc

An toàn cho mẹ và con là ưu tiên hàng đầu; Hiệu quả giảm đau là ưu tiên thứ hai; Sự hài lòng của sản phụ là ưu tiên thứ ba.

2. Kỹ thuật

* Khám trước khi gây tê:

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

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

- Giải thích cho sản phụ và gia đình về lợi ích và nguy cơ của phương pháp, đảm bảo rằng gia đình và sản phụ tự nguyện muốn làm. Mô tả cho sản phụ về tư thế, trình tự thủ thuật sẽ làm (để hợp tác), những cảm nhận sau khi tiêm thuốc và nhấn mạnh rằng phương pháp này chỉ định là để giảm đau.

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

* Tiến hành:

- Chuẩn bị bệnh nhân: BS gây mê hồi sức giải thích cho sản phụ những việc BS và NHS sẽ thực hiện những thủ thuật gây tê giảm đau NHS đặt một đường truyền tĩnh mạch kim cỡ 20G ở tay. Truyền Lactate Ringer hoặc NACL 0,9% liều trung bình 5ml - 8ml/ kg cân nặng (nếu sản phụ có tiền sử bệnh suy tim ứ huyết, tăng huyết áp không kiểm soát hoặc hẹp van hai lá thì không nên truyền tốc độ quá 50ml/ h.

- Tư thế: Nằm hoặc ngồi

- Chuẩn bị phương tiện: Bộ dụng cụ tê ngoài màng cứng Bơm tiêm 3ml, 5ml, 10ml, 50ml Máy bơm tiêm điện, phương tiện hồi sức cấp cứu, máy đo huyết áp, máy Mornitoring tim mạch, Spo2.

- Xác định khe cột sống: Thường là L3- L4 hoặc L4- L5 - Gây tê tại chỗ với thuốc tê lidocain 2%

- Kỹ thuật xác định khoang ngoài màng cứng: nên dùng kỹ thuật mất sức cản với dung dịch nước muối sinh lý. Đặt kim Tuohy vào khoang ngoài màng cứng theo quy ước và luồn catheter vào khoang ngoài màng cứng khoảng 4cm. Sau đó rút kim Tuohy và cố định catheter. Hút catheter đẻ kiểm tra nếu thấy có máu hay dịch não tủy chảy ra thì tạm ngưng sử dụng phương pháp gây tê này. Có thể dùng liều test với Lidocain 2%, Adrenalin 2- 3ml Bơm thuốc tê giảm đau qua catheter ngoài màng cứng: Liều bolus: 12- 15ml với hỗn hợp dưới đây(mỗi lần bơm 5ml xem tình trạng lâm sàng sau đó bơm tiếp tục đến hết liều bolus).

Hỗn hợp:

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

+ Fentanyl: 2mcg/ ml. truyền hỗn hợp thuốc tê này qua catheter với tốc độ 5 - 10ml/ h tùy theo tình trạng giảm đau sản phụ. Hoặc giảm đau bằng phương pháp sản phụ tự điều khiển.

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

+ Khi còn đau sản phụ bấm nút tự điều khiển để bơm thêm 3ml hỗn hợp thuốc tê.

+ Thời gian khóa nút điều khiển khoảng 15 phút + Liều tối đa 20 ml/h.

* Đánh giá: Mức độ ức chế cảm giác đau có thể dùng thước đo đánh dấu từ 1- 10 1: không đau 10: đau không chịu được Mức độ phong bế vận động theo thang điểm BROMAGE.

* Theo dõi:

- Tại phòng sinh:

+ Chất lượng giảm đau đến lúc sinh hoặc mổ lấy thai.

+ Theo dõi hô hấp, mạch, huyết áp và tiến trình chuyển dạ 30.

+ Rút catheter ngoài màng cứng sau khi cuộc đẻ hoàn tất.

+ Dặn dó sản phụ chỉ nên đi lại sau 6h, lần đầu tiên đặt chân xuống đất cần có người giúp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, ‘Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản’(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, ‘Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa’(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, ‘Thực hành lâm sàng sản phụ khoa’, Nhà xuất bản Y Học (2013).

BỆNH VIỆN
THÁI NGUYÊN

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

BỆNH VIỆN THÁI NGUYÊN

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

Bước 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.

Bước 2. Thang điểm tính chỉ số Bishop

- Độ mở cổ tử cung (cm)
- Vị trí ngôi thai

- Mật độ cổ tử cung Cứng Vừa Mềm

- Tư thế cổ tử cung Sau Trung gian Trước

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

Bước 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

Bước 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, 'Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản'(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, 'Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa'(2016).

3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, 'Thực hành lâm sàng sản phụ khoa', Nhà xuất bản Y Học (2013).

NGHIỆM PHÁP LỌT NGÔI CHỎM

Bước 1. Chuẩn bị Sản phụ.

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

Bước 2. Chuẩn bị dụng cụ.

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

Bước 3. Người thực hiện.

- Bác sỹ sản khoa.
- Nữ hộ sinh.

Bước 4. Các bước tiến hành.

- Sản phụ ở tư thế sản khoa.
- Khám sản khoa, tình trạng tim thai, cơn co tử cung, ngôi thai khung chậu.
- Dùng kim bấm ối khi có cơn co tử cung và xé rộng màng ối để cho ngôi tì vào cổ tử cung. Nếu ngôi thai còn cao phải đề phòng sa dây rốn.
- Ghi rõ giờ bắt đầu bấm ối và diễn biến của cơn co.
- Theo dõi cơn co tim thai.tình trạng cổ tử cung,ngôi thai được khám lại sau 1 giờ và sau 2 giờ làm nghiệp pháp lọt để đánh giá sự tiến triển.
- Nếu cơn co tử cung tăng nhiều (trên 3 cơn trong 10 phút), giảm số giọt Oxytocin . Nếu trương lực tăng phải ngừng truyền Oxytocin ,nếu tử cung tăng trương lực thì dùng các thuốc giảm co. Thời gian chờ đợi tối đa 6 giờ, cho kháng sinh trong thời gian làm nghiệm pháp.

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

BỆNH VIỆN
THÁI NGUYÊN

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, ‘Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản’(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, ‘Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa’(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, ‘Thực hành lâm sàng sản phụ khoa’, Nhà xuất bản Y Học (2013).

BỆNH VIỆN
THÁI NGUYÊN

ĐẺ CHỈ HUY BẰNG TRUYỀN OXYTOCIN TĨNH MẠCH

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. CHỈ ĐỊNH

- Mẹ bị bệnh mà thai lớn; càng lớn càng đe dọa tính mạng của mẹ (bệnh tim, thận, phổi, nhiễm độc thai nghén).
- Thai quá ngày sinh, hết tuần thứ
- Vỡ ối non.
- Vỡ ối sớm mà cơn co tử cung thưa, yếu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bất tương xứng giữa xương chậu và thai nhi (khung chậu hẹp, khung chậu lệch, thai quá to).
- Bất thường ở cổ tử cung: dị dạng, có nhân xơ, có sẹo mổ đẻ cũ, sẹo bóc nhân xơ cũ
- Không phải là ngôi đầu.
- Có dấu hiệu suy thai.

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ chuyên khoa

Bác sĩ hoặc y sĩ chuyên khoa Phụ sản.

2. Phương tiện.

- Kim dài 15cm vô khuẩn để chọc ối.
- 1 đôi găng vô khuẩn. Kim và dây truyền vô khuẩn.
- Thuốc: Oxytocin 5 UI, Dung dịch glucose 5%.
- Phiếu theo dõi tiêm truyền và hồ sơ theo dõi tim thai, cơn co tử cung, độ mở cổ tử cung, toàn trạng mẹ và tiến triển của thai.
- Chỉ được tiến hành gây đẻ chỉ huy tại cơ sở có phẫu thuật.

3. Sản phụ

- Được giải thích.

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

Điểm	Độ mở (cm)	Độ xóa (%)	Độ lọt	Mật độ tử cung	Hướng cổ tử cung
0	đóng	0	-3	Chắc	sau
1	1-2	40-50	-2	Trung bình	Giữa
2	3-4	60-70	-1	Mềm	Trước
3	5	80-10	+1, +2	Mềm	Trước

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

*Bấm ối:

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

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

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

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

- Cuộc đẻ chỉ huy được coi là có kết quả khi cơn co đều đặn, tim thai tốt,

ngôi lọt và cổ tử cung mở hết, có thể cho đẻ đường dưới nhẹ nhàng và lấy ra một thai nhi khỏe mạnh.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi

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

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

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

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

2. Xử lý

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, ‘Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản’(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, ‘Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa’(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, ‘Thực hành lâm sàng sản phụ khoa’, Nhà xuất bản Y Học (2013).

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

I. Tuyến áp dụng: Các cơ sở chăm sóc sản khoa có monitor sản khoa

II. Người thực hiện

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

1. Mục đích

- Phát hiện thai suy trong quá trình có thai và trong chuyển dạ.

- Phát hiện cơn co tử cung bất thường và sự đáp ứng của tim thai với cơn co tử cung.

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

2.1. Chỉ định

- Nếu có điều kiện nên áp dụng cho tất cả sản phụ.

- Áp dụng cho các trường hợp thai nghén có nguy cơ cao như:

+ Sản phụ bị bệnh lý ảnh hưởng đến thai.

+ Sản phụ có tiền sử sản khoa nặng nề.

+ Sản phụ lớn tuổi.

+ Có dấu hiệu nghi ngờ thai suy hoặc thai kém phát triển trong tử cung.

+ Chuyển dạ: ối vỡ non, ối vỡ sớm, rối loạn cơn co tử cung, chuyển dạ kéo dài, tử cung có sẹo mổ cũ.

2.2. Chuẩn bị

- Phương tiện: monitor sản khoa ghi cơn co tử cung và nhịp tim thai.

- Sản phụ: được giải thích về mục đích theo dõi thai bằng máy và cách thức tiến hành.

2.3. Các bước tiến hành

- Đặt đầu dò ghi cơn co tử cung và nhịp tim thai.

- Ghi biểu đồ nhịp tim thai và cơn co tử cung.

- Ghi những thông tin cần thiết về sản phụ trên băng giấy ghi của máy.

2.4. Phân tích kết quả

- Nhịp tim thai: tần số, đường tim thai cơ bản, độ dao động.

- Sự thay đổi của tim thai khi có cơn co tử cung.

- Cơn co tử cung: tần số, biên độ của cơn co và trương lực cơ bản của tử cung.

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

- Nhằm mục đích đánh giá tình trạng thiếu Oxygen gây suy thai, còn gọi là các thử nghiệm theo dõi thai.

- Có hai loại thử nghiệm chính:

+ Test không đả kích: theo dõi nhịp tim thai đơn thuần, không cần tạo nên cơn co tử cung.

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

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

3.1.1. Chỉ định.

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

3.1.2. Thời gian thử nghiệm.

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

3.1.3. Phân tích kết quả.

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

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

thường

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

3.2.1. Chỉ định.

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

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

3.2.2. Chống chỉ định tuyệt đối.

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

3.2.3. Chống chỉ định tương đối.

- Đa ối, tiền sử đẻ non, đa thai.

3.2.4. Thời điểm làm thử nghiệm.

- Chỉ làm khi tuổi thai sau 34 tuần.

3.2.5. Các bước tiến hành.

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

- Theo dõi nhịp tim thai có sử dụng Oxytocin .

- Pha 5 đv Oxytocin trong dung dịch glucose 5 % truyền nhỏ giọt tĩnh mạch liều ban đầu 5 giọt/phút, sau 10 - 15 phút tăng dần liều cho đến khi đạt được 3 cơn co tử cung trong 10 phút, ghi lại nhịp tim thai và cơn co tử cung trong thời gian từ 30 - 40 phút.

3.2.6. Đánh giá kết quả

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

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

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

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

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

3.3. Thử nghiệm kích thích đầu vú: Giống như thử nghiệm dùng Oxytocin nhưng Oxytocin được thay thế bằng kích thích hai núm vú.

4. Theo dõi và xử trí tai biến.

4.1 Theo dõi:

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

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

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

4.2 Xử trí.

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, ‘Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản’(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, ‘Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa’(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, ‘Thực hành lâm sàng sản phụ khoa’, Nhà xuất bản Y Học (2013).

ĐỠ ĐẺ NGÔI NGƯỢC

Bước 1: Chuẩn bị Sản phụ.

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

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

Bước 2: Chuẩn bị Phương tiện dụng cụ.

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

Bước 3: Chuẩn bị Người thực hiện.

- Một kíp đỡ đẻ ngôi ngược cần có từ 3 - 4 người.

- Chỉ nên cho đẻ đường âm đạo ở những nơi có điều kiện phẫu thuật và hồi sức sơ sinh tốt.

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

Bước 4: Các bước tiến hành. Giai đoạn cho sản phụ rặn 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.

- Đỡ đẻ

+ Đỡ đẻ ngôi mông theo phương pháp Vermelin

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

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

- Các thủ thuật thường dùng khi đỡ đẻ ngôi mông

- Các thủ thuật đỡ đầu hậu

+ Thủ thuật Bracht

+ Thủ thuật Mauriceau

- Các thủ thuật hạ tay

+ Thủ thuật LOVSET

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, 'Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản'(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, 'Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa'(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, 'Thực hành lâm sàng sản phụ khoa', Nhà xuất bản Y Học (2013).

