

A: NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

TRUYỀN MÁU VÀ CÁC DỊCH THAY THẾ TRONG SẢN PHỤ KHOA

1. Truyền dịch.

Truyền dịch thay thế là liệu pháp điều trị đầu tay trong trường hợp giảm thể tích tuần hoàn. Nó có thể cứu sống người bệnh và tạo ra khoảng thời gian để không chế chảy máu và để chờ đợi lấy máu truyền nếu cần thiết.

1.1. Chỉ định.

- Khi lượng dịch trong cơ thể mất đi do quá trình phẫu thuật hoặc trong chuyển dạ hoặc bệnh tật.

- Để duy trì huyết áp trong khi chờ đợi truyền máu.

1.2. Dịch thay thế.

- Nước muối đẳng trương 0,9% và Ringer lactat là dung dịch được dùng thay thế máu để điều trị giảm thể tích tuần hoàn.

- Trong trường hợp không có 2 loại trên có thể dùng glucose 5% để thay thế.

1.3. Kiểm tra dịch truyền.

- Phải kiểm tra chai dịch hoặc túi đựng có nguyên vẹn không.

- Kiểm tra xem còn hạn sử dụng không.

- Kiểm tra dung dịch có trong không.

1.4. Theo dõi.

- Trước khi truyền, phải kiểm tra: mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, lượng nước tiểu.

- Trong khi truyền: theo dõi mạch, huyết áp 15 phút/lần, lượng nước tiểu và theo dõi những phản ứng có thể xảy ra (sốt rét run, choáng).

- Trong trường hợp mất máu nặng, truyền dung dịch muối đẳng trương hoặc Ringer lactat 1 lít trong 20 phút để nâng huyết áp.
- Sau khi truyền: theo dõi tiếp ít nhất 1 giờ.

2. Truyền máu.

2.1. *Qui định.*

Có bác sĩ chỉ định.

2.2. *Chỉ định.*

- Mất máu nhiều trong sản phụ khoa.
- Thiếu máu nặng, đặc biệt có thai trong 3 tháng cuối (nên truyền hồng cầu lắng nếu có).

2.3. *Nguyên tắc cơ bản của truyền máu.*

- Nguyên tắc quan trọng nhất là chỉ truyền máu và sản phẩm máu cho người bệnh khi mất máu nhiều để nhanh chóng bồi phụ lượng máu đã mất.

- Cố gắng chỉ truyền những thành phần mà người bệnh cần (hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu....) nếu có.

- Nơi nào có ngân hàng máu thì sử dụng máu của ngân hàng. Nơi nào không có ngân hàng máu thì phải tuân thủ nguyên tắc sàng lọc máu theo qui định của quốc gia như sau:

- Tất cả các nguồn máu cho phải sàng lọc:
 - + HIV-1; HIV-2.
 - + Viêm gan B, viêm gan C, Giang mai, sốt rét.
- Đối với cán bộ y tế:
 - + Chỉ truyền máu khi cần thiết để điều trị.
 - + Truyền máu theo đúng hướng dẫn chung của quốc gia.
 - + Nếu sản phụ mất máu nhiều cần truyền dịch và cho thở oxygen trong khi chờ truyền máu.
- Cán bộ y tế phải hiểu biết những nguy cơ do truyền máu có thể xảy ra.

- Phải theo dõi truyền máu để phát hiện sớm những phản ứng có thể xảy ra.

2.4. Nguy cơ của truyền máu.

- Trước khi chỉ định truyền máu hoặc sản phẩm máu cho người phụ nữ, phải cân nhắc kỹ nguy cơ có thể xảy ra:

- Nguy cơ trước mắt: choáng, rét run, nổi mẩn, phù phổi cấp...

- Nguy cơ lâu dài có thể làm lây truyền các tác nhân gây bệnh như: HIV, viêm gan B, viêm gan C, giang mai, sốt rét cho người nhận máu.

2. 5. Quy trình truyền máu.

2.5.1. Chuẩn bị.

- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.

- Xác định lượng máu cần phải bù. Kiểm tra hạn sử dụng của máu ... Thử phản ứng chéo tại giường.

- Ấn định lưu lượng truyền (số giọt truyền mỗi phút).

- Trong khi truyền: theo dõi toàn trạng chặt chẽ, theo dõi biến đổi màu da và thân nhiệt, đo huyết áp và mạch 15 phút/lần.

- Sau khi truyền xong: theo dõi ít nhất 2 giờ.

- Ghi lại thời gian bắt đầu truyền, thời gian hoàn tất việc truyền, thể tích máu đã truyền và các dịch truyền thay thế khác.

2.5.2. Những phản ứng có thể xảy ra khi truyền máu và xử lý.

- Khi truyền máu, nếu có phản ứng như đỏ da, ngứa hoặc choáng phản vệ, phải ngừng truyền ngay, giữ tĩnh mạch bằng cách truyền dịch như dung dịch nước muối đẳng trương hoặc Ringer lactat đồng thời tìm người hỗ trợ.

- Xử trí như phác đồ choáng phản vệ

- Theo dõi chức năng tim, thận, phổi.

- Chuyển ngay lên tuyến trên khi cần thiết.

- Kiểm tra lại mẫu máu ngay sau khi phản ứng xảy ra.

- Nếu nghi ngờ choáng nhiễm khuẩn do đơn vị máu bị nhiễm khuẩn phải ngừng truyền ngay và cấy máu trong chai.

NHIỄM KHUẨN SẢN PHỤ KHOA VÀ CÁC BỆNH LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG DỰ PHÒNG SẢN KHOA

1. ĐẠI CƯƠNG:

– Kháng sinh dự phòng là sử dụng kháng sinh để phòng tránh nhiễm khuẩn tại vị trí phẫu thuật. Kháng sinh dự phòng cũng có nghĩa là khác với việc sử dụng kháng sinh để điều trị sớm các nhiễm khuẩn đã có.

– Chỉ định: Áp dụng cho các thủ thuật có nguy cơ rõ ràng sẽ nhiễm khuẩn.

– Chống chỉ định: Các tổn thương bản, các bệnh nội khoa không được kiểm soát, các dập nát mô không cắt lọc được tốt.

– Nguyên lý của kháng sinh dự phòng trong mổ lấy thai là làm giảm số lượng vi khuẩn hiện diện tại thời điểm phẫu thuật về mức mà hệ miễn dịch có thể vượt qua được. Các thủ thuật sản khoa hay gặp thường ngày là: Mổ lấy thai, đẻ thủ thuật, kiểm soát tử cung bằng tay, vết rách tầng sinh môn...

2. CÁC THỦ THUẬT SẢN KHOA ĐƯỢC CÂN NHẮC DÙNG KHÁNG SINH:

2.1. Mổ lấy thai:

– Yếu tố nguy cơ quan trọng nhất đối với nhiễm khuẩn hậu sản là mổ lấy thai. Mổ lấy thai làm tăng nguy cơ nâng lên từ 05 - 20 lần so với đẻ đường âm đạo. Một nghiên cứu của CDC cho thấy nhiễm khuẩn vết mổ lấy thai đến 30 ngày sau mổ là 8,9%.

– Các nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai bao gồm: viêm niêm mạc tử cung, viêm đường tiết niệu, nhiễm khuẩn vết mổ. Việc sử dụng kháng sinh dự phòng đã được chứng minh làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn ở các ca mổ lấy thai. Việc dùng kháng sinh dự phòng cũng có hiệu quả như việc dùng kháng sinh đa liều điều trị trên nhóm người

bệnh được lựa chọn. Lợi ích khác của kháng sinh dự phòng trong mổ lấy thai là tiết kiệm chi phí và rút ngắn thời gian nằm viện.

– Nhiều tác giả lựa chọn thời điểm tiêm sau khi kẹp dây rốn vì lo sợ kháng sinh vào máu của trẻ sơ sinh có thể gây ra một số bất lợi. Nhưng để đạt được nồng độ kháng sinh tại vị trí vết mổ trước khi rạch da thì cần tiêm kháng sinh dự phòng trước 30 phút. Trong một nghiên cứu đối với cefazolin, Cefotaxim, Ceftazidim... cho thấy tiêm kháng sinh trước khi rạch da làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn cho mẹ hơn là sau khi kẹp dây rốn nhưng không có bất lợi cho thai.

– Lựa chọn kháng sinh: Kháng sinh có phổ bao phủ được các chủng thường gặp khi phẫu thuật vùng chậu (liên cầu, trực khuẩn đường ruột, tụ cầu và các loại vi khuẩn kỵ khí), thường dùng nhất là nhóm beta lactam: Cefotaxim 1g, Ceftazidim 1g, Ceftriaxone 1g ...

2.2. Để thủ thuật

– Tổng quan của Cochrane 2004 cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ viêm niêm mạc tử cung và thời gian nằm viện giữa nhóm dùng kháng sinh dự phòng và không điều trị, không đủ cơ sở dữ liệu để khuyến cáo dùng kháng sinh dự phòng sau để thủ thuật, kháng sinh đường uống thường được sử dụng cho tất cả các cas sanh thường và thuốc đầu tay là Amoxicilline 0,5g, cephalixin 0,5g.

2.3. Kiểm soát tử cung:

– WHO gợi ý nên dùng kháng sinh dự phòng sau kiểm soát buồng tử cung nhưng không có bằng chứng cụ thể nào về giá trị của việc dùng kháng sinh dự phòng cho các trường hợp này.

2.4. Rách tầng sinh môn độ III và IV:

– Một nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên công bố năm 2008 cho thấy tiêm tĩnh mạch liều duy nhất cefotetan, cefoxitin, cefazolin làm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn vết thương rõ rệt (8% so với 24%). Kết quả này gợi ý lợi ích của việc dùng kháng sinh dự phòng để làm giảm biến chứng nhiễm khuẩn vết thương. Có thể dùng kháng sinh đường uống như: Auclanityl 1g...

– Liều của kháng sinh dự phòng đối với người béo phì: Với người có BMI > 35, dùng liều kháng sinh gấp đôi so với những người có BMI < 35.

3. SỬ DỤNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG:

- Đối với mổ lấy thai: Cần phát hiện và điều trị các nhiễm khuẩn âm đạo như: *Bacterial vaginosis*, *Chlamydia* trước.

- Kháng sinh cefazolin 1g, cephradine 1g tiêm tĩnh mạch trước khi rạch da 15 - 30 phút, người nặng $\geq 80\text{kg}$ thì dùng 2g.

- Hiện nay, theo dữ liệu của Cochrane, trường Cao đẳng sản phụ khoa và trung tâm kiểm soát dịch bệnh Hoa Kỳ đề nghị **chỉ định cephalosporin thế hệ 1 như cefazolin để dự phòng nhiễm trùng sau mổ lấy thai**. Liều cefazolin là 1-2 g tiêm tĩnh mạch (IV). Đối với bệnh nhân dị ứng với penicillin và cephalosporin có thể chỉ định clindamycin kết hợp với gentamicin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. *Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ csskss theo quyết định 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016.*

2. *Cochrane(2014) Routine antibiotics at cesarean section to reduce infection*

3. *Searches related to RF Lamont, JD Sobel, JP Kusanovic, E Vaisbuch, S Mazaki-Tovi, SK Kim, N Uldbjerg, R Romeroa (16 August 2010), Current debate on the use of antibiotic prophylaxis for caesarean section.*

CÁC NGUYÊN TẮC VÔ KHUẨN TRONG DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN

1. Môi trường sạch ở các phòng kỹ thuật.

Trong cơ sở y tế, phòng kỹ thuật phải được ưu tiên ở nơi sạch sẽ, khô ráo, xa các nơi dễ lây nhiễm như nhà bếp, nhà vệ sinh công cộng, khoa lây ...

Phòng kỹ thuật phải có nền và tường không thấm nước để có thể rửa bằng nước và xả phòng, có hệ thống kín dẫn nước thải.

Phòng kỹ thuật không dùng quạt trần, có quạt bàn hoặc điều hòa nhiệt độ. Các cửa sổ phải lắp kính, cao hơn sàn nhà 1,5 m, nếu không có cửa kính phải có lưới hoặc màn để tránh ruồi muỗi bay vào phòng.

Những lúc không làm kỹ thuật, phòng phải đóng cửa kín không ai được ra vào. Tuyệt đối không làm việc khác trong phòng kỹ thuật.

Sau mỗi ca thủ thuật phải thay tấm lót bàn thủ thuật, lau chùi sạch sẽ tấm trải bàn rồi mới sử dụng tiếp.

Phòng phẫu thuật: mọi đồ vật trong phòng phải luôn sạch, tiến hành lau chùi thường xuyên.

2. Khách hàng (người sử dụng các dịch vụ chăm sóc SKSS).

2.1. Trước khi làm thủ thuật, phẫu thuật.

- Trước khi làm thủ thuật và phẫu thuật, khách hàng tắm rửa, thay quần áo sạch.

- Đi tiểu hoặc làm rỗng bàng quang.

- Cán bộ y tế kiểm tra lại một lần nữa trước khi phẫu thuật xem vùng sắp làm thủ thuật có tổn thương xước, mụn, nốt, ghẻ, có ổ nhiễm khuẩn không. Nếu có thì nên hoãn cuộc phẫu thuật trừ trường hợp cấp cứu.

- Vùng sắp phẫu thuật (bụng, bẹn...) phải được rửa sạch, bôi thuốc sát khuẩn da, niêm mạc như iod hữu cơ 10 %.

2.2. Sau khi làm thủ thuật, phẫu thuật.

- Sau khi phẫu thuật, khách hàng phải mặc quần áo sạch, phải được giữ vết mổ sạch và khô, nếu tắm phải tránh làm ướt vết mổ.

- Nếu băng vết mổ khô, sạch không có máu, thì không nên thay băng hàng ngày, tới ngày cắt chỉ (05 - 07 ngày) sẽ vừa cắt chỉ vừa thay băng.

3. Người cung cấp dịch vụ (cán bộ y tế).

- Giày dép của cán bộ y tế phải để ngoài phòng kỹ thuật (đi dép guốc của phòng kỹ thuật). Mũ phải kín không để lộ tóc ra ngoài, khẩu trang phải che kín mũi. Nhân viên y tế đang có bệnh nhiễm khuẩn không được phục vụ trong phòng kỹ thuật. Thay áo phẫu thuật, găng, khẩu trang sau mỗi ca phẫu thuật.

- Phẫu thuật viên, người trợ thủ phải: cắt ngắn móng tay, tháo nhẫn, vòng tay, đội mũ, đeo khẩu trang vô khuẩn. Rửa tay theo đúng qui trình rồi mặc áo choàng.

Chú ý:

- Rửa tay là một bước quan trọng nhất trong chống nhiễm khuẩn khi thực hiện các dịch vụ chăm sóc SKSS.

- Nguyên tắc sử dụng găng tay:

+ Các dịch vụ chăm sóc SKSS đều cần sử dụng găng tay.

+ Hầu hết găng vô khuẩn hiện nay sử dụng một lần. Găng dùng lại (cũng phải qua các thao tác vô khuẩn) chỉ còn dùng để lau rửa dụng cụ hoặc vệ sinh cơ thể cho người bệnh.

+ Trước khi mang găng phải rửa tay sạch (thường qui hay phẫu thuật), lau khô tay bằng khăn sạch (nếu rửa tay thường quy) hay khăn vô khuẩn (nếu rửa tay phẫu thuật).

+ Khi mang găng vô khuẩn (để phẫu thuật, đỡ đỡ...), dù tay đã rửa sạch vẫn không được để ngón tay chạm vào mặt ngoài (mặt sử dụng của găng), thực hiện nguyên tắc “tay chạm tay, găng chạm găng”.

4. Các dụng cụ, phương tiện sử dụng trong thủ thuật, phẫu thuật.

- Các thiết bị như bàn phẫu thuật, bàn đỡ,... phải được làm sạch sau mỗi lần làm thủ thuật bằng cách rửa, lau sạch máu, dịch sau đó lau lại bằng khăn với dung dịch sát khuẩn (dung dịch clorin 0,5 %, glutaraldehyd 2 %), cuối cùng lau lại bằng nước sạch; hàng tuần phải rửa bằng xà phòng và nước sạch rồi tiếp tục các bước tiếp theo; bàn phụ khoa ở các bệnh viện (do số lượng khám nhiều) phải được làm sạch hàng ngày theo cách đó. Thay khăn trải sau mỗi lần thủ thuật.

- Các dụng cụ bằng kim loại, cao su, nhựa, vải, thủy tinh... phải được tiệt khuẩn theo qui trình vô khuẩn đối với từng loại dụng cụ.

- Các phương tiện tránh thai như dụng cụ tử cung, thuốc, que cấy tránh thai được bảo quản trong bao bì vô khuẩn do nhà sản xuất thực hiện. Khi phát hiện bao bì rách, thủng thì không được sử dụng.

QUI TRÌNH VÔ KHUẨN DỤNG CỤ TRONG DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN

1. Qui trình vô khuẩn dụng cụ.

1.1. Khử nhiễm dụng cụ.

- Khử nhiễm là bước đầu tiên trong qui trình vô khuẩn.

- Thiết bị: 1 xô nhựa có quai xách với chiều cao trên 35 cm và một giỏ nhựa có quai hơi nhỏ hơn để lọt vào xô.

- Dung dịch hóa chất để khử nhiễm: dung dịch clorin 0,5% hoặc glutaraldehyd 2 %, dung dịch này sẽ thay sau mỗi buổi làm việc.

- Dụng cụ sau khi làm thủ thuật, phẫu thuật phải cho ngay vào xô, ngập hết trong dung dịch khử nhiễm, ngâm trong 10 phút. Sau đó đem ra rửa.

1.2. Làm sạch dụng cụ.

- Thiết bị: một chậu nhựa, vòi nước sạch, xà phòng, bàn chải.

- Trong khi rửa, người rửa dụng cụ cần đi găng cao su và đeo khẩu trang, đeo kính, đi ủng và mặc tạp dề để tránh lây nhiễm. Dùng bàn chải và xà phòng đánh sạch dụng cụ cho hết máu và tổ chức cơ thể bám lại trên dụng cụ.

- Cọ sạch các nơi dễ bám bẩn như răng, khe kẽ của dụng cụ. Sau đó rửa sạch xà phòng và lau khô bằng khăn sạch. Cọ rửa dưới vòi nước chảy hiệu quả hơn cọ rửa trong chậu nước.

- Yêu cầu: máu mủ và các mô bám vào dụng cụ như rau thai, mỡ, cơ... không còn dính lại trên dụng cụ.

1.3. Khử khuẩn mức độ cao.

Có hai cách:

- Khử khuẩn bằng luộc dụng cụ.
- Khử khuẩn bằng hóa chất.

1.3.1. Luộc dụng cụ.

- Thiết bị: hộp luộc dụng cụ bằng kim loại có nắp đậy kín, đủ lớn để chứa dụng cụ, dưới hộp có hệ thống bếp điện hoặc sử dụng một bếp riêng (điện, ga hoặc dầu).

- Yêu cầu: dụng cụ đã rửa sạch cho vào hộp luộc, đổ nước sạch vào hộp sao cho ngập các dụng cụ. Khi nước sôi, duy trì trong 20 phút, vớt dụng cụ dùng ngay không được để lâu.

1.3.2. Khử khuẩn mức độ cao bằng hóa chất.

Ngâm dụng cụ vào dung dịch khử khuẩn (glutaraldehyd 2 % hoặc dung dịch clorin 0,5 %) trong 20 phút sau đó tráng sạch bằng nước đun sôi để nguội.

1.4. Tiệt khuẩn.

1.4.1. Hấp ướt áp lực cao.

- Phương pháp này dùng cho tất cả các loại dụng cụ y tế trừ đồ nhựa (bơm và ống hút thai, catheter...). Đồ vải và đồ cao su phải hấp riêng, vì nhiệt độ, áp suất, thời gian hấp hai loại đó khác nhau.

- Thiết bị: nồi hấp ướt áp lực các loại.

- Yêu cầu: khi nhiệt độ lên tới 121°C (áp lực 1,2 kg/cm²) đối với dụng cụ đóng gói phải duy trì nhiệt độ như vậy trong 30 phút. Đối với dụng cụ không đóng gói chỉ cần duy trì 20 phút.

1.4.2. Sấy khô.

- Phương pháp này chỉ dùng cho các dụng cụ y tế bằng kim loại.

- Thiết bị là tủ sấy khô.

- Yêu cầu:

+ Nếu nhiệt độ 170°C phải duy trì 60 phút.

+ Nếu nhiệt độ 160°C phải duy trì 120 phút.

Ghi chú:

Cách kiểm tra dụng cụ sấy, hấp đã đạt nhiệt độ cần thiết hay chưa bằng cách sau:

- + Trước khi hấp, sấy, dán một giấy báo hiệu an toàn (trắng) vào hộp hay gói đồ.

- + Sau khi đã hấp hoặc sấy xong nếu giấy báo hiệu đó đổi màu (đen) là dụng cụ hấp sấy đạt yêu cầu về nhiệt độ.

- + Dụng cụ sau khi sấy, hấp phải dán nhãn ghi rõ ngày và tên người hấp sấy vào nắp hộp và gói đồ.

1.4.3. Tiệt khuẩn bằng hóa chất.

- Ngâm trong dung dịch hóa chất (glutaraldehyd 2 %, không được dùng dung dịch clorin 5 %) trong 10 giờ các dụng cụ bằng nhựa như ống thông (sonde), ống hút thai... Dụng cụ vớt ra phải rửa bằng nước tiệt khuẩn, để trong hộp kim loại đã tiệt khuẩn, nắp có dán nhãn, ghi ngày và tên người đã tiệt khuẩn.

- Đối với những dụng cụ không cần tiệt khuẩn thì chỉ ngâm trong 20 phút để khử khuẩn mức độ cao.

2. Bảo quản dụng cụ đã vô khuẩn.

- Nơi bảo quản dụng cụ đã vô khuẩn phải sạch sẽ, khô ráo, có cửa đóng kín.

- Có giá, kệ và tủ đựng dụng cụ, có sổ sách ghi chép tên dụng cụ, ngày xử lý vô khuẩn, ngày nhập, xuất dụng cụ (chú ý nguyên tắc nhập trước xuất trước).

- Không để lẫn dụng cụ đã tiệt khuẩn với dụng cụ chưa tiệt khuẩn.

- Thời gian bảo quản:

- + Không bảo quản những dụng cụ tiệt khuẩn mà không đóng gói (loại này cần phải dùng ngay sau khi tiệt khuẩn).

- + Dụng cụ đã khử khuẩn cao chỉ được sử dụng trong vòng 3 ngày. Riêng dụng cụ lược chỉ dùng trong vòng 24 giờ.

- + Những dụng cụ tiệt khuẩn được đóng gói hoặc đặt trong hộp tiệt khuẩn, được bảo quản một tuần, sau một tuần nếu chưa dùng cần phải hấp sấy lại.

+ Những hộp dụng cụ đã mở ra dùng, nếu dụng cụ bên trong chưa dùng hết thì sau 24 giờ phải đưa đi sấy hấp lại.

+ Khi vận chuyển dụng cụ đã tiệt khuẩn từ nơi bảo quản đến phòng thủ thuật, phẫu thuật, phải che đậy để tránh nhiễm bẩn.

B: LÀM MẸ AN TOÀN

PHÁT HIỆN CÁC DẤU HIỆU NGUY HIỂM, XỬ TRÍ VÀ CHUYỂN TUYÊN CÁC CẤP CỨU SẢN KHOA

Chuyển tuyến các cấp cứu sản khoa là công việc phải thực hiện của các tuyến cơ sở (xã và huyện) và cũng còn là việc của tuyến trên khi cần chỉ viện, chuyên chở người bệnh từ các tuyến dưới về bệnh viện.

Các tình huống cấp cứu sản khoa có thể gặp trước, trong và sau sinh gồm:

- Sốc sản khoa,
- Khó thở, suy hô hấp
- Trụy tim mạch, suy tim
- Chảy máu âm đạo
- Co giật
- Hôn mê
- Sốt cao
- Đau bụng dữ dội

Việc đánh giá nhanh, phân loại và chẩn đoán hợp lý nguyên nhân

của các cấp cứu trên là quan trọng nhất giúp có phương án xử trí hợp lý và kịp thời, góp phần cứu sống sản phụ.

1. Choáng sản khoa:

1.1. Xác định choáng:

- Xanh tái, mặt môi, vã mồ hôi ở môi, trán, có vẻ thờ ơ, chân tay lạnh, đôi khi có vật vã giãy giụa (co rút cơ do thiếu oxy tổ chức).

- Thở nhanh, nông (hồn hển).

- Mạch nhanh, nhỏ, khó bắt hoặc không có mạch quay nếu mất máu nặng (từ 1000ml trở lên).

- Huyết áp hạ thấp, có khi không đo được (nếu mất máu nặng hoặc sang chấn nặng, hoặc sốc về thần kinh và tinh thần nặng nề...).

Đây là những dấu hiệu lâm sàng ở tuyến nào cũng có thể thấy và cần có thái độ xử trí kịp thời, tích cực, đúng kỹ thuật.

1.2. Xác định nguyên nhân ban đầu:

- Do mất máu nhiều trong: chấn thương gây chảy máu (rách phần mềm âm hộ âm đạo, rách cổ tử cung, vỡ tử cung, thủng tử cung chảy máu và thường kèm theo đau đớn làm tình trạng sốc trầm trọng thêm), rau tiền đạo, rau bong non, rau bong dờ dang, rau cài răng lược, dờ tử cung sau đẻ, sau phá thai, nhất là thai lưu.

- Do nhiễm trùng, nhiễm độc (độc tố của vi trùng gây ra): viêm nhiễm đường sinh dục, nhiễm trùng ối (trong đó đặc biệt nguy hiểm là trường hợp sốc do vi khuẩn gram(-) gây rối loạn chuyển hóa và giảm khả năng sử dụng oxy của tế bào).

- Bị đau đớn nhiều: Do sang chấn đẻ khó, can thiệp thủ thuật không được gây tê, gây mê và hồi sức hỗ trợ đầy đủ. Có biểu hiện tâm thần không bình thường.

1.3. Xử trí ban đầu: tùy theo nhóm nguyên nhân

Choáng mất máu

- Bồi phụ đủ thể tích máu đã mất (hoặc dịch thay thế máu).

- Cung cấp oxy cho tế bào.

- Tuyến dưới trước khi chuyển đi: loại bỏ hoặc hạn chế tối đa nguyên nhân chảy máu

Choáng nhiễm trùng

- Cải thiện rối loạn huyết động học bằng truyền các dung dịch để hồi phục thể tích máu (kể cả máu nếu có thiếu máu nặng thể hiện ở số lượng hồng cầu, huyết sắc tố thấp...).

- Cung cấp đầy đủ oxy.

- Cải thiện những rối loạn chức năng của tim, gan, thận, hô hấp.

- Loại trừ tác nhân vi khuẩn gây bệnh.

2. Khó thở, suy hô hấp:

2.1. Xác định suy hô hấp:

- Tím tái.

- Khó thở.

- Bệnh cảnh thường gặp: thiếu máu nặng, suy tim, hen, viêm phổi, phù phổi cấp.

2.2. Xác định nguyên nhân suy hô hấp

- Theo cách xuất hiện: đột ngột (dị vật, nang, tràn khí màng phổi); nhanh (phù phổi cấp, hen phế quản, viêm phổi...); từ từ (u phổi, tràn dịch màng phổi, suy tim mất bù...)

- Đau ngực: tràn khí màng phổi, nhồi máu phổi, viêm màng phổi, nhồi máu cơ tim

- Sốt (nhiễm trùng): viêm phổi, viêm phế quản...

2.3. Thăm khám: cần khám kỹ về hô hấp (ran ẩm, ran rít, hội chứng 3 giảm), tim mạch (dấu hiệu suy tim), thần kinh (ý thức, triệu chứng liệt cơ hô hấp...)

2.4. Xử trí suy hô hấp ban đầu:

- Nguyên tắc xử trí cấp cứu: phát hiện ngay tình trạng suy hô hấp nguy kịch để can thiệp thủ thuật theo trình tự của dây truyền cấp cứu ABCD, dùng thuốc điều trị, theo dõi và kiểm soát tốt chức năng sống của bệnh nhân

- Khai thông đường thở:

+ Cổ ưỡn (dẫn lưu tư thế).

+ Canule Grudel hoặc Mayo chống tụt lưỡi.

- + Hút đờm dãi, hút rửa phế quản.
- + Tư thế nằm nghiêng an toàn nếu có nguy cơ sặc.
- + Nghiệm pháp Heimlich nếu có dị vật đường thở.
- + Đặt nội khí quản (hoặc mở khí quản) để khai thông đường thở.

- Kiểm soát thông khí: các trường hợp cần hỗ trợ thông khí bao gồm:

- + Giảm thông khí:
 - Toàn hô hấp với $\text{pH} < 7,25$.
 - Có nguy cơ giảm thông khí hoặc giảm thông khí sẽ tiến triển nặng thêm: PaCO_2 tăng dần; thở nhanh và có cảm giác thiếu khí; liệt hoặc mệt cơ hoành (thở bụng nghịch thường, dung tích sống $< 15\text{ml/kg}$, áp lực hít vào tối đa $\geq -30\text{ cmH}_2\text{O}$).
- + Thiếu oxy máu nặng, kém đáp ứng với thở oxy.
- Chỉ định đặt nội khí quản:
 - + Tắc nghẽn đường hô hấp trên.
 - + Mất phản xạ bảo vệ đường thở.
 - + Khả năng khạc đờm giảm nhiều hoặc mất.
 - + Thiếu oxy máu nặng không đáp ứng thở oxy.
 - + Cần thông khí nhân tạo xâm nhập.

3. Truy tìm mạch, suy tim:

3.1. Xác định truy tìm mạch, suy tim:

- Da lạnh, ẩm ướt.
- Mạch nhanh, nhỏ.
- Huyết áp tụt thấp hay tăng cao.
- Bệnh cảnh thường gặp: sốc (chảy máu, nhiễm khuẩn), tăng huyết áp, tiền sản giật nặng...

3.2. Xác định nguyên nhân:

- Hai nguyên nhân thường gặp: truy tìm mạch toàn thân do mất một lượng máu lớn gây rối loạn hệ thống tuần hoàn; suy do từng bộ

phận riêng biệt-tắc mạch do cục máu đông.

- Trụy mạch do tim: trụy mạch ảnh hưởng đến các mạch máu của tim và thường gây tử vong - gọi là suy tuần hoàn “cấp”.

- Trụy mạch ngoại vi: ảnh hưởng tới các động-tĩnh mạch gây hoại tử, suy cơ quan hay những biến chứng nặng khác. Còn gọi là sốc hay suy tuần hoàn ngoại vi.

- Các nguyên nhân hay gặp:

 - + Mất máu cấp.

 - + Huyết khối do rối loạn tăng đông.

 - + Sốt xuất huyết.

 - + Sốc.

 - + Bệnh tim.

 - + Thuốc ảnh hưởng tới huyết áp.

 - + Hội chứng động mạch mạc treo tràng trên (*Superior mesenteric artery syndrome*).

3.3. Xử trí ban đầu:

- Đánh giá sản phụ có hay không:

 - + A (Airways): có đường thở thông.

 - + B (Breathing): có thông khí phế nang thích đáng.

 - + C (Circulation): có tuần hoàn não tối thiểu để bảo đảm oxy máu đủ và vận tải oxy và glucose lên não.

- Vì vậy thứ tự các chức năng sống cần được ưu tiên đánh giá khi tiếp nhận một bệnh nhân cấp cứu là:

- (1) Chức năng hô hấp.

- (2) Chức năng tuần hoàn.

- (3) Chức năng thần kinh.

- (4) Cân bằng nước-điện giải, toan-kiềm.

- (5) Chức năng cầm máu, đông máu.

- Hội chẩn, phối hợp các chuyên khoa nếu loại trừ các nguyên nhân sản khoa.

4. Chảy máu âm đạo:

4.1. Xác định chảy máu âm đạo:

- Chảy máu từ âm hộ, âm đạo và tử cung.
- Tình trạng tử cung.
- Các vết rách, máu tụ.
- Tình trạng bàng quang.

4.2. Xác định nguyên nhân:

Bệnh cảnh thường gặp:

- Sảy thai, thai trứng, thai ngoài tử cung.
- Rau tiền đạo, rau bong non, vỡ tử cung.
- Đờ tử cung, rách (chấn thương) đường sinh dục, máu tụ đường sinh dục.
- Sốt rau, lộn tử cung, rối loạn đông máu.

4.3. Xử trí ban đầu:

- Hồi sức chống sốc do giảm thể tích máu.
- Xử trí theo nguyên nhân (theo từng bài tương ứng trong tài liệu).
- Chuyển tuyến khi vượt khả năng chuyên môn cho phép.

5. Hôn mê và co giật:

5.1. Xác định co giật:

- Tiền triệu: thường là lo âu, sợ, một mùi hay vị kỳ quặc, hay một vài hiện tượng vận động nhỏ (như giật cơ) trước lúc xảy ra co giật.
- Đau đầu.
- Thay đổi ý thức (từ lú lẫn đến không đáp ứng).
- Hành động vô thức: bặm môi, nhai, đi không mục đích.
- Co thắt cơ, tăng trương lực gây nghiến răng và cứng trong tư thế duỗi (giai đoạn tăng trương lực) theo sau là giật cơ theo nhịp (giai đoạn co giật).
- Mất kiểm soát tư thế, cắn lưỡi, tiểu không tự chủ.

- Các triệu chứng thần kinh thực vật như nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, giãn đồng tử.

- Sau cơn co giật: giai đoạn lú lẫn hay không đáp ứng, kéo dài từ vài phút đến vài giờ.

5.2. Xác định nguyên nhân:

- Bệnh cảnh thường gặp: sản giật, sốt rét, động kinh, uồn ván, viêm não-màng não.

5.3. Xử trí ban đầu:

- Sản giật: điều trị chống co giật với Magnesium sulfate và an thần (xem bài Tăng huyết áp, tiền sản giật và sản giật).

- Các nguyên nhân khác: Hội chẩn xác định bệnh rồi chuyển điều trị ở khoa thích hợp.

- Tuyến xã có thể tiêm bắp 10mg diazepam rồi chuyển tuyến.

6. Sốt cao:

6.1. Xác định sốt cao:

- Sốt là hiện tượng nhiệt độ cơ thể cao ($> 37,8^{\circ}\text{C}$ ở miệng hoặc $> 38,2^{\circ}\text{C}$ ở trực tràng) hoặc là sự tăng cao hơn nhiệt độ cơ thể bình thường.

- Sốt cao là sốt $\geq 40^{\circ}\text{C}$.

6.2. Xác định nguyên nhân:

- Bệnh cảnh thường gặp: sảy thai nhiễm khuẩn, sốt rau, nhiễm khuẩn ối, nhiễm khuẩn hậu sản, các nhiễm khuẩn toàn thân khác: viêm não-màng não, thương hàn, viêm phổi, sốt rét, viêm phúc mạc, nhiễm khuẩn vú.

- Các nguyên nhân khác của sốt: ỉa chảy, viêm gan, nhiễm Rickettsia, tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn, viêm họng.

6.3. Xử trí ban đầu:

- Xử trí theo nguyên nhân (theo bài nhiễm khuẩn hậu sản).

- Chuyển tuyến khi vượt khả năng chuyên môn cho phép.

7. Đau bụng dữ dội:

7.1. Xác định nguyên nhân:

- Bệnh cảnh thường gặp: thai ngoài tử cung vỡ, dọa sảy và sảy, dọa vỡ tử cung, chuyển dạ đẻ, nhiễm khuẩn ối, rau bong non, u buồng trứng xoắn. Cần phân biệt với viêm ruột thừa, sỏi tiết niệu, viêm thận-bể thận, các bệnh ngoại khoa khác ở bụng.

7.2. Xử trí ban đầu:

- Xử trí theo nguyên nhân (theo từng bài tương ứng trong tài liệu)

- Chuyển tuyến khi vượt khả năng chuyên môn cho phép

*** Những lưu ý để chuyển tuyến an toàn:**

Nhân lực:

- Mọi cơ sở y tế phải có người thường trực cấp cứu liên tục.

- Phân công cụ thể người trực thường trú tại nhà để có thể gọi chi viện vào giờ nghỉ, ban đêm.

- Tại xã, nên lập đội cấp cứu dựa vào cộng đồng.

- Khi chuyển tuyến có nhân viên y tế hộ tống với túi thuốc cấp cứu, bình hoặc bóng oxygen, dụng cụ đỡ đẻ sạch đi kèm.

Phương tiện vận chuyển:

- Mỗi cơ sở y tế phải luôn có sẵn túi cấp cứu và các phương tiện vận chuyển.

- Tại xã, hợp đồng cụ thể với những người lái xe ôm, chủ xe ô tô, chủ thuyền bè ở gần cơ sở y tế để có thể huy động bất cứ lúc nào cần chuyển người bệnh cấp cứu.

- Xe ô tô cấp cứu của bệnh viện huyện và tỉnh luôn ở tư thế sẵn sàng cấp cứu. Không được dùng xe cấp cứu vào việc khác. Lái xe có chế độ trực liên tục như nhân viên y tế.

Phương tiện thông tin liên lạc:

Tất cả các cơ sở y tế từ xã trở lên cần có điện thoại và danh bạ của cơ sở y tế tuyến trên để liên lạc xin chỉ viện, xin ý kiến chỉ đạo điều trị.

Chăm sóc người bệnh khi vận chuyển:

- Giữ ấm người bệnh.
- Đặt người bệnh tư thế thích hợp:
 - + Nằm nửa nằm nửa ngồi (tư thế Fowler) cho các ca khó thở, bệnh tim.
 - + Đầu thấp, chân cao, nghiêng một bên cho các ca có sốc (nếu thai nhi còn trong bụng mẹ thì nên cho nằm nghiêng trái).
 - + Đầu thấp, kê cao mông (tư thế đầu gối-ngực) cho những trường hợp sa dây rốn.
 - + Nếu sản phụ bị băng huyết do đờ tử cung, còn ra máu thì người hộ tống ngồi bên cạnh liên tục xoa bóp tử cung; khi cần, ép tử cung bằng hai tay qua thành bụng, hoặc buộc chặt bụng dưới bằng một băng vải thun.
- Khi cần thiết vẫn phải tiếp tục truyền dịch, cho thở oxygen, tiêm thuốc hồi sức, thuốc co tử cung... trên đường di chuyển.

Hồ sơ người bệnh mang theo khi chuyển tuyến:

Cần ghi các thông tin tối thiểu sau đây:

- Tên, tuổi, địa chỉ.
- Lý do chuyển tuyến.
- Tiền sử sản khoa.
- Thời gian đến cơ sở cấp cứu đầu tiên.
- Tình trạng ban đầu của người bệnh: các triệu chứng chủ yếu nổi bật nhất khi đến cơ sở cấp cứu.
- Các biện pháp đã xử trí và thuốc đã dùng trước khi chuyển tuyến và trong khi vận chuyển.

1: CHĂM SÓC TRƯỚC ĐỂ

TƯ VẤN CHO PHỤ NỮ CÓ THAI

Tư vấn cho phụ nữ có thai là quá trình giao tiếp, trao đổi hai chiều, giúp họ xác định được những điều cần thiết về bảo vệ thai nghén, từ đó quyết định những hành động thích hợp nhất có lợi cho sức khỏe mẹ và con.

1. Những nội dung tư vấn trong mọi trường hợp.

- Sự cần thiết của việc khám thai định kỳ.
- Dinh dưỡng của thai phụ trong khi có thai.
- Lao động, làm việc trong khi có thai.
- Vệ sinh thân thể trong khi có thai.
- Các sinh hoạt khác trong đời sống khi có thai kể cả quan hệ tình dục.
- Nhận biết những dấu hiệu nguy hiểm thường gặp khi có thai để kịp thời đi khám.
- Chuẩn bị sẵn sàng cho cuộc sinh sắp tới.
- Nuôi con bằng sữa mẹ (tham khảo bài “*Tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ*”)
- Biện pháp tránh thai sau khi sinh.
- HIV/AIDS và các NKLTQĐTD khác.
- Tư vấn về vai trò và trách nhiệm của chồng và các thành viên khác trong gia đình.

2. Những nội dung tư vấn các trường hợp cụ thể.

Ngoài các nội dung trên, cần chú ý:

2.1. Có thai lần đầu.

Tư vấn đầy đủ về dinh dưỡng (thường có tâm lý sợ ăn nhiều, con to), về lợi ích của khám thai sớm, khám định kỳ theo hẹn, dự kiến ngày đẻ, chuẩn bị đầy đủ cho mẹ và con khi đẻ, dự kiến nơi đẻ, người đỡ đẻ và cả người nhà chăm sóc, chuẩn bị cho việc nuôi con bằng sữa mẹ, tư vấn về sinh hoạt tình dục.

2.2. Đẻ từ 4 lần trở lên.

- Tư vấn về dinh dưỡng, nguy cơ ngôi bất thường, chuyển dạ kéo dài, chảy máu trong giai đoạn sổ rau vì dễ bị dờ tử cung.

- Tư vấn về lợi ích của khám thai định kỳ để phát hiện nguy cơ và chuyển tuyến.

2.3. Với thai ngoài ý muốn.

Nếu muốn đình chỉ (phá thai) thì khi nào là thích hợp, nếu để thai phát triển phải có trách nhiệm đầy đủ của gia đình.

2.4. Với thai ngoài giá thú.

Cho thai phụ biết các biện pháp có thể lựa chọn. Nếu quyết định không đình chỉ thai nghén, tư vấn về trách nhiệm làm mẹ khi sinh con.

2.5. Các trường hợp hiếm muộn, có thai quá sớm (dưới 18 tuổi), con so lớn tuổi (trên 35 tuổi) sảy liên tiếp, tiền sử dị dạng, thai chết lưu, đẻ khó, có sẹo mổ cũ ở tử cung.

Nên tư vấn về sự cần thiết của việc khám thai nhiều lần và đều đặn hơn các trường hợp bình thường khác và nói rõ vấn đề cần chuyển tuyến.

2.6. Với người thất nghiệp, nghèo đói, mù chữ.

Cần bàn biện pháp giúp đỡ để có thể đảm bảo đủ dinh dưỡng khi có thai và các chi phí khi sinh đẻ.

2.7. Với những người ở vùng sâu, vùng xa.

Phải tư vấn kỹ về việc chuẩn bị đầy đủ phương tiện, khi cần chuyển tuyến (hoặc đến bệnh viện sớm trước ngày dự định đẻ).

2.8. Ở những nơi có tập tục đẻ tại nhà.

Tư vấn về lợi ích của việc đẻ tại cơ sở y tế, nếu thai phụ chưa đồng ý, tư vấn nên mời cán bộ y tế đã được đào tạo về đỡ đẻ đến đỡ đẻ tại nhà.

2.9. Tư vấn kế hoạch hóa gia đình và nuôi con bằng sữa mẹ.

Nếu có điều kiện cũng nên tiến hành từ khi còn mang thai.

2.10. Những trường hợp bạo hành với thai phụ.

- Cần tư vấn cho gia đình nhất là với người chồng về nhiệm vụ bảo vệ bà mẹ và trẻ em.

- Xem thêm bài ***“Tư vấn cho phụ nữ bị bạo hành”***

2.11. Đối với những bà mẹ chích hút ma túy.

Tư vấn về các nguy cơ có thể xảy ra đối với em bé, giới thiệu nơi có thể chăm sóc ở tuyến trên, hướng dẫn cách phòng tránh hoặc hạn chế nguy cơ và biến chứng. Tư vấn xét nghiệm HIV cho mọi bà mẹ nếu có thể.

2.12. Đối với trường hợp nghi HIV (+)

- Xem bài *“Nhiễm HIV khi có thai”* và *“Quy trình phòng chống lây nhiễm HIV từ mẹ sang con”*

- Tư vấn và chuyển tuyến trên.

2.13. Trường hợp bị hiếp dâm.

- Động viên người phụ nữ và thảo luận vấn đề phá thai.

- Tư vấn về giảm nguy cơ và an toàn cho phụ nữ, xem thêm bài *“Tư vấn về bạo hành phụ nữ”*.

- Sẵn sàng điều trị dự phòng các bệnh LTQĐTD.

3. Những việc cần làm.

Thái độ vui vẻ thân mật, thông cảm.

Nắm vững nội dung tư vấn, thông tin chính xác.

Kiên trì giải thích.

4. Những việc cần tránh.

Phê phán, gò ép, chỉ trích.

Dùng lời khuyên quá chung chung.

Đưa quá nhiều thông tin hoặc đưa các thông tin không phù hợp với trình độ thai phụ.

CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH

I. MỤC ĐÍCH:

Phát hiện sớm những thai kỳ bị DTBS nặng, bệnh lý gen hoặc những trẻ giảm thiểu trí tuệ: Hội chứng Down, Trisomy 13, Trisomy 18, bệnh Thalassemia,... từ đó tư vấn cho thai phụ và gia đình hướng kết thúc thai kỳ nhằm giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội.

Việc chẩn đoán sớm những khuyết tật có thể sửa chữa được sau sinh như sút môi, chẻ mồm, tay chân khoèo,... sẽ giúp chuẩn bị tâm lý tốt hơn cho vợ chồng.

II. CÁC BƯỚC SÀNG LỌC VÀ CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH THEO TUỔI THAI:

1. Khám thai lần đầu tiên:

Khi có tim thai, người mẹ được cho làm một số xét nghiệm để đánh giá sức khỏe cho bản thân và nguy cơ cho thai nhi:

- Công thứ máu, nhóm máu, Rhesus
- Viêm gan
- Giang mai
- HIV
- Rubella
- Đường huyết ngẫu nhiên
- Chức năng đông máu
- Chức năng tuyến giáp
- Tổng phân tích nước tiểu...

Tầm soát bệnh Thalassemia thai nhi bằng xét nghiệm huyết đồ của bố mẹ.

2. Sàng lọc và chẩn đoán trước sinh 3 tháng đầu:

Tuần thứ 11 – 13 tuần 6 ngày: Đo độ mờ gáy, kết hợp độ mờ gáy với tuổi mẹ và Double test [PAPP-A (Pregnancy Associated Plasma Protein A) và free β HCG] để đánh giá nguy cơ hội chứng Down, Trisomy 18 và Trisomy 13. Với những đối tượng thuộc nhóm

nguy cơ cao, được tư vấn thiết gai nhau làm nhiễm sắc thể đồ (phụ lục 1).

Siêu âm khoảng thời gian này có thể phát hiện những dị tật nặng nề của thai như: vô sọ, nang bạch huyết vùng cổ thai nhi, cụt chi. Khi có những DTBS nặng nề này, tư vấn thai phụ và gia đình kết thúc thai kỳ.

3. Sàng lọc và chẩn đoán trước sinh 3 tháng giữa:

Tuần thứ 14 – 21:

Nếu chưa được sàng lọc 03 tháng đầu: làm Triple test (AFP, free β HCG và UE3) tầm soát nguy cơ hội chứng Down, Trisomy 18 và khuyết tật ống thần kinh thai nhi.

Tuần thứ 21 – 24:

Siêu âm khảo sát hình thái học

Với những đối tượng thuộc nhóm nguy cơ được tư vấn xét nghiệm dịch ối để chẩn đoán bệnh lý di truyền và bệnh lý gen (phụ lục 1). Với những DTBS nặng nề như não úng thủy, bất sản thận hai bên, tim bẩm sinh nặng,... tư vấn thai phụ và gia đình chấm dứt thai kỳ (phụ lục 2).

Tuần thai thứ 24-28

Test dung nạp glucose hướng dẫn thai phụ làm xét nghiệm buổi sáng và nhịn ăn 8 giờ

4. Tuổi thai muộn hơn:

- 03 tháng cuối thai kỳ: Siêu âm có vai trò trong chẩn đoán thai chậm tăng trưởng, dây rốn quấn cổ thai, nhau tiền đạo, nhau cài răng lược...

Thai phụ đến khám nhập viện lần đầu cần làm một số xét nghiệm để đánh giá sức khỏe cho bản thân và nguy cơ cho thai nhi:

- Công thức máu, nhóm máu, Rhesus
- Viêm gan
- Giang mai
- HIV

- Chức năng gan
- Chức năng thận
- Chức năng đông máu
- Đường huyết ngẫu nhiên
- Tổng phân tích nước tiểu...

(Theo Phác đồ điều trị sản-phụ khoa Bệnh viện Từ Dũ 2015)

HƯỚNG DẪN CHI TIẾT CHĂM SÓC TRƯỚC SINH

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

Mỗi phụ nữ mang thai phải được quản lý thai và khám thai ít nhất 04 lần trong thai kỳ (01 lần trong 03 tháng đầu, 01 lần trong 03 tháng giữa, 02 lần trong 03 tháng cuối). Chăm sóc trước sinh cần được thực hiện theo 09 bước sau:

1. Phần hỏi.

1.1. Bản thân.

- Họ và tên.
- Tuổi.

- Nghề nghiệp, điều kiện lao động: tư thế làm việc ngồi hay đứng, chế độ nghỉ ngơi, có tiếp xúc độc hại không.
- Địa chỉ (ghi theo địa chỉ hộ khẩu chú ý vùng sâu, xa).
- Dân tộc (chú ý dân tộc thiểu số).
- Trình độ học vấn.
- Điều kiện sống, kinh tế (chú ý hoàn cảnh đói nghèo...).

1.2. Sức khỏe.

1.2.1. Hiện tại.

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

1.2.2. Tiền sử bệnh.

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

1.2.3. Tiền sử sản khoa (PARA).

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

- Số thứ nhất là số lần đẻ đủ tháng.
- Số thứ hai là số lần đẻ non.
- Số thứ ba là số lần sảy thai hoặc phá thai.
- Số thứ tư là số con hiện sống.

