

**SỞ Y TẾ QUẢNG NGÃI  
TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN TRÀ BÔNG**



**Phụ lục: 12**

**QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHUYÊN NGÀNH: PHỤ SẢN**  
*(Ban hành kèm theo Quyết định số 1192/QĐ-TTYT-TB ngày 31/12/2022  
của Giám đốc Trung tâm Y tế huyện Trà Bông)*

**Mã số: QT.12.PS**

**Ngày ban hành: 31/12/2022**

**Lần ban hành: 01**

	<b>Phụ lục: 12</b>	
	<b>QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHUYÊN NGÀNH: PHỤ SẢN</b> <i>(Ban hành kèm theo Quyết định số 1192/QĐ-TTYT-TB ngày 31/12/2022 của Giám đốc Trung tâm Y tế huyện Trà Bồng)</i>	Mã số: QT.12.PS Lần ban hành: 01 Ngày ban hành : 31/12/2022
<b>QUÁ TRÌNH BAN HÀNH</b>		
<b>Ngày, tháng, năm ban hành</b>	<b>Nội dung thay đổi</b>	<b>Lần ban hành</b>
31/12/2022	Ban hành lần đầu	01

<b>PHÂN PHỐI TÀI LIỆU</b>			
1. Ban giám đốc	1	9. Khoa xét nghiệm và CDHA	1
2. Phòng Kế hoạch – Nghiệp vụ	1	10. Khoa truyền nhiễm	1
3. Phòng Tổ chức – Hành chính	1	11. Khoa Dược – TTB Y tế	1
4. Phòng Điều dưỡng	1	12. Khoa Khám bệnh – Cấp cứu đa khoa (Cơ sở 2)	1
5. Khoa Khám – Cấp cứu	1	13. Khoa Dược – Cận lâm sàng (Cơ sở 2)	1
6. Khoa Nội Tổng hợp - Nhi	1	14. Khoa lâm sàng 2 (Cơ sở 2)	1
7. Khoa Ngoại LCK	1	15. Phòng Hành chính Tổng hợp – Cơ sở 2	1
8. Khoa Chăm sóc sức khoẻ sinh sản	1	16. Khoa Lâm sàng 1 (Cơ sở 2)	1

**NHÓM BIÊN SOẠN**

1. Bs Đinh Thị Nghĩa
2. Bs Hồ Thị Thu Loan
3. Bs Phạm Thị Mai
4. Bs Trần Văn Thảo

**THẨM ĐỊNH**  
**Phó Giám đốc - Phó Chủ tịch**  
**Hội đồng KHKT**



**Bs Đặng Văn Nam**

**PHÊ DUYỆT**  
**Giám đốc - Chủ tịch Hội đồng**  
**KHKT**



**Bs Hồ Văn Toàn**

## **A. TỔNG QUAN**

### **I. MỤC ĐÍCH:**

Thực hiện các thao tác kỹ thuật đúng theo yêu cầu chuyên môn/chỉ định, thống nhất cách thức tiếp nhận người bệnh, bảo đảm an toàn cho người bệnh, đáp ứng các yêu cầu kỹ thuật chuyên môn theo đúng chuyên ngành tại Trung tâm Y tế huyện Trà Bồng.

### **II. PHẠM VI ÁP DỤNG:**

Áp dụng nội bộ tại Cơ sở 1 và Cơ sở 2 và 16 Trạm Y tế xã/thị trấn trực thuộc Trung tâm Y tế huyện Trà Bồng đối với tất cả các trường hợp người bệnh đến khám, điều trị nội trú/ngoại trú.

### **III. TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- Quy chế bệnh viện ban hành kèm theo quyết định: 1895/1997/QĐ – BHYT, ngày 19/09/1997 của Bộ Y tế ban hành.

- Quyết định 4068/QĐ-BYT ngày 29 tháng 7 năm 2016 của Bộ Y tế Ban hành hướng dẫn biên soạn Quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh;

- Quyết định Số: 1377/QĐ-BYT ngày 24/4/2013 của Bộ Y tế Ban hành hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản;

## B. MỤC LỤC

STT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT	TRANG
<b>I</b>	<b>Chương I: SẢN KHOA</b>	
1	Theo dõi tim thai - cơn gò tử cung bằng Monitoring sản khoa	6
2	Lấy khối máu tụ âm đạo, tầng sinh môn	9
3	Đỡ đẻ thường ngôi chỏm	11
4	Đỡ đẻ sinh đôi	15
5	Cắt khâu tầng sinh môn	19
6	Xử trí tích cực giai đoạn iii cuộc chuyển dạ	22
7	Nghiệm pháp bong rau, đỡ rau, kiểm tra bánh rau	24
8	Kiểm soát tử cung	26
9	Bóc rau nhân tạo	28
10	Kỹ thuật bấm ối	30
11	Khám thai	34
12	Khâu phục hồi rách âm đạo	43
13	Khâu rách cổ tử cung	45
14	Nạo sót rau, sót thai sau sảy, sau đẻ	47
15	Nạo sảy thai	49
<b>II</b>	<b>Chương II : PHỤ KHOA</b>	
1	<b>Trích rạch màng trinh do ứ máu kinh</b>	51
2	<b>Hút buồng tử cung do rong kinh rong huyết</b>	53
3	Chích áp xe vú	55
4	<b>Khám phụ khoa</b>	57
<b>III</b>	<b>CHƯƠNG III - SƠ SINH</b>	
1	Tắm sơ sinh	60
2	Chăm sóc rốn sơ sinh	62
3	Đặt ống thông tĩnh mạch rốn sơ sinh	64
4	Thở áp lực dương liên tục (cpap)	67
5	Đặt nội khí quản - thở máy	70
6	Điều trị vàng da ở trẻ sơ sinh bằng phương pháp chiếu đèn	74
7	Hồi sức sơ sinh ngạt	76
<b>IV</b>	<b>Chương IV: KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH</b>	

1	Phá thai nội khoa đến hết 9 tuần vô kinh	80
2	Đặt và tháo dụng cụ tử cung	83
3	Cấy, rút mảnh ghép tránh thai	87

# Chương I. SẢN KHOA

## 1. THEO DÕI TIM THAI - CƠN GÒ TỬ CUNG BẰNG MONITORING SẢN KHOA

### I. MỤC ĐÍCH

- Đánh giá sức khỏe thai nhi
- Phát hiện tình trạng suy thai sớm
- Phát hiện sớm các bất thường về cơn gò

Giúp thầy thuốc có hướng xử trí kịp thời, đúng đắn, bảo đảm an toàn cho mẹ và con

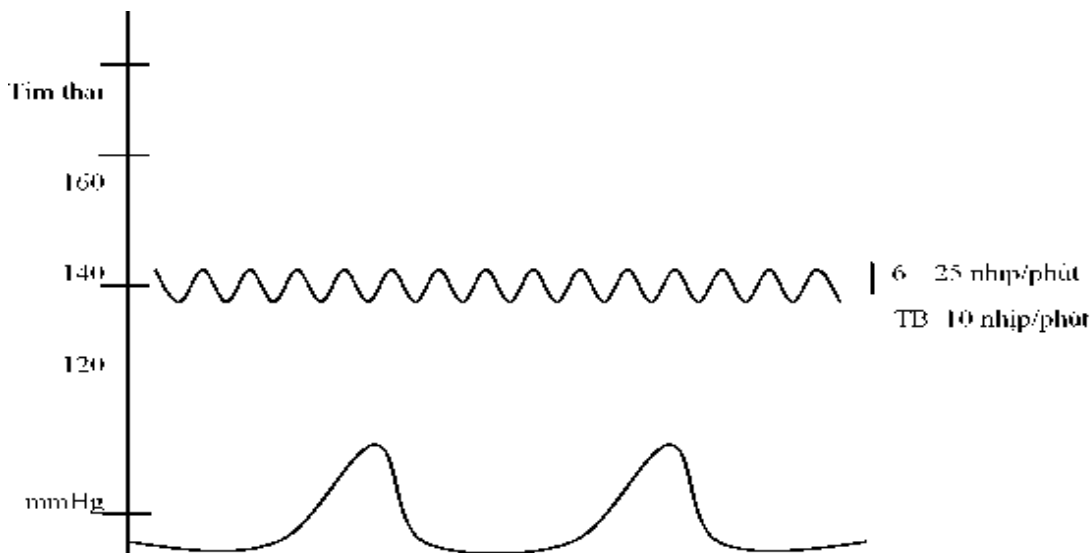
### II. CHỈ ĐỊNH SỬ DỤNG MONITORING SẢN KHOA

- Non stresstest
- Stresstest
- Thai kỳ nguy cơ cao
- Theo chỉ định của bác sĩ


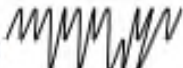
### III. PHÂN TÍCH VÀ DIỄN GIẢI ĐƯỜNG BIỂU DIỄN TIM THAI

#### A. Tim thai bình thường:

- Nhịp tim thai cơ bản: 120 - 160 nhịp/phút
- Biên độ dao động của nhịp tim thai: 6-25 nhịp/ phút (khoảng cách giữa tần số tối đa và tần số tối thiểu ghi được trong 1 thời gian hoạch định để khảo sát)



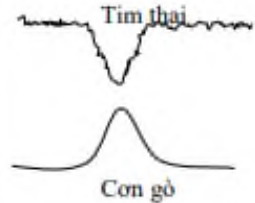
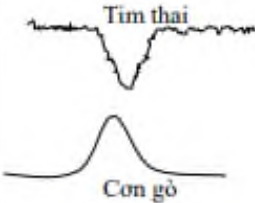
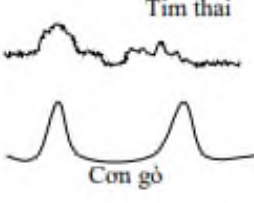
#### 2. Biên độ dao động của nhịp tim thai:

- < 5 nhịp/phút : nhịp tim thai dạng phẳng: 
- > 25 nhịp/phút : nhịp tim thai dao động nhịp nhảy: 

#### 3. Thay đổi tim thai theo cơn gò:

- Nhịp giảm sớm = DIP I = early deceleration (hậu quả của sự chèn ép đầu thai nhi (đã lọt))

- Nhịp giảm muộn = DIP II = late deceleration (hậu quả của sự thiếu toàn hoàn tử cung - nhau)
- Nhịp giảm bất định = variable deceleration (hậu quả sự đè ép dây rốn)

Nhịp giảm sớm	Nhịp giảm muộn	Nhịp giảm bất định
Đỉnh của nhịp giảm trùng với đỉnh của cơn gò.	Đỉnh của nhịp giảm xuất hiện sau đỉnh của cơn gò $\geq 30$ giây.	Đỉnh của nhịp giảm xuất hiện cùng với cơn gò nhưng hồi phục chậm, có hình dạng chữ U.
		

### C. Những trường hợp trầm trọng:

- DIP tăng lên : DIP I DIP II
- Giảm nhịp tim cơ bản:  $< 100$  nhịp/ phút
- Độ sâu của DIP:  $> 30$  nhịp/ phút
- Đường biểu diễn tim thai dạng phẳng

\*Những yếu tố này nếu xuất hiện kết hợp với nhau: suy thai nặng thêm

### A. Hướng xử trí: khi có đường biểu diễn tim thai bất thường:

- Ghi hồ sơ, trình bác sĩ
- Thay đổi tư thế nằm của sản phụ tránh sự đè ép cuống rốn (nghiêng hoặc theo chỉ định của bác sĩ).
- Cho sản phụ ngửi oxy để tăng lượng oxy đến thai trung bình 3- 4 lít/phút (theo chỉ định của bác sĩ)
- Tạm ngưng truyền oxytocin (nếu có)
- Thực hiện y lệnh bác sĩ, hồi sức tim thai (thường dùng: Lactate Ringer 500 ml, truyền tĩnh mạch XXX giọt/phút)
- Đánh giá lại sau 30 - 40 phút hồi sức tim thai hoặc ngay khi có diễn biến bất thường nặng thêm hoặc theo chỉ định của bác sĩ.
- Chuẩn bị sẵn các xét nghiệm tiền phẫu

## IV. PHÂN TÍCH ĐƯỜNG BIỂU DIỄN CƠN CO TỬ CUNG

## **1. Cơ co tử cung bình thường:**

- Trương lực cơ bản: 8 - 10 mmHg
- Cường độ cơ co: biên độ dao động ở mức tối đa không kể trương lực cơ bản
- Tần số: Số lần xuất hiện cơ co tử cung trong 10 phút
  - + Giai đoạn tiềm thời: 3 cơn gò trong 10 phút, cường độ: 40 mmHg
  - + Giai đoạn hoạt động: 3 - 4 cơn gò/10 phút, cường độ: 60 - 100 mmHg
  - + Khi cổ tử cung gần trọn: 4 - 5 cơn gò/10 phút, cường độ: 80 - 100 mmHg
- Thời gian co và nghỉ của cơ co tử cung:
  - + Giai đoạn tiềm thời: thời gian co: 20'', thời gian nghỉ: 3' - 4'
  - + Giai đoạn hoạt động: thời gian co: 30'' - 40'', thời gian nghỉ: 2' - 3'
  - + Khi cổ tử cung gần trọn: thời gian co: 40''-50'', thời gian nghỉ: 1'-1'30''

## **2. Cơ co tử cung bất thường:**

- Tăng trương lực cơ bản
- Tăng cường độ cơ co
- Tăng tần số cơ co
- Nguyên nhân:
  - + Bất xứng đầu chậu
  - + Ngôi bất thường
  - + Nhau bong non
  - + Dùng thuốc tăng co (oxytocin) không đúng kỹ thuật, không đúng chỉ định.

## **V. GHI HỒ SƠ:**

- Thời điểm đặt máy
- Thời điểm truyền dịch (nếu có)
- Thời điểm bắt đầu có 3 cơn gò/10 phút
- Thời điểm trình bác sĩ đọc kết quả: nhận định biểu đồ tim thai, cơn gò, phần khám âm đạo xác định cổ tử cung, ngôi, ối...



## 2. LẤY KHỐI MÁU TỤ ÂM ĐẠO, TÀNG SINH MÔN

### I. ĐẠI CƯƠNG

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

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

- Huyết tụ âm đạo.

- Huyết tụ âm hộ.

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

### II. NGUYÊN NHÂN:

#### 1. Loại huyết tụ âm hộ - âm đạo

- Sang chấn do cuộc đẻ gây nên và chỉ xuất hiện sau đẻ.

#### 2. Loại huyết tụ tiểu khung: rất hiếm

Thường do đứt các nhánh động mạch hay tĩnh mạch tương đối lớn trong trường hợp tử cung dưới phúc mạc. Máu lan tràn vào các bộ phận khác lân cận và hai lá dây chằng rộng, khối huyết tụ hình thành mỗi lúc một to lên, có khi đến cơ hoành. Nếu khối huyết tụ nhỏ có khi tự tiêu đi. Khối huyết tụ to trong trường hợp vỡ tử cung có thể gây tử vong vì sốc và nhiễm khuẩn

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Triệu chứng cơ năng

- Không đau đớn gì.

- Có cảm giác nặng ở âm hộ và âm đạo.

- Có khi khối huyết tụ ở âm đạo gây cho thai phụ có cảm giác muốn rặn mặc dù đã đẻ rồi.

#### 2. Triệu chứng thực thể

Khi quan sát có thể rất dễ phát hiện được một khối máu tím đen chiếm cả môi lớn, có khi to bằng quả cam hay to hơn nữa.

Khối huyết tụ âm đạo khó phát hiện vì phải thăm khám âm đạo, thăm trực tràng và đặt van mới rõ được.

Riêng khối huyết tụ tiểu khung, nếu vỡ tử cung ở đoạn dưới, thai phụ sẽ có dấu hiệu của vỡ tử cung, có thể sốc và có thể thấy khối huyết tụ ở các hố chậu.

#### 3. Tiến triển và biến chứng

Có hai cách tiến triển

- Huyết tụ tan dần và thu nhỏ lại sau vài tuần lễ, để lại một khối rất nhỏ, cứng và đau khi nắn.

- Huyết tụ to dần lên, căng phòng rồi vỡ ra, chảy máu, máu cục, máu loãng sẽ trào ra, thai phụ có thể bị sốc.

Có khi có biến chứng nhiễm khuẩn và gây nên lỗ rò, thường là do liên cầu khuẩn hay vi khuẩn kỵ khí, thai phụ sẽ sốt, rét run và rất đau, tiên lượng xấu.

#### **IV. ĐIỀU TRỊ:**

- Nếu huyết tụ không to lên, cứ để nguyên, không nên chích.

- Chỉ nên chích trong các trường hợp sau đây:

+ Đứt các mạch máu lớn, khối huyết tụ to nhanh lên nhiều.

+ Đau nhiều, thai phụ không chịu được.

+ Huyết tụ bị nhiễm khuẩn.

+ Huyết tụ nhiễm khuẩn, có lỗ rò.

+ Huyết tụ cản trở khi bóc rau nhân tạo hay kiểm soát tử cung.