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

- 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, ‘Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản’(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, ‘Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa’(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, ‘Thực hành lâm sàng sản phụ khoa’, Nhà xuất bản Y Học (2013).

BỆNH VIỆN
THÁI NGUYÊN

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 doạ 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 khoẻ và có đủ sữa nuôi hai con.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, ‘Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản’(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, ‘Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa’(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, ‘Thực hành lâm sàng sản phụ khoa’, Nhà xuất bản Y Học (2013).

FORCEPS

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

1. Về phía mẹ

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

2. Về phía thai.

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

3. Điều kiện.

- Thai đẻ được đường dưới.
- Đầu lọt trung bình hoặc thấp.
- Cổ tử cung mở hết, ối vỡ hoàn toàn hoặc bấm ối.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

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

3. Sản phụ

- Đặt sản phụ ở tư thế sản khoa, mở rộng hai đùi.

- Động viên sản phụ nằm yên, thở đều, không rặn.

- Sát khuẩn rộng vùng âm hộ, tầng sinh môn.

- Thông đái.

- Trải khăn vô khuẩn như phẫu thuật đường dưới.

- Nếu mẹ được chỉ định forceps vì bệnh tim, tăng huyết áp, tiền sản giật… thì phải điều trị nội khoa thích hợp trước khi làm thủ thuật.

- Nên giảm đau bằng gây tê tại chỗ hoặc gây tê ngoài màng cứng hoặc gây tê tủy sống.

- Chỉ rặn khi hai bướu đỉnh đã ra khỏi âm hộ nếu không phải trường hợp chỉ định vì không được cho sản phụ rặn.

- Theo dõi mạch, huyết áp, chảy máu.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

Thì 2. Đặt hai cành forceps.

- Đặt cành trái:

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

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

+ Đưa cành trái forcep cho người phụ giữ.

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

Thì 3. Khớp cành và kéo.

- Khớp hai cành với nhau.

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

- Cắt tầng sinh môn giữa hai cành forceps.

Thì 4. Tháo cành forceps.

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

- Đỡ thai nhi như đỡ đẻ thường.

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

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

- Khâu tầng sinh môn và các vết rách.

V. THEO DÕI

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

- Lượng máu mất, thường do chấn thương đường sinh dục.

VI. TAI BIẾN

1. Sản phụ

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

- Són tiểu không tự chủ.

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

- Mất máu sau can thiệp bằng forceps:

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

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

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

- Nhiễm trùng hậu sản.

2. Thai nhi

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, ‘Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản’(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, ‘Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa’(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, ‘Thực hành lâm sàng sản phụ khoa’, Nhà xuất bản Y Học (2013).

BỆNH VIỆN
THÁI NGUYÊN

GIÁC HÚT SẢN KHOA

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. ĐIỀU KIỆN

- Thai sống.
- Ngôi chỏm.
- Cổ tử cung mở hết.
- Đầu lọt thấp.
- Ối đã vỡ hay đã bấm ối.

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

V. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

- Máy hút bơm điện hay bơm tay, các chụp giác kéo cỡ to nhỏ khác nhau, một tay cầm để kéo, dây xích và các ống cao su.

- Bộ đỡ đẻ và cắt khâu tầng sinh môn.

- Khăn vô khuẩn.

3. Sản phụ

- Tư vấn cho sản phụ và gia đình.

- Đặt sản phụ ở tư thế sản khoa, mở rộng hai đùi.

- Động viên sản phụ nằm yên, thở đều, không rặn.

- Sát khuẩn rộng vùng âm hộ, tầng sinh môn.

- Thông đái.

- Trải khăn vô khuẩn như phẫu thuật đường dưới.

- Nên giảm đau bằng gây tê tại chỗ hoặc gây tê ngoài màng cứng hoặc gây tê tủy sống.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi chép đầy đủ diễn biến của cuộc chuyển dạ, ghi rõ chỉ định giác hút và các bước thực hiện, kết quả thực hiện.

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

Thì 2. Đặt nắp giác hút

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

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

Thì 3. Hút chân không

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

- Bơm tiếp từ từ lên 0,8 kg/cm^2. Thời gian bơm từ 6 - 10 phút.

Thì 4. Kéo

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

- Chỉ kéo khi có cơn co, giữ đầu ở nguyên vị trí khi ngừng kéo. Nếu cơn co yếu thì phải điều chỉnh cơn co bằng Oxytocin truyền tĩnh mạch và kết hợp với sức rặn của sản phụ. Lúc đầu tiên thì kéo xuống. Khi nắp giác hút lộ ở tầng sinh môn thì kéo ngang và cắt tầng sinh môn nếu cần. Khi chẩm đã tỳ vào bờ dưới xương vệ thì kéo lên 45 độ so với sàn chậu để sổ đầu. Thời gian kéo không lâu quá 20 phút.

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

Thì 5: tháo nắp giác hút Sau khi đã sổ 2 bướu đỉnh thì giảm áp suất từ từ. Khi áp suất bằng 0 thì tháo nắp và đỡ như đỡ đẻ thường.

VII. THEO DÕI VÀ TAI BIẾN

1. Tai biến cho mẹ

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

2. Tai biến cho con

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

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

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

- Tụ máu dưới màng xương (1 - 3,8%) khối máu tụ lan qua đường khớp giữa và làm tăng kích thước đầu thai nhi. Trẻ có thể bị thiếu máu, nhịp tim

nhanh, tụt huyết áp cần theo dõi và hồi sức.

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

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

- Những tổn thương như bại não, liệt cơ, chậm phát triển tâm thần thường xảy ra với tỷ lệ thấp. Tử vong thường là do ngạt vì làm thủ thuật khó khăn, quá lâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, 'Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản'(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, 'Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa'(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, 'Thực hành lâm sàng sản phụ khoa', Nhà xuất bản Y Học (2013).

BỆNH VIỆN
THÁI NGUYÊN

SOI ỐI

I. ĐẠI CƯƠNG

Khi thai trong tình trạng thiếu Oxygen (PO2 giảm và PCO2 tăng), ruột sẽ tăng nhu động lấy phân su vào nước ối. Soi ối lần đầu tiên thực hiện bởi Saling năm 1961, cho phép nhìn thấy nước ối qua màng ối nhờ vào hệ thống ánh sáng lạnh. Mục đích của kỹ thuật soi ối là đánh giá màu sắc nước ối với nguồn ánh sáng trắng qua ống soi để xác định tình trạng của thai, thường từ 37 tuần trở lên đến chuyển dạ.

II. CHỈ ĐỊNH SOI ỐI

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. KĨ THUẬT SOI ỐI

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

ối.

V. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ

Hình ảnh nước ối bình thường:

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

+ Thai non tháng: nhiều chất gây trắng trong nước ối tạo thành màu cùi nhãn.

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

+ Màu xanh hoặc vàng (nước ối có phân su): đã hoặc đang có suy thai.

+ Màu vàng (nước ối có Bilirubin) gặp trong trường hợp thai già tháng, suy thai trường diễn hoặc bất đồng nhóm máu.

+ Màu đỏ (nước ối lẫn máu) gặp trong trường hợp thai chết lưu.

VI. ĐỘ TIN CẬY CỦA PHƯƠNG PHÁP:

- Kết quả dương tính giả (nước ối đổi màu nhưng thai không có dấu hiệu suy) thường gặp trong những trường hợp:

- Thai đủ tháng trong giai đoạn chuyển dạ.

- Thai bị thiếu oxy tạm thời nhưng sau đó được phục hồi.

- Kết quả âm tính giả: gặp trong các trường hợp:

+ Mẹ bị đái tháo đường(thai suy nhưng nước ối trong).

+ Thai không so hậu môn (thai suy nhưng không có phân su trong nước ối). Sai lệch kết quả còn phụ thuộc vào kinh nghiệm của kĩ thuật viên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, ‘Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản’(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, ‘Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa’(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, ‘Thực hành lâm sàng sản phụ khoa’, Nhà xuất bản Y Học (2013).

KHÂU PHỤC HỒI RÁCH ÂM ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

1.Định nghĩa

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.

2. Người bệnh

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

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

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Sát trùng âm đạo TSM, thông 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, 'Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản'(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, 'Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa'(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, 'Thực hành lâm sàng sản phụ khoa', Nhà xuất bản Y Học (2013).

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 trên hoặc dưới 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, ‘Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản’(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, ‘Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa’(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, ‘Thực hành lâm sàng sản phụ khoa’, Nhà xuất bản Y Học (2013).

BỆNH VIỆN
THÁI NGUYÊN

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 cat gut, lanh,...).

- 10ml dung dịch sát trùng: povidin hoặc polyvidin…

- 1 bơm tiêm 5ml

- 1 ống Lidocain 2%.

3. Người bệnh

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thì 1. Sát trùng vùng âm hộ tầng sinh môn.

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

Thì 3. Cắt tầng sinh môn:

- Kỹ thuật mà nhiều người áp dụng là cắt chếch 45 độ tại vị trí 7 giờ. Sản phụ nằm tư thế đẻ thường, trong cơn co tử cung, khi tầng sinh môn và âm hộ phồng căng hoặc khi kéo forceps, giác hút dùng một kéo thẳng và sắc cắt chéo 45 độ từ mép sau của âm hộ (thường cắt ở bên phải của sản phụ). Cắt 2 - 4 cm tùy mức độ cần thiết. Đường cắt này sẽ cắt các cơ thắt âm hộ, cơ ngang nông và sâu, cùng với thành âm đạo và da dùng tầng sinh môn.

- Không cắt sâu tới cơ nâng hậu môn.

- Không cắt ngang vị trí 9 giờ để tránh vào những tổ chức dễ chảy máu như tuyến Bartholin, các tổ chức 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 0,5cm 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, ‘Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản’(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, ‘Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa’(2016).

3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, 'Thực hành lâm sàng sản phụ khoa', Nhà xuất bản Y Học (2013).

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

BỆNH VIỆN

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.

THÁI NGUYÊN

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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, 'Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản'(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, 'Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa'(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, 'Thực hành lâm sàng sản phụ khoa', Nhà xuất bản Y Học (2013).

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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, ‘Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản’(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, ‘Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa’(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, ‘Thực hành lâm sàng sản phụ khoa’, Nhà xuất bản Y Học (2013).

BỆNH VIỆN
THÁI NGUYÊN

KIỂM TRA RAU

Bước 1: Chuẩn bị Sản phụ.

- Thông báo cho Sản phụ biết về kỹ thuật tiến hành.

- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn của Người bệnh.

Bước 2: Chuẩn bị dụng cụ.

- Một khay to, phẳng hoặc một chậu đựng rau khi rau ra.

- Găng cao su cho người kiểm tra rau, bông gạc cần cho việc lau thấm máu khi kiểm tra.

Bước 3: Người thực hiện.

- Bác sỹ sản khoa.

- Nữ hộ sinh.

Bước 4. Các bước tiến hành.

* Kiểm tra màng rau

- Quan sát màng rau và đánh giá xem đủ hay thiếu.

- Quan sát vị trí lỗ rách ối.

- Vối bánh rau sinh đôi cần bóc tách phần màng để đánh giá 1 hay 2 bánh rau.

- Quan sát vị trí bám của dây rốn: bám trung tâm, bám cạnh hay bám màng.

- Quan sát các mạch máu từ chân dâu rốn đi ra đến tận bờ mép bánh rau để phát hiện múi rau phụ.

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

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

- Đánh giá chất lượng bánh rau.

* Kiểm ta dây rốn

- Xem có bị thắt lút không

BỆNH VIỆN THÁI NGUYÊN

- Quan sát mặt cắt dây rốn,kiểm tra các mạch máu rốn.

- Đo độ dài dây rốn đo hai phía.

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

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, 'Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản'(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, 'Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa'(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, 'Thực hành lâm sàng sản phụ khoa', Nhà xuất bản Y Học (2013).

BỆNH VIỆN
THÁI NGUYÊN

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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, ‘Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản’(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, ‘Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa’(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, ‘Thực hành lâm sàng sản phụ khoa’, Nhà xuất bản Y Học (2013).

BỆNH VIỆN
THÁI NGUYÊN

BẤM ỐI

Bước 1: Chuẩn bị Sản phụ.

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

Bước 2: Chuẩn bị dụng cụ.

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

Bước 3: Người thực hiện.

- Bác sỹ sản khoa.
- Nữ hộ sinh.

Bước 4: Các bước tiến hành.

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

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, ‘Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản’(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, ‘Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa’(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, ‘Thực hành lâm sàng sản phụ khoa’, Nhà xuất bản Y Học (2013).

BỆNH VIỆN
THÁI NGUYÊN

ĐỠ ĐẺ THƯỜNG NGÔI CHỎM

I. MỤC TIÊU

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

II. NỘI DUNG

1. Định nghĩa

Đỡ đẻ thường ngôi chỏm kiểu chẩm vệ 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 TSM).

2. Chuẩn bị

2.1. Dụng cụ

- Bộ dụng cụ đỡ đẻ: 2 kìm Kocher, 1 kéo cắt cuống rốn;
- Bộ dụng cụ cắt, khâu TSM; Khăn, bông, băng, gạc hấp, chỉ khâu, kim khâu;
- Dụng cụ để hút nhớt và hồi sức sơ sinh (máy hút, ống nhựa);
- Thông tiểu.