Ví dụ năm 2012: đã đẻ đủ tháng 02 lần, không đẻ non, 01 lần sảy hoặc phá thai, hiện 02 con sống.

Với từng lần có thai:

- Tuổi thai khi kết thúc (để biết đẻ non hay đủ tháng).
- Nơi đẻ: bệnh viện, trạm xá, tại nhà, đẻ rơi.
- Thời gian chuyển dạ.

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

Các bất thường:

Khi mang thai: ra máu, tiền sản giật.

Khi đẻ: ngôi bất thường, đẻ khó, thai dị dạng

Sau đẻ: băng huyết, nhiễm khuẩn.

Cân nặng con khi đẻ.

Giới tính con.

Tình trạng con khi đẻ ra: khóc ngay, ngạt, chết ...

1.2.4. Hỏi về tiền sử phụ khoa.

Có điều trị vô sinh, điều trị nội tiết, có các bệnh NKĐSS, bệnh LTQĐTD, đốt cổ tử cung (đốt nhiệt, đốt điện, laser, áp lạnh) các khối u phụ khoa, sa sinh dục, các phẫu thuật phụ khoa...

1.2.5. Hỏi về các biện pháp tránh thai đã dùng.

- Loại BPTT.

- Thời gian sử dụng của từng biện pháp.

- Lý do ngừng sử dụng.

- BPTT dùng ngay trước lần có thai này (nếu có dùng, tại sao mang thai).

1.2.6. Hỏi về lần có thai này.

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

- Các triệu chứng nghén.

- Ngày thai máy.

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

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

- Một môi, uể oải, đau đầu, ăn kém ngon (dấu hiệu thiếu máu)

- Nhức đầu, hoa mắt, đau thượng vị, nôn mửa (dấu hiệu tiền sản giật).

1.3. Gia đình.

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

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

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

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

- Hỏi để sàng lọc bạo hành phụ nữ, nếu phát hiện, xử lý các bước theo hướng dẫn trong bài “*Sàng lọc và đáp ứng của nhân viên y tế đối với bạo hành phụ nữ*”

1.4. Tiền sử hôn nhân.

Lấy chồng năm bao nhiêu tuổi.

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

1.5. Dự tính ngày sinh theo ngày đầu của kỳ kinh cuối.

- Tính đúng 40 tuần kể từ ngày đầu của kỳ kinh cuối.
- Theo dương lịch, lấy ngày đầu của kỳ kinh cuối cộng 07, tháng cuối cộng 09 (hoặc trừ 03 nếu tổng số lớn hơn 12).

Ví dụ: Ngày đầu của kỳ kinh cuối: 15/9/2007

Ngày dự kiến đẻ 22/6/2008

- Nếu có bảng quay tính ngày dự kiến đẻ thì càng tiện.
- Nếu không nhớ ngày đầu của kỳ kinh cuối thì có thể dựa trên kết quả siêu âm (tốt nhất là trong 3 tháng đầu của thai kỳ) để xác định tuổi thai.

- Nếu sản phụ không nhớ ngày dương lịch, chỉ nhớ ngày âm lịch thì cán bộ y tế dựa vào lịch mà chuyển ngày âm sang ngày dương.

- Trong trường hợp bơm tinh trùng vào tử cung thì ngày đầu của kỳ kinh cuối được tính là trước ngày bơm 14 ngày. Dự tính ngày sinh được tính như cách trên.

2. Khám toàn thân.

- Đo chiều cao cơ thể (lần khám thai đầu).
- Cân nặng (cho mỗi lần khám thai).
- Khám da, niêm mạc, đánh giá có phù hoặc thiếu máu hay không (cho mỗi lần khám thai).
- Đo huyết áp (cho mỗi lần khám thai).
- Khám tim phổi (cho mỗi lần khám thai).
- Khám vú.
- Khám các bộ phận khác khi có dấu hiệu bất thường.

3. Khám sản khoa.

3.1. Ba tháng đầu.

- Nắn trên mu xem đã thấy đáy tử cung chưa.
- Xem có vết sẹo phẫu thuật bụng dưới.
- Đặt mỏ vịt xem cổ tử cung có viêm không nếu nghi ngờ viêm nhiễm đường sinh dục.
- Chỉ thăm âm đạo nếu các dấu hiệu có thai chưa rõ, cần xác định thêm.
- Có điều kiện nên làm siêu âm lần 1 (khi thai khoảng 11 - 13 tuần): xác định tuổi thai.

3.2. Ba tháng giữa.

- Đo chiều cao tử cung.
- Nghe tim thai khi đáy tử cung đã đến rốn (tốt nhất là bằng máy nghe tim thai nếu có).
- Cử động thai, số lượng thai, tình trạng ối.
- Có điều kiện nên làm siêu âm lần 2 (khi thai khoảng 20 - 24 tuần).

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

3.3. Ba tháng cuối.

- Tốt nhất nên khám thai mỗi tháng một lần.
- Đo chiều cao tử cung/vòng bụng.
- Nắn ngôi thai (từ thai 36 tuần tuổi).
- Nghe tim thai.
- Đánh giá độ xuống của đầu (trong vòng 01 tháng trước dự kiến đẻ).
- Cử động thai, số lượng thai, tình trạng ối.
- Có điều kiện nên làm siêu âm lần 3 khi tuổi thai 30 - 32 tuần.
- Khi nằm nghỉ, ngủ nên nằm nghiêng và tốt hơn là nghiêng bên trái, hai chân kê gối hơi cao nếu có phù chân do ứ đọng.
- Nếu nghi ngờ có viêm nhiễm đường sinh dục cần được quan sát âm đạo, cổ tử cung qua đặt mỏ vịt.

* **Lưu ý:** khi làm siêu âm nhân viên y tế không được cho thai phụ biết giới tính thai nhi

4. Các xét nghiệm cần thiết.

4.1. Tổng phân tích nước tiểu.

Lấy nước tiểu buổi sáng, giữa dòng.

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

4.2. Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi

4.3. Các xét nghiệm khác.

- Nếu có thiếu máu thì xét nghiệm phân xem có giun không.
- Thử HIV, giang mai và viêm gan B, C.. các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác nếu cần, càng sớm càng tốt.(xem “*Quy trình phòng chống lây nhiễm HIV từ mẹ sang con*”).
- Xét nghiệm khí hư (nếu cần).

- Tầm soát đái tháo đường thai kỳ: đối với thai kỳ nguy cơ cao làm xét nghiệm đường huyết và làm nghiệm pháp dung nạp glucose trong lần khám thai đầu tiên. Đối với thai kỳ nguy cơ thấp thực hiện nghiệm pháp lúc thai từ 24-28 tuần. Nếu chẩn đoán ĐTDĐ thai kỳ cần kết hợp khám chuyên khoa nội tiết với khám thai định kỳ

- Đối với thai phụ nguy cơ cao: Có vết mổ lấy thai cũ, bất thường về khung chậu, bất thường về thai và các phần phụ của thai nên cho xét nghiệm tiền phẫu sớm trong vòng 1-2 tuần dự sanh.

5. Tiêm phòng uốn ván.

- Với người chưa tiêm phòng uốn ván lần nào: tiêm mũi đầu khi phát hiện thai nghén bất kỳ ở tháng nào; tiếp theo tiêm mũi thứ hai sau mũi tiêm đầu ít nhất một tháng và phải cách thời gian dự kiến đẻ ít nhất 1 tháng.

- Với những người đã tiêm đủ 2 mũi, nếu:

- Lần tiêm trước trước < 5 năm: tiêm 1 mũi.

- Lần tiêm trước trước > 5 năm: tiêm 2 mũi.

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

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

6. Cung cấp thuốc thiết yếu.

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

- Viên sắt/folic:

- Uống ngày 1 viên trong suốt thời gian có thai đến hết 6 tuần sau đẻ. Tối thiểu uống trước đẻ 90 ngày.

- Nếu thai phụ có biểu hiện thiếu máu rõ, có thể tăng từ liều dự phòng lên liều điều trị 2 - 3 viên/ngày.

○Việc cung cấp viên sắt/acid folic cần được thực hiện ngay từ lần khám thai đầu. Kiểm tra việc sử dụng và cung cấp tiếp trong các lần khám thai sau.

7. Giáo dục sức khỏe.

7.1. Dinh dưỡng: Chế độ ăn khi có thai.

- Lượng tăng ít nhất 1/4 (tăng số bữa ăn và số lượng cơm, thức ăn trong mỗi bữa).
- Tăng chất: đảm bảo cho sự phát triển của mẹ và con (thịt, cá, tôm, sữa, trứng, đậu lạc, vừng, dầu ăn, rau quả tươi).
- Không nên ăn mặn, nên thay đổi món để ngon miệng
- Không hút thuốc lá, uống rượu.
- Không uống thuốc nếu không có chỉ định của thầy thuốc.
- Tránh táo bón bằng chế độ ăn hợp lý, không nên dùng thuốc chống táo bón.

7.2. Chế độ làm việc khi có thai.

- Làm theo khả năng, xen kẽ nghỉ ngơi nhưng không quá nặng nhọc, tránh làm ban đêm (nhất là từ tháng thứ bảy).
- Không làm việc vào tháng cuối để đảm bảo sức khỏe cho mẹ và đẻ con tăng cân.
- Không mang vác nặng trên đầu, trên vai.
- Không để kiệt sức.
- Không làm việc dưới nước hoặc trên cao.
- Không tiếp xúc với các yếu tố độc hại.
- Tránh đi xa, tránh xóc xe hay va chạm mạnh.
- Quan hệ tình dục thận trọng.

7.3. Vệ sinh khi có thai.

- Nhà ở phải thoáng khí sạch sẽ, tránh ẩm, nóng, khói.
- Mặc quần áo rộng và thoáng.

- Tắm rửa thường xuyên, giữ sạch vú và bộ phận sinh dục hàng ngày.

- Duy trì cuộc sống thoải mái, tránh căng thẳng.
- Ngủ ít nhất 8 giờ mỗi ngày. Chú trọng ngủ trưa.
- Tránh bom rửa trong âm đạo.

8. Ghi chép sổ và phiếu khám thai, phiếu hẹn.

- Ghi sổ khám thai: nếu là lần đầu ghi đủ tất cả các mục trong 30 cột của sổ khám. Nếu là lần khám sau ghi tất cả những mục đã hỏi và khám (một số mục như tên, tuổi, tiền sử... không cần ghi lại).

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

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

9. Kết luận - dặn dò.

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

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

- Dặn dò.

9.1. Với thai ba tháng đầu.

Hẹn tiêm phòng uốn ván.

Hẹn thăm lần sau.

Thông báo cơ sở y tế gần nhà nhất để nếu cần thì tới.

9.2. Với thai ba tháng giữa.

Hẹn thăm lần sau.

Hẹn tiêm phòng uốn ván (nếu chưa tiêm đủ).

9.3. Với thai ba tháng cuối.

- Hẹn thăm tiếp (nếu có yêu cầu).
- Dự kiến ngày sinh, nơi sinh..
- Hướng dẫn chuẩn bị các phương tiện cho mẹ và con khi đẻ (kể cả người hỗ trợ và cho máu nếu cần thiết).
- Hướng dẫn các dấu hiệu báo động cần thăm lại ngay như đau bụng, ra huyết và phù nề.
- Hướng dẫn cách nằm, cách thở khi chuyển dạ và rặn đẻ.
- Hướng dẫn cho con bú ngay sau khi đẻ và chăm sóc trẻ sơ sinh.

Trước khi kết thúc cuộc khám, nên hỏi một số điều kết luận và dặn dò quan trọng để thai phụ nhắc lại xem họ có hiểu và nhớ đúng hay không.

Chú ý: Điều trị HIV/AIDS và bệnh LTQĐTD

Xem “*Quy trình phòng chống lây nhiễm HIV từ mẹ sang con*” và phần “*Nhiễm khuẩn đường sinh sản và bệnh lây truyền qua đường tình dục*”

QUẢN LÝ THAI

1. Sổ khám thai.

- Sổ khám thai là sổ ghi tên, tuổi, địa chỉ... và các dữ kiện phát hiện được trong mỗi lần khám thai cho thai phụ. Sổ khám thai cũng

đồng thời là sổ đăng ký thai nghén khi người phụ nữ được khám thai lần đầu.

- Sổ khám thai giúp cán bộ y tế nắm bắt được diễn biến quá trình thai nghén và tình hình cụ thể của mỗi lần khám trong suốt quá trình mang thai của thai phụ.

- Sổ khám thai theo mẫu của Bộ Y tế hiện nay có tất cả 30 cột dọc. (Ban hành theo thông tư số 27/TT-BYT ngày 14/8/2014)

- Trong lần khám đầu tiên (lần đăng ký) hầu hết các cột phải được ghi đầy đủ (trừ trường hợp chưa có dấu hiệu hay triệu chứng nào đó, ví dụ: bề cao tử cung, tim thai...).

- Số thứ tự (cột dọc số 01) trong sổ khám thai là số người khám (trong từng tháng hay tính từ đầu năm tùy qui định của mỗi địa phương).

- Sau lần khám đầu tiên, cho mỗi thai phụ, dành ra 03 - 05 dòng (hoặc nhiều hơn tùy cơ sở) để ghi các dữ kiện cho các lần khám sau. Như vậy lần khám sau không phải ghi lại các mục tên, tuổi, tiền sử... (vì đã ghi từ lần khám đầu) và chỉ ghi những tình hình, số liệu thu nhận được khi khám thai mỗi lần đó.

- Đếm số dòng ngang sẽ biết được số lần khám thai của mỗi thai phụ.

- Sổ khám thai phải được ghi chép đầy đủ, trung thực, giữ gìn sạch sẽ, đảm bảo bí mật đối với khách hàng.

2. Phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ tại nhà hoặc phiếu khám thai.

2.1. Phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ tại nhà (TDSKBMTN): là một quyển sổ tổng hợp nhiều chi tiết để cán bộ y tế tất cả các tuyến theo dõi và ghi chép tại đó mỗi lần người phụ nữ được thăm khám (kể cả khám thai và sinh đẻ), trong đó có các phần chính như sau:

- **Phần bản thân:** Ghi những yếu tố chính về bản thân như: họ và tên, ngày sinh, địa chỉ, số đăng ký...

- **Phần tiền sử sản khoa:** ghi các tiền sử sản khoa chính với các ô trống ghi chữ "không" và các ô có màu ghi chữ "có". Khi đăng ký ghi phiếu này cho người phụ nữ, nếu loại tiền sử nào không có thì ghi

hoặc đánh dấu vào ô trắng (không) nếu đã có thì ghi hoặc đánh dấu vào ô có màu (có).

- **Phần chăm sóc thai nghén hiện tại:** để ghi các dữ kiện về từng lần khám thai (có 03 hoặc 05 cột dọc dành cho 03 - 05 lần khám trong suốt quá trình thai nghén). Mỗi dữ kiện phát hiện khi khám thai nếu bình thường thì ghi vào ô trắng; nếu bất thường ghi vào ô có màu.

- Thai phụ nào trong tiền sử sản khoa và trong phần chăm sóc thai nghén **có từ một dấu hiệu hay tình trạng được ghi ở ô có màu trở lên** thì thai phụ đó thuộc **nhóm thai nghén có nguy cơ cao**, cần được theo dõi và quan tâm đặc biệt, nếu cần phải gửi đi khám hội chẩn ở tuyến trên và xã không được đỡ đẻ để tránh tai biến có thể xảy ra.

- Tiếp theo, phiếu TDSKBMTN còn có phần theo dõi các diễn biến chuyển dạ, việc sinh đẻ, tình trạng sơ sinh và diễn biến của sản phụ trong 06 tuần hậu sản.

- Sau phần này phiếu TDSKBMTN còn phần **"kế hoạch hóa gia đình sau đẻ"** và **"Lời khuyên của cán bộ y tế"**.

- Như vậy tại những nơi đang sử dụng phiếu TDSKBMTN thì phiếu này chính là phiếu để cán bộ y tế ghi mỗi lần khám thai tại phần "Chăm sóc thai nghén hiện tại".

Cách sử dụng:

- Phiếu được lập cho phụ nữ từ tuổi 15 đến 49. Sau 49 tuổi, phiếu không được sử dụng nữa.

- Khi có thai, phiếu này sẽ là phiếu theo dõi khám thai định kỳ theo hẹn của cán bộ y tế.

- Phiếu sẽ được lập hai bản ghi giống hệt nhau cho mỗi phụ nữ; một phiếu trao cho thai phụ giữ để biết ngày hẹn khám lần sau hoặc để đi khám bất kỳ lúc nào và ở bất kỳ cơ sở y tế nào khác; phiếu còn lại để lưu tại trạm (khi chưa có thai thì lưu ở các ô trong tủ hồ sơ phân loại theo thôn xóm; khi có thai thì lưu phiếu này trong hộp (hay túi) luân chuyển phiếu hẹn).

Phiếu khám thai.

Ở những nơi chưa thực hiện được việc lập phiếu TDSKBMTN thì dùng "phiếu khám thai" trong đó có phần ghi tên tuổi, tiền sử và các cột để ghi các dữ kiện thăm khám và dặn dò thai phụ mỗi lần khám thai. Mẫu phiếu này có thể không giống nhau tùy từng địa phương thiết kế in mẫu nhưng nói chung đều có những mục cần thiết để có thể theo dõi, đánh giá quá trình thai nghén.

Phiếu TDSKBMTN hay phiếu khám thai đều có tác dụng ghi lại những dữ kiện đã phát hiện khi khám thai, nhắc nhở thai phụ đến khám lại lần sau đúng hẹn và những lời dặn dò hoặc hướng dẫn về dinh dưỡng, nghỉ ngơi hay dùng thuốc...

2 : CHĂM SÓC TRONG KHI ĐẺ

TƯ VẤN CHO SẢN PHỤ TRONG CHUYỂN ĐẠ VÀ NGAY SAU ĐẺ

1. Nguyên tắc chung về tư vấn trong chuyển dạ.

- Động viên để sản phụ bớt lo âu.
- Lắng nghe những điều khiến bản thân sản phụ và gia đình lo lắng.
- Thông cảm và tôn trọng những truyền thống văn hóa và tôn giáo của sản phụ.
- Nói cho sản phụ và gia đình biết những điều có thể xảy ra, giúp cho sản phụ hiểu về tình trạng của sản phụ và cách xử trí để làm giảm sự lo âu và giúp họ chuẩn bị trước cho những tình huống có thể xảy ra.
- Giải thích cho sản phụ và gia đình về những tai biến có thể gặp khi chuyển dạ.

- Đối với thai kỳ nguy cơ cao, cần giải thích cho thai phụ và gia đình về tình trạng bệnh, cách xử trí, cũng như hướng xử trí khi có tai biến, biến chứng xảy ra.

- Các nội dung tư vấn cần phải ghi vào phiếu tư vấn và lưu trữ trong hồ sơ bệnh án .

2. Tư vấn trước khi sinh.

- Thông tin cho sản phụ về cuộc đẻ bình thường hay đẻ khó.
- Giúp đỡ, động viên sản phụ để giảm bớt lo lắng.
- Hướng dẫn cho sản phụ những việc cần làm để chuẩn bị cho cuộc đẻ như: siêu âm kiểm tra thai, làm 1 số xét nghiệm (huyết đồ, đường huyết , nhóm máu, yếu tố Rhesus,TQ, TCK, HbsAg, **HIV**(ký giấy đồng thuận), nước tiểu, AST, ALT, Ion đồ, Ure, Creatinine...) để đánh giá sức khỏe cho bản thân và nguy cơ cho thai nhi (**xem bài “Hướng dẫn chi tiết chăm sóc trước sinh” và bài “chẩn đoán trước sinh”**)

- Hướng dẫn sản phụ biết cách thở đều, thở sâu (khi không có cơn co), thở nhanh, mạnh kết hợp xoa vùng xương cụt - cụt (khi đau do cơn co), cách nín hơi, rặn đẻ và cách thổi ra khi không được rặn nữa...

- Ở nơi có thể, khuyến khích người thân hoặc bạn bè chăm sóc sản phụ, đặc biệt về tinh thần.

3. Tư vấn ngay sau khi sinh.

- Cung cấp thông tin về cuộc đẻ và tình trạng sơ sinh, hỗ trợ tình cảm cho sản phụ nhất là những trường hợp có vấn đề bất thường. Cho sản phụ tiếp xúc với con mới sinh càng sớm càng tốt (**thực hiện tiếp xúc da kề da, cắt rốn chậm theo “Hướng dẫn chăm sóc thiết yếu cho trẻ sơ sinh ngay sau đẻ”**)

- Tôn trọng lòng tin truyền thống, phong tục tập quán, giúp đỡ những gì sản phụ và gia đình cần. Tuy nhiên cũng cần giải thích cho sản phụ và gia đình hiểu những việc làm **không có lợi** cho mẹ và con

nghĩa: không cho bé bú ngay sau sinh, vắt bỏ sữa non, cho bé uống mật ong hay nước cam thảo... nếu như sản phụ thực hiện.

- Tư vấn cho sản phụ và gia đình về theo dõi và chăm sóc sau sinh cho cả mẹ và con.

- Tư vấn cho con bú ngay sau đẻ và cách nuôi con bằng sữa mẹ (tham khảo bài “*Tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ - phần Chăm sóc sơ sinh*”)

- Giải thích mọi vấn đề giúp họ giảm nỗi lo âu, băn khoăn.

- Lắng nghe, hiểu cặn kẽ và tôn trọng nỗi xúc động của sản phụ.

4. Tư vấn cho các trường hợp đặc biệt.

4.1. Sản phụ gặp biến chứng.

- Phải giải thích cho sản phụ và gia đình biết các diễn biến có thể gặp phải trước mắt và về sau. Không tranh luận khi có bất đồng với ý kiến của gia đình, bộ phận tư vấn phải luôn luôn bình tĩnh, đúng mực thông cảm và sẵn sàng chia sẻ những rủi ro với gia đình

- Phải có chương trình chăm sóc thăm hỏi.

4.2. Sản phụ trong tình trạng nguy kịch.

- Phải bình tĩnh, điều trị tích cực ở mọi thời điểm.

- Nếu cái chết không thể tránh được, cần an ủi và chia sẻ với gia đình. Giải thích cho gia đình biết lý do chết và trả lời những câu hỏi thắc mắc.

- Tạo điều kiện cho gia đình chôn cất nếu có thể.

4.3. Trẻ sơ sinh chết.

- Nếu chết trong tử cung: phải giải thích cho sản phụ và gia đình biết nguyên nhân có thể dẫn đến cái chết của trẻ.

- An ủi sản phụ và gia đình để họ chấp nhận sự mất mát.

- Cho phép bà mẹ và gia đình ở cạnh bé đã chết để họ nhận đưa con nếu họ yêu cầu.

- Không nên để bà mẹ có con vừa chết nằm chung phòng với bà mẹ có con khỏe mạnh.

- Nếu phải tiến hành các thủ thuật trên đứa trẻ (như trong trường hợp chọc sọ), không để người mẹ nhìn thấy (nếu bà mẹ và gia đình vẫn muốn nhìn mặt con thì cần dùng chăn bọc, che các phần tổn thương, lau sạch máu, dịch bám trên da rồi mới đưa ra).

- Trao đổi giữa bố mẹ bé và cán bộ y tế nhằm tìm kiếm các biện pháp dự phòng trong tương lai.

4.4. Trẻ sơ sinh dị dạng.

- Chỉ cho bố mẹ thấy các dị dạng của cháu nếu có yêu cầu.
- Trong trường hợp cháu bé bị dị dạng quá nhiều thì quần cháu trong chăn để cho mẹ nhìn thấy cháu trước và sau đó mới nói rõ dị dạng.
- Không bắt bà mẹ kiểm tra dị dạng.
- Thảo luận với bố mẹ về trường hợp dị dạng và trả lời các câu hỏi.
- Khuyến khích gia đình tiếp xúc và chăm sóc bé. Nếu bà mẹ chưa muốn thì không ép buộc, nên tư vấn thuyết phục đến khi họ chấp nhận.

4.5. Suy sụp tâm lý sau đẻ.

- Cần động viên và giúp đỡ về tâm lý, đặc biệt khi con chết hoặc dị dạng, giới tính của con không phù hợp với nguyện vọng.
- Lắng nghe tâm tư của sản phụ mà **không phán xét** và cần giúp sản phụ tự tin hơn với vai trò làm mẹ. Động viên người chồng giúp đỡ vợ. Khuyến khích họ nói chuyện với các sản phụ khác để được hỗ trợ thêm.
- Nếu tổn thương tâm lý nặng cần cho thuốc an thần, giảm đau hoặc chuyển tuyến trên.

4.6. Sản phụ nhiễm HIV/AIDS và bệnh LTQĐTD.

Xem bài “*Nhiễm HIV khi có thai – phần Làm mẹ an toàn*” và “*Quy trình chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con - phần Phụ lục*”

CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG MỘT CUỘC CHUYỂN DẠ

Yêu cầu tất cả người cung cấp dịch vụ phải tiên lượng một cuộc chuyển dạ, phát hiện khi hỏi bệnh, thăm khám và trong quá trình theo dõi, giúp cho người thầy thuốc đánh giá dự đoán về một cuộc đẻ. Tùy theo các dấu hiệu được phát hiện sẽ thực hiện theo nhiệm vụ và chức năng của mình.

1. Đánh giá nhanh một sản phụ vào khoa- phòng sinh:

Có 03 vấn đề cần đánh giá nhanh, cần xác định có hay không, nếu có phải chuyển tuyến hoặc xử trí ngay phù hợp điều kiện thực tế:

1.1. Toàn trạng xấu:

- Hôn mê, ngất, rối loạn trí giác, co giật
- Da xanh, tím tái, vã mồ hôi, niêm mạc nhợt, mạch >100l/phút, huyết áp tâm thu <90mmHg
- Khó thở, ngưng thở

1.2. Bệnh kèm theo thai kỳ:

- Bệnh ảnh hưởng tới hình thể, vóc dáng: di chứng bại liệt, chấn thương cột tay/chân, gù vẹo cột sống...
- Bệnh nội khoa đã biết và đang điều trị: bệnh tim có suy tim, bệnh phổi có suy hô hấp, bệnh mãn tính gây rối loạn chức năng các cơ quan, viêm gan diễn tiến, suy thận, rối loạn đông máu, tiểu cầu thấp, đái tháo đường thai kỳ ...
- Các bệnh mới lây nhiễm cần cách ly thì phải chuyển đến cơ sở có phòng/ khoa cách ly.

1.3. Bất thường khẩn cấp của cuộc chuyển dạ:

- Cơ co cường tính, bụng co cứng như gỗ, đau bụng nhiều.
- Có cơn co nhiều, gây đau trên sản phụ có vết mổ cũ.
- Không nghe được tim thai hoặc < 100 nhịp/phút, hoặc > 160 nhịp/phút.
- Ra máu âm đạo đỏ tươi hoặc ra máu nhiều.

- Ra nước ối nhiều, có sa dây rốn.
- Đầu thấp thò âm hộ-nguy cơ đẻ rơi.

Việc quyết định xử trí tại cơ sở y tế hay chuyển tuyến tùy theo danh mục kỹ thuật của cơ sở được cấp có thẩm quyền cấp và tình trạng của sản phụ.

2. Các yếu tố tiên lượng một cuộc chuyển dạ:

2.1. Toàn trạng và sức khỏe của người mẹ:

- Người mẹ hoàn toàn khỏe mạnh, tâm lý thoải mái hoặc bị chi phối bởi lý do sức khỏe, gia đình và xã hội.

- Người mẹ mắc các bệnh có trước hoặc trong khi mang thai. Tùy theo từng loại bệnh mà tiên lượng cuộc đẻ sẽ được theo dõi để thường hoặc đẻ bằng forceps hoặc phẫu thuật lấy thai. Ví dụ như người mẹ bị bệnh tim thì phải đẻ bằng forceps nếu không kèm theo các nguyên nhân đẻ khó khác; cũng bị mắc bệnh tim nhưng đã suy tim thì phẫu thuật lấy thai là hợp lý.

- Một số yếu tố khác có liên quan tới người mẹ như con so tuổi dưới 18 hoặc trên 35, con rạ tuổi trên 40. Đẻ quá dày hoặc quá nhiều (khoảng cách giữa 2 lần đẻ dưới 3 năm, đẻ trên 4 lần).

2.2. Sự tương ứng giữa thai nhi với khung chậu và phần mềm của người mẹ.

Nếu có sự tương xứng giữa thai nhi và khung chậu cuộc đẻ sẽ được theo dõi để đẻ qua đường âm đạo. Khung chậu hẹp, khung chậu méo, khung chậu lệch, tăng sinh môn cứng, các khối u tiền đạo bao gồm khối u ở tử cung, ở khung chậu và ở trong âm đạo... là những yếu tố gây đẻ khó. Tùy theo từng loại khung chậu mà tiên lượng cuộc đẻ khác nhau, chẳng hạn như khung chậu hẹp toàn diện mà thai có trọng lượng bình thường thì phẫu thuật lấy thai. Khung chậu méo mà thai nhi là ngôi chỏm thì phải làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm và tiên lượng cuộc đẻ phụ thuộc vào kết quả của nghiệm pháp lọt ngôi chỏm... Các khối u tiền đạo thì tùy thuộc vào kích thước và vị trí khối u mà cuộc đẻ sẽ phải phẫu thuật lấy thai hay không...

2.3. Ngôi, thế, kiểu thế và một số yếu tố có liên quan tới thai nhi và phần phụ của thai.

Để tiên lượng một cuộc đẻ, yếu tố ngôi, thế, kiểu thế của thai nhi trong buồng tử cung cũng góp phần đáng kể. Những ngôi thai có thể đẻ được qua đường âm đạo như ngôi chỏm, ngôi mặt cằm trước, ngôi mông; những ngôi bắt buộc phải phẫu thuật lấy thai như ngôi vai, ngôi mặt cằm sau, ngôi trán hoặc ngôi thóp trước đã cố định.

Ngay cả những ngôi có thể theo dõi đẻ đường âm đạo thì kiểu thế sau có tiên lượng không tốt bằng ngôi có kiểu thế trước.

- Thai quá ngày sinh hoặc chưa đến ngày sinh.
- Đa thai.
- Con hiếm, tiền sử vô sinh, phải áp dụng các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.
- Thai dị dạng.
- Rau tiền đạo.
- Sa dây rốn.
- Những yếu tố trên đây đều góp phần vào tiên lượng một cuộc đẻ, tùy thuộc vào từng yếu tố mà thái độ xử trí có khác nhau.

2.4. Các yếu tố động trong chuyển dạ.

Khi theo dõi một cuộc chuyển dạ, có 5 dấu hiệu bắt buộc cần theo dõi sau đây:

- **Cơn co tử cung:** là động lực chính của cuộc chuyển dạ. Nếu cơn co tử cung nhịp nhàng, đều đặn và phù hợp với độ xóa, mở của cổ tử cung là tiên lượng tốt. Nếu cơn co không đồng bộ, quá mau hoặc quá mạnh, quá yếu là tiên lượng không tốt cho cuộc chuyển dạ.

- **Xóa mở cổ tử cung:** nhịp nhàng, phù hợp với cơn co tử cung là tiên lượng tốt. Ngược lại, nếu cổ tử cung dày, cứng, phù nề, mở chậm hoặc không mở thêm là tiên lượng xấu. Vì vậy cần nắm vững các giai đoạn của cuộc chuyển dạ để có tiên lượng cho cuộc chuyển dạ.

- **Độ lọt của ngôi thai:** đầu luôn luôn chồm vể, ngôi thai không tiến triển, đầu không cúi, có hiện tượng chông khớp sọ hoặc không lọt sẽ có tiên lượng xấu. Ngược lại, nếu dưới tác dụng của cơn co tử

cung, ngôi thai sẽ từ cao lỏng tiến đến chúc, chặt rồi lọt qua khung chậu của người mẹ là tiên lượng tốt cho cuộc chuyển dạ.

- **Đầu ối:** Nếu đầu ối dẹt, biểu hiện sự bình chỉnh của thai nhi và khung chậu là tốt. Đầu ối phồng, màng ối dày, ối vỡ non hoặc ối vỡ sớm, đầu ối hình quả lê (trong thai chết lưu) có thể là tiên lượng không tốt cho cuộc chuyển dạ.

- **Tim thai:** nhịp tim thai đều, dao động bình thường có tiên lượng tốt. Theo dõi nhịp tim thai bằng máy (monitor sản khoa). Các biến đổi nhịp tim thai theo cơn co tử cung như nhịp phẳng, DIP I; DIP II; DIP biến đổi đều là các dấu hiệu cần theo dõi chặt chẽ trong cuộc chuyển dạ để phát hiện thai suy.

2.5. Các tai biến có thể xảy ra trong cuộc chuyển dạ.

Chảy máu (rau tiền đạo, rau bong non, vỡ tử cung).

Dọa vỡ tử cung, vỡ tử cung.

Sa dây rốn, sa tay.

Tắc mạch ối.

3. Kết luận.

Tiên lượng một cuộc chuyển dạ cho chính xác là điều khó nhưng lại là điều mà người thầy thuốc sản khoa nào cũng phải thực hiện để tránh các tai biến có thể xảy ra cho mẹ và con.

Sử dụng biểu đồ chuyển dạ là cần thiết trong quá trình theo dõi chuyển dạ nhằm phát hiện sớm những chuyển dạ bất thường.

CHẨN ĐOÁN CHUYỂN DẠ

Chuyển dạ là một loạt hiện tượng diễn ra ở người có thai trong giai đoạn cuối làm cho thai và bánh rau được đưa ra khỏi buồng tử cung qua đường âm đạo. Chẩn đoán chuyển dạ không chính xác có thể dẫn đến sự lo lắng hoặc can thiệp không cần thiết.

1. Triệu chứng chuyển dạ.

- Đau bụng từng cơn do co bóp tử cung tăng dần, nếu tần số đạt 03 cơn trong 10 phút, mỗi cơn kéo dài trên 20 giây.

- Sản phụ thấy ra dịch nhầy có máu (nhựa chuối) ở âm đạo.
- Cổ tử cung xóa hết hoặc gần hết và nếu đã mở từ 2 cm trở lên
- Thành lập đầu ối.

2. Khám chẩn đoán chuyển dạ.

Khám thai để chẩn đoán chuyển dạ cũng cần thực hiện đầy đủ các xét nghiệm như khám thai 3 tháng cuối (xem bài “*Chẩn đoán trước sinh*” và bài “*Tư vấn cho sản phụ trong chuyển dạ và sau đẻ*”)

2.1. Hỏi.

- Tiền sử: cá nhân, gia đình, tiền sử sản phụ khoa.
- Tình hình kỳ thai này:
 - + Kinh cuối cùng.
 - + Diễn biến quá trình thai nghén. Kết quả các lần khám thai.
- *Dấu hiệu chuyển dạ: tính chất của đau bụng, ra nhầy hồng...*

2.2. Khám toàn thân.

Đo chiều cao, cân nặng, đếm mạch, đo huyết áp, đo thân nhiệt, nghe tim phổi, khám phù, da - niêm mạc, quan sát toàn bộ (thể trạng, cao, lùn, thọt...). Đặc biệt chú ý người đẻ con so hay đẻ con rạ nhưng lần đẻ trước con bé, đẻ khó...

2.2.3. Khám sản khoa.

- Quan sát bụng to hay nhỏ, tư thế tử cung.
- Đo chiều cao tử cung, vòng bụng.
- Sờ nắn bụng xem ngôi thế.
- Nghe tim thai.
- Đo cơn co tử cung.
- Đo và đánh giá khung chậu ngoài
- Thăm âm đạo đánh giá tình trạng:

- Ngôi, thế, kiểu thế và mức độ tiến triển của ngôi thai.
- Tình trạng đầu ối (đã thành lập chưa, phòng hay dẹt).

	Chuyển dạ thật	Chuyển dạ giả
Cơn co tử cung	- Tiến triển tăng dần theo quá trình chuyển dạ: đều đặn, mỗi lúc một mạnh lên, dài ra và mau hơn. - Cơn co gây đau.	- Cơn co tử cung thất thường, không đều, không tăng lên rõ rệt về tần số và cường độ. - Cơn co không gây đau.
Xóa mở cổ tử cung	Cổ tử cung biến đổi, mở rộng dần theo quá trình chuyển dạ.	Cổ tử cung hầu như không tiến triển sau một thời gian theo dõi.
Đầu ối	Đã thành lập.	Chưa thành lập

Chú ý:

Có thể xác định thêm chuyển dạ bằng monitor sản khoa.

Hạn chế khám âm đạo trong quá trình chuyển dạ.

3. Xử trí.

- Nếu đã chuyển dạ: cho sản phụ nhập viện, theo dõi chuyển dạ cho đến khi đẻ (xem bài “*Theo dõi chuyển dạ đẻ thường*”).
- Nếu chưa rõ chuyển dạ:
 - Cho về nhà nếu thai nghén bình thường.
 - Nằm theo dõi hoặc chuyển tuyến trên nếu thai nghén có nguy cơ cao.
 - Nếu ối vỡ mà chưa chuyển dạ cho đẻ chỉ huy, cho kháng sinh chống nhiễm khuẩn khi ối đã vỡ trên 6 giờ.
 - Nếu sản phụ ở xa tiền sử đẻ khó, cán bộ chuyên khoa chưa xác định chuyển dạ thật: Cho nằm lưu theo dõi thêm, đề phòng khi chuyển dạ có nguy cơ cho mẹ và thai.

THEO DÕI CHUYỂN DẠ ĐỂ THƯỜNG

1. Các nguyên tắc chăm sóc trong khi chuyển dạ.

- Phải theo dõi chuyển dạ bằng biểu đồ chuyển dạ một cách toàn diện, có hệ thống, phải thành thạo các thao tác chuyên môn, phải biết ghi và phân tích được một biểu đồ chuyển dạ, phát hiện các yếu tố bất thường trong chuyển dạ, để kịp thời xử trí (thuốc, thủ thuật, phẫu thuật hay chuyển tuyến) đảm bảo an toàn cho mẹ và con.

- Khi đỡ đẻ, đỡ nhau, kiểm tra nhau, làm rốn sơ sinh phải thao tác đúng qui trình. Một số trường hợp phải bóc nhau nhân tạo, kiểm soát tử cung, khâu tầng sinh môn cũng phải thao tác đúng qui trình và đảm bảo vô khuẩn mới hy vọng góp phần hạ tỷ lệ nhiễm khuẩn sản khoa.

- Tận tình, kiên nhẫn và tỉ mỉ là những đức tính cần thiết của người chăm sóc chuyển dạ.

- Trong khi theo dõi quá trình chuyển dạ, cán bộ y tế cần động viên, hỗ trợ về tinh thần giúp cho sản phụ giảm bớt lo lắng.

- Khuyến khích sản phụ đi lại, không nên nằm một chỗ.

- Hướng dẫn cách thở khi không có cơn co và khi có cơn co tử cung.

- Khuyến khích sản phụ đi tiểu 2 giờ/lần.

2. Theo dõi trong quá trình chuyển dạ.

2.1. Với cuộc chuyển dạ để bình thường.

2.1.1. Theo dõi toàn thân.

Mạch:

- Trong chuyển dạ **bắt mạch 4 giờ/lần, ngay sau đẻ phải đếm mạch, ghi lại trong hồ sơ rồi sau đó cứ 15 phút/lần trong giờ đầu, 30 phút/lần trong giờ thứ hai và 1 giờ/lần trong 4 giờ tiếp theo.**

- Bình thường mạch 70 - 80 lần/phút, mạch nhanh 100 lần/phút hoặc chậm 60 lần/phút, phải khám, tìm nguyên nhân để xử trí.

Huyết áp:

- Đo huyết áp: **trong chuyển dạ 4 giờ/lần, ngay sau đẻ phải đo huyết áp** để ghi lại trong hồ sơ, sau đó **1 giờ/lần trong 2 giờ đầu;** phải đo huyết áp thường xuyên khi có chảy máu hoặc mạch nhanh.

Thân nhiệt:

Đo thân nhiệt **4 giờ/lần.**

- Bình thường 37°C. Khi nhiệt độ 38°C, giảm nhiệt độ bằng các phương tiện đơn giản (ví dụ chườm mát...), chuyển tuyến khi xử trí không kết quả.

- Cho sản phụ uống đủ nước.
- Quan sát diễn biến toàn thể trạng: nếu bà mẹ mệt lả, kiệt sức, vật vã, khó thở cần xử trí tích cực tùy theo nguyên nhân.

2.1.2. Theo dõi cơn co tử cung.

- Theo dõi độ dài một cơn co và khoảng cách giữa 02 cơn co.
- Trong pha tiềm tàng **đo 1 giờ/lần trong 10 phút, pha tích cực 30 phút/lần trong 10 phút.**
- Cơn co tử cung quá ngắn (< 20 giây), quá dài (> 60 giây) hoặc rối loạn (tần số < 2 hoặc > 4) phải tìm nguyên nhân gây rối loạn cơn co để có thái độ xử trí thích hợp.

2.1.3. Theo dõi nhịp tim thai.

- Nghe tim thai ít nhất **01 giờ/lần ở pha tiềm tàng, 30 phút/lần ở pha tích cực.** Nghe tim thai trước và sau vỡ ối hay khi bắt ối.

- Thời điểm nghe tim thai là **sau khi hết cơn co tử cung.** Đến giai đoạn rặn đẻ nghe tim thai sau mỗi cơn rặn.

- Đếm nhịp tim thai trong 1 phút, nhận xét nhịp tim thai có đều hay không?

- Nhịp tim thai trung bình từ 120 - 160 lần/phút. Nếu nhịp tim thai trên 160 lần/phút hoặc dưới 120 lần/phút hoặc không đều, phải hồi sức và tìm nguyên nhân để xử trí.

2.1.4. Theo dõi tình trạng ối.

- Nhận xét tình trạng ối mỗi lần thăm âm đạo (04 giờ/lần) và khi ối vỡ.

- Bình thường đầu ối dẹt, nước ối có thể trong hay trắng đục.

- Nếu nước ối màu xanh, màu đỏ hoặc nâu đen, hôi, đa ối, thiếu ối tìm nguyên nhân để xử trí thích hợp.

- Nếu ối vỡ non, ối vỡ sớm trên 06 giờ chưa đẻ, cần tìm nguyên nhân để xử trí.

2.1.5. Theo dõi mức độ xóa mở cổ tử cung.

- **Thăm âm đạo 4 giờ/lần**, khi ối vỡ và khi quyết định cho sản phụ rặn. Trường hợp cuộc chuyển dạ tiến triển nhanh, có thể thăm âm đạo để đánh giá cổ tử cung, độ lọt của ngôi. Cần hạn chế thăm âm đạo để tránh nhiễm khuẩn.

- Pha tiềm tàng kéo dài 08 giờ (từ khi cổ tử cung xóa đến mở 03 cm).

- Pha tích cực kéo dài tối đa 07 giờ (từ khi cổ tử cung mở 03 đến 10 cm).

- Bình thường cổ tử cung mềm, mỏng, không phù nề. Đường biểu diễn cổ tử cung trên biểu đồ chuyển dạ luôn ở bên trái đường báo động.

- Nếu cổ tử cung không tiến triển, phù nề, đường biểu diễn cổ tử cung chuyển sang bên phải đường báo động hoặc cổ tử cung mở hết mà đầu không lọt, phải phẫu thuật lấy thai

2.1.6. Theo dõi mức độ tiến triển của ngôi thai:

- Phải đánh giá mức độ tiến triển của đầu thai nhi bằng cách sờ ngoài thành bụng và thăm âm đạo. Có 04 mức: đầu cao lỏng, đầu

chúc, đầu chặt và đầu lọt. Khi đầu đã lọt, có 03 mức: lọt cao, lọt trung bình và lọt thấp.

- Ghi độ lọt vào biểu đồ chuyển dạ, phát hiện sớm chuyển dạ đình trệ.

- Nếu ngôi thai không tiến triển, phải phẫu thuật lấy thai.

2.1.7. Theo dõi khi thai sổ: (xem bài “*Đỡ đẻ thường ngôi chỏm*”)

2.1.8. Theo dõi khi sổ rau

(xem bài “*Xử trí tích cực giai đoạn 03 của chuyển dạ*” và bài “*Kiểm tra rau*”).

Tóm tắt các yếu tố cần theo dõi

Yếu tố	Pha tiềm tàng	Pha tích cực
Mạch	4 giờ/lần	4 giờ/lần
Huyết áp	4 giờ/lần	4 giờ/lần
Nhiệt độ	4 giờ/lần	4 giờ/lần
Tim thai	1 giờ/lần	30 phút/lần
Cơn co tử cung	1 giờ/lần	30 phút/lần
Tình trạng ối	4 giờ/lần	2 giờ/lần
Độ lọt của ngôi (nắn ngoài)	1 giờ/lần	30 phút/lần
Chông khớp (qua thăm trong)	4 giờ/lần	2 giờ/lần
Độ mở cổ tử cung (qua thăm trong)	4 giờ/lần	2 giờ/lần

2.2. Với cuộc chuyển dạ có dấu hiệu bất thường.

- Người hộ sinh trong trường hợp này phải theo dõi theo y lệnh của Bác sĩ

Ví dụ: khi sản phụ chuyển dạ bị sốt cao thì sau khi đã dùng các biện pháp hạ nhiệt bao nhiêu phút sau phải đo lại nhiệt độ; hoặc khi sản phụ chuyển dạ với tình trạng tăng huyết áp thì ngoài việc theo y lệnh dùng thuốc hạ áp, người hộ sinh phải theo dõi huyết áp theo y lệnh của BS (không thể cứ 4 giờ/lần như nói ở phần trên).

- Các dấu hiệu bất thường khác trong chuyển dạ (như nhịp tim thai, cơn co tử cung, độ mở của cổ tử cung) cũng tương tự như vậy.

- Khi theo dõi chuyển dạ, trong và sau mỗi lần thăm khám, người hộ sinh phải nói cho sản phụ biết tình hình cuộc chuyển dạ lúc đó để họ yên tâm.

2.3 Với cuộc chuyển dạ ở sản phụ nhiễm HIV:

- Cần nhắc các yếu tố tiên lượng cuộc chuyển dạ, quyết định phương cách đẻ. Hạn chế tối đa các thủ thuật Forceps, giác kéo, lấy máu da đầu trẻ.

- Giữ đầu ối đến cùng, chỉ cắt tầng sinh môn khi đầu lọt thấp.

- Can thiệp thuốc kháng virus HIV cho sản phụ và trẻ sơ sinh theo phác đồ hiện hành của Bộ Y tế.

3. Xử trí tích cực đối với các trường hợp:

- Mạch: trên 100 lần/phút, dưới 60 lần/phút.

- Huyết áp: huyết áp tâm thu trên 140 mmHg hoặc dưới 90 mmHg. Huyết áp tâm trương trên 90 mmHg hoặc dưới 60 mmHg.

- Nhiệt độ: 38°C trở lên.

- Toàn trạng: rất mệt mỏi, khó thở, da xanh, niêm mạc nhợt.

- Có dấu hiệu suy thai: nước ối có lẫn phân su hoặc máu, nhịp tim thai nhanh (trên 160 lần/phút), chậm (dưới 120 lần/phút) hoặc không đều (lúc nhanh lúc chậm).

- Các dấu hiệu nhiễm khuẩn ối.

- Có cơn co bất thường: quá dài (trên 01 phút), quá ngắn (dưới 20 giây), quá mau (trên 05 cơn trong 10 phút) có liên quan đến tiến triển chậm của cổ tử cung.

- Bất tương xứng giữa khung chậu và đầu thai nhi: đầu không lọt, có hiện tượng chông khớp sọ từ độ 02 trở lên.

- Chuyển dạ tiến triển chậm: pha tiềm tàng kéo dài (trên 8 giờ); pha tích cực trì trệ (mở dưới 01cm/giờ).

- Các bệnh toàn thân nặng.

- Sản giật, tiền sản giật.
- Chảy máu trong khi chuyển dạ.
- Ngôi thai bất thường, nhiều thai, đa ối, thiếu ối và thai quá ngày sinh.

THEO DÕI LIÊN TỤC CƠ CẤU TỬ CUNG VÀ NHỊP TIM THAI

1. Mục đích.

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

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

2.1. Chỉ định.

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

2.2. Chuẩn bị.

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

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

2.3. Các bước tiến hành.

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

2.4. Phân tích kết quả.

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

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

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

- Có hai loại thử nghiệm chính:

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

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

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

3.1.1. Chỉ định.

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

3.1.2. Thời gian thử nghiệm.

Trong khoảng từ 20 đến 30 phút nếu xuất hiện 03 - 04 lần nhịp tim thai đáp ứng rõ, tương ứng với thai vận động có thể kết luận là thai bình thường.

3.1.3. Phân tích kết quả.

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

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

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

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

3.2.1. Chỉ định.

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

3.2.2. Chống chỉ định tuyệt đối.

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

3.2.3. Chống chỉ định tương đối.

Đa ối, tiền sử đẻ non, đa thai.

3.2.4. Thời điểm làm thử nghiệm.

Chỉ làm khi tuổi thai sau 34 tuần.

3.2.5. Các bước tiến hành.

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

- Theo dõi nhịp tim thai có sử dụng oxytocin.

- Pha 05 đv oxytocin trong dung dịch glucose 5 % truyền nhỏ giọt tĩnh mạch liều **bán đầu 5 giọt/phút**, sau 10 - 15 phút tăng dần liều cho đến khi đạt được 3 cơn co tử cung trong 10 phút, ghi lại nhịp tim thai và cơn co tử cung trong thời gian từ **30 - 40 phút**.

