**CHƯƠNG I. SẢN KHOA**

**XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN III CUỘCCHUYỂN DẠ**

1. **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.

1. **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.

1. **CHUẨN BỊ**
2. **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.

1. **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.
1. **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.
1. **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.

**CẮT KHÂU TẦNG SINH MÔN**

1. **MỤC ĐÍCH**

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.

1. **CHỈ ĐỊNH**
2. **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.

1. **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.

1. **Cắt tầng sinh môn khi làm các thủ thuật như foóc xép, giác hút, đỡ đẻ ngôi mông...**
2. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

1. **CHUẨN BỊ**
2. **Người thực hiện**

Nữ hộ sinh

Bác sĩ sản khoa

1. **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%

1. **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.

1. **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 450 tại vị trí 7 giờ. Sản phụ nằm tư thế đẻ thường, trong cơn co tử cung, khi tầng sinh môn và âm hộ phồng căng hoặc khi kéo forceps, giác hút dùng một kéo thẳng và sắc cắt chéo 450 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.

1. **THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**
2. **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.

1. **Xử trí tai biến**

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

Nhiễm khuẩn:

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

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

**KHÂU PHỤC HỒI RÁCH ÂM ĐẠO**

1. **ĐẠI CƯƠNG**
2. 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.

1. 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.

1. **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.

1. **CHUẨN BỊ**
2. **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.

1. **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.

1. **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.

1. **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.

1. **THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp.

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

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

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

Dùng kháng sinh 5 ngày sau khi khâu.

**KHÂU RÁCH CỔ TỬ CUNG**

1. **ĐẠI CƯƠNG**

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

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

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

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

1. **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...

1. **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.

1. **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.

1. **CHUẨN BỊ**
2. **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.

1. **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.

1. **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.

1. **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.

1. **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.

**FORCEPS**

1. **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.

1. **CHỈ ĐỊNH**
2. **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.

1. **Về phía thai.**

Thai suy.

Forceps đầu hậu trong ngôi mông.

1. **Điều kiện.**

Thai đẻ được đường dưới

Đầu lọt trung bình hoặc thấp

Cổ tử cung mở hết

Ôi vỡ hoàn toàn hoặc bấm ối

1. **CHUẨN BỊ**
2. **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.

1. **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.

1. **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 b ệnh 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.

1. **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 foóc xép vào vị trí giữa đầu thai nhi và hai ngón tay phải. Lúc đầu cành forceps ở tư thế thằng 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

1. **THEO DÕI**

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

Lượng máu mất, thường do chấn thương đường sinh dục Ư

1. **TAI BIẾN**
2. **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

1. **Thai nhi**

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

**GIÁC HÚT SẢN KHOA**

1. **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.

1. **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).

1. **ĐIỀU KIỆN**

Thai sống.

Ngôi chỏm.

Cổ tử cung mở hết.

Đầu lọt thấp.

Ôi đã vỡ hay đã bấm ối.

1. **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.

1. **CHUẨN BỊ**
2. **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.

1. **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.

1. **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.

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.

1. **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/cm2 rồi dùng ngón trỏ và ngón giữa bàn tay phải rà soát quanh chu vi nắp để bảo đảm không có gì bị hút vào nắp .

Bơm tiếp từ từ lên 0,8 kg/cm2. Thời gian bơm từ 6 - 10 phút.

**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 450 sovới 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.

1. **THEO DÕI VÀ TAI BIẾN**
2. **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

1. **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.

**ĐỠ ĐẺ NGÔI MÔNG**

* 1. **ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. **Chỉ định**

Có thể lựa chọn cho đẻ đường âm đạo

dưới các ca sau:

Ngôi mông hoàn toàn hoặc không hoàn toàn kiểu mông.

Tuổi thai > 34 tuần.

Trọng lượng thai dự đoán 2500 -3000g.

Đầu thai nhi cúi tốt.

Khung chậu người mẹ rộng (qua khám lâm sàng và siêu âm hoặc Xquang).

Không có chỉ định mổ lấy thai cả về phía mẹ hoặc con.

Biểu hiện của mẹ trong quá trình chuyển dạ thuận lợi, không có tình trạng nguy hiểm cho mẹ và con.

Xác định các dị tật có thể làm thai chết.

1. **Chống chỉ định**
2. **Chống chỉ định về phía mẹ:**

Bất thường khung chậu.

Có khối u tiền đạo.

Có sẹo mổ cũ ở tử cung.

Tổn thương ở vùng chậu và tầng sinh môn.

Các bệnh lý của mẹ lúc mang thai (đái đường, cao huyết áp...)

Các bệnh lý tim mạch, suy hô hấp.

1. **Chống chỉ định do phần phụ của thai:**

Rau tiền đạo.

Đa ối.

Dây rốn ngắn hoặc dây rốn quấn cổ.

1. **Chống chỉ định về phía thai:**

Suy thai mãn.

Đầu ngửa nguyên phát.

Đẻ non, thai 1500-2500 gr.

Trọng lượng thai dự đoán > 3000gr.

Thai già tháng.

Đa thai có hơn 1 thai là ngôi mông.

**III. ĐIỀU KIỆN**

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

- Ngôi mông hoàn toàn hoặc ngôi mông không hoàn toàn.

- Khung chậu bình thường.

Thai nhi không quá lớn.

Không có sẹo mổ cũ ở tử cung.

Đầu thai cúi tốt.

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

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

Lưu ý:

Không được bấm ối.

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

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

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

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

1. **CHUẨN BỊ**
2. **Người thực hiện**

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

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

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

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

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

1. **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).

Ông thông bàng quang 01 cái.

Forcep Piper để lấy đầu hậu.

Hộp dụng cụ cắt - khâu TSM.

Hộp dụng cụ đỡ đẻ.

Máy hút dịch.

ông hút nhớt trẻ sơ sinh (01 cái).

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

1. **Sản phụ**

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

Cổ tử cung đã mở hết.

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

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

Chuẩn bị sẵn forceps để lấy thai khi cần thiết.

1. **Hồ sơ bệnh án**

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

**V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

Cổ tử cung đã mở hết và ngôi thai đã xuống sát với tầng sinh môn.

Chỉ cho sản phụ rặn khi có cơn co tử cung.

Đảm bảo cơn co tử cung có hiệu quả, truyền nhỏ giọt Oxytocin có hệ thống từ lúc bắt đầu cho sản phụ rặn.

Cắt tầng sinh môn chủ động có hệ thống khi tầng sinh môn giãn căng.

Không dùng bất cứ một thủ thuật nào khi sổ thai cho tới khi xuất hiện đỉnh của xương bả vai thai nhi.

1. **Đỡ đẻ**

**Đỡ đẻ ngôi mông theo phương pháp Vermelin**

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

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

Trải một khăn vải ở dưới tầng sinh môn.

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

Đẩy trên bụng mẹ ở phía đáy tử cung.

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

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

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

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

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

Khi sổ vai tiêm thuốc Oxytocin.

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

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

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

Hướng dẫn sản phụ rặn thật tốt.

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

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

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

1. **Các thủ thuật thường dùng khi đỡ đẻ ngôi mông**
* Các thủ thuật đỡ đầu hậu

*Thủ thuật Bracht:*

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

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

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

*Thủ thuật Mauriceau:*

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

*Cách làm:*

Cho thai nhi cưỡi lên cẳng tay người đỡ đẻ.

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

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

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

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

Cắt nới rộng tầng sinh môn

**❖ Các thủ thuật hạ tay**

*Thủ thuật LOVSET*

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

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

+ Thực hiện vòng quay đầu tiên 900 cho lưng thai quay sang phải để cánh tay trước của thai xuống dưới xương vệ sẽ sổ.

+ Sau đó tiến hành vòng quay thứ 2, 1800 theo hướng ngược lại để đưa tay sau ra trước, khuỷu tay sẽ xuất hiện ở âm hộ.

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

*Hạ tay theo phương pháp cổ điển:*

+ Bao gờ cũng phải hạ tay sau xuống trước.

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

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

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

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

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

+ Ca không thể luồn tay lên được thì phải xoay 1800 biến tay trước thành tay sau. Nếu tay đó chưa sổ thì làm thao tác gỡ tay sau như đã mô tả trên.

1. **THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

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

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

**NỘI XOAY THAI**

1. **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.

1. **CHỈ ĐỊNH**
2. **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.

1. **Điều kiện**

Cổ tử cung mở hết.

Còn ối.

Không có bất tương xứng đầu - chậu.

Thai không suy.

1. **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.

1. **CHUẨN BỊ**
2. **Người thực hiện**

Bác sỹ sản khoa có kinh nghiệm.

Rửa tay, mặc áo, đi găng

1. **Phương tiện**

Găng vô khuẩn ít

Thuốc giảm co, giãn cơ, giảm đau, an thần: Papaverin 40mg, Dolosal 100mg...

Dịch truyền, các phương tiện để hồi sức mẹ và hồi sức thai nhi.

Bình Oxy.

1. **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.

1. **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.

1. **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

**ĐỠ ĐẺ SINH ĐÔI**

1. **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.

1. **CHỈ ĐỊNH**

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

1. **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.

1. **CHUẨN BỊ**
2. **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.

1. **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.

1. **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

1. **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

1. **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)

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
2. **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 xung 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

1. **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 phia 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.

1. **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.

**BÓC RAU NHÂN TẠO**

1. **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.

1. **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 truờng 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...)

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

1. **CHUẨN BỊ**
2. **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.

1. **Phương tiện**

Thuốc giảm đau Dolosal 0,10g hay Fentanyl, Seduxen .

Thuốc trợ tim, hồi sức để dùng khi cần.

1. **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.

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
2. **Nguyên tắc**

Phải bóc bằng hai tay

Phải làm trong điều kiện vô trùng

1. **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.

1. **THEO DÕI**

Mạch, huyết áp, toàn trạng và phản ứng của sản phụ.

Lượng máu chảy từ tử cung ra.

1. **TAI BIẾN, DỰ PHÒNG**

Choáng do đau và sợ hãi khi cho tay vào bóc rau: vấn đề hồi sức trước và sau bóc rau là vô cùng quan trọng.

Sử dụng các thuốc giảm đau trước khi làm thủ thuật

Sử dụng thuốc co hồi tử cung sau bóc rau.

**KIỂM SOÁT TỬ CUNG**

1. **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.

1. **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.

1. **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.

1. **Phương tiện**

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

1. **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

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
2. **Nguyên tắc**

Thủ thuật được tiến hành ngay sau khi có chỉ định

1. **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.

1. **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.

1. **TAI BIẾN Và DỰ PHÒNG**

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

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

**NẠO SẨY THAI**

1. **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.

1. **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.

1. **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)

1. **CHUẨN BỊ**
2. **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.

1. **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.

1. **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.

1. **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

1. **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.

1. **TAI BIẾN**
2. **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.

1. **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.

1. **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.

1. **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.

**KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG**

1. **ĐẠI CƯƠNG**

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

1. **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

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tuổi thai trên 14 tuần.

Viêm nhiễm âm đạo, cổ tử cung.

Thai chết.

1. **CHUẨN BỊ**
2. **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.

1. **Phương tiện, dụng cụ.**

Dung dịch betadine.

Chỉ perlon.

Van âm đạo.

1. **Người bệnh**

Nằm tư thế phụ khoa.

Giải thích mục đích khâu, tai biến có thể xảy ra sau khi khâu.

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Thì 1**: Bộc lộ cổ tử cung.