- Cách chích: chích ở chỗ cao nhất một lỗ nhỏ, nặn hết máu cục, rồi chèn gạc tẩm kháng sinh vào, the kiểu đèn xếp để cầm máu. Để 24 giờ sau đó rút gạc ra.

Cần điều trị kháng sinh toàn thân, thêm các vitamin để nâng cao thể trạng.

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

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

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

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

### **3. ĐỠ ĐỂ THƯỜNG NGÔI CHỖM**

#### **1. Định nghĩa.**

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

#### **2. Chỉ định.**

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

#### **3. Chống chỉ định.**

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

#### **4. Chuẩn bị.**

##### **4.1. Dụng cụ, phương tiện**

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

##### **4.2. Sản Phụ**

- Thông tiểu.
- Được động viên, hướng dẫn cách thở, cách rặn và thư giãn ngoài cơn rặn.
- Được hướng dẫn đi đại tiện hoặc thụt tháo phân lúc mới bắt đầu chuyển dạ và tiểu tiện khi sắp đẻ. Nếu có cầu bàng quang mà không tự đái được thì thông tiểu.
- Rửa vùng sinh dục ngoài bằng nước chín.
- Sát khuẩn rộng vùng sinh dục và bẹn, đùi.
- Trải 1 khăn vô khuẩn lên bụng sản phụ để đón bé.
- Nằm ngửa trên bàn đẻ, nâng giường đẻ lên để có tư thế nửa nằm nửa ngồi, đầu cao, hai tay nắm vào hai thành bàn đẻ, hai đùi giang rộng, mông sát mép bàn, hai cẳng chân gác trên hai cọc chống giữ chân.

##### **4.3. Người thực Hiện**

- Người đỡ đẻ: 01 Bác sĩ chuyên khoa phụ sản hoặc Bác sĩ đa khoa được tập huấn/đào tạo có chứng chỉ

- Người phụ: 01. Nữ hộ sinh

#### **5. Các bước tiến hành.**

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

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

- Thời gian rặn tối đa ở người con so là 60 phút, ở người con rạ là 30 phút. Nếu quá thời gian này cần can thiệp để lấy thai ra bằng forceps hoặc bằng giác kéo.

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

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

- Cổ tử cung mở hết.

- Ối đã vỡ (chưa vỡ thì bấm ối).

- Ngôi thai đã lọt và thập thò ở âm môn làm tăng sinh môn căng giãn, hậu môn loe rộng.

- Hướng dẫn cho sản phụ chỉ rặn khi có cảm giác mót rặn cùng với sự xuất hiện của cơn co tử cung.

### **5.3. Các thao tác đỡ đẻ gồm có:**

#### **5.3.1. Đỡ đầu**

##### **Sở kiểu chằm vệt.**

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

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

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

##### **Sở kiểu chằm cùng.**

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

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

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

#### **5.3.2. Đỡ vai.**

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

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

### **5.3.3. Đỡ thân, mông và chi.**

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

### **5.4. Tiếp xúc da kề da ngay sau đẻ.**

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

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

- Bỏ khăn đã lau khô cho trẻ

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

- Hướng dẫn và hỗ trợ người mẹ ôm ấp, vuốt ve trẻ. Chú ý: Chỉ kẹp cắt rốn ngay nếu trẻ cần phải hồi sức

### **5.5. Tiêm Oxytocin.**

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

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

### **5.6. Kẹp dây rốn muộn, một thì.**

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

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

### **5.7. Kéo dây rốn có kiểm soát.**

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

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

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

- Nếu kéo dây rốn trong 30-40 giây mà bánh rau không tụt xuống thấp (nghĩa là không có dấu hiệu bong rau) thì dừng lại không tiếp tục kéo dây rốn nữa.

- Lúc này chỉ giữ dây rốn và chờ đến khi tử cung co bóp trở lại.

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

### **5.8. Xoa đáy tử cung**

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

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

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

#### *Chú ý*

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

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

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

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

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

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

## **4. ĐỠ ĐỂ SINH ĐÔI**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

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

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Các ca chuyển dạ sinh đôi và cuộc chuyển dạ tiến triển thuận lợi. Chỉ thực trong các trường hợp cấp cứu sản phụ đến muộn, cổ tử cung mở hết, Ổi đã vỡ, ngôi thai đã lọt và thập thò ở âm đạo nên bắt buộc phải xử trí không thể chuyển tuyến hoặc Các trường hợp bất khả kháng khác như tắc đường do mưa lũ, sạt lở .... Không thể vận chuyển sản phụ lên tuyến trên được.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Tuyến áp dụng**

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

#### **2. Người thực hiện**

Kíp đỡ đẻ tốt nhất có 3 người: 1 bác sỹ sản khoa (hoặc nữ hộ sinh giỏi, có kinh nghiệm), 1 người gây mê hồi sức, 1 chuyên chăm sóc và hồi sức sơ sinh. Tuy nhiên trong một số ca đặc biệt, không đủ nhân viên thì tối thiểu kíp đỡ đẻ phải có 2 người: 1 đỡ đẻ, 1 chăm sóc và hồi sức sơ sinh.

#### **3. Phương tiện**

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

#### **4. Sản phụ**

- Sản phụ được tư vấn trước sinh về thuận lợi và khó khăn trong cuộc đẻ sinh đôi.

- Thụt tháo, thông tiêu, vệ sinh âm hộ âm đạo

#### **5. Hồ sơ bệnh án**

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

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Nguyên tắc**

- Chuẩn bị phương tiện vận chuyển sản phụ lên tuyến trên và vận chuyển sản phụ lên tuyến trên bất cứ lúc nào có thể.

- Luôn theo dõi tình trạng sức khỏe của người mẹ và hai thai, nhất là thai nhi thứ hai. Phát hiện kịp thời nguy cơ suy thai và có biện pháp xử trí thích hợp.

- Do tử cung quá căng nên cơn co tử cung thường yếu và thưa, cổ tử cung mở chậm. Nếu đủ điều kiện có thể bấm ối cho tử cung bớt căng, điều chỉnh cơn co tử cung để chuyển dạ tiến triển tốt hơn.

- Nên đặt một đường truyền tĩnh mạch để điều chỉnh cơn co tử cung và có thể hồi sức ngay cho mẹ và thai khi cần.

- Kiểm tra, bổ sung hồ sơ đầy đủ trước khi đỡ đẻ.

- Chuẩn bị đầy đủ các trang thiết bị cần thiết cho cuộc đẻ, cho mẹ và trẻ sơ sinh

#### **2. Các bước tiến hành**

- **Thì 1:** đỡ đẻ thai nhi thứ nhất:

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

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



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

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

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

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

### - **Thì 3:** đỡ đẻ thai thứ hai

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

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

+ Nếu ngôi mông: đỡ đẻ như ngôi mông.

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

+ Trong song thai, thai nhi thường nhỏ, hơn nữa sau khi đẻ thai 1, buồng tử cung rộng nên việc xoay thai có thể tiến hành thuận lợi. Nếu quá chậm cổ tử cung sẽ co lại, bong rau nên thai thứ hai dễ bị suy.

### **Chú ý:**

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

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

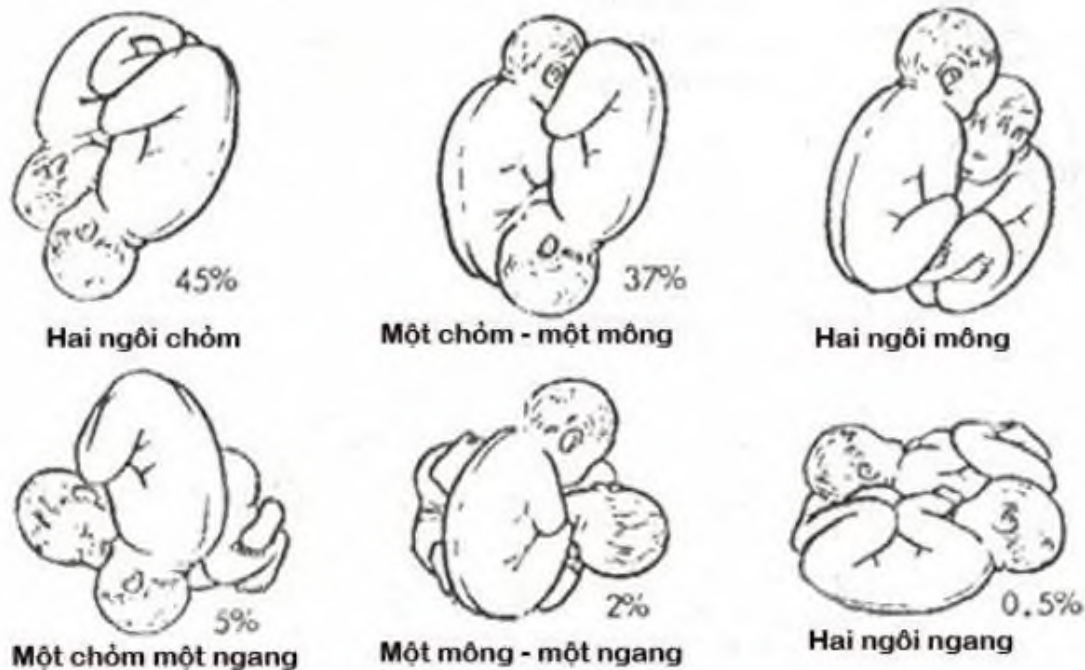
### - **Thì 4:** sổ rau

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

## **VI. THEO DÕI**

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

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



**Hình 1.** Các tư thế của song thai

\*\*\* Lưu ý:

Đỡ đẻ sinh đôi trở lên chỉ tiến hành theo dõi chuyển dạ và đỡ đẻ sinh đôi ở tuyến chuyên khoa có phòng mổ. 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.

Kỹ thuật này chỉ được thực hiện tại đơn vị trong các trường hợp cấp cứu, sản phụ đến muộn, cổ tử cung mở hết, Ổi đã vỡ, ngôi thai đã lọt và thập thò ở âm đạo nên bắt buộc phải xử trí không thể chuyển tuyến hoặc Các trường hợp bất khả kháng khác như tắc đường do mưa lũ, sạt lở .... Không thể vận chuyển sản phụ lên tuyến trên được.

Nguy cơ sau khi thai số 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.

## 5. CẮT KHÂU TẦNG SINH MÔN

### I. ĐẠI CƯƠNG

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

### II. CHỈ ĐỊNH

#### 1. Cắt tầng sinh môn vì lý do người mẹ

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

#### 2. Cắt tầng sinh môn vì lý do thai nhi

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

**3. Cắt tầng sinh môn khi làm các thủ thuật:** như foóc xép, giác hút, đỡ đẻ ngôi mông...

### III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

### IV. CHUẨN BỊ

#### 1. Người thực hiện

- Nữ hộ sinh
- Bác sĩ sản khoa hoặc Bác sĩ đa khoa được tập huấn

#### 2. Phương tiện, vật tư, thuốc

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

#### 3. Người bệnh

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

### V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

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

**Thì 3.** Cắt tầng sinh môn:

- Kỹ thuật mà nhiều người áp dụng là cắt chéo 45° tại vị trí 7 giờ. Sản phụ nằm tư thế để thường, trong cơn co tử cung, khi tầng sinh môn và âm hộ phồng căng hoặc khi kéo forceps, giác hút dùng một kéo thẳng và sắc cắt chéo 45° 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 thắt 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 sỏ, không sót rau, đã kiểm soát được đờ tử cung và các sang chấn đường sinh dục.

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

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

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

+ Khâu vắt dưới da hoặc trong da để tạo cho sẹo tầng sinh môn nhỏ và mềm mại.

*(Ở những cơ sở y tế không có chỉ đảm bảo cho khâu vắt chúng ta có thể khâu mũi rời với 3 thì khâu như trên. Lớp ngoài cùng nên khâu mũi rời bằng chỉ không tiêu và sẽ cắt chỉ ngoài da sau 5 ngày).*

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

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

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Theo dõi**

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

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

## **2. Xử trí tai biến**

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

- Nhiễm khuẩn:

+ Cắt chỉ tàng 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.

## **6. XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN III CUỘC CHUYỂN ĐẠ**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

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

### **III. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người bệnh.**

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

#### **2. Phương tiện, dụng cụ.**

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

#### **3. Người thực hiện**

- Người đỡ đẻ: 01 Bác sĩ chuyên khoa phụ sản hoặc Bác sĩ đa khoa được tập huấn  
- Người phụ: 01. Nữ hộ sinh

### **IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **Thì 1. Sử dụng ngay Oxytocin:**

- Sau khi sổ thai, trẻ khóc tốt đặt trẻ lên bụng người mẹ đã được trải sẵn sàng và hai tay người mẹ ôm lấy trẻ.

- Người phụ đỡ đẻ sờ nắn bụng sản phụ để chắc chắn không còn thai trong tử cung.

- Người phụ đỡ đẻ tiến hành tiêm bắp 10 đơn vị Oxytocin vào mặt trước đùi sản phụ.

- Chỉ sau khi đã tiêm Oxytocin, người đỡ đẻ tiến hành cặp dây rốn và cắt rốn cho trẻ. Khi cặp dây rốn chú ý cặp sát vào âm hộ sản phụ.

- Người phụ đỡ đẻ đưa trẻ ra bàn làm rốn và chăm sóc trẻ, nhanh chóng lau khô, hút 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 ực, giữ và ấn tử cung theo hướng ngược lên về phía xương ực 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 đẻ rau sỏ 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 ực

### **Thì 3. Xoa tử cung:**

- Ngay lập tức sau khi rau sỏ phải xoa tử cung cho đến khi tử cung co chặt.

- Cứ 15 phút xoa tử cung một lần trong vòng 2 giờ đầu

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

## **V. THEO DÕI**

- Các bước tiếp theo thực hiện như trước, tức là phải kiểm tra bánh rau, màng rau để đảm bảo không sót rau hay sót màng. Nếu tiếp tục chảy máu, phải tìm các nguyên nhân khác gây băng huyết sau đẻ (rách đường sinh dục, sót rau) và thực hiện xử trí phù hợp với từng nguyên nhân.

- Nếu chỉ có 1 bác sỹ/nữ hộ sinh tham gia đỡ đẻ thì các bước thực hiện đến khi thai sỏ, 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.

## 7. NGHIỆM PHÁP BONG RAU, ĐỠ RAU, KIỂM TRA BÁNH RAU

### 1. Nghiệm pháp bong rau

#### 1.1 Kéo dây rốn có kiểm soát.

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

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

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

- Nếu kéo dây rốn trong 30-40 giây mà bánh rau không tụt xuống thấp (nghĩa là không có dấu hiệu bong rau) thì dừng lại không tiếp tục kéo dây rốn nữa.

- Lúc này chỉ giữ dây rốn và chờ đến khi tử cung co bóp trở lại.

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

#### 1.2 Xoa đáy tử cung

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

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

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

#### *Chú ý*

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

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

### 2. Đỡ rau

**2.1 Nếu có thuốc oxytocin:** tiêm vào bắp đùi 10 đv ngay khi đỡ thai ra ngoài thì có thể đỡ rau như sau (theo cách xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ):

Đầu tiên đặt tay lên bụng sản phụ xem tử cung đã co lại tốt chưa. Nếu co chưa tốt thì phải xoa bóp bên ngoài cho đến khi tử cung co chặt thành “quả cầu an toàn” mới làm bước tiếp theo.

- Một tay xò ra đặt trên bụng dưới sản phụ để ngón cái ở một bên, 4 ngón còn lại ở bên đối diện, hơi đẩy tử cung lên phía rốn và chẹn giữ nó tại chỗ trong khi tay còn lại cầm giữ dây rau kéo từ từ với lực tăng dần theo hướng lúc đầu xuống phía dưới, sau kéo ngang và cuối cùng hướng lên trên cho bánh rau ra từ từ.



- Khi bánh rau sắp ra ngoài thì hạ thấp dây rốn xuống cho bánh rau rơi, kéo theo màng rau ra luôn.

- Trường hợp màng rau không tuột ra thì hai bàn tay cầm bánh rau xoắn lại nhiều vòng để màng sẽ ra dần.

- Trước khi kiểm tra rau cần nắn bụng dưới đánh giá co hồi tử cung và quan sát âm hộ xem có bị chảy máu không

**2.2 Trường hợp không có oxytocin:** muốn đỡ rau phải làm “nghiệm pháp bong rau” để biết rau đã bong mới được đỡ bằng cách:

Đặt tay lên bụng dưới sản phụ, ấn nhẹ xuống vùng trên xương mu để đẩy vào dưới tử cung (thân tử cung sẽ bị đẩy lên trên).

- Nếu thấy dây rốn không bị kéo theo lên trên (có khi còn dài thêm ra ngoài âm hộ) thì chứng tỏ rau đã bong và có thể thực hiện việc đỡ rau. Nếu dây rốn còn bị kéo theo lên khi ấn trên xương mu thì phải chờ tới khi nào rau bong mới được đỡ.

- Cách đỡ như sau: một tay cầm dây rốn nâng lên cao, tay kia đặt lên bụng, phía đáy tử cung, đẩy theo hướng rốn-mu với lực tăng dần để đẩy bánh rau ra.