3.2.6. Đánh giá kết quả

- Kết quả âm tính khi nhịp tim thai không thay đổi về tần số và cường độ.
- Kết quả dương tính khi xuất hiện nhịp tim thai chậm muộn thường xuyên.
- Kết quả nghi ngờ khi thỉnh thoảng mới xuất hiện nhịp tim thai chậm muộn, phải làm lại thử nghiệm trong vòng 24 giờ.
- Tăng kích thích: nhịp tim thai chậm muộn xảy ra do con co quá mau, mỗi con co cách nhau dưới 2 phút hoặc con co kéo dài trên 60 giây, trương lực cơ bản của tử cung tăng.
- Không đạt yêu cầu khi đường biểu diễn nhịp tim thai không rõ ràng, khó phân tích.

3.3. Thử nghiệm kích thích đầu vú:

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

4. Theo dõi và xử trí tai biến.

4.1 Theo dõi:

- Dẫn thai phụ không cử động nhiều vì có thể làm thay đổi vị trí của đầu dò gây nhiễu trên giấy ghi.
- Nếu thấy nhịp tim thai bị nhiễu, cần kiểm tra lại vị trí đặt đầu dò và băng chun cố định đầu dò để có kết quả rõ ràng.
- Xem kết quả ghi trên giấy 10 phút/lần, nếu xuất hiện nhịp tim thai hay con co tử cung bất thường cần khám lại ngay để có thái độ xử trí kịp thời.

4.2 Xử trí.

Do tư thế nằm ngửa, thai phụ có thể bị choáng (mạch nhanh, huyết áp hạ, vã mồ hôi, mệt mỏi) và thai có thể bị suy do tư thế nằm ngửa của mẹ biểu hiện bằng nhịp tim thai chậm, kéo dài có khi tới vài phút.

Cần phải thay đổi ngay tư thế nằm của sản phụ (nghiêng trái) và cho mẹ thở oxygen, nếu nhịp tim thai không được cải thiện phải tìm cách lấy thai ra nhanh nhất.

CHĂM SÓC TRONG VÀ SAU SANH

BIỂU ĐỒ CHUYỂN DẠ

1. Chỉ định.

Tất cả các trường hợp chuyển dạ có tiên lượng để được theo đường âm đạo (kể cả trường hợp có sẹo mổ cũ ở tử cung hoặc ngôi mông được chỉ định cho đẻ đường âm đạo) đều được theo dõi chuyển dạ trên biểu đồ.

Khi sản phụ đã được theo dõi bằng biểu đồ chuyển dạ thì từ lúc đó trở đi người theo dõi chuyển dạ không phải ghi tình hình diễn biến của họ trong phiếu theo dõi của bệnh án sản khoa, trừ các diễn biến đặc biệt không có chỗ ghi trong biểu đồ mới phải ghi trong bệnh án. Ví dụ sản phụ đột nhiên ra máu ồ ạt, bị ngất xỉu, co giật...

2. Loại trừ.

- Phẫu thuật lấy thai chủ động.
- Những trường hợp cấp cứu sản khoa cần xử trí ngay khi chưa chuyển dạ (do bệnh lý mẹ hoặc thai) hoặc cần kết thúc ngay cuộc chuyển dạ (dọa vỡ tử cung, chảy máu, thai suy cấp...).
- Những trường hợp đến cơ sở y tế cổ tử cung đã mở hết, tiên lượng cuộc đẻ sẽ diễn ra trong ít phút.

3. Thời điểm bắt đầu ghi biểu đồ chuyển dạ.

Khi cổ tử cung mở dưới 3cm, ghi diễn biến cuộc chuyển dạ vào phiếu theo dõi trong bệnh án sản khoa, ***khi cổ tử cung từ 3-4 cm trở lên, bắt đầu ghi vào biểu đồ chuyển dạ***, trừ các diễn biến đặc biệt không có chỗ ghi trong biểu đồ mới phải ghi trong bệnh án. Ví dụ

sản phụ đột nhiên ra máu ồ ạt, ngất xỉu, co giật...và để chỉ định điều trị hoặc mời hội chẩn

Thời điểm bắt đầu ghi đó trên phần thủ tục của biểu đồ phải ghi đúng theo giờ và phút trong ngày nhưng khi theo dõi trên biểu đồ thì giờ đầu tiên theo dõi được làm “tròn số”.

4. Nội dung cần ghi trên biểu đồ chuyển dạ.

4.1. Tiến độ của chuyển dạ.

- Độ mở cổ tử cung.
- Độ xuống và lọt của ngôi thai.
- Cơn co tử cung.

4.2. Tình trạng của thai.

- Nhịp tim thai (đếm trong 1 phút).
- Nước ối: màu sắc, số lượng.
- Sự chùng khớp (uốn khuôn) của đầu thai nhi.

4.3. Tình trạng của sản phụ.

- Mạch, huyết áp.
- Nhiệt độ.
- Nước tiểu: protein
- Các thuốc đã được sử dụng.
- Lượng dịch đã được bổ sung cho mẹ.

5. Cách ghi các ký hiệu trên biểu đồ chuyển dạ.

5.1. Các ký hiệu dùng để ghi trên biểu đồ chuyển dạ.

- Biểu đồ chuyển dạ bắt đầu được ghi khi sản phụ có chuyển dạ thực sự.
- Ký hiệu ghi độ mở cổ tử cung được ghi bằng dấu X, nối các điểm ghi trong các lần thăm khám sau đó bằng một đường liền vạch.
- Ký hiệu ghi độ lọt của ngôi thai được ghi bằng dấu O, nối các điểm với nhau bằng đường chấm (không liền vạch).

- Các ký hiệu về nhịp tim thai, mạch, huyết áp của sản phụ giống như cách ghi thông thường (chấm để ghi nhịp tim thai, mạch mẹ và mũi tên hai đầu nhọn ghi 02 số đo huyết áp).

- Các ký hiệu khác như tình trạng ối, độ chùng khớp, cơn co tử cung... theo hướng dẫn của tài liệu đào tạo hoặc trên biểu đồ.

5.2. Pha tiềm tàng.

- Cổ tử cung dưới 03 cm và xóa chưa hết.
- Khi cổ tử cung mở > 03 cm thì phải chuyển ký hiệu ghi độ mở lúc đó sang pha tích cực, nằm trên đường báo động, tương ứng với mức chỉ độ mở của cổ tử cung lúc đó. Cùng với sự chuyển vị trí ghi ký hiệu về cổ tử cung, phải chuyển ô ghi giờ trong ngày đến ô thích hợp với tình trạng cổ tử cung lúc đó và tất cả các ký hiệu ghi nhận về mọi diễn biến khác cũng phải chuyển theo.

5.3. Pha tích cực.

- Cổ tử cung mở từ 03 - 10 cm và xóa hoàn toàn.
- Cổ tử cung đã mở từ 03 cm trở lên thì phải bắt đầu ghi độ mở cổ tử cung ở pha tích cực, trên đường báo động và ghi giờ bắt đầu ghi biểu đồ vào ô thời gian tương ứng. Các ký hiệu khác của cuộc chuyển dạ cũng ghi theo vị trí ghi về độ mở cổ tử cung đã ghi lúc ban đầu.

6. Đọc và xử trí.

- Pha tiềm tàng: thông thường không kéo dài quá 08 giờ. Nếu kéo dài trên 08 giờ, tuyến xã cần chuyển tuyến trên để đánh giá và xử trí.

- Pha tích cực: đường mở cổ tử cung phải ở bên trái của đường báo động (mở trên 01 cm/giờ). Nếu đường mở cổ tử cung chuyển sang bên phải đường báo động (mở dưới 01 cm/giờ) thì tuyến xã phải chuyển lên tuyến trên.

- Phải tìm nguyên nhân để khó để xử trí.

ĐỒ ĐỂ THƯỜNG NGÔI CHỖM

1. Định nghĩa.

Đồ để thường ngôi chễm kiêu chăm vệ 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 chễm, đầu đã lọt thấp, thấp thò ở âm hộ và chuẩn bị sổ.

3. Chống chỉ định.

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

4. Chuẩn bị.

4.1. Phương tiện.

- Bộ dụng cụ đỡ đẻ và bộ khăn vô khuẩn.
- Bộ dụng cụ cắt, khâu tầng sinh môn.
- Khăn, bông, băng, gạc hấp, chỉ khâu, kim khâu.
- Dụng cụ để hút nhót và hồi sức sơ sinh (máy hút, ống nhựa).

Thông đài.

4.2. Sản phụ.

- Được động viên, hướng dẫn cách thở, cách rặn và thư giãn ngoài cơn rặn.

- Được hướng dẫn đi đại tiện hoặc thụt tháo phân lúc mới bắt đầu chuyển dạ và tiểu tiện khi sắp đẻ. Nếu có cầu bàng quang mà không tự đại được thì thông tiểu, rửa vùng sinh dục ngoài bằng nước chín.

- Sát khuẩn rộng vùng sinh dục và bẹn, đùi, trải khăn vô khuẩn.

4.3. Tư thế sản phụ.

Nằm ngửa trên bàn đẻ, nâng giường đẻ lên để có tư thế nửa nằm nửa ngồi, đầu cao, hai tay nắm vào hai thành bàn đẻ, hai đùi giang

rộng, mông sát mép bàn, hai cẳng chân gác trên hai cọc chống giữ chân.

5. Các bước tiến hành.

5.1. Nguyên tắc.

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

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

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

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

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

- Cổ tử cung mở hết.
- Ổi đã vỡ (chưa vỡ thì bấm ối).
- Ngôi thai đã lọt và thấp 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 cằm tì dưới khớp vệ: sản phụ ngừng rặn, một tay giữ tầng sinh môn, một tay đẩy vào vùng trán ngược lên trên, giúp đầu ngửa dần, mắt, mũi, miệng, cằm sẽ lần lượt sổ ra ngoài.

Sổ kiểu cằm cùng:

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

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

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

5.3.2. Đỡ vai:

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

- Hai bàn tay ôm đầu thai nhi ở hai bên 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, hông 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, hông...) 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 để 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 02 tay người đỡ giữ bánh rau xoay theo 01 chiều để màng rau sổ ra ngoài.

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

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

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

5.8. Xoa đáy tử cung:

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

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

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

Chú ý:

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

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

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

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

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

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

6. Theo dõi và xử lý tai biến.

6.1. Theo dõi.

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

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

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

- Sau khi đỡ đẻ, người đỡ chính phải quan sát sản phụ để kịp thời phát hiện chảy máu, vết rách và đánh giá mức co hồi tử cung để chuẩn bị xử trí tích cực giai đoạn 03 của chuyển dạ.

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

6.2. Xử trí.

- * Ngay sau khi sổ thai, rau bong dở dang gây băng huyết cần bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung ngay.

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

- * Nếu bị băng huyết do chờ tử cung phải tập trung cấp cứu bằng các biện pháp làm ngừng chảy máu và bồi phụ lượng máu đã mất.

- * Thai ngạt: phải hồi sức thai.

- * Thuốc kháng sinh 05 ngày

Cephalexin 0,5g 02 viên x 03 (uống)/ngày

Trường hợp đã có viêm nhiễm âm đạo trước đó hoặc nước ối đổi màu, vết rách/cắt tầng sinh môn sâu phức tạp thì dùng:

Amoxycycline + acid clavulanic 1g 01viên x 02(uống)/ngày

- * Nâng thể trạng: Viên sắt 1 viên (uống) x 5 ngày

Calci D 01 viên (uống vào buổi sáng)

- * Vitamin: Retinol 200.000UI 01 viên (uống) liều duy nhất

XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN 3 CỦA CHUYỂN DẠ

Xử trí tích cực giai đoạn 03 của chuyển dạ là các thao tác chủ động của người đỡ đẻ tác động ở giai đoạn sau khi sổ thai để giúp rau bong và sổ ra ngoài nhanh hơn, nhằm phòng ngừa chảy máu sau đẻ.

1. Chỉ định.

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

2. Cách thức tiến hành.

2.1. Tư vấn.

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.

2.2. Phương tiện, dụng cụ.

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

2.3. Quy trình thực hiện.

Bước 1: Nắn tử cung ngay sau khi thai sổ ra ngoài để chắc chắn trong tử cung không còn thai nào nữa.

Bước 2: Tiêm bắp oxytocin vào mặt trước đùi cho sản phụ 10 đv oxytocin đã chuẩn bị trước.

Bước 3: Cặp và cắt dây rốn ở gần sát âm hộ bà mẹ để khi kéo dây rốn dễ dàng hơn (không nên vội vàng cắt rốn ngay).

Bước 4: Kéo dây rốn có kiểm soát.

Kiểm tra sự co hồi của tử cung: một tay giữ căng dây rốn chờ đợi tử cung co lại, tay còn lại đặt trên bụng sản phụ đánh giá tử cung đã co tốt.

Đỡ rau: một tay người đỡ đẻ đặt trên bụng sản phụ, phía trên xương mu, ấn nhẹ vào mặt trước đoạn dưới tử cung, đẩy nhẹ lên phía xương ức tránh tử cung bị kéo xuống dưới khi kéo dây rốn. Tay kia giữ kẹp dây rốn, kéo dây rốn nhẹ nhàng và liên tục dọc theo ống đẻ, kéo như vậy trong vòng 02 - 03 phút, nếu rau không sổ trong giai đoạn này, dừng lại 05 phút rồi kéo lại.

Màng rau: hạ thấp bánh rau xuống để lợi dụng sức nặng của bánh rau kéo màng ra. Cũng có thể dùng hai bàn tay đỡ bánh rau và xoay nhẹ để màng rau ra hết.

Xoa nắn tử cung: sau khi rau sổ, xoa ngay đáy tử cung qua thành bụng đến khi tử cung co tốt.

Kiểm tra rau: khi đã chắc chắn tử cung co tốt và không thấy chảy máu mới tiến hành kiểm tra bánh rau, màng rau, dây rốn như thường lệ (xem qui trình “*Kiểm tra rau*”).

Theo dõi sản phụ sau đẻ: xoa đáy tử cung 15 phút/lần trong vòng 2 giờ đầu cho đến khi chắc chắn tử cung đã co hồi tốt.

2.4. Khó khăn và cách xử trí:

- Kéo dây rốn nhưng bánh nhau không bong và không xuống dần trong tử cung: không được kéo gật, không được kéo mạnh, chờ đợi một lát rồi tiếp tục kéo lại. Nếu vẫn không kết quả, chờ cho nhau bong tự nhiên rồi đỡ ra.

- Nếu rau vẫn không bong, thấy chảy máu: bóc rau nhân tạo tại chỗ.

- Có thể đặt 01 - 04 viên misoprostol (200 - 800 mcg) ngậm dưới lưỡi, sau 15 phút nếu rau không bong tiến hành bóc rau nhân tạo.

- Trường hợp dây rốn bị đứt trong khi kéo: thực hiện bóc rau nhân tạo

- Sau khi xử trí tích cực giai đoạn 03 chuyển dạ mà vẫn chảy máu, tham khảo bài “*Chảy máu sau đẻ*”.

3: CHĂM SÓC SAU ĐẺ

LÀM RÓN TRẺ SƠ SINH

Làm rốn là buộc hoặc kẹp dây rốn và cắt ngắn sau khi đã cặp, cắt dây rốn trong lúc đẻ.

1. Chuẩn bị.

Bộ làm rốn.

Khăn vô khuẩn, bông, gạc vô khuẩn, cồn 70°.

Bàn làm rốn có đủ ánh sáng và đủ ấm.

Kẹp rốn vô khuẩn.

2. Các bước tiến hành.

- Dùng một tấm gạc che quanh chân rốn, sát khuẩn dây rốn bằng cồn 70°.

- Dùng kẹp rốn nhựa vô khuẩn cặp rốn
- Cắt bỏ phần dây rốn còn lại trên kẹp rốn
- Sát khuẩn mặt cắt.
- Không băng kín rốn. Để rốn khô và sạch. (Có thể phủ một lớp gạc mỏng vô khuẩn trong ngày đầu tiên)

3. Theo dõi và xử trí tai biến.

3.1.Theo dõi.

Chảy máu rốn.

3.2. Xử trí.

- Chảy máu rốn: kẹp lại.
- Chảy máu chân rốn: khâu cầm máu.
- Nhiễm khuẩn rốn: tham khảo bài “*Nhiễm khuẩn rốn*”.

KIỂM TRA NHAU

1. Định nghĩa.

Kiểm tra nhau là thao tác quan sát các mặt múi, mặt màng của bánh nhau, các màng nhau, dây rốn có bình thường không và có sót nhau, sót màng không.

2. Chỉ định.

Kiểm tra nhau để đề phòng sót nhau, sót màng phải được thực hiện cho tất cả các cuộc đẻ đường dưới.

3. Chuẩn bị.

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

4. Các bước tiến hành.

4.1. Kiểm tra màng nhau.

- Quan sát màng nhau và đánh giá xem đủ hay thiếu.
- Quan sát vị trí lỗ rách ối .
- Với bánh nhau sinh đôi cần bóc tách phần màng để đánh giá 01 hay 02 bánh rau.
- Quan sát vị trí bám của dây rốn: bám trung tâm, bám cạnh hay bám màng.
- Quan sát các mạch máu từ chân dây rốn đi ra đến tận bờ mép bánh nhau để phát hiện múi nhau phụ.

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

- Quan sát kĩ các múi nhau từ trung tâm ra xung quanh xem có múi nào bị khuyết không
- Đánh giá chất lượng bánh nhau: có các ổ nhồi máu, các ổ lắng đọng calci, tình trạng rau có bị xơ hóa hay không.

4.3. Kiểm tra dây rốn.

- Tìm xem có bị thắt nút (nút thật).
- Quan sát mặt cắt của dây rốn, kiểm tra các mạch máu rốn.
- Đo độ dài dây rốn, đo 2 phía (phía bám vào bánh nhau và phía bám vào rốn sơ sinh).

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

- Giúp sản phụ đóng băng vệ sinh và mặc váy, áo.

5. Theo dõi và xử trí tai biến.

5.1. Theo dõi.

- Ngay khi kiểm tra nhau, phải đếm mạch và đo huyết áp, ghi hồ sơ.

- Trước khi chuyển sản phụ về buồng hậu sản cũng phải theo dõi và ghi lại trong hồ sơ tình trạng mạch, huyết áp, mức độ chảy máu, co hồi tử cung và toàn trạng.

5.2. Xử trí:

5.2.1. Trường hợp sau khi nhau ra bị băng huyết.

Kiểm soát tử cung rồi cho thuốc co tử cung và kháng sinh và hồi sức (nếu cần)

5.2.2. Trường hợp sót nhau hoặc sót nhiều màng nhau: (trên 1/3 màng bị sót).

- Nếu không băng huyết: kiểm soát tử cung lấy rau và màng bị sót rồi tiêm thuốc co tử cung và kháng sinh.

- Nếu có băng huyết: tiến hành hồi sức, cầm máu cơ học, kiểm soát tử cung, tiêm thuốc co tử cung và dùng kháng sinh dự phòng nhiễm khuẩn.

CẮT VÀ KHÂU TẦNG SINH MÔN

1. Chỉ định.

1.1. Người mẹ.

Âm hộ hẹp, tăng sinh môn ngắn và rắn.

Âm hộ và tăng sinh môn phù nề.

1.2. Thai nhi.

Thai to.

Thai non yếu, thiếu tháng, thai suy.

Các ngôi thai có khó khăn khi sổ.

1.3. Thủ thuật để đường dưới (nếu cần).

2. Chuẩn bị.

2.1. Phương tiện.

Bộ cắt, khâu tăng sinh môn.

Thuốc gây tê, phương tiện sát khuẩn

Sản phụ:

Tư vấn cho sản phụ.

3. Các bước tiến hành.

3.1. Nguyên tắc.

Cắt khi âm hộ, tăng sinh môn đã phòng căng trong lúc có cơn co tử cung và sản phụ đang rặn.

3.2. Kỹ thuật.

- Gây tê vùng âm hộ tăng sinh môn ở thời điểm giữa 2 cơn rặn.
- Cắt ở vị trí 07 giờ, chếch 45° so với đường trục âm hộ, dài 04 - 05 cm tùy mức cần thiết.
- Thường chỉ cắt một bên là đủ, rất hiếm hữu trong những thai to, sổ khó có thể cắt cả hai bên.
- Dùng kéo thẳng, đầu tù, lưỡi dài và sắc.
- Khâu phục hồi:
 - Khâu sau khi sổ rau và đã kiểm tra rau.
 - Sát khuẩn âm hộ, tăng sinh môn.

○ Đặt một tấm bông vào âm đạo, khâu theo các lớp giải phẫu, đảm bảo khâu hết đỉnh vết cắt, không để khoảng trống đường hầm

4. Theo dõi và xử trí tai biến.

4.1. 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.

4.2. Xử trí.

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

- Nhiễm khuẩn: cắt chỉ tầng sinh môn cách quãng, rửa sạch, kháng sinh tại chỗ và toàn thân.

ĐỠ ĐẺ TẠI NHÀ VÀ XỬ TRÍ ĐẺ RƠI

1. Đỡ đẻ tại nhà:

Đỡ đẻ tại nhà là điều không khuyến khích ở nước ta. Tuy nhiên, ở một số vùng, miền núi xa xôi hẻo lánh, đồng bào vẫn còn tập quán sinh đẻ tại nhà, tự đẻ tự đỡ hoặc mời cô đỡ thôn bản đến nhà đỡ. Trong trường hợp đó nếu sản phụ được người đã được đào tạo về đỡ đẻ chăm sóc thì có thể giảm nhiều tai biến nguy hiểm cho sản phụ.

2. Xử trí đẻ rơi:

- Đẻ rơi là tình trạng đẻ không được dự kiến trước, xảy ra ngoài ý muốn của mọi người ở những nơi không phù hợp với việc sinh đẻ như: tại nơi đang làm việc (công sở, nhà máy, cánh đồng...) hoặc trên đường, trên tàu xe... (đi làm hay đi đến cơ sở y tế).

- Xử trí đẻ rơi được thực hiện khẩn cấp, ngay tại chỗ và tùy theo tình huống cụ thể của sản phụ lúc đó

- Trước hết phải nhanh chóng giải phóng thai nhi khỏi quần hoặc váy áo của sản phụ, sau đó:

2.1. Nếu có sẵn túi đỡ đẻ sạch.

Xé ngay bao gói để sử dụng các vật liệu đã có sẵn trong đó:

- Trải tấm nilon ngay nơi bà mẹ đẻ rơi, đặt cháu bé nằm vào đó, ủ ấm bé bằng bất cứ thứ gì có thể có được ở bà mẹ và người đỡ đẻ (khăn, áo, giấy báo...).

- Lấy các sợi chỉ buộc rốn trong gói này buộc chặt dây rốn ở vị trí càng xa da bụng bé càng tốt.

- Không được cắt dây rốn.

- Chuyển bé cho mẹ ôm sát vào người để hạn chế bị nhiễm lạnh.

- Tìm mọi cách chuyển hai mẹ con về trạm y tế gần nhất để được chăm sóc tiếp.

- **Tại cơ sở điều trị**, mẹ sẽ được lấy rau, theo dõi và xử trí chảy máu, nhiễm khuẩn; con sẽ được làm rốn lại, ***cả hai sẽ được tiêm huyết thanh chống uốn ván.***

2.2. Nếu không có sẵn gói đỡ đẻ sạch.

- Ngay lập tức ủ ấm cháu bé bằng mọi đồ vải có sẵn tại chỗ.

- Tìm một sợi dây nhỏ, mềm, bất cứ là dây gì (dây rút, dây xé từ vạt áo hay khăn mùi xoa, dây buộc đồ...) để buộc chặt dây rốn, càng xa nơi bám của nó ở bụng bé càng tốt.

- Không được cắt dây rốn.

- Trao bé cho mẹ ôm ấp và tìm mọi cách chuyển ngay về cơ sở y tế gần nhất để xử trí cho mẹ, cho con như phần trên.

CHĂM SÓC BÀ MẸ VÀ TRẺ SƠ SINH NGÀY ĐẦU SAU ĐẸ

1. Theo dõi - chăm sóc trong 2 giờ đầu.

Cho mẹ	Cho con
- Sản phụ vẫn nằm ở phòng đẻ - Nếu mẹ và con đều bình thường, ngay lúc này có thể cho con nằm cạnh mẹ và hướng dẫn bà mẹ cách cho con bú. Theo dõi: Thở trạng, mạch, huyết áp, co hồi tử cung, ra máu tại các thời điểm 15 phút, 30 phút, 45 phút, 60 phút, 90 phút và 120 phút.	- Bảo đảm trẻ thở được bình thường: ngay khi đỡ trẻ ra, hơi nghiêng đầu trẻ để dãi dớt dễ chảy ra ngoài. Nếu có biểu hiện ngạt, phải xử trí cấp cứu ngay. - Giữ ấm: nhiệt độ phòng từ 26°C - 28°C, không có gió lùa. Luôn để trẻ nằm với mẹ, tốt nhất là đặt trẻ tiếp xúc da kề da trên ngực mẹ. Mặc ấm, đội mũ. Không tắm cho trẻ trước 6 giờ sau đẻ. - Cho bú mẹ ngay trong vòng 1 giờ đầu sau đẻ. Không cho bất cứ thức ăn, nước uống nào khác - Thực hiện chăm sóc thường qui: khám toàn thân, chăm sóc rốn, mắt, tiêm vitamin K1, tiêm vaccin viêm gan B và BCG Theo dõi: - Ngay khi đẻ ra: chỉ số Apgar phút thứ 1, thứ 5 và thứ 10 - Toàn trạng: thở, màu sắc da, thân nhiệt, tiêu hóa: 15 - 20 phút trong 2 giờ đầu

Lưu ý: khi theo dõi/chăm sóc mẹ và con phải đảm bảo vệ sinh ở mức tối đa:

- Rửa tay nước sạch và xà phòng trước và sau mỗi lần chăm sóc.
- Dụng cụ chăm sóc phải vô khuẩn, không dùng chung cho các sản phụ hoặc trẻ sơ sinh khác.
- Tã, áo, khăn, đồ dùng cho mẹ và con phải khô, sạch.

Một số tình huống bất thường có thể xảy ra và cách xử trí

Cho mẹ		Cho con	
Phát hiện	Xử trí	Phát hiện	Xử trí
Mạch nhanh >90 lần/phút	Kiểm tra ngay HA, cầu an toàn, ra máu	Khó thở, ngừng thở, tím tái, cơ mềm nhẽo	Hồi sức thở - hồi sức tim – chuyển khoa nhi
HA hạ (tối đa <90mmHg)	Xử trí choáng sản khoa	Trẻ bị lạnh hoặc phòng lạnh	Ủ ấm, cho trẻ nằm tiếp xúc da kề da với mẹ, sưởi ấm với phương tiện có sẵn
Tăng HA (tối đa >140mmHg, hoặc tăng 30mmHg, tối thiểu >90 hoặc >15mmHg so với trước	Xử trí tiền sản giật	Chảy máu rốn	Làm rốn lại
Tử cung mềm, cao trên rốn	Xử trí chờ tử cung		
Chảy máu trên 250ml và vẫn tiếp tục ra	Xử trí băng huyết sau đẻ		
Rách âm đạo, tầng sinh môn	Sắp xếp để khâu lại		

Khối máu tụ	Xử trí dẫn lưu khối máu tụ		
-------------	----------------------------	--	--

2. Theo dõi từ giờ thứ 03 đến hết ngày đầu:

Cho mẹ	Cho con
- Đưa mẹ và con về phòng, theo dõi các nội dung như trên 1 giờ/lần. - Mẹ có băng vệ sinh sạch, đủ thấm. - Giúp mẹ ăn uống và ngủ yên. - Cho mẹ vận động sớm sau đẻ 6 giờ. - Hướng dẫn mẹ cho con bú sớm và đúng cách. - Hướng dẫn mẹ cách chăm sóc con, theo dõi chảy máu rốn. - Hướng dẫn mẹ và gia đình (bố) biết chăm sóc và phát hiện các dấu hiệu bất thường. - Yêu cầu gọi ngay nhân viên y tế khi mẹ chảy Máu nhiều, đau bụng tăng, nhức đầu, chóng mặt, hoa mắt. Theo dõi từ giờ thứ 7: Toàn trạng, co hồi tử cung (rắn - tròn), băng vệ sinh (kiểm tra lượng máu mất)	Theo dõi trẻ 1 giờ/1 lần: - Luôn để con nằm cạnh mẹ, chú ý giữ ấm cho trẻ - Cho bú mẹ hoàn toàn - Hướng dẫn bà mẹ nhận biết các dấu hiệu bất thường cần gọi ngay nhân viên y tế: trẻ bỏ bú, không thở, tím tái, chảy máu rốn. Theo dõi từ giờ thứ 7: Theo dõi trẻ 6 giờ/lần Toàn trạng: thở (có khó thở?), màu sắc da (có tím tái? có vàng không? sờ có lạnh không?), rốn (có chảy máu?), tiêu hóa, bú mẹ: có bú mẹ được không? Đã đi phân su chưa?)

Một số tình huống bất thường có thể xảy ra và cách xử trí

Cho con	
<i>Phát hiện</i>	<i>Xử trí</i>
- Tử cung mềm, cao quá rốn. - Băng vệ sinh thấm ướt máu sau 01 giờ.	- Xoa bóp tử cung, ấn đáy lấy máu cục. - Tiêm thuốc co tử cung (10 đv Oxytocin). - Kiểm tra, xử trí theo bài “<i>Chảy máu sau đẻ</i>”.

Cho con	
<i>Phát hiện</i>	<i>Xử trí</i>
Chưa bú mẹ hoặc khó khăn khi cho con bú. Trẻ lạnh hoặc phòng lạnh.	Hướng dẫn bà mẹ cách cho con bú - Ủ ấm cho trẻ: cho trẻ nằm tiếp xúc da kề da với mẹ, mặc thêm áo, đắp thêm chăn... - Làm ấm phòng.
Khó thở, tím tái	Xử trí cấp cứu (xem bài “ <i>Xử trí suy hô hấp</i> ”).
Chảy máu rốn. Không có phân su.	Làm lại rốn. Nếu vẫn chảy máu, không tìm được nguyên nhân, mời hội chẩn hoặc chuyển tuyến trên Kiểm tra hậu môn: nếu phát hiện “không hậu môn”, mời hội chẩn ngoại khoa hoặc chuyển tuyến
Không đái Vàng da	Kiểm tra xem trẻ có được bú đủ không? Nếu không tìm thấy nguyên nhân, mời hội chẩn hoặc chuyển tuyến Điều trị ngay hoặc chuyển khoa

3. Chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh từ bà mẹ nhiễm HIV:

3.1. Đối với trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV :

- Trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV (trẻ phơi nhiễm HIV): chỉ chọn một trong hai cách nuôi trẻ: bằng sữa mẹ hoàn toàn hoặc bằng sữa thay thế hoàn toàn.

- Nếu nuôi con bằng sữa mẹ: chỉ cho bú mẹ hoàn toàn, không cho ăn, uống bất cứ thức ăn đồ uống nào kể cả nước trắng, trừ trường hợp phải uống bổ sung vitamin, khoáng chất hoặc thuốc. Tư vấn các nguy cơ cho trẻ khi nuôi dưỡng bằng sữa mẹ. - Nuôi trẻ bằng sữa thay thế là quá trình nuôi trẻ không bằng sữa mẹ, hoàn toàn thay bằng chế độ ăn cung cấp đủ năng lượng và chất dinh dưỡng, đáp ứng nhu cầu của trẻ cho đến khi trẻ có thể ăn các thức ăn cùng gia đình. Tư vấn các bất lợi khi nuôi dưỡng trẻ bằng sữa thay thế.

- Trẻ được chuyển tiếp lên phòng khám ngoại trú nhi để theo dõi thể chất, tinh thần, vận động của trẻ, điều trị theo phác đồ hiện hành của Bộ Y tế và làm xét nghiệm PCR sớm cho trẻ phơi nhiễm.

3.2. Đối với bà mẹ nhiễm HIV:

- Sau đẻ bà mẹ nhiễm HIV được tư vấn, chuyển tiếp tới cơ sở chăm sóc điều trị HIV/AIDS.

- Tư vấn bà mẹ tiếp tục sử dụng thuốc kháng virus theo phác đồ hiện hành của Bộ Y tế.

- Tư vấn các biện pháp tránh thai cho bà mẹ nhiễm HIV, biện pháp tốt nhất là dùng bao cao su.

- Khuyến khích các bà mẹ bộc lộ tình trạng nhiễm HIV với bạn tình và khuyến khích các bà mẹ đưa bạn tình làm xét nghiệm HIV.

- Tư vấn cho bà mẹ tham gia vào các nhóm tổ chức xã hội: nhóm đồng đẳng

4: CÁC BẤT THƯỜNG TRONG THAI NGHÉN, CHUYỂN DẠ VÀ SINH ĐẸ

THAI NGHÉN CÓ NGUY CƠ CAO

Thai nghén có nguy cơ cao là tình trạng thai nghén không có lợi cho mẹ, thai và sơ sinh.

1. Phát hiện các yếu tố nguy cơ.

Có thể phân chia các yếu tố nguy cơ thành 5 nhóm chính sau đây:

1.1. Nhóm nguy cơ có liên quan tới cơ địa của thai phụ.

- Tuổi của thai phụ:
- Dưới 16 tuổi: dễ bị đẻ khó, đẻ non, tỷ lệ tử vong chu sinh cao.
- Trên 35 tuổi: dễ bị đẻ khó, nguy cơ rối loạn nhiễm sắc thể, sơ sinh dị dạng, tử vong chu sinh cao.
- Thể trạng của thai phụ: quá béo (trên 70 kg) hoặc quá gầy (dưới 40 kg) cũng là một trong những yếu tố nguy cơ cho mẹ trong cuộc đẻ.
- Những bất thường về giải phẫu của đường sinh dục như tử cung đôi, tử cung hai sừng, vách ngăn tử cung... dễ gây đẻ non.

1.2. Nhóm nguy cơ liên quan tới bệnh tật của mẹ có từ trước.

- Tăng huyết áp: nguy cơ tử vong mẹ và thai (sản giật).
- Bệnh thận: nguy cơ cao huyết áp mạn dẫn tới sản giật, tiền sản giật.
- Tiểu đường: gây thai to và dễ tử vong.
- Bệnh tim: đặc biệt là bệnh tim có biến chứng gây tử vong cao.

- Bệnh nội tiết: Basedow, tiểu đường dễ gây biến chứng cho mẹ và cho thai nhi.
- Rối loạn hệ miễn dịch, bệnh tạo keo.
- Bệnh ác tính của mẹ: ung thư vú, cổ tử cung, buồng trứng...
- Bệnh thiếu máu: suy tuỷ, hồng cầu lưỡi liềm.
- Bệnh nhiễm khuẩn cấp hoặc mạn tính: lao phổi, thương hàn...
- Bệnh LTQĐTD: *chlamydia trachomatis*, herpes sinh dục, HPV, lậu, giang mai, HIV.
- Bệnh do virus: viêm gan virus, rubella.
- Bệnh do ký sinh trùng: sốt rét con, trichomonas âm đạo.
- Bệnh não: viêm não, động kinh, tâm thần...
- Nhiễm khuẩn niệu - sinh dục: tụ cầu, EColi, Proteus...
- Bệnh di truyền có tính chất gia đình như: chảy máu, tiểu đường, sinh đôi, đa thai...
- Bệnh ngoại khoa: gãy xương chậu, bệnh trĩ, tạo hình bàng quang do chấn thương...

1.3. Nhóm có tiền sử sản khoa nặng nề:

- Sảy thai liên tiếp nhiều lần: thường do bất thường của hai vợ chồng, thiếu năng nội tiết, bất thường ở tử cung.
- Thai chết lưu: cần phát hiện nguyên nhân. Ví dụ: u xơ tử cung, bệnh toàn thân như tăng huyết áp, bệnh thận.....
- Tiền sử đẻ non, con dưới 2500g gây nguy cơ cho sơ sinh.
- Hoạt động của nội tiết sinh dục kém dễ gây sảy thai, đẻ non...
- Bất đồng nhóm máu ABO gây nguy cơ cho thai.
- Tiền sử sản giật dễ bị sản giật ở những lần có thai sau.
- Trẻ dị dạng bẩm sinh, bất thường thể nhiễm sắc thì dễ bị dị dạng ở các lần sau.

- Tiền sử bị đình chỉ thai nghén thì lần có thai này cũng dễ bị nguy cơ đó. Chẳng hạn như tiền sử đình chỉ thai nghén do tiền sản giật nặng thì thai lần này cũng dễ bị như vậy.

- Tiền sử phẫu thuật lấy thai dễ có nguy cơ phẫu thuật lại hoặc tiền sử đẻ forceps, giác kéo... dễ bị can thiệp lại ở lần có thai này.

- Các lần đẻ quá gần hoặc quá xa nhau.

1.4. Nhóm nguy cơ cao có liên quan tới yếu tố xã hội.

Liên quan tới nhóm này, phải kể đến các yếu tố như cảnh nghèo đói, trình độ văn hóa thấp, ở xa cơ sở y tế, giao thông vận tải không thuận tiện. Tất cả những yếu tố trên đều là những nguy cơ cao cho thai kỳ.

1.5. Các yếu tố bất thường phát sinh trong kỳ thai này.

1.5.1. Về phía mẹ: Bệnh sốt rét, bệnh thiếu máu, tiền sản giật, giảm tiểu cầu tự miễn trong thời kỳ mang thai, bệnh thận thai nghén, tăng HA thai nghén, đái tháo đường thai nghén, sốt do bệnh lý toàn thân, nhiễm trùng tiết niệu.

1.5.2. Về phía thai: Ngôi bất thường, thai to, thai bất thường, thai suy dinh dưỡng, thai chết lưu, song thai, đa thai.

1.5.3. Về phần phụ: Rau tiền đạo, rau cài răng lược, rau bong non, sa dây rau, u bánh rau, phù rau thai, rỉ ối, vỡ ối non, đa ối, thiếu ối

2. Khám thực thể để phát hiện thai nghén có nguy cơ cao.

2.1. Khám toàn trạng.

- Chiều cao sản phụ < 145 cm thì đẻ khó.
- Khám cân nặng: tăng 20 % trọng lượng khi có thai là bình thường.
- Huyết áp.
- Da, niêm mạc, khám vú, khám tim mạch, khám phổi, khám mắt, khám ngoại khoa (vẹo, gù).

2.2. Khám chuyên khoa.

Khung chậu, tử cung (chiều cao tử cung, tư thế, u xơ), âm đạo (sa sinh dục), cổ tử cung (rách, viêm, tư thế..), tầng sinh môn (ngắn, dài, sẹo cũ..), phần phụ (u..).

2.3. Chăm sóc và đánh giá suốt quá trình thai nghén.

2.3.1. Khám thai định kỳ.

Làm đủ các bước ở 3.1 và 3.2 và các xét nghiệm để cân nhắc cùng sản phụ có nên tiếp tục thai nghén hay không.

2.3.2. Những vấn đề cần đánh giá để duy trì thai nghén.

- Tình trạng sức khỏe của mẹ tốt, đảm bảo cho một quá trình thai nghén.
- Những thay đổi sinh lý phù hợp, không ảnh hưởng tới sức khỏe người mẹ về tim, mạch, huyết áp.
- Chiều cao tử cung phù hợp tuổi thai.
- Không có thai nghén bất thường: chửa trứng, thai ngoài tử cung...
- Thai máy ở nửa sau của thai kỳ, tim thai nghe đều rõ.
- Nếu có rau tiền đạo: không ra máu hoặc ra máu ít.
- Tiền sản giật: không nặng lên, có thể duy trì nếu đáp ứng với điều trị.
- Nếu có nhiễm khuẩn: điều trị tích cực cho thai phụ khỏi trước khi chuyển dạ và không để lại nguy cơ cho mẹ và con.
- Dự kiến ngày đẻ chính xác, tránh thai già tháng

2.3.3. Những yếu tố có thể gây biến chứng trong chuyển dạ.

Cần biết những yếu tố sau đây để tiên lượng thai nghén có nguy cơ. Chuyển dạ đủ đủ tháng, non hay già tháng biến chứng đều có thể xảy ra khi:

- Bệnh của mẹ có tăng lên trong đẻ: tăng huyết áp, hôn mê gan, lao phổi
- Đa ối, thiếu ối, ối vỡ non, vỡ sớm, nhiễm khuẩn ối...

- Ngôi thai bất thường: ngôi trán, ngôi vai...
- Rối loạn con co tử cung: cường tính, không đều...
- Bất thường về dây rốn: ngắn, quấn cổ, sa dây rốn...
- Suy thai.
- Cổ tử cung không tiến triển.
- Mẹ rặn yếu, chuyển dạ kéo dài.
- Chỉ định sản khoa không đúng về forceps, về sử dụng oxytocin.
- Cho sơ sinh: thoát vị cơ hoành (bẩm sinh), ngạt, xẹp phổi, chảy máu phổi, non tháng nhẹ cân < 2500 g.

3. Các xét nghiệm thăm dò cận lâm sàng.

Xét nghiệm thường qui: nhóm máu, công thức máu, nước tiểu...

Từ các dấu hiệu lâm sàng sẽ có quyết định xét nghiệm cận lâm sàng để đánh giá nguy cơ:

- Siêu âm: thai sống, chết, dị dạng, số lượng thai, lượng nước ối...
- Thẻ nhiễm sắc: cho phụ nữ > 35 tuổi, tiền sử đẻ con bị bệnh Down hoặc rối loạn thể nhiễm sắc khác.
- Theo dõi nhịp tim thai (ống nghe tim thai, monitor sản khoa).
- Test gây con co tử cung để xác định tim thai bình thường hay bất thường.
- Đánh giá chỉ số Bishop để chọn cách đẻ cho phù hợp.
- Theo dõi những hoạt động sinh học của thai qua siêu âm (thai thở, cử động..)
- Chẩn đoán X quang: ít dùng.

4. Đánh giá thai trong chuyển dạ.

- Cần đánh giá nguy cơ thai nhi trong chuyển dạ dựa vào các điểm sau:

- Tần số tim thai.
- Nhịp tim thai.
- Tim thai và cơn co tử cung (DIP I, DIP II, DIP biến đổi...).
- Phân su, ối.
- Đánh giá nguy cơ cho mẹ trong chuyển dạ: có trước như tiền sản giật, hen phế quản, tăng huyết áp, bệnh tim... trong chuyển dạ sẽ nặng lên như sản giật, suy tim, phù phổi cấp...

5. Chăm sóc thai nghén có nguy cơ.

Tùy từng trường hợp và tùy theo khả năng chuyên môn và trang thiết bị của mình mà quyết định giữ thai phụ ở lại tuyến của mình để điều trị hoặc gửi lên tuyến trên

Cần tôn trọng nguyên tắc sau:

- Không để xảy ra tai biến rồi mới đình chỉ thai nghén.
- Đình chỉ thai nghén để cứu mẹ khi cần thiết.
- Tích cực điều trị thai suy và sơ sinh ngạt.

5.1. Biện pháp chung.

- Quản lý thai nghén để sớm xác định các yếu tố nguy cơ.
- Loại bỏ thai nghén không mong muốn bằng biện pháp sản khoa thích hợp.
- Thực hiện chăm sóc và đánh giá mức độ thai nghén nguy cơ với phương châm cứu mẹ là chính, cố gắng bảo tồn thai.

5.2. Biện pháp riêng.

- Điều trị nội khoa các bệnh nội khoa của sản phụ: tim, phổi, nội tiết...
- Điều trị ngoại khoa: cắt bỏ u xơ, khâu vòng cổ tử cung...
- Cai nghiện thuốc lá, ma túy...
- Nghỉ ngơi tại giường.
- Thuốc giảm co, corticoid giúp cho phổi thai trưởng thành.
- Đình chỉ thai nghén để cứu mẹ.

CHẢY MÁU TRONG NỬA ĐẦU THAI KỲ

1. Bệnh cảnh thường gặp.

- Dọa sảy thai, sảy thai.
- Thai ngoài tử cung.
- Chửa trứng.

2. Xử trí chung.

- Đánh giá nhanh thể trạng chung, các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, nghe tim phổi.
- Nếu có dấu hiệu choáng hoặc chảy máu nhiều phải xử trí ngay.
- Tư vấn, giải thích rõ cách xử trí tùy theo tình huống cụ thể.

3. Xử trí cụ thể.

3.1. Dọa sảy thai, sảy thai.

Sảy thai là trường hợp thai và rau bị tống ra khỏi buồng tử cung *trước 22 tuần (kể từ ngày đầu của kỳ kinh cuối)*.

3.1.1. Dọa sảy thai.

Triệu chứng:

- Có chậm kinh và tình trạng nghén.
- Ra máu âm đạo đỏ tươi.
- Tức bụng dưới hoặc đau âm ỉ vùng hạ vị.
- Cổ tử cung còn dài, đóng kín.
- Kích thước thân tử cung to tương ứng với tuổi thai.

- Xét nghiệm hCG bằng que thử nhanh dương tính.
- Siêu âm thấy hình ảnh túi ối hoặc có thai, âm vang thai và tìm thai ở trong buồng tử cung.

Xử trí:

- Nằm nghỉ, ăn nhẹ, chống táo bón.
- Tư vấn cho người bệnh và gia đình những tiến triển có thể xảy ra.
- Nếu sau khi nghỉ ngơi, các triệu chứng không đỡ.
- Thuốc:
 - + Giảm co spasma-verin 40 mg uống 02 viên x 02 lần/ngày
 - + Nội tiết: Progesteron vi tinh thể (thiên nhiên):
 - Utrogestan 200mg: 01viên x 02 (đặt âm đạo)
 - Hoặc Duphaston 10 mg: 01 viên x 02(uống).
- Cố gắng tìm nguyên nhân để điều trị, nếu sảy thai liên tiếp chuyển tuyến tính.
- Nếu không muốn giữ thai thì chấm dứt thai kỳ.

3.1.2. Đang sảy thai.

Triệu chứng:

- Đau bụng nhiều từng cơn vùng hạ vị.
- Máu ra ngày càng nhiều, có khi choáng.
- Thăm âm đạo: cổ tử cung đã xóa, mở, có thể thấy rau, thai hoặc cổ tử cung hình con quay vì lỗ trong và phần trên cổ tử cung đã giãn rộng phình to do khối thai đã xuống đoạn dưới.

Xử trí:

- Nếu rau và thai đã thập thò ở cổ tử cung thì dùng 02 ngón tay hoặc kẹp hình tim lấy thai ra.
- Nong cổ tử cung nếu cần rồi gấp bọc thai ra và hút.
- Nếu có choáng: Lập 02 đường truyền kim nồng to: truyền dung dịch mặn đẳng trương 0,9% hoặc Ringer lactat

- Cho oxytocin 05 đv x 02 ống hoặc/và ergometrin 0,2 mg tiêm bắp trước khi hút.

- Có thể cho thêm oxytocin nếu còn chảy máu.

- Cho kháng sinh.

3.1.3. Sảy thai hoàn toàn.

Triệu chứng:

Thường gặp khi sảy thai trong 6 tuần đầu.

Sau khi đau bụng, ra máu, thai ra cả bọc sau đó máu ra ít dần.

Khám cổ tử cung đóng, tử cung nhỏ hơn tuổi thai.

Xử trí:

Cho uống kháng sinh (nếu có nguy cơ nhiễm khuẩn).

Siêu âm: nếu buồng tử cung đã sạch không cần hút.

Nếu người bệnh đến khám lại vì những triệu chứng bất thường như: đau bụng, ra máu, sốt thì điều trị triệu chứng

3.1.4. Sảy thai không hoàn toàn: sót rau.

Triệu chứng:

Sau khi thai sảy, ra máu kéo dài.

Còn đau bụng.

Cổ tử cung mở và tử cung còn to.

Xử trí:

- Cho kháng sinh.

- Nếu siêu âm thấy trong buồng tử cung còn nhiều âm vang bất thường thì cần cho misoprostol (cứ **3 - 4 giờ** cho uống 200 mcg, **tối đa chỉ cho 3 lần**). Ngày hôm sau siêu âm lại nếu không cải thiện thì hút buồng tử cung.

- Cho oxytocin 5 đv x 1 ống tiêm bắp trước khi hút.

- Nếu không có siêu âm, tiến hành hút sạch buồng tử cung đối với tất cả các trường hợp.

3.1.5. Sảy thai nhiễm khuẩn.

Triệu chứng:

- Thường đi sau một phá thai không an toàn (không bảo đảm vô khuẩn) hoặc sảy thai sót nhau.
- Tử cung mềm, ấn đau.
- Cổ tử cung mở.
- Sốt, mệt mỏi khó chịu, tim đập nhanh.
- Ra máu kéo dài và hôi, có khi có mủ.

Xử trí:

- Cho kháng sinh liều cao, phối hợp Metronidazol 500mg TM.
- Nếu máu chảy nhiều, tiến hành hồi sức và hút ngay.
- Nếu máu ra ít, dùng kháng sinh 04 - 06 giờ sau đó hút nhau còn sót lại trong tử cung. Cho oxytocin 05 đv x 01 ống tiêm bắp trước khi hút. Lập đường truyền tĩnh mạch, giảm đau trước khi hút.
- Trong trường hợp chảy máu và nhiễm khuẩn nặng có thể có chỉ định cắt tử cung.
- Tư vấn cho người bệnh và gia đình những biến chứng và tai biến nguy hiểm có thể xảy ra cho người bệnh. Vì vậy, phải tuân thủ những chỉ định điều trị của bác sĩ.