Sát trùng, kẹp kéo cổ tử cung ra ngoài.

**Thì 2**: Khâu vòng.

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

Buộc chỉ ở vị trí 12 giờ.

Cắt đầu chỉ xa nút buộc khoảng 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.

1. **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.

1. **TAI BIẾN.**

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

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

Gây sẩy thai hoặc đẻ non: do có cơn co.

Vỡ ối, hoặc rỉ ối.

Gãy kim vào trong cổ tử cung: nên dùng kim tròn to có độ cong nhỏ.

**GÂY CHUYỂN DẠ BẰNG THUỐC**

1. **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.

1. **CHỈ ĐỊNH**

Ôi vỡ non

Thai quá ngày sinh

Ôi 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,...

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

|  |  |
| --- | --- |
| **Chống chỉ định tuyệt đối** | **Chống chỉ định tương đối** |
| **Chống chỉ định về phía mẹ** |
| Khung chậu hẹpSẹo mổ cũ ở thân tử cungHerpes sinh dục đang hoạt độngBệnh lý mạn tính trầm trọng | Ung thư cổ tử cungSẹo mổ lấy thai ngang đoạn dưới tử cungĐa thaiĐẻ nhiều lần |
| **Chống chỉ định về phía thai và phần phụ của thai** |
| Ngôi ngangThai suyRau tiền đạo | Ngôi môngThai toRau bám thấp |

1. **CHUẨN BỊ**
2. **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.

1. **Phương tiện**

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

1. **Người bệnh**

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

1. **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.

1. **Chỉ tiến hành khởi phát chuyển dạ ở cơ sở có phẫu thuật**
2. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
3. **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.

1. **Thang điểm tính chỉ số Bishop**

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

1. **Theo dõi tim thai và cơn co tử cung 30phút**
2. **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

1. **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

1. **THEO DÕI**

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

1. **XỬ TRÍ TAI BIẾN**
2. **Tai biến**

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

1. **Xử trí**

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

**CHƯƠNG II. PHỤ KHOA**

**BÓC NHÂN XƠ VÚ**

1. **ĐẠI CƯƠNG**

Tỷ lệ các tổn thương vú lành tính có thể gặp ở khoảng 50% phụ nữ trong đó nhiều nhất là nang xơ vú và nhân xơ vú.

1. **CHỈ ĐỊNH**

Các nang xơ lành tính hoặc nguy cơ thoái triển xấu dẫn đến ung thư.

Người bệnh có nguyện vọng được bóc bỏ.

Tổn thương nghi ngờ khi làm sinh thiết

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tổn thương nghi bất thường nhiều hơn (ví dụ ung thư).

Người bệnh chưa có con (tương đối), có thể để theo dõi, điều trị nội khoa.

1. **CHUẨN BỊ**
2. **Người thực hiện**

Phẫu thuật viên được đào tạo về phẫu thuật vú, cả thẩm mĩ và giữ được chức năng vú (nếu chỉ bóc bỏ nhân vú lành tính).

1. **Phương tiện**

Cồn 70 hoặc dung dịch sát trùng như Betadin

Bơm tiêm 5ml

Thuốc gây tê tại chỗ bằng Xylocain 1% hoặc gây mê

Bộ dụng cụ để phẫu thuật

Các khăn trải phẫu thuật vô khuẩn

Bàn phẫu thuật thông thường

1. **Người bệnh**

Người bệnh cởi bỏ áo

Tư thế nằm ngửa duỗi thẳng

1. **Hồ sơ bệnh án:**

Bệnh án phẫu thuật theo chương trình, đủ các xét nghiệm thăm dò, được duyệt mổ của bệnh viện.

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

 **Thì 1.**

Sát trùng rộng vùng phẫu thuật từ trong ra ngoài

Dùng khăn vô trùng để bao bọc xung quanh phẫu trường

**Thì 2.**

Xác định vị trí khối u cần cắt bỏ, nếu nhỏ có thể dùng kim để xác định mốc tốt nhất là làm dưới gây mê, nếu không có điều kiện thì gây tê tại chỗ.

Sau khi rạch qua da và tổ chức dưới da dùng kéo bóc tách để đi thẳng vào khối u tránh làm nát các tổ chức xung quanh gây chảy máu.

Lấy bỏ khối u qua vết rạch sau khi đã bóc tách và cầm máu kĩ các tổ chức xung quanh khối u bằng chỉ tiêu. Nếu khối u ở sâu thì sau đó cần khâu ép lại tổ chức đã rạch sau khi đã kiểm tra kĩ không thấy chảy máu

**Thì 3.**

Khâu phục hồi lại da bằng chỉ lin hoặc khâu luồn dưới da bằng chỉ tiêu Vicryl 2.0. Băng lại vết mổ có thể băng ép bằng băng chun quanh ngực nếu nghi ngờ diện bóc tách còn có thể chảy máu, sẽ tháo bỏ sau 12-24 giờ.

Sau khi bóc xong tổ chức bóc bỏ phải được gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh.

1. **THEO DÕI**
2. **Người bệnh**

Được dùng thuốc giảm đau thêm và thuốc kháng sinh và thuốc chống phù nề.

1. **Theo dõi chảy máu**

Tại vết mổ hoặc có thể gây tụ máu dưới da làm bầm tím cả một vùng vú, trong ca này thì tuỳ theo mức độ chảy máu mà có thể phải mở vết mổ để cầm máu lại hoặc dùng băng chun băng ép chặt để cầm máu.

1. **Người bệnh**

Có thể ăn uống trở lại bình thường sau phẫu thuật và xuất viện sau phẫu thuật 6 giờ nếu là gây tê tại chỗ và vết mổ không chảy máu.

1. **TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**
2. **Chảy máu**

Vì tổ chức vú là tổ chức mỡ lỏng lẻo dễ chảy máu nên trong quá trình phẫu thuật phải vừa bóc tách vừa cầm máu và nên khâu ép hết đáy diện bóc tách.

1. **Tụ máu**

Cắt chỉ, khâu cầm máu, dùng tiếp kháng sinh.

1. **Nhiễm trùng vết mổ**

Nếu có thường xảy ra vào ngày thứ 4 hoặc thứ 5 sau phẫu thuật với triệu chứng sưng đau đỏ tấy vùng vết mổ. Trong trường hợp này phải dùng thêm kháng sinh và tách vết mổ để mủ chảy ra ngoài rửa vết mổ bằng Betadin hàng ngày.

**CHÍCH ÁP XE VÚ**

1. **ĐẠI CƯƠNG**

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

1. **CHỈ ĐỊNH**

Các áp xe đã thành mủ.

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Khối viêm đỏ chưa thành mủ

1. **CHUẨN BỊ**
2. **Phương tiện**

Cồn 70 hoặc dung dịch sát trùng như Betadin

Bơm tiêm 5ml

Thuốc gây tê tại chỗ bằng Xylocain 1% hoặc thuốc tê xịt bề mặt

Bộ dụng cụ để chích áp xe.

Các khăn trải phẫu thuật vô khuẩn

Bàn khám hoặc bàn mổ.

1. **Người bệnh**

Người bệnh và gia đình: được giải thích lý do phải trích áp xe và ký giấy cam đoan đồng thủ thuật.

Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định

Người bệnh cởi bỏ áo

Tư thế nằm ngửa duỗi thẳng

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

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Thì 1.**

Sát trùng rộng vùng áp xe từ trong ra ngoài

Dùng khăn vô trùng để bao bọc xung quanh vùng thủ thuật.

**Thì 2.**

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

**Thì 3.**

Rạch da ngay trên khối áp xe đường rạch theo đường chéo nan hoa với tâm là núm vú.

Sau khi rạch qua da và tổ chức dưới da đi thẳng vào khối áp xe tránh làm nát các tổ chức xung quanh gây chảy máu. Dùng kẹp nhỏ hoặc đầu ngón tay trỏ phá các vách của khối áp xe thông nhau để mủ chảy ra

Để da hở, đặt một gạc con trong ổ áp xe để dẫn lưu mủ ra ngoài, rút sau 12 giờ.

1. **THEO DÕI**

Người bệnh được dùng thuốc giảm đau và kháng sinh uống hoặc tiêm trong 5 đến 7 ngày, thuốc chống phù nề.

Theo dõi chảy máu tại vết rạch.

1. **TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu: chảy máu tại vùng rạch da hoặc trong ổ áp xe, khâu chỗ chảy máu dùng tiếp kháng sinh

Không thoát mủ: mở thông lại, dùng kháng sinh tiêm.

**SOI BUỒNG TỬ CUNG CHẨN ĐOÁN**

1. **ĐẠI CƯƠNG**

Soi buồng tử cung (soi BTC) là một thủ thuật đưa ống soi gắn camera vào buồng tử cung để chẩn đoán (soi buồng tử cung chẩn đoán) hoặc để làm các thủ thuật trong buồng tử cung (soi buồng tử cung phẫu thuật).

Thủ thuật này hiện nay được chỉ định nhiều hơn trong chẩn đoán những bất thường trong buồng tử cung và kiểm tra buồng tử cung ở những người bệnh vô sinh.

1. **CHỈ ĐỊNH**

Xuất huyết tử cung bất thường không giải thích được:

Tiền mãn kinh.

Ra máu sau mãn kinh.

Vô sinh

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Chít hẹp cổ tử cung.

Mang thai

Chống chỉ định của gây mê toàn thân.

1. **CHUẨN BỊ**
2. **Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản đã được đào tạo.

1. **Phương tiện**

**2.1. Dụng cụ soi buồng tử cung**

Ông kính soi có cấu trúc bằng bó sợi cáp quang, 50.000 pixel, trường nhìn rộng. Khẩu kính ống soi 4mm, góc nhìn 30o hoặc 12o .

Vỏ ngoài: khẩu kính 5mm nếu soi BTC chẩn đoán hoặc 7, 8, 9 mm nếu soi BTC phẫu thuật.

Đầu xa dạng tròn, không gây sang chấn.

Có đường đưa nước vào và nước ra riêng biệt, cho phép đường nước tưới rửa liên tục để có hình ảnh luôn sáng rõ

**2.2.Các loại dung dịch làm căng giãn buồng tử cung**

Các loại dung dịch lỏng làm căng buồng tử cung có thể có độ nhớt thấp hay cao. Loại dung dịch có độ nhớt thấp có thể có hay không có chứa chất điện giải. Lựa chọn loại dung dịch nào tùy thuộc chỉ định và cách thức.

Laser: do không dùng dòng điện cho nên có thể dùng loại dung dịch có chứa điện giải như Natri clorua, Dextrose 5% trong dung dịch muối hay Lactate Ringer.

Nếu có dùng điện trong phẫu thuật, cần dùng những loại dung dịch không chứa chất điện giải như Glycine 1,5%, Sorbitol 3-5 % hay hỗn hợp Sorbitol, Mannitol và 5% Dextrose trong nước.

Khi dùng loại dung dịch có độ nhớt thấp, tốc độ truyền vào và số lượng dung dịch sử dụng cần được theo dõi chặt chẽ để tránh nguy cơ phù phổi cấp.

Dung dịch có độ nhớt cao như Dextran (đặc biệt loại 32% Dextran 70 trong 10% Dextrose) cho hình ảnh rõ nét hơn. Loại dung dịch này không hòa tan với máu, do đó trong những ca có chảy máu ít trong phẫu trường, tầm nhìn vẫn rất tốt. Tuy nhiên, những loại dung dịch này có chứa polysaccaride nên có thể gây ra phản ứng dị ứng. Bên cạnh đó, do tính thẩm thấu cao (hyperosmotic) dung dịch này có thể xâm nhâp vào hệ tuần hoàn và rất dễ dàng gây phù phổi cấp.