- Cách đỡ màng rau cũng làm như phần trên đã mô tả

### **3. Kiểm tra rau.**

- Đặt bánh rau trên một cái khay hay chậu.

- Cầm dây rốn nâng bánh rau lên, vuốt nhẹ màng rau xuống.

- Quan sát lỗ rách của màng: nếu lỗ rách tròn, đều thì màng đủ, nếu lỗ rách nham nhở thì có thể sót một ít màng.

- Quan sát các mạch máu trên mặt màng của bánh rau để phát hiện bánh hoặc múi rau phụ.

- Đặt bánh rau xuống khay cho mặt múi của nó ngửa lên, gạt máu cục ra ngoài để quan sát các múi rau. Mặt múi rau nhẵn, mịn, màu đỏ thẫm. Nếu trên mặt múi có vùng nào bị khuyết thì phần rau ở nơi khuyết đó đang còn sót lại trong tử cung

## 8. KIỂM SOÁT TỬ CUNG

### I. ĐẠI CƯƠNG

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

### II. CHỈ ĐỊNH

Chảy máu khi sổ rau

Kiểm tra rau còn thiếu rau sau khi sổ, thấy nghi ngờ còn sót một phần của múi rau. Sót 1/3 hay 1/4 màng rau

Rau sổ kiểu múi (Duncan) mặt múi ra trước, hay gây sót rau, nên có chỉ định kiểm soát tử cung

Kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung xem có vỡ tử cung không sau các thủ thuật khó khăn (foóc xép, nội xoay, cắt thai...) hoặc trên tử cung có sẹo phẫu thuật lấy thai cũ

### III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

#### 1. Chuẩn bị

##### 1.1. Nhân viên Y tế

- **Người thực hiện:** Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản hoặc bác sĩ đa khoa được tập huấn

- Người phụ: Nữ hộ sinh

Thủ thuật viên rửa tay, đội mũ, mặc áo đi găng tay vô khuẩn như trong phẫu thuật

##### 1.2. Phương tiện

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

##### 1.3. Sản phụ

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

### IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thủ thuật được tiến hành ngay sau khi có chỉ định

Các bước

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

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

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

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

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

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

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

### **THEO DÕI**

Sau bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung phải đo lại mạch, huyết áp,

Theo dõi sự co hồi của tử cung

Mức độ chảy máu trong buồng tử cung

### **VI. TAI BIẾN VÀ DỰ PHÒNG**

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

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

## **9. BÓC RAU NHÂN TẠO**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Rau chậm bong: thường thì sau khi sổ thai 15 - 20 phút thì rau sẽ tự bong, nếu quá 30 phút rau không tự bong phải bóc rau

Chảy máu trong thời kỳ sổ rau khi rau còn nằm trong buồng tử cung

Những trường hợp cần kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung sau khi sổ thai, phải bóc rau nhân tạo ngay để kiểm soát buồng tử cung, như nghi vỡ tử cung sau khi làm thủ thuật đường dưới khó khăn (fooc-xép cao, nội xoay thai, cắt thai hoặc sẹo mổ cũ ở tử cung...)

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản hoặc Bác sĩ đa khoa đã được tập huấn. Thủ thuật viên rửa tay, mặc áo đi găng tay vô khuẩn như trong phẫu thuật

#### **Phương tiện**

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

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, trái khăn vô khuẩn

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **Nguyên tắc**

Phải bóc bằng hai tay

Phải làm trong điều kiện vô trùng

#### **Các bước tiến hành**

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

Bước 2. Tay phải cho vào âm đạo, qua cổ tử cung còn mở và lần theo dây rốn đến vùng rau bám

Bước 3. Bóc bánh rau bằng cách dùng bờ trụ của bàn tay để lách giữa bánh rau và thành tử cung. Bóc từ dưới, từ ngoài rìa bánh rau rồi vòng lên tận bờ trên bánh rau để tránh sót rau, sót màng rau

Bước 4. Khi rau bong hết thì tay trong tử cung kéo đẩy bánh rau ra ngoài, nhưng không rút tay ra khỏi tử cung, nếu cần tay trái kéo dây rốn lấy rau ra

Bước 5. Khi bánh rau ra ngoài phải kiểm tra cả hai mặt bánh rau: mặt màng và mặt mủi

Bước 6. Sau khi bóc rau phải tiến hành kiểm soát buồng tử cung ngay

## **VI. THEO DÕI**

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

Lượng máu chảy từ tử cung ra

## **VII. TAI BIẾN, DỰ PHÒNG**

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

Sử dụng các thuốc giảm đau trước khi làm thủ thuật

Sử dụng thuốc co hồi tử cung sau bóc rau

## 10. KỸ THUẬT BẮM ỒI

### I. MỤC TIÊU

1. Áp dụng được các chỉ định, chống chỉ định bấm ối trong thực tế lâm sàng.
2. Thực hiện được đúng kỹ thuật bấm ối.
3. Nhận thức được tầm quan trọng của việc bấm ối đúng quy trình.

### II. NỘI DUNG

#### 1. Khái niệm

Bấm ối là một thủ thuật được làm trong quá trình chuyển dạ đẻ, khi CTC đã xóa mở có thể tiếp cận được đầu ối, mục đích làm vỡ màng ối chủ động để nước ối thoát ra ngoài.

#### 2. Mục đích

Loại bỏ đầu ối khi không còn tác dụng nong mở CTC;

Làm giảm áp lực buồng ối;

Rút ngắn thời gian chuyển dạ.

#### 3. Chỉ định

\* Chỉ định bấm ối đúng lúc: khi CTC mở > 8cm, đầu ối không còn tác dụng, bấm ối để chuẩn bị đỡ đẻ.

\* Chỉ định bấm ối sớm trong các trường hợp sau:

- CTC mở 3 - 4cm, khi có thể tiếp cận được đầu ối, màng ối dày, đầu ối phồng cản trở cuộc đẻ, CTC tiến triển chậm;
- Gây đẻ chỉ huy, làm NPLNC, hoặc đẻ thai thứ hai trong sinh đôi;
- Cầm máu trong rau tiền đạo: loại bám bên, bám mép;
- Giảm áp lực buồng ối trong đa ối;
- Ngoài ra còn bấm ối trong một số bệnh lý của người mẹ cần bấm ối để rút ngắn chuyển dạ, như bệnh tim, TSG nặng khi CTC đã mở  $\geq 4$ cm.

#### 4. Chống chỉ định

- Chưa chuyển dạ thực sự, cơn co chưa đều đặn (trừ trường hợp gây đẻ non);
- Sa dây rau trong bọc ối;
- CTC chưa mở hết trong ngôi mông, ngôi mặt, ngôi vai.

#### 5. Chuẩn bị

- Thầy thuốc: áo, mũ, khẩu trang, tạp dề;
- Dụng cụ: một kim dài 15 - 20cm đầu tù có nòng, hoặc một ngành kim Kocher;
- Sản phụ: nằm trên bàn, tư thế sản khoa, thở đều, không rặn.



Hình 10. Dụng cụ bấm ối

## 6. Các bước tiến hành

- Nghe tim thai trước khi bấm ối (ghi nhận tần số, cường độ đều hay không đều);
  - Rửa sạch âm hộ bằng nước vô khuẩn;
  - Thây thuốc rửa tay, đeo găng vô khuẩn;
  - Một tay đưa vào âm đạo, khám và kiểm tra lại xem có sa dây rau trong bọc ối không, xác định ngôi thai, độ mở CTC. Chỉ tiến hành bấm ối khi không có sa dây rau trong bọc ối;
  - Tay kia đưa kim chọc ối vào âm đạo theo hướng dẫn của tay trong âm đạo, kim bấm ối nằm giữa 2 ngón tay hướng tới đầu ối và chờ đến thời điểm bấm ối;
  - Thời điểm bấm ối: nếu đầu ối phồng thì bấm ối ngoài con co TC, nếu đầu ối dẹt thì bấm ối trong con co TC;
  - Kỹ thuật: đẩy nhẹ kim chọc vào màng ối để nước ối chảy ra từ từ theo ngón tay, quan sát màu sắc, số lượng nước ối chảy ra. Tay kia rút kim chọc ối sau đó nắn trên khớp vệ hướng cho ngôi thai vào eo trên. Khi không còn nước ối chảy ra xé rộng màng ối, kiểm tra xem có sa dây rau hay các chi không và ngôi thai có thay đổi gì không;
  - Nghe lại tim thai (để phòng sa dây rau bên ngôi không phát hiện được);
  - Ghi chép hồ sơ/biểu đồ chuyển dạ: thời điểm bấm ối, số lượng, màu sắc nước ối, tim thai.
- Thay đổi kỹ thuật bấm ối trong một số trường hợp:
- Nếu bấm ối trong rau tiền đạo thì sau khi chọc đầu ối, phải xé rộng màng ối song song với bờ bánh rau, tránh xé vào bánh rau gây chảy máu.
  - Nếu bấm ối trong đa ối cần để sản phụ nằm đầu dốc, nghiêng hơi cao. Dùng phương pháp tia ối, nghĩa là dùng kim chọc một lỗ nhỏ, chọc ngoài con co TC, để cho nước ối chảy từ từ, khi nước ối chảy gần hết mới xé rộng màng ối. Trong trường hợp này, nếu để nước ối chảy ào ra ngoài, sản phụ dễ bị sốc vì áp lực ổ bụng giảm đột ngột, hơn nữa dễ gây sa dây rau, sa các chi hoặc có thể trở thành ngôi bất thường.
  - Đối với ngôi ngang khi có chỉ định và đủ điều kiện để nội xoay thai thì sau khi chọc đầu ối phải xé rộng màng ối và đưa ngay tay vào buồng TC để tìm chân thai nhi làm nội xoay. Cần lưu ý trường hợp này, nước ối càng được giữ trong buồng TC

nhieu càng tốt vì còn nhiều nước ối nội xoay thai nhi càng dễ, CTC càng đỡ bóp chặt vào thai nhi.

## 7. Biến chứng sau bấm ối

- Sa dây rau: nếu sau khi bấm có biến chứng sa dây rau, phải cho sản phụ nằm đầu thấp, mông cao, dùng 2 ngón tay đẩy dây rau lên, nếu không được phải phẫu thuật lấy thai. Sa dây rau bên ngoài khó phát hiện, vì vậy mọi trường hợp sau bấm ối bắt buộc phải nghe tim thai;

- Nếu chảy máu sau bấm ối, hay nước ối bất thường (màu đỏ lẫn máu hoặc màu xanh lẫn phân su) phải tìm nguyên nhân để xử lý kịp thời;

- Nhiễm trùng ối, nhiễm trùng thai nhi: trong trường hợp mẹ bị nhiễm khuẩn âm đạo hoặc bấm ối trên 6 giờ mà thai chưa sô;

- Chọc vào thai: do kim chọc ối chạm vào phần thai gây chạm thương thường gặp trong màng ối dày, ít ối, ngôi mông;

- Gây máu tụ sau rau, nặng có thể làm rau bong non.

Tuy những nguy cơ này rất hiếm khi xảy ra, nhưng cần hết sức cẩn thận để hạn chế các nguy cơ trên, bằng cách thực hiện thủ thuật trong điều kiện vô trùng, chọc ối dưới sự hướng dẫn của siêu âm để tránh chạm thương cho thai và sang chấn cho mẹ.

### BẢNG KIỂM DẠY/HỌC KĨ THUẬT BẤM ỔI

TT	Nội dung/các bước	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
<b>CHUẨN BỊ</b>			
1	Dụng cụ: một kim dài 15 - 20cm đầu tù có nòng, hoặc kim Kocher, bông cồn, găng tay, săng vô khuẩn, đựng trên khay vô khuẩn.	Tạo điều kiện làm thủ thuật thuận lợi.	Dụng cụ được chuẩn bị đầy đủ.
2	Sản phụ: được giải thích đầy đủ, nằm theo tư thế sản khoa.	Tạo điều kiện thủ thuật thuận lợi.	Sản phụ yên tâm, nằm trên bàn đẻ, theo tư thế sản khoa.
3	NVYT trang phục đầy đủ: áo mũ, khẩu trang, tạp dề.	Tạo sự tin tưởng.	Gọn gàng, đúng tác phong.
<b>THỰC HIỆN</b>			
4	Nghe lại tim thai trước khi thực hiện bấm ối.	Xác định tình trạng tim thai.	Nhận định đúng.
5	Rửa tay, đi găng vô khuẩn.	Đảm bảo vô khuẩn.	Theo đúng quy trình (bảng kiểm riêng).
6	Sát trùng âm đạo, âm hộ, TSM.	Đảm bảo vô khuẩn.	Toàn bộ vùng âm đạo, môi nhỏ, môi lớn và TSM được sát khuẩn (theo đúng quy trình).
7	Dùng tay thuận đưa nhẹ nhàng vào âm đạo, khám và kiểm tra xem có sa dây rau trong bọc ối không.	Đánh giá tình trạng trước khi bấm ối, tránh biến chứng.	Nhận định được: loại đầu ối, ngôi thai và những yếu tố bất thường (nếu có).
8	Tay kia nhẹ nhàng đưa kim chọc ối	Đảm bảo đầu kim vào đầu	



	vào dưới sự hướng dẫn của ngón tay trong âm đạo.	ối, tránh gây tổn thương âm đạo, CTC.	
9	Xác định thời điểm bấm ối:  1. Nếu ối phòng, chọc ối ngoài cơn co; 2. Nếu ối dẹt, chờ có cơn co rồi chọc ối.	Đảm bảo tránh tổn thương thai nhi, tránh biến chứng sa dây rốn.	Xác định đúng thời điểm.
10	Thực hiện chọc ối nhẹ nhàng theo hướng dẫn của ngón tay trong.	Đảm bảo tránh tổn thương cho thai nhi.	Cho nước ối chảy ra từ từ, phối hợp 2 tay hướng ngòi thai chúc vào tiêu khung.
11	Rút kim chọc ối, dùng ngón tay trong xé rộng màng ối, khám kiểm tra sau bấm ối.	Nhận định tình trạng ối, phát hiện biến chứng.	Nhận định đúng tính chất ối, phát hiện được biến chứng (nếu có), nghe tim thai sau bấm ối
12	Nghe lại tim thai sau bấm ối.	Đánh giá sự thay đổi của tim thai sau bấm ối.	Nhận định được tim thai.
13	Thu dọn dụng cụ.	Kết thúc thủ thuật.	Đúng quy trình.
14	Ghi hồ sơ theo dõi/biểu đồ chuyên dạ và căn dặn sản phụ sau thủ thuật.	Quản lý theo dõi sau thủ thuật.	Chính xác, tỉ mỉ, chu đáo.

## 11. KHÁM THAI

### I. ĐẠI CƯƠNG

Khám thai là một trong những bước quan trọng nhằm để chẩn đoán xem có thai hay không, thực hiện công việc chăm sóc trước đẻ, giúp đỡ được sự tiến triển của thai nghén, phát hiện được những thai nghén có nguy cơ cao, hướng dẫn cho thai phụ những điều cần biết để tự chăm sóc khi có thai và sau khi sinh, hướng dẫn cho thai phụ đến nơi sinh an toàn nhất.

Theo quy định của Bộ y tế nước ta, mỗi thai phụ phải được khám thai ít nhất ba lần trong suốt thai kỳ. Lần thứ nhất cần khám trong vòng 12 tuần lễ đầu tiên (trung bình là tuần thứ 8), lần thứ hai từ tuần 13 đến tuần 27 (trung bình là tuần 24) và lần ba vào lúc thai từ 28 đến 40 tuần (trung bình ở tuần 32). Hiện nay ở các thành phố lớn nhiều thai phụ đã tự nguyện đi khám tới hàng chục lần, nhưng ở nông thôn và nhất là các vùng sâu, vùng xa nhiều thai phụ không được khám thai lần nào, Chỉ số bình quân số lần khám cho một thai phụ trong cả nước mới đạt 2,1 lần.

### II. MỤC ĐÍCH CỦA MỖI LẦN KHÁM THAI

#### 1. Lần thứ nhất

- Để xác định có thai hay không.
- Để phát hiện thai nghén bất thường và nguy cơ cao trong thai nghén.
- Để bàn bạc với thai phụ kế hoạch cụ thể về chăm sóc thai nghén lần này.
- Trường hợp thai ngoài ý muốn, giúp thai phụ hướng xử trí thích hợp và an toàn nhất.

#### 2. Lần thứ hai

- Để biết thai nghén phát triển có bình thường không.
- Để xem thai phụ có thích nghi được với tình trạng thai nghén không.
- Bổ sung những kiến thức và kỹ năng cần thiết cho thai phụ trong việc tự chăm sóc.
- Phát hiện các yếu tố nguy cơ xuất hiện trong thời kỳ thai nghén.

#### 3. Lần thứ ba

- Đánh giá tình trạng phát triển của thai, tiên lượng cuộc đẻ sắp tới.
- Phát hiện các yếu tố nguy cơ trong giai đoạn cuối thai kỳ.
- Chuẩn bị cho thai phụ kiến thức và công việc cần làm để sẵn sàng cho cuộc sinh sắp tới.
- Quyết định nơi sinh an toàn nhất cho thai phụ.