3.1.6. Sảy thai đã chết.

Sảy thai đã chết là tình trạng thai chết ở tuổi thai dưới 22 tuần thường lưu lại trong tử cung. Trong những tháng đầu các triệu chứng giống như trường hợp sảy thai.

Triệu chứng:

- Có triệu chứng có thai sau đó ra máu âm đạo, hết nghén, vú có thể tiết sữa non, không thấy thai máy, tim thai không có.
- Cổ tử cung đóng kín, có máu đen, tử cung nhỏ hơn tuổi thai.
- Xét nghiệm hCG âm tính (nếu thai đã chết lâu). Siêu âm túi ối méo mó, không có tim thai.

Xử trí:

Siêu âm xác định chẩn đoán.

Xét nghiệm máu: công thức máu, nhóm máu và sinh sợi huyết, các yếu tố đông máu.

Thai dưới 12 tuần:

- Cho misoprostol 200 mcg x 1 viên, **4 giờ/lần**. Hút thai. Kháng sinh sau thủ thuật.

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, chảy máu.

Thai trên 12 tuần:

- Điều chỉnh lại tình trạng rối loạn đông máu nếu có.
- Ngậm dưới lưỡi *misoprostol tối đa 200 mcg mỗi lần, cứ 6 giờ/lần, tối đa 4 lần*.

- Nếu không có kết quả **sử dụng lại thuốc với cùng liều lượng sau 48 tiếng**. Nếu vẫn không có kết quả, chuyển tuyến trung ương.

- Kiểm soát buồng tử cung sau khi thai ra nếu cần.

- Cần chú ý theo dõi chảy máu sau khi thai ra.

Chú ý: Người bệnh có sẹo mổ cũ ở tử cung: chống chỉ định dùng misoprostol. Có thể truyền oxytocin tĩnh mạch gây sảy thai.

3.2. Thai ngoài tử cung.

Triệu chứng:

- Có chậm kinh hoặc rối loạn kinh nguyệt, có thể có triệu chứng nghén.

- Đau âm ỉ ở vùng bụng dưới và đau về bên vòi tử cung có trứng làm tổ, thỉnh thoảng có cơn đau nhói.

- Rong huyết: máu ra ít một kéo dài ở âm đạo với đặc điểm máu đen, lợn cợn (như bã cà phê) và rả rích ra trong nhiều ngày.

- Thân tử cung hơi to hơn bình thường, cạnh tử cung có khối nề, ranh giới không rõ, ấn đau, cổ tử cung đóng kín. Khi chạm ngón tay vào cổ tử cung thì đau tăng lên.

- Xét nghiệm hCG dương tính. Nếu làm siêu âm sẽ không thấy hình ảnh túi ối hoặc các âm vang thai trong buồng tử cung mà có thể thấy những âm vang bất thường ở một bên vòi tử cung.

- Nếu thai ngoài tử cung đã vỡ: người bệnh có cơn đau dữ dội, đột ngột, có choáng do mất máu, bụng chướng nhẹ, có phản ứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc, gõ đục vùng thấp. Cổ tử cung đóng có ít máu theo tay, các túi cùng đầy, đặc biệt túi cùng sau phòng và ấn ngón tay vào người bệnh rất đau, tử cung di động như bơi trong nước.

Xử trí:

- * Chẩn đoán xác định thai ngoài tử cung thể chưa vỡ:

- Phẫu thuật (phẫu thuật bụng hay nội soi): cắt hay bảo tồn vòi tử cung.

- Điều trị nội khoa nếu có chỉ định và có điều kiện theo dõi.

- * Thai ngoài tử cung thể đã vỡ:

- Hồi sức chống choáng.

- Phẫu thuật cắt vòi tử cung, lấy hết máu loãng và cục máu trong ổ bụng.

3.3. Chửa trứng.

Chửa trứng là bệnh của nhau trong đó gai nhau thoái hóa thành các túi mọng nước.

Triệu chứng:

- Mất kinh như những thai nghén khác.
- Tình trạng nghén nặng hơn bình thường.
- Ra máu âm đạo ít một, máu đen, dai dẳng nhiều ngày, ban đêm máu thường ra nhiều hơn.

- Tử cung to nhanh hơn tuổi thai, mềm, không nắn thấy các phần thai nhi, không nghe thấy tim thai.

- Có thể có phù, huyết áp cao, protein niệu.

- Thử hCG tăng cao.

- Siêu âm có hình ảnh tuyết rơi.

Xử trí:

- Xác định chẩn đoán, chuyển tuyến tính ngay để xử trí sớm.

- Chỉ nạo hút trứng khi đang sảy và sau đó ***chuyển người bệnh và bệnh phẩm lên tuyến tỉnh.***

CHẢY MÁU TRONG NỬA CUỐI THAI KỲ VÀ TRONG CHUYỂN DẠ

1. Nhau tiền đạo:

Nhau tiền đạo: là nhau bám ở đoạn dưới tử cung lan tới hoặc che lấp lỗ trong cổ tử cung.

- Có 4 loại nhau tiền đạo:

+ Nhau bám thấp: bờ bánh nhau bám ở đoạn dưới TC, chưa đến lỗ trong cổ tử cung.

+ Nhau bám mép: bờ bánh nhau bám đến bờ lỗ trong cổ tử cung.

+ Nhau tiền đạo bán trung tâm: bánh nhau che kín một phần lỗ trong cổ tử cung.

+ Nhau tiền đạo trung tâm: bánh nhau che kín hoàn toàn lỗ trong cổ tử cung.

1.1. Chẩn đoán:

1.1.1. Triệu chứng:

- Chảy máu đột ngột, không kèm đau bụng, máu ra đỏ tươi lẫn máu cục, kết thúc đột ngột cũng như khi xuất hiện, khoảng cách giữa các đợt ngắn lại, lượng máu ra càng về sau càng nhiều hơn. Khi chuyển dạ chảy máu nguy hiểm đến tính mạng.

- Toàn thân: thiếu máu, có thể sốc.

- Khám: ngôi cao hoặc ngôi bất thường.
- Tim thai: bình thường, có thể suy thai nếu mẹ bị sốc.
- Cần phân biệt chảy máu do tổn thương ở cổ tử cung như polyp, viêm cổ tử cung, sùi mào gà ở âm đạo và cổ tử cung, giãn tĩnh mạch âm hộ, ung thư cổ tử cung cần phải đặt van hoặc mổ vạt để quan sát (chỉ định làm ở phòng phẫu thuật). - ***Không thăm khám âm đạo bằng tay.***

- Chẩn đoán xác định bằng siêu âm. Quan sát kỹ để xác định có nguy cơ nhau cài răng lược không nhất là có sẹo mổ cũ. Nếu có nhau cài răng lược phải chuyển tuyến tính xử trí

1.1.2. Xử trí:

Nhau tiền đạo không triệu chứng:

- Theo dõi điều trị ngoại trú: ngoài khám lâm sàng cần siêu âm xác định vị trí nhau bám.
- Giảm nguy cơ chảy máu:
 - o Kiêng giao hợp, không làm nặng, không tập thể dục sau 20 tuần.
 - o Không khám âm đạo.
 - o Nếu có cơn gò tử cung hoặc ra huyết âm đạo, cần nhập viện ngay.
- Giảm nguy cơ cho bé:
 - o Dùng thuốc hỗ trợ phổi cho thai từ 28-34 tuần.
 - o Xác định thời điểm sinh mổ chủ động: khoảng 36–37 tuần tuổi.
- Nhau tiền đạo đang ra huyết: là cấp cứu sản khoa, cần điều trị tại viện.
- Nhau tiền đạo ra huyết âm đạo ít – thai chưa trưởng thành
 - o Xác định độ trưởng thành của phổi
 - o Cố gắng dưỡng thai đến 32 – 34 tuần. Sau tuần 34, cân nhắc cho lợi ích cho thai - mẹ với nguy cơ mất máu ồ ạt.
 - o Hỗ trợ phổi: khi thai 28 – 34 tuần.

- Truyền máu: khi Hb < 10 g/dL.
- Có thể xuất viện khi không còn ra huyết trong vòng 48 giờ và không kèm bất kỳ yếu tố nguy cơ khác.
- Chọn lựa cách chấm dứt thai kỳ
- Sinh ngã âm đạo: nếu là nhau bám thấp và ngôi đầu.
- Thai dễ bị thiếu oxy do bánh nhau có thể bong non hay do biến chứng của dây rốn như sa dây rốn hay chèn ép dây rốn. Do đó, nếu monitor tim thai bất thường thì mổ lấy thai ngay, ngoại trừ đang rặn sinh.
- Mổ lấy thai là cách chọn lựa cho những thể NTĐ khác.
- Trong khi phẫu thuật lấy thai:
 - + Nếu nhau bám mặt trước: ***rạch da đường giữa dưới rốn***, sờ đoạn dưới tử cung xác định vùng không có rau bám để rạch lấy thai.
 - + Nếu không tìm được vùng không có rau bám: rạch ngang đoạn dưới qua bánh rau để lấy thai.
 - + Nếu rau bám mặt sau: rạch da đường ngang, rạch đoạn dưới tử cung lấy thai.
 - + Nếu có rau cài răng lược cần nhắc có thể rạch dọc thân tử cung lấy thai, không bóc rau cắt tử cung ngay.
 - + Nếu sau khi lấy nhau có chảy máu ở vị trí nhau bám:
 - Khâu các mũi chữ X cầm máu.
 - Pha loãng 05 đv oxytocin x 04 ống trong 01 lít dịch (nước muối sinh lý hay dung dịch Ringer lactat) truyền tĩnh mạch 60 giọt/phút. Dùng thuốc co hồi TC: Carbetocin, Methyl ergometrin, Prostaglandin.
 - + Nếu vẫn chảy máu:
 - Đủ con: cắt tử cung hết phần bị chảy máu
 - Trường hợp cần bảo tồn tử cung: thắt động mạch tử cung, thắt động mạch hạ vị, thắt động mạch dây chằng tử cung buồng trứng. Nếu vẫn chảy máu: cắt tử cung hết phần bị chảy máu.
 - + Kết hợp với hồi sức chống sốc.

- Nhau tiền đạo ra huyết âm đạo nhiều
- Là cấp cứu sản khoa. Cần mổ lấy thai cấp cứu.

- Lập 01 hay 02 đường truyền tĩnh mạch. Truyền dung dịch Ringer Lactat hay dung dịch muối sinh lý, dung dịch cao phân tử (Gelatin succinyl + natri clorid + natri hydroxyd hoặc tinh bột este hoá (hydroxyethyl starch)) nhằm ổn định huyết động học và duy trì có nước tiểu, ít nhất 30 ml/giờ.

- Xét nghiệm nhóm máu. Chuẩn bị máu truyền, có thể 02 – 04 đơn vị máu. Truyền khi lượng máu mất vượt quá 30% thể tích máu (xuất huyết độ III) hoặc khi Hb < 10 g/dL.

- Theo dõi huyết áp của mẹ bằng monitor. Đánh giá lượng nước tiểu mỗi giờ bằng sonde tiểu lưu. Ước lượng máu mất qua ngã âm đạo bằng cân hay bằng lượng băng vệ sinh.

1.3. Tiên lượng – Biến chứng:

- NTĐ thường được chẩn đoán trước khi xuất huyết xảy ra. Theo dõi sát sản phụ và thai nhi có thể ngăn ngừa những biến chứng quan trọng.

- Biến chứng
 - Cho mẹ
 - Mất máu nhiều, choáng, tử vong.
 - Cắt TC tổn thương hệ niệu.
 - Tăng nguy cơ nhiễm trùng, rối loạn đông máu, phải truyền máu.
 - Cho con
 - Tình trạng non tháng gây tử vong chu sinh. Trẻ sơ sinh bị thiếu máu.

2. Nhau bong non.

Là nhau bong sớm trước khi sổ thai do bệnh lý hoặc chấn thương.

2.1. Triệu chứng.

Thẻ nhẹ:

- Toàn trạng bình thường, chảy máu ít.
- Có hoặc không có suy thai.
- Thường chỉ chẩn đoán được khi làm siêu âm

Thể trung bình:

- Có hội chứng tiền sản giật.
- Tử cung co cứng nhiều.
- Tim thai nhanh hay chậm.
- Ra máu âm đạo lượng vừa, loãng.
- Có thể có sốc nhẹ.

Thể nặng:

- Sản phụ đau dữ dội, không nghe thấy tim thai.
- Có hội chứng tiền sản giật nặng.
- Tình trạng sốc nặng.
- Ra máu âm đạo đen, loãng không đông.
- Trương lực cơ tử cung tăng, tử cung cứng như gỗ.
- Cổ tử cung cứng, ối căng phồng, nước ối có thể có máu.

2.2. Xử trí.

Tuyến huyện và tuyến tỉnh.

- Hồi sức chống sốc (nên truyền máu tươi) và phẫu thuật lấy thai.
- Nếu tình trạng nặng (mất máu nặng rõ ràng hay tiềm ẩn) phải chuyển lên tuyến tỉnh hoặc mời tuyến tỉnh đến hỗ trợ hồi sức và phẫu thuật lấy thai càng sớm càng tốt.
- Đề phòng rối loạn đông máu bằng cách bù đủ thể tích máu lưu thông bằng truyền dịch.

3. Dọa vỡ tử cung.

3.1. Triệu chứng.

- Sản phụ đau nhiều do cơn co tử cung mạnh và mau.
- Vòng Bandl kéo lên cao, tử cung có hình quả bầu nậm.
- Thai suy: tim thai nhanh, chậm hoặc không đều.

- Thăm âm đạo: ngôi bất thường, ngôi cao hoặc chưa lọt.

3.2. Xử trí.

- Cho thuốc giãn cơ tử cung: nifedipin 10 mg x 1 viên ngâm dưới lưỡi.
- Nếu đủ điều kiện đẻ đường dưới thì làm forceps.
- Nếu chưa đủ điều kiện thì phẫu thuật lấy thai.

4. Võ tử cung.

4.1. Triệu chứng.

- Trước khi vỡ tử cung có dấu hiệu dọa vỡ tử cung trừ trường hợp có sẹo phẫu thuật cũ ở tử cung. Thai phụ đang đau dữ dội, sau một cơn đau chói đột ngột thì hết đau và có thể sốc.
- Cơn co tử cung không còn.
- Tim thai mất.
- Bụng méo mó và không còn dấu hiệu dọa vỡ.
- Bụng chướng, nắn đau.
- Sờ thấy phần thai ngay dưới da bụng.
- Có thể ra máu âm đạo.
- Thăm âm đạo không xác định ngôi thai.
- Thường có dấu hiệu sốc.

4.2. Xử trí.

Hồi sức chống sốc và phẫu thuật cấp cứu, xử trí vết rách tử cung (bảo tồn, cắt tử cung bán phần hoặc toàn phần).

BẢNG HUYẾT SAU SINH

I. Định nghĩa:

Bảng huyết sau sanh (BHSS) là tình trạng mất ≥ 500 ml máu sau sanh đường âm đạo hoặc mất ≥ 1000 ml máu sau mổ lấy thai

Hoặc ảnh hưởng tổng trạng

Hoặc Hematocrit giảm $> 10\%$ so với trước sanh

Phân loại: nguyên phát (< 24 giờ đầu) và thứ phát(sau 24 giờ- 12 tuần- WHO)

Chảy máu sau sanh là biến chứng thường gặp nhất và là nguyên nhân tử vong mẹ hàng đầu.

II. Chẩn đoán:

- Đo lượng máu mất bằng túi đo máu đo ngay sau khi sổ thai và ra hết nước ối
- Dấu hiệu mất máu cấp tính: mệt, vật vã, da xanh niêm nhạt, vã mồ hôi
- Thay đổi tổng trạng, sinh hiệu: mạch nhanh, huyết áp tụt
- Tử cung tăng thể tích
- Ra huyết âm đạo đỏ tươi lượng nhiều – liên tục

III. Bệnh cảnh thường gặp.

- Đờ tử cung.
- Chấn thương đường sinh dục (đặc biệt là vỡ tử cung).
- Bất thường về bong rau, sổ rau.
- Rối loạn đông máu.

IV. Xử trí chung:

Hồi sức tích cực + co hồi tử cung + tìm nguyên nhân

- Huy động tất cả mọi người để cấp cứu.
- Khẩn trương đánh giá thể trạng chung của sản phụ (các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ).
- Thiết lập ít nhất 2 đường truyền tĩnh mạch, catheter 18G cho dịch chảy với tốc độ nhanh
- Nếu nghi ngờ có choáng hoặc bắt đầu có choáng phải xử trí ngay theo phác đồ xử trí choáng.
- Đánh giá tình trạng mất máu.

- Thông tiểu.
- Xoa đáy tử cung và dùng thuốc co hồi tử cung:
 - + Oxytocin 5UI 4 ống pha 500ml dịch tinh thể, tối đa 80UI
 - + Methyl ergometrin(maleate) 0,2mg 1 ống tiêm bắp hay tiêm vào cơ tử cung (không bao giờ tiêm tĩnh mạch), tối đa 5 liều, không sử dụng tiền căn cao huyết áp, hội chứng Raynaud
 - + Carbetocin (Duratocin) 100mcg 1 ống tiêm mạch chậm, chỉ 1 liều duy nhất (khuyến cáo sử dụng dự phòng trong những trường hợp nguy cơ cao BHSS)
 - + Prostaglandin E1 (Misoprostol) 200mcg: 1-4viên ngâm dưới lưỡi, có thể dùng cho người cao huyết áp hay hen suyễn. Theo dõi nhiệt độ sản phụ vì có thể sốt $\geq 40^{\circ}\text{C}$ và lạnh run, sử dụng phối hợp với thuốc gò tử cung đường tiêm, không sử dụng như thuốc gò duy nhất để điều trị BHSS
- Tìm nguyên nhân: kiểm tra đường sinh dục và thực hiện các biện pháp cầm máu cơ học khác.
- Làm xét nghiệm cơ bản: nhóm máu, huyết đồ, đông máu toàn bộ

5. Triệu chứng và xử trí.

3.1. Đờ tử cung.

3.1.1. Triệu chứng.

- Chảy máu ngay sau khi sổ rau là triệu chứng phổ biến nhất.
- Tử cung giãn to, mềm nhão, co hồi kém hoặc không co hồi, không có khối an toàn.
- Có thể dẫn đến choáng nếu không xử trí kịp thời.

3.1.2 Xử trí.

Phải xử trí kịp thời để tránh tình trạng chảy máu kéo dài dẫn tới rối loạn đông máu.

Dùng các biện pháp cơ học để cầm máu: xoa bóp tử cung, chẹn động mạch chủ bụng, chẹn tử cung qua thành bụng, ép ngoài tử cung bằng hai tay hoặc ép trong và ngoài tử cung.

Thông tiểu.

Kiểm soát tử cung lấy hết nhau sót và máu cục rồi tiêm bắp oxytocin 05 - 10 đv, có thể tiêm nhắc lại 02 lần. Nếu tử cung không co, tiêm ergometrin 0,2 mg x 01 ống vào bắp hoặc misoprostol 200 mcg x 01 - 04 viên ngậm dưới lưỡi.

Truyền dịch chống choáng.

Nếu xử trí như trên nhưng không có kết quả thì phải phẫu thuật cắt tử cung bán phần (nếu đã đủ con) hoặc nếu có điều kiện và kinh nghiệm thì sử dụng mũi khâu B-Lynch hoặc thắt động mạch hạ vị, động mạch tử cung trước khi cắt tử cung.

Kết hợp vừa phẫu thuật vừa hồi sức, truyền máu.

Cho kháng sinh toàn thân.

3.2. Chấn thương đường sinh dục: (rách âm hộ, âm đạo, rách tầng sinh môn, rách cổ tử cung, vỡ tử cung và máu tụ đường sinh dục).

3.2.1. Triệu chứng.

- Tử cung co hồi tốt nhưng máu vẫn chảy ra ngoài âm hộ, máu đỏ tươi chảy rỉ rả hay thành dòng liên tục.

- Khám thấy vết rách và máu tụ đường sinh dục.

3.2.2. Xử trí.

- Khâu lại tầng sinh môn nếu rách độ 1, 2.
- Nếu rách tầng sinh môn độ 3, rách âm hộ, âm đạo, cổ tử cung, vẫn tiếp tục chảy máu thì khâu cầm máu, hồi sức chống choáng.
- Khâu phục hồi các vết rách bằng chỉ tự tiêu mũi rời (ở cổ tử cung, túi cùng, âm hộ, âm đạo) và khâu nhiều lớp ở chỗ rách tầng sinh môn.
- Với vỡ tử cung: xem bài “*Chảy máu trong nửa cuối thời kỳ thai nghén và trong khi chuyển dạ*”.
- Tùy theo vị trí, kích thước và sự tiến triển của khối máu tụ để có thái độ xử trí thích hợp.

3.3. Bất thường về bong rau và sổ rau:

3.3.1. Sót nhau, sót màng:

Triệu chứng:

- Chảy máu thường xuất hiện sau khi sổ nhau.

+ Tử cung có thể co hồi kém.

+ Ra máu rỉ rả, lượng máu ra có thể ít hoặc nhiều, máu đỏ tươi lẫn máu cục.

Có thể phát hiện sớm sót nhau bằng cách kiểm tra nhau và màng nhau.

Nếu phát hiện muộn, không kịp thời, mất máu nhiều có dấu hiệu choáng.

Xử trí:

- Truyền dịch tĩnh mạch ngay.

- Cho thuốc giảm đau (morphin 10 mg x 1 ống tiêm bắp) và tiến hành kiểm soát tử cung.

- Tiêm bắp 05 - 10 đv oxytocin hoặc/và ergometrin 0,2 mg.

- Dùng kháng sinh toàn thân.

- Theo dõi mạch, huyết áp, chảy máu và co hồi tử cung.

- Nếu có choáng phải hồi sức.

- + Hồi sức truyền máu nếu thiếu máu cấp.

- + Tiếp tục theo dõi mạch, huyết áp, chảy máu và co hồi tử cung.

- + Nếu còn ra máu cho thêm thuốc oxytocin tiêm bắp hoặc truyền tĩnh mạch.

- + Kiểm soát tử cung lại nếu cần.

3.3.2 Nhau không bong.***Triệu chứng:***

- Nhau không bong trong vòng 30 phút sau khi sổ thai hoặc dùng biện pháp xử trí tích cực giai đoạn 03 của chuyển dạ không kết quả.

- Nhau bám chặt và không chảy máu.

- Nhau cài răng lược bán phần thì sau khi thai đã sổ 30 phút Nhau không bong hoàn toàn, chảy máu nhiều hay ít tùy theo diện nhau bong rộng hay hẹp.

- Nhau cài răng lược toàn phần: ít gặp, không chảy máu.

Chú ý: Thường được phát hiện trong quá trình bóc nhau nhân tạo.

Xử trí:

- Nếu chảy máu, tiến hành bóc nhau và kiểm soát tử cung, tiêm bắp oxytocin 10 đv, xoa bóp tử cung, hồi sức chống choáng, cho kháng sinh.

- Nhau cài răng lược bán phần chảy máu hoặc nhau cài răng lược toàn phần phải cắt tử cung.

- Nếu chảy máu nhiều cần phải hồi sức chống choáng, truyền máu và phẫu thuật.

- Duy trì gò tử cung theo nguyên tắc chung

3.4. Rối loạn đông máu.

Có thể tiên phát do các bệnh về máu nhưng thường là thứ phát do chảy máu nhiều, mất sinh sợi huyết (đông máu nội quản rải rác). Đông máu nội quản rải rác có thể kết hợp với tiền sản giật nặng, thai chết trong tử cung và rau bong non thể ẩn. Tất cả các tình trạng bệnh lý này có thể dẫn đến tiêu sinh sợi huyết

Xử trí:

Điều trị nội khoa bằng máu tươi là chính và điều trị nguyên nhân.

Nếu tình trạng nặng tuyến tĩnh chuyển tuyến trung ương hoặc mời tuyến trên đến hỗ trợ.

4. Dự phòng.

- Đảm bảo công tác quản lý thai nghén tốt, phát hiện sớm các nguy cơ cao để chuyển lên để ở tuyến trên.

- Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ.

- Không để xảy ra chuyển dạ kéo dài.

- Đỡ đẻ đúng kỹ thuật, nhẹ nhàng để tránh gây chấn thương đường sinh dục. Khi có tổn thương đường sinh dục cần phát hiện sớm và xử trí kịp thời.
- Theo dõi sát sản phụ 6 giờ đầu sau đẻ, đặc biệt là trong 2 giờ đầu để phát hiện sớm các trường hợp chảy máu.

CHOÁNG SẢN KHOA

Trong thực hành lâm sàng, choáng sản khoa là một tình trạng cấp cứu có thể ảnh hưởng đến tính mạng của sản phụ cần được phát hiện sớm và xử trí kịp thời.

1. Định nghĩa.

Choáng là một tình trạng suy sụp tuần hoàn do nhiều nguyên nhân khác nhau, làm giảm hoặc ngừng cung cấp máu, oxygen đến nuôi dưỡng các cơ quan đặc biệt là các cơ quan quan trọng như tim, phổi, não. Đây là tình trạng nguy hiểm đòi hỏi nhân viên y tế phải có thái độ xử trí kịp thời và tích cực mới có khả năng cứu sống người bệnh.

Trong sản khoa choáng thường gặp là choáng do mất máu (băng huyết sau đẻ, sảy thai...) hoặc do nhiễm khuẩn (nhiễm khuẩn hậu sản, phá thai nhiễm khuẩn...).

2. Biểu hiện lâm sàng.

- Mạch nhanh nhỏ (mạch thường nhanh > 110 lần/phút), có khi không đều, mạch ngoại biên không bắt được.
- Huyết áp tụt $< 90/60$ mmHg.
- Da xanh tái (quanh môi, mi mắt và lòng bàn tay).

- Vã mồ hôi.
- Tay chân lạnh do co mạch ngoại vi.
- Nhịp thở nhanh nông (nhịp thở thường trên 30 lần/phút).
- Lơ mơ, vật vã hoặc hôn mê.
- Thiếu niệu hoặc vô niệu.
- Tùy từng nguyên nhân gây choáng mà có biểu hiện lâm sàng khác nhau.

3. Xử trí.

3.1 Xử trí ban đầu.

Đứng trước một trường hợp choáng, xử trí tích cực ban đầu là rất quan trọng nhằm cứu người bệnh qua cơn nguy kịch.

- Kêu gọi mọi người đến giúp đỡ, cùng cấp cứu người bệnh.
- Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn: mạch huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ.
- Đảm bảo thông thoáng đường thở bằng cách cho người bệnh nằm tư thế đầu ngửa thấp (hoặc quay về một bên nếu như người bệnh nôn).
- Hút đờm rãi nếu người bệnh tiết nhiều đờm rãi và cho người bệnh thở oxygen qua mũi với tốc độ 06 - 08 lít/phút.
- Bù khối lượng tuần hoàn bằng truyền tĩnh mạch tốc độ nhanh các dung dịch đẳng trương (Ringer lactat), không nên dùng các dung dịch đường để bồi phụ lại khối lượng tuần hoàn. Trong trường hợp nguy **cấp cần lập nhiều đường truyền cùng một lúc**. Tốc độ truyền có thể tới 1 lít dịch trong 15 - 20 phút, trong giờ đầu tiên phải truyền được 02 lít dịch. Cố gắng bồi phụ dịch với tốc độ nhanh nếu như choáng do chảy máu và khối lượng dịch bù vào gấp 02 - 03 lần khối lượng máu đã mất.
- Trong trường hợp mất máu (do băng huyết) cần phải truyền máu cho người bệnh. Việc quyết định truyền máu hay không chủ yếu dựa vào lâm sàng và xét nghiệm công thức máu(Hb). Nên tiến hành thử máu tại giường bệnh.

- Kiểm tra thường xuyên các dấu hiệu sinh tồn 15 phút/lần.
- Trong trường hợp băng huyết phải bằng mọi cách cầm máu ngay lập tức.
- Xét nghiệm công thức máu, chức năng gan thận, tình trạng đông máu...
- Trong trường hợp choáng do nhiễm khuẩn cần cấy máu, cấy sản dịch tìm nguyên nhân gây bệnh sau đó dùng ngay kháng sinh phổ rộng và kết hợp kháng sinh, khi đã có kháng sinh đồ thì dùng thuốc theo kháng sinh đồ.

3.2. Xác định và xử trí nguyên nhân gây choáng.

Sau khi điều trị ban đầu người bệnh đã ổn định thì tiến hành xác định nguyên nhân gây choáng.

3.2.1. Choáng do mất máu.

Xác định nguyên nhân chảy máu và xử trí cầm máu ngay lập tức: có thể chảy máu do sảy thai, sảy thai trứng hoặc do thai ngoài tử cung vỡ. Cũng có thể chảy máu trong những tháng cuối thời kỳ thai nghén hay trong chuyển dạ như nhau tiền đạo, nhau bong non, vỡ tử cung, sang chấn đường sinh dục sau đẻ hay đỡ tử cung gây băng huyết. Trong các trường hợp này phải nhanh chóng hoặc bằng thuốc hoặc bằng thủ thuật hay phẫu thuật để cầm máu.

- Truyền máu càng sớm càng tốt bù đắp lại khối lượng tuần hoàn đã mất.
- Bồi phụ đủ thể tích máu đã mất bằng truyền máu (nếu có điều kiện) hoặc dịch thay thế như Ringer lactat, huyết thanh mặn 0,9%.
- Cho thở oxygen.
- Trợ tim mạch: dopamin truyền tĩnh mạch (ống 50 mg, liều khởi đầu là < 05 mcg/kg/phút, tăng dần liều lượng có thể tới 20 mcg/kg/phút).
- Chống rối loạn đông máu bằng tiêm fibrinogen tĩnh mạch (lọ 01 - 03 g).

- Điều trị nguyên nhân gây chảy máu.
- Nếu tình trạng nặng chuyển tuyến trên hoặc mời tuyến trên hỗ trợ.

3.2.2. Choáng do nhiễm khuẩn và nhiễm độc.

Triệu chứng.

Mệt mỏi, lơ mơ, chân tay lạnh, vật vã.

Sốt cao, rét run.

Mạch nhanh nhỏ, huyết áp hạ, kẹt hoặc dao động.

Thở nhanh, sâu.

Da xanh, vàng. Có những mảng hay nốt xuất huyết ở da.

Nước tiểu ít.

Xử trí:

- Thở oxygen, truyền dịch.
- Trợ tim.
- Kháng sinh liều cao phối hợp và theo kháng sinh đồ.
- Corticoid.
- Xử trí nguyên nhân nhiễm khuẩn: dẫn lưu ổ mủ, loại bỏ ổ nhiễm khuẩn (cắt tử cung).
- Nếu tình trạng nặng chuyển tuyến trên hoặc mời tuyến trên hỗ trợ.

3.3. Đánh giá lại.

Sau khi đã điều trị tích cực trong vòng khoảng 30 phút cần đánh giá lại xem người bệnh có đáp ứng với điều trị không, các dấu hiệu cần đánh giá là:

- Mạch huyết áp có ổn định không (mạch dần chậm lại, huyết áp tăng lên).
- Tình trạng tri giác của người bệnh cải thiện lên (người bệnh tỉnh táo lại hoặc bớt lú lẫn).

- Lượng nước tiểu cải thiện (lượng nước tiểu > 30 ml/giờ). Theo dõi lượng dịch vào và dịch ra.

- Nếu tình trạng người bệnh cải thiện thì tiếp tục điều trị duy trì, nâng huyết áp và cân bằng lượng nước vào và ra, đồng thời điều trị nguyên nhân gây choáng.

- Nếu tình trạng người bệnh không cải thiện thì phải tiếp tục điều trị tích cực, tiếp tục truyền dịch.

- Tiếp tục theo dõi truyền dịch.

- Làm các xét nghiệm cần thiết để tiên lượng và chẩn đoán nguyên nhân.

- Tùy theo nguyên nhân mà lúc đó sẽ tiến hành xử trí theo nguyên nhân, ví dụ choáng do nhiễm khuẩn hậu sản thì phải phẫu thuật để cắt tử cung. Choáng do chảy máu phải phẫu thuật để thắt động mạch tử cung, hạ vị hoặc cắt tử cung tùy từng hoàn cảnh cụ thể.

TĂNG HUYẾT ÁP TRONG THAI KỲ

I. ĐẠI CƯƠNG:

Tăng huyết áp là biến chứng nội khoa thường gặp nhất ở phụ nữ mang thai, chiếm khoảng 10% tổng số thai kỳ, là một trong ba nguyên nhân quan trọng gây tử vong mẹ trên toàn thế giới.

II. PHÂN LOẠI: (theo ACOG 2014) Gồm 4 nhóm:

1. Tiền sản giật - Sản giật:

Tiêu chuẩn chẩn đoán TSG	
---------------------------------	--

Huyết áp	- HA tâm thu ≥ 140 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 90 mmHg trong hai lần đo ít nhất cách 4 giờ, ở thai sau 20 tuần tuổi trên phụ nữ có huyết áp bình thường trước đó - HA tâm thu ≥ 160 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 110 mmHg, tăng huyết áp có thể được xác nhận trong một khoảng thời gian ngắn (15 phút) để tạo điều kiện trị hạ áp kịp thời.
Và	
Protein niệu	+ ≥ 300 mg/24 giờ hoặc + Tỷ lệ Protein/creatinin $\geq 0,3$ (mg/dL mỗi giá trị) + Dipstick 1+ (chỉ được sử dụng nếu phương pháp định lượng khác không có sẵn)
Hoặc trong trường hợp Protein niệu âm tính, THA mới khởi phát kèm theo với bất kỳ dấu hiệu nào mới khởi phát sau đây:	
Giảm tiểu cầu	$< 100.000/\text{mm}$
Suy thận	- Nồng độ creatinin/huyết thanh $> 1,1$ mg/dL hoặc tăng gấp đôi nồng độ creatinin huyết thanh trong hợp không có bệnh thận khác
Suy chức năng gan	Men gan tăng ≥ 2 lần giá trị bình thường
Phù phổi	
Triệu chứng não hoặc thị giác	

TIÊU CHUẨN TIỀN SẢN GIẬT NẶNG (bất kỳ dấu hiệu nào)

- Tăng HA trầm trọng: HA tâm thu $\geq 160\text{mmHg}$ hoặc HA tâm trương $\geq 110\text{mmHg}$ qua 02 lần đo cách nhau 04 giờ có nghỉ ngơi tại giường (ngoại trừ đã sử dụng thuốc hạ áp trước đó).

- Tiểu cầu $< 100.000/\text{mm}$

- Suy chức năng gan: men gan tăng gấp đôi bình thường. Đau hạ sườn phải hoặc thượng vị kéo dài không đáp ứng với thuốc và không cần chẩn đoán thay thế, hoặc cả hai.

- Suy thận tiến triển (nồng độ creatinin/ huyết thanh $> 1,1 \text{ mg/dL}$ hoặc tăng gấp đôi nồng độ creatinin/huyết thanh trong trường hợp không có bệnh thận khác).

- Phù phổi

- Rối loạn não hay thị giác (triệu chứng thần kinh trung ương): rối loạn thị giác (triệu chứng thần kinh trung ương): rối loạn thị giác (hoa mắt, ám điểm, mù võ não, co thắt mạch máu võng mạc); nhức đầu nhiều, nhức đầu dai dẳng, tăng lên, không đáp ứng thuốc giảm đau; thay đổi tri giác.

*** Sản giật:**

Đây là biến chứng nặng. Con co giật có thể xảy ra trước sinh, trong khi chuyển dạ, hoặc sau sinh 48 – 72 giờ.

*** Hội chứng HELLP:**

Xảy ra trước hoặc sau sinh.

Lâm sàng: đau vùng thượng vị hoặc hạ sườn phải, nhìn mờ, nhức đầu, vàng da, nôn, buồn nôn.

Cận lâm sàng: dấu hiệu tán huyết (LDH tăng, Billirubin GT tăng), tăng men gan và giảm tiểu cầu.

15-20% hội chứng này không tăng huyết áp, không có protein niệu.

2. Tăng HA mạn: HA tâm thu $\geq 140 \text{ mmHg}$ và/hoặc HA tâm trương $\geq 90 \text{ mmHg}$ trước khi có thai, hoặc xảy ra trước tuần lễ 20 của thai kỳ và kéo dài sau 12 tuần hậu sản.

3. TSG trên nền tăng HA mạn:

Người bệnh có tăng HA trước tuần lễ 20, protein niệu (+) trước hoặc sau tuần lễ 20, cần phải tăng liều thuốc điều trị HA, tăng men

gan đột ngột, giảm tiểu cầu, đau $\frac{1}{4}$ trên phải, sung huyết phổi hoặc phù phổi, giảm chức năng thận hoặc đột ngột tăng tiểu đạm.

4. Tăng HA trong thai kỳ:

Tăng HA sau tuần lễ 20, protein niệu (-), không có các dấu hiệu kể trên.

III. CẬN LÂM SÀNG:

Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi

Acid uric, Bilirubin (toàn phần, gián tiếp, trực tiếp)

AST, ALT, chức năng thận, Ion đồ, ECG

Đường huyết, đạm huyết, protein niệu 24 giờ

Đông máu toàn bộ

Soi đáy mắt (nếu có thể)

(Theo *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của BHYT 2016- BV Từ Dũ*)

IV. XỬ TRÍ:

Theo dõi sát HA cho đến 72 giờ sau sinh cho tất cả trường hợp tăng HA trong thai kỳ và theo dõi HA 07 – 10 ngày sau sinh tại địa phương.

*** TSG không dấu hiệu nặng:**

- Có thể theo dõi, điều trị ngoại trú.
- Nhập viện, CDTK khi:
 - Thai ≥ 37 tuần, hoặc
 - Nghi ngờ nhau bong non, hoặc
 - Thai ≥ 34 tuần và có bất kỳ triệu chứng sau:
 - Chuyển dạ hoặc vỡ ối.
 - Sâ ước lượng trọng lượng thai nhỏ hơn bách phân vị thứ 05.
 - Thiếu ối AFI < 05 cm ở 02 lần siêu âm liên tiếp cách nhau 24 giờ.
- Nếu chưa có chỉ định CDTK, có thể theo dõi ngoại trú hoặc nội trú:

Thai:

- Đếm cử động thai.
- SÂ Doppler; xác định có thai chậm tăng trưởng 02 tuần/lần và đánh giá lượng ối 01 tuần/lần.
- NST: 01 lần/tuần nếu tăng HA thai kỳ, 02 lần/tuần nếu TSG.

Mẹ:

- T/d HA 2 lần/tuần,
- Đạm niệu mỗi lần khám thai.
- XN: tiểu cầu, chức năng gan - thận mỗi tuần.
- Chế độ ăn hợp lý (nhiều đạm, rau xanh, trái cây).
- Tư vấn các dấu hiệu trở nặng: nhức đầu nhiều, nhìn mờ, đau thượng vị, thở nhanh.

*** TSG nặng:**

Chấm dứt thai kỳ khi TSG nặng xuất hiện sớm trước 25 tuần hoặc bất kỳ tuổi thai nào khi có:

- Phù phổi.
- Suy thận.
- Nhau bong non.
- Giảm tiểu cầu nặng.
- Đông máu nội mạch lan toả.
- Các triệu chứng não dai dẳng.
- NST không đáp ứng (02 lần liên tiếp cách 04 – 06 giờ ở tuổi thai 28 – 32 tuần).
- SÂ Doppler ĐM rốn: mất hoặc đảo ngược sóng tâm trương.
- Thai lưu.

Điều trị mong đợi: Thai < 34 tuần với tình trạng bà mẹ và thai nhi ổn định, tiếp tục theo dõi thai được tiến hành tại các cơ sở có nguồn lực chăm sóc đặc biệt cho bà mẹ và trẻ sơ sinh đầy đủ,

Tiền thuốc hỗ trợ phổi thai nhi khi thai ≤ 34 tuần. Tuy nhiên không chờ đợi đủ thời gian hỗ trợ phổi mà phải chấm dứt thai kỳ ngay khi có bất kỳ dấu hiệu sau:

- Tăng HA không kiểm soát được
- Sản giật.
- Phù phổi.
- Nhau bong non.
- Đông máu nội mạch lan tỏa.
- NST không đáp ứng.
- Thai lưu.

Nếu tình trạng mẹ - thai ổn định, trong vòng 48 giờ sẽ chấm dứt thai kỳ khi có bất kỳ dấu hiệu sau:

- Võ ới.
- Chuyển dạ.
- Tiểu cầu $< 1000.0000/\text{mm}^3$.
- Men gan tăng kéo dài (≥ 2 lần giá trị bình thường).
- Thai trầm tăng trưởng (ước lượng cân nặng nhỏ hơn bách phân vị thứ 5).
- Thiểu ới (AFI < 5 cm) (siêu âm 2 lần cách nhau 24 giờ).
- Bắt đầu suy thận hoặc nặng thêm tình trạng suy thận.

Một số lưu ý:

- Quyết định chấm dứt thai kỳ không dựa vào yếu tố đạm niệu.
- Chỉ định dùng thuốc hạ áp khi HA tâm thu ≥ 150 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 100 mmHg.

Theo dõi:

Mẹ:

- Sinh hiệu mỗi giờ/lần.
- Bilan dịch vào và ra mỗi 8 giờ/lần.
- Dấu hiệu chuyển dạ.

- Xét nghiệm bilan tiền sản giật mỗi 1 – 2 ngày.

Thai:

- Đếm cử động thai, NST mỗi ngày.
- Theo dõi biểu đồ cân nặng thai và Doppler ĐM rốn mỗi tuần.
- Phương pháp chấm dứt thai kỳ: tùy tuổi thai, ngôi thai, cổ tử cung, tình trạng mẹ - thai.

Sản giật:

Magnesium sulfate: liều tấn công 3 – 4,5g tiêm TM, sau đó duy trì truyền TM 1 – 2 g/giờ ít nhất trong 24 giờ sau sinh.

Chấm dứt thai kỳ khi tình trạng nội khoa ổn định, không chờ đợi đủ thời gian tác dụng của thuốc hỗ trợ phổi thai nhi.

Hội chứng HELP:

Chấm dứt thai kỳ ngay khi có chẩn đoán xác định là hội chứng HELP đối với thai ≥ 34 tuần, hoặc thai < 34 tuần có dấu hiệu nặng lên: đông máu nội mạch lan toả, nhồi máu hay xuất huyết trong gan, phù phổi, suy thận, nhau bong non, NST không đáp ứng. Không chờ đợi đủ thời gian tác dụng của thuốc corticoid hỗ trợ phổi thai nhi.

Thai < 34 tuần, tình trạng mẹ - thai ổn định, có thể theo dõi 24 – 48 giờ để chờ đợi đủ thời gian sử dụng corticoid hỗ trợ phổi.

V. THUỐC ĐIỀU TRỊ:

1. Magnesium sulfate

- Dự phòng và chống co giật trong TSG nặng, HC HELP, sản giật

- Magnesium sulfate có thể tiêm tĩnh mạch, tiêm bắp hoặc truyền tĩnh mạch liên tục.

- Liều tấn công: 03 – 4,5g Magnesium sulfate 15%/50 ml dung dịch tiêm tĩnh mạch từ 15 – 20 phút (tùy thuộc cân nặng của thai phụ, tiền căn sử dụng Magnesium sulfate).

- Duy trì 01-02 g/giờ truyền TM. Pha 06 g Magnesium sulfate 15% vào chai Glucose 5% 500 ml truyền TM XXX giọt/phút.

- Tiêm bắp gián đoạn: tiêm bắp sau mỗi giờ 01g hoặc mỗi 04 giờ 05 g, thêm Lidocain 2% để giảm đau.

- Bơm tiêm điện: pha 06 g Magnesium sulfate 15% + 02 ml nước cất pha tiêm, bơm tiêm điện 07 ml/giờ.

Theo dõi:

- các dấu hiệu: phản xạ gân xương (có), nhịp thở (>16 lần/phút), lượng nước tiểu (>100ml/4giờ).

- Đo nồng độ Magnesium huyết thanh khi cần thiết và điều chỉnh liều duy trì để giữ được nồng độ Magnesium 4 – 7 mEq/L (4,8 – 8,4mg/dL, 2 – 3,5 mmol/ l).

- Magnesium sulfate dùng trước, trong và duy trì tối thiểu 24 giờ sau sinh.

- Nguy cơ: BHSS, giảm dao động nội tại tim thai.

Ngộ độc Magnesium sulfate:

Liên quan nồng độ Magnesium/huyết thanh

+ 9,6 – 12mg/dl (4,0 - 5,0 mmol/l):	mất phản xạ gân xương
+ 12 – 18 mg/dl (5,0 – 7,5 mmol/l):	liệt cơ hô hấp
+ 24 – 30 mg/dl (10 – 12,5mmol/l):	ngưng tim

Xử trí ngộ độc Magnesium sulfate:

Ngừng Magnesium sulfate

Thuốc đối kháng: Calcium Gluconate 10% 10ml, tiêm TM 01g trong 01 phút

Đặt nội khí quản và thông khí để cứu sống bệnh nhân nếu có suy hô hấp, ngừng thở

2. Thuốc hạ áp:

*** *Chỉ định:***

Khi HA tâm thu $\geq 150\text{mmHg}$ hay HA tâm trương $\geq 100\text{mmHg}$

*** *HA đạt sau điều trị:***

- HA trung bình sau 02 giờ không giảm quá 25% so với huyết áp ban đầu.

- HA tâm thu ở mức 130 – 150 mmHg

- HA tâm trương ở mức 80 – 100mmHg

*** *Chống chỉ định trong thai kỳ:***

- Nitroprusside

- Thuốc ức chế men chuyển

*** Các loại hạ áp thường dùng trong thai kỳ:**

- Labetalol

- Hydralazine

- Ức chế calcium như: Nifedipine, Nicardipine

- Methyldopa

a) Labetalol:

+ Tấn công: bắt đầu 10-20mg TM, sau đó TM 20-80mg mỗi 20-30 phút, tổng liều tấn công để hạ áp là < 300mg

+ Duy trì: (khi HA ổn định) Labetalol uống 100-200mg x 2-3 lần/ ngày, liều tối đa 1200mg/24 giờ

+ CCĐ: suyễn, bệnh tim, suy tim sung huyết

b) Hydralazine

+ Tiêm TM 05mg Hydralazine/01-02 phút, sau đó 05-10mg mỗi 20 - 40 phút hoặc truyền TM 0,5 - 10mg/ giờ

+ Nếu tổng liều 30mg không kiểm soát được HA, nên chuyển thuốc khác

+ HA sẽ hạ sau 10 - 30 phút và kéo dài 02 - 04 giờ

+ Hydralazine được chứng minh có hiệu quả trong phòng ngừa xuất huyết não

c) Nicardipine:

+ Ống 10mg/10ml pha với 40ml nước cất hoặc Glucose 5%

+ Tấn công: 0,5 – 1mg (2,5-5ml) tiêm TMC

+ Duy trì bơm tiêm điện 01 - 03mg/giờ (05 - 15ml/ giờ), nếu không đáp ứng sau 15 phút tăng 2,5mg/giờ tối đa 15mg/giờ

d) Nifedipine:

+ Tần công: uống 10-20mg, lặp lại sau 30 phút nếu cần, sau đó 10-20mg mỗi 6-8 giờ

+ Duy trì: uống 30 – 120mg/ ngày, viên tác dụng kéo dài

+ Tác dụng phụ: nhịp tim nhanh, nhức đầu

e) Methyldopa:

+ Methyldopa 250mg, uống 1-2 viên/ lần x 2-3 lần/ngày, liều tối đa 3g/ngày

f) Thuốc lợi tiểu:

+ Chỉ dùng khi có triệu chứng dọa phù phổi cấp và phù phổi cấp

+ Furosemide 1 ống 20mg x8 ống TMC

+ Không dùng dung dịch ưu trương

VI. TIÊN LƯỢNG LÂU DÀI:

- Theo dõi HA 12 tuần sau sinh, tư vấn nguy cơ tiền sản giật cho các lần có thai sau, cảnh báo nguy cơ bệnh tim mạch trong tương lai

- Tăng HA tồn tại càng lâu sau sinh, nguy cơ tăng HA mạn càng cao

VII. PHÒNG NGỪA:

- TSG sớm và phải CDTK trước 34 tuần, hoặc TSG nhiều thai kỳ
→ uống Acid acetylsalicylic (Aspirin) liều thấp < 81 mg/ngày từ cuối tam cá nguyệt đầu.

- Canxi làm giảm mức độ nặng của TSG

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bài giảng sản phụ khoa (2007) tập 1. NXB Y học TP.HCM, TRANG 462-479

2. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ CSSKSS năm 2016

3. Phác đồ điều trị sản phụ khoa bệnh viện Từ Dũ năm 2015

4. Hypertension in pregnancy. The Americal College of Obstetricians and Gynecologists, 2013

SINH ĐÔI

1. Chẩn đoán.

- Tử cung to hơn so với tuổi thai.
- Nhìn thấy 03 hoặc nhiều hơn 03 cực (01 hoặc 02 đầu, 01 hoặc 02 mông).
- Nghe thấy 02 ổ tim thai ở 02 vị trí khác nhau (cách nhau 10cm) với tần số khác nhau.
- Thăm âm đạo có thể xác định được ngôi thể của thai thứ nhất.
- Có thể dựa vào siêu âm để xác định chắc chắn.
- Chẩn đoán phân biệt với: thai to, đa ối, có thai và khối u trong ổ bụng.