**2.3.Khí CO2**

Cũng có thể được dùng trong soi BTC chẩn đoán.

1. **Người bệnh**

Khám toàn thân và chuyên khoa đánh giá các bệnh lý phối hợp

Được tư vấn về nguy cơ, biến chứng, tai biến của phẫu thuật

Siêu âm, siêu âm bơm nước buồng tử cung, chụp tử cung-vòi tử cung xác định tổn thương u xơ hay políp buồng tử cung.

Người bệnh nằm tư thế phụ khoa

Được giảm đau toàn thân

1. **Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án phẫu thuật theo qui định.

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Sát khuẩn vùng sinh dục

Thông tiểu và lưu ống thông.

Đặt van âm đạo hay mỏ vịt

Cặp cổ tử cung bằng kẹp Pozzi

Thăm dò buồng tử cung bằng thước đo

Đưa ống soi chẩn đoán vào buồng tử cung quan sát và đánh giá ống cổ tử cung, buồng tử cung, niêm mạc tử cung và 2 lỗ vòi trứng

1. **THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**
2. **Theo dõi**

Toàn thân, mạch, huyết áp, ra máu âm đạo trong vòng vài giờ sau thủ thuật.

1. **Xử trí tai biến**

Thủng tử cung: ngừng thủ thuật. Tiến hành soi ổ bụng (nếu chưa thực hiện) để đánh giá tổn thương thủng tử cung và xử trí phù hợp theo tổn thương. Trong nhiều ca có thể bảo tồn được tử cung. Theo dõi sát người bệnh trong những giờ đầu sau mổ.

Biến chứng liên quan đến quá tải tuần hoàn do dịch làm căng buồng tử cung đi vào mạch máu. Để tránh tai biến này, không nên phẫu thuật quá lâu (trên 30 phút), phải kiểm soát lượng dịch vào và ra, sử dụng máy bơm hút liên tục chuyên dụng.

Nhiễm khuẩn: kháng sinh dự phòng

**SOI BUỒNG TỬ CUNG LẤY DỊ VẬT**

1. **ĐẠI CƯƠNG**

Lấy dị vật trong buồng tử cung bằng phương pháp soi buồng tử cung. Dị vật phổ biến là dụng cụ tử cung, đặc biệt là các mảnh gãy của dụng cụ tử cung còn sót lại trong buồng tử cung.

1. **CHỈ ĐỊNH**

Có dị vật trong buồng tử cung.

chống chỉ định

Người bệnh đã có chỉ định cắt tử cung.

1. **CHUẨN BỊ**
2. **Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản đã được đào tạo.

1. **Phương tiện**

Dụng cụ soi buồng tử cung chẩn đoán.

1. **Người bệnh**

Khám toàn thân và chuyên khoa đánh giá các bệnh lý phối hợp

Được tư vấn về nguy cơ, tai biến của thủ thuật

Đã được thử lấy dị vật qua đường âm đạo nhưng thất bại

Siêu âm, chụp Xquang bụng không chuẩn bị, chụp tử cung-vòi tử cung

Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật, ký giấy cam đoan phẫu thuật.

1. **Nơi thực hiện thủ thuật**

Có thể thực hiện ở phòng thủ thuật hay ở trong phòng mổ. Người bệnh có thể ra viện trong ngày.

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Yêu cầu người bệnh đi tiểu

Người bệnh nằm lên bàn theo tư thế phụ khoa

Sát khuẩn vùng sinh dục

Đặt van âm đạo hay mỏ vịt

Cặp cổ tử cung bằng kẹp Pozzi

Phóng bế cạnh cổ tử cung.

Thăm dò buồng tử cung bằng thước đo

Đưa ống soi vào buồng tử cung

Làm căng buồng tử cung bằng một trong các cách sau:

+ Khí CO2, chỉ dùng với mục đích chẩn đoán, cần có máy bơm khí tự động. Áp lực bơm khí: 100-120 mmHg, lưu lượng khí: 30-60 ml/phút.

+ Dung dịch: có thể sử dụng dung dịch như: nước muối sinh lý, glucose 5%, manitol, sorbitol, dextran. Có thể áp dụng cách sau để dịch chảy vào buồng tử cung: để dịch ở vị trí cao hơn ổ bụng người bệnh từ 90-100 cm và cho tự chảy.

Tiến hành quan sát toàn bộ buồng tử cung để tìm dị vật khi từ từ đưa kính soi vào và rút kính soi ra.

Trên cơ sở xác định vị trí dị vật sẽ dùng dụng cụ để gắp dị vật ra. Không cần phải nong cổ tử cung.

Soi lại buồng tử cung bảo đảm không còn dị vật và buồng tử cung toàn vẹn.

1. **THEO DÕI**

Theo dõi: toàn thân, mạch, huyết áp, ra máu âm đạo trong vòng vài giờ sau thủ thuật.

1. **XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Không thấy dị vật: có thể dị vật nằm trong lớp cơ tử cung hay ở ngoài tử cung. Tùy tình huống cụ thể để có thái độ xử trí phù hợp.

Thủng tử cung: ngừng thủ thuật, theo dõi người bệnh, điều trị bảo tồn.

**TRÍCH RẠCH MÀNG TRINH DO Ứ MÁU KINH**

1. **ĐẠI CƯƠNG**

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

1. **CHỈ ĐỊNH**

Màng trinh không có lỗ.

Ứ máu kinh trong âm đạo và buồng tử cung.

Ứ máu kinh trong âm đạo và cổ tử cung.

Ứ máu kinh trong buồng tử cung và lan ra cả hai vòi tử cung.

Giao hợp khó khăn do màng trinh không thủng hoặc có lỗ thủng nhỏ.

1. **CHUẨN BỊ**
2. **Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản

1. **Phương tiện**

Bộ dụng cụ cắt tử cung đường âm đạo.

1. **Người bệnh**

Người bệnh phải đủ điều kiện thực hiện phẫu thuật.

Không có biểu hiện của triệu chứng viêm nhiễm đường sinh dục.

1. **Hồ sơ bệnh án**

Phẫu thuật theo qui định.

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Thì 1**. Thăm dò màng trinh:

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

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

Đường rạch qua lỗ chọc kim thăm dò.

Cắt một mảnh màng trinh

Tách niêm mạc để khâu kín mép, tránh dính.

1. **THEO DÕI**

Theo dõi toàn trạng, các dấu hiệu sinh tồn đặc biệt trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật.

Theo dõi tình trạng chảy máu qua âm đạo

Chăm sóc vệ sinh: lau âm đạo, tầng sinh môn bằng dung dịch betadin hoặc các dung dịch sát trùng khác.

**BÓC NANG TUYẾN BARTHOLIN**

1. **CHỈ ĐỊNH**

Viêm tuyến Bartholin có rò hoặc không rò.

Nang tuyến Bartholin

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

1. **CHUẨN BỊ**
2. **Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên ngành Phụ- Sản

1. **Phương tiện**

Bộ dụng cụ tiểu thủ thuật

1. **Người bệnh**

Đồng ý làm thủ thuật, có giấy cam đoan

1. **Hồ sơ bệnh án**

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

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Thì 1**. Rạch da

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

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

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

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

**Thì 2**. Bóc tách tuyến.

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

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

**Thì 3**. Cầm máu.

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

**Thì 4**. Khâu niêm mạc.

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

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

1. **THEO DÕI**

Sử dụng kháng sinh ít nhất 5 ngày sau khi làm thủ thuật

Vệ sinh tầng sinh môn bằng dung dịch betadin hoặc các dung dịch sát trùng khác.

Theo dõi nguy cơ tụ máu sau khi làm thủ thuật và nguy cơ nhiễm khuẩn

**HÚT BUỒNG TỬ CUNG DO RONG KINH RONG HUYẾT**

1. **ĐẠI CƯƠNG**

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

1. **CHỈ ĐỊNH**

Rong huyết kéo dài đã loại trừ có thai

Mãn kinh ra máu

Rong huyết trong u xơ tử cung.

Rong huyết không rõ nguyên nhân.

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

1. **CHUẨN BỊ**
2. **Người bệnh**

Tư vấn:

+ Tình trạng bệnh lý phải chỉ định hút buồng tử cung.

+ Quá trình thực hiện thủ thuật: các bước thực hiện thủ thuật, tai biến có thể gặp trong khi làm thủ thuật và sau thủ thuật. Theo dõi sau hút buồng tử cung.

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

Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.

Giảm đau bằng tiền mê tĩnh mạch: tiêm thuốc tiền mê.

1. **Dụng cụ và vật tư tiêu hao**

Bơm hút chân không bằng tay loại 1 van.

Thuốc: Misopristol, Ecgometrin, Oxytoxin.

Thuốc giảm đau: tiêm tĩnh mạch hoặc thuốc gây tê ở cổ tử cung .

Khăn vải trải vô khuẩn: trải ở mông, trên bụng và 2 đùi

Găng tay vô khuẩn: 2 đôi.

Áo, mũ, khẩu trang vô khuẩn.

Bộ dụng cụ:

+ Kẹp sát trùng: 2 + Van âm đạo: 1 + Kẹp cổ tử cung: 1 + Thước đo tử cung.

+ Ông hút: cỡ số 4,5

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

1. **Người thực hiện**

Rửa tay theo quy định

Mặc áo, đeo khẩu trang, đi găng tay

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HANH**

Sát khuẩn vùng âm hộ và hai bên đùi.

Trải khăn vải vô khuẩn.

Sát khuẩn vùng âm hộ, âm đạo.

Đặt van âm đạo: sát khuẩn lại âm đạo, sát khuẩn cổ tử cung.

Kẹp cổ tử cung và đobuồng tử cung.

Hút buồng tử cung bằng bơm hút hoặc máy hút.

Đo lại buồng tử cung.

Lau và sát khuẩn lại âm đạo, cổ tử cung bằng 1 kẹp sát khuẩn mới.

Tháo dụng cụ.

Lấy bệnh phẩm hút ra gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh

Trao đổi với người bệnh về kết quả thủ thuật.

Ghi chép hồ sơ.

Chỉ định điều trị thích hợp: kháng sinh, thuốc co tử cung

1. **THEO DÕI NGƯỜI BẸNH sau hut 3 GIỜ**

Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp.

Theo dõi ra máu âm đạo.

1. **TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu: loại trừ tổn thương tử cung, dùng thuốc co tử cung Oxytocin, Ecgotamin, Misoprostol và kháng sinh.

Thủng tử cung: mổ cấp cứu

Nếu người bệnh nguyện vọng còn có con, hút sạch buồng tử cung, khâu lại chỗ thủng. Sau hút nên dùng thuốc tạo vòng kinh nhân tạo

**TẮM SƠ SINH**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Tắm cho trẻ sơ sinh là một chăm sóc cần thiết giúp làm sạch da và phòng chống các bệnh lý về da vốn rất hay gặp trong giai đoạn sơ sinh.

1. **CHỈ ĐỊNH**

Trẻ sơ sinh có sức khoẻ ổn định: sau đẻ 6 giờ

Trẻ sơ sinh có mẹ HIV: tắm ngay sau khi sinh

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Trẻ dưới 6 giờ đầu sau đẻ.