### III. CÁC BƯỚC THỰC HÀNH KHÁM THAI

Chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, do Bộ y tế ban hành năm 2002 đã qui định rõ khi khám thai cần thực hành đầy đủ chín bước như sau:

- Hỏi.

- Khám toàn thân (toàn trạng).
- Khám sản khoa.
- Xét nghiệm cần thiết (nước tiểu, máu).
- Tiêm hoặc hướng dẫn tiêm phòng uốn ván.
- Giáo dục sức khoẻ (truyền thông - tư vấn).
- Cung cấp thuốc thiết yếu (phòng thiếu máu, sốt rét, bấu cổ).
- Ghi chép sổ sách và phiếu khám.
- Kết luận và đề xuất phương hướng xử trí.

## 1. Hỏi

Hỏi là công việc rất quan trọng, giúp người thầy thuốc nắm bắt được những thông tin cần thiết từ phía thai phụ. Nhiều khi chưa cần khám, chỉ qua hỏi cũng đã phát hiện nhiều yếu tố nguy cơ trong thai nghén. Hỏi còn là sự giao tiếp tạo nên môi thiện cảm, thân mật với thai phụ, gây cho họ niềm tin vào sự chăm sóc, phục vụ của cán bộ y tế và do đó giúp họ dễ vượt qua những trở ngại, khó khăn, lo lắng cho thai nghén và sinh đẻ lần này.

**1.1. Hỏi về bản thân thai phụ và hoàn cảnh sinh sống:** Họ tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp (chú ý đến nghề nặng nhọc, nguy hiểm, độc hại), dân tộc, trình độ văn hoá, tôn giáo (nếu có), điều kiện sinh hoạt (kinh tế xung túc hay thuộc diện nghèo, đói), thói quen hay phong tục tập quán (ăn chay, ăn kiêng, nghiện thuốc lá, thuốc lá hay ma tuý, ở nhà hoặc ở nơi khuất nẻo không cho người lạ hoặc đàn ông có mặt...)

**1.2. Hỏi về tiền sử bệnh tật của thai phụ:** Có bệnh gì không. Nếu có thì mắc từ bao giờ. Có dùng thuốc gì không. Chú ý các bệnh phải điều trị tại bệnh viện, phải mổ, truyền máu, tai nạn, dị ứng (đặc biệt với thuốc gì nếu có). Chú ý hỏi để phát hiện các bệnh tiểu đường, tim mạch, bệnh gan, bệnh thận, lao, tâm thần, nội tiết.

**1.3. Hỏi về tiền sử bệnh tật của gia đình:** Gia đình thai phụ và gia đình chồng, nơi thai phụ đang sống chung. Cũng cần khai thác kỹ như trên, đặc biệt quan tâm đến chồng, bố mẹ chồng.

**1.4. Hỏi về kinh nguyệt:** Có kinh lần đầu năm bao nhiêu tuổi, chu kỳ bao nhiêu ngày, kéo dài bao nhiêu ngày, có đều hay không. Đặc biệt phải cố gắng khai thác được ngày bắt đầu có kinh lần cuối. Chú ý: rất nhiều người không nhớ ngay được ngày có kinh lần cuối, nên phải dò dẫm, gợi ý dần cho họ: ví dụ ngày chị thấy kinh lần đó có vào dịp gần tết, gần một sự kiện nào lớn trong xã hay trong gia đình, vào cuối tháng hay đầu tháng...Nhiều người lại cho biết tháng họ không còn kinh, chứ không phải là tháng có kinh cuối cùng. Cũng rất nhiều chị em, nhất là ở nông thôn chỉ nhớ theo ngày âm lịch.

**1.5. Hỏi về hôn nhân và gia đình:** lấy chồng từ năm bao nhiêu tuổi. Hôn nhân lần thứ mấy. Họ tên, tuổi, nghề nghiệp của chồng. Quan hệ vợ chồng có điều gì chưa tốt (ví dụ: vấn đề chung thủy với nhau, vấn đề bạo lực gia đình). ở nước ta còn rất khó khăn và chưa có thói quen để hỏi về tuổi bắt đầu hoạt động tình dục, có bạn tình hay không, nhiều hay ít và những vấn đề cụ thể khác về tình dục. Tuy nhiên nếu khai

thác được những vấn đề này cũng rất có giá trị trong công tác chăm sóc của người thầy thuốc đối với thai phụ.

**1.6. Hỏi về tiền sử sản khoa:** Số lần có thai, số lần đẻ (đủ tháng, thiếu tháng), số lần sảy, số con đẻ ra bị chết ngay hoặc chết những năm về sau. Có thể ghi lại tiền sử thai nghén dưới dạng một con số gồm 4 chữ số: số đầu tiên là số lần đẻ đủ tháng - số thứ hai là số lần đẻ thiếu tháng - số thứ ba là số lần sảy hay phá thai - số thứ tư là số con hiện còn sống (trên lâm sàng hay gọi là: Sinh - Sớm - Sảy - Sống).

Trong mỗi lần đẻ hay sảy thì tuổi thai lúc sự việc diễn ra là bao nhiêu. Khi đẻ dễ dàng hay khó khăn, có phải can thiệp không (nếu có cụ thể là gì), có tai biến gì trong lần sinh trước (băng huyết, chuyển dạ kéo dài, sau đẻ bị nhiễm khuẩn...).

**1.7. Hỏi về tiền sử phụ khoa:** Chú ý đến các bệnh phụ khoa đã từng được phát hiện, đã hay chưa được điều trị. Có phải dùng thuốc men hay can thiệp gì để có thai hay không.

**1.8. Hỏi về các biện pháp tránh thai đã dùng:** Biện pháp gì. Nếu phải thay thế biện pháp thì vì sao. Lần có thai này là chủ động hay do thất bại của biện pháp tránh thai.

**1.9. Hỏi về lần thai nghén này:** Xác định rõ ngày đầu kỳ kinh cuối. Các triệu chứng nghén. Ngày đầu thai máy, tình trạng thai đạp... Các dấu hiệu bất thường: ra máu, đau bụng, mệt mỏi, nhức đầu, hoa mắt ù tai...

Những vấn đề cần hỏi trên đây thường đã được in sẵn trong bệnh án sản khoa.

## **2. Khám toàn thân**

Bao gồm các công việc phải làm sau đây:

- Đo chiều cao (lần khám đầu): từ 144 cm trở xuống là yếu tố nguy cơ.

- Cân nặng: cho mỗi lần khám. Có thể hướng dẫn thai phụ tự theo dõi cân nặng ở nhà, hàng tháng hoặc hàng tuần: Đo lường chỉ số khối cơ thể (BMI) của người phụ nữ trước khi mang thai. Dựa trên chỉ số này, giới thiệu cho người phụ nữ những chỉ số tăng cần thường được khuyến cáo trong quá trình mang thai. Những phụ nữ thiếu cân cần tăng cân, và những phụ nữ thừa cân so với các chỉ số ở người phụ nữ cân nặng bình thường cần giảm cân. Chấm cân nặng của thai phụ lên biểu đồ trong mỗi lần khám thai để thể hiện sự thay đổi cân nặng theo nhóm chỉ số khối cơ thể (BMI). Những thai phụ nhẹ cân cần tăng 0,5kg mỗi tuần, những người có cân nặng bình thường cần tăng 0,4kg/tuần, và những người quá cân cần tăng 0,3kg/tuần.

- Đếm mạch: cho mỗi lần khám: mạch thai phụ có thể tăng trung bình 10 đến 15 nhịp/phút.

- Đo huyết áp (HA): cho mỗi lần khám. Bình thường, HA không biến đổi khi có thai. Nếu HA tâm thu (tối đa) tăng thêm 30 mmHg và HA tâm trương (tối thiểu) tăng thêm 15 mmHg so với HA đo được lúc tuổi thai dưới 20 tuần, thì phải coi là bị tăng HA. Trường hợp không được biết số đo HA từ trước, nếu số đo HA là 140/90 mmHg trở lên phải coi là bị tăng HA.

- Khám tim phổi: Nghe tim phổi phát hiện bệnh lý về tim mạch, bệnh lý về phổi: Sau khi khám lần đầu, nếu không có bệnh tim thì những lần sau không cần khám.

- Khám vú (kết hợp khi khám tim phổi). Nếu có bất thường gì về vú (u, cục) cần khuyên thai phụ đi khám thầy thuốc chuyên khoa. Nếu đầu vú tụt vào trong thì hướng dẫn thai phụ xoa nắn, nắn đầu vú hàng ngày để tạo điều kiện dễ dàng cho con bú sau sinh.

- Khám bụng: nắn bụng xem có u, cục gì bên trong. Nếu có cần gửi khám hội chẩn với thầy thuốc chuyên khoa.

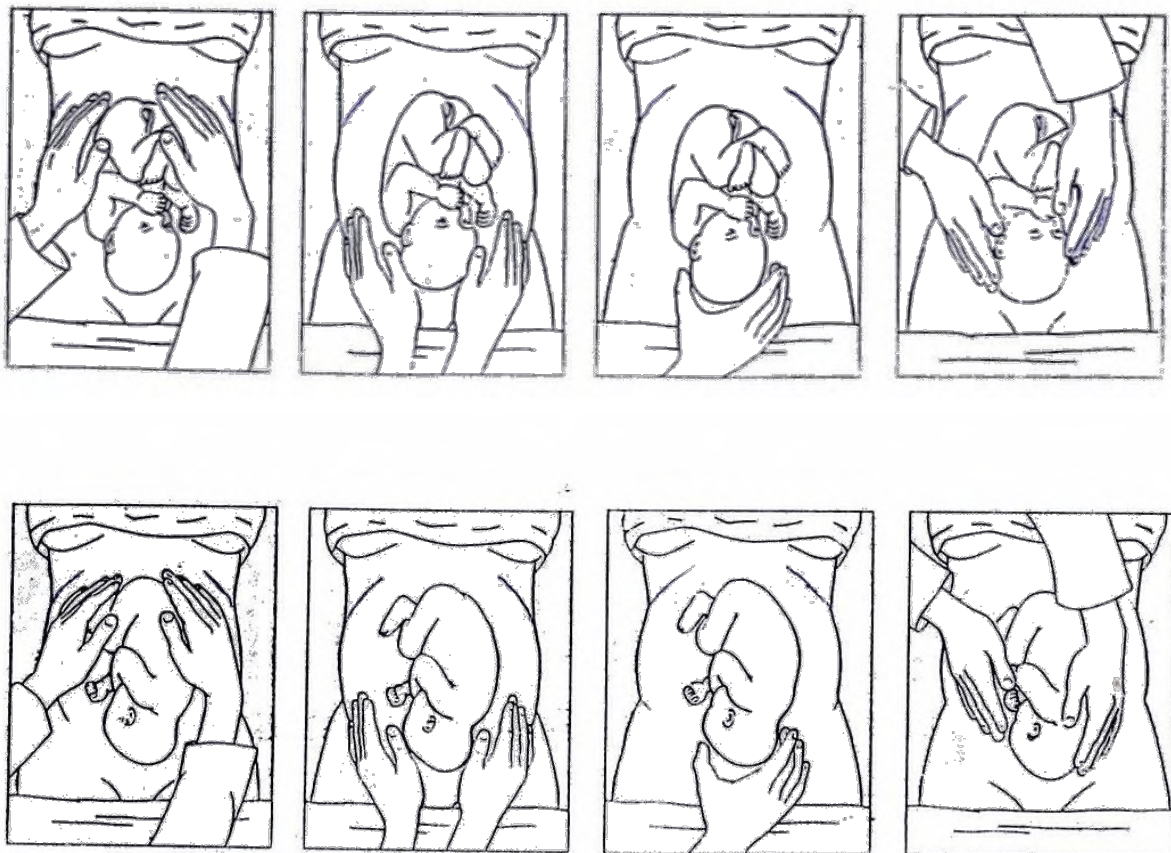
- Phát hiện các dấu hiệu bất thường: da xanh, niêm mạc nhợt, phù nề, (thiếu máu hoặc nhiễm độc thai nghén) tăng phản xạ đầu gối (tiền sản giật) cần điều trị thiếu máu bằng viên sắt/folic hoặc gửi thai phụ đi khám ở bệnh viện.

### 3. Khám sản khoa

- Quan sát bụng: hình dáng (hình trứng, hình tròn hay bè ngang), sọc mỡ.

- Nắn bụng tìm đáy tử cung.

- Đo chiều cao tử cung (đường thẳng từ xương mu đến đáy tử cung). Từ sau tháng thứ hai, tử cung cao trên mu 4 cm và sau đó mỗi tháng cao thêm 4 cm nữa. Đến khi đủ tháng, chiều cao tử cung trung bình 30-32 cm



Hình : Cách khám xác định các phần thai

- Đo vòng bụng (vòng chạy chung quanh bụng và lưng ở mức ngang rốn). Vòng bụng của người có thai đủ tháng trung bình 95 cm, có thể to hơn do béo, do thai to hoặc sinh đôi, đa ối.

- Đo khung xương chậu ngoài bằng thước đo khung chậu. Các số đo các đường kính (ĐK) của khung chậu một thai phụ bình thường trung bình như sau:

- + ĐK lưỡng gai (nối liền 2 gai chậu trước trên): 22,5 cm.
- + ĐK lưỡng mào (nối 2 điểm xa nhất của 2 mào chậu): 25,5 cm.
- + ĐK lưỡng ụ đùi (nối liền 2 ụ to của xương đùi): 27,5 cm.
- + ĐK trước sau (từ mặt trước xương mu đến mỏm gai đốt thắt lưng 5): 17,5 cm.
- + ĐK lưỡng ụ ngồi (của eo dưới) 11 cm.
- + ĐK cụt hạ mu (của eo dưới): 9 cm.
- + ĐK cùng hạ mu (đường kính thực dụng của eo dưới): 11 cm.

- Nắn bụng để xác định các phần của thai nhi: đầu, các bướu của đầu, lưng, mỏm vai, các chi. (Hình vẽ về các động tác sờ nắn thai qua thành bụng)

- Đánh giá mức độ tiến triển của ngôi thai (cao, chúc, chật hay đã lọt).
- Nghe tim thai.

Tuỳ theo tuổi thai mà phần khám sản trong mỗi lần khám có thể thay đổi: ví dụ khi khám ở tuổi thai còn nhỏ (3-4 tháng) thì chưa thể nghe được tim thai, không cần đo chiều cao tử cung và vòng bụng, mà chỉ cần nắn tìm đáy tử cung là đủ. Chỉ những tháng cuối mới khám nắn kỹ các phần thai, để chẩn đoán ngôi, thế và đánh giá mức độ cao thấp của ngôi thai.

Việc thăm âm đạo để chẩn đoán thai nghén trong những tháng đầu tiên không đặt ra, vì với các phương tiện hiện có để chẩn đoán thai nghén, việc này không cần thiết, thực hiện hàng loạt có thể dễ gây nhiễm khuẩn hoặc gây sảy thai nếu thực hành thô bạo.

#### **4. Xét nghiệm cần thiết**

##### **4.1. Xét nghiệm nước tiểu:**

- Xét nghiệm bắt buộc phải thực hiện mỗi lần khám thai là xét nghiệm nước tiểu để tìm protein. Có thể thực hiện xét nghiệm này bằng phương pháp đốt nóng hoặc bằng giấy thử, hoặc bằng máy xét nghiệm sinh hóa nước tiểu

##### **4.2. Xét nghiệm máu:**

- Công thức máu
- HIV, HbsAg, HCV và các xét nghiệm vi sinh khác (nếu cần)
- Sinh hoá: Đường máu, các xét nghiệm khác (Nếu cần)

##### **4.3. Các xét nghiệm sàng lọc**

- Làm 3 xét nghiệm sàng lọc để phát hiện những bất thường nhiễm sắc thể (AFP,  $\beta$ hCG, Estriol ở giai đoạn giữa 15 và 20 tuần thai);

##### **4.4: Chẩn đoán hình ảnh Siêu âm:**

**4.4.1. Ba tháng đầu của thai kỳ (khoảng 5 tuần đến 13 tuần 6 ngày) siêu âm có thể được thực hiện để:**

- Xác nhận bạn đã mang thai
- Xác định có tim thai
- Xác định số lượng thai, bánh nhau, túi ối (trong trường hợp đa thai)
- Xác định tuổi thai và ước tính ngày dự sinh
- Chẩn đoán thai ngoài tử cung hoặc sảy thai
- Đánh giá sự phát triển tương ứng với tuổi thai hay có bất thường thai nhi ở giai đoạn sớm thai kỳ
- Khảo sát hình thái học thai nhi giai đoạn I
- Đánh giá tử cung, phần phụ của mẹ

**\*\*\* Một số lưu ý của siêu âm trong quý đầu của thai kỳ:**

*Lần siêu âm đầu tiên của thai kỳ được tiến hành vào tuổi thai 11 tuần 6 ngày đến 13 tuần 6 ngày. Những xét nghiệm khi thai 12 tuần giúp bác sĩ xác định tuổi thai một cách chính xác nhất. Quan trọng hơn cả, giai đoạn này bác sĩ có thể quan sát độ mờ da gáy thông qua siêu âm, qua đó giúp phát hiện sớm những bất thường nhiễm sắc thể (bệnh Down, dị tật chi, thoát vị cơ hoành, ...). Nếu bỏ lỡ thời điểm này việc xác định độ mờ da gáy không còn chính xác nữa.*

**4.4.2. Ba tháng giữa của thai kỳ với một lần siêu âm quan trọng 20-25 tuần:**

- Theo dõi sự phát triển với từng tuổi thai
- Siêu âm 4D hình thái học thai nhi giai đoạn II
- Đo chiều dài kênh cổ tử cung...