2.2. Sản phụ

Được động viên, hướng dẫn cách thở, cách rặn đẻ và thư giãn ngoài cơn rặn; Nếu có cầu bàng quang mà không tự đái được thì tiến hành thông tiểu; Rửa vùng sinh dục ngoài bằng nước chín; Sát khuẩn rộng vùng sinh dục ngoài, trải khăn vô khuẩn.

2.3. Tư thế sản phụ

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

3. Các bước tiến hành

3.1. Nguyên tắc

Người đỡ đẻ phải tôn trọng nguyên tắc vô khuẩn trong khi đỡ đẻ, phải

kiên nhẫn chờ đợi, hướng dẫn sản phụ rặn khi CTC mở hết và có cơn co TC, không được nong CTC và âm đạo, không được đẩy bụng sản phụ. Ở thì lọt, xuống và xoay không can thiệp, chỉ theo dõi cơn co TC, tim thai, độ xóa mở CTC, độ lọt, khi CTC mở hết đầu lọt thấp mới cho sản phụ rặn. Thời gian rặn tối đa ở người con so là 60 phút, ở người con dạ là 30 phút. Nếu quá thời gian này cần can thiệp để lấy thai ra bằng Forceps hoặc bằng giác hút. Trong thời gian sản phụ rặn đẻ vẫn phải theo dõi tim thai thường xuyên, sau mỗi cơn rặn.

3.2. Kỹ thuật đỡ đẻ ngôi chỏm kiểu chẩm vệ

3.2.1. Thời điểm đỡ đẻ

- CTC mở hết;
- Ối đã vỡ (chưa vỡ thì bấm ối);
- Ngôi thai đã lọt và thập thò ở âm môn làm TSM căng giãn, hậu môn loe rộng; Hướng dẫn cho sản phụ chỉ rặn khi có cảm giác mót rặn cùng với sự xuất hiện của cơn co TC. Những lưu ý khi tiến hành đỡ đẻ: Thao tác nhẹ nhàng, đỡ thai, không kéo thai;
- Giúp cho thai sổ từ từ;
- Kiên nhẫn động viên sản phụ, không thúc ép, giục giã, sốt ruột.

3.2.2. Kỹ thuật đỡ đẻ

- Đỡ đầu.
- Giúp đầu cúi tốt: ấn nhẹ nhàng vào vùng chẩm trong mỗi cơn co TC;
- Nếu có chỉ định thì cắt TSM ở vị trí 5 giờ hoặc 7 giờ, vào lúc TSM giãn căng;
- Khi hạ chẩm tì dưới khớp vệ: sản phụ ngừng rặn, một tay giữ TSM, một tay đẩy vào vùng trán ngược lên trên, giúp đầu ngửa dần, mắt, mũi, miệng, cằm sẽ lần lượt sổ ra ngoài;
- Khi đầu sổ ra ngoài hút dịch hoặc dùng gạc lau miệng thai nhi.
- Đỡ vai.
- Quan sát xem đầu thai có xu hướng quay về bên nào thì giúp cho 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 tai và đỉnh thái dương, kéo thai xuống theo trục rốn - cụt để vai trước sổ trước. Khi bờ dưới cơ Delta tì dưới khớp vệ thì một tay giữ đầu (cổ nằm giữa khe hai ngón cái và trỏ) tay kia giữ TSM, nhấc thai lên phía trên và cho sổ vai sau. Ở thì này dễ rách TSM, vì vậy phải giữ TSM tốt và cho vai sổ từ từ.

Đỡ thân, mông và chi: Khi đã sổ xong hai vai, bỏ tay giữ TSM để thân thai nhi sổ và khi thân ra ngoài thì bắt lấy hai bàn chân, tiêm bắp 10 đơn vị Oxytocin khi chắc chắn không còn thai nào trong TC (xem "Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ"). Giữ thai ở tư thế ngang, đầu hơi thấp (hoặc để thai nằm nghiêng trên phần bàn đẻ đã được kéo ra hoặc cho nằm sấp trên bụng mẹ) rồi tiến hành cặp cắt rốn. Nếu người đỡ chính còn bế giữ thai thì động tác cặp cắt rốn do người đỡ phụ thực hiện. Chuyển thai ra bàn hồi sức, giao cho người phụ chăm sóc, làm rốn, đánh giá chỉ số Apgar phút thứ 1 và thứ 5.

4. Kỹ thuật đỡ đẻ kiểu chẩm cùng

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

- 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);

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

Chú ý:

Ngôi chỏm sổ chẩm cùng thường diễn biến lâu, sổ khó hơn và dễ gây sang chấn cho mẹ vì vậy cần cắt rộng TSM trước khi đỡ đầu thai nhi. Thai nhi sổ chẩm cùng cũng dễ bị ngạt vì thế cũng phải hồi sức thai thật tốt.

BỆNH VIỆN
THÁI NGUYÊN

5. Theo dõi và xử trí tai biến

5.1. Theo dõi

Sau mỗi cơn rặn, người đỡ phụ lại nghe nhịp tim thai, báo lại cho người đỡ chính, nhằm phát hiện suy thai để có thái độ xử lý thích hợp. Luôn quan sát bụng sản phụ phát hiện kịp thời dấu hiệu dọa vỡ TC. Hạ bàn đẻ nằm ngang khi thai đã sổ ra ngoài. Sau khi đỡ đẻ, người đỡ chính phải quan sát sản phụ để kịp thời phát hiện chảy máu, vết rách và đánh giá mức co hồi TC để chuẩn bị xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ. Ghi lại tình hình diễn biến cuộc đẻ vào hồ sơ.

5.2. Cách xử trí một số tai biến sau đẻ

Ngay sau khi sổ thai, rau bong dở dang gây băng huyết cần bóc rau nhân tạo và kiểm soát TC ngay. Nếu rách âm hộ, âm đạo, TSM (hoặc cắt chủ động): khâu lại sau khi đã sổ rau và kiểm tra bánh rau. Nếu bị băng huyết do đờ TC phải tập trung cấp cứu bằng các biện pháp làm ngừng chảy máu và bồi phụ lượng máu đã mất. Nếu trẻ bị ngạt: phải hồi sức sơ sinh tích cực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, ‘Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản’(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, ‘Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa’(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, ‘Thực hành lâm sàng sản phụ khoa’, Nhà xuất bản Y Học (2013).

KHÁM THAI

I. NỘI DUNG

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

Phần hỏi

1.1. Bản thân

Họ và tên;

Tuổi;

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

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

Dân tộc (chú ý dân tộc thiểu số);

Trình độ học vấn;

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

1.2. Sức khỏe

Hiện tại

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

Tiền sử bệnh

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

Tiền sử sản khoa (PARA): Đã có thai bao nhiêu lần, ghi theo 4 số: Số thứ nhất là số lần đẻ đủ tháng; Số thứ hai là số lần đẻ non; Số thứ ba là số lần sảy thai hoặc phá thai; Số thứ tư là số con hiện sống. Ví dụ: 2012: đã đẻ đủ tháng 2 lần, không đẻ non, 1 lần sảy hoặc phá thai, hiện 2 con sống.

Với từng lần có thai: Tuổi thai khi đẻ (để biết đẻ non hay đủ tháng); Nơi đẻ: bệnh viện, trạm xá, tại nhà, đẻ rơi; Thời gian chuyển dạ; Cách đẻ: đẻ thường, đẻ khó Forceps, giác hút (phẫu thuật lấy thai...). Các bất thường ở lần có thai trước: ra máu, TSG, ngôi bất thường, đẻ khó, thai dị dạng, băng huyết, nhiễm khuẩn. Tình trạng con khi đẻ ra: cân nặng, giới tính, khóc ngay, ngạt, chết...

Hỏi về tiền sử phụ khoa

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

Hỏi về các biện pháp tránh thai đã sử dụng Loại biện pháp tránh thai (BPTT); Thời gian sử dụng của từng biện pháp;

Lý do ngừng sử dụng; BPTT dùng ngay trước lần có thai này (nếu có). Hỏi về lần có thai này Chu kỳ kinh nguyệt có đều không và ngày đầu của kỳ kinh cuối;

Các triệu chứng nghén; Ngày thai máy;

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

Các dấu hiệu bất thường như đau bụng, ra máu, dịch tiết âm đạo tăng; Mệt mỏi, uể oải, đau đầu, ăn kém ngon (dấu hiệu thiếu máu); Nhức đầu, hoa mắt, đau thượng vị, nôn mửa (dấu hiệu TSG).

Gia đình

Sức khỏe, tuổi bố mẹ, anh chị, còn sống hay đã chết. Nếu chết, cho biết lý do; Có ai mắc bệnh nội khoa: tăng HA, đái tháo đường, tim mạch, gan, thận, lao. Có ai mắc bệnh nhiễm khuẩn: lao, bệnh LTQĐTD, HIV/AIDS, sốt rét. Các tình trạng bệnh lý khác: sinh đôi, đẻ con dị dạng, dị ứng... Hỏi để sàng lọc bạo hành phụ nữ.

Tiền sử hôn nhân

Lấy chồng năm bao nhiêu tuổi; Họ tên, tuổi, nghề nghiệp, sức khỏe, bệnh tật của chồng.

Dự tính ngày sinh theo ngày đầu của kỳ kinh cuối Tính đúng 40 tuần kể từ ngày đầu của kỳ kinh cuối. Theo dương lịch, lấy ngày đầu của kỳ kinh cuối cộng 7, tháng cuối cộng 9 (hoặc trừ 3 nếu tổng số lớn hơn 12). được tính như cách trên.

2. Khám toàn thân

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

Cân nặng (cho mỗi lần khám thai);

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

Đo HA (cho mỗi lần khám thai);

Khám tim phổi (cho mỗi lần khám thai);

Khám vú;

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

3. Khám sản khoa

- Ba tháng đầu

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

Xem có vết sẹo phẫu thuật ổ bụng không?

Đặt mỏ vịt xem CTC có viêm không?

Nếu nghi ngờ viêm nhiễm đường sinh dục, xét nghiệm tìm vi khuẩn;

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

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

- Ba tháng giữa Đo chiều cao TC;

Nghe tim thai khi đáy TC đã đến rốn (tốt nhất là bằng máy nghe tim thai nếu có); Cử động thai, số lượng thai, tình trạng ối;

Có điều kiện nên làm siêu âm lần 2 (khi thai khoảng 20 - 24 tuần).

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

- Ba tháng cuối Tốt nhất nên khám thai mỗi tháng một lần;

Đo chiều cao TC/vòng bụng; Sờ nắn xác định tư thế thai nhi trong buồng TC;

Nghe tim thai;

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

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

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

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

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

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

4. Các xét nghiệm cần thiết

Xét nghiệm tìm protein trong nước tiểu Lấy nước tiểu buổi sáng, giữa dòng;

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

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

Xét nghiệm máu Ở tuyến xã, nếu nghi ngờ thiếu máu cần chuyển tuyến trên xét nghiệm đánh giá tình trạng thiếu máu: công thức máu, huyết sắc tố, hematocrit; Xét nghiệm nước tiểu tìm protein niệu, đường máu; Các xét nghiệm khác: nếu có thiếu máu thì xét nghiệm phân xem có giun không? Xét nghiệm sàng lọc HIV, giang mai và viêm gan, xét nghiệm dịch âm đạo (nếu cần). Tiêm phòng uốn ván

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

- Với những người đã tiêm đủ 2 mũi ở lần có thai trước, nế Khoảng cách với lần có thai này < 5 năm: tiêm 1 mũi; Khoảng cách với lần có thai này > 5 năm: tiêm 2 mũi.

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

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

Cung cấp thuốc thiết yếu:

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

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

5. Giáo dục sức khỏe

Dinh dưỡng.

Chế độ ăn khi có thai: Số lượng tăng: số bữa ăn và số lượng cơm, thức ăn trong mỗi bữa;

Tăng chất: đảm bảo cho sự phát triển của mẹ và con: thịt, cá, tôm, sữa, trứng, đậu, lạc, vừng, dầu ăn, rau quả tươi. Không nên ăn mặn, nên thay đổi món để ngon miệng;

Không hút thuốc lá, uống rượu;

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

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

Chế độ làm việc khi có thai

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

Không làm việc vào tháng cuối để đảm bảo sức khỏe cho mẹ và để con tăng cân; Không mang vác nặng, tránh đi xa;

Không làm việc dưới nước hoặc trên cao;

Không tiếp xúc với các yếu tố độc hại;

Quan hệ tình dục thận trọng.

Vệ sinh khi có thai

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

Mặc quần áo rộng và thoáng;

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

Duy trì cuộc sống thoải mái, tránh căng thẳng;

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

Tránh thụt rửa âm đạo.

6. Ghi sổ khám thai

Nếu là lần đầu ghi đủ tất cả các mục trong 26 cột của sổ khám. Nếu là lần khám sau ghi tất cả những mục đã hỏi và khám (một số mục như tên, tuổi, tiền sử... không cần ghi lại). Ghi vào phiếu "Theo dõi sức khỏe bà mẹ và sơ sinh tại nhà" (phần theo dõi, khám thai) hoặc vào "Phiếu khám thai" thông thường đang sử dụng ở các cơ sở khám bệnh. Trong phần ghi phiếu khám, ngoài tình hình thai phụ và các số liệu thăm khám đo đạc được, nhất thiết phải ghi lại kết quả đánh giá về lần khám thai đó, các dấu hiệu quan trọng thai phụ cần tự theo dõi, tên thuốc và liều dùng, cách dùng (nếu có) và thời gian hẹn tái khám.