2. Xử trí.

- Phần lớn thai đôi có thể đẻ đường dưới được vì trọng lượng thường không to.
- Nên gây tê ngoài màng cứng nếu có điều kiện để sẵn sàng giảm đau khi phải nội xoay thai thứ hai.
- Nếu thai thứ nhất là ngôi mông thì nên phẫu thuật lấy thai.
- Đỡ đẻ thai thứ nhất giống như đỡ đẻ cho một thai.
- Nguy cơ có thể xảy ra cho thai thứ hai sau khi đẻ thai thứ nhất: tử cung co lại làm rau bong và có thể gặp ngôi bất thường.
- Ngay sau khi đẻ thai thứ nhất cần kiểm tra ngôi của thai thứ hai: nếu là ngôi đầu thì bấm ối cố định ngôi. Nếu là ngôi vai thì nội xoay thai và đại kéo thai.
- Có thể dùng oxytocin truyền tĩnh mạch 5đv trong 500 ml dung dịch glucose 5 % nếu cơn co tử cung yếu hoặc sau khi thai thứ nhất sổ 15 phút không có cơn co tử cung (chỉ dùng sau khi đã xác định thai thứ hai là ngôi chỏm hoặc ngôi mông).

- Chú ý đề phòng chảy máu vì sau đẻ dễ bị đờ tử cung.
- Nội xoay thai thứ hai: xem bài “*Xoay thai trong*”

XỬ TRÍ THAI THỨ HAI TRONG SINH ĐÔI

Trong thai sinh đôi sau khi thai thứ nhất sổ, thường có biến cố xảy ra với thai thứ hai. Có thể làm thai thứ hai quay trong tử cung, con co tử cung lại thừa, mẹ lại mệt mỏi vì đã gắng sức đẻ thai thứ nhất. Vì thế, cần phải biết xử lý để bảo đảm an toàn cho mẹ và cho thai.

1. Chuẩn bị.

Cán bộ chuyên khoa: người đỡ đẻ xong thai thứ nhất thì giao sơ sinh cho người phụ đẻ chuẩn bị đỡ cho thai thứ hai.

Phương tiện.

- Hai hộp đỡ đẻ.
- Hai bộ dụng cụ hồi sức sơ sinh.
- Đủ khăn và găng vô khuẩn.
- Thuốc co hồi tử cung: oxytocin, ergometrin...

2. Các bước tiến hành.

• Đỡ thai thứ nhất như bình thường cặp chặt dây rốn ở cả 2 đầu phía con và phía mẹ, giao trẻ cho người phụ chăm sóc.

• Cho tay vào âm đạo kiểm tra ngay ngôi, thế, kiểu thế của thai thứ hai. Nếu ngôi đầu thì chờ đợi có con co tử cung rồi bấm ối và đỡ đẻ như thường lệ.

• Ngôi bất thường (ngôi vai, ngôi trán, thai nhỏ) 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.

• Tiêm bắp 10 đv oxytocin rồi xử trí tích cực giai đoạn 3 để lấy rau, nếu chảy máu bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung ngay.

- Kiểm tra bánh nhau để biết xem có sót nhau không và để xác định sinh đôi một noãn hay hai noãn.

3. Theo dõi và xử trí tai biến.

3.1. Theo dõi.

Ngay sau khi đẻ thai thứ nhất đề phòng thai thứ hai là ngôi bất thường.

Chảy máu sau đẻ do dờ tử cung.

3.2. Xử trí.

Nếu buồng ối thứ hai bị vỡ đột ngột, thai trở thành ngôi vai, tử cung bóp chặt vào thai: phải phẫu thuật lấy thai.

Sau đẻ bị dờ tử cung chảy máu: phẫu thuật cắt tử cung cấp cứu nếu các phương pháp cầm máu thông thường không kết quả.

Nếu nghi ngờ sót nhau: phải kiểm soát tử cung ngay.

NGÔI BẤT THƯỜNG

1. Ngôi mặt.

- Là ngôi đầu ngửa tối đa, mặt thai nhi trình diện trước eo trên.
- Ngôi mặt được chẩn đoán xác định trong quá trình theo dõi cuộc chuyển dạ đẻ bằng thăm âm đạo.

1.1. Chẩn đoán.

- Ngôi đầu, nắn ngoài, có dấu hiệu nhất riu nếu là kiểu cằm sau, nếu là kiểu cằm trước sờ thấy cằm có hình móng ngựa. Không bao giờ thấy thóp sau hoặc thóp trước khi thăm trong.

- Chẩn đoán xác định bằng thăm âm đạo, tìm được mốc của ngôi là **mỏm cằm**, việc chẩn đoán xác định sẽ dễ hơn khi cổ tử cung đã mở, nhưng phải cẩn thận khi thăm khám để không làm vỡ ối.

- Cần chẩn đoán phân biệt với ngôi trán, ngôi mông.

1.2. Xử trí.

- Cuộc đẻ ngôi mặt diễn ra lâu và khó khăn hơn đẻ ngôi chỏm.
- Chỉ có ngôi mặt cằm trước có thể đẻ đường âm đạo. Nếu đẻ đường âm đạo có thể có hỗ trợ bằng forceps, tuyệt đối không được dùng giác kéo
- Ngôi mặt cằm sau tự quay được về cằm trước cũng có thể đẻ đường âm đạo.
- Phẫu thuật lấy thai cho những trường hợp ngôi mặt cằm sau hoặc cằm trước có kết hợp thêm các yếu tố đẻ khó khác.

2. Ngôi trán và ngôi thóp trước.

Là ngôi trung gian giữa ngôi mặt và chỏm, đầu không cúi hẳn mà cũng không ngửa hẳn, trán hoặc thóp trước của thai trình diện trước eo trên.

2.1. Chẩn đoán.

- Lúc bắt đầu chuyển dạ là một ngôi đầu cao lỏng.
- Chẩn đoán xác định dựa vào việc thăm âm đạo khi cổ tử cung mở được từ 03 cm trở lên, ối đã vỡ và ngôi đã cố định chặt.
- Sờ thấy góc mũi, 02 hố mắt, trán và thóp trước (ngôi trán) hoặc thấy thóp trước ở chính giữa tiểu khung (ngôi thóp trước).
- Không bao giờ sờ thấy thóp sau và mỏm cằm.
- Cần chẩn đoán phân biệt với ngôi mặt và ngôi chỏm.

2.2. Xử trí.

Theo dõi sát các cuộc chuyển dạ để phát hiện sớm, nếu nghi ngờ ngôi trán hoặc thóp trước cần tư vấn và phẫu thuật lấy thai khi có chẩn đoán xác định.

3. Ngôi mông.

- Là một loại ngôi dọc, đầu thai nằm ở phía đáy tử cung, mông trình diện trước eo trên.

- Là một ngôi dễ khó do đầu là phần quan trọng nhất to nhất và rắn nhất lại dễ ra sau cùng, nguy cơ mắc đầu hậu có thể làm cho thai chết hoặc sang chấn do lấy đầu hậu khó khăn.

3.1. Chẩn đoán.

- Ngôi dọc, đầu ở đáy tử cung.
- Thăm âm đạo sờ thấy xương cùng, lỗ hậu môn và hai mông thai nhi, một hoặc hai bàn chân cùng với mông.
- Chẩn đoán phân biệt với: ngôi mặt, ngôi vai, ngôi đầu sa chi.

3.2. Xử trí.

Cần xem xét các yếu tố để tiên lượng cho cuộc đẻ ngôi mông (xem bài “*Các yếu tố tiên lượng cuộc đẻ*”).

Phẫu thuật lấy thai cho những ngôi mông khi có kết hợp với bất kỳ một yếu tố nguy cơ nào.

Đỡ đẻ đường dưới khi có những điều kiện thuận lợi.

4. Ngôi vai.

Trong ngôi vai thai không nằm theo trục của tử cung mà nằm ngang hoặc chéo, trục của thai không trùng với trục của tử cung.

Mốc của ngôi là móm vai, ngôi vai không có cơ chế đẻ nên hầu hết các trường hợp đều phải phẫu thuật lấy thai. Chỉ làm nội xoay thai cho thai thứ 2 trong song thai.

4.1. Chẩn đoán.

Tử cung bè ngang, sờ thấy đầu ở mạng sườn hoặc hố chậu, chiều cao tử cung thấp hơn so với tuổi thai, thăm âm đạo thấy tiểu khung rộng, ối rất phong. Khi có chuyển dạ nếu ối vỡ, cổ tử cung mở có thể sờ thấy móm vai hoặc tay thai nhi ở trong âm đạo.

Có thể dùng siêu âm để chẩn đoán.

Chẩn đoán phân biệt với ngôi mông.

4.2. Xử trí.

Phẫu thuật lấy thai khi có chuyển dạ đẻ.

Nội xoay thai cho thai thứ hai ngôi vai trong trường hợp sinh đôi, đủ điều kiện nội xoay.

ĐẠO ĐẼ NON VÀ ĐẼ NON

Đẻ non là khi trẻ sinh ra còn sống từ khi đủ 22 tuần đến trước khi đủ 37 tuần thai kỳ. Dựa vào tuổi thai, Đẻ non được chia nhóm như sau:

- + Cực non: tuổi thai dưới 28 tuần
- + Rất non: tuổi thai từ 28-32 tuần
- + Non trung bình: tuổi thai từ 32-dưới 37 tuần

1. Đạo đẻ non.

1.1. Các yếu tố nguy cơ đẻ non.

- Từ mẹ:
 - + Hở eo tử cung, cổ tử cung ngắn, tiền sử có khoét chóp cổ tử cung.
 - + Tình trạng viêm nhiễm: viêm nhiễm âm đạo, viêm đường tiết niệu không triệu chứng, viêm nha chu.
 - + Những bất thường tử cung: u xơ tử cung, dị dạng tử cung bẩm sinh.
 - + Có tiền sử sinh non. Yếu tố di truyền (bản thân mẹ trước đây đã bị sinh non...)
- Từ con và phần phụ:
 - + Đa thai
 - + Thai sau thụ tinh trong ống nghiệm.
 - + Nhiễm khuẩn ối, ối vỡ non.
 - + Thai chậm tăng trưởng, thai có khuyết tật.
 - + Rau tiền đạo, rau bong non.
 - + Đa ối.

1.2. Chẩn đoán.

- Tuổi thai từ hết 22 đến hết 37 tuần.
- Có cơn co tử cung gây đau (ít nhất 2 cơn trong 1 tiếng).
- Có sự biến đổi cổ tử cung.
- Có thể có ra máu hay chất nhầy màu hồng.

1.3. Xử trí:

* Nằm nghỉ tuyệt đối.

* Tư vấn.

* **Dùng corticoid:** chỉ định: 24-34 tuần. Nếu chưa sinh sau 07 ngày, nhắc lại 01 đợt nếu còn nguy cơ sinh non trong 07 ngày tới.

Liều sử dụng: Betamethasone 12mg tiêm bắp 2 lần, cách 24 giờ,

Hoặc Dexamethasone 6mg tiêm bắp 04 lần cách 12 giờ

* **Thuốc giảm co tử cung:**

- Nifedipine (thuốc ức chế calci): liều tấn công 20mg uống mỗi 04 - 08 giờ cho đến khi hết co hoặc đủ 48 giờ. Điều chỉnh liều theo tần suất và cường độ các cơn co tử cung trong 48 giờ.

- Salbutamol truyền tĩnh mạch: pha 05 mg vào 500ml dung dịch glucose 5%. truyền với tốc độ XX giọt/phút (tức 10 mcg/phút). Nếu cơn co không đỡ có thể tăng liều dần lên, tối đa có thể tới 45 giọt/phút (trên 20 mcg/phút). Không truyền salbutamol khi có chống chỉ định. Thuốc có rất nhiều tác dụng phụ cho mẹ và thai, cần cân nhắc kỹ khi sử dụng.

+ Không dùng salbutamol khi có dị ứng thuốc, bệnh tim nặng, tăng huyết áp, đái tháo đường nặng, chảy máu nhiều, nhiễm khuẩn ối.

+ Tác dụng phụ: Tăng nhịp tim, tăng đường huyết, hạ kali máu, dùng thuốc nếu nhịp tim > 120 lần/ph

+ Atosiban (Tractocile): cho liều tấn công 6,75mg, tiêm tĩnh mạch chậm trong một phút, sau đó cho liều duy trì 18mg/giờ trong 3 giờ rồi duy trì 6mg/giờ trong 45 giờ. Tổng liều tối đa là 330mg.

+ Magesi sulfat:

- Magnesi sulfat ($MgSO_4$) giúp bảo vệ thần kinh đối với bào thai, trẻ sinh non, làm giảm tần suất bại não và tử vong do bại não.

- **Chỉ định:**

- . Sử dụng $MgSO_4$ cho sản phụ có nguy cơ sinh non **trước 32 tuần** tuổi để phòng ngừa bại não.

- . Áp dụng cho cả đơn thai và đa thai.

- . Chỉ nên cho nếu dự đoán sinh trong vòng 24 giờ

- **Liều dùng:** có 3 công thức

Tiêm tĩnh mạch 4g trong 20 phút, sau đó duy trì 1g/giờ đến khi sinh hoặc đủ 24 giờ (tùy cái nào đến trước);

Tiêm tĩnh mạch 4g trong 30 phút hoặc 4g bolus tĩnh mạch nhỏ liều duy nhất;

Tiêm tĩnh mạch 06g trong 20 - 30 phút, sau đó duy trì 02g/giờ tĩnh mạch.

Cần chú ý thử phản xạ gân xương (ở đầu gối hay ở cơ nhị đầu), xem lượng nước tiểu (ít nhất là 30ml/giờ), nhịp thở (16 lần trở lên) trước khi tiêm thuốc lần sau.

+ Progesteron: uống Dydrogesterone viên 10mg x 02 viên mỗi ngày hoặc đặt âm đạo Progesterone dạng mịn, liều 200mg mỗi ngày khi không có viêm nhiễm âm đạo hoặc ra máu âm đạo.

+ Kháng sinh: **KHÔNG** sử dụng kháng sinh thường quy trong dọa sinh non nếu chưa rỉ ối và không có dấu hiệu nhiễm trùng. Chống chỉ định sử dụng thuốc giảm co tử cung:

+ Nhiễm trùng ối, nhiễm trùng huyết.

+ Chảy máu âm đạo lượng nhiều. + Rau bong non.

+ Tiền sản giật nặng, sản giật.

+ Dị ứng với thuốc giảm co tử cung.

Lưu ý: Không điều trị dọa đẻ non cho thai từ 36 tuần trở lên.

1.4. Dự phòng:

- Hướng dẫn thai phụ khám thai định kỳ theo lịch hẹn.

- Phát hiện, xử trí sớm các yếu tố nguy cơ từ mẹ:

+ Điều trị sớm tình trạng viêm nhiễm, hoặc từ trước khi mang thai nếu có thể;

+ Tìm nguyên nhân và điều trị nếu có tiền sử đẻ non;

+ Điều trị những bất thường trong tử cung: đo chiều dài cổ tử cung bằng siêu âm đường âm đạo vào thời điểm 16 tuần và 23 tuần tuổi thai, khi không có cơn co tử cung. Nếu cổ tử cung ngắn hơn 25mm: uống Dydrogesterone (Duphaston) 10mg 01 viên x 02 viên mỗi ngày đến khi thai được 36 tuần; hoặc đặt âm đạo Progesterone dạng mịn 100mg 01 viên x 02 lần mỗi ngày khi không có ra máu ra nước âm đạo và không có viêm nhiễm âm đạo. Nếu cổ tử cung ngắn hơn 20mm: khâu cổ tử cung.

+ Theo dõi các yếu tố di truyền (bản thân mẹ trước đây đã bị đẻ non...).

+ Cải thiện tình trạng dinh dưỡng, sinh hoạt, nghỉ ngơi.

+ Theo dõi, xử trí tốt chảy máu âm đạo trong thai kỳ.

- Phát hiện, theo dõi, xử trí sớm các yếu tố nguy cơ từ con, nếu được.

2. Đẻ non:

2.1.Yếu tố nguy cơ:

- Tiền căn sinh non.
- Tuổi mẹ < 17 hay > 35.
- Tình trạng kinh tế xã hội thấp.
- Suy dinh dưỡng (BMI < 18,6). Hút thuốc, uống rượu.
- Đa thai, chuyển nhiều phôi trong thụ tinh ống nghiệm.
- Tử cung dị dạng, viêm cổ tử cung
- Hở eo tử cung, chiều dài kênh cổ tử cung ngắn..

2.2. Chẩn đoán:

- Tuổi thai từ đủ 22 tuần đến trước khi đủ 37 tuần.

- Con co tử cung đều đặn, gây đau, sờ thấy được, kéo dài hơn 30 giây và xảy ra tối thiểu 4 lần mỗi 30 phút.

- Có sự thay đổi về vị trí, mật độ, chiều dài và/hoặc sự mở của cổ tử cung.

- Các dấu hiệu khác: ra nhớt hồng hoặc dịch nhầy cổ tử cung, đau thắt lưng, tràn nặng bụng.

Cận lâm sàng:

- CTG: theo dõi tim thai, cơn gò tử cung.
- Siêu âm ngã âm đạo, đo chiều dài kênh cổ tử cung (< 25 mm).
- Có thể xét nghiệm Febronectin (fFN) (theo hướng dẫn của nhà sản xuất).
- Các xét nghiệm thường qui

2.3. Xử trí.

Cần đảm bảo cho trẻ ít bị chấn thương nhất trong đẻ.

- Thông báo cho bác sĩ nhi khoa.
- Chuẩn bị phương tiện hồi sức, chăm sóc sơ sinh thiếu tháng.

THAI QUÁ NGÀY SINH

1. Chẩn đoán và đánh giá.

- Thai quá ngày sinh là thai ở trong bụng mẹ quá 294 ngày (**quá 42 tuần**) tính từ ngày đầu của kỳ kinh cuối cùng.

- Phải theo dõi sát các thai nghén từ sau 41 tuần (287 ngày) trở lên để phát hiện sớm suy thai.

- Vì bánh rau thoái hóa nên thai dễ bị suy, ngạt, tử vong do thiếu dinh dưỡng.

- Thai quá ngày sinh thường to nên dễ gây tai biến khi đẻ.

2. Xử trí.

2.1. Chẩn đoán.

- Dựa vào tuổi thai (tính từ ngày đầu của kỳ kinh cuối, có giá trị nếu chu kỳ kinh đều, 28-30 ngày).

- Dựa vào siêu âm trong 03 tháng đầu để xác định tuổi thai nếu không nhớ chính xác ngày đầu kỳ kinh cuối hoặc chu kỳ kinh không đều.

2.2. Xử trí.

- Theo dõi.

+ Theo dõi chỉ số nước ối bằng siêu âm (thiếu ối là dấu hiệu của suy tuần hoàn rau thai và thai thiếu oxy). Siêu âm cách nhau 48 giờ vì nước ối thay đổi sau mỗi 48 giờ.

+ Soi ối (nước ối lẫn phân su thường gặp ở thai quá ngày sinh).

+ Monitoring: test không đả kích (non stress test) 2-3 ngày/lần. Nếu test không đáp ứng thì phải làm test có đả kích (stress test). Nếu không có dấu hiệu suy thai thì tiến hành gây chuyển dạ (xem “Các phương pháp gây chuyển dạ”). Nếu test đả kích có biểu hiện dấu hiệu suy thai thì cần mổ lấy thai.

+ Đánh giá chỉ số Bishop để tiên lượng gây chuyển dạ thành công.

+ Gây chuyển dạ bằng bấm ối và truyền oxytocin tĩnh mạch.

- Mổ lấy thai trong các trường hợp:

+ Suy thai

+ Các trường hợp kèm theo nguyên nhân dễ khó khác (mổ lấy thai cũ, ngôi mông, mẹ lớn tuổi, điều trị vô sinh)

- Theo dõi trẻ sau đẻ:

+ Trẻ quá ngày sinh cần được chăm sóc: ủ ấm, thông đường hô hấp, cho vitamin K1 và theo dõi sự phát triển của trẻ.

SINH KHÓ DO VAI

Sinh khó do vai là sau khi đầu sổ, vai trước của thai không thể vượt qua bờ dưới xương vệ hoặc cần phải can thiệp thủ thuật để đưa vai vượt qua bờ dưới xương vệ, được chẩn đoán khi vai không thể sổ sau khi đầu đã sổ.

Trường hợp kẹt vai, cằm của thai bị đè ép vào tầng sinh môn. Đây là một cấp cứu sản khoa, thai có thể chết nếu không được sinh ra do chèn ép dây rốn.

I. THỦ THUẬT:

Các thủ thuật chính giúp cho việc sổ thai dễ hơn, thuận tiện hơn

- **Thủ thuật McRoberts**: gập đùi sản phụ tối đa vào bụng sản phụ, giúp làm mở rộng khung chậu, làm phẳng bớt móm nhô. Nếu không thành công, hỗ trợ thêm đè ép lên phần dưới bụng và kéo nhẹ nhàng đầu thai ra. Kỹ thuật này giúp thành công trong 42% trường hợp.

- **Thủ thuật Rubin I**: Đè ép trên xương vệ.

- **Thủ thuật Rubin II**: Đè ép phía sau của vai trước, giúp đưa trục vai thai theo vị trí đường kính chéo và mặt thai hướng về phía âm đạo.

- **Thủ thuật xoay Woods**: giúp đưa vai trước thành vai sau, đôi khi làm ngược với thủ thuật Rubin II.

- **Thủ thuật Jacquemier hay Barnum**: sinh sau vai trước, tìm cẳng tay và cánh tay trong âm đạo và kéo nhẹ nhàng ra khỏi âm đạo.

- **Bẻ xương đòn**: giúp giảm đường kính vai.

- **Thủ thuật Gaskin**: Xoay thai theo nhiều hướng.

II. XỬ TRÍ:

Các bước chính

- Kêu gọi sự hỗ trợ của BS sản khoa, nữ hộ sinh, BS gây mê hồi sức và BS sơ sinh.

- Cắt rộng TSM.

- Gập chân.

- Kéo nhẹ đầu thai.

- Đè ép trên xương vệ.
- Các thủ thuật trong âm đạo.
- Sở vai sau trước.
- Xoay thai theo nhiều hướng.

III. BIẾN CHỨNG:

- Tổn thương cho mẹ
- Tổn thương đường sinh dục, trực tràng.
- Gãy khớp xương vệ.
- Băng huyết sau sinh.
- Tổn thương cho con
- Liệt đám rối thần kinh cánh tay do các dây thần kinh bị kéo căng.
- Gãy xương đòn.
- Ngạt nặng.

VỖ ỒI NON - ỒI VỖ SỚM

1. KHÁI NIỆM:

- **Ồi vỡ sớm:** là ối vỡ xảy ra sau hoặc cùng lúc với chuyển dạ, trước khi cổ tử cung mở hết. Vì không có nhiều ý nghĩa trên lâm sàng nên hiện nay thuật ngữ này không còn được nhắc đến trong y văn ở nước ngoài.

- **Vỡ ối non:** là vỡ tự nhiên của màng ối và màng đệm tại bất kì thời điểm nào trước khi có chuyển dạ

2. CHẨN ĐOÁN ỒI VỖ NON:

2.1. Lâm sàng:

- Xác định tuổi thai:

Xác định tuổi thai dựa vào ngày kinh cuối cùng nếu vòng kinh đều và sản phụ nhớ ngày kinh.

Dựa vào siêu âm chẩn đoán tuần thai lúc 03 tháng đầu với sản phụ kinh nguyệt không đều hay không nhớ ngày kinh cuối cùng.

- Xác định ối vỡ, thời điểm và thời gian vỡ ối:

Hỏi kỹ tiền sử ra nước âm đạo đột ngột ra nước lượng nhiều, loãng, màu trong hoặc lợn cợn đục, thời gian ra nước.

Tiền sử viêm nhiễm đường sinh dục dưới.

Đặt băng vệ sinh theo dõi

- Đặt mỏ vịt theo dõi dịch ÂĐ, viêm nhiễm CTC-ÂĐ.

2.2. Cận lâm sàng: xác định nước ối

2.2.1. *Nghiem pháp Valsalva hoặc ho:*

Khi đặt mỏ vịt, cho sản phụ rặn hoặc ho sẽ quan sát thấy có nước ối chảy ra từ lỗ trong cổ tử cung.

2.2.2. *Nitrazine test:*

- Thực hiện khi quan sát không thấy rõ có nước ối chảy ra hay không khi thực hiện nghiệm pháp trên.

- Đặt mỏ vịt, lau sạch âm đạo, cho sản phụ rặn hoặc ho sau đó dùng tăm bông vô trùng nhúng vào dịch đọng ở túi cùng sau âm đạo rồi phết lên giấy thử Nitrazine.

- pH của dịch âm đạo có tính acid ($\text{pH} = 4,4 - 5,5$) khác với pH nước ối mang tính kiềm ($\text{pH} = 7 - 7,5$). Nếu có ối vỡ, nước ối chảy vào âm đạo sẽ làm pH của dịch âm đạo trở nên kiềm hóa và sẽ làm đổi màu giấy thử từ màu vàng sang màu xanh.

- (+) giả trong trường hợp có lẫn máu, tinh dịch, Trichomonas, dịch nhầy ở cổ tử cung, các dung dịch sát khuẩn có tính kiềm và nước tiểu.

2.2.3. *Chứng nghiệm kết tinh hình lá dương xỉ:*

- Dùng que nhỏ quét vào túi cùng sau âm đạo rồi phết lên một phiến kính, để khô rồi quan sát dưới kính hiển vi.

- Sự hiện diện của hình ảnh dương xỉ giúp chẩn đoán xác định ối vỡ non với độ nhạy khoảng 96%.

- (-) giả, (+) giả: phết dịch nhầy ở cổ ngoài hoặc có lẫn tinh dịch

2.2.4. Siêu âm:

- Chẩn đoán (+) theo dõi lượng ối thông qua chỉ số ối: thiếu ối hoặc hết ối.

- Ước lượng cân nặng, xác định ngôi thai, vị trí dây rốn và những bất thường

2.3. Chẩn đoán xác định:

Chỉ cần hỏi bệnh sử, khám lâm sàng, nghiệm pháp Valsalva, thử nghiệm Nitrazine, chứng nghiệm kết tinh lá dương xỉ thì chẩn đoán chính xác lên đến 93,1%

2.4. Chẩn đoán phân biệt:

- Són tiểu: thường thì không ra nước nhiều và cũng không rỉ rả liên tục như trong vỡ ối. Ngoài ra nước tiểu có mùi khai và có pH acid.

- Khí hư: đôi khi nhiều và loãng làm dễ nhầm với vỡ ối. Phân biệt bằng cách hỏi bệnh sử kỹ và khám lâm sàng cẩn thận.

- Chất nhầy cổ tử cung: ở giai đoạn cuối thai kỳ hoặc bắt đầu chuyển dạ, cổ tử cung hé mở sẽ tổng nút nhầy ở lỗ cổ tử cung ra ngoài: nhầy, dai và thường có lẫn ít máu hồng.

III. XỬ TRÍ:

- Theo dõi thân nhiệt.

- Đóng băng vệ sinh sạch, theo dõi lượng nước ối ra.

- Đánh giá tuổi thai để có thái độ xử trí.

- Siêu âm đánh giá tình trạng thai, nước ối, vị trí bánh rau.

- Cho kháng sinh, corticoid (Tiêm bắp Betamethasone 12mg/24 giờ x 2 ngày hoặc Dexamethasone 6mg/12 giờ x 2 ngày) và chuyển tuyến trên nếu thai non tháng (dưới 34 tuần tuổi). Nếu có cơn co thì cho thuốc giảm co trước khi chuyển

- Nếu tuổi thai 35 tuần trở lên và tiếp tục ra nước ối sau 24 giờ thì gây chuyển dạ (xem “Các phương pháp gây chuyển dạ”).

- Nếu nước ối không ra nữa, không sốt:

- siêu âm lại để xác định chỉ số nước ối là bình thường.

- Theo dõi mẹ: Nghỉ ngơi, đóng băng vệ sinh sạch. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn 4 lần/ngày, công thức máu, công thức bạch cầu, CRP. Cây dịch âm đạo 01 – 03 lần/tuần.

- Theo dõi thai: monitor sản khoa 03 lần/ngày. Siêu âm đánh giá thai, nhau, nước ối

- Tiếp tục cho kháng sinh dự phòng đủ 07 ngày và cho phép sản phụ về nhà, hẹn khám lại sau 01 tuần

*** Thai > 37 tuần**

- ACOG 2009 khuyến cáo chấm dứt thai kỳ đối với thai > 37 tuần bị vỡ ối sớm, không đợi 12 – 24 giờ nhằm giảm biến chứng cho mẹ và thai. Nên khởi phát chuyển dạ ngay trong 06 – 12 giờ hoặc nếu thuận lợi thì nên chấm dứt thai kỳ càng sớm càng tốt.

- Chấm dứt thai kỳ tùy tình trạng cổ tử cung, ngôi thai, tình trạng thai, có nhiễm trùng hay không.

+ Ngôi bất thường hoặc có những bằng chứng cho thấy thai nhi không chịu được cuộc chuyển dạ → mổ lấy thai

+ Nếu có bằng chứng nhiễm trùng trên lâm sàng và không có chống chỉ định để đường âm đạo, cho kháng sinh và khởi phát chuyển dạ ngay lập tức.

+ Khi cổ tử cung thuận lợi → gây chuyển dạ bằng truyền oxytocin.

+ Khi cổ tử cung không thuận lợi → làm chín muôi cổ tử cung

- Đề phòng nhiễm trùng:

+ Chuyển lên tuyến có đơn vị chăm sóc trẻ non tháng nhẹ cân.

+ Kháng sinh thường quy khi ối vỡ ở những thai > 37 tuần: dùng kháng sinh có ý nghĩa làm giảm tỉ lệ viêm màng ối và nhiễm trùng hậu sản ở mẹ nhưng không hiệu quả cải thiện kết cục nhiễm trùng chu sinh.

=> Một số tác giả khuyến cáo chỉ sử dụng kháng sinh để phòng ngừa tác nhân streptococcus nhóm B nếu có bằng chứng cấy (+) ở tuần 35 – 37 thai kỳ, hoặc vỡ màng ối > **18 giờ** ở những người bệnh không có kết quả cấy.

4. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG:

4.1. Chuyển dạ tự nhiên: thai càng non tháng càng kéo dài thời gian tiềm tàng, phần lớn các thai trưởng thành sẽ chuyển dạ tự nhiên trong vòng 24 giờ. 50% trường hợp vỡ ối sau 37 tuần sẽ tự chuyển dạ trong vòng 05 giờ. Vỡ ối ở tuổi thai từ 32 – 34 tuần trung bình 04 ngày sau sẽ chuyển dạ và 93% trường hợp đẻ trong vòng 01 tuần.

4.2. Nguy cơ của ối vỡ non kéo dài:

- Nhiễm khuẩn ối, nhiễm khuẩn hậu sản, suy hô hấp sơ sinh, nhiễm khuẩn sơ sinh.
- Thiếu ối → thiếu sản phôi, biến dạng chi, chèn ép dây rốn.

ĐA ỒI

I. KHÁI NIỆM:

Đa ối xuất hiện trong khoảng 1% thai kỳ. Chẩn đoán xác định dựa vào siêu âm. Hầu hết các nhà nghiên cứu định nghĩa: đa ối khi chỉ số ối (amnionic fluid index: AFI) lớn hơn 24 - 25cm; hay khi lớn hơn vị bách phân thứ 95 hay 97 theo tuổi thai.

Cách đo AFI: chia tử cung thành 04 phần bằng nhau, đo độ sâu lớn nhất của mỗi khoang ối, AFI là tổng 04 số đo trên.

Đa ối là một trường hợp thai nghén nguy cơ cao cho sản phụ về nguyên nhân đa ối và cảnh báo nguy cơ sinh non trong quá trình thai nghén.

II. CHẨN ĐOÁN:

Đa ối cấp: có thể diễn tiến mau trong vòng vài ngày với các triệu chứng cấp như đau căng bụng nhiều, khó thở, đôi khi bị tím tái, nhịp tim nhanh, nôn, phù toàn thân (chi, âm hộ, thành bụng, mặt). Hiếm gặp hơn là tình trạng thiếu niệu do niệu quản bị tử cung chèn ép. Đa

ôi trong trường hợp phù thai có thể gây ra hội chứng gương ở thai phụ (mirror syndrome), mô tả lần đầu tiên bởi Ballantyne năm 1892: tình trạng của mẹ “bất chước” thai nhi, như phù, tiểu đạm; và hậu quả là tiền sản giật.

Đa ối mạn: dịch ối gia tăng dần nên thai phụ có thể chịu đựng được tình trạng căng chướng bụng.

Dấu hiệu đầu tiên trên lâm sàng gợi ý một trường hợp đa ối là tử cung rất to so với tuổi thai, căng, dẫn đến khó khăn khi sờ nắn các phần thai và nghe tim thai. Chẩn đoán phân biệt đa ối với cổ chướng hay u buồng trứng to bằng những hình ảnh trên siêu âm.

III. HƯỚNG XỬ TRÍ:

Đa ối mức độ nhẹ đến trung bình hiếm khi đòi hỏi các biện pháp can thiệp. Cần thiết nhập viện khi thai phụ khó thở, đau bụng hay đi lại khó khăn.

Nghỉ ngơi tại giường, lợi tiểu, hạn chế dịch truyền và muối không đem lại hiệu quả rõ rệt. Hút bớt nước ối cũng giúp cải thiện triệu chứng khó thở ở thai phụ đồng thời lấy dịch ối xét nghiệm di truyền hay xác định sự trưởng thành phổi của thai nhi. Thủ thuật này có thể gây tai biến như: vỡ ối, nhiễm trùng, hay rau bong non.

Cần lưu ý đa ối không rõ nguyên nhân trong gần một nửa các trường hợp đa ối là sự gia tăng lượng nước ối không liên quan với bất thường bẩm sinh, tiểu đường ở mẹ, các bệnh lý miễn dịch, nhiễm trùng, khối u của thai nhi hay tình trạng đa thai. Tuy nhiên, thậm chí khi khảo sát hình ảnh học thai nhi bình thường, vẫn nên tiên lượng một cách thận trọng bởi dị tật thai nhi và bất thường nhiễm sắc thể có thể gặp.

1. Đa ối xuất hiện ba tháng giữa thai kỳ:

Chỉ định siêu âm khảo sát hình thái học thai nhi chuyên sâu để tìm các dị tật bẩm sinh có thể đi kèm.

Nghiệm pháp dung nạp đường cho thai 24 - 28 tuần

Hội chẩn trung tâm chẩn đoán trước sinh để tư vấn, cân nhắc tiến hành các xét nghiệm di truyền tìm nguyên nhân bất thường NST, nhiễm trùng thai kỳ.

Nên tiếp tục theo dõi, quản lý thai kỳ nguy cơ cao (khám thai tiền sản)

2. Đa ối ba tháng cuối thai kỳ:

Kiểm tra biểu đồ tăng trưởng thai nhi.

Loại trừ các nguyên nhân bệnh nội khoa của mẹ.

Tùy theo kết quả xét nghiệm sàng lọc quý 1, 2: tư vấn hướng xét nghiệm di truyền cho thai nhi.

Thuốc trưởng thành phổi do nguy cơ đẻ non

Can thiệp (hút bớt dịch ối) khi các triệu chứng đa ối cấp ảnh hưởng đến toàn trạng người bệnh (khó thở, chèn ép tim phổi). Tư vấn các tai biến của thủ thuật cho thai phụ và gia đình.

3. Chuyển dạ:

Hay gặp các nguy cơ đẻ khó như ngôi bất thường, đẻ khó do rối loạn cơn co tử cung, tuân thủ chỉ định bấm ối.

Đề phòng nhau bong non, băng huyết sau sinh.

IV. TAI BIẾN:

Những biến chứng thường gặp nhất cho thai phụ ở những thai kỳ có kèm đa ối nhau bong non, rối loạn cơn gò tử cung hay băng huyết sau sinh. Ngoài ra, còn có biến chứng sa dây rốn, ngôi bất thường, đỡ tử cung sau đẻ hay can thiệp phẫu thuật.

Thai nhi bất thường, chẩn đoán được trong khi mang thai hay sau đẻ.

THIẾU ỎI

I. KHÁI NIỆM:

Thiếu ối là tình trạng nước ối ít hơn bình thường, khi chỉ số ối (AFI) nhỏ hơn 5cm và màng ối còn nguyên vẹn. Tỷ lệ xuất hiện thiếu ối được báo cáo từ các nghiên cứu bị ảnh hưởng bởi sự khác biệt trong tiêu chuẩn chẩn đoán, dân số nghiên cứu (nguy cơ thấp hay

nguy cơ cao, siêu âm tầm soát hay chọn lọc), tuổi thai tại thời điểm siêu âm.

Nhìn chung, thiếu ối xuất hiện sớm trong thai kỳ ít gặp và có tiên lượng nghèo nàn. Ngược lại, những thai quá ngày sinh, thai chậm phát triển trong tử cung, sự giảm lượng nước ối có lẽ thường gặp hơn.

Chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào siêu âm thai và nước ối.

II. BIẾN CHỨNG CỦA THIỂU ỒI:

Sự xuất hiện thiếu ối trong giai đoạn sớm của thai kỳ làm tăng nguy cơ thiếu sản phôi cho thai nhi. Kilbride và cộng sự (1996) tiến hành quan sát trên 115 thai phụ bị vỡ ối trước 29 tuần, có 07 ca thai lưu, 40 trẻ sơ sinh tử vong, và ước tính tỷ lệ tử vong chu sinh là 409/1000. Nguy cơ thiếu sản phôi gây chết thai khoảng 20%.

Thiếu ối sớm thường liên quan đến những bất thường của thai nhi. Tình trạng nước ối ít cũng gây trở ngại trong quá trình khảo sát hình thái học của thai nhi qua siêu âm (nếu có). Trong trường hợp này, chỉ định truyền ối cũng có thể được cân nhắc.

Biến chứng thiếu ối xuất hiện muộn trong thai kỳ tùy thuộc vào tuổi thai, mức độ thiếu ối và tình trạng bệnh lý kèm theo của mẹ. Hướng dẫn sản phụ uống nhiều nước hay truyền dịch còn nhiều tranh cãi trong việc cải thiện lượng nước ối. Hỗ trợ trưởng thành phôi cho thai nhi là cần thiết trong trường hợp thai non tháng. Đánh giá sức khỏe thai nhi.

III. HƯỚNG XỬ TRÍ:

Hỏi bệnh sử và xét nghiệm dịch âm đạo (Nitrazine test) loại trừ ri ối/ối vỡ.

Siêu âm tiền sản nhằm khảo sát và phát hiện các bất thường hình thái thai, đặc biệt bệnh lý hệ niệu của bào thai như các trường hợp loạn sản thận, tắc nghẽn đường niệu.

Tư vấn lợi ích và các tai biến, tiến hành thủ thuật truyền ối trong trường hợp nước ối quá ít gây cản trở cho quá trình khảo sát hình thái thai, ngoài ra có thể đồng thời lấy nước ối xét nghiệm miễn dịch, di truyền, giảm chèn ép cho dây rốn, vận động của thai nhi.

Siêu âm tim thai, siêu âm Doppler (AFI, Doppler động mạch não giữa), monitor sản khoa trong trường hợp có kèm thai chậm phát triển trong tử cung.

Nếu thai có dị tật bẩm sinh hệ niệu, chỉ định chấm dứt thai kỳ trong trường hợp nặng chỉ nên quyết định sau khi tiến hành hội chẩn đa chuyên khoa (bác sĩ tiền sản, siêu âm tiền sản, sơ sinh và phẫu thuật nhi, nhà di truyền học). Theo dõi và quản lý thai tại trung tâm lớn, chuyên khoa sâu trường hợp thiếu ối xuất hiện sớm.

Chỉ định hỗ trợ phổi là cần thiết.

Phương pháp chấm dứt thai kỳ:

+ Khởi phát chuyển dạ để chấm dứt thai kỳ ở thai thiếu ối đã trưởng thành hay đã đủ điều hỗ trợ phổi ở thai non tháng có thể nuôi được

+ Mổ lấy thai ở những thai hết ối (AFI < 02cm) hoặc có những dấu hiệu nghi ngờ suy thai cấp, thiếu ối

SA DÂY RÓN

1. Chẩn đoán.

Sa dây rốn trong bọc ối: khám âm đạo thấy dây rốn nằm ở bên hoặc dưới ngôi thai nhưng vẫn trong bọc ối.

Nếu ối đã vỡ thì thấy dây rốn sa trong âm đạo, có khi ra ngoài âm hộ.

Hay gặp ngôi bất thường.

2. Xử trí chung.

2.1. Sa dây rốn trong bọc ối.

Tư vấn cho sản phụ không rặn.

Đặt sản phụ nằm theo tư thế đầu gối - ngực.

Dùng thuốc giảm co tử cung, như nifedipin 10 mg uống, hoặc salbutamol viên 02 mg x 02 viên.

Phẫu thuật lấy thai.

Nếu thai chết, có đủ điều kiện: lấy thai đường dưới.

2.2. *Sa dây rốn khi đã vỡ ối.*

Xác định xem dây rốn còn đập không, nghe tim thai. Nếu có siêu âm thì dùng siêu âm để chẩn đoán xác định tim thai (nếu cần).

Nếu thai còn sống:

- Cho sản phụ nằm tư thế đầu thấp và đánh giá tiến triển của cuộc chuyển dạ và tình trạng thai nhi.
- Dùng thuốc giảm co tử cung, như nifedipin 10 mg uống hoặc salbutamol viên 02 mg x 02 viên trước khi chuyển tuyến.
- Cho 02 ngón tay vào trong âm đạo đẩy ngôi thai lên cao, tránh chèn ép vào dây rốn hoặc bơm 500 ml huyết thanh vào bàng quang, kẹp ống thông.
- Tư vấn về việc không nên rặn và những diễn biến xấu có thể xảy ra đối với thai. Nếu dây rốn sa ra ngoài âm hộ, bọc dây rốn nhẹ nhàng bằng khăn ẩm, ấm.

- Nếu đủ điều kiện đẻ nhanh: cho đẻ.

- Phẫu thuật lấy thai ngay nếu không đủ điều kiện đẻ đường dưới.

Nếu thai đã chết:

- Không còn tính chất cấp cứu, theo dõi đẻ đường dưới nếu không có các nguyên nhân đẻ khó khác.

THAI CHẠM TĂNG TRƯỞNG TRONG TỬ CUNG

I. ĐỊNH NGHĨA:

Thai gọi là chậm tăng trưởng trong tử cung (IUGR) khi cân nặng thai dưới bách phân vị (BPV) thứ 10 theo tuổi thai theo siêu âm (ACOG).

II. NGUYÊN NHÂN:

- Do mẹ:
 - Bệnh lý nội khoa (bệnh lý thận, tim mạch, nội tiết, huyết học,...)
 - Hội chứng kháng phospholipid.
 - Hút thuốc lá, nghiện rượu, thiếu dinh dưỡng,...
- Do phân phụ của thai: Bệnh lý bánh nhau, dây rốn.
- Do thai:
 - Đa thai, nhiễm trùng bào thai, các rối loạn di truyền,...
- Tuy nhiên, nguyên nhân IUGR đôi khi khó xác định và có thể do một hoặc nhiều nguyên nhân.

III. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI:

- Xác định tuổi thai chính xác: kinh cuối và/hoặc siêu âm 3 tháng đầu.
- Tiêu chuẩn chẩn đoán IUGR: Chu vi vòng bụng (AC) và/hoặc ước lượng cân nặng thai < bách phân vị thứ 10 theo tuổi thai.
- Nếu đủ tiêu chuẩn chẩn đoán theo siêu âm, thai phụ sẽ được theo dõi chu vi vòng bụng và trọng lượng thai bằng biểu đồ Hardlok.
- Siêu âm Doppler
- Đánh giá chức năng bánh nhau: Doppler ĐM rốn và ĐM tử cung.
- Đánh giá tình trạng sức khỏe thai: Doppler ĐM não giữa và ống TM.
- Phân loại IUGR theo ACOG 2014:
 - Độ 0: Cân nặng và/hoặc AC < BPV thứ 10, Doppler ĐM rốn và ĐM não giữa bình thường.

○Độ I: Cân nặng và/hoặc AC < BPV thứ 10 và Doppler ĐM rốn hoặc ĐM não giữa bất thường.

○Độ II: Cân nặng và/hoặc AC < BPV thứ 10 và mất song tâm trương hoặc đảo ngược song tâm trương ĐM rốn.

○Độ III: Cân nặng và/hoặc AC < BPV thứ 10 và bất thường ống tĩnh mạch.

- Phân loại IUGR theo tuổi thai tại thời điểm chẩn đoán:

○Rất sớm: tuổi thai ≤ 29 tuần.

○Sớm: 29 tuần < tuổi thai ≤ 34 tuần.

○Muộn: tuổi thai > 34 tuần.

IV. XỬ TRÍ:

- Mục tiêu: chấm dứt thai kỳ đúng thời điểm.

• Thời điểm chấm dứt: khi nguy cơ thai chết trong tử cung lớn hơn nguy cơ chết sau sinh.

• Nguyên tắc xử trí : tùy thuộc vào tuổi thai ở thời điểm chẩn đoán và mức độ chậm tăng trưởng.

- Thai ≤ 29 tuần: tham vấn tiền sản, tùy từng trường hợp xử trí.

- Thai 29 tuần đến ≤ 34 tuần:

○Độ 0: không xử trí gì, siêu âm Doppler mỗi 2 tuần.

○Độ I: - Điều trị ngoại trú: Corticosteroid hỗ trợ phổi, siêu âm Doppler và NST có đáp ứng và AFI > 5: chấm dứt thai kỳ ở tuổi thai 37 tuần. Điều trị nội trú nếu kèm theo tiền sản giật.

○Độ II: Điều trị nội trú

- Corticosteroids hỗ trợ phổi

- NST 2 lần/ngày + siêu âm Doppler 1 lần/ngày

- Nếu NST có đáp ứng và siêu âm không thay đổi: theo dõi thai đến 34 tuần.

- Nếu NST không đáp ứng: chỉ định MLT.

- Độ III:

○Xử trí giống Độ II

○Chấm dứt thai kì lúc 32 tuần.

- Thai > 34 tuần:

○Corticosteroids hỗ trợ phổi: được chỉ định trong những trường hợp MLT chủ động.

○XT như tuổi thai 29 – 34 tuần.

THAI CHẾT LƯU TRONG TỬ CUNG

I. KHÁI NIỆM:

Thai chết trong tử cung là thai chết và lưu lại trong buồng tử cung của người mẹ, có thể xảy ra ở bất kỳ tuổi thai nào khi chưa có chuyển dạ.

II. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Thai chết lưu dưới 20 tuần:

2.1.1. Lâm sàng:

Nhiều trường hợp không có triệu chứng làm cho phát hiện muộn, một số trường hợp người bệnh thấy bụng bé đi hoặc không to lên dù mất kinh đã lâu.

Bệnh cảnh lâm sàng hay gặp:

+ Người bệnh đã có dấu hiệu của có thai như chậm kinh, hCG dương tính, siêu âm đã thấy có thai và hoạt động của tim thai.

+ Ra máu âm đạo: máu ra tự nhiên, ít một, máu đỏ sẫm hay nâu đen.

+ Đau bụng: thường không đau bụng, chỉ đau bụng khi dọa sảy hay đang sảy thai lưu.

Khám: thấy tử cung bé hơn tuổi thai, mật độ tử cung đôi khi chắc hơn so với mật độ tử cung có thai sống.

2.1.2. Cận lâm sàng:

- hCG:

+ hCG trong nước tiểu chỉ âm tính sau khi thai đã chết một thời gian.

+ Nồng độ β hCG: thấp hơn so với tuổi thai hay tốc độ tăng của β hCG không theo qui luật của thai sống.

- Siêu âm:

+ Là thăm dò có giá trị, cho chẩn đoán sớm và chính xác

+ Thấy âm vang thai rõ ràng mà không thấy hoạt động tim thai. Hình ảnh túi ối rỗng (chỉ nhìn thấy túi ối mà không thấy âm vang thai), túi ối rỗng với bờ méo mó, không đều. Trong trường hợp nghi ngờ, nên kiểm tra lại sau 01 tuần để xem tiến triển của túi ối

+ Có âm vang thai : không thấy hoạt động tim thai.

2.1.3. Chẩn đoán phân biệt:

Chửa ngoài tử cung: chậm kinh, đau bụng, ra máu đen ở âm đạo, tử cung nhỏ hơn so với tuổi thai. Trong chửa ngoài tử cung, siêu âm không có túi ối trong buồng tử cung, cạnh tử cung thấy khối bất thường nghi ngờ khối chửa, có thể có dịch cùng đồ.

Chửa trứng: dễ nhầm với chửa trứng thoái triển vì bệnh cảnh lâm sàng có thể giống y hệt nhau. Giải phẫu bệnh lý tổ chức nạo buồng tử cung cho chẩn đoán xác định.

Dọa sảy thai: đặc biệt khi tuổi thai nhỏ hơn 6 tuần mà siêu âm chưa thấy tim thai. Phân biệt: máu âm đạo đỏ tươi chứ không sẫm màu, thường có đau bụng kèm theo. Siêu âm có thể chưa thấy phôi thai và tim thai nhưng bờ túi ối căng tròn, có túi noãn hoàng. Siêu âm kiểm tra lại sau 1 tuần là cần thiết.

Tử cung có u xơ: ra máu âm đạo bất thường, tử cung to hơn tuổi thai. Siêu âm có thai kèm u xơ tử cung.

Thai sống: phải làm thăm khám, theo dõi để tránh những chẩn đoán nhầm lẫn đáng tiếc xảy ra.