Trẻ mắc bệnh nặng đang cần bất động, chăm sóc tại chỗ

1. **CHUẨN BỊ**
2. **Người thực hiện**

Điều dưỡng, nữ hộ sinh

1. **Phương tiện**

Phòng tắm: ấm, đảm bảo nhiệt độ phòng tắm từ 28 - 30oC, kín không có gió lùa.

2 chậu: 1 chậu dùng tắm, 1 chậu dùng tráng lại.

Nước tắm: dùng nước sạch, đổ nước nguội vào chậu trước, nước nóng sau. Nhiệt độ nước tắm thích hợp khoảng 37oC.

Xà phòng (sữa tắm), dầu gội đầu dành cho trẻ sơ sinh.

2 khăn tắm to; 2 khăn tay nhỏ bằng vải mềm.

Mũ; bao tay, bao chân, quần áo, bỉm, khăn quấn trẻ.

Bông; cồn, dung dịch betadin nếu rốn chưa rụng.

1. **Trẻ sơ sinh**

Tình trạng ổn định.

Tắm trước bữa ăn.

1. **Hồ sơ bệnh án**

Ghi ngày giờ trẻ được tắm.

Tình trạng trước, sau khi tắm.

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
2. **Nguyên tắc**

Rửa tay trước khi tắm cho mỗi trẻ.

Tránh hạ thân nhiệt: phòng tắm và nước tắm ấm, tắm từng phần và lau khô ngay vùng đã tắm, giữ ấm trẻ ngay sau tắm.

Trình tự tắm: vùng sạch trước, vùng bẩn sau.

Chỉ nên đặt trẻ vào chậu nước khi rốn đã rụng.

Tránh làm ướt da vùng đang lưu kim, vết mổ.

Dụng cụ sạch dành riêng cho mỗi trẻ.

1. **Các bước tắm**

**Bước 1**: Cởi bỏ toàn bộ quần áo, mũ, bao tay, bao chân của trẻ, sau đó quấn trẻ trong 1 khăn tắm sạch, ấm.

**Bước 2**: Bế trẻ trên tay đúng tư thế: cánh tay đỡ lưng, bàn tay đỡ đầu.

**Bước 3**: Rửa mặt theo thứ tự: mắt, mũi, tai mồm:

Dùng bông nhúng vào nước sạch lau nhẹ mắt từ góc trong của mắt ra ngoài sau đó lấy cục bông khác lau tiếp mắt bên kia theo trình tự tương tự.

Sau đó dùng 1 khăn tay nhỏ bằng vải mềm lau mặt từ giữa dọc theo mũi ra 2 bên tai, tránh đưa sâu vào trong tai, chú ý lau kỹ vùng sau tai và nếp gấp cổ.

**Bước 4**: gội đầu: làm ướt tóc, xoa xà phòng (dầu gội đầu) từ trước ra sau đầu trẻ. Dùng nước gội sạch, lau khô ngay đầu trẻ.

**Bước 5**: tắm trẻ: tắm từng phần hoặc tắm toàn thân tuỳ thuộc rốn chưa rụng hoặc đã rụng. Nếu tắm từng phần thì che ấm phần chưa tắm, phần nào tắm xong được lau khô ngay. Cả 2 ca đều theo thứ tự sau:

Tắm cổ, nách, cánh tay, ngực, bụng.

Tắm lưng, mông, chân.

Tắm bộ phận sinh dục.

**Bước 6**: lau khô toàn thân.

**Bước 7**: mặc áo, quấn tã, giữ ấm.

**Bước 8**: chăm sóc rốn nếu cuống rốn chưa rụng (xem bài chăm sóc rốn).

**Bước 9**: đặt trẻ vào giường, ủ ấm.

**Bước 10**: thu dọn dụng cụ và ghi phiếu chăm sóc theo dõi.

1. **THEO DÕI**

Tình trạng toàn thân, chú ý thân nhiệt.

Cho trẻ ăn sữa sau khi đã hoàn thành việc tắm.

1. **TAI BIẾN VÀ CÁCH ĐỀ PHÒNG**
2. **Bỏng**

Cần kiểm tra nhiệt độ của nước trước khi tắm trẻ; cho nước lạnh vào chậu trước sau đó mới cho rót nước nóng vào cho tới khi đạt được nhiệt độ thích hợp để tránh không làm cho thành chậu bị nóng.

1. **Hạ thân nhiệt**

Phòng tắm ấm, không có gió lùa; nước tắm ấm; tắm nhanh; thời gian một lần tắm không quá 10 phút.

**CHĂM SÓC RỐN SƠ SINH**

1. **ĐẠI CƯƠNG**

Rốn thường rụng vào ngày thứ 7 đến ngày thứ 10, các mạch máu đóng về mặt chức năng nhưng vẫn tồn tại dạng giải phẫu trong vòng 20 ngày. Trong thời gian này rốn vẫn có thể là đường vào của vi khuẩn, vì vậy cần thiết phải chăm sóc và giữ vệ sinh rốn, tránh nhiễm khuẩn.

1. **CHỈ ĐỊNH**

Trẻ sơ sinh chưa rụng cuống rốn

Trẻ đã rụng cuống rốn nhưng rốn còn tiết dịch hoặc rốn nhiễm trùng

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định.

1. **CHUẨN BỊ**
2. **Người thực hiện**

Bác sỹ hoặc điều dưỡng, nữ hộ sinh

1. **Dụng cụ**

Bông cồn 700 hoặc cồn Iode 2,5% sát trùng dung dịch betadin

Băng, gạc, khay vô trùng, khay quả đậu.

Găng tay, panh vô trùng

1. **Trẻ sơ sinh**

Đã được tắm sạch(tắm, rửa); thay áo, tã mới sạch

Bộc lộ vùng rốn

1. **Hồ sơ bệnh án**

Ghi hồ sơ bệnh án giờ/ngày cháu được chăm sóc

Tình trạng rốn: khô, ướt hoặc dịch tiết, màu sắc, sưng tấy hay không, mùi hôi

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Yêu cầu thao tác kĩ thuật vô khuẩn.

Rửa tay bằng xà phòng với nước sạch.

Lau khô tay bằng khăn sạch hoặc để khô tự nhiên.

Tháo băng , gạc, bộc lộ rốn.

Quan sát rốn, da quanh rốn xem có mủ, máu, tấy đỏ, mùi hôi không?

Sát khuẩn sạch rốn từ trung tâm ra ngoại vi, dây rốn, kẹp rốn, mặt cắt (chú ý lau sạch các khe kẽ, làm sạch tất cả các chất tiết).

Lau lại 2 lần, để cồn khô tự nhiên và lau rốn như vậy 1- 2 lần/ ngày.

Băng rốn bằng gạc vô trùng trong 2 ngày đầu, từ ngày thứ 3 tùy điều kiện chăm sóc từng nơi có thể băng hoặc để hở rốn giúp rốn mau khô và dễ rụng.

Quấn tã dưới rốn.

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

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

1. **THEO DÕI**

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

Chảy máu rốn: thường xảy ra trong vài ngày đầu khi rốn còn tươi hoặc khi rụng cuống rốn, nếu cuống rốn còn tươi nên buộc lại bằng chỉ vô trùng, nếu cuốn rốn rụng nên lau sạch bằng dung dịch sát khuẩn và dùng gạc vô khuẩn băng ép

Tồn tại lõi rốn (chồi rốn): chấm Nitrate bạc hàng ngày hoặc đốt điện nếu lõi rốn to

1. **TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chăm sóc rốn nhằm tránh biến chứng nếu như để rốn không được vệ sinh, có thể gây nhiễm khuẩn rốn

**THỞ ÁP LỰC DƯƠNG LIÊN TỤC (CPAP)**

1. **ĐẠI CƯƠNG**

Thở áp lực dương liên tục (CPAP) là một phương pháp hỗ trợ người bệnh bị suy hô hấp mà còn khả năng tự thở bằng cách duy trì một áp lực dương liên tục trong suốt chu kỳ thở

1. **CHỈ ĐỊNH**

Phòng xẹp phổi ở trẻ đẻ non tuổi thai < 32 tuần

Cơn ngừng thở trẻ sơ sinh đẻ non

Suy hô hấp do bệnh lý tại phổi ở trẻ sơ sinh: viêm phổi, bệnh màng trong, xẹp phổi

Suy hô hấp sau mổ lồng ngực, bụng

Cai máy thở

*Lưu ý: người bệnh phải tự thở được*

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Dị tật đường hô hấp trên (sứt môi .hở hàm ếch ,teo lỗ mũi sau ,teo thực quản có dò khí thoát vị hoành ,

Ngừng thở kéo dai>20 giây

Tràn khí màng phổi chưa được dẫn lưu

Thoát vị cơ hoành

Viêm phổi có bóng khí hoặc phổi có kén khí bẩm sinh

Tăng áp lực nội sọ: viêm màng não, xuất huyết não-màng não

Choáng do giảm thể tích tuần hoàn chưa bù

Xuất huyết mũi nặng

1. **TIÊU CHUẨN DỪNG CHO THỞ CPAP**

Trẻ không còn biểu hiện suy hô hấp trên lâm sàng ,thở đều hồng hào không co kéo cơ hô hấp

Chụp Xquang phổi ; phổi đã nở tốt ( nếu có điều kiện kiểm tra X quang )

Thở CPAP với áp lực 5cm nước nồng độ 02 khi thở vào (Fi02) 30% mà vẫn duy trì Sp02 92%

Khi thở CPAP thất bại ( yêu cầu Fi02)

1. **CHUẨN BỊ**
2. **Người thực hiện**

Bác sĩ, điều dưỡng

1. **Phương tiện**

Máy CPAP đã tiệt trùng và hệ thống oxy

Máy hút và ống hút cỡ số 6

Máy đo độ bão hòa oxy qua da

Gọng thở CPAP (canuyl 2 mũi cỡ S- sơ sinh) hoặc ống thông mũi họng có ĐK 3mm, dài 7 cm

Dầu Paraphin

Băng dính cố định

1. **Bệnh nhi**

Hút sạch hầu họng và mũi

Cố định tay bệnh nhi

1. **Hồ sơ bệnh án**

Có chỉ định thở CPAP

Ghi rõ tình trạng của trẻ trước, sau khi thở CPAP (SpO2, mầu da, sự co rút ngực)

1. **CAC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Bước 1**: Lắp máy CPAP

Đổ nước cất vô khuẩn vào bình làm ấm, đến vạch đã đánh dấu

Đặt mức áp lực dương (chính là chiều cao cột nước tại bình tạo PEEP)

Đặt mức nhiệt độ, độ ẩm thích hợp (32-34°C)

Nối với hệ thống oxy, khí nén

**Bước 2**: Chọn thông số

Chọn áp lực:

+ Sơ sinh non tháng : < 4 cmH2O (10 lít/phút)

+ Sơ sinh đủ tháng : < 6 cmH2O (12 lít/phút)

Điều chỉnh lưu lượng theo chỉ định cho phù hợp tình trạng bệnh nhi

Chọn nồng độ oxy tuỳ thuộc tình trạng bệnh nhi: nếu đang tím tái nên chọn FiO2 ban đầu là 100%, các ca khác thường bắt đầu với FiO2 là 30-40%

**Bước 3**: Đặt gọng CPAP hoặc đặt ống thông mũi họng

Xác định chiều sâu của ống thông theo cân nặng trẻ + P < 1500g: chiều sâu của thông 4 cm