Tại xã, nếu dùng "Phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ và sơ sinh tại nhà" thì phải ghi lại trên phiếu thứ hai lưu ở trạm và để phiếu lưu này vào ngăn (hộp, hay túi) luân chuyển phiếu khám vào đúng ô có tháng quy định của lần khám sau. Nếu chỉ có phiếu khám thai đưa cho thai phụ lưu giữ thì viết thêm phiếu hẹn cho thai phụ và 75 đặt phiếu này vào ô của tháng đã hẹn đến khám tiếp. Ở trạm y tế xã, ghi phiếu con tôm ngay từ lần khám đầu tiên gắn lên bảng "Quản lý thai". Trong những lần khám sau nếu phát hiện thai nghén có nguy cơ thì đánh dấu thêm vào phiếu đó.

7. Kết luận

- Dặn dò

Thông báo cho thai phụ biết kết quả của lần khám thai có bình thường hay không, tình trạng mẹ và thai phát triển thế nào, cần lưu ý những điểm gì trong thời gian từ sau khi khám đến lần khám tiếp theo. Ở xã, khi khám phát hiện những dấu hiệu bất thường, cần giải thích và hướng dẫn chu đáo cho thai phụ đi

khám hội chẩn ở tuyến trên. Cung cấp thuốc thiết yếu và hướng dẫn cách dùng (nếu cần thiết).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, 'Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản'(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, 'Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa' (2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, 'Thực hành lâm sàng sản phụ khoa', Nhà xuất bản Y Học (2013).

BỆNH VIỆN
THÁI NGUYÊN

NẠO SÓT THAI, NẠO SÓT RAU SAU SẢY, SAU ĐẺ

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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, ‘Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản’(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, ‘Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa’(2016).

3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, ‘Thực hành lâm sàng sản phụ khoa’, Nhà xuất bản Y Học (2013).

BỆNH VIỆN
THÁI NGUYÊN

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.

BỆNH VIỆN THÁI NGUYÊN

- Dùng chỉ perlon bền chọc kim vào vị trí 11 giờ 30, ra ở vị trí 9 giờ 30, rồi tiếp tục chọc vào ở vị trí 8 giờ 30 xuống 7 giờ 30, tiếp tục chọc vào ở vị trí 5 giờ lên 3 giờ 30 và mũi chọc cuối cùng vào vị trí 2 giờ 30 lên 12 giờ 30.

- Buộc chỉ ở vị trí 12 giờ.

- Cắt đầu chỉ xa nút buộc khoảng 1cm.

Thì 3. Kiểm tra nút chỉ.

- Sát trùng âm đạo và cổ tử cung.

- Khi thắt, hai mũi chỉ sẽ kéo hẹp lỗ cổ tử cung chít lại theo hai chiều đứng và ngang.

- Cắt hai đầu chỉ dài khoảng 1- 1.5cm.

VI. THEO DÕI

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

- Rút gạc sau 4-6 giờ.

- Điều trị kháng sinh (uống) và chống co tử cung.

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

VII. TAI BIẾN

- Ra máu: thường hết ra máu (trừ trường hợp bị bệnh về máu không phát hiện trước) sau khi chèn gạc cầm máu từ 3-4 giờ.

- Nhiễm trùng: do thủ thuật tiến hành không vô trùng, hoặc do ổ nhiễm trùng đường sinh dục chưa điều trị ổn định.

- Gây 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, ‘Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản’(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, ‘Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa’(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, ‘Thực hành lâm sàng sản phụ khoa’, Nhà xuất bản Y Học (2013).

BỆNH VIỆN
THÁI NGUYÊN

ĐIỀU TRỊ TẮC TIA SỮA BẰNG MÁY HÚT

I. ĐẠI CƯƠNG

Tắc tia sữa là hiện tượng hệ thống ống tuyến sữa bị tắc do vậy sữa không chảy ra được. Hiện tượng này thường xảy ra ở các sản phụ trong những ngày đầu sau sinh và trong thời kỳ nuôi con bằng sữa mẹ. Việc làm tan các vị trí sữa ứ đọng đã đông kết, thông thoáng hệ thống ống tuyến sữa và hạn chế việc xuất hiện thêm những vị trí mới sẽ giải quyết được triệu chứng và hạn chế hậu quả do tắc gây nên như: viêm tuyến sữa, áp xe tuyến vú, xơ hóa tuyến vú... Hiện nay, có rất nhiều phương pháp điều trị tắc tia sữa nhưng chưa có một phương pháp nào đem lại hiệu quả tốt nhất cho sản phụ. Phương pháp điều trị tắc tia sữa bằng máy hút là một trong những phương pháp được sử dụng nhiều và hiệu quả cao.

II. QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ TẮC TIA SỮA

- Chuẩn bị dụng cụ: máy hút
- Chuẩn bị bệnh nhân:

+ Tiếp xúc giải thích động viên

+ Đặt tư thế nằm ngồi cho phù hợp theo vùng điều trị

+ Bộc lộ vùng điều trị, các vùng khác che lại

- Chuẩn bị kỹ thuật viên:

+ Trang phục đầy đủ, đứng hoặc ngồi cạnh bệnh nhân

- Kỹ thuật tiến hành:

+ Vệ sinh vú bên tắc.

+ Chườm ấm.

+ Day nhẹ bầu vú

+ Dùng máy hút nhẹ nhàng áp vào quầng núm vú

+ Nhẹ nhàng hút bằng tay (hoặc bằng máy), hút ít một đến lúc vú đỡ căng.

+ Nghỉ khoảng 2h sau đó lặp lại quy trình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, ‘Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản’(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, ‘Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa’(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, ‘Thực hành lâm sàng sản phụ khoa’, Nhà xuất bản Y Học (2013).

BỆNH VIỆN
THÁI NGUYÊN

ĐIỀU TRỊ TẮC TIA SỮA
BẰNG PHƯƠNG PHÁP SÓNG NGẮN, HỒNG NGOẠI

I. ĐẠI CƯƠNG

Tắc tia sữa là hiện tượng hệ thống ống tuyến sữa bị tắc do vậy sữa không chảy ra được. Hiện tượng này thường xảy ra ở các sản phụ trong những ngày đầu sau sinh và trong thời kỳ nuôi con bằng sữa mẹ. Việc làm tan các vị trí sữa ứ đọng đã đông kết, thông thoáng hệ thống ống tuyến sữa và hạn chế việc xuất hiện thêm những vị trí mới sẽ giải quyết được triệu chứng và hạn chế hậu quả do tắc gây nên như: viêm tuyến sữa, áp xe tuyến vú, xơ hóa tuyến vú... Hiện nay, có rất nhiều phương pháp điều trị tắc tia sữa nhưng chưa có một phương pháp nào đem lại hiệu quả tốt nhất cho sản phụ. Phương pháp điều trị vật lý tắc tia sữa bao gồm: sóng siêu âm đa tần số kết hợp với chiếu tia hồng ngoại và dòng điện xung là một áp dụng rất thành công cho các bà mẹ không may bị tắc tia sữa.

II. ƯU ĐIỂM

Làm tan nhanh chóng các vị trí tuyến sữa bị đông kết và vón cục. Không gây tổn thương các tuyến sữa và hệ thống ống dẫn sữa bình thường khác.

III. QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ TẮC TIA SỮA:

- Chuẩn bị dụng cụ:

+ Đèn hồng ngoại, dây dẫn, giường, ghế, khăn, gối, thước dây.

- Chuẩn bị bệnh nhân:

+ Tiếp xúc giải thích động viên, nói cho bệnh nhân biết cảm giác nóng ấm vừa phải.

+ Đặt tư thế nằm ngồi cho phù hợp theo vùng điều trị.

+ Bộc lộ vùng điều trị, các vùng khác che lại.

- Chuẩn bị kỹ thuật viên:

+ Trang phục đầy đủ, đứng hoặc ngồi cạnh bệnh nhân.

- Kỹ thuật tiến hành:

+ Chọn đèn đúng tiêu chuẩn, dây dẫn tốt công suất đèn 600w

+ Cắm đèn thử

+ Đặt bệnh nhân tư thế nằm hoặc ngồi

+ Đo khoảng cách từ đèn đến da vùng điều trị: 50 - 60cm

+ Xác định thời gian điều trị: 15 - 20 phút

+ Bật đèn sáng

+ Chiếu tia hồng ngoại thẳng góc vào vùng trị liệu

+ Điều trị xong tắt đèn.

IV. LIỆU TÌNH ĐIỀU TRỊ

- Viêm tắc tia sữa cấp tính điều trị thời gian dài từ 10 - 15p/ lần, ngày điều trị 2 lần.

- Viêm tắc tia sữa mạn tính: Điều trị thời gian 15 - 20p/ lần, ngày điều trị 1 lần.

V. TAI BIẾN

- Bỏng da: vết đỏ da xuất hiện khi đang điều trị hoặc sau điều trị có thể tiến triển thành bỏng nước

- Vỡ bóng đèn: mảng thủy tinh bắn vào da gây chảy máu

- Hoại tử da vùng điều trị

- Tăng cảm giác đau

- Nhức đầu

- Táo bón

- Ngất xỉu

- Tổn thương mắt

- Dị ứng với tia hồng ngoại

BỆNH VIỆN THÁI NGUYÊN

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, 'Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản'(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, 'Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa'(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, 'Thực hành lâm sàng sản phụ khoa', Nhà xuất bản Y Học (2013).

PHẪU THUẬT LẤY THAI KÈM BÓC NHÂN XƠ TỬ CUNG

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. Trong nhiều trường hợp vào mổ lấy thai kiểm tra sẽ phát hiện có u xơ tử cung kíp mổ tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân, vị trí khối u mà có thái độ bóc u xơ kèm theo

II. CHỈ ĐỊNH

Phẫu thuật theo chỉ định mổ lấy thai có chiếu cố đến khối u

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: U xơ tử cung

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 tiểu, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thì 1. Mở bụng:

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

Thì 2. Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung.

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

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

Thì 4. Lấy thai và rau:

- Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại.
- Dùng miếng gạc mỏng lau nhớt miệng trẻ.
- Kẹp và cắt dây rốn chậm.
- Áp da kề da mẹ
- 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, phát hiện có u xơ tử cung dưới thanh mạc, hoặc 1 phần trong cơ. Hội chẩn kíp mổ, giải thích tình trạng bệnh cho bệnh nhân. Người bệnh đồng ý mổ bóc u xơ

Thì 7. Tiến hành bóc u xơ

- Bộc lộ khối u để bóc tách

- 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.

- 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.

- 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 mép rạch vào trong.

- Đóng bụng

+ Lau sạch ổ bụng, đếm gạc meches đủ

+ Kiểm tra niệu quản bình thường

Thì 8. Đóng thành bụng theo từng lớp.

Thì 9. 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. Chế độ thuốc

- Kháng sinh toàn thân
- Thuốc tăng co kéo dài 3 – 5 ngày
- Thuốc giảm đau
- Sinh tố

3. 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

BỆNH VIỆN THÁI NGUYÊN

- Khi thắt động mạch tử cung ở thấp có thể thắt vào niệu quản, trong trường hợp đó phải mổ và tháo ra.

- Huyết tụ khi kim chọc vào búi mạch trong trường hợp không bóc tách hai lá của dây chằng rộng để bộc lộ động mạch tử cung. Cần kẹp chặn ngay các mạch máu ở phía dư ới dây chằng rộng đề phòng máu tụ lan ra đáy chậu và thành tử cung.

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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, 'Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản'(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, 'Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa'(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, 'Thực hành lâm sàng sản phụ khoa', Nhà xuất bản Y Học (2013).

PHẪU THUẬT LẤY THAI KÈM BÓC U BUỒNG TRỨNG

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. Trong nhiều trường hợp vào mổ lấy thai kiểm tra sẽ phát hiện có u buồng trứng một hoặc cả 2 bên, kíp mổ hội chẩn tại chỗ đưa ra quyết định bóc u hoặc cắt buồng trứng còn tùy thuộc vào tính chất khối u.

II. CHỈ ĐỊNH

Phẫu thuật theo chỉ định mổ lấy thai có chiếu cố đến khối u.

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

- U buồng trứng một hoặc cả 2 bên
- U nang nước cạnh vòi

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 tiểu, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thì 1. Mở bụng:

- Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu.

- Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ.

Thì 2. Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung.

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

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

- Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8 - 10cm .

Thì 4. Lấy thai và rau:

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

- Dùng miếng gạc mỏng lau nhớt miệng trẻ.

- Kẹp và cắt dây rốn chậm.

- Áp da kề da mẹ

- 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, phát hiện có u buồng trứng hoặc nang nước cạnh vòi. Hội chẩn kíp mổ, giải thích tình trạng bệnh cho bệnh nhân. Người bệnh đồng ý mổ bóc u.

Thì 7: Tiến hành bóc 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 nghờ khối u vừa cắt bị ung thư thì cắt miếng nhỏ buồng trứng đối diện để xét nghiệm mô bệnh học

*** 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, đếm gạc meches đủ.

Thì 8. Đóng thành bụng theo từng lớp.