2.2 Thai chết lưu trên 20 tuần:

2.2.1. Lâm sàng: triệu chứng thường rõ ràng làm người bệnh phải đi khám

- Bệnh cảnh lâm sàng :

+ Dấu hiệu có thai, đặc biệt là đã có cử động thai, sờ nắn thấy phần thai, nghe thấy tiếng tim thai.

+ Người bệnh không thấy thai cử động nữa, không thấy bụng to lên, thậm chí bé đi (nếu thai đã chết lâu ngày).

+ Hai vú tiết sữa non.

+ Ra máu âm đạo: hiếm gặp.

+ Đau bụng: khi chuẩn bị sảy, đẻ thai lưu.

+ Nếu người bệnh bị một số bệnh kèm theo như nghén nặng, tiền sản giật, bệnh tim...thì bệnh tự thuyên giảm, người bệnh cảm thấy dễ chịu hơn.

- Khám:

+ Tử cung bé hơn so với tuổi thai, đặc biệt có giá trị nếu thấy chiều cao tử cung giảm đi giữa hai lần đo.

+ Khó sờ nắn thấy các phần thai.

+ Không nghe thấy tiếng tim thai.

2.2.2. Cận lâm sàng

Siêu âm: cho kết quả chính xác, chẩn đoán sớm và chắc chắn. Không thấy hoạt động của tim thai. Đầu thai méo mó, có thể thấy hiện tượng chõng khớp sọ hay dấu hiệu hai vòng ở xương sọ do da đầu bị bong ra. Nước ối ít hay hết ối.

Các phương pháp thăm dò X quang như chụp bụng không chuẩn bị, chụp buồng ối...ngày nay không còn được sử dụng do nguy hiểm cho mẹ và cho thai nếu thai còn sống.

Định lượng Fibrinogen trong máu: đánh giá ảnh hưởng của thai đến quá trình đông máu. Đây là xét nghiệm quan trọng và cần thiết trước khi can thiệp cho thai ra.

2.2.3. Chẩn đoán phân biệt:

Ít đặt ra với thai trên 20 tuần bị chết lưu vì triệu chứng lâm sàng và siêu âm cho kết quả chính xác.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Điều chỉnh tình trạng rối loạn đông máu (nếu có) trước khi can thiệp lấy thai:

Xét nghiệm các yếu tố đông máu: Nếu sinh sợi huyết < 02g/l: dự trữ máu tươi cùng nhóm; Transamine 500mg x 02 ống/ngày.

- Kháng sinh: Dùng kháng sinh uống trong 07 ngày. Khi có nguy cơ nhiễm khuẩn: dùng kháng sinh tiêm từ 05 đến 07 ngày

3.2 - Thai chết trong tử cung, tuổi thai đến 12 tuần: Hút thai. Kết hợp dùng thuốc: trước khi hút phải giảm đau cho bệnh nhân, dùng thuốc co tử cung sau thủ thuật.

3.2 Thai chết trong tử cung, tuổi thai trên 12 tuần:

+ Gây chuyển dạ bằng misoprostol 100 mcg, cứ 04-06 giờ/lần, ngâm dưới lưỡi hoặc đặt âm đạo.

+ PGE2 dinoprostone (prospess, cerviprime) gây chuyển dạ thuận lợi và an toàn hơn

+ Kiểm tra lại buồng tử cung nếu còn sót rau. Nếu cần dùng thêm oxytocin.

+ Hỗ trợ tinh thần cho sản phụ. Thai chết trong tử cung có sẹo mổ cũ: nếu có thể để được đường âm đạo, truyền oxytocin

- Pha 05 đv oxytocin vào 500 ml dung dịch glucose 5%, truyền nhỏ giọt tĩnh mạch chậm, liều lượng lúc đầu 05-08 giọt/phút cho đến khi xuất hiện cơn co tử cung phù hợp.

- Theo dõi và điều chỉnh số giọt để đạt được số cơn co phù hợp với sự tiến triển của cuộc chuyển dạ.

- Ngoài ra, tùy tình hình của cuộc đẻ chỉ huy nếu cơn co mau cho oxytocin chảy chậm hoặc có thể phối hợp với những thuốc giảm co có tác dụng làm mềm cổ tử cung. Mổ lấy thai với thai chết trong tử cung ở 03 tháng cuối: Trong một số trường hợp thai chết trong tử cung không thể áp dụng các phương pháp lấy thai qua đường âm đạo, vì các nguy cơ vỡ tử cung, chấn thương đường sinh dục... vì vậy có chỉ định mổ lấy thai cho các trường hợp sau:

- Các trường hợp gây chuyển dạ không có kết quả,

- Các trường hợp có chỉ định mổ lấy thai tuyệt đối: các trường hợp này có thể diễn biến phức tạp, phải được hội chẩn, theo dõi chặt chẽ.

+ Mổ lấy thai cũ ≥ 02 lần.

+ Mổ lấy thai cũ < 24 tháng

+ Mổ bảo tồn tử cung trong trường hợp vỡ tử cung.

+ Vết mổ ở tử cung do nhân xơ lớn, sẹo mổ của phẫu thuật Strassmann...

+ Các trường hợp nhau tiền đạo

4. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG:

4.1. Ảnh hưởng đến tâm lý, tình cảm của người mẹ:

Thai chết lưu bao giờ cũng gây ra những hậu quả tâm lý nặng nề cho người mẹ vì mất đi một đứa con đang được mong đợi. Tâm lý sợ khi mang cái thai đã chết.

Thầy thuốc cần giải thích cặn kẽ, làm an lòng và thông cảm với người mẹ.

4.2. Rối loạn đông máu:

- Nguyên nhân: thromboplastin có trong nước ối và tổ chức thai đã chết đi vào tuần hoàn máu mẹ - đặc biệt khi tử cung có cơn co, hay khi can thiệp vào buồng tử cung, hoạt hóa quá trình đông máu gây ra đông máu rải rác trong lòng mạch, làm fibrinogen trong máu tụt xuống thấp.

- Diễn biến: quá trình rối loạn đông máu có thể diễn ra từ từ với thời gian tiềm tàng trên 04 tuần hay cấp tính khi có cơn co tử cung hay can thiệp vào buồng tử cung.

- Lâm sàng: chảy máu diễn ra từ từ, máu không đông, xuất hiện sau khi can thiệp vài giờ. Hay chảy máu nhiều, máu không đông, gây mất máu cấp tính.

- Xét nghiệm: fibrinogen rất thấp hay không có, sản phẩm phân hủy của fibrinogen tăng cao, giảm plasminogen, giảm hoạt tính yếu tố antithrombin III, giảm tiểu cầu

4.3. Nhiễm trùng:

- Khi màng ối còn: không sợ nhiễm trùng.

- Khi ối đã vỡ, đặc biệt khi ối vỡ lâu: nhiễm trùng sẽ rất nhanh và nặng vì ngoài các vi khuẩn thường gặp còn có thể nhiễm các vi khuẩn yếm khí.

5. PHÒNG BỆNH:

Dự phòng thai chết lưu là một vấn đề phức tạp vì không tìm thấy nguyên nhân.

Trong chẩn đoán cần thận trọng đặc biệt khi tuổi thai nhỏ.

Trong điều trị: tránh vội vàng cho thai ra mà không tầm soát rối loạn đông máu và gây ra những biến chứng của việc nạo thai, để thai lưu.

XỬ TRÍ PHÙ PHÔI CẤP TRONG CHUYỂN DẠ

1. Đại cương:

Phù phổi cấp trong chuyển dạ là một cấp cứu trong sản khoa, thường xảy ra ở các bệnh nhân mắc bệnh tim, tăng huyết áp, tiền sản giật/sản giật hoặc các bệnh nhiễm trùng trong lúc mang thai. Cũng có khi do truyền dịch quá nhiều với tốc độ nhanh.

2. Biểu hiện lâm sàng:

- Phù phổi cấp có thể xuất hiện trong thai kỳ, trong chuyển dạ hoặc sau đẻ

- Khó thở đột ngột, nhịp thở nhanh, ho nhiều, môi và đầu chi tím, tinh thần hốt hoảng, tức ngực, vã mồ hôi lạnh chân tay.

- Ran ẩm nhỏ hạt ở đáy phổi dâng lên nhanh, gõ đục đáy phổi

- Từ ho khan chuyển sang khạc ra đờm bọt hồng ngày càng nhiều.

- Nhịp tim nhanh > 100 lần/phút, kèm theo các tiếng tim bệnh lý. Đôi khi có tiếng ngựa phi. - Huyết áp tăng cao hoặc kẹt.

- Áp lực tĩnh mạch trung ương (CVP) cao, tĩnh mạch cổ nổi.
- Xquang: phổi mờ
- Cần phân biệt với: cơn hen phế quản (phổi nhiều ran rít và ran ngáy, gõ vang, lồng ngực căng) và cơn hen tim (có khó thở thì thở ra, ran rít).

3. Xử trí chung:

- Trước một trường hợp phù phổi cấp, xử trí tích cực ban đầu là rất quan trọng nhằm cứu người bệnh qua cơn nguy kịch.
- Kêu gọi mọi người đến giúp đỡ, cùng cấp cứu ngoại viện.
- Kiểm tra và theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, nghe tim phổi.
- Đảm bảo thông thoáng đường thở bằng cách cho nằm đầu cao.
- Hút đờm rãi làm thông đường hô hấp, cho thở oxy.
- Lập đường truyền tĩnh mạch.
- Tư vấn cho gia đình biết tình trạng nặng của bệnh, nguy cơ cho mẹ và cho con.
- Tuyến xã phải tiêm dưới da 10mg Morphin và chuyển lên tuyến huyện ngay, có nhân viên y tế đi kèm, cho người bệnh thở oxy (nếu có), tư thế đầu cao khi chuyển.

2. Xử trí đặc hiệu.

2.1. Phù phổi cấp huyết động.

- Cho thai phụ ngồi thẳng, chân thông.
- Garo ba chi luân chuyển.
- Đặt nội khí quản hút đờm rãi, thở oxygen 60 % với dung lượng 08 - 12 lít/phút.
- Tiêm tĩnh mạch:
 - Thuốc lợi tiểu (thuốc được lựa chọn thường là Lasix 20 mg x 04 ống). Khi cần thiết có thể tăng liều, tùy thuộc vào lượng nước tiểu và tình trạng khó thở của người bệnh.
 - Trợ tim: ví dụ như cedilanid 0,4 mg x 01-02 ống.

- Tiêm dưới da 10 mg morphin.
- Nếu cần thì phải trích máu tĩnh mạch. Khuyến cáo nên trích 300 ml máu.
- Xử trí sản khoa: Phẫu thuật lấy thai khi tình trạng cho phép. Forceps khi đủ điều kiện.

2.2. Phù phổi cấp do tổn thương.

- Đặt nội khí quản thở máy, hô hấp hỗ trợ, thở oxygen.
- Dopamin truyền tĩnh mạch.
- Truyền huyết tương.
- Kháng sinh liều cao.
- Methyl prednisolon: 30 mg tiêm tĩnh mạch, cách 04 giờ/lần
- Có thể phẫu thuật lấy thai khi tình trạng cho phép. Forceps khi đủ điều kiện.

2.3. Đánh giá lại.

- Sau khi đã điều trị tích cực trong khoảng 30 phút cần đánh giá lại xem người bệnh có đáp ứng với điều trị không:

- Tình trạng khó thở của bệnh nhân có cải thiện không.
- Nếu tình trạng người bệnh cải thiện thì tiếp tục điều trị duy trì, đồng thời điều trị nguyên nhân.

- Nếu tình trạng người bệnh không cải thiện thì phải tiếp tục điều trị tích cực, hội chẩn liên chuyên khoa và mời tuyến trên hỗ trợ hoặc chuyển tuyến.

CHUYỂN DẠ ĐÌNH TRỆ

Chuyển dạ đình trệ bao gồm chuyển dạ kéo dài và chuyển dạ tắc nghẽn.

1. Các dấu hiệu của chuyển dạ đình trệ.

- Pha tiềm tàng bị kéo dài quá 8 giờ, pha tích cực kéo dài quá 07 giờ.

- Khám thấy độ lọt của ngôi không tiến triển.
- Xuất hiện tình trạng chông khớp sọ, có bướu huyết thanh.
- Đường mở cổ tử cung cắt sang bên phải đường báo động trên biểu đồ chuyển dạ
- Cổ tử cung ngừng tiến triển luôn là dấu hiệu của chuyển dạ đình trệ.
- Suy thai, cơn co tử cung mau (trên 5 cơn trong 10 phút), có vòng Bandl.

Chú ý: Không phải trường hợp chuyển dạ đình trệ nào cũng có đủ các dấu hiệu trên.

2. Nguyên nhân gây chuyển dạ đình trệ.

2.1 Do mẹ:

- Bất tương xứng đầu - chậu, tiền sử mẹ có bệnh gây biến dạng khung chậu (bại liệt, lao, chấn thương).
- Rối loạn cơn co tử cung: cơn co thừa yếu, cơn co mau mạnh, cơn co không đồng bộ.
- Có khối u ở tiểu khung (u xơ tử cung, u nang buồng trứng và u tiểu khung).

2.2 Do thai:

- Các ngôi bất thường (trán, mặt, mông, vai). Thai to (ước từ 3500 g trở lên).
- Thai bất thường (não úng thủy, bụng cóc).

2.3 Nguyên nhân khác: Dây rốn ngắn.

3. Xử trí.

Xử trí theo nguyên nhân.

Đẻ đường âm đạo (forceps hoặc giác kéo) khi đủ điều kiện.

Dùng thuốc điều chỉnh cơn co yếu khi chuyển dạ kéo dài.

Phẫu thuật lấy thai khi có chỉ định.

Huỷ thai nếu có chỉ định

THEO DÕI CUỘC ĐẺ VỚI SẢN PHỤ CÓ SẼO MỎ Ở TỬ CUNG

Các sẹo mổ do bóc u xơ, u cơ tử cung, mổ thân tử cung lấy thai trước đây, hoặc sẹo vỡ tử cung cũ và sẹo ghép tử cung đôi thì phải chỉ định phẫu thuật lấy thai chủ động **từ tuần thứ 38** để tránh vỡ tử cung do nứt sẹo cũ.

Những sản phụ có sẹo mổ ở tử cung, lần này nếu muốn đẻ đường dưới phải được bác sĩ có kinh nghiệm theo dõi và tư vấn ở cơ sở có phẫu thuật. Sản phụ sẽ được tư vấn về khả năng đẻ được hay phải phẫu thuật vì nguy cơ cao cho cả mẹ và con.

1. Các sẹo ở tử cung.

Bao gồm sẹo phẫu thuật lấy thai cũ, phẫu thuật bóc nhân xơ, phẫu thuật cắt góc tử cung do thai ngoài tử cung, phẫu thuật khâu các chấn thương cũ ở tử cung do vỡ, tai nạn, thủng tử cung và phẫu thuật ghép tử cung đôi.

2. Xử trí:

Theo dõi, quản lý thai nghén, tư vấn về nguy cơ ban đầu, quản lý thai trước ba tháng cuối của thai kỳ.

Với ngôi chỏm theo dõi và tư vấn về nguy cơ, tiên lượng.

Không được gây đẻ bằng thuốc.

Nếu chuyển dạ tiến triển thuận lợi: tùy theo kinh nghiệm và khả năng của thầy thuốc có thể cho đẻ thường, giác kéo hoặc forceps và có thể không cần kiểm soát tử cung sau đẻ

Nếu cuộc chuyển dạ tiến triển bất thường thì phẫu thuật lấy thai.

Huỷ thai nếu có chỉ định

SUY THAI TRONG TỬ CUNG

I. KHÁI NIỆM:

Tuần hoàn tử cung – rau – thai đảm nhiệm việc cung cấp oxy cho thai, nếu vì một nguyên nhân nào đó ảnh hưởng đến tuần hoàn tử cung – rau – thai làm giảm lưu lượng máu đến hồ huyết, hoặc từ gai rau đến thai, sẽ làm giảm lượng oxy đến thai và gây suy thai. Hiện tượng này có thể xảy ra trong quá trình thai nghén và đặc biệt là khi chuyển dạ. Mức độ thiếu oxy nhiều hay ít, trường diễn hay cấp tính, sẽ ảnh hưởng đến mức độ thai suy và dẫn đến tử vong.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Suy thai trong thời kỳ có thai:

Triệu chứng:

- Chiều cao tử cung phát triển chậm (biểu hiện thai kém phát triển)

- Giảm cử động thai hay thay đổi cử động thai

- Nhịp tim thai thay đổi (trên 160 lần/phút hay dưới 120 lần/phút)

- Xét nghiệm:

 - + ối: nước ối có màu xanh (cần soi ối nhiều lần)

 - + Monitor sản khoa, truyền oxytocin hay vê núm vú có xuất hiện Dip I, Dip II, tim thai không đáp ứng test không đủ kích

 - + Siêu âm xác định chỉ số nước ối (có giá trị trong thai già tháng).

2. Suy thai trong chuyển dạ:

- Nước ối có màu xanh (khi vỡ ối hoặc bấm ối)

- Nghe nhịp tim thai (thay đổi trên 160 lần/phút hay dưới 120 lần/phút)

- Theo dõi liên tục nhịp tim thai bằng máy monitor sản khoa thấy xuất hiện nhịp tim thai chậm muộn (DipII) hoặc nhịp tim thai biến đổi hoặc nhịp tim thai dao động ít dưới 5 nhịp

- Siêu âm : xác định lượng nước ối giảm (chỉ số nước ối giảm)
- pH máu đầu thai nhi và máu rốn ngay sau đẻ

III. TIẾN TRIỂN:

Thiếu oxy ban đầu thai còn có đáp ứng bù trừ: điều chỉnh sự phân bố máu cung cấp oxy đầy đủ cho não, tim, gan; giảm cung cấp oxy tới ruột, da.

Thiếu oxy nhiều hoặc kéo dài, thai không còn khả năng đáp ứng bù trừ thiếu oxy ở não, tim, thiếu oxy ở tổ chức, chuyển hóa năng lượng giảm trong điều kiện yếm khí, pH sẽ giảm, thai nhiễm toan và chết trong tử cung, hoặc chết sau khi đẻ ra

IV. XỬ TRÍ:

1. Trong khi có thai:

- Khám thai và theo dõi, đặc biệt những thai nhi có nguy cơ dễ phát hiện suy thai
- Theo dõi nhịp tim thai (ống nghe) sau khi vê núm vú trong và sau cơn co để phát hiện nhịp tim thay đổi
- Soi ối nhiều lần phát hiện nước ối xanh
- Thử nghiệm oxytocin hay vê núm vú theo dõi bằng máy monitor sản khoa nếu có.
- Xác định độ trưởng thành của thai để đình chỉ thai trong trường hợp có chỉ định
- Siêu âm: đường kính lưỡng đỉnh (trên 90mm, thai trên 38 tuần), đường kính trung bình bụng (trên 94mm, thai nặng trên 2500g), độ canci hóa bánh nhau độ 3, chỉ số nước ối (nước ối giảm) trên thai ≥ 42 tuần.
- Chỉ số nước ối: ≤ 28 mm thường phải mổ lấy thai, 28-40mm thì phải đình chỉ thai nghén (gây chuyển dạ đẻ, nếu thất bại thì mổ lấy thai), 40-60mm theo dõi sát, trên 60mm là bình thường

2. Khi chuyển dạ:

Phát hiện suy thai đẻ lấy thai ra kịp thời . Theo dõi thể trạng, bệnh lý người mẹ, đo nhịp tim thai 10-15 phút/lần, theo dõi cơn co tử

cung phù hợp với giai đoạn chuyển dạ, nếu tăng cường độ, nhịp độ phải dùng thuốc giảm co.

Theo dõi nhịp tim thai liên tục bằng máy monitor sản khoa để phát hiện Dip II, Dip biến đổi, nhịp tim thai dao động ít hơn 5 nhịp. Nếu có Dip II, Dip biến đổi, tim thai dao động ít đủ điều kiện thì chỉ định làm Forceps, không đủ điều kiện làm Forceps thì mổ lấy thai.

Đo lượng nước ối ở các trường hợp thai nghén quá ngày sinh, lượng nước ối giảm có phân su sánh đặc thì nên mổ lấy thai, không nên thử thách đẻ đẻ đường dưới.

Hồi sức thai:

Cho thở oxygen 6 lít/phút, nằm nghiêng trái

Giảm cơn co nếu có chỉ định với Salbutamol (xem bài “thuốc giảm co tử cung trong chuyển dạ”)

Nếu đang truyền oxytocin thì ngưng truyền

Chú ý: không dùng Salbutamol nếu có chảy máu âm đạo

Đánh giá lại tình trạng thai nhi, nếu tình trạng suy thai không cải thiện: lấy thai bằng forceps (khi đủ điều kiện), mổ lấy thai (khi không đủ điều kiện)

TẮC MẠCH ỚI

1. ĐẠI CƯƠNG:

Định nghĩa:

Tắc mạch ối là một biến chứng sản khoa rất nguy hiểm, tỷ lệ tử vong cao, chiếm tỷ lệ 1 – 12/100.000 ca sinh, xảy ra trong khi mang thai hoặc sau khi sinh xong, không thể đoán trước và không thể dự phòng được.

Tắc mạch ối là do nước ối, tế bào của thai nhi, chất gây, tóc, lông tơ hoặc các mảnh mô khác lọt vào tuần hoàn của người mẹ, gây ra tình trạng tắc mạch và hoạt hóa hệ thống đông máu của cơ thể gây ra suy tuần hoàn và suy hô hấp cấp tính.

Yếu tố nguy cơ:

- Sản phụ trên 35 tuổi.
- Con rạ nguy cơ cao hơn con so.
- Mổ lấy thai, để có can thiệp thủ thuật Forceps, giác hút, chọc ối.
- Đa ối, đa thai, nhau tiền đạo, nhau bong non, sản giật....
- Tổn thương tử cung hoặc cổ tử cung.
- Suy thai, thai lưu.
- Chuyển dạ với cơn co cường tính, chuyển dạ được giục sinh.

Cơ chế bệnh sinh:

Vẫn chưa biết một cách chính xác cơ chế bệnh sinh của tắc mạch ối. Khi dịch ối vào tuần hoàn mẹ thông qua hệ thống tĩnh mạch nơi nhau bám hoặc nơi tổn thương tử cung, gây ra bệnh cảnh sốc tim, suy hô hấp giống như một sốc phản vệ.

Thời điểm tắc mạch ối:

Thời điểm xảy ra tắc mạch ối cũng rất khác nhau tùy trường hợp:

- 12% trường hợp xảy ra tắc mạch ối khi màng ối còn nguyên.
- 70% trường hợp xảy ra trong chuyển dạ.
- 11% trường hợp xảy ra sau sinh qua đường âm đạo.
- 19% trường hợp xảy ra trong mổ lấy thai khi đã có chuyển dạ hay khi chưa có chuyển dạ.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Lâm sàng:

Xuất hiện đột ngột, thường trong lúc chuyển dạ, lúc sinh hoặc sau khi sinh, hiếm xảy ra sau 48 giờ sau sinh.

Khởi đầu là suy hô hấp, tím tái xảy ra đột ngột trong vài phút và tiếp đến là tụt huyết áp, phù phổi choáng, biểu hiện thần kinh như: mất ý thức và co giật.

2.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

Hội sản phụ khoa Hoa Kỳ và Anh khuyến cáo 4 tiêu chuẩn chẩn đoán tắc mạch ối như sau:

- Tụt huyết áp hay sốc tim
 - Thiếu oxy cấp tính và suy hô hấp
 - Hôn mê hoặc co giật
 - Đông máu nội mạch lan toả (DIC)
- Các triệu chứng trên thường xảy ra trong chuyển dạ, lúc sinh hoặc trong vòng 30 phút sau sinh mà không có các lý giải khác cho các dấu hiệu này.
- Suy thai.
 - Nếu đã đẻ, tử cung co hồi kém, chảy máu loãng, không đông, biểu hiện tình trạng đông máu rải rác trong lòng mạch.
 - Chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào hồi cứu trên giải phẫu khi tìm thấy các tế bào nước ối trong máu mẹ (tế bào biểu mô, lông tơ).

2.3. Cận lâm sàng:

- Công thức máu, đông máu toàn bộ, xét nghiệm khí trong máu.
- X quang phổi: thường không tìm thấy dấu hiệu đặc hiệu, có thể quan sát thấy dấu hiệu phù phổi.
- Điện tâm đồ: có thể thấy nhịp tim nhanh, phần ST và sóng T thay đổi.

- Tùy từng trường hợp, có thể chỉ định các xét nghiệm chuyên biệt khác.

2.4. Chẩn đoán phân biệt:

Chẩn đoán phân biệt với ba nhóm nguyên nhân: sản khoa, gây mê và không liên quan đến sản khoa.

- Liên quan đến sản khoa: nhau bong non, vỡ tử cung, đờ tử cung, sản giật, bệnh cơ tim chu sinh.

- Liên quan đến gây mê: vô cảm cột sống cao, nhiễm độc cục bộ do vô cảm.

- Không liên quan đến sản khoa: thuyên tắc phổi, thuyên tắc khí, sốc phản vệ, sốc nhiễm trùng, phản ứng truyền máu, nhồi máu cơ tim.

- Chẩn đoán xác định

- Dựa vào kết quả mổ tử thi: tìm thấy tế bào của thai và thành phần nước ối trong động mạch phổi mẹ.

3. XỬ TRÍ:

Nguyên tắc xử trí: Trước một trường hợp tắc mạch ối, xử trí tích cực ngay từ ban đầu là rất quan trọng nhằm cứu người bệnh qua cơn nguy kịch.

3.1. Hồi sức tích cực:

- Phối hợp giữa Sản Khoa, Gây mê hồi sức và Nhi khoa.
- Về mặt GMHS: Kiểm soát và hỗ trợ hô hấp - tuần hoàn:
- Duy trì cung cấp oxy cho sản phụ (đặt nội khí quản, thở máy).

- Đặt hơn 02 đường truyền TM, nâng huyết áp bằng dung dịch cao phân tử.

- Hồi sức tim nếu ngừng tim

- Truyền máu và các chế phẩm của máu nếu kết quả đông máu không tốt kèm chảy máu dữ dội: truyền máu toàn phần hay khối hồng cầu và huyết tương...

- Tư vấn cho gia đình biết tình trạng nặng của bệnh, nguy cơ cho mẹ và cho con.

3.2 Về mặt sản khoa:

- Cho sinh ngay
- Tuỳ từng trường hợp cụ thể để có chỉ định phù hợp.
- Về mặt nhi khoa: hồi sức sơ sinh tích cực.

3.3. Đánh giá lại:

- Sau khi đã điều trị tích cực trong khoảng 30 phút cần đánh giá lại xem người bệnh có đáp ứng với điều trị không.

- Nếu tình trạng người bệnh cải thiện thì tiếp tục điều trị duy trì, đồng thời điều trị nguyên nhân.

- Nếu tình trạng người bệnh không cải thiện thì phải tiếp tục điều trị tích cực, hội chẩn liên chuyên khoa và mời tuyến trên giúp đỡ hoặc chuyển tuyến.

4. BIẾN CHỨNG:

- Tử vong mẹ (lên đến 90%), tử vong con (20 – 60%).
- Hậu quả về tinh thần và vận động cho mẹ và con do thiếu oxy não.

- Hội chứng Sheehan: chảy máu nặng có thể dẫn tới hoại tử một phần hoặc toàn bộ thùy trước tuyến yên, biểu hiện bằng dấu hiệu vô kinh, rụng lông, rụng tóc, suy thận, suy đa tạng, rối loạn đông máu và dễ nhiễm khuẩn hậu sản. Bên cạnh đó, việc truyền máu điều trị chảy máu sau sinh làm tăng các nguy cơ và biến chứng của truyền máu.

5. DỰ PHÒNG:

Chưa có biện pháp dự phòng do vẫn không hiểu tại sao nước ối vào tuần hoàn chỉ xảy ra ở một số ít người mà không xảy ra ở nhiều người khác cũng như không biết vai trò của mức độ, số lượng mảnh mô thai, loại mảnh mô thai (có chứa kèm theo phân su hay không) hay một số yếu tố nào đó của người mẹ nên tắc mạch ối chỉ ở một tỷ lệ rất nhỏ phụ nữ.

SỬ DỤNG OXYTOCIN

Thuốc oxytocin là thuốc gây co bóp tử cung cả về tần số và cường độ.

1. Chỉ định.

- Xử trí tích cực giai đoạn 03 trong chuyển dạ, sau khi sơ thai để đề phòng chảy máu sau đẻ.
- Điều trị chảy máu sau đẻ.
- Sử dụng oxytocin để gây cơn co tử cung trong trường hợp gây chuyển dạ hoặc đã chuyển dạ nhưng cơn co thưa, yếu. Chỉ định này áp dụng ở nơi có phẫu thuật với chỉ định rõ ràng của bác sĩ.

2. Chống chỉ định.

- Bất tương xứng đầu - chậu.
- Ngôi không có chỉ định đẻ đường âm đạo.
- Nhau tiền đạo.
- Nhau bong non.
- Suy thai cấp và mạn tính.
- Không có phòng phẫu thuật, bác sĩ và phương tiện phẫu thuật.

3. Cách dùng.

* Để xử trí tích cực giai đoạn 03 của chuyển dạ (xem bài “*Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ*”).

* Để phòng và điều trị băng huyết do dờ tử cung (Tham khảo bài “*Chảy máu sau đẻ*”).

* Trong trường hợp chuyển dạ nếu cơn co tử cung thưa và yếu hoặc do ối vỡ sớm mà cơn co không đủ cho cuộc chuyển dạ tích cực. Cách thực hiện như sau:

- Dung dịch glucose 5 % x 500 ml pha với oxytocin 05 đv (01 ống), nhỏ giọt tĩnh mạch với tốc độ sau:

+ Ban đầu là VIII giọt/phút (# 04 mUI/ph), sau đó theo dõi cơn co tử cung (cường độ, khoảng cách các cơn co) mà điều chỉnh tốc độ

giọt hợp lý (10, 20, 30, 40 giọt) sao cho đạt được 3 cơn co trong 10 phút. Nếu cơn co tử cung quá mạnh (có trên 5 cơn co trong 10 phút và mỗi cơn co kéo dài trên 1 phút), ngừng truyền oxytocin và xin chỉ định của bác sĩ trước khi bắt đầu giảm liều.

+ Bơm tiêm điện có điều khiển tốc độ truyền là cách sử dụng tốt nhất với liều ban đầu là 4mUI/ phút

Theo dõi:

- Theo dõi sát chuyển dạ bằng monitor sản khoa, đặc biệt theo dõi cơn gò TC, tim thai.

- Theo dõi trong 20-30 phút, nếu cơn gò chưa đạt 3 cơn gò/ 10 ph(khởi phát chuyển dạ) hoặc chưa đạt số cơn gò theo độ mở CTC thì chỉnh giọt tăng 4 mUI/ph sao cho đạt được tần số cơn gò phù hợp.

Liều tối đa là 20mUI/ph

- Phải ghi trên biểu đồ chuyển dạ.
- Khám ngoài: cứ 15 phút/lần đều đặn theo dõi cơn co tử cung, nhịp tim thai, độ lọt của ngôi.
- Nếu có dấu hiệu suy thai phải ngừng truyền oxytocin. Sau khi ngừng truyền oxytocin 15 phút không có kết quả, phải phẫu thuật lấy thai ngay hoặc forceps nếu đủ điều kiện.

SỬ DỤNG THUỐC GIẢM CỎ TỬ CUNG TRONG CHUYỂN DẠ

1. Thuốc sử dụng.

Dùng một trong các thuốc sau:

- Alverin (spasmaverin) 40 mg (viên uống) hoặc ống 40 mg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch 01 - 02 ống.
- Salbutamol viên 02 mg, ống 0,5 mg tiêm bắp. Chống chỉ định trong trường hợp chảy máu nhiều.
- Nitroglycerin 1 mg ngâm dưới lưỡi.

▪ **Nifedipin 10 mg ngậm dưới lưỡi** (xem bài “*Đọa đẻ non*”).
Nifedipin an toàn hơn so với các thuốc giảm co khác.

2. Chỉ định.

- Cơn co tử cung quá mạnh hoặc quá mau gây suy thai.
- Rau tiền đạo có chảy máu.
- Đọa vỡ tử cung.
- Đọa đẻ non (thai trước 34 tuần).

3. Cách dùng.

Sản phụ có chỉ định dùng thuốc giảm co:

- Nifedipin.
- Salbutamol viên 2 mg uống (không được dùng loại tiêm).
- Spasmaverin
- Sử dụng thuốc dựa theo đánh giá tình trạng thực tế của sản phụ. Có thể sử dụng nitroglycerin.

CÁC CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI

1. Khung chậu bất thường:

- Nếu không phải là ngôi chỏm thì đều phải mổ lấy thai.
- *Nếu là ngôi chỏm:*
 - + Mổ lấy thai nếu khung chậu hẹp tuyệt đối, khung chậu méo, khung chậu hẹp eo dưới, thai to.
 - + Làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm để thử thách cho đẻ đường dưới nếu khung chậu giới hạn (thai không to).

2. Đường ra của thai bị cản trở:

- Khối u tiền đạo: thường hay gặp là u xơ ở eo tử cung hay cổ tử cung, u nang buồng trứng, các khối u khác nằm trên đường thai đi ra.

- Nhau tiền đạo loại che kín toàn bộ cổ tử cung (rau tiền đạo trung tâm hoàn toàn) hay nhau tiền đạo gây chảy máu nhiều buộc phải mổ cấp cứu để cầm máu cứu mẹ.

3. Tử cung có sẹo trong trường hợp sau:

- Các sẹo mổ ở thân tử cung: sẹo bóc tách u xơ, sẹo của phẫu thuật tạo hình tử cung, sẹo khâu chỗ vỡ, chỗ thủng tử cung, sẹo của phẫu thuật cắt góc, tử cung, sừng tử cung.

- Sẹo của phẫu thuật mổ ngang đoạn dưới tử cung:

- Đã có mổ lấy thai ngang đoạn dưới tử hai lần trở lên.

- Lần mổ lấy thai trước cách lần mang thai này chưa được 24 tháng.

4. Chỉ định mổ vì nguyên nhân của người mẹ:

- Mẹ bị các bệnh lý toàn thân mạn tính hay cấp tính nếu để đường dưới có thể có nguy cơ cho tính mạng người mẹ (bệnh tim, tăng huyết áp, tiền sản giật nặng và sản giật).

- Các bất thường ở đường sinh dục dưới của người mẹ như: chít hẹp âm đạo (bẩm sinh hay mắc phải), tiền sử mổ rò, mổ sa sinh dục.

- Các dị dạng của tử cung như: tử cung đôi (tử cung không có thai thường trở thành khối u tiền đạo), tử cung hai sừng... đặc biệt là khi kèm theo ngôi thai bất thường.

5. Nguyên nhân về phía thai:

- Thai bị suy dinh dưỡng nặng hay bị bất đồng nhóm máu nếu không lấy thai ra thì có nguy cơ thai bị chết lưu trong tử cung

- Chỉ định mổ lấy thai trong quá trình chuyển dạ

- Các chỉ định này hầu hết đều là những chỉ định tương đối. Cần phải có nhiều chỉ định tương đối để hình thành nên một chỉ định mổ lấy thai.

- Chỉ định mổ vì nguyên nhân người mẹ

+ Con so lớn tuổi là thai phụ con so có tuổi từ 35 trở lên. Có thể kèm theo hay không lý do vô sinh.

+ Tiền sử điều trị vô sinh, con hiếm, con quý.

+ Các bệnh lý của người mẹ vẫn có thể cho phép theo dõi chuyển dạ sẽ được mổ lấy thai nếu xuất hiện thêm một yếu tố để khó khác.

- Chỉ định mổ vì nguyên nhân của thai

- + Thai to không phải do thai bất thường.
- + Các ngôi bất thường: ngôi vai (không có chỉ định nội xoay thai), ngôi trán, ngôi thóp trước, ngôi mặt cằm sau. Ngôi mông nếu có thêm một yếu tố dễ khó khác.
- + Thai già (quá ngày sinh) thường phải mổ vì thai không đủ sức chịu đựng cuộc chuyển dạ.
- + Chửa đa thai: nếu thai thứ nhất là ngôi mông hay ngôi vai.
- + Suy thai cấp tính trong chuyển dạ khi chưa đủ điều kiện đi đường dưới. Hiện tượng thai suy cấp tính càng dễ xảy ra trên cơ sở thai suy mạn tính, con co tử cung mau, mạnh.

- Chỉ định mổ vì những bất thường trong chuyển dạ:

- + Con co tử cung bất thường sau khi đã dùng các thứ thuốc tăng co hay giảm co để điều chỉnh mà không thành công.
- + Cổ tử cung không xóa hay mở mặc dù con co tử cung đồng bộ, phù hợp với độ mở cổ tử cung. Có thể cổ tử cung có các tổn thương thực thể như: sẹo xơ, phù nề.
- + Ới vỡ non, Ới vỡ sớm làm cuộc chuyển dạ ngừng tiến triển, có nguy gây nhiễm khuẩn Ới, sau khi đã tích cực điều chỉnh con co tử cung. Hậu quả của Ới vỡ non, vỡ sớm thường làm cho cổ tử cung khó mở, nhiễm khuẩn hậu sản.
- + Đầu không lọt khi cổ tử cung đã mở hết mặc dù con co đủ mạnh có thể vì lý do bất tương xứng đầu thai khung chậu khá kín đáo mà chưa biết.

- Chỉ định mổ lấy thai vì các tai biến trong chuyển dạ:

- + Chảy máu vì nhau tiền đạo, nhau bong non. Trong nhiều trường hợp phải tiến hành mổ lấy thai ngay cả khi thai đã chết.
- + Doạ vỡ và vỡ tử cung.
- + Sa dây rốn khi thai còn sống.
- + Sa chi sau khi đã thử đẩy lên nhưng không thành công.

Tóm lại: các chỉ định mổ lấy thai là rất phong phú, được trình bày trong từng bài cụ thể. Bài này mang tính tổng hợp để thấy rõ các nhóm chỉ định mổ lấy thai chứ không thể trình bày được toàn bộ các chỉ định mổ lấy thai.

SỐT SAU ĐẸ

1. Định nghĩa.

Sốt sau đẻ là sốt từ trên 24 giờ sau khi sinh với thân nhiệt từ 38°C trở lên. Đây là triệu chứng do nhiều nguyên nhân khác nhau với mức độ nặng nhẹ khác nhau.

2. Các nguyên nhân.

2.1. Bệnh nội ngoại khoa.

- Nhiễm khuẩn vết mổ .
- Viêm bàng quang.
- Viêm bể thận cấp.
- Sốt rét.
- Viêm phổi, lao phổi.
- Thương hàn, viêm gan...

2.2. Nhiễm khuẩn hậu sản.

- Nhiễm khuẩn hậu sản là nhiễm khuẩn xảy ra ở sản phụ sau đẻ xuất phát từ đường sinh dục (âm đạo, cổ tử cung, tử cung) trong 6 tuần đầu sau đẻ.

- Một số vi khuẩn gây bệnh thường gặp: tụ cầu, liên cầu, E. coli, các vi khuẩn kỵ khí như Clostridium, Bacteroides...

- Đường lan truyền: từ âm đạo qua cổ tử cung, qua vòi tử cung vào phúc mạc. Vi khuẩn có thể qua diện rau bám vào máu gây nhiễm khuẩn máu.

- Yếu tố thuận lợi: dinh dưỡng kém, thiếu máu, nhiễm độc thai nghén, ối vỡ non, ối vỡ sớm, chuyển dạ kéo dài, bế sản dịch, các thủ thuật như bóc rau, kiểm soát tử cung...

2.3. Sốt sau đẻ do các bệnh về vú.

Cương vú, viêm vú, áp xe vú.

3. Các dấu hiệu và xử trí.

3.1. Nhiễm khuẩn vết mổ.

- Dấu hiệu chính: vết mổ sưng, có dịch tiết là máu hay mủ, tấy đỏ quanh vết khâu.

- Xử trí: cắt chỉ cách quãng, dẫn lưu cho thoát dịch, kháng sinh, rửa vết mổ bằng dung dịch sát khuẩn và thay băng tối thiểu ngày 02 lần.

3.2. Sốt sau đẻ do các bệnh về vú.

3.2.1. Cương vú:

Dấu hiệu chính: vú sưng đau cả hai bên, xuất hiện muộn 03 - 05 ngày sau đẻ.

Xử trí:

- Nếu người mẹ cho con bú, khuyến khích tăng số lần cho con bú.

- Vắt sữa bằng tay hoặc bằng bơm hút.

- Giảm đau tức: chườm lạnh, xoa sau lưng, làm ướt đầu vú cho con dễ bắt vú. Sau khi cho bú: chườm lạnh, băng nâng hai bầu vú không quá chặt.

- Thuốc: paracetamol 500 mg x 02 - 04 viên/ngày.

- Nếu người mẹ không cho bú: tránh kích thích đầu vú, chườm lạnh, băng chặt vú, paracetamol 500 mg x 02 - 04 viên/ngày; parlodel 2,5 mg x 02 viên trong 05 ngày (để cắt sữa).

3.2.2. Viêm vú:

Dấu hiệu chính: vú cương, đau, đỏ, đầu vú thường nứt nẻ, thường bị một bên.

Xử trí:

Kháng sinh:

- Amoxicillin 500 mg uống 01 viên x 4 lần/ngày, 10 ngày hoặc

- Erythromycin 250 mg uống 01viên x 4 lần/ngày, 10 ngày.

- Khuyến khích người mẹ tiếp tục cho bú thường xuyên. Bôi parafin nếu có nứt đầu vú.

- Băng nâng đỡ vú không quá chặt. Chườm lạnh vú sau khi cho bú.

- Paracetamol 500 mg (khi cần).

3.3. Áp xe vú.

Dấu hiệu chính: vú căng to, sưng đỏ, có chỗ ấn mềm, chọc dò có mủ.

Xử trí:

- Nên gây mê (ketamin).
- Rạch theo đường nan hoa (tránh gây thương tổn cho đường dẫn sữa).

- Cho ngón tay đi găng vô khuẩn vào phá các vách ngăn trong ổ áp xe, nặn mủ.

- Nhét gạc vào ổ áp xe để dẫn lưu mủ (rút sau 24 giờ và thay thế bằng 1 gạc chèn khác nhỏ hơn).

- Điều trị kháng sinh (sau khi đã trích áp xe).

- Cloxacillin 500 mg uống 1 viên x 4 lần/ngày, trong 10 ngày hoặc Erythromycin 500 mg uống 1 viên x 4 lần/ngày, trong 10 ngày.

- Tiếp tục cho bú: nếu bên vú áp xe còn chảy máu, mủ thì cho bú bên lành và vắt bỏ sữa ở vú bên đau. Sau 48 giờ lại cho bú cả hai bên.

- Băng đỡ vú. Chườm lạnh.

- Paracetamol 500 mg x 2 - 4 viên/ngày.

4. Sốt do nhiễm khuẩn hậu sản.

4.1. Nhiễm khuẩn ở tạng sinh môn, âm hộ, âm đạo, cổ tử cung.

Triệu chứng:

Vết rách hoặc chỗ khâu sưng tấy, đỏ, đau đôi khi có mủ

Tử cung co hồi tốt, sản dịch có thể hôi hoặc rất hôi.

Có thể sốt nhẹ 38C - 38,5C

Xử trí:

- Khám âm đạo loại trừ sót gạc.

- Vệ sinh tại chỗ và kháng sinh.
- Nếu sau khi dùng kháng sinh, vết khâu vẫn sưng, đỏ, rỉ nước vàng thì cắt chỉ ngắt quãng.
- Nếu toàn bộ vết khâu nhiễm khuẩn, bung hết chỉ thì phải rửa vết thương cho đến khi hoàn toàn không có mủ, nước vàng, mô dưới da hồi phục trở lại mới được khâu lại tăng sinh mô

4.2. Viêm nội mạc tử cung.

Thường do kiểm soát tử cung, nhiễm khuẩn ối, chuyển dạ kéo dài hoặc đôi khi có thể do sót rau. Viêm nội mạc tử cung không điều trị sẽ dẫn đến các biến chứng trầm trọng hơn như viêm tử cung toàn bộ, viêm phúc mạc, nhiễm khuẩn huyết...

Triệu chứng:

Mệt mỏi, lo lắng.

Người mẹ sốt 38°C - 39°C từ 02 ngày sau khi đẻ.

Tử cung co hồi chậm, mềm, ấn đau.

Sản dịch hôi, đôi khi có lẫn mủ.

Điều trị:

Hạ sốt bằng đắp khăn ẩm và cho uống nước.

- Cho thuốc co hồi tử cung (oxytocin 05 đv x 01-02 ống/ngày, tiêm bắp).
- Dùng kháng sinh thích hợp có thể tiêm hoặc uống trong 7 ngày, và điều chỉnh kháng sinh tùy tình trạng bệnh
- Nếu bế sản dịch: nong cổ tử cung cho dịch thoát ra ngoài.
- Nếu sót rau: hút hoặc nạo lấy rau sau khi cho kháng sinh.
- Sau điều trị các triệu chứng giảm, cho kháng sinh tiếp đến 05-07 ngày rồi và xuất viện.

4.3. Viêm tử cung toàn bộ.

Triệu chứng:

Đây là hình thái lâm sàng tiến triển nặng lên của viêm nội mạc tử cung, sản dịch rất hôi thối, màu nâu đen.

Tử cung to, mềm, ấn rất đau, di động tử cung đau, đôi khi ấn gây tiếng kêu lạo xạo như có hơi, đặc biệt có thể có ra huyết vào khoảng ngày thứ 8 - 10.

Xử trí:

Điều trị cần sử dụng kháng sinh liều cao và phối hợp nhiều loại.

4.4. Viêm tử cung và phần phụ.

Từ tử cung, tình trạng nhiễm khuẩn có thể lan rộng sang các cơ quan phụ cận như dây chằng rộng, vòi tử cung, buồng trứng...

Triệu chứng:

Xuất hiện muộn ngày thứ 08-10 sau đẻ.

Sốt cao kéo dài kèm theo đau bụng dưới.

Tử cung to, co hồi chậm, ấn đau.

Bên cạnh tử cung thấy xuất hiện một khối cứng, đau, bờ không rõ rệt.

Điều trị:

- Kháng sinh phối hợp, liều cao.
- Nếu khối viêm tiến triển thành túi mủ nằm thấp sát túi cùng thì rạch túi cùng để dẫn lưu mủ qua âm đạo.
- Tiến triển có thể khỏi dần nếu điều trị hữu hiệu và kịp thời.
- Có thể gây biến chứng viêm phúc mạc hay túi mủ vỡ vào bàng quang, âm đạo, trực tràng.

4.5. Viêm phúc mạc tiểu khung.

Từ tử cung và các cơ quan phụ cận, nhiễm khuẩn có thể lan sang phúc mạc vùng tiểu khung.

Triệu chứng:

- Có thể xuất hiện sớm khoảng 03 ngày sau đẻ hoặc chậm hơn khoảng ngày thứ 07 - 10 sau một thời kỳ nhiễm khuẩn ở tử cung hay âm hộ, âm đạo.
- Sốt cao 39 C - 40 C, có thể rét run.

- Đau nhiều ở vùng bụng dưới, ấn bụng có phản ứng ở vùng này.

- Khám âm đạo thấy tử cung còn to, di động kém, đau, túi cùng sau đầy, phù nề.

- Trường hợp túi mủ nằm ở túi cùng sau, kích thích trực tràng gây hội chứng giả lỵ.

Điều trị:

Nội khoa với kháng sinh liều cao. Nếu có bọc mủ ở túi cùng thì dẫn lưu qua đường âm đạo.

Phẫu thuật bụng dẫn lưu khi có biến chứng viêm phúc mạc toàn bộ.

4.6. Viêm phúc mạc toàn bộ.

Triệu chứng:

- Toàn thân mệt mỏi, sốt cao, gây sút cân, hốc hác, mạch nhanh, khó thở, nôn.

- Bụng chướng, đau.

- Phản ứng thành bụng.

- Cảm ứng phúc mạc

- Thăm túi cùng rất đau.

Điều trị:

- Dùng kháng sinh liều cao, kết hợp.

- Nâng thể trạng.

- Viêm phúc mạc toàn bộ phải cắt tử cung dẫn lưu ổ bụng. Đây là nơi phát sinh ra ổ mủ.

4.7. Nhiễm khuẩn huyết.

- Do thủ thuật hoặc dụng cụ không vô khuẩn.

- Do điều trị các tình trạng nhiễm khuẩn không đúng cách, dùng kháng sinh, không đủ liều lượng, không đủ thời gian.

- Có thể do can thiệp phẫu thuật quá sớm khi chưa bao vây được ổ nhiễm khuẩn khu trú tại bộ phận sinh dục bằng kháng sinh, tạo điều kiện cho vi khuẩn lan tràn vào máu.

Triệu chứng và chẩn đoán:

- Thường là sốt cao, rét run nhiều lần trong ngày. Có những thể bán cấp, không sốt cao nhưng sốt kéo dài.

- Toàn trạng suy nhược, có thể đi đến choáng, hạ huyết áp, mê man.

- Cấy máu để chẩn đoán xác định

- Ở các trường hợp nặng, ngoài ổ nhiễm khuẩn đầu tiên còn có những ổ nhiễm khuẩn thứ phát như ở thận, gan, phổi, não...

Xử trí:

- Kháng sinh liều cao, kết hợp, đường tĩnh mạch.

- Truyền dịch, điều chỉnh cân bằng nước điện giải.

- Giải quyết ổ nhiễm khuẩn nguyên phát: cắt tử cung (đa số trường hợp cắt tử cung bán phần để lại hai phần phụ, sản phụ còn trẻ và thường thì hai phần phụ hầu như không bị hoại tử sau khi cắt tử cung bán phần).