+ P 1500- 2000g: chiều sâu của ống thông 4.5 cm + P > 2000g: chiều sâu của ống thông là 5 cm

Làm trơn ống thông bằng dầu Paraphin

Đặt gọng CPAP hoặc ống thông mũi họng vào mũi trẻ

Cố định bằng băng dính

**Bước 4**: Nối máy CPAP với bệnh nhi

Nối máy CPAP vào ống thông mũi họng đã được đặt vào người bệnh

1. **THEO DÕI**
2. **Các dấu hiệu sinh tồn**

Tri giác, SpO2 mỗi 15-30 phút/lần khi bệnh nhi bắt đầu thở CPAP sau đó theo dõi 1-2-3 giờ /lần theo y lệnh hoặc phụ thuộc vào tình trạng đáp ứng của trẻ

1. **Điều chỉnh các thông số tùy theo đáp ứng**

Điều chỉnh FiO2

+ Tốt: giảm dần FiO2 mỗi 10% sau 30 phút đến 1 giờ + Không tốt: tăng dần FiO2 mỗi 10% sau 30 phút đến 1 giờ

+ Duy trì FiO2 < 60%

Điều chỉnh áp lực

+ Tốt: giảm dần áp lực 1cmH2O sau 30 phút đến 1 giờ

+ Không tốt: tăng áp lực 1 cmH2O sau 30 phút đến 1 giờ

+ Áp lực tối đa < 10 cmH2O

+ Tránh tăng, giảm áp lực đột ngột

**3. Theo dõi hệ thống CPAP**: nhiệt độ khí hít vào, áp lực, FiO2, bình làm ẩm.

1. **TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

*Lưu ý: (thường gặp với áp lực >10 cmH2O)*

Tràn khí màng phổi, tràn khí trung thất: đặt áp lực phù hợp với bệnh lý và tuổi thai, theo dõi sát để điều chỉnh kịp thời

Choáng là hậu quả của việc cản trở máu tĩnh mạch về tim, giảm thể tích đổ đầy thất cuối tâm trương làm giảm cung lượng tim: cần đảm bảo thể tích tuần hoàn bằng các dịch truyền và thuốc dãn mạch

Tăng áp lực nội sọ: do áp lực dương trong lồng ngực hoặc do cố định canuyl quanh mũi quá chặt cản trở máu tĩnh mạch vùng đầu trở về tim. Do đó không nên chỉ định trong ca bệnh thần kinh trung ương, nhất là tăng áp lực nội sọ

Chướng bụng do hơi vào dạ dày, vì vậy nên đặt ống thông dạ dày để dẫn lưu

**ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN - THỞ MÁY**

1. **ĐẠI CƯƠNG**

Đặt nội khí quản- thở máy là tạo đường một đường thở nhân tạo để hỗ trợ hô hấp cho người bệnh trong những ca cấp cứu, suy thở nặng mà các phương pháp hỗ trợ hô hấp khác không có kết quả.

1. **CHỈ ĐỊNH**

Ngừng thở hoặc suy hô hấp nặng cần phải thở hỗ trợ.

Hút sạch phế quản trong ca trẻ bị hít phải phân su, sặc sữa, lấy bệnh phẩm cấy.

Đặt NKQ bơm thuốc surfactant, Adrelanin.

Thoát vị cơ hoành.

1. **CHUẨN BỊ**
2. **Người thực hiện**

1 bác sĩ và 2 điều dưỡng.

1. **Phương tiện, dụng cụ**

Ông nội khí quản :

Phù hợp kích cỡ với cân nặng cùa trẻ

|  |  |
| --- | --- |
| Kích cỡ | Cân nặng |
| Số 2,5 | <1500g |
| Số 3 | 1500- 2500g |
| Số 3,5 | >2500g |

Đèn soi thanh quản, lưỡi thẳng số 0 cho trẻ non, số 1 cho trẻ đù tháng.

Dụng cụ hỗ trợ hô hấp:

+ Máy hút đờm.

+ Bóng bóp sơ sinh thể tích 250ml- 400ml.

+ Mặt nạ số 0 và số 1.

+ Nguồn oxy.

Dụng cụ khác:

+ Băng dính, găng tay, ống nghe....

1. **Người bệnh.**

Đánh giá nhanh chức năng sống, tim, phổi, thần kinh, không được chậm trễ vì là tình trạng cấp cứu sống còn.

Đặt nằm ngửa ở vị trí dễ thực hiện thù thuật

1. **Hồ sơ bệnh án.**

Ghi chỉ định đặt NKQ

Ghi tình trạng trước và sau khi đặt NKQ thở máy.

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
2. **Đặt nội khí quản**

Người đặt đứng phía đầu người bệnh

Kê gối dưới vai, đầu người bệnh có thể hơi cao hơn mặt giường, cổ ngửa trung gian cho thẳng đường thở.

Hút sạch mũi họng, có thể hút qua đèn soi thanh quản.

Bóp bóng, mặt nạ có oxy cho người bệnh trước khi đặt NKQ.

Tay trái cầm đèn soi thanh quản với ngón cái ở trên, ngón trỏ và ngón giữa ở dưới, ngón nhẫn và ngón út tì lên cằm và vùng sụn thanh quản của người bệnh.

Tay phải dùng ngón trỏ hỗ trợ mở miệng người bệnh.

Đưa lưỡi đèn từ bên miệng phải và đẩy lưỡi sang bên trái, vừa đưa lưỡi đèn vào vừa quan sát tới khi đỉnh lưỡi đèn ở đáy lưỡi, sát với nắp thanh môn (cán đèn tạo với thân góc 150 theo mặt phẳng ngang).

Mở rộng miệng trẻ sơ sinh thêm bằng cách lấy đáy lưỡi làm điểm tựa, nhấc thân đèn lên theo chiều cán đèn một góc 450 cho tới khi nhìn thấy thanh môn. Nếu không thấy thì dùng ngón út hoặc nhờ người phụ ấn nhẹ vùng sụn thanh quản.

Hút lại đờm hoặc hút lòng phế quản (nếu cần).

Tay phải cầm ống NKQ theo chiều cong lõm hướng ra phía phải người đặt, trượt ống theo máng của lưỡi đèn.

Nếu trẻ còn thở, đút ống NKQ vào khi thanh môn mở ra.

Tay phải cố định ống NKQ, tay trái từ từ rút đèn soi ra

**\* Kiểm tra vị trí ống NKQ:**

Bóp bóng nghe thông khí vào đều 2 bên phổi.

Lòng ống NKQ có hơi nước mờ thì thở ra.

Ca NKQ vào 1 bên phổi thì rút ra khoảng 1 cm và nghe lại thông khí phổi.

Độ sâu của ống NKQ dự tính : d = 6 + P (cm)

S (d = độ sâu, P = cân nặng của trẻ (tính bằng kg))

Cố định ống NKQ bằng băng dính.

1. **Tiến hành thở máy**

Nối nguồn khí nén, oxy nén.

Cắm điện và bật công tắc nguồn điện vào máy thở.

Lắp dây thở vào máy, bình làm ẩm, kiểm tra dây thở kín.

Đặt phương pháp thở phù hợp với người bệnh.

Đặt tần số thở 40-60 lần/ phút.

Điều chỉnh thời gian thở vào (Ti) và thời gian thở ra ( Te) ( thường đặt Ti= 0,6- 0,7 giây).

Điều chỉnh áp lực thở vào Pi = 18- 25 cmH2O.

Điều chỉnh áp lực cuối thì thở ra PEEP.

Lắp phổi giả vào, khởi động thở thử.

Khi hoạt động thở thử ổn định, nối máy thở với người bệnh.

Điều chỉnh FiO2 cho phù hợp.

**Một số phương pháp thở áp dụng cho Sơ sinh**

Kiểm soát áp lực (Pressure control vetilation- PCV, A/C)

Máy thở với áp lực được cài đặt sẵn, nếu người bệnh có nhịp tự thở sẽ chống máy. Đây là phương thức áp dụng phổ biến cho sơ sinh

Thông khí ngắt quãng đồng thì (SIMV)

Nhịp thở được thiết lập theo từng khoảng thời gian, trẻ sơ sinh thở vào máy sẽ thở đồng thì, nếu người bệnh ngừng thở máy sẽ tự thở theo tần số cài đặt

Cách thở này không gây chống máy.

Thở hỗ trợ (Assisted spontaneous breathing) ký hiệu ASB/PSV.

Tất cả nhịp thở đều do người bệnh khởi động, máy sẽ hỗ trợ với áp lực cài đặt.

\* Chỉ định:

Cai máy thở:

Người bệnh có nhịp tự thở tốt

Chủ ý: nếu người bệnh không thở thì máy không có nhịp thở, vì vậy cần phải cài đặt nếu ngừng thở > 20 giây máy sẽ tự động chuyển thở A/C.

Thở CpAP

+ Thở áp lực đường thở dương liên tục, người bệnh tự thở.

Chỉ định:

+ Ngăn ngừa xẹp phổi ở người bệnh non tháng <32 tuần, bệnh màng trong.

+ Kích thích hô hấp tránh ngừng thở + Cai máy thở muốn phế nang không bị xẹp

Thở máy cao tần (HFV High frequent ventilation)

Chỉ định trong một số ca đặc biệt, đòi hỏi chuyên gia giàu kinh nghiệm.

Tăng áp động mạch phổi

Thở máy nhưng vẫn tím, tình trạng thiếu Oxy không cải thiện với mọi nỗ lực của thầy thuốc

Người bệnh phải thở áp lực cao > 24cm H2O nên chuyển thở chế độ cao tần để bảo vệ phổi.

1. **THEO DÕI**

Theo dõi toàn trạng, chức năng sinh tồn người bệnh như: màu da, tim mạch, thông khí 2 phổi, phản xạ

Theo dõi bão hòa Oxy máu bằng Monitor, khí máu

Điều chỉnh các thông số tuỳ thuộc tình trạng người bệnh

1. **TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Đặt nhầm vào thực quản: rút ống NKQ ra, hút dạ dày làm bụng xẹp, đặt lại NKQ.

Xây sát, chảy máu đường thở:

+ Đưa ống NKQ vào thì thở ra

+ Không dùng đầu lưỡi đèn đẩy vùng thanh môn góc quá 50

Tắc NKQ: theo dõi sát, hút ống NKQ kịp thời.

Tràn khí màng phổi: đặt áp lực thở không quá 25cmH2O. Nếu có tràn khí cần chọc hút dẫn lưu khí

Nhiễm trùng đường hô hấp: đảm bảo vô trùng khi đặt NKQ. Cho kháng sinh phổ rộng. Cai máy và rút NKQ sớm ngay khi tình trạng người bệnh cho phép.