**\*\*\* Một số lưu ý của siêu âm trong quý II của thai kỳ:**

*Thời điểm này những cơ quan bên trong thai nhi đã hình thành đầy đủ, khi quan sát hình ảnh thu được từ siêu âm, các bác sĩ sẽ biết được các cơ quan đó có phát triển bình thường hay không. Các cột sống, hộp sọ, não, tim, phổi, thận, tay chân, bánh rau, dây rốn của thai nhi ở thời kỳ này đều có thể được nhìn thấy. Ngoài ra, bác sĩ có thể phát hiện các bất thường về hình thái của thai như dị dạng cơ quan nội tạng, sứt môi, hở hàm ếch. **Siêu âm thai** ở giai đoạn này rất quan trọng vì nếu cần đình chỉ thai nghén thì phải làm trước tuần thứ 28.*

**4.4.3. Ba tháng cuối của thai kỳ (sau 28 tuần đến trước khi sinh) siêu âm có thể được thực hiện để:**

- Theo dõi sự phát triển với từng tuổi thai
- Đánh giá hình thái học thai nhi giúp phát hiện các dị tật thai nhi có thể mắc phải
- Đánh giá tình trạng nhau thai, nước ối để kiểm tra các vấn đề như nhau tiền đạo, nhau bong non, nhau bám màng, bánh nhau phụ... hay thiếu ối, đa ối...
- Chẩn đoán các vấn đề với buồng trứng hoặc tử cung

**\*\*\* Một số lưu ý của siêu âm trong quý III của thai kỳ:**

Lần siêu âm này thực hiện khi thai được 30 - 32 tuần, giúp đánh giá sự tăng trưởng của thai, phát hiện một số vấn đề hình thái xảy ra muộn như bất thường ở động mạch, tim, não của thai nhi 32 tuần. Ngoài ra còn giúp bác sĩ nhận biết tình trạng phát triển chậm trong tử cung - đây là nguyên nhân gây suy thai và ngạt sau sinh.

Tuy nhiên các dị tật phát hiện vào thời điểm này đã muộn, không thể can thiệp nhưng bác sĩ có thể tìm ra cách xử trí phù hợp khi sinh và chuẩn bị cho việc chăm sóc, chữa bệnh cho trẻ kịp thời sau đó.

Ngoài 3 lần siêu âm quan trọng này, nếu trong thai kỳ có bất cứ dấu hiệu bất thường nào, thai phụ phải đến ngay cơ sở y tế chuyên khoa để khám và xử trí kịp thời.

## **5. Tiêm hoặc hướng dẫn tiêm phòng uốn ván**

Ngay từ lần khám đầu tiên phải thăm dò thai phụ xem họ đã được miễn dịch uốn ván ở mức nào, để có kế hoạch tiêm bổ sung hay tiêm mới hoàn toàn theo các chỉ dẫn sau:

- Nếu thai phụ chưa được tiêm mũi phòng uốn ván nào, thì phải tiêm cho họ hai mũi, cách nhau 1 tháng, mũi 2 phải tiêm trước thời gian dự kiến đẻ ít nhất 30 ngày. Trường hợp thai phụ được đăng ký thai sớm thì có thể tiêm mũi 1 vào bất cứ tháng nào. Tuy nhiên, nên tiêm các mũi vào tháng thứ 4 và thứ 5 hoặc tháng thứ 5 và tháng thứ 6.

- Nếu thai phụ đã được tiêm 2 mũi (lần sinh trước đây) hay lần có thai này đã được tiêm một mũi, thì hướng dẫn cho thai phụ tiêm thêm một mũi nữa.

- Nếu khi còn nhỏ, thai phụ đã được tiêm chủng mở rộng với ba mũi tiêm phòng uốn ván, thì cũng hướng dẫn tiêm thêm một mũi.

- Nếu thai phụ đã tiêm phòng uốn ván được tới ba hay bốn mũi và mũi cuối cùng đã trên một năm, thì cũng hướng dẫn tiêm 1 mũi.

- Nếu thai phụ đã tiêm đủ 5 mũi theo lịch tiêm chủng mở rộng nhưng mũi cuối cùng đã quá 10 năm, cũng nên khuyên tiêm thêm một mũi.

## **6. Giáo dục sức khỏe**

Giáo dục sức khỏe cần được thực hiện trong mọi lần khám thai. Người thầy thuốc cần chủ động trao đổi với thai phụ (truyền thông) hoặc sẵn sàng, vui vẻ trả lời, giải thích cho thai phụ những điều họ hỏi (tư vấn). Nội dung và cách thức giáo dục sức khỏe dựa trên tình trạng thai phụ, tình trạng thai nhi, thời điểm khám thai, các xét nghiệm cận lâm sàng và điều kiện thực tế của từng thai phụ.

### **\* Nửa đầu thời kỳ thai nghén**

- Tư vấn di truyền.

- Tư vấn về dinh dưỡng ăn đầy đủ chất dinh dưỡng, tăng 1/3 khẩu phần ăn so với trước khi có thai. Uống nhiều nước, ít nhất 2 l/ngày.

- Bổ sung 800mcg acid folic mỗi ngày ít nhất tới 13 tuần thai. Dùng vitamin tổng hợp hàng ngày, đặc biệt đối với trường hợp đa thai, những người theo chế độ ăn chay, người hút thuốc lá hoặc ăn uống thiếu chất.

- Không hút thuốc lá, không uống rượu.



- Dùng thuốc chữa bệnh phải theo hướng dẫn của bác sĩ chuyên khoa.
- Tư vấn nghỉ ngơi và ngủ ít nhất 8 giờ/ ngày, lao động và làm việc nhẹ nhàng.
- Tư vấn các hành vi sinh hoạt

### \* **Giai đoạn nửa sau thời kỳ thai nghén**

Chú ý các dấu hiệu và triệu chứng đe dọa chuyển dạ sớm; các vấn đề liên quan tới gia đình/ hỗ trợ xã hội/ hỗ trợ của người chồng, bạn đời

- Kế hoạch hoá gia đình sau khi sinh, tư vấn triệt sản; đếm cử động của thai nhi (ít nhất 5 lần trong một giờ, nếu cử động thai yếu cần đi khám); các vấn đề liên quan tới công việc của bà mẹ; sự phát triển của thai nhi.

- Đi lại (nên tránh di chuyển, đi lại bằng đường hàng không/ đi lại khoảng cách xa sau 32 tuần thai);

- Các vấn đề liên quan tới lao động và sinh nở, sự sợ hãi; các dấu hiệu đe dọa của tiền sản giật (đau đầu, nhìn mờ, đau vùng thượng vị - trường hợp này cần có các thăm khám y tế phù hợp, kịp thời).

- Các vấn đề sau đẻ; các vấn đề chăm sóc trẻ sơ sinh, các triệu chứng trong giai đoạn sau của thai kỳ; tránh thai sau đẻ; đến cơ sở y tế khi xuất hiện các dấu hiệu/ triệu chứng chuyển dạ, v.v.

- Tiêm phòng sau sinh; biết cách hồi sức cho trẻ; quản lý sau sinh, các vấn đề liên quan tới chuyển dạ và sinh đẻ.

### **7. Cung cấp thuốc thiết yếu**

- ở vùng có bệnh sốt rét lưu hành, thuốc phòng sốt rét cần được cấp cho thai phụ theo phác đồ của ngành sốt rét.

- Thuốc có i ốt cần được cung cấp cho các vùng có bướu cổ lưu hành nặng, theo phác đồ của ngành phòng chống thiếu i ốt.

- Acid folic: về nguyên tắc, những phụ nữ có khả năng có thai nên tiêu thụ ít nhất 0,4mg acid folic/ngày từ bữa ăn thường hoặc thức ăn bổ sung. Những bà mẹ có tiền sử thai nghén bị ảnh hưởng bởi những dị tật ống thần kinh cần bổ sung 4 mg acid folic trong 1 tháng trước khi có thai và tiếp tục trong suốt 3 tháng đầu của quá trình mang thai.

- Sử dụng các loại vitamin tổng hợp: việc sử dụng vitamin tổng hợp hàng ngày hiện đang có nhiều ý kiến khác nhau, mặc dù cho tới nay hầu như chưa có bằng chứng nào cho thấy việc sử dụng này có thể gây nguy cơ nghiêm trọng cho người dùng. Các bà mẹ nên tránh sử dụng liều lượng vitamin cao hơn mức cho phép trong quá trình mang thai. Riêng việc sử dụng vitamin A với liều cao (trên 15.000 IU/ngày) có liên quan tới việc tăng nguy cơ gây các dị dạng cho thai nhi.

- Để phòng ngừa thiếu máu cho mẹ và thai, cần cung cấp cho tất cả thai phụ viên sắt/folic để uống trong suốt thời kỳ mang thai cho đến sau đẻ một tháng. Nếu bị thiếu máu thì cần điều trị cũng bằng viên sắt/folic, nhưng với liều cao hơn. Quá trình loãng máu sinh lý trong quá trình mang thai giảm nồng độ hemoglobin. Theo khuyến cáo của Viện Y học, tất cả các phụ nữ khi mang thai cần bổ sung 30 mg sắt hàng ngày trong 3 tháng giữa và 3 tháng cuối của thời kỳ thai nghén. Nếu phát hiện thiếu

máu thiếu sắt, người phụ nữ cần bổ sung 60-120 mg sắt hàng ngày. Những phụ nữ đang sử dụng sắt với liều điều trị cũng cần bổ sung vào thức ăn hàng ngày 15mg kẽm và 2mg đồng.

## 8. Quản lý thai nghén, ghi chép sổ sách và phiếu khám

- Ghi sổ khám thai.
- Ghi phiếu khám thai: 2 bản, 1 cho thai phụ và 1 để lưu ở cơ sở y tế.
- Lưu phiếu khám hay phiếu hẹn vào ô hay túi có tên tháng sẽ hẹn thai phụ khám lần sau.
- Lập “tôm” để dán lên bảng theo dõi quản lý thai vào ô có tháng dự kiến đẻ của thai phụ, ngay từ lần khám đầu tiên. Nội dung ghi trên tôm: Họ tên/ Tuổi/ Tiền sử thai nghén/ Số đăng ký thai/ KCC/ Ngày dự kiến đẻ

Họ và tên: .....	Tuổi: .....
PARA: .....	SĐK .....
KCC .....	DKĐ .....

## 9. Kết luận và đề xuất phương hướng xử trí

- Trường hợp thai nghén phát triển bình thường: Nói cho thai phụ biết kết quả và động viên họ thực hiện tốt tự chăm sóc, hẹn khám định kỳ lần sau.
- Nếu có vấn đề phát hiện được trong khi khám, cần theo dõi hoặc cấp thuốc chữa ngoại trú, thì hẹn khám lại sau một vài ngày.
- Nếu phát hiện có yếu tố nguy cơ cao, cần thiết được theo dõi ở tuyến trên: thảo luận với thai phụ và gửi lên khám ở bệnh viện.
- Dự kiến ngày sinh, thông báo cho thai phụ biết. Nếu thai đã gần đủ tháng thì lựa chọn nơi đẻ an toàn nhất và thông báo, thuyết phục thai phụ chấp nhận và chuẩn bị sẵn các điều kiện cần thiết cho cuộc sinh sắp tới.

### Tài liệu tham khảo

*Bài giảng sản phụ khoa - Bộ môn Phụ sản Tr- ờng Đại học Y Hà nội 2001*

*Bài giảng sản phụ khoa - Bộ môn Phụ sản Tr- ờng Đại học Y Thành Phố Hồ Chí Minh 2000*

*Lâm sàng sản phụ khoa NXB Y học- Hà nội 1998*

*Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ sinh sản -Bộ Y tế - 2002*

## 12. KHÂU PHỤC HỒI RÁCH ÂM ĐẠO

### I. ĐẠI CƯƠNG

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

- Rách âm đạo ở mức thấp: là loại rách ở 1/3 dưới âm đạo, thường kèm theo rách âm hộ và tầng sinh môn.

- Rách âm đạo ở phần giữa: ít gặp hơn, tổn thương nặng, chảy máu nhiều hơn và khó phát hiện nếu không bộc lộ rõ.

- Rách âm đạo cao: là rách ở 1/3 trên âm đạo, ít gặp thường kèm theo rách cùng đồ.

- Rách âm đạo nếu không được phát hiện xử trí kịp thời có thể gây mất máu cấp, gây choáng và có khi tử vong.

#### 2) Triệu chứng

- Ra máu âm đạo nhiều hay ít tùy theo tổn thương.

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

### II. CHỈ ĐỊNH

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

### III. CHUẨN BỊ

#### 1. Người thực hiện

- Tùy theo mức độ rách nông, rách sâu, rách ở ngoài, ở giữa hay ở trong.

- Rách ở 1/3 ngoài, rách nông: NHS có kinh nghiệm, BS sản khoa hoặc bác sĩ đa khoa được tập huấn.

- Rách 1/3 ngoài, rách sâu, rách ở giữa, rách 1/3 trên: nữ hộ sinh có kinh nghiệm hoặc bác sĩ sản khoa phụ, hoặc bác sĩ đa khoa được đào tạo có chứng chỉ.

#### 2. Phương tiện

- 2 van âm đạo

- 2 panh hình tim cặp CTC

- 1 panh sát trùng

- 1 kéo thẳng đầu tù, sắc

- 1 panh cặp kim

- 1 panh đỡ kim

- 1 cốc đựng dung dịch sát trùng

- 1 đến 2 sợi chỉ vicryl số 1
- 1 bơm tiêm 10ml
- 20ml dung dịch polydin hoặc polyvidin.

### **3. Người bệnh**

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

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

### **IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Sát trùng âm đạo TSM, thông tiêu, người phụ giữ van bộc lộ âm đạo.
- Giảm đau bằng gây tê tại chỗ Lidocain 2% 2ml +3ml nước cất (trừ khi thai phụ đã được gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong và sau đẻ).
- Khâu lại vết rách.
- + Khâu từ trên xuống dưới.
- + Khâu 1 lớp khâu vắt (bằng chỉ vicryl hay chỉ tự tiêu khác) nếu rách nông.
- + Khâu nhiều lớp, khâu mũi rời bằng chỉ tự tiêu nếu rách sâu, phức tạp. Lớp trên khâu chồng lên lớp dưới để tránh máu tụ, lớp dưới phải khâu sâu đảm bảo vừa sát qua đáy của tổn thương để đề phòng máu tụ mà lại không vào trực tràng.
- + Sát trùng âm đạo sau khi khâu xong.
- + Cho 1 ngón tay vào hậu môn kiểm tra xem có khâu vào trực tràng không, nếu có phải cắt chỉ khâu lại.
- + Sát trùng hậu môn.

### **V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp.
- Theo dõi chảy máu âm đạo: nếu chảy máu phải kiểm tra khâu lại.
- Theo dõi tụ máu: có khối máu tụ, thai phụ thường tức vùng âm đạo, có cảm giác chèn ở vùng hậu môn trực tràng và có cảm giác mót rặn. Kiểm tra âm đạo và cắt chỉ lấy hết máu tụ, khâu lại cho hết phần đáy, khâu mũi rời nhiều lớp tránh để khe hở.
- Theo dõi lượng máu mất và các xét nghiệm hồng cầu, hemoglobin khi cần thiết phải truyền máu.
- Dùng kháng sinh 5 ngày sau khi khâu.

## 13. KHÂU RÁCH CỔ TỬ CUNG

### I. ĐẠI CƯƠNG

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

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

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

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

### II. NGUYÊN NHÂN

- CTC xơ cứng do có sẹo, do rách cũ, mổ cắt đứt CTC, viêm nhiễm CTC đã đốt điện nhiều lần.

- CTC phù nề do chuyển dạ lâu, thăm khám nhiều lần.

- Rặn quá sớm khi CTC chưa mở hết, đầu chưa lọt.

- Sau khi làm thủ thuật bóc xé, giác hút...

### III. TRIỆU CHỨNG, CHẨN ĐOÁN

- Chảy máu ít hay nhiều tùy theo thương tổn rách.

- Tử cung vẫn co tốt.

- Cần dùng 2 van âm đạo bộc lộ rõ âm đạo, CTC. Dùng 2 kẹp hình tim cặp từng phần CTC để phát hiện tổn thương giữa 2 cặp, đánh giá tất cả các vết rách để xử trí kịp thời có hiệu quả.