Thì 9. 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. Chế độ thuốc

- Kháng sinh toàn thân
- Thuốc tăng co 2 ngày
- Thuốc giảm đau
- Sinh tố

3. Chăm sóc.

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

VI. BIẾN CHỨNG

1. Trong phẫu thuật

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

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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, ‘Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản’(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, ‘Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa’(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, ‘Thực hành lâm sàng sản phụ khoa’, Nhà xuất bản Y Học (2013).

PHẪU THUẬT LẤY THAI KÈM TRIỆT SẢN HAI VÒI TỬ CUNG

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. Trong nhiều trường hợp vào mổ lấy thai kèm triệt sản 2 vòi tử cung.

II. CHỈ ĐỊNH

Phẫu thuật theo chỉ định mổ lấy thai

- 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:

- Do nguyên nhân phần phụ của thai.

- Do nguyên nhân đường sinh dục.

- Do bệnh lý của mẹ

- Bệnh nhân đủ con có nhu cầu triệt sản, cả 2 vợ chồng đồng ý tự nguyện triệt sản.

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 tiểu, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thì 1. Mở bụng:

- Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu.

- Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ.

Thì 2. Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung.

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

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

- Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm .

Thì 4. Lấy thai và rau:

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

- Dùng miếng gạc mỏng lau nhớt miệng trẻ.

- Kẹp và cắt dây rốn chậm.

- Áp da kề da mẹ

- 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 bình thường

Thì 7. 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, đếm gạc meches đủ.

Thì 8. Đóng thành bụng theo từng lớp.

Thì 9. 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. Chế độ thuốc

- Kháng sinh toàn thân
- Thuốc tăng co 2 ngày
- Thuốc giảm đau
- Sinh tố

3. Chăm sóc

- Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật.

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

- Vận động sớm.

- Cho con bú sớm.

- Kháng sinh điều trị (nếu cần).

VI. BIẾN CHỨNG

1. Trong phẫu thuật

- Chảy máu

- Chấn thương thai nhi

- Chấn thương ruột

- Rạch vào bàng quang

- Thắt vào niệu quản

- Khi thắt động mạch tử cung ở thấp có thể thắt vào niệu quản, trong trường hợp đó phải mổ và tháo ra.

- Huyết tụ khi kim chọc vào búi mạch trong trường hợp không bóc tách hai lá của dây chằng rộng để bộc lộ động mạch tử cung. Cần kẹp chặn ngay các mạch máu ở phía dư ới dây chằng rộng đề phòng máu tụ lan ra đáy chậu và thành tử cung.

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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, ‘Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản’(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, ‘Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa’(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, ‘Thực hành lâm sàng sản phụ khoa’, Nhà xuất bản Y Học (2013).

BỆNH VIỆN
THÁI NGUYÊN

PHÁ THAI NỘI KHOA CHO THAI 12 - 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 12 đến hết tuần 22.

II. CHỈ ĐỊNH

Thai từ tuần thứ 12 (tương đương với chiều dài đầu mông 50 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 qui 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.
- Qui 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.

2.1 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.

2.2 Phác đồ kết hợp mifepriston và misoprostol.

- Uống 200 mg mifepriston.

- Sau khi dùng mifepriston từ 24 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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, 'Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản'(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, 'Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa'(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, 'Thực hành lâm sàng sản phụ khoa', Nhà xuất bản Y Học (2013).

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 qui 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 qui 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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, 'Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản'(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, 'Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa'(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, 'Thực hành lâm sàng sản phụ khoa', Nhà xuất bản Y Học (2013).

KỸ THUẬT CẮT CHỈ KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG

Cổ tử cung qua ngã âm đạo thường được loại bỏ vào khoảng tuần 37 của thai kỳ - hoặc khi bạn có những triệu chứng của chuyển dạ sinh non ở bất kỳ tuổi thai nào

Mũi khâu McDonald thường có thể được gỡ bỏ tại phòng khám của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà không cần thuốc gây mê, trong khi mũi khâu Shirodkar có thể cần được gỡ bỏ tại bệnh viện hoặc trung tâm phẫu thuật. Sau khi cắt bỏ cổ tử cung qua ngã âm đạo, thông thường bệnh nhân sẽ có thể tiếp tục các hoạt động bình thường của mình khi chờ quá trình chuyển dạ bắt đầu tự nhiên.

I. 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.
- Kéo cắt chỉ
- Phẫu tích có mấu
- Phanh đầu nhỏ

3. Người bệnh

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

II. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thì 1: Bộc lộ cổ tử cung.

Sát trùng, bộc lộ cổ tử cung.

Thì 2: Cắt chỉ.

- Dùng pank đầu nhỏ hoặc phẫu tích có mấu kẹp vào nút chỉ chờ kéo ra. Lựa chọn nút thắt nơi giáp cổ tử cung, dùng kéo cắt chỉ lách mũi kéo vào và cắt chỉ, kéo chỉ ra.

Thì 3: Kiểm tra cổ tử cung.

- Sát trùng âm đạo và cổ tử cung. Kiêm tra xem cổ tử cung có bị khứa rách hay chảy máu không

III. THEO DÕI

- Để người bệnh nghỉ lại giường, theo dõi tim thai và cơn co tử cung bằng máy.

- Rút gạc sau 4-6 giờ.

- Điều trị kháng sinh (uống) và chống co tử cung.

- Thai phụ có thể chờ chuyển dạ tự nhiên. Cũng có thể cắt chỉ xong đi mổ hoặc mổ xong mới cắt chỉ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, 'Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản'(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, 'Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa'(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, 'Thực hành lâm sàng sản phụ khoa', Nhà xuất bản Y Học (2013).

XÔNG TẦNG SINH MÔN

Xông tầng sinh môn sau sinh là phương pháp sử dụng hơi bốc lên từ nước nóng xông vào vùng kín, thúc đẩy lưu lượng máu đến mô âm đạo để làm sạch, loại bỏ vi khuẩn, tăng khả năng hồi phục se khít âm đạo.

I. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Nhân viên y tế đã được đào tạo.
- Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang.

2. Phương tiện, dụng cụ.

- Ghế xông, tấm lót nilon, săng sạch.

3. Người bệnh

- Các sản phụ sau sinh, sau làm thủ thuật ngày thứ 2.

II. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bật cầu dao tổng, mở đèn, máy lạnh, quạt hút
- Kiểm tra, điều chỉnh lượng nước trong các bình ở mỗi ghế xông
- Bật thông số mặc định tại từng ghế xông và nhiệt độ thích hợp
- Đổ tinh dầu xông và hộp đựng tinh dầu
- Phủ tấm lót nilon y tê lên mỗi ghế ngồi
- Hướng dẫn sản phụ ngồi vào ghế xông, thẳng lưng, mở nhẹ hai chân và phủ săng sạch lên đùi
- Bật máy mát xa lưng cho mỗi ghế
- Thời gian xông là 15 phút, sau hết thời gian xông máy tự động tắt
- Vệ sinh ghế xông sau mỗi đợt xông

III. THEO DÕI

- Theo dõi nhiệt độ tránh gây bỏng cho sản phụ
- Không xông hơi quá 15 phút

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. https://trungsoncare.com/products/xongbame-nuoc-xong-vung-kin.

CHIẾU TIA PLASMA VẾT THƯƠNG SAU SINH

I. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Nhân viên y tế đã được đào tạo.
- Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đeo găng.

2. Phương tiện, dụng cụ.

- Máy chiếu plasma
- Giường nằm cho bệnh nhân
- Bông gạc
- Povidon.

3. Người bệnh

- Các sản phụ sau sinh, sau làm thủ thuật ngày thứ 2.

II. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Bước 1: Bác sĩ giải thích quy trình thực hiện, thời gian và chu kỳ chiếu cho sản phụ. Sản phụ điều chỉnh tư thế thuận lợi cho việc điều trị.

Bước 2: Sát khuẩn vết thương cho sản phụ. Sau đó chiếu tia Plasma lạnh lên vùng cần điều trị. Thời gian chiếu, tần suất chiếu tia Plasma sẽ tùy thuộc vào tình trạng vết thương của sản phụ.

Bước 3: Sau khi chiếu tia Plasma, điều dưỡng giúp băng vết thương cho sản phụ. Tùy theo tính chất của vết thương mà băng kín hay để hở. Cuối cùng thu dọn, vệ sinh dụng cụ. Sản phụ được nghỉ ngơi trong phòng nội trú yên tĩnh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. http://plasmalanh.net/chieu-tia-plasma-sau-sinh-phuong-phap-giam-dau-nhanh-lanh-vet-mo-de/amp/

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SIÊU ÂM THAI 3 THÁNG ĐẦU

I. ĐẠI CƯƠNG

Siêu âm thai là kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh được thực hiện trên máy siêu âm để chẩn đoán tình trạng thai 3 tháng đầu.

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định cho tất cả các trường hợp bệnh nhân có thai, đánh giá tăng trưởng của thai trong 3 tháng đầu và bất thường của thai, phần phụ thai nếu có.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ thực hiện:

- Bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh hoặc chuyên khoa siêu âm
- Kỹ thuật viên hoặc điều dưỡng: ghi và trả kết quả cho bệnh nhân

2. Thiết bị, vật tư đi kèm

- Máy siêu âm, máy in ảnh siêu âm, máy vi tính và máy in kết quả
- Giấy in ảnh siêu âm, giấy A4
- Gel siêu âm, găng tay vô khuẩn, khẩu trang, khăn lau cho bệnh nhân...
- Máy điều hòa nhiệt độ, máy hút ẩm...

3. Bệnh nhân

- Giải thích để bệnh nhân phối hợp thực hiện
- Hồ sơ bệnh án đối với bệnh nhân nội trú hoặc kết quả của những lần thăm khám trước đối với bệnh nhân ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Bước 1. Chuẩn bị phòng làm việc:

- Kiểm tra đường điện từ nguồn vào đến các thiết bị máy để đảm bảo an toàn tuyệt đối cho nhân viên y tế và bệnh nhân
- Bật máy vi tính, máy in kết quả
- Bật máy siêu âm, máy in ảnh siêu âm: để ở chế độ chờ
- Chuẩn bị giường nằm cho bệnh nhân, khăn lau.

Bước 2. Kỹ thuật viên/Điều dưỡng gọi bệnh nhân vào phòng

- Đối chiếu: tên, tuổi người bệnh với phiếu chỉ định, hồ sơ bệnh án

Bước 3. Thực hiện kỹ thuật

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, bộc lộ hết bụng đến mũi ức, có thể thay đổi tư thế tùy từng trường hợp
- Hỏi bệnh và tiền sử bệnh.
- Chọn đầu dò và chỉnh máy sang chương trình siêu âm thai theo quý thai
- Thoa gel lên vùng siêu âm
- Thực hiện kỹ thuật siêu âm thai theo các lớp cắt siêu âm, có thể thay đổi tư thế bệnh nhân tùy trường hợp để khảo sát tốt hơn
- Đọc kết quả
    + Xác định số lượng,vị trí túi thai
    + Đo tim thai, kích thước phôi thai
    + Xác định tình trạng rau, ối, các dấu hiệu bất thường khác
- Dừng máy ở chế độ nghỉ
- Lau đầu dò
- Đặt đầu dò lên giá đỡ
- Lau sạch gen ở vùng siêu âm
- In ảnh và đọc kết quả
- Mời người bệnh ngồi dậy và ra ngoài phòng siêu âm chờ kết quả.

VI. PHÂN TÍCH KẾT QUẢ

- Tổng hợp các hình ảnh siêu âm thu được để đọc kết quả. Chẩn đoán hoặc định hướng chẩn đoán. Bác sỹ siêu âm cần xem lại kết quả trước khi ký xác nhận.
- Giải thích và dặn bệnh nhân cầm kết quả về nơi bác sỹ chỉ định ban đầu

VII. TAI BIẾN – XỬ LÝ

Kỹ thuật này không có tai biến

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, ‘Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản’(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, ‘Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa’(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, ‘Thực hành lâm sàng sản phụ khoa’, Nhà xuất bản Y Học (2013).

BỆNH VIỆN
THÁI NGUYÊN

SIÊU ÂM THAI 3 THÁNG GIỮA

I. ĐẠI CƯƠNG

Siêu âm thai là kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh được thực hiện trên máy siêu âm để chẩn đoán tình trạng thai 3 tháng giữa.

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định cho tất cả các trường hợp bệnh nhân có thai, đánh giá tăng trưởng của thai trong 3 tháng giữa và bất thường của thai, phần phụ thai nếu có.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ thực hiện:

- Bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh hoặc chuyên khoa siêu âm
- Kỹ thuật viên hoặc điều dưỡng: ghi và trả kết quả cho bệnh nhân

2. Thiết bị, vật tư đi kèm

- Máy siêu âm, máy in ảnh siêu âm, máy vi tính và máy in kết quả
- Giấy in ảnh siêu âm, giấy A4
- Gel siêu âm, găng tay vô khuẩn, khẩu trang, khăn lau cho bệnh nhân...
- Máy điều hòa nhiệt độ, máy hút ẩm...

3. Bệnh nhân

- Giải thích để bệnh nhân phối hợp thực hiện
- Hồ sơ bệnh án đối với bệnh nhân nội trú hoặc kết quả của những lần thăm khám trước đối với bệnh nhân ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Bước 1. Chuẩn bị phòng làm việc

- Kiểm tra đường điện từ nguồn vào đến các thiết bị máy để đảm bảo an toàn tuyệt đối cho nhân viên y tế và bệnh nhân.
- Bật máy vi tính, máy in kết quả.
- Bật máy siêu âm, máy in ảnh siêu âm: để ở chế độ chờ.
- Chuẩn bị giường nằm cho bệnh nhân, khăn lau.