**ĐIỀU TRỊ VÀNG DA**

**Ở TRẺ SƠ SINH BẰNG PHƯƠNG PHÁP CHIẾU ĐÈN**

* 1. **ĐẠI CƯƠNG**

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

* 1. **CHỈ ĐỊNH**

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

**Mức Bilirubin máu:**

Cân nặng (g) Bilirubin gián tiếp mg/l (pmol/l)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| <1000 | >50 | (85) |
| 1000-1499 | > 70 | (120) |
| 1500-2500 | >100 | (170) |
| >2500 | >175 | (295) |

**\* Chiếu đèn dự phòng:**

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

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

* 1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bệnh porphyrin niệu bẩm sinh

Vàng da tăng Bilirubin trực tiếp

* 1. **CHUẨN BỊ**
1. **Người thực hiện**

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

1. **Phương tiện**

Chiếu đèn 1 mặt: dàn đèn ánh sáng xanh hoặc trắng với bước sóng 400­500nm

Chiếu đèn 2 mặt:

Hệ thống 2 dàn đèn ánh sáng xanh hoặc trắng ở phía trên và dưới trẻ Hoặc dàn đèn ánh sáng trắng (xanh) và biliblanket

Băng che mắt

1. **Người bệnh**

Trẻ cởi trần tối đa, nằm trong lồng ấp hoặc nôi, che mắt. Nếu là trẻ trai thì che bộ phận sinh dục

Chiếu đèn được tiến hành ngay cả với những trẻ rất yếu (thở máy, oxy, CPAP, bất động) nếu có chỉ định

1. **Hồ sơ bệnh án**

Có chỉ định của bác sĩ

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

* 1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Trẻ được chuẩn bị nằm ở vùng trung tâm của ánh sáng đèn

Khoảng cách từ đèn đến trẻ khoảng 35-40cm

Thay đổi tư thế của trẻ để đảm bảo tất cả các vùng da đều được chiếu đèn

Tăng nhu cầu dịch mỗi ngày 10-20% bằng đường ăn hoặc truyền dịch

Nếu trẻ bị hạ thân nhiệt: nằm lồng ấp hoặc sưởi ấm và tiếp tục chiếu đèn, nếu tăng thân nhiệt: tạm ngừng chiếu trong ^2-1 giờ

Ngừng chiếu đèn khi lượng bilirubin xuống thấp hơn mức chỉ định chiếu 2mg%

* 1. **THEO DÕI**

Thân nhiệt

Lượng sữa và dịch vào, ra(cân nặng)

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

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

* 1. **TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

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

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

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

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

**HỒI SỨC SƠ SINH NGẠT**

1. **ĐẠI CƯƠNG**

Ngạt là tình trạng trẻ đẻ ra không thở, không khóc làm cho trẻ bị thiếu oxy, thừa CO2. Để đánh giá mức độ ngạt, người ta dựa vào 2 chỉ số APGAR và SIGTUNA ở phút thứ 1, 5 và 10 sau đẻ. Trẻ bị ngạt khi có điểm APGAR<8 và SIGTUNA<4.

Hồi sức sơ sinh bị ngạt đòi hỏi sự khẩn trương, đúng kỹ thuật để giảm tử vong và di chứng cho trẻ.

1. **CHỈ ĐỊNH**

Trước tất cả các cuộc đẻ đều phải sẵn sàng cho việc hồi sức sơ sinh

Sơ sinh có điểm APGAR<8 và SIGTUNA<4

Sơ sinh có khả năng sống cao (có tuổi thai>25 tuần)

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không hồi sức hoặc ngừng hồi sức với thai <23 tuần hoặc <400gr

Trẻ sinh ra không có nhịp tim, sau hồi sức 10 phút vẫn không có nhịp tim, nên cân nhắc ngừng hồi sức

1. **CHUẨN BỊ**
2. **Người thực hiện**

Bác sĩ, nữ hộ sinh

1. **Phương tiện**

Trang bị hút:

+ Máy hút

+ Ông hút số 6, 8, 10

Trang bị bóng và mặt nạ::

+ Bóng hồi sức sơ sinh có van giảm áp + Mặt nạ sơ sinh các cỡ + Oxy và ống dẫn

Trang bị đặt nội khí quản:

+ Đèn soi thanh quản với lưỡi thẳng số 0 (non tháng), số 1 (đủ tháng)

+ Ông nội khí quản các cỡ: 2,5- 3,0- 3,5- 4,0

Thuốc:

+ Adrenalin 1%0

+ Dung dịch Nacl 9%0, Ringer lactat

Dụng cụ khác:

+ Bàn sưởi ấm + Ông nghe

+ Catheter rốn + Bông cồn, băng dính

1. **Người bệnh**

Sơ sinh được đặt lên bàn đã sưởi ấm từ trước

Sau mỗi bước hồi sức đều được đánh giá về hô hấp, nhịp tim và màu da để quyết định bước tiếp theo

1. **Hồ sơ bệnh án**

Ghi điểm APGAR, tình trạng của trẻ khi ra đời

Ghi cụ thể các việc hồi sức đã làm cho trẻ, tình trạng của trẻ sau khi hồi sức

Đánh giá tuổi thai, cân nặng, tình trạng nước ối và các nguy cơ khác (tình trạng bệnh lý và thai nghén của người mẹ)

1. **CÁC BƯỚC TIÉN HÀNH**
2. **Nguyên tắc**

Khai thông đường thở

Khởi động thở

Đảm bảo tuần hoàn

Sử dụng thuốc

1. **Các bước hồi sức**

Tất cả trẻ sơ sinh đẻ ra đều được lau khô và đánh giá tình trạng để quyết định việc hồi sức

**Bước 1**: Đặt trẻ đúng tư thế

Đặt trẻ nằm trên một mặt phẳng

Kê dưới vai một cuộn khăn nhỏ đẻ giữ đầu hơi ngửa

**Bước 2**: Làm thông đường thở:

Lau sạch mũi, miệng. Hút dịch khi có dáu hiệu tắc nghẽn hoặc nước ối bẩn ở trẻ không khỏe

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

**Bước 3**: Hỗ trợ hô hấp:

Khi 1 trong 3 dấu hiệu được đánh giá là không tốt. Áp dụng các phương pháp sau:

* Kích thích xúc giác:

Vỗ, búng vào gan bàn chân hoặc cọ xát mạnh và nhanh vào lưng trẻ (không quá 2 lần)

Cung cấp oxy cho trẻ qua mặt nạ

* Hô hấp nhân tạo bằng bóng và mặt nạ: khi kích thích xúc giác không thành công

Mặt nạ che kín mũi và miệng trẻ

Một tay giữ mặt nạ, một tay bóp bóng với tần số 40-60 lần/phút S Đảm bảo lồng ngực của trẻ phồng lên theo nhịp bóp bóng

* Đặt ống nội khí quản (xem bài Đặt nội khí quản) khi:

Thông khí bằng bóng và mặt nạ không hiệu qủa

Cần hút dịch khí quản

Thông khí áp lực dương kéo dài

Thoát vị cơ hoành

**Bước 4** : Ép tim ngoài lồng ngực

Chỉ định: sau 30 giây thông khí áp lực dương đúng kỹ thuật với oxy 100% mà nhịp tim:

Dưới 60 lần/phút

Từ 60-80 lần/phút và không tăng lên

Vị trí ép tim: 1/3 dưới xương ức hoặc điểm xương ức dưới đường nối 2 núm vú

* Kỹ thuật:

2 phương pháp

Phương pháp ngón tay cái: 2 ngón cái đặt lên vị trí ép tim, 2 bàn tay ôm lấy thân trên của trẻ, các ngón khác đỡ sau lưng trẻ

Phương pháp 2 ngón tay: ngón trỏ và ngón giữa đặt lên xương ức, bàn tay kia đỡ lưng trẻ

Áp lực ép: ấn sâu 1/3 chiều dầy lồng ngực

Tần số ép: 120-140 lần/phút

Luôn phối hợp cùng với bóp bóng theo tỷ số 3/1 (3lần ép tim, 1 lần bóp bóng)

Sau 30 giây nếu nhịp tim >80 lần/phút: ngừng ép tim, tiếp tục thông khí đến khi nhịp tim >100 lần/phút hoặc trẻ tự thở.

Nếu nhịp tim vẫn <80 lần/phút: tiếp tục ép tim, bóp bóng và dùng thuốc

**Bước 5**: Thuốc

Adrenalin 1/10.000: cho 0,1-0,2ml/kg nhỏ vào nội khí quản hoặc đường tĩnh mạch. Có thể nhắc lại sau 3-5 phút

Chỉ định: nhịp tim là 0 hoặc <80 lần/phút dù đã được thông khí và ép tim 30 giây

Bù dịch: khi nghi ngờ có giảm thể tích tuần hoàn: dung dịch Nacl 0,9% hoặc Ringer Lactat 10ml/kg cho đường tĩnh mạch tốc độ 5-10 phút

1. **Theo dõi**

Nếu có dấu hiệu khó thở hoặc da tím tái: dùng các phương pháp hô hấp hỗ trợ (CPAP, máy thở, Oxy)

Nếu tình trạng xấu: chuyển tuyến lên cơ sở y tế cao hơn, đảm bảo chuyển tuyến an toàn

Nếu tình trạng trẻ ổn định, không khó thở: cho tiếp xúc da kề da với mẹ và theo dõi sát các dấu hiệu sinh tồn

1. **TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Tràn khí màng phổi: do thông khí không đúng kỹ thuật: cần đảm bảo bóp bóng đúng áp lực, bóng có van an toàn

Chấn thương hầu họng do đặt nội khí quản: người làm hồi sức phải thành thạo, động tác nhẹ nhàng. Nếu chưa đặt vào được cần rút đèn ra, thông khí bằng bóng- mặt nạ cho trẻ rồi mới đặt lại

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

**CHƯƠNG V: KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH**

**PHÁ THAI NỘI KHOA ĐẾN HẾT 9 TUẦN VÔ KINH**

I. ĐẠI CƯƠNG

Phá thai được cho phép tại Việt Nam, ước tính hàng năm có khoảng hơn 500.000 trường hợp phá thai tại Việt Nam. Phá thai nội khoa chính thức triển khai thành dịch vụ tại Việt Nam từ 2002 và ngày càng được chọn lựa do tính an toàn, hiệu quả và thuận tiện của phương pháp.

Phá thai nội khoa đến hết 9 tuần vô kinh là phương pháp chấm dứt thai kỳ trong tử cung bằng cách sử dụng phối hợp Mifepriston và Misoprostol gây sẩy thai, cho các thai đến hết 9 tuần (63 ngày).

1. Tuyến áp dụng.
* Tuyến trung ương: áp dụng cho tuổi thai đến hết 63 ngày.
* Tuyến tỉnh: áp dụng cho tuổi thai đến hết 56 ngày.
* Tuyến huyện: áp dụng cho tuổi thai đến hết 49 ngày (đối với khoa Chăm sóc SKSS huyện, do giám đốc Sở Y tế quyết định căn cứ vào điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực cụ thể của khoa).
1. Người thực hiện.

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

1. **CHỈ ĐỊNH**

Thai trong tử cung với tuổi thai phù hợp theo tuyến được phép áp dụng.