- Tiên lượng rất xấu. Vấn đề chính là phòng bệnh.

5. Viêm tắc tĩnh mạch.

Là bệnh hiếm gặp ở nước ta. Thường xuất hiện vào ngày thứ 18 sau đẻ với các triệu lâm sàng sau đây: sốt cao, đau tại nơi viêm tắc tĩnh mạch, người bệnh không đi lại được nếu viêm tắc các tĩnh mạch ở chi dưới. Nếu viêm tắc các tĩnh mạch trong ổ bụng thì người bệnh đau bụng, nhất là viêm tắc tĩnh mạch mạc treo, bệnh có thể biểu hiện ở các tĩnh mạch ở phổi, ở não....với các triệu chứng đau ở các cơ quan này, đôi khi bị liệt.

Xét nghiệm thấy tăng sinh sợi huyết, có thể chụp tĩnh mạch thấy cục gây tắc (thrombus).

Điều trị:

Dùng kháng sinh toàn thân.

Thuốc chống đông như heparin.

Cổ định chỉ có viêm tắc tĩnh mạch.

Nếu cục gây tắc to có thể tiến hành phẫu thuật lấy bỏ.

5: SẢN BỆNH

THAI KỲ VỚI MẸ RHESUS ÂM

Một thai kỳ với mẹ Rhesus âm cần chuẩn bị dự phòng cho:

- Bệnh lý tán huyết ở thai kỳ sau.
- Tình trạng BHSS cần truyền máu cho hai mẹ ở lần sinh này.
- Tình trạng tán huyết bé sau sanh.

1. TIÊM PHÒNG ANTI- D IMMUNOGLOBULIN DỰ PHÒNG BỆNH LÝ TÁN HUYẾT CHO THAI KỲ SAU:

• *Thai phụ đến khám thai lần đầu tiên cần thử nhóm máu và yếu tố Rhesus trong xét nghiệm thường quy.*

• Đối với những thai phụ có Rh âm: XN yếu tố Rh cho cha bé cũng Rh âm thì không cần tiêm anti-D. nếu cha bé Rh dương hay không xác định được nhóm máu của người cha thì thai phụ cần được XN kháng thể anti-D.

• Xét nghiệm tìm kháng thể anti-D: khoảng tuần thứ 20 -28.

• Có anti-D: sau khi sinh bé cần được gọi khoa Dưỡng nhi để đề phòng thiếu máu tán huyết cho bé và thai phụ cần được theo dõi sát thai kỳ.

- Nếu thai phụ Rh âm không có kháng thể anti-D nên được tiêm dự phòng anti-D immunoglobulin.

- Đối với thai phụ Rhesus âm mang thai lần đầu thuộc đối tượng tiêm anti-D (cha bé Rhesus dương hoặc thai phụ không có kháng thể anti-D)

- Trước tuần lễ 28 thai kỳ không xử trí gì khác ngoài việc khám thai theo quy trình.

- Tuần 28 thai kỳ: tiêm một liều Anti-D Ig..

- 34 tuần nhắc lại.

- Trong vòng 72 giờ sau khi sinh nhắc lại (sau khi lấy máu Xn Kleihauer).

- Tiêm trong trường hợp mẹ truyền máu có Rh dương trong vòng 72 giờ được truyền máu.

- Liều: tiêm bắp (cơ Delta) 1000 UI (200mc) hoặc 1250 UI (250mcg) anti-D mỗi lần tiêm.

2. DỰ PHÒNG CHO MẸ TRONG CUỘC SINH, CHUẨN BỊ MÁU HIỂM:

Trong cuộc chuyển dạ, không thể lường được tai biến có thể xảy ra hay không. Nếu có BHSS, việc truyền máu khác nhóm (truyền máu Rhesus dương cho người Rhesus âm) sẽ gây nguy hiểm. Vì vậy việc chuẩn bị máu cùng nhóm và cùng yếu tố Rhesus là điều cần thiết.

Tư vấn thai phụ về nguy cơ BHSS và việc truyền máu khác nhóm.

Cho thai phụ nhập viện trước ngày dự sinh 10 ngày để chuẩn bị 02 đơn vị máu hiếm. nếu không sử dụng cũng không được hoàn trả tiền máu.

CHUẨN BỊ CHO BÉ SAU KHI SINH:

Ngay sau sinh: Lấy máu rốn của thai nhi (từ những bà mẹ có Rh âm) làm những XN: Nhóm máu ABO Rh, định lượng Hb, Bilirubin và Test Coombs của bé.

Bé cần được gửi khoa Dưỡng nhi để theo dõi tình trạng thiếu máu tán huyết.

- Thời điểm dùng anti-D lg
 - Các thai kỳ bình thường: Trong quý 03 thai kỳ thường có sự truyền máu tiềm ẩn giữa mẹ và thai. Do đó, cần tiêm anti-D 03 lần.
 - Tuần 28 thai kỳ.
 - Tuần 34 thai kỳ.
 - Ngay sau sinh (càng sớm càng tốt, nên trước 72 giờ) đối với bé có Rhesus dương.
 - Đối với trường hợp có nguy cơ truyền máu mẹ - thai kể trên, tiêm anti-D ngay sau bất kỳ nguy cơ nào kể trên (càng sớm càng tốt).
 - Với các thai kỳ tiếp diễn đến lúc sinh, nên nhắc lại vào các thời điểm 28 tuần, 38 tuần và ngay sau sinh.

Lưu ý:

- Đối với sảy thai tự phát trước 12 tuần không kèm hút nạo thì không cần sử dụng anti-D.
- Với dọa sảy thai sau 12 tuần, nếu còn ra huyết ít nên dùng liều nhắc lại anti-D sau mỗi 6 tuần.
- Mẹ nhập viện trước dự sinh 07 – 10 ngày để chuẩn bị máu hiếm.

Chỉ định dùng anti-D 01 g sau sinh:

- Ngay sau sinh, nên lấy máu dây rốn xét nghiệm nhóm máu ABO và Rhesus. Nếu Rhesus bé dương cần tiêm ngay cho mẹ một liều anti-D. Nếu Rhesus bé âm, không cần tiêm.
- Nên xét nghiệm Kleihauer / máu mẹ (lấy máu mẹ càng sớm càng tốt, nên lấy trong vòng 2 giờ sau sinh và trước khi tiêm Anti-D) để định lượng hồng cầu thai nhi trong tuần hoàn mẹ. Nếu lượng lớn hơn 4ml, cần thêm lượng Anti-D theo tính toán.
- Chỉ định dùng anti-D nếu cần truyền máu Rh dương khẩn cấp (tổng lượng truyền không quá 20% lượng máu cơ thể): trong vòng 72 giờ được truyền máu

RUBELLA VÀ THAI KỲ

- lây truyền qua đường hô hấp.
- 07 ngày trước phát ban đến 05 - 07 ngày sau phát ban.
- Ủ bệnh: trung bình 14 ngày.
- Lâm sàng.
- Thường rất nhẹ.
- Hơn 50% ở thể ẩn hoặc không có triệu chứng.

Cơ quan	Biểu hiện Rubella bẩm sinh
Tổng quát	Thai chết lưu, sảy thai tự nhiên. Sinh non, nhẹ cân. Chậm phát triển tâm thần.
Thính giác	Điếc giác quan: 1 hay 2 bên. Điếc trung ương. Khiếm ngôn.
Tim mạch	Còn ống động mạch. Hẹp động mạch phổi. Thông nhĩ thất. Tim bẩm sinh phức tạp khác.

Thị giác	Bệnh vồng mạc có sắc tố. Đục thủy tinh thể: sắc ngọc, đục, có nhân, 50% ở 2 bên, thường kèm theo bệnh vồng mạc. Tăng nhãn áp. Tật mắt nhỏ.
Biểu hiện lúc mới sinh (nhiễm trùng trầm trọng, tử vong cao)	Xuất huyết giảm tiểu cầu, có hoặc không ban xuất huyết. Gan lách to. Viêm não màng não. Bệnh mềm xương (phát hiện qua X quang). Viêm mạch.
Biểu hiện chậm	Viêm phổi mô kẽ (3- 12 tháng) Tiểu đường tít 2.

RUBELLA BẨM SINH

- Nguy cơ và độ trầm trọng của dị tật tùy thuộc tuổi thai lúc nhiễm virus.

- 90% trẻ dị tật nếu mẹ nhiễm khi thai < 12 tuần.

- 30 – 40% trẻ dị tật nếu mẹ nhiễm ở tuổi thai 15 – 16 tuần.

- 10% trẻ dị tật nếu mẹ nhiễm ở tuổi thai 17 - 20 tuần.

- Rất hiếm khi gặp dị tật nếu mắc bệnh sau tuần lễ thứ 20 của thai kỳ.

- Ảnh hưởng của sự phát triển bào thai -> thai chết lưu, sảy thai, sinh non, trẻ mang dị tật bẩm sinh.

- Dị tật bẩm sinh

- Kết hợp nhiều dấu hiệu/triệu chứng (bảng trên).

- Đứt bẩm sinh là thể đơn thuần phổ biến.

- Quy trình chuẩn đoán và xử trí:

- Xét nghiệm Rubella

○Thực hiện xét nghiệm Rubella cho tất cả thai phụ đến khám thai lần đầu, tốt nhất là khi thai < 08 tuần, chỉ thường quy tới tuổi thai ≤ 16 tuần (chung với xét nghiệm thường quy).

○Không xét nghiệm Rubella cho những thai phụ có kháng thể an toàn từ trước khi có thai lần này.

- Phân tích kết quả xét nghiệm và phối hợp lâm sàng (xem sơ đồ).

- IgM dương tính giả.

- Do tồn tại lâu, tái nhiễm.

- Phản ứng chéo với B19, EBV.

- Ái tính cao: nhiễm cũ, ái tính thấp: nhiễm mới.

- Nhiễm nguyên phát: xử lý theo tư vấn và lựa chọn.

- Không nhiễm: với XN huyết thanh âm tính thì xét nghiệm lại lúc thai 16 tuần, tùy kết quả, tư vấn phù hợp.

- Đã có miễn dịch từ trước khi có thai: thường duy trì ổn định IgG.

- Các bước xử trí:

- Chẩn đoán nhiễm Rubella nguyên phát.

- Xác định nhiễm Rubella nguyên phát ở tuổi thai nào.

- Tư vấn cho thai phụ và gia đình về tác hại cho thai nhi.

- Nếu CDTK

- Có biên bản hội chẩn khoa.

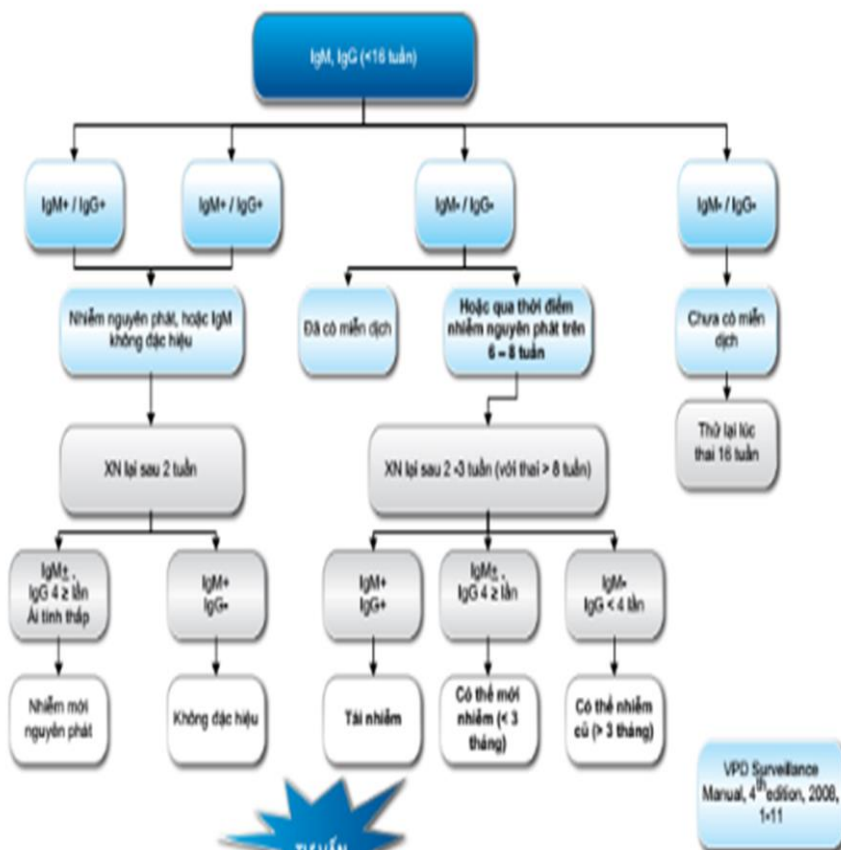
- Tư vấn nguy cơ của thủ thuật CDTK.

- Có đơn xin bỏ thai theo mẫu.

- Dặn tái khám sau bỏ thai, hoặc trước khi có thai lại, tư vấn thời điểm có thể mang thai lại.

- Nếu giữ thai: theo dõi thai kỳ, sơ sinh và trẻ đến 05 tuổi.

SƠ ĐỒ PHÂN TÍCH KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM VÀ PHỐI HỢP LÂM SÀNG



BỆNH TIM MẠCH VÀ THAI NGHÉN

1. KHÁI NIỆM:

Bệnh tim ở phụ nữ mang thai gây ra nhiều nguy cơ cho mẹ và con trong khi mang thai, sau khi đẻ và đặc biệt trong chuyển dạ. Tần suất mắc khoảng 1-2% phụ nữ mang thai. Theo dõi, tiên lượng, xử trí bệnh đòi hỏi sự phối hợp chặt chẽ giữa chuyên khoa sản và tim mạch.

** Ảnh hưởng của bệnh tim mạch và thai nghén:*

- Đối với thai:
 - + Dọa sảy thai, sảy thai, dọa đẻ non, đẻ non
 - + Thai chậm phát triển trong tử cung. Thai dị dạng
 - + Thai chết lưu trong tử cung, thai chết trong chuyển dạ.
- Đối với thai phụ
 - + Suy tim cấp, phù phổi cấp
 - + Rối loạn nhịp tim
 - + Tắc mạch phổi. Viêm tắc tĩnh mạch sau đẻ

2. CÁC TRƯỜNG HỢP TIM BỆNH LÝ TRONG THAI KỲ:

2.1. Các bệnh van tim:

- Hẹp van hai lá: bệnh lý thường gặp nhất (66%), có nhiều biến chứng tim-sản. Gần như tất cả các bệnh nhân hẹp van hai lá đều mắc thấp tim.

- Hở van hai lá: cũng thường do bệnh thấp, chiếm 34% trong bệnh lý van 2 lá. Thai phụ bị hở van hai lá chịu đựng thai kỳ tốt hơn hẹp van 2 lá.

- Các bệnh hở van tim khác: như hở van 3 lá, hở van động mạch phổi, hở van động mạch chủ thường kết hợp với bệnh lý van 2 lá.

- Hẹp van động mạch chủ: Những bệnh nhân bị bệnh này không có khả năng duy trì cung lượng tim bình thường.

2.2. Các bệnh tim bẩm sinh:

- Thông liên nhĩ: Đây là dạng thường gặp.
- Thông liên thất: ít gặp hơn. Thông liên thất nhẹ và trung bình vẫn có khả năng mang thai bình thường. Tuy nhiên, những trường hợp có tổn thương thông liên thất nặng có thể tạo ra shunt phải-trái khi tăng áp động mạch phổi. Sự đảo shunt này được gọi là hội chứng Einsenmenger, tỷ lệ tử vong mẹ cao (30-50%).
- Còn ống động mạch: Ít gặp, trường hợp ống thông nhỏ vẫn có thể đáp ứng tốt thai kỳ.
- Tứ chứng Fallot: là bệnh tim có tím hay gặp ở tuổi trưởng thành. Bệnh nhân này kém chịu đựng các thay đổi huyết động đột ngột do chuyển dạ và thay đổi tư thế. Thai nhi thường bị nhẹ cân, sinh non nhưng lại có trưởng thành phổi sớm so với tuổi thai do đáp ứng tình trạng thiếu oxy mãn.

2.3. Các bệnh tim khác:

- Viêm cơ tim, suy tim do thiếu vitamin B1.
- Bệnh lý cơ tim (cardiomyopathy): có thể do nghiện rượu, cường cathécolamin, nghiện cocain, xơ cứng bì...
- Bệnh cơ tim chu sinh (peripartum cardiomyopathy): Là các suy tim xảy ra ở những tháng cuối thai kỳ hay trong vòng 6 tháng sau đẻ mà không phát hiện được nguyên nhân hay bệnh tim trước đó. Người ta nhận thấy thai nghén dễ làm bệnh lý cơ tim xuất hiện nhưng cơ chế chưa rõ. Bệnh này hay gặp sau đẻ, tỷ lệ 1/1300-1/4000 cuộc đẻ.

3. BIẾN CHỨNG:

3.1. Ảnh hưởng của bệnh tim đối với thai nghén:

Những người mẹ mắc bệnh tim có thể có hiện tượng thiếu oxy và dinh dưỡng ở tổ chức. Tùy theo thời điểm và mức độ mà có các ảnh hưởng khác nhau như:

- Thai chậm phát triển trong tử cung, thai suy mạn tính.
- Nhẹ cân so với tuổi thai.
- Dọa sảy thai, sảy thai.
- Dọa đẻ non, đẻ non.

- Thai chết trong tử cung, thai chết trong chuyển dạ.
- Thai có thể bị dị dạng ở những thai phụ bị bệnh tim bẩm sinh có tím.

Tuy vậy, thai nghén vẫn có thể phát triển ở những thai phụ bị bệnh tim khi chưa mất bù.

3.2. Ảnh hưởng của thai nghén lên bệnh tim:

Thai nghén ảnh hưởng nhiều đến tim ở nửa sau của thai kỳ, các biến chứng thường gặp:

- Suy tim cấp.
- Phù phổi cấp.
- Thuyên tắc mạch phổi.
- Rối loạn nhịp tim.
- Thiếu máu trong thai kỳ: tình trạng thiếu máu sẽ làm tăng lưu lượng tim, tim phải làm việc nhiều để đưa đến suy tim kể cả suy tim độ I và II.

- Tắc mạch do huyết khối: Tai biến viêm tắc mạch trong lúc mang thai là một trong các nguyên nhân hàng đầu của tử vong mẹ. Tỷ lệ biến chứng này từ 3-5%, trong đó 25% xảy ra trong thai kỳ, 75% trong thời kỳ hậu sản. Trên lâm sàng thường gặp viêm tắc tĩnh mạch chi dưới, ngoài ra cũng có thể gặp huyết khối ở mạch vành, não, phổi và mạc treo ruột.

4. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN:

Rất nhiều thay đổi sinh lý của thời kỳ thai nghén có xu hướng làm cho việc chẩn đoán bệnh tim trở nên khó khăn hơn.

4.1. Các triệu chứng và dấu hiệu:

- Khó thở, khó thở khi nằm, có thể xuất hiện sớm từ tháng thứ 5 của thai kỳ, nặng dần lên theo tuổi thai.
- Ho ra máu.
- Cảm giác tức ngực, mệt ngực, ngất khi gắng sức do tim bị chèn ép, thay đổi trực.
- Tím tái, ngón tay dùi trống, khum mặt kính đồng hồ.

- Nhịp tim thường nhanh, có thể có ngoại tâm thu hoặc các loạn nhịp khác.

- Nghe tim phát hiện được các tiếng bệnh lý: Rung tâm trương, thổi tâm thu trên 3/6, tiếng thứ hai tách đôi...

- Nghe phổi có thể nghe được ran ẩm, hoặc các dấu hiệu tiền triệu của phù phổi cấp và phù phổi cấp.

- Nếu có suy tim có thể phát hiện các dấu hiệu: mệt mỏi, khó thở, mạch nhanh ≥ 110 lần/phút; đau tức ngực hoặc cơn đau thắt ngực thoáng qua; gan to, tĩnh mạch cổ nổi, phản hồi gan-tĩnh mạch cổ dương tính (suy tim phải).

- Trong một số trường hợp có thể phát hiện dấu hiệu viêm tắc tĩnh mạch chi dưới: sốt; có biểu hiện thừng tĩnh mạch nông, đau và viêm; đau ở bắp chân, chân bị viêm tắc sưng to, đau tăng lên khi sờ vào tĩnh mạch đùi ở vùng tam giác đùi; siêu âm Doppler chi dưới thấy hình ảnh giãn tĩnh mạch và giảm lưu lượng máu.

- Cận lâm sàng: Xquang có bóng tim to, bè ngang và cơ hoành bị đẩy cao lên. Điện tim có biểu hiện suy tim (dày thất phải, dày thất trái) hoặc loạn nhịp.

4.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh tim:

Năm 1958 Burwell và Mercalfe đã đưa ra tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Có tiếng rung tâm trương, tiếng thổi tâm thu liên tục hoặc thổi tiền tâm thu.

- Tiếng thổi tâm thu ($\geq 3/6$), đặc biệt có kèm theo rung miu.

- Các triệu chứng bệnh tim rõ ràng.

- Loạn nhịp tim nặng, block.

Nếu thai phụ có một trong bốn triệu chứng trên là có bệnh tim.

4.3. Phân độ suy tim theo chức năng: (Hội Tim học NewYork)

Độ 1: Hoạt động thể lực không bị hạn chế (chưa suy tim)	Tiền lượng còn tốt
Độ 2: Hoạt động thể lực giảm nhẹ	
Triệu chứng cơ năng xuất hiện khi gắng sức	

Độ 3: Hoạt động thể lực giảm. Triệu chứng cơ năng xuất hiện khi gắng sức nhẹ. Độ 4: Triệu chứng cơ năng xuất hiện ngay cả khi nghỉ ngơi	Tiền lượng dè dặt
---	-------------------

4.4. Chẩn đoán phân biệt:

- Thiếu máu: Thiếu máu trong khi có thai có nhiều triệu chứng: khó thở, mệt, mạch nhanh, hồi hộp, tim có tiếng thổi tâm thu. Thiếu máu nặng có nhiều dấu hiệu giống suy tim.

- Rối loạn nước, điện giải: aldosteron được tiết ra nhiều hơn trong khi có thai và đạt đỉnh cao khi chuyển dạ. Aldosteron gây ra tình trạng giữ nước và natri nên thai phụ dễ bị suy tim cấp. Cần lưu ý aldosteron tiết ra nhiều khi có tiền sản giật, suy tim.

5. XỬ TRÍ:

5.1. Trong thời kỳ mang thai:

- Không để tăng cân quá mức: nên ăn kiêng với chế độ ăn ít muối ($\leq 2\text{g/ngày}$).

- Tránh hoạt động thể lực, nghỉ ngơi nằm nghiêng trái ít nhất 1 giờ/ngày.

- Tránh thiếu máu.

- Quản lý thai nghén chặt chẽ với sự phối hợp giữa chuyên khoa sản và tim mạch.

5.2. Xử trí nội khoa:

Chủ yếu là dự phòng và điều trị các tai biến.

- Theo dõi sát ngay từ khi có thai, phát hiện các biến chứng để điều trị kịp thời.

- Hướng dẫn chế độ nghỉ ngơi, ăn uống hợp lý.

- Tư vấn cho bệnh nhân các dấu hiệu nguy hiểm.

- Điều trị nội khoa bao gồm: Trợ tim, lợi tiểu, an thần, chống huyết khối và dự phòng nhiễm trùng.

5.3. Xử trí sản khoa:

5.3.1. Trong khi có thai:

- Chưa suy tim:

+ Con so: có thể giữ thai để đẻ nếu thai phụ được theo dõi và chăm sóc nội khoa kỹ.

Nên cho thai phụ vào viện trước đẻ 1 tháng

+ Con rạ: nên đình chỉ thai nghén. Nếu thai đã gần đủ tháng, sức khỏe của mẹ cho phép thì giữ thai đến đủ tháng hoặc gần đủ tháng, cho đẻ có hỗ trợ thủ thuật hoặc mổ lấy thai nếu có chỉ định

- Đã có suy tim:

+ Con so: cần cân nhắc kỹ và thống nhất giữa sản khoa tim mạch.

+ Suy tim độ I, II: Thai nhỏ dưới 6 tháng nên đình chỉ thai nghén; nếu thai trên 6 tháng, thai phụ có yêu cầu và có khả năng điều trị thì nên chiếu cố nguyện vọng của họ. Trong quá trình điều trị phải đánh giá kết quả điều trị. Khi không đáp ứng điều trị phải đình chỉ thai nghén.

+ Suy tim độ III, IV: Phải đình chỉ thai nghén dù ở tuổi thai nào. Tuy nhiên phải lựa chọn phương pháp, thời điểm thích hợp nhất. Cần có sự hỗ trợ của bác sĩ tim mạch

+ Con rạ: nên đình chỉ thai nghén bằng các biện pháp an toàn và triệt để. Nếu thai gần đủ tháng cũng có thể điều trị thêm một thời gian ngắn đến gần đủ tháng rồi mổ lấy thai chủ động.

- Trong khi tiến hành các biện pháp trên cần lưu ý:

+ Giảm đau tốt để đề phòng ngừng tim do đau hoặc do phản xạ.

+ Ngăn ngừa thuyên tắc mạch do huyết khối xảy ra sau thủ thuật, sau mổ.

+ Đảm bảo vô khuẩn và sử dụng kháng sinh để ngăn ngừa nhiễm trùng trong và sau đình chỉ thai nghén.

+ Hạn chế chảy máu đến mức thấp nhất để giảm lượng dịch truyền khi hồi sức, đề phòng quá tải dễ đưa đến suy tim và phù phổi cấp.

5.3.2. Khi chuyển dạ:

Ở người có bệnh tim việc đẻ đường dưới có lợi do hạn chế được các nguy cơ của mẹ liên quan đến phẫu thuật và hậu phẫu. Trong chuyển dạ có nguy cơ xảy ra mất bù đột ngột, nên cuộc đẻ phải diễn ra ở nơi có các bác sĩ tim mạch, gây mê, sản khoa, nhi khoa phối hợp.

- Khi đang chuyển dạ: Sản phụ nên được dùng thuốc trợ tim, an thần, thở oxy, nằm nghiêng trái. Nếu phải điều chỉnh cơn co bằng oxytocin nên dùng oxytocin 10 đơn vị pha trong 500ml glucoza 5% để tránh quá tải cho tim.

- Khi sổ thai: Lấy thai bằng Forcep nếu đủ điều kiện để tránh gắng sức cho sản phụ.

Cần chú ý: chống rối loạn huyết động sau khi sổ thai bằng cách chèn túi cát lên bụng bệnh nhân và hạ thấp 02 chân ngay sau đẻ.

- Nếu phải mổ lấy thai nên mổ lấy thai chủ động tốt hơn khi đã chuyển dạ để tránh các thay đổi huyết động tăng lên khi gây mê và chuyển dạ.

- Thời kỳ sổ nhau: Tôn trọng sinh lý sổ rau, chỉ can thiệp khi cần thiết, cần kiểm tra kỹ bánh nhau để phát hiện sót nhau.

5.3.3. Thời kỳ hậu sản:

Thời kỳ này còn tồn tại các thay đổi huyết động, nguy cơ nhiễm khuẩn và tắc mạch.

- Điều trị kháng sinh có hệ thống, tối thiểu là 1 tuần.

- Chú ý dự phòng huyết khối: hướng dẫn sản phụ ngồi dậy và vận động sớm. Chỉ định heparin trọng lượng phân tử thấp trong 15 ngày cho những người có nguy cơ cao.

- Cho con bú: có thể cho con bú nếu sản phụ chưa có suy tim mất bù, vẫn theo dõi các tai biến tim sản, nếu xuất hiện các dấu hiệu bất thường phải ngưng cho con bú.

- Nếu phải cắt sữa nên dùng Parlodel (Bromocriptine).

6. TƯ VẤN:

* Trao đổi với sản phụ và gia đình về tầm quan trọng của việc theo dõi sát quá trình thai nghén và phải sinh trong bệnh viện chuyên

khoa

* Nêu các dấu hiệu nguy hiểm, biến chứng trong thai kỳ và khi chuyển dạ

* Sau sinh cần tư vấn các biện pháp tránh thai:

- Thất vôi tử cung nên được đặt ra trong các trường hợp:

+ Tiếp tục mang thai sẽ làm bệnh tim nặng thêm,

+ Bệnh tim nặng không thể cải thiện bằng điều trị nội khoa, ngoại khoa

+ Chống chỉ định có thai lại (suy tim độ III, IV).

+ Cần thảo luận kỹ với sản phụ, gia đình và bác sĩ tim mạch.

Nếu phải thất vôi tử cung nên làm xa cuộc đẻ để tránh các nguy cơ viêm tắc tĩnh mạch.

- Có thể đặt vấn đề thất ồng dẫn tinh cho người chồng để tránh nguy cơ của phẫu thuật cho người vợ.

THIẾU MÁU VÀ THAI NGHÉN

1. KHÁI NIỆM:

- Thiếu máu trong thai nghén khi tỷ lệ hemoglobin (Hb) < 110g/l

- Thiếu máu nặng nếu Hb < 70g/l máu.

- Thiếu máu trong thai nghén chia thành các loại sau:

+ Thiếu máu do thiếu sắt

+ Thiếu máu do thiếu acid folic

+ Thiếu máu do tan máu

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Lâm sàng:

- Thiếu máu: da, niêm mạc nhợt nhạt, suy nhược cơ thể, nhịp tim nhanh, khó thở, ù tai, chóng mặt.

- Có thể viêm lưỡi (3 tháng cuối thai kỳ)

- Vàng da nhẹ: có thể do thiếu Folat
- Có thể thấy lách to trong trường hợp thiếu máu do tan máu: Thalassemia, tan máu tự miễn...

2.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu: hồng cầu giảm, Hemoglobin giảm <11g/100ml máu.
- Xét nghiệm huyết đồ: hồng cầu nhỏ, hồng cầu to, hồng cầu bình thường tùy theo loại thiếu máu.
- Xét nghiệm sắt huyết thanh, Acide folic, Folat đều giảm.

3. ĐIỀU TRỊ:

- Nếu tỷ lệ Hb > 70g/l cho sản phụ dùng (sắt) Fe với liều 200mg mỗi ngày là đủ. Có thể dùng các loại như: Tardyferon 80 mg, Tardyferon B9, Ferrous sulfat, Folvit, Felatum...

- Nếu người bệnh không dùng thuốc sắt qua đường tiêu hóa (trong 03 tháng đầu thai nghén nếu nôn nhiều) có thể dùng đường tiêm truyền: Jectofer 100 mg, Venofer...

- Nếu tỷ lệ Hb < 70g/l có thể truyền máu thêm cho sản phụ. Nên truyền máu trước tuần lễ thứ 36 hay trong điều trị dọa đẻ non, phối hợp điều trị thêm sắt tối thiểu một tháng để đề phòng mất bù máu lúc đẻ và sau sơ rau.

- Điều trị dự phòng bằng cách cho sản phụ dùng sắt suốt thai kỳ (đặc biệt nhóm sản phụ có nguy cơ thiếu máu, thiếu sắt : mang thai sinh đôi, bệnh lý nội khoa, tiền sử thiếu máu, nhau tiền đạo...)

4. TIỀN LƯỢNG:

4.1. Cho mẹ:

- Tình trạng thiếu Oxygen làm mẹ mệt, nhịp tim nhanh lên.
- Nếu chảy máu thêm trong thai kỳ, lúc chuyển dạ, sau đẻ... thì tình trạng sản phụ nặng hơn so với sản phụ bình thường.
- Trong giai đoạn hậu sản, thiếu máu thường làm tăng nguy cơ nhiễm trùng hậu sản (viêm tắc tĩnh mạch)

4.2. Cho con:

- Nguy cơ đẻ non, suy dinh dưỡng thai nhi.

- Nguy cơ thai bất thường
- Tăng thể tích bánh rau.

5. PHÒNG BỆNH:

- Phát hiện nguy cơ thiếu máu trong thai nghén
- Xét nghiệm công thức máu: ở tháng thứ tư của thai nghén
- Nếu khám phát hiện hay nghi ngờ có bệnh lý về máu thì cần mời thêm chuyên khoa huyết học truyền máu để cùng hội chẩn và điều trị.

SUY GIÁP VÀ THAI NGHÉN

Tuyến giáp là tuyến nội tiết quan trọng, điều tiết quá trình chuyển hóa của cơ thể. Khi mang thai, tuyến giáp tăng sự quy nạp iodine để bảo đảm mức độ bình thường của sản xuất hormon tuyến giáp, vì vậy ở những vùng lượng iodine trong thức ăn hằng ngày không đủ, tuyến giáp có thể to lên trong khi có thai. Có khoảng 1% phụ nữ mang thai bị thiếu năng tuyến giáp.

1. Nguyên nhân gây suy giáp trong thời kỳ mang thai và yếu tố nguy cơ:

- Nguyên nhân phổ biến nhất là do viêm tuyến giáp mạn tính có tính chất tự miễn (bệnh Hashimoto). Bệnh có thể có từ trước khi mang thai hoặc cũng có thể xuất hiện lần đầu tiên khi có thai.

- Các nguyên nhân gây suy giáp khác có thể là do đã bị cắt tuyến giáp hoặc điều trị iodine phóng xạ (I^{131}) hoặc do đang điều trị Basedow bằng thuốc kháng giáp trạng tổng hợp liều quá cao.

- Các trường hợp có tiền sử gia đình nhiều người bị bệnh tuyến giáp, người có bướu cổ to, người đã bị viêm tuyến giáp hoặc suy giáp trong lần có thai trước, thai phụ trong vùng bị thiếu iodine cần được theo dõi và thăm dò.

2. Ảnh hưởng của suy giáp đến thai phụ:

- Nếu không được điều trị hoặc điều trị không đầy đủ thì người mẹ có thể bị tất cả các biến chứng cổ điển của suy giáp như: thiếu máu, đau yếu cơ, suy tim, chậm chạp, táo bón ...

- Ngoài ra họ còn có nguy cơ bị các biến chứng liên quan đến sản khoa như tiền sản giật, đẻ con nhẹ cân và chảy máu sau đẻ...

- Những biến chứng này có xu hướng phổ biến ở các phụ nữ bị suy giáp nặng, còn đa số các trường hợp suy giáp nhẹ có thể không có triệu chứng gì.

3. Ảnh hưởng của bệnh suy giáp đến thai nhi:

- Tuyến giáp của thai nhi chỉ được hình thành và bắt đầu hoạt động ở tuần thứ 10-12 của thai kỳ. Trong 12 tuần đầu thai nhi phụ thuộc hoàn toàn vào nguồn hormon tuyến giáp từ người mẹ. Nếu mẹ bị suy giáp thì con cũng sẽ bị suy giáp. Ngoài ra, thai nhi còn phụ thuộc vào lượng iodine do người mẹ cung cấp.

- Hormon tuyến giáp có vai trò cực kỳ quan trọng đối với sự phân chia, hình thành các cơ quan cũng như sự phát triển bộ não của trẻ. Nếu không được điều trị thích hợp thì dễ bị sảy thai, thai chết lưu và có khuyết tật bẩm sinh, kể cả chứng đần độn.

- Những đứa trẻ bị suy giáp bẩm sinh có thể có những bất thường trầm trọng cả về sự phát triển trí tuệ và thể chất nếu không phát hiện và điều trị kịp thời.

4. Điều trị:

- Cần phối hợp bác sĩ nội khoa và sản khoa để theo dõi thai nghén và điều trị bệnh.

- Cách thức điều trị suy giáp ở những phụ nữ mang thai cũng giống như những người không mang thai, bằng cách bổ sung dạng hormon tuyến giáp tổng hợp.

- Tốt nhất và an toàn nhất là các phụ nữ có thai được điều chỉnh liều tối ưu, đạt bình giáp từ trước khi có thai.

- Cần xét nghiệm chức năng tuyến giáp (FT4 và TSH) mỗi 04-06 tuần (mỗi lần khi đi khám thai). Nếu phải thay đổi liều Levothyroxin thì nên kiểm tra lại sau 04 tuần. Mục tiêu là đảm bảo nồng độ FT4 và TSH trong giới hạn bình thường.

- Với những người đã có suy giáp và đang điều trị bằng hormon tuyến giáp (Levothyroxin): cần làm xét nghiệm FT4 và TSH ngay khi biết có thai và hàng tháng trong suốt thời gian mang thai vì nhu

cầu hormon tuyến giáp tăng lên trong thời kỳ mang thai, đòi hỏi phải tăng liều thuốc điều trị.

- Ngay sau khi đẻ, người bệnh nên quay trở lại liều như trước khi có thai. Các vitamin có chứa sắt dùng trước khi sinh có thể làm giảm sự hấp thu hormon tuyến giáp ở đường tiêu hóa. Vì thế 02 thuốc này nên được dùng cách nhau ít nhất 02-03 giờ.

- Nếu người chưa mắc bệnh tuyến giáp và xét nghiệm TSH lần đầu sau có thai là bình thường thì hầu như không cần kiểm tra lại tình trạng tuyến giáp.

5. Phòng bệnh:

- Nguyên nhân gây suy giáp chưa được rõ, nhưng người ta biết rằng khi có thai sẽ tăng sự dung nạp iodine để bảo đảm mức độ bình thường của sản xuất hormon tuyến giáp. Ở nước ta, nhất là vùng núi, các thức ăn thường thiếu iodine nên bệnh bướu cổ khá phổ biến, vì vậy cách đề phòng tốt nhất là thực hiện tốt chương trình phòng chống bướu cổ của Bộ Y tế là dùng muối có iodine thay cho muối thường trong bữa ăn hằng ngày. Người mang thai cần lựa chọn những thực phẩm giàu iodine như các loại cá biển, trứng, sữa, rau có màu xanh đậm, quả chín có màu vàng...

- Từ tuổi vị thành niên, nếu phát hiện bướu cổ phải điều trị sớm dù là bướu cổ đơn thuần.

- Cần sàng lọc cho các bà mẹ ở trong 03 tháng đầu thai kỳ và tốt nhất là cho phụ nữ muốn có thai. Đặc biệt ở những phụ nữ có nguy cơ.

- Phụ nữ bị bệnh tuyến giáp nếu muốn có thai: tốt nhất là đợi đến khi điều trị ổn định bệnh.

Trong khi đang điều trị bệnh, nếu có thai ngoài ý muốn mà muốn giữ thai, cần đi khám ngay chuyên khoa nội tiết để có được lời khuyên tốt nhất.

- Sàng lọc sơ sinh ngay sau sinh để phát hiện sớm các trường hợp mắc suy giáp bẩm sinh để có thể điều trị sớm cho trẻ, tránh các hậu quả lâu dài.

BASEDOW VÀ THAI NGHÉN

1. ĐẠI CƯƠNG:

Khoảng 01-02% số phụ nữ mang thai có rối loạn chức năng tuyến giáp, tăng một cách tương đối ở người phụ nữ lớn tuổi

Do 02 nguyên nhân:

- Thiếu Iodine do thai nghén.
- Sự thay đổi về miễn dịch do thai nghén dẫn đến rối loạn chức năng của tuyến giáp.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Lâm sàng:

- Thai phụ có tiền sử gia đình, tiền sử bản thân hoặc thai phụ có bướu giáp

- Biểu hiện:

+ Mắt lồi

+ Tim nhanh > 100 lần /phút

+ Run tay

+ Giảm cân hay không có tăng cân và nôn nặng kéo dài.

+ Tuyến giáp to tùy giai đoạn bệnh

- Tiến triển: cho mẹ và thai nói chung là tốt khi quản lý thai nghén và thăm khám tuyến giáp tốt. Nói chung bệnh Basedow có xu thế được cải thiện tốt dần trong quá trình có thai bắt đầu sau 20 tuần do sự ổn định về miễn dịch. Còn những trường hợp khác, các biến chứng của mẹ và của thai có thể là thảm họa, đặc biệt là nửa sau của thai kỳ.

2.2. Cận lâm sàng:

- Nồng độ TSH có thể thấp vào giai đoạn đầu của thai kỳ

- Định lượng T4 tự do: nồng độ T4 tăng nhiều trong trường hợp cường giáp.

- Trong trường hợp không tương thích cần bổ sung xét nghiệm T3 tự do.

- Xét nghiệm về tim mạch: điện tâm đồ, siêu âm tim...

- Chụp và siêu âm tuyến giáp

- Lấy máu thai nhi có thể được chỉ định trong những trường hợp nghi ngờ có rối loạn chức năng tuyến giáp vào tuổi thai 25-27 tuần.

3. ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI:

3.1. Điều trị:

- Sử dụng các thuốc kháng giáp tổng hợp ở liều tối thiểu để đạt được mức độ bình giáp.

- Sử dụng các chế phẩm của Theo-Uracil (PTU, Basdène) vì khả năng qua rau thai của nó thấp và nguy cơ gây ra bất thường thai cũng rất thấp.

- Cắt bỏ tuyến giáp thường không được chỉ định làm trong khi có thai.

- Việc sử dụng phương pháp điều trị bằng Iot phóng xạ là chống chỉ định tuyệt đối trong suốt thời gian có thai.

4. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG:

4.1. Tiến triển:

- Quản lý thai nghén tốt kết hợp với theo dõi chặt chẽ, điều trị đúng có thể kiểm soát được tiến triển bệnh.

- Nhìn chung bệnh Basedow có xu thế được cải thiện tốt dần trong quá trình có thai vào giai đoạn sau 20 tuần do sự ổn định về miễn dịch.

- Trong một số trường hợp, các biến chứng của mẹ và của thai có thể nặng, đặc biệt là nửa sau của thai kỳ.

4.2. Các biến chứng về phía mẹ:

- Có thể gặp suy tim, tiền sản giật

- Thiếu máu hay nhiễm trùng.

- Cơn cường giáp khi chuyển dạ

4.3. Ảnh hưởng đến thai và trẻ sơ sinh:

- Thai chết lưu, chết ở trẻ sơ sinh
- Chậm phát triển
- Bất thường của xương như hẹp sọ, một số dị dạng khác như: thai vô sọ, khe hở môi, màn hầu, không có hậu môn, suy tim
- Đẻ non chiếm 53% và bướng giáp ở trẻ sơ sinh.
- Suy giáp bẩm sinh

4.4. Cường giáp thai nhi:

- Cường giáp sơ sinh hay thai nhi rất hiếm gặp với một tỷ lệ 1/4000-1/40000.
- Lấy máu thai nhi có thể được chỉ định trong những trường hợp nghi ngờ có rối loạn chức năng tuyến giáp vào tuổi thai 25-27 tuần.
- Sử dụng những thuốc chống cường giáp có thể cải thiện một cách nhanh chóng tiến triển của cường giáp ở thai nhi. Sử dụng PTU (propyl-theo-uracil) tốt hơn là methimazole.

4.5. Cường giáp ở trẻ sơ sinh:

- Cường giáp ở trẻ sơ sinh gặp ở 1% các trẻ mà người mẹ mang kháng thể kháng các thụ cảm quan của TSH.
- Cường giáp trẻ sơ sinh được phát hiện thông qua dấu hiệu tăng động của trẻ sơ sinh, ăn nhiều nhưng tăng cân ít, nôn nhiều, ỉa chảy, sốt, tim nhịp nhanh, tăng tiết mồ hôi và ban đỏ. Bướng giáp chỉ có thể gặp ở một nửa số trường hợp. Suy tim ở trẻ sơ sinh là một trong những nguy cơ của trẻ sơ sinh cho nên cần phải chẩn đoán và điều trị sớm tránh nguy cơ suy tim ở trẻ sơ sinh
- Điều trị một cách kinh điển là PTU 5-10mg/kg kết hợp với các thuốc Betabloquant.

5. THEO DÕI:

- Ở người mẹ theo dõi nồng độ T4 trong suốt quá trình có thai.
- Ở thai nhi cần theo dõi siêu âm để phát hiện bướng giáp của thai, theo dõi tiến triển của nó dưới điều trị ở người mẹ.

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG VÀ THAI NGHÉN

1. ĐẠI CƯƠNG:

Đái tháo đường (ĐTĐ) thai kỳ là tình trạng rối loạn dung nạp glucose ở bất kỳ mức độ nào, khởi phát hoặc được phát hiện lần đầu tiên trong lúc mang thai, thuật ngữ này được áp dụng cho cả những thai phụ chỉ cần điều chỉnh chế độ ăn mà không cần dùng insulin.

2. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ MẮC ĐTĐ THAI KỲ:

- Thừa cân, béo phì.
- Tiền sử gia đình: có người bị đái tháo đường, đặc biệt là người đái tháo đường thế hệ thứ nhất.
- Tiền sử đẻ con $\geq 4000g$.
- Tiền sử bất thường về dung nạp glucose, glucose niệu dương tính.
- Tuổi càng cao thì nguy cơ càng tăng, ≥ 35 tuổi là yếu tố nguy cơ cao của đái tháo đường thai kỳ.
- Tiền sử sản khoa bất thường: thai chết lưu, sảy thai liên tiếp không rõ nguyên nhân.

3. HẬU QUẢ CỦA ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ:

- Nguy cơ đối với mẹ:
 - + Trong thời gian mang thai: có thể gây biến chứng tiền sản giật, sản giật, nhiễm khuẩn tiết niệu, đẻ non, đa ối.
 - + Trong cuộc đẻ: có nguy cơ đẻ khó do thai to toàn bộ hoặc từng phần, tỷ lệ mổ đẻ cao
 - + Sau đẻ: có nguy cơ chảy máu sau đẻ, nhiễm khuẩn sau đẻ.
- Nguy cơ đối với thai và trẻ sơ sinh:
 - + Thai to gây đẻ khó và tăng nguy cơ sang chấn, tổn thương sau đẻ như liệt đám rối thần kinh cánh tay, gãy xương đòn, tăng nguy cơ phải mổ đẻ.
 - + Dị tật bẩm sinh, chậm phát triển trong tử cung, phì đại cơ

tim...

+ Hạ glucose máu sơ sinh, hạ calci máu sơ sinh, đa hồng cầu, tăng bilirubin máu, hội chứng suy hô hấp cấp chu sinh, nhiễm khuẩn sơ sinh, tăng tỷ lệ tử vong chu sinh.

4. CHẨN ĐOÁN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ:

- Sàng lọc:

+ Đối với người có nguy cơ thấp: Thai 24 tuần cần làm xét nghiệm tăng đường huyết (XNTĐH). Nếu XNTĐH dương tính cần khám chuyên ngành nội khoa kết hợp với thăm khám thai định kỳ

+ Đối với người có nguy cơ cao (bố hoặc mẹ có bệnh tiểu đường, thai phụ béo phì...): trong 03 tháng đầu cần xét nghiệm đường huyết, HbA1C và làm nghiệm pháp tăng đường huyết. Xét nghiệm lại lần 02 khi thai 24 tuần (hoặc 03 tháng giữa) và lần 03 vào 03 tháng cuối của thai kỳ. Nếu XNTĐH dương tính cần khám chuyên ngành nội khoa kết hợp với thăm khám thai định kỳ

- Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ:

Theo hướng dẫn mới của ADA (2011) và tiêu chuẩn của nhóm nghiên cứu Hiệp hội Đái tháo đường và thai nghén quốc tế IADPSG, chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ khi có 01 trong 03 giá trị đường huyết bằng hoặc vượt ngưỡng sau đây:

Thời điểm	Giá trị đường huyết: mmol/l (mg/dl)
Lúc đói	5,1 (92)
1 giờ	10,0 (180)
2 giờ	8,5 (153)

5. ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ:

5.1. Tuyến xã: chuyển tuyến trên

5.2. Tuyến huyện trở lên:

- Kết hợp điều trị giữa bác sĩ nội khoa và sản khoa trong thời gian mang thai.

- Kiểm soát nồng độ đường huyết bằng chế độ ăn hoặc bằng thuốc insulin nhằm giảm các biến chứng cho mẹ và thai.

- Có thể theo dõi chuyển dạ tự nhiên, chỉ định mổ khi thai to

hoặc suy thai.

- Trong cuộc chuyển dạ: cần kiểm soát chặt chẽ glucose máu mẹ trong suốt cuộc đẻ (tốt nhất dao động từ 3.3-5.6 mmol/l).

- Trong cuộc đẻ, theo dõi tim thai để phát hiện và xử trí kịp thời suy thai. Việc dùng insulin phải cân nhắc thận trọng vì sau khi lấy hết bánh rau, mất hiện tượng kháng insulin có thể gây hạ glucose máu. Theo dõi chặt chẽ nồng độ đường máu để điều chỉnh thuốc cho phù hợp.

- Theo dõi chặt chẽ trẻ sơ sinh 3 ngày đầu sau đẻ để phát hiện và xử trí kịp thời các biến chứng.

6. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG:

6.1. Cho con:

- Sự phát triển của thai ở những người mẹ ĐTĐ nói chung có thể có những dị tật ảnh hưởng lớn đến tương lai của trẻ:

 - + Tổn thương ống thần kinh

 - + Dị tật bẩm sinh ở tim và một số thương tổn khác.

- Thai quá phát triển do tăng tích chứa mỡ, gia tăng chiều dài, gia tăng tỷ lệ bụng/đầu hoặc ngực/đầu

- Thai kém phát triển có thể gây nhiều biến chứng tác hại khác cho thai.

- Đa ối: đa ối thường đi liền với thai to, gây khó chịu và gây sinh non

- Một số nguy cơ khác cho thai nhi có thể gặp do tăng insulin như: hội chứng suy hô hấp, hạ glucose huyết, tăng bilirubin máu, hạ calci máu, kém ăn.