Bước 2. Kỹ thuật viên/Điều dưỡng gọi bệnh nhân vào phòng

- Đối chiếu: tên, tuổi người bệnh với phiếu chỉ định, hồ sơ bệnh án

Bước 3. Thực hiện kỹ thuật

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, bộc lộ hết bụng đến mũi ức, có thể thay đổi tư thế tùy từng trường hợp.

- Hỏi bệnh và tiền sử bệnh.

- Chọn đầu dò và chỉnh máy sang chương trình siêu âm thai theo quý thai.

- Thoa gel lên vùng siêu âm

- Thực hiện kỹ thuật siêu âm thai theo các lớp cắt siêu âm, có thể thay đổi tư thế bệnh nhân tùy trường hợp để khảo sát tốt hơn.

- Đọc kết quả

+ Đo cân nặng thông qua các chỉ số BDP,AC, FL

+ Đo khoảng sáng sau gáy, chiều dài đầu mông CRL

+ Đo tần số tim thai,

+ Khảo sát hình thái học thai nhi để phát hiện dị dạng dị tật thai

+ Xác định tình trạng rau, nước ối, các bất thường khác nếu có.

- Dừng máy ở chế độ nghỉ

- Lau đầu dò

- Đặt đầu dò lên giá đỡ

- Lau sạch gen ở vùng siêu âm

- In ảnh và đọc kết quả

- Mời người bệnh ngồi dậy và ra ngoài phòng siêu âm chờ kết quả.

VI. PHÂN TÍCH KẾT QUẢ

- Tổng hợp các hình ảnh siêu âm thu được để đọc kết quả. Chẩn đoán hoặc định hướng chẩn đoán. Bác sỹ siêu âm cần xem lại kết quả trước khi ký xác nhận.

- Giải thích và dặn bệnh nhân cầm kết quả về nơi bác sỹ chỉ định ban đầu

VII. TAI BIẾN – XỬ LÝ

Kỹ thuật này không có tai biến

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, ‘Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản’(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, ‘Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa’(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, ‘Thực hành lâm sàng sản phụ khoa’, Nhà xuất bản Y Học (2013).

BỆNH VIỆN
THÁI NGUYÊN

SIÊU ÂM THAI 3 THÁNG CUỐI

I. ĐẠI CƯƠNG

Siêu âm thai là kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh được thực hiện trên máy siêu âm để chẩn đoán tình trạng thai 3 tháng cuối.

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định cho tất cả các trường hợp bệnh nhân có thai, đánh giá tăng trưởng của thai trong 3 tháng cuối và bất thường của thai, phần phụ thai nếu có.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ thực hiện:

- Bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh hoặc chuyên khoa siêu âm
- Kỹ thuật viên hoặc điều dưỡng: ghi và trả kết quả cho bệnh nhân

2. Thiết bị, vật tư đi kèm

- Máy siêu âm, máy in ảnh siêu âm, máy vi tính và máy in kết quả
- Giấy in ảnh siêu âm, giấy A4
- Gel siêu âm, găng tay vô khuẩn, khẩu trang, khăn lau cho bệnh nhân...
- Máy điều hòa nhiệt độ, máy hút ẩm...

3. Bệnh nhân

- Giải thích để bệnh nhân phối hợp thực hiện
- Hồ sơ bệnh án đối với bệnh nhân nội trú hoặc kết quả của những lần thăm khám trước đối với bệnh nhân ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Bước 1. Chuẩn bị phòng làm việc

- Kiểm tra đường điện từ nguồn vào đến các thiết bị máy để đảm bảo an toàn tuyệt đối cho nhân viên y tế và bệnh nhân.
- Bật máy vi tính, máy in kết quả.
- Bật máy siêu âm, máy in ảnh siêu âm: để ở chế độ chờ.
- Chuẩn bị giường nằm cho bệnh nhân, khăn lau.

Bước 2. Kỹ thuật viên/Điều dưỡng gọi bệnh nhân vào phòng.

- Đối chiếu: tên, tuổi người bệnh với phiếu chỉ định, hồ sơ bệnh án

Bước 3. Thực hiện kỹ thuật

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, bộc lộ hết bụng đến mũi ức, có thể thay đổi tư thế tùy từng trường hợp.

- Hỏi bệnh và tiền sử bệnh.

- Chọn đầu dò và chỉnh máy sang chương trình siêu âm thai theo quý thai

- Thoa gel lên vùng siêu âm

- Thực hiện kỹ thuật siêu âm thai theo các lớp cắt siêu âm, có thể thay đổi tư thế bệnh nhân tùy trường hợp để khảo sát tốt hơn

- Đọc kết quả

+ Đo cân nặng thông qua các chỉ số BDP,AC, FL

+ Đo tần số tim thai

+ Khảo sát doppler mạch máu tử cung, não, rốn

+ Xác định tình trạng rau, nước ối, các bất thường khác nếu có.

- Dừng máy ở chế độ nghỉ

- Lau đầu dò

- Đặt đầu dò lên giá đỡ

- Lau sạch gen ở vùng siêu âm

- In ảnh và đọc kết quả

- Mời người bệnh ngồi dậy và ra ngoài phòng siêu âm chờ kết quả.

VI. PHÂN TÍCH KẾT QUẢ

- Tổng hợp các hình ảnh siêu âm thu được để đọc kết quả. Chẩn đoán hoặc định hướng chẩn đoán. Bác sỹ siêu âm cần xem lại kết quả trước khi ký xác nhận.

- Giải thích và dặn bệnh nhân cầm kết quả về nơi bác sỹ chỉ định ban đầu

VII. TAI BIẾN – XỬ LÝ

Kỹ thuật này không có tai biến

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, ‘Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản’(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, ‘Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa’(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, ‘Thực hành lâm sàng sản phụ khoa’, Nhà xuất bản Y Học (2013).

BỆNH VIỆN
THÁI NGUYÊN

SIÊU ÂM TỬ CUNG PHẦN PHỤ

I. ĐẠI CƯƠNG

Siêu âm tử cung phần phụ là kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh được thực hiện trên máy siêu âm để chẩn đoán các bệnh lý ở tử cung, vòi trứng và buồng trứng hai bên.

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định cho tất cả các trường hợp nghi ngờ có bệnh lý ở tử cung, vòi trứng và buồng trứng hai bên. Điển hình là các nhóm bệnh lý sau:

- U xơ tử cung, K thân tử cung, K cổ tử cung, K niêm mạc tử cung
- U hạ vị, ra máu bất thường ở phụ nữ
- Viêm nhiễm vòi trứng một hoặc hai bên
- Các loại u buồng trứng.
- Tổng kiểm tra sức khỏe
- Theo yêu cầu chuyên môn của bác sỹ khi điều trị

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ thực hiện:

- Bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh hoặc chuyên khoa siêu âm
- Kỹ thuật viên hoặc điều dưỡng: ghi và trả kết quả cho bệnh nhân

2. Thiết bị, vật tư đi kèm

- Máy siêu âm, máy in ảnh siêu âm, máy vi tính và máy in kết quả
- Giấy in ảnh siêu âm, giấy A4
- Gel siêu âm, găng tay vô khuẩn, khẩu trang, khăn lau cho bệnh nhân...
- Máy điều hòa nhiệt độ, máy hút ẩm...

3. Bệnh nhân

- Nhịn tiểu căng
- Hồ sơ bệnh án đối với bệnh nhân nội trú hoặc kết quả của những lần thăm khám trước đối với bệnh nhân ngoại trú.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Bước 1. Chuẩn bị phòng làm việc

- Kiểm tra đường điện từ nguồn vào đến các thiết bị máy để đảm bảo an toàn tuyệt đối cho nhân viên y tế và bệnh nhân
- Bật máy vi tính, máy in kết quả
- Bật máy siêu âm, máy in ảnh siêu âm: để ở chế độ chờ
- Chuẩn bị giường nằm cho bệnh nhân, khăn lau.

Bước 2. Kỹ thuật viên/Điều dưỡng gọi bệnh nhân vào phòng

- Đối chiếu: tên, tuổi người bệnh với phiếu chỉ định, hồ sơ bệnh án

Bước 3. Thực hiện kỹ thuật

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, hai tay đưa cao lên đầu, hai chân duỗi thẳng.
- Hỏi bệnh và tiền sử bệnh.
- Chọn đầu dò và chỉnh máy sang chương trình siêu âm tử cung phần phụ
- Thoa gel lên vùng bụng.
- Thực hiện kỹ thuật siêu âm tử cung phần phụ qua cắt lớp cắt siêu âm, có thể chuyển tư thế người bệnh sang tư thế nằm nghiêng phải, nghiêng trái hoặc nằm sấp để khảo sát tốt hơn.
- Đọc kết quả
- Dừng máy ở chế độ nghỉ
- Lau đầu dò
- Đặt đầu dò lên giá đỡ
- Lau sạch gen ở vùng siêu âm
- In ảnh và đọc kết quả
- Mời người bệnh ngồi dậy và ra ngoài phòng siêu âm chờ kết quả.

VI. PHÂN TÍCH KẾT QUẢ

- Tổng hợp các hình ảnh siêu âm thu được để đọc kết quả. Chẩn đoán hoặc định hướng chẩn đoán. Bác sỹ siêu âm cần xem lại kết quả trước khi ký xác nhận.

- Giải thích và dặn bệnh nhân cầm kết quả về nơi bác sỹ chỉ định ban đầu

VII. TAI BIẾN – XỬ LÝ

Kỹ thuật này không có tai biến

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, 'Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản'(2013).
2. Bệnh viên Từ Dũ, 'Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa'(2016).
3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, 'Thực hành lâm sàng sản phụ khoa', Nhà xuất bản Y Học (2013).

BỆNH VIỆN
THÁI NGUYÊN

PHÁ THAI TỪ 13 ĐẾN 22 TUẦN
BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐẶT TÚI NƯỚC KOVAC

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là phương pháp phá thai bằng cách đặt một bao cao su vào trong buồng tử cung rồi bơm nước làm căng tử cung, kích thích tử cung co bóp để tống thai ra ngoài.

- Phương pháp này được thực hiện cho tuổi thai từ 13 đến 22 tuần.

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 22 tuần bằng phương pháp đặt túi nước và được đào tạo kỹ thuật phá thai an toàn.

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

- 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 qui định.

2. Phương tiện dụng cụ

- Bộ dụng cụ đặt túi nước: kẹp dài sát khuẩn, kẹp cổ tử cung, bao cao su 2 cái, sonde nelaton 01 cái, chỉ line 1 mét, Angco hình tim đủ kích thước, van âm đạo 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 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 phá thai bằng đặt túi nước.

+ 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

- Vệ sinh sạch âm đạo và cổ tử cung trước khi làm thủ thuật. Trong trường hợp bệnh nhân có viêm âm đạo nặng có thể phải dùng thuốc đặt âm đạo trước 3 ngày.

- Kháng sinh ngừa nhiễm trùng.

3. Rửa tay thường qui 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.

- Tiến hành đặt một túi nước vào buồng tử cung rồi bơm nước vào để túi nước căn lên. Nó đóng vai trò như một túi nước ối giả.

- Thai phụ sẽ được tiêm truyền chất oxytocin để gây kích thích, co bóp tử cung giúp đẩy thai và nhau thai ra ngoài. Quá trình này tương tự với hình thức chuyển dạ và sinh non tự nhiên.

- Thai phụ có thể dùng phối hợp đặt âm đạo 1 viên Misoprostol âm đạo.

- Theo dõi tính chất đau bụng và sự xóa mở cổ tử cung.
- Cứ sau 4 giờ đánh giá lại cổ tử cung để dùng thuốc.
- Khi thai sảy thực hiện đỡ thai và nạo rau làm sạch buồng tử cung.
- Xử lý dụng cụ và chất thải.

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, ‘Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản’(2013).

2. Bệnh viên Từ Dũ, ‘Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa’(2016).

3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, 'Thực hành lâm sàng sản phụ khoa', Nhà xuất bản Y Học (2013).

NONG CỔ TỬ CUNG DO BẾ SẢN DỊCH

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là thủ thuật đưa dụng cụ chuyên khoa vào buồng tử cung để lấy hết phần tế bào, dịch ứ đọng ra ngoài, tránh chảy máu và nhiễm khuẩn sau đẻ, mổ lấy thai.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sản phụ sau đẻ, sau mổ có dịch buồng tử cung > 10 mm

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Toàn trạng sản phụ không cho phép thực hiện thủ thuật

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

- Kẹp sát trùng, van âm đạo, kẹp cổ tử cung, ống hút số 5,6
- 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.
- 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

- Đưa ống hút vào buồng tử cung để dịch thoát ra

- Tiêm Oxytoxin vào cổ tử cung nếu tử cung co kém, chảy máu

- Sát khuẩn âm đạo và cổ tử cung.