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**
2. **Tuyệt đối.**
* Bệnh lý tuyến thượng thận.
* Điều trị corticoid toàn thân lâu ngày.
* Tăng huyết áp, hẹp van 2 lá, tắc mạch hoặc có tiền sử tắc mạch.
* Rối loạn đông máu, sử dụng thuốc chống đông.
* Thiếu máu nặng.
* Dị ứng mifepriston hay misoprostol.
1. **Tương đối.**
* Đang cho con bú.
* Đang đặt dụng cụ tử cung (có thể lấy DCTC trước phá thai bằng thuốc).
* Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính (cần điều trị trước)
1. **CHUẨN BỊ**
2. **Điều kiện áp dụng.**

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

1. **Cơ sở vật chất.**
* Nơi cung cấp dịch vụ phải có nhà vệ sinh gần phòng theo dõi khi thực hiện phá thai.
* Có phòng thủ thuật và phương tiện đủ tiêu chuẩn theo qui định để thực hiện can thiệp khi cần.
* Phương tiện dụng cụ: cấp cứu, xử lý dụng cụ và chất thải.
* Thuốc: mifepriston, misoprostol, giảm đau, cấp cứu chống choáng.
1. **Chuẩn bị Khách hàng**
* Người cung cấp dịch vụ tự giới thiệu với khách hàng
* Hỏi tiền sử nội ngoại khoa ,sản phụ khoa ,tiền sử dị ứng
* Hỏi ngày đầu của kỳ kinh cuối
* Khám lâm sàng,khám hỏi bệnh sử đánh giá chỉ định và chống chỉ định
* Siêu âm đánh giá chính xác tuổi thai
1. **Hồ sơ bệnh án bệnh án**

Điền đầy dủ vào hồ sơ bệnh án phá thai

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
* *Tư vấn phá thai bằng thuốc (khuyến khích nữ hộ sinh được đào tạo làm công tác tư vấn).*
* Giới thiệu hiệu quả của phá thai bằng thuốc và khẳng định khách hàng phải chấp nhận hút thai nếu phá thai bằng thuốc thất bại.
* Giới thiệu qui trình phá thai bằng thuốc: cách uống thuốc và sự xuất hiện của các triệu chứng bình thường sau uống thuốc (ra huyết âm đạo và đau bụng). Nhấn mạnh sự cần thiết của việc khám lại theo hẹn.
* Tư vấn cách tự theo dõi và tự chăm sóc sau dùng thuốc phá thai.
* Giới thiệu các tác dụng phụ của thuốc phá thai và cách xử lý.
* Kê đơn thuốc giảm đau.
* Nhấn mạnh các triệu chứng cần trở lại cơ sở y tế ngay.
* Cung cấp thông tin liên lạc trong những tình huống cấp cứu.
* Cung cấp thông tin về khả năng có thai trở lại sau phá thai bằng thuốc.
* Giới thiệu các BPTT, giúp khách hàng lựa chọn BPTT phù hợp và hướng dẫn khách hàng sử dụng đúng.
* Cung cấp BPTT hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp BPTT.
* Qui trình phá thai.
* Thai đến hết 49 ngày.

Uống 200 mg mifepriston tại cơ sở y tế và theo dõi sau uống 15 phút. Uống hoặc ngậm dưới lưỡi 400 mcg misoprostol sau khi dùng mifepriston từ 36 đến 48 giờ, có thể uống tại cơ sở y tế hay tại nhà.

* Thai từ 50 đến hết 63 ngày.

+ Uống 200 mg mifepriston.

+ Ngậm dưới lưỡi 800 mcg misoprostol (nếu khách hàng nôn nhiều có thể đặt túi cùng sau) sau khi dùng mifepriston từ 36 đến 48 giờ, tại cơ sở y tế và theo dõi tại cơ sở y tế ít nhất 3 giờ.

1. **THEO DÕI**
2. Theo dõi trong những giờ đầu sau uống thuốc.
* Dấu hiệu sinh tồn mỗi giờ một lần trong 3 giờ đầu (nếu cần).
* Tình trạng ra máu âm đạo, đau bụng (có thể dùng thuốc giảm đau nếu cần) và các triệu chứng tác dụng phụ: nôn, buồn nôn, tiêu chảy, sốt.
1. Khám lại sau 2 tuần.
* Đánh giá hiệu quả điều trị.
* Sẩy thai hoàn toàn: kết thúc điều trị.
* Sót thai, sót rau, thai lưu: có thể tiếp tục dùng misoprostol đơn thuần liều 400 - 600 mcg uống hay ngậm dưới lưỡi hoặc hút buồng tử cung.
* Thai tiếp tục phát triển: hút thai
* Ứ máu trong buồng tử cung: tùy theo mức độ, có thể điều trị nội khoa hay hút buồng tử cung
1. **XỬ TRÍ TAI BIẾN**
* Tai biến: chảy máu nhiều, rong huyết kéo dài, nhiễm khuẩn, sót thai, sót rau.
* Xử trí: theo phác đồ cho từng tai biến.

**PHÁ THAI NỘI KHOA CHO THAI 13 – 32 TUẦN**

* 1. **ĐẠI CƯƠNG**

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

1. **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).

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**
2. **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.
1. **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)
1. **CHUẨN BỊ**
2. **Tuyến áp dụng**

Các bệnh viện từ tuyến tỉnh trở lên.

1. **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.

1. **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.5

1. **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).
1. **Hồ sơ bệnh án**

Điền đầy đủ thông tin vào hồ sơ phá thai

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
2. **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.
1. **Thực hiện phá thai.**
* *Phác đồ misoprostol đơn thuần.*
* Đặt vào túi cùng sau âm đạo 200 mcg misoprostol.

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

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

* Nếu không thành công, có thể dùng thêm misoprostol với liều tương tự ở các ngày tiếp theo. Tổng số ngày sử dụng misoprostol không quá 3 ngày liên tục (một đợt dùng thuốc).
* Nếu không thành công sau một đợt dùng thuốc thì dùng lại đợt thứ hai sau một tuần.
* *Phác đồ kết hợp mifepriston và misoprostol.*
* Uống 200 mg mifepriston.
* Sau khi dùng mifepriston từ 36 đến 48 giờ, đặt túi cùng sau âm đạo 200 mcg misoprostol:

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

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

* Nếu không thành công, có thể dùng thêm misoprostol với liều tương tự ở các ngày tiếp theo. Tổng số ngày sử dụng misoprostol không quá 3 ngày liên tục (một đợt dùng thuốc).
* Nếu không thành công sau một đợt dùng thuốc thì dùng lại đợt thứ hai sau một tuần.
1. **THEO DÕI**
2. **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.
1. **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.
1. **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

**HÚT THAI ĐẾN 12 TUẦN**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

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

1. **CHỈ ĐỊNH**

Phá thai từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**
* Không có chống chỉ định tuyệt đối
* Thận trọng đối với trường hợp đang bị viêm cấp tính đường sinh dục cần được điều trị hoặc chuyển tuyến
* Chú ý: không được làm thủ thuật tại tuyến xã những ca sau:

+ U xơ tử cung to

+ Vết mổ ở tử cung

+ Sau đẻ dưới 6 tháng

+ Dị dạng đường sinh dục

+ Các bệnh lý nội - ngoại khoa

1. **CHuAn BỊ**
2. **Người thực hiện**

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

1. **Phương tiện**
* Bộ dụng cụ hút chân không gồm: Bơm hút một van, bơm hút hai van, bơm hút MVA plus, các ống hút và dầu bôi trơn
* Hai kẹp sát khuẩn ngoài và trong
* Van hoặc mỏ vịt
* Kẹp cổ tử cung
* Nến nong
* Bơm, kim tiêm gây tê tại cổ tử cung
* Bông gạc và dung dịch sát khuẩn
* Thuốc giảm đau: Paracetamol 500mg, Ibuprophen 400 mg. Thuốc gây tê tại chỗ Lidocain 1% hoặc Xylocain 1% thuốc co hồi tử cung, hộp chống choáng.

 Bộ dụng cụ kiểm tra mô sau hút

* Các phương tiện xử lý dụng cụ và xử lý chất thải
1. **Người bệnh**
* Hỏi tiền sử về các bệnh nội ngoại khoa
* Khám toàn thân
* Khám phụ khoa
* Làm test thử thai
* Siêu âm (nếu cần)
* Tính tuổi thai
* Tư vấn
* Khách hàng ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ)
* Thai từ 9 đến 12 tuần nên chuẩn bị cổ tử cung bằng cách cho ngậm dưới lưỡi 400mcg Misoprostol, 3 giờ trước khi làm thủ thuật.
1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
* Cho uống thuốc giảm đau và kháng sinh 30 phút trước khi làm thủ thuật
* Khám xác định kích thước và tư thế tử cung
* Thay găng vô khuẩn
* Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông
* Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo
* Kẹp cổ tử cung
* Gây tê cạnh cổ tử cung bằng dung dịch Lidocain 1% hoặc dung dịch Xylocain 1%

Đo buồng tử cung bằng ống hút

* Nong cổ tử cung (nếu cần)
* Hút thai
* Kiểm tra chất hút
* Đánh giá thủ thuật đã hoàn thành
* Có thể đặt dụng cụ tử cung ngay sau khi hút thau nếu đảm bảo buồng tử cung sạch, không có chống chỉ định và khách hàng lựa chọn biện pháp này.
* Sát khuẩn âm đạo cổ tử cung
* Gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý những ca kiểm tra mô không thấy rau thai
1. **THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**
2. **Theo dõi**
* Theo dõi mạch, huyết áp và ra máu âm đạo ít nhất 30 phút sau thủ thuật
* Kê đơn kháng sinh
* Tư vấn sau thủ thuật
* Hẹn khám lại sau hai tuần
1. **Tai biến và xử trí**
* Tai biến sớm: choáng, chảy máu, thủng tử cung, rách cổ tử cung
* Tai biến muộn: nhiễm khuẩn, sót thai, sót rau, dính buồng tử cung
* **Xử trí:**

+ Xử trí theo phác đồ cho từng tai biến

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

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

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

+ Nhiễm khuẩn sau hút thai : điều trị kháng sinh

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

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

**PHÁ THAI TỪ 13 ĐẾN 18 TUẦN**

**BẰNG PHƯƠNG PHÁP NONG VÀ GẮP THAI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

1. Tuyến áp dụng: các bệnh viện tuyến trung ương và tuyến tỉnh.
2. Người thực hiện.

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

1. **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).

1. **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

1. **CHUẨN BỊ**
2. **Cơ sở vật chất**

Phòng kỹ thuật: bảo đảm tiêu chuẩn qui định.

1. **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.
1. **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).
1. **Hồ sơ bệnh án**

Điền đầy đủ thông tin trong hồ sơ bệnh án

1. **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.

1. **Chuẩn bị cổ tử cung**
* Ngậm dưới lưới 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.
1. **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.