### IV. CHỈ ĐỊNH

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

### V. CHUẨN BỊ

#### 1. Người thực hiện

Một Bác sĩ sản khoa hoặc bác sĩ đa khoa được đào tạo, có kinh nghiệm, 1 nữ hộ sinh có kinh nghiệm phụ.

#### 2. Phương tiện

- 2 van âm đạo

- 2 panh hình tim cặp CTC

- 1 panh sát trùng

- 1 kéo thẳng đầu tù, sắc

- 1 panh cặp kim

- 1 panh đỡ kim

- 1 cốc đựng dung dịch sát trùng
- 1 đến hai sợi chỉ vicryl số 1
- 1 bơm tiêm 10ml
- 20ml dung dịch polydin hoặc polyvidin.

### **3. Người bệnh**

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

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

## **VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

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

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

## **VII. THEO DÕI**

- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp.
- Theo dõi chảy máu: nếu chảy máu phải kiểm tra kỹ khâu lại.
- Theo dõi lượng máu mất, các xét nghiệm hồng cầu, hemoglobin, khi cần thiết phải truyền máu.
- Dùng kháng sinh 5 ngày sau khi khâu.

## **14. NẠO SÓT RAU, SÓT THAI SAU SẤY, SAU ĐẼ**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH,**

Thai sắp sảy, cổ tử cung xóa gần hết

Thai đang sảy, chảy máu

Thai đã sảy, nhưng đang chảy máu, cổ tử cung còn mở

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Sảy thai nhiễm khuẩn (chỉ nạo khi đã điều trị kháng sinh )

Sảy thai băng huyết, tụt huyết áp (phải hồi sức tích cực, vừa hồi sức vừa nạo)

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản hoặc bác sỹ đa khoa được tập huấn, 01 nữ hộ sinh phụ

Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn Giải thích cho người bệnh yên tâm điều trị

Phương tiện, thuốc giảm đau và hồi sức

Bộ nạo sảy 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

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 sảy thai, tư thế tử cung và độ mở của cổ tử cung. Xác định lượng máu mất để chuẩn bị hồi sức

### **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 gấp thai và nhau

Nạo kiểm tra bằng thìa cùn đủ 2 mặt trước sau, đáy, 2 bờ và 2 sừng tử cung

Tiêm Oxytocin vào cổ tử cung nếu tử cung co kém, chảy máu

Đo lại buồng tử cung bằng thước đo

Sát khuẩn âm đạo và cổ tử cung Lấy tổ chức nạo thử giải phẫu bệnh

Viết hồ sơ bệnh án, cho đơn kháng sinh, dặn người bệnh khám lại nếu có gì bất thường

## **VI. THEO DÕI**

Toàn trạng, mạch, huyết áp, đau bụng, huyết âm đạo Thời gian 01 giờ Dặn dò các triệu chứng có thể xảy ra

Hẹn tái khám: 7-10 ngày sau hoặc khi có triệu chứng bất thường phải đi khám ngay

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

## **VII. TAI BIẾN**

Thủng tử cung

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

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

### **2. Chảy máu**

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

### **3. Sốc vagal**

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

### **4. Nhiễm khuẩn**

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



## 15. NẠO SẦY THAI

### I. ĐẠI CƯƠNG

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

### II. CHỈ ĐỊNH,

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

### III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

### IV. CHUẨN BỊ

#### 1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản, hoặc bác sỹ đa khoa được tập huấn, 01 nữ hộ sinh phụ

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

#### 2. Phương tiện, thuốc giảm đau và hồi sức

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

#### 3. Người bệnh

- Hỏi bệnh, khám toàn thân: đếm mạch, cặp nhiệt độ, đo huyết áp, nghe tim phổi, phát hiện những bệnh lý nội khoa kèm theo.

- Cho nằm tư thế phụ khoa.

- Khám xác định tuổi thai, tình trạng sảy thai, tư thế tử cung và độ mở của cổ tử cung. Xác định lượng máu mất để chuẩn bị hồi sức.

### V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Sát khuẩn âm hộ, vùng tầng sinh môn
- Sát khuẩn âm đạo, cổ tử cung
- Trải khăn vô khuẩn dưới mông, trên bụng và hai bên đùi
- Đeo găng vô khuẩn
- Thông tiểu nếu cần
- Đặt van, bộc lộ âm đạo, cổ tử cung
- Dùng kẹp Pozzi cặp cổ tử cung (tùy 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 gấp thai và nhau
- Nạo kiểm tra bằng thìa cùn đủ 2 mặt trước sau, đáy, 2 bờ và 2 sừng tử cung
- Tiêm Oxytoxin vào cổ tử cung nếu tử cung co kém, chảy máu
- Đo lại buồng tử cung bằng thước đo
- Sát khuẩn âm đạo và cổ tử cung.
- Lấy tổ chức nạo thử giải phẫu bệnh
- Viết hồ sơ bệnh án, cho đơn kháng sinh, dặn người bệnh khám lại nếu có gì bất thường

## **VI. THEO DÕI**

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

## **VII. TAI BIẾN**

### **1. Thủng tử cung**

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

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

### **2. Chảy máu**

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

### **3. Sốc vagal**

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

### **4. Nhiễm khuẩn**

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

## **Chương II. PHỤ KHOA**

### **1. TRÍCH RẠCH MÀNG TRINH DO Ứ MÁU KINH**

#### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

Chỗ tiếp giáp đoạn gặp nhau của 2 ống Muller với xoang niệu sinh dục là vị trí sau này của màng trinh. Màng trinh tự tiêu đi một phần để mở thông âm đạo, Nếu nó tồn tại nguyên vẹn, màng trinh sẽ không thủng, âm đạo sẽ bị bịt kín Màng trinh không thủng gây ra đau bụng do bế kinh âm đạo- tử cung ở trẻ gái tuổi dậy thì. Máu kinh không thoát ra được sẽ hãm lên vòi trứng có thể vỡ ra do căng quá mức, khiến bệnh nhân không thể có thai. Ngoài ra sự ứ đọng máu kinh còn tạo điều kiện cho vi khuẩn phát triển, gây viêm nhiễm tử cung vòi trứng sau đó vỡ ra gây viêm phúc mạc.

#### **II. CHỈ ĐỊNH:**

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

#### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:**

Đang có viêm nhiễm cấp tính vùng âm hộ

#### **IV. KỸ THUẬT TRÍCH RẠCH MÀNG TRINH:**

##### **1. Chuẩn bị trước phẫu thuật:**

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

##### **2. Tiến hành:**

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

##### **3. Điều trị sau phẫu thuật:**

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

## **V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:**

### **1.Theo dõi:**

-Bế máu kinh ở ống dẫn trứng: vẫn còn đau bụng, khối ở bụng dưới => theo dõi  
can thiệp ít khi phẫu thuật

-Viêm phúc mạc tiêu khung do máu thoát vào ổ bụng => can thiệp phẫu thuật  
-Bế kinh tái phát do màng trinh bất => phẫu thuật rạch màng trinh lại.

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

## **2. HÚT BUỒNG TỬ CUNG DO RONG KINH RONG HUYẾT**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

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

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người bệnh**

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

#### **2. Dụng cụ và vật tư tiêu hao**

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

### **3. Người thực hiện**

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

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

### **VI. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH SAU HÚT 3 GIỜ**

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

### **VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

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

- Thủng tử cung: mổ cấp cứu

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

### **3. CHÍCH ÁP XE VÚ**

#### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

#### **II. CHỈ ĐỊNH**

Các áp xe đã thành mủ.

#### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Khối viêm đỏ chưa thành mủ

#### **IV. CHUẨN BỊ**

##### **1. Phương tiện**

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

##### **2. Người bệnh**

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

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

- Người bệnh cởi bỏ áo
- Tư thế nằm ngửa duỗi thẳng

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

#### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

##### **➤ Thì 1.**

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

##### **➤ Thì 2.**

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

##### **➤ Thì 3.**

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

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

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

## **VI. THEO DÕI**

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

- Theo dõi chảy máu tại vết rạch.

## **VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

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

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



## 4. KHÁM PHỤ KHOA

### I. MỤC TIÊU

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

### II. NỘI DUNG

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

#### 1. Chuẩn bị dụng cụ và bệnh nhân

- Dụng cụ:
  - + Bàn khám phụ khoa;
  - + Đèn chiếu để soi trong âm đạo và CTC;
  - + Mỏ vịt, kim cặp bông, kim sinh thiết, thước đo buồng TC, kim Pozzi;
  - + Bông thấm nước, gạc, găng tay vô khuẩn;
  - + Dầu parafin, dung dịch acid acetic 3%, dung dịch lugol 3%, thuốc sát khuẩn thông thường;
  - + Nếu ở phòng khám hiện đại thì phải có máy soi CTC.
- BN phải được đi tiểu trước, nếu táo bón thì phải thụt tháo, nếu không tự đi tiểu được thì phải thông tiểu trước khi khám;
- Để giúp cho BN yên tâm khi khám, nếu thầy thuốc là nam giới cần tôn trọng quy tắc khám ba người: thầy thuốc, BN và một y tá hoặc hộ lý.

#### 2. Cách khám

##### 2.1. Hỏi

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

##### 2.2. Nhìn

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

### 2.3. Sờ nắn ngoài

Theo nguyên tắc khám bụng ngoài khoa, chú ý vùng bụng dưới để phát hiện u cục.

Khám hạch bẹn 2 bên xem có sưng nề.

### 2.4. Khám bằng mỏ vịt

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

#### 2.4.1. Cách đặt mỏ vịt:

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

#### 2.4.2. Quan sát qua mỏ vịt:

Nhìn thấy niêm mạc âm đạo màu hồng, có một ít niêm dịch. Nếu bị viêm nhiễm thì niêm mạc âm đạo đỏ, có nhiều khí hư. Tùy theo nguyên nhân gây viêm âm đạo và tính chất khí hư có thể khác nhau: khí hư đặc trắng như bột, khí hư loãng có bọt hay khí hư như mũ. Ở âm đạo còn có thể thấy những tổn thương viêm loét, lộ tuyến. Ngoài ra còn có thể có dị tật bẩm sinh như vách ngăn dọc hoặc ngang, những chấn thương do đẻ như vết rách cũ của CTC.

Nhìn qua mỏ vịt thấy được 2 mép CTC, bình thường thì mặt ngoài CTC nhẵn, màu hồng nhạt, khi có thai màu hơi tím. Nếu có tổn thương thì mặt ngoài lấm tẩm nhỏ, còn có thể thấy nang Naboth hoặc những polip xuất phát từ cổ hay từ buồng TC.

**2.4.3. Quang sát :** Sau khi quan sát kỹ âm đạo và CTC, dùng bông thấm nước lau sạch khí hư, sau đó bôi acid acetic 3% để làm chứng nghiệm Hinselmann, acid acetic chỉ có tác dụng trong khoảng 1 - 2 phút, do đó có thể bôi acid acetic 2 - 3 lần vào CTC để xem rõ tổn thương. Sau khi bôi acid acetic thì vùng tổn thương loét sẽ rớm máu, còn vùng lộ tuyến sẽ thấy se trắng lại, chế tiết sẽ kết tủa, nhìn tổn thương sẽ rõ hơn. Sau đó dùng bông thấm nước bôi lugol 3% vào CTC để làm chứng nghiệm Schiller, iod trong dung dịch lugol tác dụng với glycogen có nhiều ở các tế bào lớp giữa và lớp bề mặt của biểu mô lát tầng CTC và âm đạo tạo ra một màu nâu thẫm. Nếu toàn bộ CTC có màu nâu thẫm là biểu mô lát bình thường, gọi là chứng nghiệm Schiller âm tính. Nếu có điều kiện soi CTC để phát hiện các tổn thương nghi ngờ.

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

## **2.5. Thăm âm đạo kết hợp với nắn bụng**

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

### **2.5.1. Cách khám**

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

### **2.5.2. Nhận định kết quả**

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

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

## **2.6. Gõ**

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

## **2.7. Nghe**

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

## **2.8. Đo buồng tử cung**

Trong một số trường hợp như u xơ TC, sa sinh dục, thì dùng thước đo buồng TC để thăm dò. Phải sát khuẩn âm hộ, âm đạo, CTC kỹ trước khi đo. Đưa thước đo từ từ vào buồng TC, theo tư thế ngả trước hay sau của TC. Khi qua eo TC thường khó khăn, phải đẩy mạnh thước mới qua được. Đo CTC trước rồi đẩy thước vào chạm tới đáy để đo thân TC. Bình thường buồng CTC dài 2,5 - 3cm và thân 4cm.

## **CHƯƠNG III SƠ SINH**

### **1. TẮM SƠ SINH**

#### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

#### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Trẻ sơ sinh có sức khỏe ổn định: sau đẻ 6 giờ
- Trẻ sơ sinh có mẹ HIV: tắm ngay sau khi sinh

#### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Trẻ dưới 6 giờ đầu sau đẻ.
- Trẻ mắc bệnh nặng đang cần bất động, chăm sóc tại chỗ

#### **IV. CHUẨN BỊ**

##### **1. Người thực hiện**

Điều dưỡng, nữ hộ sinh

##### **2. Phương tiện**

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

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

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

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

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

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

- Băng; cồn, dung dịch betadin nếu rốn chưa rụng.

##### **3. Trẻ sơ sinh**

- Tình trạng ổn định.

- Tắm trước bữa ăn.

##### **4. Hồ sơ bệnh án**

- Ghi ngày giờ trẻ được tắm.

- Tình trạng trước, sau khi tắm.

#### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

##### **1. Nguyên tắc**

- Rửa tay trước khi tắm cho mỗi trẻ.

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

- Trình tự tắm: vùng sạch trước, vùng bẩn sau.
- Chỉ nên đặt trẻ vào chậu nước khi rốn đã rụng.
- Tránh làm ướt da vùng đang lưu kim, vết mổ.
- Dụng cụ sạch dành riêng cho mỗi trẻ.

## 2. Các bước tắm

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

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

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

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

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

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

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

- Tắm cổ, nách, cánh tay, ngực, bụng.
- Tắm lưng, mông, chân.
- Tắm bộ phận sinh dục.

➤ **Bước 6:** lau khô toàn thân.

➤ **Bước 7:** mặc áo, quấn tã, giữ ấm.

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

➤ **Bước 9:** đặt trẻ vào giường, ủ ấm.

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

## VI. THEO DÕI

- Tình trạng toàn thân, chú ý thân nhiệt.
- Cho trẻ ăn sữa sau khi đã hoàn thành việc tắm.

## VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH ĐỀ PHÒNG

### 1. Bỏng

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

### 2. Hạ thân nhiệt

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

## **2. CHĂM SÓC RỒN SƠ SINH**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Trẻ sơ sinh chưa rụng cuống rồn
- Trẻ đã rụng cuống rồn nhưng rồn còn tiết dịch hoặc rồn nhiễm trùng

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không có chống chỉ định.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sỹ hoặc điều dưỡng, nữ hộ sinh

#### **2. Dụng cụ**

- Bông cotton 70° hoặc cotton Iode 2,5% sát trùng dung dịch betadin
- Băng, gạc, khay vô trùng, khay quả đậu.
- Găng tay, panh vô trùng

#### **3. Trẻ sơ sinh**

- Đã được tắm sạch(tắm, rửa); thay áo, tã mới sạch
- Bộc lộ vùng rồn

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

- Ghi hồ sơ bệnh án giờ/ngày cháu được chăm sóc
- Tình trạng rồn: khô, ướt hoặc dịch tiết, màu sắc, sưng tấy hay không, mùi hôi

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Yêu cầu thao tác kỹ thuật vô khuẩn.
- Rửa tay bằng xà phòng với nước sạch.
- Lau khô tay bằng khăn sạch hoặc để khô tự nhiên.
- Tháo băng, gạc, bộc lộ rồn.
- Quan sát rồn, da quanh rồn xem có mủ, máu, tấy đỏ, mùi hôi không?
- Sát khuẩn sạch rồn từ trung tâm ra ngoại vi, dây rốn, kẹp rốn, mặt cắt (chú ý lau sạch các khe kẽ, làm sạch tất cả các chất tiết).
- Lau lại 2 lần, để rồn khô tự nhiên và lau rồn như vậy 1- 2 lần/ ngày.
- Băng rồn bằng gạc vô trùng trong 2 ngày đầu, từ ngày thứ 3 tùy điều kiện chăm sóc từng nơi có thể băng hoặc để hở rồn giúp rồn mau khô và dễ rụng.

- Quán tã dưới rốn.
- Chú ý không bôi bất kỳ chất gì lên rốn ngoài các dịch sát trùng rốn.
- Sau khi rốn rụng tiếp tục chăm sóc tới khi chân rốn khô.