- 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 nong 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, 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 nong, 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2013), 'Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản'

2. Bệnh viên Từ Dũ (2016), 'Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa '

3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên (2013), 'Thực hành lâm sàng sản phụ khoa', Nhà xuất bản Y Học

PHẪU THUẬT BẢO TỒN TỬ CUNG DO VỠ TỬ CUNG

I.ĐẠI CƯƠNG

Vỡ tử cung là một tai biến sản khoa có thể gây tử vong thai phụ và thai nhi. Phẫu thuật bảo tồn tử cung do vỡ tử cung là rất cần thiết nhằm mục đích để bảo tồn tử cung cho sản phụ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sản phụ trẻ tuổi, còn nguyện vọng sinh con tiếp
- Vết vỡ không nhiễm khuẩn,không nham nhở.
- Vỡ tử cung không hoàn toàn
- Vỡ tử cung ở sản phụ có vết sẹo mổ cũ
- Vỡ tử cung hoàn toàn vết vỡ nhỏ
- Thời gian vỡ sớm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vết vỡ nham nhở, đã bị nhiễm khuẩn
- Vỡ tử cung phức tạp

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

- Vỡ tử cung là tình trạng nguy hiểm, cần phải mổ cấp cứu. Trong quá trình mổ phải kết hợp hồi sức, truyền máu, truyền dịch, trợ tim do vỡ tử cung khiến sản phụ mất máu, choáng.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thì 1: Mở thành bụng

Rạch thành bụng theo đường ngang trên xương vệ hoặc đường dọc giữa dưới rốn qua các lớp vào trong ổ bụng

Thì 2: Bộc lộ vị trí vỡ tử cung đánh giá mức độ vỡ tử cung

Thì 3: Xử trí vết vỡ

Dùng dao điện hoặc dao thường

Rạch cắt lọc vết vỡ đảm bảo yêu cầu

Thì 4: Khâu cầm máu

- Khâu từng lớp bằng các mũi chữ X bằng chỉ Vicryl
- Lớp đầu tiên đảm bảo lấy hết đáy
- Các lớp sau đảm bảo khâu chồng qua lớp trước
- Đóng các lớp ngoài cùng bằng mũi khâu vắt và lộn mép rạch vào trong
- Phủ phú mạc

Thì 5: Đóng bụng

- Lau sạch ổ bụng
- Kiểm tra niệu quản
- Đặt sonde dẫn lưu ổ bụng
- Đóng bụng theo từng lớp giải phẫu

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi toàn trạng mạch huyết áp.
- Theo dõi chảy máu sau mổ
- Theo dõi sonde dẫn lưu ổ bụng.
- Theo dõi nước tiểu
- Theo dõi lượng máu mất và các xét nghiệm hồng cầu, hemoglobin khi cần thiết phải truyền máu
- Sử dụng kháng sinh liều cao
- Chảy máu nhiều tiên lượng không cầm máu được phải cắt tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2013), ‘Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản’

2. Bệnh viên Từ Dũ (2016), ‘Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa ‘

3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên (2013), ‘Thực hành lâm sàng sản phụ khoa’, Nhà xuất bản Y Học

BỆNH VIỆN
THÁI NGUYÊN

KỸ THUẬT CHỌC SỌ - KẸP ĐỈNH SỌ

I. ĐẠI CƯƠNG

Chọc sọ và kẹp đỉnh sọ là những thủ thuật được làm khi thai nhi đã chết hoặc thai có những bất thường không phù hợp cuộc sống đã có chỉ định chấm dứt thai kỳ, với mục đích làm nhỏ đường kính đầu thai nhi để lấy thai dễ dàng qua đường âm đạo.

II. CHỈ ĐỊNH

- Thai chết
- Thai có những bất thường không phù hợp cuộc sống.

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dọa vỡ tử cung
- Thai còn sống dù tiên lượng đẻ ra chắc chết.
- Cổ tử cung chưa mở hết (ít nhất 7cm) hay chưa phù hợp với kích thước của thai.

IV. CHUẨN BỊ

1. Tuyến thực hiện:

Các bệnh viện tuyến trung ương và tuyến tỉnh

2. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản được đào tạo và kíp trợ thủ.
- Người làm thủ thuật và người phụ rửa tay, mặc áo, mũ, khẩu trang, mang găng tay vô khuẩn.

3. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

- Bộ dụng cụ chọc sọ và kẹp đỉnh sọ: khoan Blot, kìm Museux, kìm Braun hai gọng.
- Bộ dụng cụ kiểm tra cổ tử cung.
- Các thuốc chống sốc.

4. Chuẩn bị người bệnh

- Được giải thích rõ trước khi làm thủ thuật, ký giấy cam kết làm thủ thuật.

BỆNH VIỆN THÁI NGUYÊN

- Thông tiểu, sát khuẩn và trải khăn triệt khuẩn, sát trùng vùng âm hộ và tầng sinh môn.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Sản phụ nằm trên bàn đẻ, lập đường truyền tĩnh mạch, cho thuốc tiền mê.
- Đặt van trong âm đạo bộc lộ rõ cổ tử cung.
- Người phụ dùng tay cố định đầu thai nhi qua thành bụng.

Thì 1. Chọc sọ

Bước 1: Người làm thủ thuật cho một tay vào âm đạo tìm đầu thai để dẫn đường và bảo vệ phần mềm của sản phụ, tay còn lại dùng khoan Blot chọc một lỗ thủng vào hộp sọ, thường chọc qua thóp hay đường khớp. Để tránh chọc vào phần mềm của mẹ, phải chụm các ngón của bàn tay dẫn đường để che và hướng dẫn mũi khoan.

Bước 2: Mở rộng khoan để xé rộng lỗ thủng hoặc quay mũi khoan làm nát các tổ chức trong hộp sọ

Bước 3: Sau khi đầu thai nhi nhỏ lại, cho sản phụ tiếp tục rặn đẻ hoặc làm tiếp thủ thuật kẹp đỉnh sọ nếu đầu thai nhi khá lớn.

Thì 2. Kẹp đỉnh sọ

Bước 1: Sau khi chọc sọ, rút khoan Blot ra, cho gọng đặc của kìm Braun vào lỗ thủng, để mặt trong của gọng quay về phía mặt thai nhi.

Bước 2: Đặt gọng thủng ở phía ngoài, mặt lõm của gọng này úp vào mặt thai.

Bước 3: Đặt then ngang, vặn vít kẹp chặt đầu thai nhi.

Bước 4: Kéo thai ra theo trục âm đạo, theo cơ chế đẻ.

Bước 5: Sau khi sổ nhau kiểm tra xem có tổn thương tử cung, cổ tử cung và âm đạo.

Bước 6: Thực hiện các bước tiếp theo như sau sổ thai.

VI. THEO DÕI - CHĂM SÓC

- Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu.
- Lượng máu chảy ra từ âm đạo.
- Kháng sinh phù hợp.

VII. BIẾN CHỨNG

- Chảy máu.
- Rách cổ tử cung, tử cung, âm đạo.
- Tổn thương bàng quang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản", 2013

2. Bệnh viện Từ Dũ, "Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa"

BỆNH VIỆN
THÁI NGUYÊN

KẸP KÉO CỔ TỬ CUNG XỬ TRÍ BĂNG HUYẾT SAU SẢY, SAU ĐẺ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Băng huyết là biến chứng chảy máu tại đường sinh dục bất thường sau đẻ, sau sảy, sau nạo. Thủ thuật cặp kéo cổ tử cung xử trí băng huyết sau đẻ, sau sảy, sau nạo cần áp dụng kịp thời.

- Kẹp kéo cổ tử cung là một thủ thuật dùng kẹp pozzi hoặc panh hình tim kéo liên tục cổ tử cung để cầm máu.

II. CHỈ ĐỊNH

- Thực hiện khi không phát hiện tổn thương thực thể tại âm đạo, cổ tử cung, tử cung.

- Kết hợp với các phương pháp cầm máu khác trong điều trị băng huyết sau sinh.

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có tổn thương thực thể như: rau không bong, rau cài răng lược,vỡ tử cung…

IV.CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay sát khuẩn đeo găng tay vô khuẩn và kíp hộ sinh trợ thủ

2. Chuẩn bị phương tiện, thuốc

- Săng vô khuẩn: 4 cái
- Găng vô khuẩn: 4 đôi
- Bông vô khuẩn, povidine 10%(50 ml)
- Sonde foley , túi đựng nước tiểu : 1 bộ
- Van âm đạo, panh sát khuẩn, panh hình tim, kẹp cổ tử cung

3. Chuẩn bị bệnh nhân

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh hiểu quá trình điều trị, hỏi bệnh khám toàn thân, đo huyết áp, nghe tim phổi… Với mẹ sau sinh hỏi tình trạng sinh; với

mẹ sảy thai hỏi tình trạng sảy thai, kiểm tra tư thế tử cung, độ mở của cổ tử cung, xác định lượng máu đã mất để chuẩn bị hồi sức cho sản phụ.

- Bệnh nhân nằm tư thế sản khoa, bộc lộ vùng âm hộ, tầng sinh môn.

V. TIẾN HÀNH

- Sát khuẩn âm hộ, vùng tầng sinh môn, âm đạo, cổ tử cung.
- Trải khăn vô khuẩn.
- Đeo găng vô khuẩn.
- Đặt van, bộc lộ âm đạo, cổ tử cung.
- Dùng kẹp cặp cổ tử cung vị trí 3h , 9h kéo liên tục với trong lực 1000 ml- 1500 ml nước trong khoảng thời gian 3- 6 tiếng, cứ 10 phút đánh giá một lần trong 30 phút đầu, 15 phút / lần trong 30 phút sau, 30 phút/ làn cho những giờ tiếp theo.

VI.THEO DÕI SAU THỦ THUẬT

- Theo dõi mạch, huyết áp, tình trạng ra huyết trong quá trình kẹp kéo cổ tử cung theo phác đồ.

+ Nếu tình trạng bệnh nhân ổn định thì sau 6 tiếng tháo kẹp, sát khuẩn lại âm đạo, tầng sinh môn, đóng khố và cho người bệnh nằm nghỉ ngơi

+ Nếu theo dõi sau 30 phút mà không cầm được máu, toàn trạng bệnh nhân không ổn định thì cần hội chẩn để chuyển phương pháp khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, ‘Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản’(2013).

2. Bệnh viên Từ Dũ, ‘Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa’(2016).

3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, ‘Thực hành lâm sàng sản phụ khoa’, Nhà xuất bản Y Học (2013).

CHĂM SÓC VẾT KHÂU TẦNG SINH MÔN NHIỄM KHUẨN

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm khuẩn hậu sản là nhiễm khuẩn xảy ra ở sản phụ sau đẻ xuất phát từ đường sinh dục (âm đạo, cổ tử cung, tử cung) trong 6 tuần đầu sau đẻ. Nhiễm khuẩn tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo là hình thái nhẹ nhất của nhiễm khuẩn hậu sản. Do rách hoặc không cắt tầng sinh môn mà không khâu hoặc khâu không đúng kỹ thuật, không đảm bảo vô khuẩn, sót gạc trong âm đạo.

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản và nữ hộ sinh

II. CHỈ ĐỊNH

Sản phụ sau khi khâu tầng sinh môn bị vết khâu bục chỉ, đau nhức mưng mủ, sưng viêm:

- Bục chỉ: Vết khâu có thể bị bục chỉ trong trường hợp vết thương chưa kịp lành nhưng chỉ đã tiêu hết, vết khâu bị hở miệng, vệ sinh không đúng cách làm vết thương bị nhiễm trùng, rặn khi đại tiện quá mạnh…

- Vết khâu bị sưng: Nhiều sản phụ sưng vết khâu tầng sinh môn vì tụ máu vết khâu tầng sinh môn, lạc nội mạc tử cung, viêm nhiễm phụ khoa…

- Vết khâu bị mưng mủ: Vết khâu sinh môn không vệ sinh đúng cách, nhân viên y tế làm sạch vết thương chưa tốt khiến vết thường chảy nước, mưng mủ lâu lành, một số sản phụ có thói quen ngồi lệch bên khi bế bé cũng có thể gây tình trạng này.

III. CHUẨN BỊ

1. Cơ sở vật chất

Phòng kỹ thuật: bảo đảm tiêu chuẩn qui định.

2. Phương tiện dụng cụ

- Săng vô khuẩn: 4 cái

- Găng vô khuẩn: 2 đôi

- Bông vô khuẩn, oxy già, dung dịch sát khuẩn: Povidone Iodine (betadine)

- Van âm đạo, panh sát khuẩn

3. Người bệnh

- Nhân viên y tế giải thích cho sản phụ hiểu quá trình điều trị, hỏi bệnh khám toàn thân, đánh giá tổn thương

- Sản phụ nằm tư thế sản khoa, bộc lộ vùng âm hộ, tầng sinh môn

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Sát khuẩn vùng âm hộ, tầng sinh môn, âm đạo.

- Trải săng vô khuẩn.

- Đeo găng vô khuẩn.

- Đánh giá tình trạng vết khâu tầng sinh môn: Cắt chỉ ngắt khoảng nếu vết khâu phù nề, cắt chỉ toàn bộ nếu vết thương có tấy đỏ và mủ.

- Vệ sinh tại chỗ hàng ngày bằng dung dịch Betadine 10%.