1. **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.
1. **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.
1. **XỬ TRÍ TAI BIẾN**
* Tai biến: choáng, thủng tử cung, rách cổ tử cung, chảy máu, sót thai, sót rau, ứ máu trong tử cung, nhiễm khuẩn.
* Xử trí theo phác đồ cho từng tai biến

**ĐẶT VÀ THÁO DỤNG CỤ TỬ CUNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Dụng cụ tử cung là một biện pháp tránh thai tạm thời và hiệu quả. Dụng cụ tử cung có hai loại:

Loại dụng cụ tử cung có chứa đồng (TCu 380A có tác dụng tránh thai 8- 10 năm và Mutiload 375 có tác dụng trong 5 năm)

Loại dụng cụ TC giải phóng Levonogestrel chứa 52 mg Levonogestrel, giải phóng 20mcg hoạt chất/ngày tác dụng tối đa 5 năm

1. **CHỈ ĐỊNH**

Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ muốn áp dụng một biện pháp tránh thai tạm thời, dài hạn hiệu quả cao và không có chống chỉ định

Phụ nữ đang đặt DCTC muốn tháo để sinh đẻ hoặc chuyển BPTT khác

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**
2. **Tuyệt đối**
* Có thai
* Nhiễm khuẩn hậu sản
* Ngay sau sảy thai nhiễm khuẩn
* Ra máu âm đạo chưa rõ nguyên nhân
* Ung thư cổ tử cung, ung thư niêm mạc tử cung
* U xơ tử cung hoặc các dị dạng khác làm biến dạng buồng tử cung
* Đang viêm tiểu khung, nhiễm khuẩn đường sinh sản
* Bệnh huyết áp cao, bệnh gan, bệnh thận, bệnh tim nặng
* Lao vùng chậu
1. **Tương đối**
* Có nguy cơ bị nhiễm khuẩn đường sinh sản hoặc nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục cao
* Có tiền sử thai ngoài tử cung
* Trong thời gian từ 48 giờ đến 4 tuần sau đẻ
* Tháo dụng cụ tử cung theo yêu cầu của người bệnh hoặc của cán bộ y tế không có chống chỉ định
* Đang bị bệnh lupus ban đỏ hệ thống ,hoặc có giảm tiểu cầu trầm trọng
* Bệnh nguyên bào nuôi lành tính có nồng độ ßhCG giảm dần
* Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong 5 năm trử lại (chỉ với vòng levonogestrel)
* Bệnh AIDs đang không ổn định
* Đang bị thuyên tắc mạch ( chỉ chống chỉ định với levonogestrel)
* Đang hoặc đã bị thiếu máu cơ tim
1. **CHUẨN BỊ**
2. **Người thực hiện**
* Nữ hộ sinh trung cấp, y sĩ hay bác sỹ chuyên khoa phụ sản.
* Người làm thủ thuật: rửa tay, đội mũ, mặc áo, đeo khẩu trang, đeo găng vô khuẩn.
1. **Phương tiện**
* Dụng cụ tử cung
* Van hoặc mỏ vịt
* Kẹp pozzi
* 2 panh sát khuẩn
* Dung dịch sát khuẩn, khăn vô khuẩn, găng, bông gạc vô khuẩn.
1. **Người bệnh**
* Được tư vấn và giới thiệu về loại dụng cụ tử cung hiện có, hướng dẫn cụ thể về loại dụng cụ tử cung người bệnh sẽ dùng.
* Giới thiệu và giải thích về ưu nhược điểm của loại dụng cụ tử cung mà người bệnh đó chọn.
* Cách theo dõi sau đặt và tháo dụng cụ tử cung
* Cho khách hàng đi tiểu
* Để khách hàng nằm trên bàn theo tư thế phụ khoa
1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
2. **Thời điểm đặt dụng cụ tử cung**
* *Dụng cụ tử cung có chứa đồng (Tcu 380A và Multiload 375)*
* Đặt dụng cụ tử cung sau sạch kinh 2 ngày chưa giao hợp là thuận lợi nhất
* Ở bất kỳ thời điểm nào nếu biết chắc chắn là không có thai, không cần sử dụng biện pháp tránh thai hỗ trợ
* Bất kỳ lúc nào trong vòng 12 ngày đầu của kỳ kinh (chưa giao hợp).
* *Dụng cụ tử cung giải phóng Levonogestrel*
* Trong vòng 7 ngày đầu kể từ ngày kinh đầu tiên
* Ở bất kỳ thời điểm nào nếu biết chắc chắn là không có thai,
* Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm biện pháp tránh thai hỗ trợ trong vòng 7 ngày kế tiếp.
* Vô kinh; bất cứ thời điểm nào nếu khẳng định không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm biện pháp tránh thai hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
* Sau sinh 4-6 tuần trở đi (kể cả sau phẫu thuật lấy thai)
* Sau phá thai ba tháng đầu và ba tháng giữa, trừ nhiễm khuẩn sau phá thai.
1. **Kỹ thuật**
* *Đặt dụng cụ tử cung Tcu 380A và Multiload 375*
* Khám trong để xác định tư thế, thể tích tử cung.
* Thay găng vô khuẩn
* Sát khuẩn bộ phận sinh dục ngoài (kẹp sát khuẩn 1)
* Trải khăn vô khuẩn
* Bộc lộ cổ tử cung
* Sát khuẩn cổ tử cung và túi cùng âm đạo bằng Betadin (kẹp sát khuẩn 2)
* Cặp cổ tử cung bằng pozzi
* Đo buồng tử cung
* Lắp dụng cụ tử cung vào ống đặt
* Đưa dụng cụ tử cung vào trong tử cung. Cắt dây dụng cụ tử cung để lại từ 2 - 3 cm và gập vào túi cùng sau âm đạo.
* Đặt dụng cụ tử cung giải phóng Levonogestrel
* Các bước như với dụng cụ tử cung Tcu 380A và Multiload 375
* Chú ý: thao tác thành thạo kỹ thuật đặt theo từng bước
1. Tháo dụng cụ tử cung
* *Vì lý do y tế*
* Có thai
* Ra máu nhiều
* Đau bụng dưới nhiều
* Nhiễm khuẩn tử cung hoặc tiểu khung
* Dụng cụ tử cung bị tụt thấp
* Đã mãn kinh (sau khi mất kinh từ tháng 12 trở lên)
* Dụng cụ tử cung đã hết hạn
* *Vì lý do cá nhân*
* Muốn có thai trở lại
* Muốn dùng một biện pháp tránh thai khác
* Không cần dùng biện pháp tránh thai khác
* *Cách tháo dụng cụ tử cung*

Cả 3 loại dụng cụ tử cung (Tcu 380A, Multiload 375 và Mirena) đều có dây nên chỉ cần dùng kẹp cặp vào 2 dây nhẹ nhàng kéo ra là được. Nếu không thấy dây phải nong cổ tử cung dùng panh hình tim hoặc panh dài không có răng cặp và kéo dụng cụ tử cung.

1. **THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

* Sau khi đặt dụng cụ tử cung cho người bệnh nằm theo dõi 30 phút, uống thuốc kháng sinh 5 ngày tránh viêm nhiễm, uống thuốc giảm co bóp tử cung, làm việc nhẹ.
* Kiêng giao hợp 1 tuần
* Khám lại vào các thời điểm

+ Một tháng sau khi đặt

+ Ba tháng sau khi đặt

+ Một năm kiểm tra lại một lần

❖ Khám lại ngay khi chưa có dấu hiệu bất thường như đau bụng nhiều, ra máu nhiều kéo dài, âm đạo ra dịch hôi...

**2. Xử trí tai biến**

Biến chứng do đặt và tháo dụng cụ tử cung rất ít. Tuy nhiên một số biến chứng có thể gặp trong khi đặt và tháo dụng cụ tử cung như : thủng tử cung, nhiễm khuẩn, chảy máu nhiều..

* Thủng tử cung phẫu thuật khâu lỗ thủng
* Nhiễm khuẩn: điều trị kháng sinh
* Ra máu nhiều có thể phải lấy dụng cụ tử cung.

**CẤY, RÚT MẢNH GHÉP TRÁNH THAI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Thuốc cấy tránh thai là biện pháp tránh thai tạm thời có chứa Progestin. Hiện nay thuốc cấy tránh thai có 2 loại : Norplant gồm 6 nang mềm, vỏ bằng chất dẻo sinh học, mỗi nang chứa 36 mg Levonogestrel và Implanon chỉ có 1 nang chứa 68 mg Etonogestrel. Norplant có tác dụng tránh thai trong 5 năm, Implanon có tác dụng tránh thai trong 3 năm.

1. **CHỈ ĐỊNH**

Phụ nữ muốn sử dụng một biện pháp tránh thai dài hạn có hồi phục và không có chống chỉ định. Muốn rút que cấy tránh thai vì đã hết hạn sử dụng hoặc muốn có thai hoặc theo yêu cầu của khách hàng.

1. **CHỐnG CHỈ ĐỊNH**
2. **Chống chỉ định tuyệt đối**
* Có thai
* Đang bị ung thư vú
1. **Chống chỉ định tương đối**
* Ra máu âm đạo bất thường chưa rõ nguyên nhân
* Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong vòng 5 năm trở lại
* U gan, xơ gan
* Bệnh huyết khối, viêm tĩnh mạch
* Lupus ban đỏ
* Đã từng bị hoặc đang bị tai biến mạch máu não hoặc thiếu máu cơ tim
* Đau nửa đầu có kèm mờ mắt
1. **CHUẨN BỊ**
2. **Người thực hiện**

Nữ hộ sinh trung học, y sỹ hay bác sỹ chuyên khoa phụ sản, đã được đào tạo

1. **Phương tiện**
* Que cấy tránh thai
* Lidocain 1% hoặc Xylocain 1% gây tệ hại chỗ 2-3 ml
* Dung dịch sát khuẩn Betadin.
* Găng, khăn vô khuẩn
* Băng, băng chun
* Gạc vô khuẩn
* Bơm tiêm gây tê tại chỗ 5 ml
1. **Người bệnh**
* Hỏi tiền sử loại trừ chống chỉ định
* Khám phụ khoa
* Được tư vấn về các ưu, nhược điểm của que cấy tránh thai

+ Các tác dụng phụ + Cách theo dõi que cấy

* Cấy ở tay không thuận
1. CÁC **BƯỚC TIÉN HÀNH**
2. Thời điểm cấy
* Ngay khi đang có kinh hoặc trong 7 ngày đầu của vòng kinh (chưa giao hợp)
* Ở bất kỳ thời điểm nào nếu chắc chắn không có thai. Nếu quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm biện pháp tránh thai hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
* Sau 6 tuần sau khi sinh
* Ngay sau khi phá thai hoặc sẩy thai
* Ngay sau khi lấy que cấy nếu muốn cấy tiếp
1. Kỹ thuật cấy
* Norplant (6 que)
* Sát khuẩn vùng da định cấy, thường ở mặt trong cánh tay không thuận
* Gây tê dưới da vùng cấy, mỗi nang quạt 1 ml Lidocain 1%
* Rạch da 2 mm
* Đưa ống đặt vào dưới da qua đường rạch
* Đặt từng que Norplant từ bên này sang bên kia
* Băng chỗ cấy
* Implanon (1 que)
* Sát khuẩn vùng da định cấy, thường ở mặt trong cánh tay không thuận
* Gây tê vùng định cấy bằng lidocain 1% dọc đường cấy
* Lấy ống cấy vô khuẩn ra khỏi bao bì
* Kiêm tra bằng mắt thường xem nang cấy có trong kim không
* Cấy nang thuốc
* Kiểm tra nang thuốc đã được cấy
* Băng ép bằng gạc vô khuẩn
1. Kỹ thuật tháo (áp dụng chung cho Norplant và Implanon)
* Sát khuẩn
* Gây tê
* Rạch da 2 mm
* Dùng tay nắn cho đầu nang lộ ra
* Dùng một kẹp nhỏ kẹp đầu nang cấy và kéo nhẹ ra
* Sát khuẩn, băng lại
1. **NHỮNG VẤN ĐỀ KHÓ KHĂN KHI SỬ DỤNG VÀ CÁCH XỬ TRÍ**

**1. Rối loạn kinh nguyệt**

* Vô kinh
* Kinh không đều, ra máu thấm giọt
* Ra máu quá nhiều (hiếm gặp)

**2. Xử trí**

* Thuốc tránh thai kết hợp hoặc estrogen trong 21 ngày nếu rong huyết
* Transamin 500mg 4v/ ngày từ 7 đến 10 ngày
* Giải thích cho người bệnh tình trạng rối loạn kinh nguyệt sẽ giảm và hết sau vài tháng cấy que.
* Có ca phải tháo que cấy.

**3. Tại vị trí cây**

- Đau sau khi cấy

+ Đảm bao băng ép không quá chặt

+ Tránh đè mạnh vào vùng cấy

+ Cho thuốc giảm đau

- Nhiễm khuẩn vị trí cấy (ít khi gặp)