## **VI. THEO DÕI**

- Nhiễm khuẩn rốn: nên chăm sóc rốn nhiều lần trong ngày, tùy theo mức độ nặng mà cho dùng kháng sinh toàn thân (nếu có nhiễm trùng mạch máu rốn)
- Chảy máu rốn: thường xảy ra trong vài ngày đầu khi rốn còn tươi hoặc khi rụng cuống rốn, nếu cuống rốn còn tươi nên buộc lại bằng chỉ vô trùng, nếu cuống rốn rụng nên lau sạch bằng dung dịch sát khuẩn và dùng gạc vô khuẩn băng ép
- Tồn tại lõi rốn (chồi rốn): chấm Nitrate bạc hàng ngày hoặc đốt điện nếu lõi rốn to

## **VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

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

### **3. ĐẶT ỚNG THÔNG TĨNH MẠCH RỒN SƠ SINH**

#### **I. ĐỊNH NGHĨA**

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

#### **II. CHỈ ĐỊNH**

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

- Thay máu

- Đo áp lực tĩnh mạch trung ương.

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

#### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Nhiễm trùng rốn.

- Thoát vị rốn.

- Viêm ruột hoại tử.

- Viêm phúc mạc.

#### **IV. CHUẨN BỊ**

##### **1. Người thực hiện**

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

- 1 Bác sĩ chuyên khoa nhi hoặc BS đa khoa được đào tạo có chứng chỉ là người thực hiện chính

- 1 Điều dưỡng phụ giúp bác sĩ

##### **2. Phương tiện**

- Lòng áp hoặc đèn sưởi ấm để giữ ấm trẻ.

- Catheter rốn số 5F

- 2 ống tiêm 5ml

- Khóa 3 chạc.

- Dung dịch Natrichlorua 0,9%

- Bộ dụng cụ đặt tĩnh mạch rốn (dao mổ, kéo, 1 kẹp cong không răng, 2 kẹp có răng cưa dùng để giữ 2 mép cuống rốn; kẹp kelly cong dùng để tìm và banh tĩnh mạch rốn, dây buộc rốn, chỉ khâu, kim, gạc, vải vô trùng, cốc inox nhỏ, băng dính)

- Bộ đồ, găng vô khuẩn.

- Dung dịch sát trùng: cồn 70 độ.

- Băng, băng dính, khay hạt đậu.

##### **3. Trẻ sơ sinh**



- Nằm lòng áp hoặc giường sưởi ấm
- Bộc lộ vùng rốn

#### 4. Hồ sơ bệnh án

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

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

### V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

#### 1. Điều dưỡng viên (người phụ)

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

#### 2. Bác sĩ

- **Bước 1:** trải sẵn vô khuẩn lên bụng trẻ, để hở vùng quanh rốn.
- **Bước 2:** thắt một vòng chỉ lỏng quanh chân rốn
- **Bước 3:** dùng dao (hoặc kéo) cắt bỏ 1 phần cuống rốn cách gốc khoảng 1,5 cm. Nếu cuống rốn khô thì cắt sát chân rốn
- **Bước 4:** xác định vị trí tĩnh mạch rốn: Quan sát bề mặt cắt: tĩnh mạch rốn thành mỏng, to, méo mó, chỉ có một, thường nằm ở vị trí 12 giờ, trong khi động mạch rốn thành dày, nhỏ, tròn, có 2 động mạch. Dùng kẹp không răng gạt bỏ cục máu đông trên bề mặt tĩnh mạch rốn
- **Bước 5:** luồn catheter vào trong tĩnh mạch hướng về phía đầu như mức đã định, hút ngược ra thấy máu, sau đó bơm 1 lượng dịch nhỏ vào. Phải đảm bảo trong bơm tiêm không có khí
- **Bước 6:** dùng chỉ khâu cố định Catheter vào da sát chân rốn hoặc có thể thắt vòng chỉ chân rốn, cố định catheter tĩnh mạch rốn. Dán băng dính vô khuẩn.

#### *Lưu ý:*

- Khoảng cách phần Catheter nằm trong tĩnh mạch rốn:
  - + Chiều dài catheter đưa vào tĩnh mạch rốn khoảng 4-5 cm với trẻ đủ tháng, ít hơn với trẻ non tháng; có thể sử dụng cách đo khoảng cách catheter tĩnh mạch rốn đưa vào trẻ bằng 2/3 chiều dài từ vai đến rốn của trẻ
  - + Để thay máu: đưa catheter đến nơi có thể bơm và rút máu dễ dàng, không nhất thiết phải theo chiều dài đã dự tính.
  - + Để đo áp lực tĩnh mạch trung ương: đưa Catheter vào sâu đầu catheter phải ở trên cơ hoành 0,5- 1 cm (trên phim X quang)

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

- Thời gian lưu Catheter <10 ngày.

## **VI. THEO DÕI**

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

- Sự lưu thông dịch trong catheter

- Tình trạng tại chân rôn

## **VII. TAI BIẾN VÀ ĐỀ PHÒNG**

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

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

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

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

## **4. THỞ ÁP LỰC DƯƠNG LIÊN TỤC (CPAP)**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Phòng xẹp phổi ở trẻ đẻ non tuổi thai < 32 tuần
- Con ngừng thở trẻ sơ sinh đẻ non
- Suy hô hấp do bệnh lý tại phổi ở trẻ sơ sinh: viêm phổi, bệnh màng trong, xẹp phổi
- Suy hô hấp sau mổ lồng ngực, bụng
- Cai máy thở

*Lưu ý: người bệnh phải tự thở được*

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Dị tật đường hô hấp trên (sút môi, hở hàm ếch, teo lỗ mũi sau, teo thực quản có dò khí thoát vị hoành,
- Ngừng thở kéo dài > 20 giây
- Tràn khí màng phổi chưa được dẫn lưu
- Thoát vị cơ hoành
- Viêm phổi có bóng khí hoặc phổi có kén khí bẩm sinh
- Tăng áp lực nội sọ: viêm màng não, xuất huyết não-màng não
- Choáng do giảm thể tích tuần hoàn chưa bù
- Xuất huyết mũi nặng

### **IV. TIÊU CHUẨN DỪNG CHO THỞ CPAP**

- Trẻ không còn biểu hiện suy hô hấp trên lâm sàng, thở đều hồng hào không co kéo cơ hô hấp
- Chụp Xquang phổi; phổi đã nở tốt ( nếu có điều kiện kiểm tra X quang )
- Thở CPAP với áp lực 5 cm nước nồng độ O<sub>2</sub> khi thở vào (FiO<sub>2</sub>) 30% mà vẫn duy trì SpO<sub>2</sub> 92%
- Khi thở CPAP thất bại ( yêu cầu FiO<sub>2</sub>)

### **V. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

- Bác sĩ, điều dưỡng

#### **2. Phương tiện**

- Máy CPAP đã tiệt trùng và hệ thống oxy

- Máy hút và ống hút cỡ số 6
- Máy đo độ bão hòa oxy qua da
- Gọng thở CPAP (canuyl 2 mũi cỡ S- sơ sinh) hoặc ống thông mũi họng có ĐK 3mm, dài 7 cm

- Dầu Paraphin
- Băng dính cố định

### 3. Bệnh nhi

- Hút sạch hầu họng và mũi
- Cố định tay bệnh nhi

### 4. Hồ sơ bệnh án

- Có chỉ định thở CPAP
- Ghi rõ tình trạng của trẻ trước, sau khi thở CPAP (SpO<sub>2</sub>, màu da, sự co rút ngực)

## VI. CÁC 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:  $\leq 4$  cm H<sub>2</sub>O (10 lít/phút)
  - + Sơ sinh đủ tháng:  $\leq 6$  cm H<sub>2</sub>O (12 lít/phút)
- Điều chỉnh lưu lượng theo chỉ định cho phù hợp tình trạng bệnh nhi
- Chọn nồng độ oxy tùy thuộc tình trạng bệnh nhi: nếu đang tím tái nên chọn FiO<sub>2</sub> ban đầu là 100%, các ca khác thường bắt đầu với FiO<sub>2</sub> 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

## **VII. THEO DÕI**

### **1. Các dấu hiệu sinh tồn**

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

### **2. Điều chỉnh các thông số tùy theo đáp ứng**

- Điều chỉnh FiO<sub>2</sub>

+ Tốt: giảm dần FiO<sub>2</sub> mỗi 10% sau 30 phút đến 1 giờ

+ Không tốt: tăng dần FiO<sub>2</sub> mỗi 10% sau 30 phút đến 1 giờ

+ Duy trì FiO<sub>2</sub> < 60%

- Điều chỉnh áp lực

+ Tốt: giảm dần áp lực 1 cm H<sub>2</sub>O sau 30 phút đến 1 giờ

+ Không tốt: tăng áp lực 1 cm H<sub>2</sub>O sau 30 phút đến 1 giờ

+ Áp lực tối đa ≤ 10 cm H<sub>2</sub>O

+ Tránh tăng, giảm áp lực đột ngột

**3. Theo dõi hệ thống CPAP:** nhiệt độ khí hít vào, áp lực, FiO<sub>2</sub>, bình làm ẩm.

## **VIII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**Lưu ý: (thường gặp với áp lực >10 cm H<sub>2</sub>O)**

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

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

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

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

## 5. ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN - THỞ MÁY

### I. ĐẠI CƯƠNG

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

### II. CHỈ ĐỊNH

- Ngừng thở hoặc suy hô hấp nặng cần phải thở hỗ trợ.
- Hút sạch phế quản trong ca trẻ bị hít phải phân su, sặc sữa, lấy bệnh phẩm cấy.
- Đặt NKQ bơm thuốc surfactant, Adrelinin.
- Thoát vị cơ hoành.

### III. CHUẨN BỊ

#### 1. Người thực hiện

1 bác sĩ và 2 điều dưỡng.

#### 2. Phương tiện, dụng cụ

- Ống nội khí quản:

Phù hợp kích cỡ với cân nặng của trẻ

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

- Đèn soi thanh quản, lưỡi thẳng số 0 cho trẻ non, số 1 cho trẻ đủ tháng.
- Dụng cụ hỗ trợ hô hấp:
  - + Máy hút đờm.
  - + Bóng bóp sơ sinh thể tích 250ml-400ml.
  - + Mặt nạ số 0 và số 1.
  - + Nguồn oxy.
- Dụng cụ khác:
  - + Băng dính, găng tay, ống nghe....

#### 3. Người bệnh.

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

- Đặt nằm ngửa ở vị trí dễ thực hiện thủ thuật

#### 4. Hồ sơ bệnh án.

- Ghi chi định đặt NKQ

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

#### **IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

##### **1. Đặt nội khí quản**

- Người đặt đứng phía đầu người bệnh
- Kê gối dưới vai, đầu người bệnh có thể hơi cao hơn mặt giường, cổ ngửa trung gian cho thẳng đường thở.
- Hút sạch mũi họng, có thể hút qua đèn soi thanh quản.
- Bóp bóng, mặt nạ có oxy cho người bệnh trước khi đặt NKQ.
- Tay trái cầm đèn soi thanh quản với ngón cái ở trên, ngón trỏ và ngón giữa ở dưới, ngón nhẫn và ngón út tì lên cằm và vùng sụn thanh quản của người bệnh.
- Tay phải dùng ngón trỏ hỗ trợ mở miệng người bệnh.
- Đưa lưỡi đèn từ bên miệng phải và đẩy lưỡi sang bên trái, vừa đưa lưỡi đèn vào vừa quan sát tới khi đỉnh lưỡi đèn ở đáy lưỡi, sát với nắp thanh môn (cán đèn tạo với thân góc  $15^\circ$  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  $45^\circ$  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)

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

- Cố định ống NKQ bằng băng dính.

##### **2. Tiến hành thở máy**

- Nối nguồn khí nén, oxy nén.
- Cắm điện và bật công tắc nguồn điện vào máy thở.
- Lắp dây thở vào máy, bình làm ẩm, kiểm tra dây thở kín.
- Đặt phương pháp thở phù hợp với người bệnh.
- Đặt tần số thở 40-60 lần/ phút.

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

- Điều chỉnh áp lực thở vào  $P_i = 18-25$  cm H<sub>2</sub>O.

- Điều chỉnh áp lực cuối thì thở ra PEEP.

- Lắp phôi giả vào, khởi động thở thử.

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

- Điều chỉnh  $FiO_2$  cho phù hợp.

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

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

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

✓ Thông khí ngắt quãng đồng thì (SIMV)

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

✓ Cách thở này không gây chống máy.

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

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

\* Chỉ định:

- Cai máy thở:

Người bệnh có nhịp tự thở tốt

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

- Thở CPAP

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

- Chỉ định:

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

+ Kích thích hô hấp tránh ngừng thở

+ Cai máy thở muốn phế nang không bị xẹp

- Thở máy cao tần (HFV High frequent ventilation)

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

- Tăng áp động mạch phổi

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

- Người bệnh phải thở áp lực cao > 24 cm H<sub>2</sub>O nên chuyển thở chế độ cao tần để bảo vệ phổi.



## **V. THEO DÕI**

- Theo dõi toàn trạng, chức năng sinh tồn người bệnh như: màu da, tim mạch, thông khí 2 phổi, phản xạ
- Theo dõi bão hòa Oxy máu bằng Monitor, khí máu
- Điều chỉnh các thông số tùy thuộc tình trạng người bệnh

## **VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Đặt nhầm vào thực quản: rút ống NKQ ra, hút dạ dày làm bụng xẹp, đặt lại NKQ.
- Xây sát, chảy máu đường thở:
  - + Đưa ống NKQ vào thì thở ra
  - + Không dùng đầu lưỡi đèn đẩy vùng thanh môn góc quá  $50^\circ$
- Tắc NKQ: theo dõi sát, hút ống NKQ kịp thời.
- Tràn khí màng phổi: đặt áp lực thở không quá 25 cm H<sub>2</sub>O. 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.

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

### I. ĐẠI CƯƠNG

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

### II. CHỈ ĐỊNH

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

Cân nặng (g)	Bilirubin gián tiếp mg/l ( $\mu\text{mol/l}$ )	
<1000	$\geq 50$	(85)
1000-1499	$\geq 70$	(120)
1500-2500	$\geq 100$	(170)
>2500	$\geq 175$	(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, bứu huyết (chảy máu dưới màng xương)

### III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh porphyrin niệu bẩm sinh
- Vàng da tăng Bilirubin trực tiếp

### IV. CHUẨN BỊ

#### 1. Người thực hiện

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

#### 2. Phương tiện

- Chiếu đèn 1 mặt: dàn đèn ánh sáng xanh hoặc trắng với bước sóng 400-500nm
- Chiếu đèn 2 mặt:

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

Hoặc dàn đèn ánh sáng trắng (xanh) và biliblanket

- Băng che mắt

#### 3. Người bệnh

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

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

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

- Có chỉ định của bác sĩ
- Ghi chép đầy đủ tình trạng trẻ trong quá trình chiếu đèn: chú ý thân nhiệt, lượng sữa hoặc dịch truyền, phân, nước tiểu, cân nặng hàng ngày

#### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Trẻ được chuẩn bị nằm ở vùng trung tâm của ánh sáng đèn
- Khoảng cách từ đèn đến trẻ khoảng 35-40 cm
- 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 lòng áp hoặc sưởi ấm và tiếp tục chiếu đèn, nếu tăng thân nhiệt: tạm ngừng chiếu trong ½-1 giờ
- Ngừng chiếu đèn khi lượng bilirubin xuống thấp hơn mức chỉ định chiếu 2mg%

#### **VI. 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

#### **VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Mất nước qua da: tăng lượng dịch vào cơ thể bằng đường ăn hoặc truyền 10-20% nhu cầu
- Rối loạn tiêu hóa do tăng lượng muối mật và bilirubin gián tiếp đường tiêu hóa: 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

## **7. HỒI SỨC SƠ SINH NGẠT**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Trước tất cả các cuộc đẻ đều phải sẵn sàng cho việc hồi sức sơ sinh
- Sơ sinh có điểm APGAR<8 và SIGTUNA<4
- Sơ sinh có khả năng sống cao (có tuổi thai>25 tuần)

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không hồi sức hoặc ngừng hồi sức với thai <23 tuần hoặc <400gr
- Trẻ sinh ra không có nhịp tim, sau hồi sức 10 phút vẫn không có nhịp tim, nên cân nhắc ngừng hồi sức

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

Bác sĩ, nữ hộ sinh

#### **2. Phương tiện**

- Trang bị hút:
  - + Máy hút
  - + Ống hút số 6, 8, 10
- Trang bị bóng và mặt nạ::
  - + Bóng hồi sức sơ sinh có van giảm áp
  - + Mặt nạ sơ sinh các cỡ
  - + Oxy và ống dẫn
- Trang bị đặt nội khí quản:
  - + Đèn soi thanh quản với lưỡi thẳng số 0 (non tháng), số 1 (đủ tháng)
  - + Ống nội khí quản các cỡ: 2,5- 3,0- 3,5- 4,0
- Thuốc:
  - + Adrenalin 1‰
  - + Dung dịch NaCl 9‰, Ringer lactat
- Dụng cụ khác:
  - + Bàn sưởi ấm
  - + Ống nghe