VI. THEO DÕI VÀ CÁCH CHĂM SÓC

1. Vệ sinh đúng cách:

- Lau rửa vùng âm hộ và vết may tầng sinh môn thường xuyên bằng nước hoặc dung dịch vệ sinh dịu nhẹ, đặc biệt là sau khi đi tiêu tiểu. Bằng cách dùng vòi sen hoặc dội nước từ từ hay dùng khăn mềm thấm nước, lau rửa sạch từ trước ra sau nhẹ nhàng (lưu ý: không lau ngược từ sau ra trước vì sẽ mang những chất dơ từ phía hậu môn đi ngược về vết thương, dễ gây nhiễm trùng), sau đó lau khô lại;

- Nên thay băng vệ sinh thường xuyên mỗi 4 – 6 tiếng để vết thương luôn sạch sẽ, giảm sự tích tụ của vi trùng, độ ẩm và giảm được nguy cơ nhiễm trùng;

2. Chườm lạnh:

- Vết khâu vẫn sẽ bị sưng và đau, nhưng có thể làm giảm bớt các triệu chứng này bằng cách sử dụng chườm lạnh. Cách này rất đơn giản và dễ thực hiện. Lấy 1 chiếc khăn ướt bỏ vào vài viên đá bi quấn lại thành 1 túi nhỏ, sau đó chườm trực tiếp vào vết khâu tầng sinh môn khoảng 15-20 phút, sau đó lau khô bằng khăn sạch, có thể thực hiện nhiều lần trong ngày. Cách này sẽ giúp sản phụ

giảm đau và giảm sưng nề vết khâu tầng sinh môn, mang lại cảm giác dễ chịu hơn;

- Nếu sản phụ cảm thấy đau nhiều, bác sĩ sẽ cho thêm thuốc giảm đau nhét hậu môn hoặc paracetamol, những thuốc này không ảnh hưởng đến việc cho con bú.

3. **Vận động phù hợp:**

- Việc tập đi bộ nhẹ nhàng giúp lưu thông máu đến vùng tầng sinh môn, giảm sưng và giúp vết khâu mau lành hơn;

- Sản phụ lấy lại sức và ngồi dậy bình thường được, hãy tập đi lại nhẹ nhàng xung quanh giường bệnh, hoặc tập đi ngoài hành lang khoa hậu sản;

- Lúc đầu, việc đi lại có thể gây khó khăn và đau nhưng hãy cố gắng tập luyện bằng cách: đi thẳng người, hai chân dang rộng ra một chút và bước đi tự tin.

4. Chế độ ăn uống:

- Không ăn kiêng khem, nên ăn đầy đủ các chất dinh dưỡng để phục hồi sức khỏe, nuôi con bằng sữa mẹ và giúp lành vết thương;

- Ăn nhiều chất xơ và uống nhiều nước để tránh táo bón. Nếu việc đại tiện khiến mẹ đau nhiều hãy nên dùng thuốc làm mềm phân trước.

VII. CÁC PHƯƠNG PHÁP HỖ TRỢ TẠI BỆNH VIỆN A- THÁI NGUYÊN

- Xông hơi vùng kín cũng là 1 phương pháp hữu hiệu giúp sản phụ mau chóng vượt qua giai đoạn này. Xông hơi vùng kín là dùng nhiệt hơi nước cùng các loại thảo dược giúp sát khuẩn vùng tầng sinh môn, giảm đau, thúc đẩy se khít âm đạo và khử mùi hôi. Sau ngày đầu tiên, sau khi sản phụ lấy lại sức và ngồi dậy bình thường được đều có thể sử dụng dịch vụ này;

- Chiếu tia plasma lạnh là 1 phương pháp mới được đưa vào áp dụng thực hiện cho những vết may tầng sinh môn bị sưng nề, đau, nhiễm khuẩn trong những ngày đầu tiên, cách này dùng tia plasma lạnh chiếu trực tiếp vào vết khâu tầng sinh môn trong khoảng 3 phút, có thể thực hiện 1-2 lần/ ngày, rất hiệu quả

trong giảm sưng nề và giúp nhanh lành vết khâu tầng sinh môn. Ngay ngày đầu tiên lên khoa hậu sản, sản phụ có thể sử dụng dịch vụ này, nhân viên y tế sẽ đến tận gường để tư vấn và thực hiện dịch vụ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, 'Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản'(2013)

2. Bệnh viên Từ Dũ, 'Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa'(2016).

3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên, 'Thực hành lâm sàng sản phụ khoa', Nhà xuất bản Y Học (2013).

BỆNH VIỆN
THÁI NGUYÊN

LẤY KHỐI MÁU TỤ ÂM ĐẠO, TẦNG SINH MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG

Huyết tụ là những biến chứng chảy máu và tụ máu thành một khối máu trên đường thai sổ qua âm đạo. Tùy theo khối huyết tụ ở cao hay thấp mà ta chia ra ba hình thái.

- Huyết tụ tiểu khung: khối huyết tụ ở trên cơ nâng hậu môn và dưới phúc mạc. Huyết tụ thường là biến chứng của rách tử cung, rách âm đạo với đoạn dưới tử cung (vỡ tử cung dưới phúc mạc).

Huyết tụ âm đạo.

Huyết tụ âm hộ.

Cả hai loại sau đều ở dưới cơ nâng hậu môn, có thể phối hợp với nhau và có tiên lượng giống nhau

II. CHỈ ĐỊNH

- Khối máu tụ > 4 cm
- Khối huyết tụ to nhanh lên nhiều
- Đau nhiều, sản phụ không chịu được
- Huyết tụ bị nhiễm khuẩn
- Huyết tụ nhiễu khuẩn có lỗ rò
- Huyết tụ cản trở khi bóc rau nhân tạo hay kiểm soát tử cung

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Toàn trạng bệnh nhân không cho phép thực hiện thủ thuật

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

- Kẹp sát trùng, van âm đạo, lưỡi dao, kéo (nếu cần) . Gạc, meches.
- 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.

- 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

- Kiểm tra vị trí khối huyết tụ

- Cách chích: chích ở chỗ cao nhất một lỗ nhỏ, nặn hết máu cục, rồi chèn gạc tẩm kháng sinh vào, theo kiểu đèn xếp để cầm máu. Để 24 giờ sau đó rút gạc ra. Cần điều trị kháng sinh toàn thân, thêm các vitamin để nâng cao thể trạng.

- Đối với huyết tụ do các mạch máu to vỡ, cần rạch lấy máu cục ra, khâu bằng những mũi chữ X để cầm máu, sau khi buộc các mạch máu thì chèn gạc tẩm kháng sinh và thrombose, sau 24 giờ rút gạc.

- Các huyết tụ ở tiểu khung, dù không chảy máu ra ngoài cũng tiến hành thăm khám, theo dõi cẩn thận, không được bỏ sót vỡ tử cung.

Nếu có vỡ đoạn phúc mạc thì phải mổ tử cung.

Nếu rách tử cung dài gây huyết tụ tiểu khung thì phải kiểm tra vết rách, nếu vết rách kéo dài lên đoạn dưới và gây vỡ tử cung, phải xử trí như trong xử trí rách cổ tử cung.

VI. THEO DÕI

- Toàn trạng, mạch, huyết áp, đau bụng, huyết âm đạo

- Theo dõi vị trí khối huyết tụ để xử trí kịp thời các diễn biến tiếp theo

BỆNH VIỆN THÁI NGUYÊN

- Cho toa thuốc và hướng dẫn sử dụng: kháng sinh, giảm đau từ 5 – 7 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2013), 'Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản'

2. Bệnh viên Từ Dũ (2016), 'Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa '

3. Bộ môn Phụ Sản, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên (2013), 'Thực hành lâm sàng sản phụ khoa', Nhà xuất bản Y Học

BỆNH VIỆN
THÁI NGUYÊN

PHẪU THUẬT CẮT LỌC, KHÂU LẠI TỬ CUNG SAU MỔ 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. Sau khi thực hiện cuộc phẫu thuật thì các bác sĩ sẽ tiến hành cắt lọc, khâu lại tử cung sau mổ lấy thai, có thể 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.

II. CHỈ ĐỊNH: Tất cả các sản phụ có mổ lấy thai

III. ƯU ĐIỂM VÀ NHƯỢC ĐIỂM CỦA KỸ THUẬT

1. Ưu điểm:

Phục hồi giải phẫu cho sản phụ, nhờ đó, hạn chế tối đa nguy cơ dính tử cung vào thành bụng và các cơ quan lân cận, hạn chế nguy cơ vỡ tử cung cho mẹ trong các lần có thai sau này.

2. Nhược điểm:

Có tỉ lệ nhỏ đọng dịch vết mổ.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chuẩn bị:

- Trước tiên, Bác sĩ sẽ giải thích cho sản phụ và gia đình lý do mổ, các nguy cơ có thể gặp cho mẹ và bé, ký giấy cam kết trước mổ. Sau đó thai phụ được gây mê toàn thân, gây tê ngoài màng cứng hoặc gây tê tủy sống.

- Sản phụ được đặt một tấm vải lên ngực và ở phía trên, nên dù tỉnh táo nhưng người mẹ cũng không thể nhìn thấy những gì đã xảy ra, dù vẫn cảm nhận được. Chỉ khi sinh mổ khẩn cấp phải thực hiện gây mê toàn thân, người mẹ mới tạm thời trong trạng thái không có ý thức.

2. Vào ổ bụng:

Vùng bụng sẽ được vệ sinh sạch sẽ và vô trùng. Bác sĩ sẽ rạch đường giữa dưới rốn hay đường ngang trên vệ khoảng 15- 20 cm ở vùng bụng dưới, thấp, và thường gần lông mu. Rạch lớp mỡ dưới da, qua đường trắng giữa hai cơ thẳng bụng (nếu mổ dọc) hoặc rạch cân về hai bên theo đường mổ đó, tách cân khỏi

lớp cơ rộng lên trên rồi mới mở đường giữa 2 cơ thẳng bụng (nếu mổ ngang), qua phúc mạc để vào vùng dưới tử cung.

Người mẹ sẽ được đặt ống thông tiểu, cũng như được truyền dịch trong suốt quá trình mổ.

3. **Lấy thai và nhau ra khỏi tử cung:**

- Phẫu thuật viên lấy thai ra ngoài trong khi người phụ hút máu và nước ối, hỗ trợ giúp đẩy thai nhi ra ngoài.

- Bé được lau khô, làm sạch mũi, miệng và kẹp dây rốn và chuyển ra ngoài lau sạch. Người mẹ có thể được nhìn hoặc da kề da với bé nếu mẹ còn tỉnh táo khi được gây tê tủy sống hay ngoài màng cứng.

- Tiếp theo, bác sĩ sẽ lấy bỏ nhau thai và làm sạch tử cung.

4. **Khâu phục hồi cơ tử cung:**

- Phục hồi cơ đoạn dưới tử bắt đầu bằng khâu 2 góc tử cung, tránh sót góc.

- Tiếp tục khâu cơ tử cung mũi liên tục hay mũi rời, cách nhau 1cm, có thể khâu thêm lớp thứ 2 để vùi lớp đầu, kiểm tra cầm máu.

- Phủ phúc mạc tử cung bằng bằng mũi khâu liên tục, kiểm tra cầm máu.

5. Đóng bụng:

- Khâu phúc mạc thành bụng bằng mũi khâu liên tục. Khâu 2 cơ thẳng bụng cho sát vào nhau. Khâu cân và da. Sản phụ sau đó được sát khuẩn lại vết mổ và băng vô khuẩn

- Phẫu thuật viên giữ tay sạch để lấy máu ứ trong âm đạo và xem tử cung co hồi tốt hay không, sát khuẩn âm đạo. Lau sạch máu dính trên người bệnh trước khi chuyển qua hồi sức.

- Quá trình sinh mổ thường mất khoảng 30 – 40 phút. Chỉ mất 5 phút sau khi rạch bụng mẹ cho đến khi lấy bé ra ngoài. Thời gian còn lại là việc khâu vết thương.

V. THEO DÕI

- Tình trạng sức khoẻ tốt.

- Không chảy máu, vết khâu đẹp, đúng lớp giải phẫu..

- Ra viện đúng kế hoạch.

** Khi nào thì những biểu hiện sau thực hiện kỹ thuật là bất thường và cần tái khám ngay?*

- Đau vết mổ.
- Thiếu máu
- Sốt

VI. NHỮNG ĐIỀU CẦN LƯU Ý KHI THỰC HIỆN KỸ THUẬT NÀY

- Từ ngày thứ 3 có thể mở băng, để khô. Sản phụ lưu ý không để nước thấm ướt vùng vết mổ. Sang tuần thứ 2, bác sĩ sẽ chỉ định cắt chỉ sau 5 ngày nếu sinh mổ lần đầu tiên, sau 7 – 8 ngày nếu mổ lại lần 2 trở lên. Nếu các sản phụ khâu vết mổ bằng chỉ tự tiêu thì không cần cắt chỉ.
- Thời gian này nên lau người bằng nước ấm, hoặc tắm nhanh chóng, tránh việc ngâm cơ thể trong bồn tắm khiến vết mổ bị ướt.
- Không nên thoa các loại thuốc kháng sinh lên vết mổ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chuẩn quốc gia về sức khỏe sinh sản năm 2016

2. Bệnh viện Từ Dũ 2016, "Quy trình kỹ thật sản phụ khoa"

3. Bộ môn Phụ sản trường Đại học Y Hà Nội " Thực hành lâm sàng Sản phụ khoa"