- + Catheter rốn
- + Băng cùn, băng dính

### 3. Người bệnh

- Sơ sinh được đặt lên bàn đã sưởi ấm từ trước
- Sau mỗi bước hồi sức đều được đánh giá về hô hấp, nhịp tim và màu da để quyết định bước tiếp theo

### 4. Hồ sơ bệnh án

- Ghi điểm APGAR, tình trạng của trẻ khi ra đời
- Ghi cụ thể các việc hồi sức đã làm cho trẻ, tình trạng của trẻ sau khi hồi sức - Đánh giá tuổi thai, cân nặng, tình trạng nước ối và các nguy cơ khác (tình trạng bệnh lý và thai nghén của người mẹ)

## V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

### 1. Nguyên tắc

- Khai thông đường thở
- Khởi động thở
- Đảm bảo tuần hoàn
- Sử dụng thuốc

### 2. Các bước hồi sức

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

#### ➤ Bước 1: Đặt trẻ đúng tư thế

- Đặt trẻ nằm trên một mặt phẳng
- Kê dưới vai một cuộn khăn nhỏ để giữ đầu hơi ngửa

#### ➤ Bước 2: Làm thông đường thở:

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

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

#### ➤ Bước 3: Hỗ trợ hô hấp:

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

#### ❖ Kích thích xúc giác:

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

- ✓ Cung cấp oxy cho trẻ qua mặt nạ

- ❖ Hô hấp nhân tạo bằng bóng và mặt nạ: khi kích thích xúc giác không thành công
  - ✓ Mặt nạ che kín mũi và miệng trẻ
  - ✓ Một tay giữ mặt nạ, một tay bóp bóng với tần số 40-60 lần/phút
  - ✓ Đảm bảo lồng ngực của trẻ phồng lên theo nhịp bóp bóng
  - ❖ Đặt ống nội khí quản (xem bài Đặt nội khí quản) khi:
    - ✓ Thông khí bằng bóng và mặt nạ không hiệu quả
    - ✓ Cần hút dịch khí quản
    - ✓ Thông khí áp lực dương kéo dài
    - ✓ Thoát vị cơ hoành
  - Bước 4: Ép tim ngoài lồng ngực
    - ❖ **Chỉ định:** sau 30 giây thông khí áp lực dương đúng kỹ thuật với oxy 100% mà nhịp tim:
      - ✓ Dưới 60 lần/phút
      - ✓ Từ 60-80 lần/phút và không tăng lên
    - ❖ Vị trí ép tim: 1/3 dưới xương ức hoặc điểm xương ức dưới đường nối 2 núm vú
    - ❖ Kỹ thuật:
      - 2 phương pháp
        - ✓ Phương pháp ngón tay cái: 2 ngón cái đặt lên vị trí ép tim, 2 bàn tay ôm lấy thân trên của trẻ, các ngón khác đỡ sau lưng trẻ
        - ✓ Phương pháp 2 ngón tay: ngón trỏ và ngón giữa đặt lên xương ức, bàn tay kia đỡ lưng trẻ
      - ✓ Áp lực ép: ấn sâu 1/3 chiều dày lồng ngực
      - ✓ Tần số ép: 120-140 lần/phút
      - ✓ Luôn phối hợp cùng với bóp bóng theo tỷ số 3/1 (3lần ép tim, 1 lần bóp bóng)
      - ✓ Sau 30 giây nếu nhịp tim >80 lần/phút: ngừng ép tim, tiếp tục thông khí đến khi nhịp tim >100 lần/phút hoặc trẻ tự thở.
      - ✓ Nếu nhịp tim vẫn <80 lần/phút: tiếp tục ép tim, bóp bóng và dùng thuốc
    - **Bước 5:** Thuốc
      - Adrenalin 1/10.000: cho 0,1-0,2ml/kg nhỏ vào nội khí quản hoặc đường tĩnh mạch. Có thể nhắc lại sau 3-5 phút
      - Chỉ định: nhịp tim là 0 hoặc <80 lần/phút dù đã được thông khí và ép tim 30 giây
      - Bù dịch: khi nghi ngờ có giảm thể tích tuần hoàn: dung dịch NaCl 0,9% hoặc Ringer Lactat 10ml/kg cho đường tĩnh mạch tốc độ 5-10 phút

### **3. Theo dõi**

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

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

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

### **VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

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

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

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

## **Chương IV: KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH**

### **1. PHÁ THAI NỘI KHOA ĐẾN HẾT 9 TUẦN VÔ KINH**

#### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

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

#### 1) Tuyến áp dụng.

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

#### 2) Người thực hiện.

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

#### **II. CHỈ ĐỊNH**

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

#### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

##### **1. Tuyệt đối.**

- Bệnh lý tuyến thượng thận.
- Điều trị corticoid toàn thân lâu ngày.
- Tăng huyết áp, hẹp van 2 lá, tắc mạch hoặc có tiền sử tắc mạch.
- Rối loạn đông máu, sử dụng thuốc chống đông.
- Thiếu máu nặng.
- Dị ứng mifepriston hay misoprostol.

##### **2. Tương đối.**

- Đang cho con bú.
- Đang đặt dụng cụ tử cung (có thể lấy DCTC trước phá thai bằng thuốc).
- Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính (cần điều trị trước)

#### **IV. CHUẨN BỊ**

##### **➤ Điều kiện áp dụng.**



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

➤ **Cơ sở vật chất.**

- Nơi cung cấp dịch vụ phải có nhà vệ sinh gần phòng theo dõi khi thực hiện phá thai.

- Có phòng thủ thuật và phương tiện đủ tiêu chuẩn theo quy định để thực hiện can thiệp khi cần.

- Phương tiện dụng cụ: cấp cứu, xử lý dụng cụ và chất thải.

- Thuốc: mifepriston, misoprostol, giảm đau, cấp cứu chống choáng.

➤ **Chuẩn bị Khách hàng**

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

- Hỏi tiền sử nội ngoại khoa, sản phụ khoa, tiền sử dị ứng

- Hỏi ngày đầu của kỳ kinh cuối

- Khám lâm sàng, khám hỏi bệnh sử đánh giá chỉ định và chống chỉ định

- Siêu âm đánh giá chính xác tuổi thai

➤ **Hồ sơ bệnh án bệnh án**

Điền đầy đủ vào hồ sơ bệnh án phá thai

**V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH**

➤ *Tư vấn phá thai bằng thuốc (khuyến khích nữ hộ sinh được đào tạo làm công tác tư vấn).*

- Giới thiệu hiệu quả của phá thai bằng thuốc và khẳng định khách hàng phải chấp nhận hút thai nếu phá thai bằng thuốc thất bại.

- Giới thiệu quy trình phá thai bằng thuốc: cách uống thuốc và sự xuất hiện của các triệu chứng bình thường sau uống thuốc (ra huyết âm đạo và đau bụng). Nhấn mạnh sự cần thiết của việc khám lại theo hẹn.

- Tư vấn cách tự theo dõi và tự chăm sóc sau dùng thuốc phá thai.

- Giới thiệu các tác dụng phụ của thuốc phá thai và cách xử lý.

- Kê đơn thuốc giảm đau.

- Nhấn mạnh các triệu chứng cần trở lại cơ sở y tế ngay.

- Cung cấp thông tin liên lạc trong những tình huống cấp cứu.

- Cung cấp thông tin về khả năng có thai trở lại sau phá thai bằng thuốc.

- Giới thiệu các BPTT, giúp khách hàng lựa chọn BPTT phù hợp và hướng dẫn khách hàng sử dụng đúng.

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

➤ **Quy trình phá thai.**

- **Thai đến hết 49 ngày.**

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

**- Thai từ 50 đến hết 63 ngày.**

+ Uống 200 mg mifepriston.

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

## **VI. THEO DÕI**

### **1. Theo dõi trong những giờ đầu sau uống thuốc.**

- Dấu hiệu sinh tồn mỗi giờ một lần trong 3 giờ đầu (nếu cần).

- Tình trạng ra máu âm đạo, đau bụng (có thể dùng thuốc giảm đau nếu cần) và các triệu chứng tác dụng phụ: nôn, buồn nôn, tiêu chảy, sốt.

### **2. Khám lại sau 2 tuần.**

- Đánh giá hiệu quả điều trị.

- Sảy thai hoàn toàn: kết thúc điều trị.

- Sốt thai, sốt rau, thai lưu: có thể tiếp tục dùng misoprostol đơn thuần liều 400

- 600 mcg uống hay ngậm dưới lưỡi hoặc hút buồng tử cung.

- Thai tiếp tục phát triển: hút thai

- Ứ máu trong buồng tử cung: tùy theo mức độ, có thể điều trị nội khoa hay hút buồng tử cung

## **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Tai biến: chảy máu nhiều, rong huyết kéo dài, nhiễm khuẩn, sốt thai, sốt rau.

- Xử trí: theo phác đồ cho từng tai biến.

## **2. ĐẶT VÀ THÁO DỤNG CỤ TỬ CUNG**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

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

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

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

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

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

#### **1. Tuyệt đối**

- Có thai
- Nhiễm khuẩn hậu sản
- Ngay sau sảy thai nhiễm khuẩn
- Ra máu âm đạo chưa rõ nguyên nhân
- Ung thư cổ tử cung, ung thư niêm mạc tử cung
- U xơ tử cung hoặc các dị dạng khác làm biến dạng buồng tử cung
- Đang viêm tiểu khung, nhiễm khuẩn đường sinh sản
- Bệnh huyết áp cao, bệnh gan, bệnh thận, bệnh tim nặng
- Lao vùng chậu

#### **2. Tương đối**

- Có nguy cơ bị nhiễm khuẩn đường sinh sản hoặc nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục cao
- Có tiền sử thai ngoài tử cung
- Trong thời gian từ 48 giờ đến 4 tuần sau đẻ
- Tháo dụng cụ tử cung theo yêu cầu của người bệnh hoặc của cán bộ y tế không có chống chỉ định
- Đang bị bệnh lupus ban đỏ hệ thống, hoặc có giảm tiểu cầu trầm trọng
- Bệnh nguyên bào nuôi lành tính có nồng độ  $\beta$ hCG giảm dần
- Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong 5 năm trở lại (chỉ với vòng levonogestrel)
- Bệnh AIDS đang không ổn định
- Đang bị thuyên tắc mạch ( chỉ chống chỉ định với levonogestrel)

- Đang hoặc đã bị thiếu máu cơ tim

#### **IV. CHUẨN BỊ**

##### **1. Người thực hiện**

- Nữ hộ sinh trung cấp, y sĩ hay bác sĩ chuyên khoa phụ sản hoặc Bác sĩ đa khoa được tập huấn.

- Người làm thủ thuật: rửa tay, đội mũ, mặc áo, đeo khẩu trang, đeo găng vô khuẩn.

##### **2. Phương tiện**

- Dụng cụ tử cung

- Van hoặc mỏ vịt

- Kẹp pozzi

- 2 panh sát khuẩn

- Dung dịch sát khuẩn, khăn vô khuẩn, găng, bông gạc vô khuẩn.

##### **3. Người bệnh**

- Được tư vấn và giới thiệu về loại dụng cụ tử cung hiện có, hướng dẫn cụ thể về loại dụng cụ tử cung người bệnh sẽ dùng.

- Giới thiệu và giải thích về ưu nhược điểm của loại dụng cụ tử cung mà người bệnh đó chọn.

- Cách theo dõi sau đặt và tháo dụng cụ tử cung

- Cho khách hàng đi tiểu

- Để khách hàng nằm trên bàn theo tư thế phụ khoa

#### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

##### **1) Thời điểm đặt dụng cụ tử cung**

❖ **Dụng cụ tử cung có chứa đồng** (Tcu 380A và Multiload 375)

- Đặt dụng cụ tử cung sau sạch kinh 2 ngày chưa giao hợp là thuận lợi nhất

- Ở bất kỳ thời điểm nào nếu biết chắc chắn là không có thai, không cần sử dụng biện pháp tránh thai hỗ trợ

- Bất kỳ lúc nào trong vòng 12 ngày đầu của kỳ kinh (chưa giao hợp).

❖ **Dụng cụ tử cung giải phóng Levonogestrel**

- Trong vòng 7 ngày đầu kể từ ngày kinh đầu tiên

- Ở bất kỳ thời điểm nào nếu biết chắc chắn là không có thai,

- Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm biện pháp tránh thai hỗ trợ trong vòng 7 ngày kế tiếp.

- Vô kinh; bất cứ thời điểm nào nếu khẳng định không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm biện pháp tránh thai hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.

- Sau sinh 4-6 tuần trở đi (kể cả sau phẫu thuật lấy thai)

- Sau phá thai ba tháng đầu và ba tháng giữa, trừ nhiễm khuẩn sau phá thai.

## **2) Kỹ thuật**

### **❖ Đặt dụng cụ tử cung Tcu 380A và Multiload 375**

- Khám trong để xác định tư thế, thể tích tử cung.
- Thay găng vô khuẩn
- Sát khuẩn bộ phận sinh dục ngoài (kẹp sát khuẩn 1)
- Trải khăn vô khuẩn
- Bộc lộ cổ tử cung
- Sát khuẩn cổ tử cung và túi cùng âm đạo bằng Betadin (kẹp sát khuẩn 2)
- Cặp cổ tử cung bằng pozzi
- Đo buồng tử cung
- Lắp dụng cụ tử cung vào ống đặt
- Đưa dụng cụ tử cung vào trong tử cung. Cắt dây dụng cụ tử cung để lại từ 2 - 3 cm và gập vào túi cùng sau âm đạo.

### **❖ Đặt dụng cụ tử cung giải phóng Levonogestrel**

- Các bước như với dụng cụ tử cung Tcu 380A và Multiload 375
- Chú ý: thao tác thành thạo kỹ thuật đặt theo từng bước

## **3) Tháo dụng cụ tử cung**

### **❖ Vì lý do y tế**

- Có thai
- Ra máu nhiều
- Đau bụng dưới nhiều
- Nhiễm khuẩn tử cung hoặc tiểu khung
- Dụng cụ tử cung bị tụt thấp
- Đã mãn kinh (sau khi mất kinh từ tháng 12 trở lên)
- Dụng cụ tử cung đã hết hạn

### **❖ Vì lý do cá nhân**

- Muốn có thai trở lại
- Muốn dùng một biện pháp tránh thai khác
- Không cần dùng biện pháp tránh thai khác

### **❖ Cách tháo dụng cụ tử cung**

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

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Theo dõi**

- Sau khi đặt dụng cụ tử cung cho người bệnh nằm theo dõi 30 phút, uống thuốc kháng sinh 5 ngày tránh viêm nhiễm, uống thuốc giảm co bóp tử cung, làm việc nhẹ.

- Kiêng giao hợp 1 tuần
- Khám lại vào các thời điểm
  - + Một tháng sau khi đặt
  - + Ba tháng sau khi đặt
  - + Một năm kiểm tra lại một lần

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

### **2. Xử trí tai biến**

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

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

### **3. CÂY, RÚT MẢNH GHÉP TRÁNH THAI**

#### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Thuốc cây tránh thai là biện pháp tránh thai tạm thời có chứa Progestin. Hiện nay thuốc cây 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.

#### **II. 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 cây tránh thai vì đã hết hạn sử dụng hoặc muốn có thai hoặc theo yêu cầu của khách hàng.

#### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

##### **1. Chống chỉ định tuyệt đối**

- Có thai
- Đang bị ung thư vú

##### **2. 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

#### **IV. CHUẨN BỊ**

##### **1. Người thực hiện**

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

##### **2. Phương tiện**

- Que cây tránh thai
- Lidocain 1% hoặc Xylocain 1% gây tê tại chỗ 2-3 ml
- Dung dịch sát khuẩn Betadin.
- Găng, khăn vô khuẩn
- Băng, băng chun
- Gạc vô khuẩn
- Bơm tiêm gây tê tại chỗ 5 ml

### **3. 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

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1) 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 sảy thai
- Ngay sau khi lấy que cấy nếu muốn cấy tiếp

### **2) Kỹ thuật cấy**

#### **❖ Norplant (6 que)**

- Sát khuẩn vùng da định cấy, thường ở mặt trong cánh tay không thuận
- Gây tê dưới da vùng cấy, mỗi nang quạt 1 ml Lidocain 1%
- Rạch da 2 mm
- Đưa ống đặt vào dưới da qua đường rạch
- Đặt từng que Norplant từ bên này sang bên kia
- Băng chỗ cấy

#### **❖ Implanon (1 que)**

- Sát khuẩn vùng da định cấy, thường ở mặt trong cánh tay không thuận
- Gây tê vùng định cấy bằng lidocain 1% dọc đường cấy
- Lấy ống cấy vô khuẩn ra khỏi bao bì
- Kiểm tra bằng mắt thường xem nang cấy có trong kim không
- Cấy nang thuốc
- Kiểm tra nang thuốc đã được cấy
- Băng ép bằng gạc vô khuẩn

### **3) 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

## **VI. 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 cấy**

- Đau sau khi cấy
- + Đảm bảo băng ép không quá chặt
- + Tránh đè mạnh vào vùng cấy
- + Cho thuốc giảm đau
- Nhiễm khuẩn vị trí cấy (ít khi gặp)