6.2. Cho mẹ:

- Phụ nữ có biến chứng tim mạch và/hoặc ĐTĐ là nguy cơ lớn về bệnh tật và tử vong trong suốt quá trình mang thai.

- Nhiều biến chứng bệnh tật do ĐTĐ ở phụ nữ mang thai trở lại góp phần làm rối loạn thêm chuyển hoá từ đó tác động xấu lên sự kiểm soát glucose huyết.

- Nhiễm toan ceton thường xảy ra vào 6 tháng sau của thai kỳ, đây là giai đoạn sự mang thai có tác động mạnh nhất lên ĐTĐ. Nhiễm toan ceton là một nguy cơ gây tử vong cho mẹ cũng như tử vong chu sinh cho thai nhi.

VIÊM GAN VÀ THAI NGHÉN

1. Đại cương:

- Có nhiều loại virus gây viêm gan: A, B, C, D, E, G ... Trong thực tế, chỉ có 60% bệnh nhân vàng da trong thời kỳ có thai là do viêm gan nên triệu chứng vàng da của viêm gan ở các thai phụ cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác như:

- + Hội chứng Hellp trong tiền sản giật,
- + Vàng da do ngộ độc các thuốc: thuốc điều trị lao...
- + Sỏi mật,
- + Vàng da ở phụ nữ có thai,

- *Ảnh hưởng của viêm gan virus đối với thai nghén:* có thể gây sảy thai, thai chết trong tử cung, tăng nguy cơ đẻ non, tăng nguy cơ chết thai, nguy cơ chảy máu lúc sổ thai do rối loạn đông máu ở các sản phụ bị viêm gan có suy giảm chức năng gan. Tỷ lệ teo gan cấp có thể xảy ra ở 20% các trường hợp thai nghén mắc viêm gan B cấp dẫn tới hôn mê, tử vong. Viêm gan E làm tăng nguy cơ tử vong mẹ và con.

- Viêm gan B lây truyền qua đường máu, đường sinh dục và lây truyền từ mẹ sang con. Lây truyền của virus viêm gan B từ mẹ sang con có thể xảy ra trong thời kỳ mang thai (tỷ lệ thấp), trong cuộc đẻ hoặc trong thời kỳ hậu sản thông qua việc trẻ bú mẹ. Hậu quả là, gần 85% số trẻ này trở thành người mang HBV mãn tính và là nguồn lây quan trọng trong cộng đồng.

2. Triệu chứng:

- Biểu hiện lâm sàng giai đoạn tiền vàng da: có các triệu chứng ngoài gan như mệt mỏi rũ rượi, hội chứng giả cúm (nhức đầu, sốt nhẹ, đau cơ đau khớp), rối loạn tiêu hóa (chán ăn, đau vùng thượng vị hoặc hạ sườn phải). Xét nghiệm ở giai đoạn này thấy men gan tăng cao gấp từ 05-10 lần bình thường.

- Thời kỳ vàng da: kéo dài từ 02 đến 08 tuần. Các triệu chứng ngoài gan giảm dần, bệnh nhân hết sốt, thay vào đó là triệu chứng ứ mật: da và củng mạc mắt vàng đậm dần, nước tiểu ít và vàng sẫm, 50% trường hợp có ngứa, phân bạc màu. Bệnh nhân thường đau tức hạ sườn phải do bao gan Glisson bị căng, gan to mềm và ấn tức.

3. Chẩn đoán:

- Để chẩn đoán xác định viêm gan B tiến triển, phải dựa vào phản ứng huyết thanh học để tìm các dấu ấn của virus gây viêm gan: HBsAg (+) và

+ HBeAg (+) nồng độ virus trên 10⁵, hoặc

+ HBeAg (-) nồng độ virus trên 10⁴

- Với sản phụ có HbsAg(+), cần xét nghiệm chức năng gan để phát hiện thể viêm gan không có triệu chứng.

4. Xử trí:

- Những trường hợp đã có chẩn đoán xác định viêm gan tiến triển: tuyến xã và tuyến huyện chuyển tuyến trên ngay. Bệnh nhân phải được theo dõi tại tuyến tỉnh trở lên. Cần phối hợp với các chuyên khoa liên quan như hồi sức, truyền nhiễm.

- Điều trị các rối loạn đông máu có thể sử dụng vitamin K, huyết tương tươi đông lạnh, tiểu cầu.

- Theo dõi monitor nhịp tim mẹ và thai

- Mổ lấy thai ngay không phải là giải pháp cho rối loạn đông máu. Dựa trên tuổi thai, tình trạng thai, hoặc nếu tình trạng bệnh tồi đi sau khi đã điều chỉnh rối loạn đông máu hợp lý có thể mổ lấy thai.

- Gây mê toàn thân được khuyến cáo trong mổ lấy thai. Nên tránh gây tê ngoài màng cứng, nên tránh vì nguy cơ chảy máu dẫn đến rối loạn đông máu.

- Tính lượng dịch vào-ra.

- Kiểm tra chảy máu âm đạo.

- Truyền máu, tiểu cầu, huyết tương tươi để điều trị chảy máu và rối loạn đông máu trong lòng mạch.

- Theo dõi hạ HA, điều trị kịp thời tránh tổn thương gan, thận.

5. Dự phòng lây truyền mẹ con:

- Phụ nữ mang thai phải được xét nghiệm phát hiện viêm gan B.
- Con của các sản phụ có HBsAg (+) phải được tiêm đồng thời 0,5 ml huyết thanh có chứa kháng thể miễn dịch chống viêm gan và vắc xin trong vòng 12 giờ đầu sau đẻ ở 02 vị trí khác nhau. Tiêm chủng nhắc lại sau đó 01 tháng, 02 tháng và 01 năm.

6: CÁC THỦ THUẬT VÀ PHẪU THUẬT

CÁC PHƯƠNG PHÁP VÔ CẢM TRONG CÁC THỦ THUẬT SẢN KHOA

1. Gây tê tại chỗ.

1.1.1. Chỉ định.

Cắt, khâu tầng sinh môn.

1.1.2. Kỹ thuật.

- Tiêm **lidocain 1%** vào vùng tầng sinh môn nơi định cắt (vị trí 05 hoặc 07 giờ) bằng kim số 22 g dài 05 cm.
- Tránh tiêm thuốc tê vào mạch máu bằng cách vừa đẩy kim từ từ vào sâu và vừa hút xem có ra máu không. Khi kim gây tê vào đủ sâu đạt vị trí cần gây tê thì vừa rút kim từ từ vừa bơm thuốc.
- Chờ 02 - 04 phút để thuốc tê có tác dụng thì tiến hành cắt tầng sinh môn. Nên cắt trong cơn rặn của sản phụ.
- Nếu tiêm nhầm thuốc tê vào mạch máu có thể gây co giật thậm chí gây tử vong. Xử trí: chống co giật bằng tiêm tĩnh mạch thiopental hoặc benzodiazepin, hô hấp nhân tạo.

Người thực hiện là các bác sĩ gây mê hồi sức, bác sĩ sản khoa, nữ hộ sinh.

2. Gây tê quanh cổ tử cung.

1.2.1. Chỉ định.

Khi nong cổ tử cung để hút hoặc nạo thai.

1.2.2. Kỹ thuật.

- Đặt 2 van âm đạo, sát khuẩn âm đạo và cổ tử cung bằng betadin.
- Dùng kim Pozzi 02 răng cặp cổ tử cung kéo nhẹ ra ngoài, nghiêng sang từng bên phải, trái để nhìn thấy chỗ bám của biểu mô cổ tử cung vào âm đạo, đây là nơi sẽ gây tê.
- Dùng kim 22 g, dài 3,5 cm, lắp vào bơm tiêm 20 ml.
- Thuốc sử dụng: **lidocain 0,5 %**.
- Tiêm tê lần lượt vào các điểm 5 - 7 - 11 - 1 giờ, mỗi điểm tiêm 02 ml dung dịch lidocain ngay dưới biểu mô, không sâu quá 03 mm.
- Đơn giản hơn có thể chỉ tiêm ở hai điểm 05 và 07 giờ, mỗi điểm 10 ml Lidocain là đủ gây tê dây chằng rộng hai bên.
- Trước khi bơm thuốc phải hút thử xem kim có chọc vào mạch máu không. Nếu hút ra máu phải rút kim ngay, chọc chỗ khác.
- Sau khi gây tê xong, chờ 02 phút và cặp thử vào cổ tử cung, nếu người bệnh còn đau chờ thêm 02 phút nữa rồi thử lại, hết đau mới tiến hành thủ thuật.

CÁC PHƯƠNG PHÁP GÂY CHUYỂN DẠ

Gây chuyển dạ hoặc khởi phát chuyển dạ là sự tác động của thầy thuốc làm cho cuộc chuyển dạ bắt đầu không phải cuộc chuyển dạ tự nhiên để chấm dứt thai kỳ.

1. Chỉ định.

- Ối đã vỡ nhưng chưa chuyển dạ, màng ối vỡ nhưng chưa có cơn co tử cung hoặc cơn co yếu, cạn ối.
- Thai quá ngày sinh.
- Bệnh lý của mẹ như: tăng huyết áp, tiền sản giật, ung thư cần đình chỉ thai nghén, bệnh tim nhưng chưa suy tim mà ối bị vỡ non, bệnh chất tạo keo.
- Nhiễm khuẩn ối.
- Thai có dị tật bẩm sinh nặng có chỉ định đình chỉ thai nghén.
- Thai chết lưu trong tử cung.
- Thai chậm phát triển trong tử cung.

2. Chống chỉ định.

- Test không đã kích và đã kích có biểu hiện bệnh lý.
- Bất tương xứng thai - khung chậu.
- Ngôi bất thường không có chỉ định đẻ đường dưới.
- Nhau tiền đạo.
- Sẹo mổ cũ trên tử cung.
- Sa dây rốn (thai sống).
- Các bệnh lây truyền qua đường tình dục (Herpes sinh dục, sùi mào gà)
- Các bệnh lý mạn tính nghiêm trọng của mẹ như suy tim, tiền sản giật nặng, sản giật...(có thể chỉ định phẫu thuật lấy thai)

3. Đánh giá trước khi gây chuyển dạ.

3.1. Về phía mẹ.

- Đánh giá lại khung chậu.
- Đánh giá cổ tử cung (qua chỉ số Bishop).
- Xem lại các nguy cơ cũng như các lợi ích của gây chuyển dạ.

3.2. Về phía thai.

- Xác định tuổi thai.

- Ước lượng cân nặng thai nhi.
- Xác định ngôi thai

Bảng chỉ số Bishop

Điểm	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Đánh giá				
Độ mở cổ tử cung (cm)	0	1 - 2	3 - 4	5 - 6
Độ xóa cổ tử cung (%)	0 - 30	40 - 50	60 - 70	≥ 80
Độ lọt của thai	-3	-2	-1 - 0	+1 - +2
Mật độ cổ tử cung	Cứng	Vừa	Mềm	
Hướng cổ tử cung	Sau	Trung gian	trước	

Bảng chỉ số Bishop có giá trị tiên lượng khả năng thành công khi gây chuyển dạ. Nếu chỉ số Bishop > 05 điểm thì khả năng gây chuyển dạ thành công cao, nếu chỉ số Bishop < 03 điểm thì khả năng thất bại cao.

4. Các phương pháp gây chuyển dạ.

4.1. Bóc tách màng ối.

Khám âm đạo, đưa ngón tay vào giữa màng ối và cổ tử cung, đầu ngón tay phải áp sát cổ tử cung để tách màng ối ra khỏi thành cổ tử cung và đoạn dưới tử cung.

4.2. Bấm ối.

Bấm ối chỉ thực hiện được khi cổ tử cung đã mở, bằng cách dùng 1 kim chọc dò dài hoặc 1 cành Kocher để gây thủng màng ối, sau đó dùng ngón tay xé rộng màng ối. Có thể bấm ối đơn thuần hoặc kết hợp với truyền oxytocin.

Đánh giá số lượng và màu sắc dịch ối.

Theo dõi nhịp tim thai trước và ngay sau khi bấm ối.

4.3. Bóng Foley.

Đưa một thông Foley qua lỗ trong cổ tử cung. Bơm 10 ml huyết thanh mặn 0,9% làm phồng bóng cao su tạo áp lực giúp cho cổ tử

cung xóa và mở. Khi cổ tử cung mở được 3 cm, thông sẽ tự tuột ra ngoài và cuộc chuyển dạ được khởi phát.

Có thể kết hợp với truyền tĩnh mạch oxytocin nếu cần.

4.4. Prostaglandin (chỉ được tiến hành tại cơ sở có phẫu thuật.)

- PG E1 (biệt dược thông dụng là Misoprostol): Không chỉ định gây chuyển dạ trên thai phụ đủ tháng và con có thể sống được vì nguy cơ vỡ tử cung và suy thai. Những trường hợp khác phải theo dõi rất chặt chẽ.

- PG E2 (Dinoprostone, biệt dược Prospess, Cerviprime): gây chuyển dạ thuận lợi và an toàn hơn. Chỉ định với những trường hợp có thể đẻ được đường âm đạo, không có sẹo mổ cũ.

4.5. Bấm ối kết hợp với truyền oxytocin: (chỉ được tiến hành tại cơ sở có phẫu thuật)

4.5.1. Các bước tiến hành.

- Cho 05 đv oxytocin pha vào 500 ml dung dịch glucose 5 %, truyền nhỏ giọt tĩnh mạch chậm, liều lượng lúc đầu 05 - 08 giọt/phút cho đến khi xuất hiện cơn co tử cung. (xem cách sử dụng OXYTOCIN)

- Bấm ối, xé rộng màng ối.
- Theo dõi và điều chỉnh số giọt để đạt được số cơn co phù hợp với sự tiến triển của chuyển dạ.

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

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

Lưu ý: Đối với những thuốc có thể kìm hãm trung tâm hô hấp của thai nhi, chỉ nên dùng khi cổ tử cung đã mở 5 - 6 cm, thai có khả năng lọt và sổ trong một thời gian ngắn.

4.5.2. Theo dõi và xử trí tại bệnh.

- Theo dõi: tim thai, cơn co tử cung, độ mở cổ tử cung, độ lọt của ngôi để có thái độ xử trí kịp thời.
- Nếu thai suy, phải ngừng đẻ chỉ huy, phẫu thuật để cứu thai.
- Nếu cơn co tử cung quá thưa, nhẹ, tăng số giọt truyền. Nếu quá mạnh, mau thì giảm lưu lượng truyền và có thể sử dụng giảm co tử cung.
- Nếu cuộc đẻ chỉ huy kéo dài quá 6 giờ mà không tiến triển tốt thì phải phẫu thuật lấy thai.
- Tai biến có thể gặp là thai suy hoặc tử vong do theo dõi không tốt, can thiệp muộn.
- Có thể vỡ tử cung do truyền oxytocin gây cơn co mau, mạnh: phải phẫu thuật để cứu mẹ và con.

KỸ THUẬT BẮM ỒI

Bám ối là một thủ thuật được làm trong quá trình chuyển dạ đẻ, khi cổ tử cung đã xóa mở, mục đích làm vỡ màng ối chủ động để nước ối thoát ra ngoài.

1. Chỉ định.

- Màng ối dày, cổ tử cung không tiến triển.
- Gây đẻ chỉ huy hay làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm hoặc đẻ thai thứ hai trong đẻ sinh đôi.
- Rau bám bên, bám mép chảy máu.
- Bám ối cho nước ối chảy ra từ từ trong trường hợp đa ối.
- Bám ối khi cổ tử cung mở hết.
- Một số bệnh lý của người mẹ cần bám ối để rút ngắn chuyển dạ, như bệnh tim, tiền sản giật nặng khi cổ tử cung đã mở từ 04 cm trở lên.

2. Chống chỉ định.

- Chưa chuyển dạ thực sự.
- Sa dây rốn trong bọc ối.
- Cổ tử cung chưa mở hết trong ngôi mông, ngôi mặt, ngôi vai.

3. Chuẩn bị.

Phương tiện: một kim dài 15 - 20 cm đầu tù có nòng hoặc 1 cánh của kẹp Kocher có răng.

Sản phụ: nằm trên bàn đẻ, tư thế sản khoa, thở đều, không rặn.

4. Các bước tiến hành.

- Rửa sạch âm hộ bằng nước vô khuẩn.
- Đeo găng vô khuẩn.
- Trước khi bấm ối, kiểm tra lại xem có sa dây rốn trong bọc ối không.
- Trong ngôi đầu, đầu ối dẹt thì nên bấm trong con co tử cung, đầu ối phồng bấm ngoài con co.
- Đối với ngôi mông, nên bấm ối ngoài con co tử cung chỉ khi cổ tử cung mở hết, cho nước ối chảy ra từ từ rồi mới xé rộng màng ối.
- Đối với ngôi vai (thai thứ 02) khi có chỉ định và đủ điều kiện để nội xoay thai thì chọc đầu ối, đưa được cả bàn tay vào buồng tử cung và nắm lấy chân thai nhi làm nội xoay. Vì vậy, sau khi chọc ối và xé màng ối, phải đưa ngay cả bàn tay vào buồng tử cung, vừa tìm chân thai nhi vừa ngăn không cho nước ối chảy ồ ạt ra ngoài
- Nếu bấm ối trong rau tiền đạo bấm thấp, bấm mép, sau khi chọc đầu ối, xé rộng màng ối song song với bờ bánh rau, tránh xé vào bánh rau gây chảy máu.
- Nếu bấm ối trong đa ối cần để sản phụ nằm đầu thấp, mông hơi cao. Dùng phương pháp tia ối, nghĩa là dùng kim chọc một lỗ nhỏ, chọc ngoài con co tử cung, 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, dễ gây bong rau và sa dây rốn hoặc ngôi có thể trở thành bất thường.

5. Theo dõi và xử lý tai biến.

- Sau khi bấm ối phải kiểm tra lại xem có sa dây rốn hay không và ngôi thai có thay đổi gì không để có hướng xử lý kịp thời. Sau cùng nghe lại tim thai, rồi nhận định màu sắc và lượng nước ối.

- Nếu sau khi bấm ối bị sa dây rốn, phải cho sản phụ nằm tư thế đầu gối - ngực (đầu thấp, mông cao), dùng 2 ngón tay đẩy ngôi thai lên tránh đè vào dây rốn (xem bài “*Sa dây rốn*”) và phẫu thuật lấy thai ngay. Nếu chảy máu sau bấm ối hay nước ối bất thường (có máu hoặc lẫn phân su) phải tìm nguyên nhân để xử lý kịp thời

NGHIỆM PHÁP LỘT NGÔI CHỖM

Nghiệm pháp lọt ngôi chỏm là phương pháp đánh giá cuộc đẻ khi khung chậu giới hạn, trọng lượng thai nhi bình thường hoặc khi khung chậu bình thường nhưng thai nhi lại khá to, nhằm đưa đến quyết định là thai nhi có thể đẻ được qua đường âm đạo hay phải phẫu thuật lấy thai.

1. Chỉ định.

- Khung chậu giới hạn, thai bình thường.
- Khung chậu bình thường, thai to.
- Khung chậu hẹp, thai nhỏ.

2. Điều kiện.

- Phải là ngôi chỏm.
- Có chuyển dạ thật sự.

- Cổ tử cung xóa hết và mở 03 cm trở lên.
- Con co tử cung tốt. Nếu con co không tốt phải tăng co bằng oxytocin, nhỏ giọt tĩnh mạch.

- Phải theo dõi cẩn thận để phát hiện kịp thời những biến chứng xảy ra trong khi làm nghiệm pháp lọt như sa dây rốn, thai suy, con co tử cung dồn dập, dọa vỡ tử cung.

3. Chống chỉ định.

- Khung chậu hẹp hoàn toàn hoặc hẹp eo giữa và eo dưới.
- Thai suy.
- Các ngôi không phải là ngôi chỏm.
- Có sẹo mổ cũ ở tử cung.

4. Chuẩn bị.

- Một kim dài 15 cm hoặc một cành của kim Kocher để bấm ối.
- Thuốc tăng và giảm con co tử cung, dịch truyền.
- Biểu đồ chuyển dạ, nếu có điều kiện theo dõi thêm bằng monitor sản khoa.

5. Các bước tiến hành.

Bước 1: Sản phụ nằm ở tư thế sản khoa.

Bước 2: Khám sản khoa, tình trạng tim thai, con co tử cung, ngôi thai, khung chậu.

Bước 3: Dùng kim bấm ối khi có con co tử cung và xé rộng màng ối để cho ngôi tì vào cổ tử cung. Nếu ngôi thai còn cao phải để phòng sa dây rốn.

Bước 4: Ghi rõ giờ bắt đầu bấm ối và diễn biến của con co.

Bước 5: Theo dõi con co tử cung, tim thai. Tình trạng cổ tử cung, ngôi thai được khám lại sau một giờ và sau hai giờ làm nghiệm pháp lọt để đánh giá sự tiến triển

Bước 6: Nếu con co tử cung tăng nhiều (trên 03 cơn co trên 10 phút), giảm số giọt oxytocin. Nếu trương lực tăng phải ngừng

truyền oxytocin, nếu tử cung vẫn tăng trương lực thì dùng các thuốc giảm co.

Chú ý: Thời gian chờ đợi tối đa là 6 giờ.

Trong thời gian làm nghiệm pháp, nên cho kháng sinh.

6. Theo dõi và xử lý tai biến.

6.1. Phẫu thuật cấp cứu lấy thai ngay trong các trường hợp.

- Con co tử cung dồn dập, liên tục dù đã ngừng oxytocin và cho thuốc giảm co.

- Thai suy.

- Sa dây rốn.

- Sau 02 giờ làm nghiệm pháp, cổ tử cung không mở thêm hoặc rắn hơn hoặc phù nề; ngôi thai vẫn cao, không lọt và bắt đầu có bướu huyết thanh.

6.2. Theo dõi thêm chuyển dạ.

Nếu sau 02 giờ làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm mà cổ tử cung mở thêm từ 02 cm trở lên, tim thai vẫn đều đặn, ngôi thai xuống sâu hơn trong tiểu khung, có thể quyết định cho theo dõi thêm; khi cổ tử cung mở hết đầu lọt thấp, có thể cho sản phụ đẻ thường hay lấy thai bằng Forceps, giác kéo.

ĐỠ ĐẦU TRONG NGÔI MÔNG

Đỡ đầu hậu trong ngôi mông là thủ thuật can thiệp để giúp đầu thai nhi cúi tốt hơn và sổ dễ dàng.

1. Chỉ định.

Tất cả các trường hợp đẻ ngôi mông đều phải can thiệp giúp đỡ đầu sổ.

2. Chuẩn bị.

- Phương tiện.

- Bộ cặp cắt rốn sơ sinh.
- Bộ hồi sức cấp cứu.

- Sản phụ: được hướng dẫn thở đều, không kêu, không rặn.

3. Các bước tiến hành.

Bất kỳ ngôi mông nào khi chuyển dạ cũng cần được tạo lập một đường truyền tĩnh mạch với glucose 5 %.

Có 03 thủ thuật để lấy đầu trong đẻ ngôi mông.

3.1. Ấn đầu cúi qua thành bụng.

- Dùng trong tất cả các trường hợp đỡ đầu trong ngôi mông.
- Người phụ dùng một bàn tay úp sấp lên thành bụng ở trên khớp mu của người mẹ, ấn cho đầu cúi tốt trước và trong khi người đỡ chính làm thủ thuật. Thủ thuật này hỗ trợ với thủ thuật Bracht.

3.2. Thủ thuật Bracht

- Dùng trong trường hợp đẻ con rạ, tăng sinh môn mềm, đầu thai nhỏ.
- Quay thai cho đầu ở đúng tư thế cằm vệt.
- Dùng hai ngón tay đặt vào cổ thai nhi, kéo cho đầu xuống thấp hơn để hạ cằm tì vào bờ dưới khớp vệt.
- Bàn tay kia nắm lấy hai chân thai nhi nhấc lên cao và lật nhẹ lên phía trên, cho lưng thai nhi ngả vào bụng mẹ.
- Động tác đó làm đầu thai nhi cúi tốt và cằm, mồm, mũi, mắt và trán sẽ qua tầng sinh môn sổ ra ngoài.
- Khi đó bỏ tay đặt ở cổ ra để đỡ lấy tầng sinh môn.
- Trong thủ thuật này, hai tay của phẫu thuật viên phải nắm vào 02 đùi của thai để làm thao tác cho đầu ngửa và sổ khi phẫu thuật viên hướng cho lưng thai về phía bụng mẹ. Đến khi đầu thai sắp sổ thì dùng một bàn tay nắm giữ 02 bàn chân của thai còn tay kia kéo nhẹ vào dây rốn để bớt bị căng và giúp 02 tay của thai sổ dễ dàng

3.3. Thủ thuật Mauriceau.

- Dùng trong trường hợp con so, tăng sinh môn rắn, đầu thai to hoặc đầu không to nhưng bị ngửa, quay cho đầu thai nhi ở tư thế cằm vệt.

- Phối hợp hai tay: để thai nhi cuống lên cánh tay phải, hai chân duỗi hai bên cánh tay, luồn ngón trỏ và ngón giữa của tay phải vào mồm thai nhi và ấn vào cuống lưỡi rồi kéo vào hàm dưới để giúp đầu cúi thêm. Cùng lúc đó dùng ngón trỏ và ngón giữa của bàn tay trái ấn vào vùng cằm rồi đặt hai ngón tay đó vào gáy thai nhi kéo cho đầu cúi xuống.

- Hai tay phối hợp để cho đầu thai nhi vừa cúi thêm vừa xuống thấp.

- Khi hạ cằm đến bờ dưới khớp vệ thì hai tay phối hợp hướng thân thai nhi ra trước để lật ngửa lên bụng mẹ.

- Cằm, mồm, mũi, trán sẽ dần dần sỏ ra ngoài âm hộ.

Ngoài ra có thể dùng forceps lấy đầu hậu nếu thầy thuốc có kinh nghiệm

4. Theo dõi và xử trí tai biến.

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

Tàng sinh môn có thể bị rách rộng khi đầu thai sỏ, nên cắt nói tàng sinh môn trước để thai sỏ dễ dàng.

XOAY THAI TRONG

Xoay thai trong là thủ thuật dùng tay đưa vào buồng tử cung để chuyển thai nhi từ ngôi ngang thành ngôi mông và kéo thai ra ngoài.

1. Chỉ định.

Ngôi ngang, thai nhỏ tiên lượng khó có khả năng sống.

Ngôi ngang ở thai cuối cùng trong đa thai.

2. Điều kiện xoay thai trong.

- Cổ tử cung mở hết.
- Còn ối.

- Không có bất tương xứng đầu - chậu.
- Thai không suy.

3. Chống chỉ định.

Con so.

Khi không đủ điều kiện xoay thai.

4. Chuẩn bị.

4.1. Các phương tiện.

- Thuốc giảm co: nifedipin ngâm dưới lưỡi, dolosal 0,10 g.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc giãn cơ.
- Thuốc gây mê tĩnh mạch hoặc ngoài màng cứng.
- Oxygen.

4.2. Sản phụ: được giải thích hiểu rõ các bước tiến hành thủ thuật và nằm thoải mái trên bàn.

5. Các bước tiến hành.

- Thông tiểu trước khi xoay.
- Người làm thủ thuật rửa tay, mặc áo, đeo găng như trong cuộc phẫu thuật.
- Giảm đau, tiền mê.
- Kiểm tra kỹ để xác định được tư thế thai nhi trong tử cung.
- Kiểm tra lại xem các điều kiện để xoay thai có đầy đủ hay không: con co thưa, còn nhiều nước ối, ngôi cao lỏng, cổ tử cung mở hết, khung chậu rộng, thai nhỏ.
- Cần phân biệt tay với chân thai để khỏi kéo nhầm.
- Cho tay thuận vào tử cung để tìm chân thai nhi.
- Kéo cả hai chân xuống cùng một lúc là tốt nhất. Nếu khó quá phải kéo một chân thì kéo chân trước của thai. Nếu kéo phải chân sau thì quay cho chân sau thành chân trước. Kéo từ từ thai ra ngoài âm hộ.

- Bóc rau và kiểm soát tử cung ngay sau khi thai sổ để xem có vỡ tử cung hay không để kịp xử trí. Đây là thủ thuật bắt buộc sau khi xoay thai trong.

- Kiểm tra cổ tử cung, âm đạo, tầng sinh môn xem có rách không.

6. Theo dõi và xử trí tai biến.

- Có thể vỡ tử cung khi xoay thai, kéo chân xuống thấp, gây choáng, chảy máu: phẫu thuật ngay để khâu hay cắt tử cung cầm máu.

- Nhiễm khuẩn có thể xảy ra sau khi xoay thai trong: cho kháng sinh.

FORCEPS

Làm forceps là thủ thuật dùng kim kẹp cặp vào đầu thai nhi để kéo ra ngoài âm hộ.

1. Chỉ định.

1.1. Về phía mẹ.

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

1.2. Về phía thai.

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

2. Điều kiện.

- Đầu lọt thấp.
- Cổ tử cung mở hết.
- Ổi đã vỡ hoặc phải bấm ối trước khi làm.

3. Chuẩn bị.

3.1. Cán bộ chuyên khoa: y sĩ, bác sĩ chuyên khoa phụ sản

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

3.2. Phương tiện.

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

3.3. Sản phụ.

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

4. Các bước tiến hành.

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

Thì 1: Đặt hai cành forceps.

Cành đặt trước là cành dưới. Thường đó là cành trái, sau khi đặt giao cho người phụ giữ.

Đặt tiếp cành thứ hai, đối xứng để khớp với cành thứ nhất. Nếu cành thứ hai không khớp được với cành thứ nhất cần đặt lại.

Thì 2: Khớp cành và kéo.

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

- Cắt tầng sinh môn giữa hai cành forceps.

Thì 3: Tháo cành forceps.

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

- Đỡ thai nhi như đỡ đẻ thường.
- Đỡ rau như thường lệ bằng phương pháp xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ.
- Kiểm tra tổn thương cổ tử cung âm đạo và tầng sinh môn.
- Khâu tầng sinh môn và các vết rách.

5. Xử trí tai biến.

- Rách âm hộ, âm đạo, cổ tử cung: khâu lại.
- Nếu nghi ngờ có tổn thương ở tử cung và ở đoạn dưới: kiểm soát tử cung để xác định và phẫu thuật ngay.
- Nếu forceps do tử cung có sẹo mổ cũ: nên kiểm soát tử cung.
- Khám sơ sinh ngay để phát hiện và xử trí các tai biến có thể có (liệt dây thần kinh, sang chấn não, chảy máu màng não...).

GIÁC HÚT

Giác kéo sản khoa là một thủ thuật sản khoa dùng dụng cụ tạo lực hút chân không tác động lên đầu thai (ngôi chòm) để kéo thai ra ngoài.

1. Chỉ định.

Giai đoạn hai kéo dài.

Nghi ngờ suy thai (nước ối có phân su).

Tử cung có sọc mờ cũ

2. Điều kiện.

Thai sống.

Ngôi chỏm.

Cổ tử cung mở hết.

Đầu lọt thấp.

Ối đã vỡ hay đã bầm ối.

3. Chống chỉ định.

Mẹ có bệnh nội khoa không được phép rặn đẻ (thay thế bằng Forceps).

Các ngôi không phải ngôi chỏm.

Thai non tháng.

Đầu có bướu huyết thanh to.

Đầu chưa lọt thấp.

Suy thai.

4. Chuẩn bị.

4.1. Phương tiện.

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

- Bộ đỡ đẻ và cắt khâu tầng sinh môn.

- Khăn vô khuẩn.

4.2. Sản phụ.

- Tư vấn cho sản phụ và gia đình.

5. Các bước tiến hành.

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

- Sát khuẩn vùng âm hộ, tầng sinh môn.

- Thông tiêu.

- Kiểm tra lại kiểu thể và độ lọt của ngôi.
- Chụp giác kéo thích hợp với độ mở của cổ tử cung. Thường khi cổ tử cung mở hết, dùng chụp số 05 - 06.
- Cầm nghiêng chụp cho vào âm đạo, đặt vào ngôi thai. Đặt chụp vào vùng chằm không chùm lên thóp sau.
- Tạo áp lực âm bằng cách bơm tới $0,2 \text{ kg/cm}^2$, kiểm tra lại chụp giác kéo tại nơi bám.
- Nếu hút phải phần mềm hoặc chụp bị kênh thì tháo hơi và đặt lại.
 - + Tăng áp lực hút đến $0,7 - 0,8 \text{ kg/cm}^2$ thì bắt đầu kéo khi có cơn co tử cung và phối hợp với sức rặn của sản phụ. Dây kéo luôn luôn thẳng góc với diện chụp, kéo bằng sức của cả tay. Cắt tăng sinh môn nếu cần.
 - + Khi hạ chằm tì vào khớp vệ thì kéo lên cho đầu sỏ. Sau đó tháo hơi từ từ, bỏ chụp ra ngoài, cho sản phụ rặn tiếp một hơi, đầu thai nhi sẽ sỏ ra âm hộ, đỡ dễ như bình thường.

Chú ý.

- Thời gian bơm hút hơi cũng như lúc xả hơi phải kéo dài 01 - 02 phút.
- Theo dõi tiến triển của ngôi sau mỗi cơn co. Tăng sinh môn phải giãn sau lần kéo thứ 02.
- Không được kéo lâu quá 10 phút hoặc quá 4 cơn co.
- Nếu trong lúc đang kéo, giác kéo bị trượt, chỉ đặt lại chụp một lần nữa và không quá 1 lần.

Theo dõi và xử trí tai biến.

Rách thành âm đạo, cổ tử cung: khâu cầm máu.

Khám kỹ thai nhi để phát hiện các sang chấn để xử trí.

BÓC NHAU NHÂN TẠO

Bóc nhau nhân tạo là thủ thuật đưa tay vào buồng tử cung để lấy nhau ra sau khi thai đã sổ.

1. Chỉ định.

- Nếu xử trí giai đoạn 03 của chuyển dạ thất bại thì phải bóc nhau

- Chảy máu trong thời kỳ sổ nhau khi nhau còn trong tử
- Những trường hợp cần kiểm tra sự toàn vẹn của buồng tử cung sau khi sổ thai.

Chú ý: Sản phụ đang choáng, phải hồi sức rồi mới bóc nhau nhân tạo.

2. Chuẩn bị.

2.1. Cán bộ chuyên khoa.

Thủ thuật viên rửa tay đến khuỷu, mặc áo, đi găng vô khuẩn.

2.2. Phương tiện.

Thuốc giảm đau sử dụng một trong các loại sau đây:

Dolosal 0,10 g, hoặc

Fentanyl 1 %, tiêm tĩnh mạch chậm 50 mcg hoặc Diazepam 5 mg/ml, tiêm tĩnh mạch chậm

Thuốc trợ tim, hồi sức để dùng khi cần.

2.3. Sản phụ.

Được tư vấn trước khi làm thủ thuật.

Thông tiểu, sát khuẩn tầng sinh môn, âm đạo, trải khăn vô khuẩn.

Giảm đau.

3. Các bước tiến hành.

- Kháng sinh dự phòng uống hoặc tiêm.

- Đưa tay vào tử cung lần theo dây rốn tới vùng nhau bám, dùng bờ trong của bàn tay tách bánh nhau khỏi thành tử cung. Nếu bàn tay không đưa được vào buồng tử cung, thủ thuật viên nên chờ một lát, cho thuốc giảm co (2 mg glycerol trinitrat dưới lưỡi) rồi dùng tay nong từ từ để vào buồng tử cung.

- Tay trên bụng cố định đáy tử cung.

- Khi nhau bong hết thì tay trong tử cung đẩy bánh nhau ra ngoài.

- Sau khi bóc nhau nhân tạo phải kiểm soát buồng tử cung ngay.

- Thuốc co tử cung: oxytocin 05 đv, tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch hoặc/và

- Ergometrin 0,2 mg, tiêm bắp hoặc.

- Misoprostol 200 mcg ngâm dưới lưỡi 01 - 03 viên hoặc đặt hậu môn 03 - 05 viên

- Nếu không bóc được bánh nhau vì nhau bám chặt hoặc nhau cài răng lược thì không được cố sức bóc, phải chuyển phẫu thuật cắt tử cung.

4. Theo dõi và xử lý tai biến.

4.1. Theo dõi.

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

Co hồi tử cung và lượng máu chảy từ tử cung ra.

4.2. Xử trí.

- Choáng do đau hoặc do mất máu (tham khảo bài “Choáng sản khoa”).

- Giữ cho tử cung co tốt (tham khảo bài “Chảy máu sau đẻ”)

- Nếu tử cung vẫn không co dù đã dùng thuốc co tử cung cần kiểm soát tử cung lại để lấy hết máu cục và nhau sót.

- Nếu máu tiếp tục chảy trong khi tử cung co tốt phải kiểm tra tổn thương ở cổ tử cung và âm đạo.

- Cần cho kháng sinh điều trị nếu nghi ngờ có nhiễm khuẩn.

KIỂM SOÁT TỬ CUNG

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

1. Chỉ định.

- Chảy máu sau khi sổ nhau (được làm ở tuyến xã).
- Sót nhau, sót màng.
- Kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung.
- Tử cung có sẹo mổ cũ.

Chú ý: Sản phụ đang choáng, phải hồi sức sau đó mới kiểm soát tử cung.

2. Chuẩn bị.

Người làm thủ thuật phải rửa tay phẫu thuật, đội mũ, đeo găng, mặc áo vô khuẩn.

Phương tiện:

Tham khảo bài “*Bóc nhau nhân tạo*”.

Sân phụ:

Tham khảo bài “*Bóc nhau nhân tạo*”.

3. Các bước tiến hành.

- Đưa tay vào buồng tử cung tới tận đáy tử cung, rồi kiểm tra lần lượt: đáy tử cung, mặt trước, mặt sau, hai bờ và hai sừng tử cung bằng các đầu ngón tay. Một tay đặt trên bụng để cố định tử cung. Nếu thấy các mảnh nhau và các màng nhau thì vét nhẹ nhàng, đồng thời kiểm tra xem tử cung có bị rạn nứt không. Kiểm tra xong mới rút tay ra, tránh đưa tay ra nhiều lần.

- Sau khi kiểm soát nếu tử cung co hồi không tốt thì tay trong buồng tử cung nâng đáy tử cung lên sát thành bụng, dùng tay bên ngoài xoa bóp tử cung tới khi tử cung co chặt thì mới rút tay ra.

- Thuốc: tham khảo bài “*Bóc nhau nhân tạo*”.

4. Theo dõi và xử trí tai biến.

(Tham khảo bài “*Bóc nhau nhân tạo*”).

PHẪU THUẬT LẤY THAI

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

1. Chuẩn bị.

1.1. *Sẵn phụ.*

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

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

1.2. *Kíp phẫu thuật.*

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

1.3. *Giảm đau.*

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

Không khuyến cáo gây tê tại chỗ hay gây mê tĩnh mạch.

2. Kỹ thuật phẫu thuật lấy thai.

- Mở bụng: mở bụng theo đường ngang trên vệ hay đường trắng giữa dưới rốn.

- Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung theo đường cong lõm quay lên trên. Bóc tách và đẩy phúc mạc phía bàng quang xuống dưới.

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

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

- Kẹp dây rốn

- Tiêm tĩnh mạch chậm 10 đv oxytocin. Lấy nhau bằng cách kéo dây rốn và ấn đẩy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần.

- Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 01. Có thể bằng mũi rời hay khâu vắt có khóa hay không có khóa. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung. Không nên khâu cả lớp nội mạc tử cung. Thông thường khâu một lớp là đủ. Nếu cần thì khâu vắt lớp thứ hai để cầm máu và che phủ lớp khâu thứ nhất.

- Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung hay lớp phúc mạc lá thành khi có nguy cơ nhiễm khuẩn.

- Đóng bụng theo từng lớp.

3. Săn sóc sau phẫu thuật.

3.1. Theo dõi sau phẫu thuật.

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

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

Vết mổ thành bụng.

Trung tiện.

3.2. Chăm sóc.

Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật.

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

- Vận động sớm.
- Cho con bú sớm.
- Kháng sinh dự phòng
- Kháng sinh điều trị khi có bằng chứng có viêm nhiễm trước đó, hoặc quá trình mổ phức tạp, tai biến và mất máu nhiều, thuốc thường dùng:

Cefotaxim 1g/lọ

hoặc Ceftazidim 1g/lọ

hoặc Ceftriaxone 1g/lọ... 1 lọ x 3 TB

hoặc TM trong 5 ngày,

Có thể phối hợp với Gentamycine 80mg, 2 ống (TB)/ngày

hoặc Metronidazole 500mg/100ml truyền TM....

- Truyền dịch nuôi ăn đường tĩnh mạch 02-03 ngày tùy tình trạng trung tiện (dịch truyền có thể là LactatRinger 1000ml, Glucose 5% 1000ml, Glucose 30% 250ml....)

PHẪU THUẬT THAI NGOÀI TỬ CUNG

1. Chuẩn bị.

1.1. Vô cảm.

Nên gây mê nội khí quản.

1.2. Phương tiện, dụng cụ.

- Bộ phẫu thuật mở
- Các loại dịch truyền thay thế máu và thuốc hồi sức.
- Dụng cụ truyền máu và máu cùng nhóm.

1.3. Sản phụ.

- Được tư vấn về lý do phải phẫu thuật và nguy cơ có thể xảy ra, ký cam đoan phẫu thuật. Nếu người bệnh choáng nặng có người nhà ký thay.

- Vệ sinh vùng bụng, thông tiểu, sát khuẩn vùng phẫu thuật.

- Tiêm mê, hồi sức tích cực nếu choáng.

1.4. Kíp phẫu thuật.

- Bác sĩ ngoại khoa hoặc chuyên khoa sản.

- Bác sĩ gây mê hồi sức và kíp phục vụ phẫu thuật.

- Rửa tay, đội mũ đi găng vô khuẩn.

2. Kỹ thuật.

Mở ổ bụng, hút máu nếu thai ngoài tử cung đã vỡ:

Cách thức phẫu thuật: Thai ở vòi tử cung

- Cắt vòi sát tử cung.

- Bảo tồn vòi tử cung (nếu khối thai chưa vỡ): mở bờ tự do của vòi tử cung, lấy khối thai, cầm máu.

+ Nếu thai ở góc tử cung hoặc kẽ tử cung: cắt góc tử cung.

+ Thai ở buồng trứng: lấy khối thai khâu cầm máu.

+ Thai trong ổ bụng: lấy khối thai, để lại bánh rau.

+ Thai ống cổ tử cung: cắt tử cung hoàn toàn (nếu phát hiện sớm có thể điều trị nội khoa.)

- Lau ổ bụng và đóng bụng từng lớp

3. Chăm sóc hậu phẫu.

- Trong 03 giờ đầu phải theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở (chỉ số sinh tồn) tại phòng hồi sức.

- Dùng kháng sinh liều dự phòng hay điều trị tùy tình trạng người bệnh.

4. Biến chứng.

Nhiễm khuẩn: điều trị kháng sinh tích cực.

Nếu chảy máu sau phẫu thuật, hội chẩn để phẫu thuật ngay.

7: PHẦN KHÁC

CHỌC DÒ TÚI CÙNG SAU VÀ MỞ TÚI CÙNG SAU

1. Chọc dò túi cùng sau.

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

1.1. Chỉ định.

Nghi thai ngoài tử cung vỡ.

Lấy dịch ổ bụng làm xét nghiệm.

Nghi có ổ áp xe phần phụ hoặc áp xe Douglas.

1.2. Chuẩn bị.

Người bệnh:

Tư vấn: cho người bệnh biết các bước tiến hành.

Động viên, hỗ trợ tinh thần, vệ sinh cơ quan sinh dục ngoài và đi tiểu tiện.

Dụng cụ:

Bộ khám phụ khoa.

Các dung dịch sát khuẩn. Lidocain, nước cất.

Bơm tiêm 10 - 20 ml, kim chọc dò tùy sống.

Nhân lực: nên có người phụ cho người làm thủ thuật.

1.3. Kỹ thuật tiến hành.

- Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.
- Sát khuẩn rộng vùng âm hộ.
- Đặt mỏ vịt (có thể dùng van âm đạo) tiếp tục sát khuẩn phần trong âm đạo và túi cùng sau.

- Dùng kim Pozzi kẹp mép sau cổ tử cung, kéo nhẹ theo hướng ra ngoài và lên trên, bộc lộ túi cùng sau âm đạo.

- Lắp kim vào bơm tiêm.

- Chọc nhanh kim vào túi cùng sau ở dưới mép sau cổ tử cung (thường không cần phải gây tê)

- Kéo nòng bơm tiêm từ từ để hút dịch ở túi cùng Douglas.
Nếu:

- Hút ra được máu đen loãng, không đông, có thể là chảy máu trong do thai ngoài tử cung.

- Hút ra được máu nhưng để bên ngoài một lúc thì đông, có thể đã chọc vào mạch máu. Nếu cần có thể chọc lại lần nữa theo hướng khác.

- Hút ra dịch vàng, trong và không phải máu. Có thể đó là thai ngoài tử cung chưa vỡ hoặc viêm tử cung.

- Nếu hút ra mủ, thì lưu kim lại tại chỗ, tiến hành mở túi cùng để dẫn lưu mủ và gửi xét nghiệm.

2. Mở túi cùng sau.

Mở túi cùng sau âm đạo là phẫu thuật rạch niêm mạc âm đạo vào phúc mạc làm cho âm đạo thông với ổ bụng.

2.1. Chỉ định.

Dẫn lưu túi mủ phần phụ hoặc áp xe Douglas.

2.2. Chuẩn bị

Người bệnh:

Động viên, hỗ trợ tinh thần, vệ sinh khu vực cơ quan sinh dục ngoài và đi tiểu tiện. Thụt tháo phân

Khám hai tay phối hợp để xác định khối mủ: vị trí, kích thước. Có thể làm siêu âm để xác định các tính chất của khối mủ.

Dụng cụ:

Bộ khám phụ khoa.

Các dung dịch sát khuẩn (betadin), kẹp Kelly to, kẹp Allis, kéo, dao phẫu thuật, gạc, gạc dài, ống dẫn lưu bằng nhựa có đường kính từ 01 - 1,5 cm.

Bơm tiêm 10 - 20 ml, kim chọc dò tủy sống, lidocain, nước cất.

Nhân lực: cần có hai người.

2.3. Kỹ thuật tiến hành.

- Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.
- Sát khuẩn rộng âm hộ, trái khăn phẫu thuật.
- Đặt van âm đạo, tiếp tục sát khuẩn phần trong của âm đạo và chú ý túi cùng sau.
 - Dùng kim Pozzi kẹp vào mép sau của cổ tử cung kéo nhẹ ra ngoài và lên trên, bộc lộ túi cùng sau của âm đạo.
 - Gây tê tại chỗ với lidocain tại vị trí chọc, có trường hợp phải gây mê toàn thân.
 - Chọc kim vào túi cùng sau phía dưới mép sau cổ tử cung, nhẹ nhàng đưa kim vào ổ tử cung, vừa đưa vào sâu vừa hút. Khi hút được tử cung thì giữ nguyên vị trí kim để làm mốc rạch.
 - Dùng kẹp Allis kẹp vào niêm mạc của âm đạo (vào vùng định rạch) để tạo một nếp gấp dọc trước - sau.
 - Dùng kéo hay dao phẫu thuật cắt hay rạch sát vào bờ trên của kim.
 - Dùng kéo đầu tù khép kín đưa vào lỗ rạch, và rút ra để ở tư thế mở. Đầu mũi kéo sẽ làm cho lỗ rạch rộng hơn, tử cung chảy ra. Có thể dùng đầu ngón tay để phá vỡ những góc ngách của ổ tử cung, đồng thời ấn tử cung qua thành bụng để tử cung chảy ra ngoài.
 - Đưa ống dẫn lưu qua vết rạch, cố định vào phía ngoài của thành âm đạo.
 - Rút ống dẫn lưu khi không còn tử cung chảy ra.

TUỔI MÃN KINH

1. Khái niệm.

Mãn kinh là hiện tượng sinh lý bình thường của người phụ nữ xảy ra khi nồng độ estrogen giảm. Tuổi mãn kinh bao gồm thời kỳ trước, trong và sau mãn kinh.

Tuổi trung bình từ 48 - 52 tuổi.

Kinh nguyệt bắt đầu thay đổi, thường biểu hiện kinh ít và thưa nhưng cũng có khi kinh nhiều, kinh mau do không có progesteron nên niêm mạc tử cung tăng sản.

2. Chẩn đoán.

Mãn kinh được chẩn đoán chủ yếu dựa trên lâm sàng, khi một phụ nữ từ trước vẫn có kinh đều mỗi tháng lại tự nhiên ngừng, không có kinh trong 12 chu kỳ liên tiếp.

Khi một phụ nữ còn trẻ (dưới 40 tuổi mà vô kinh liên tiếp 12 tháng) hoặc một phụ nữ đã bị cắt tử cung mà có một số các triệu chứng cơ năng của mãn kinh, muốn chẩn đoán là mãn kinh cần làm các xét nghiệm định lượng nội tiết buồng trứng và tuyến yên, nếu:

- o $FSH \geq 40$ mIU/ml.

- o Estradiol thấp, khoảng dưới 50 pg/l. thì có thể xem người phụ nữ ấy đã mãn kinh.

Mãn kinh thường là tự nhiên, nhưng cũng có thể do phẫu thuật cắt bỏ hai buồng trứng vì bệnh lý, do xạ trị.

3. Triệu chứng cơ năng thường gặp khi mãn kinh.

3.1. Rối loạn kinh nguyệt.

- Rối loạn kinh nguyệt thường gặp nhất là rong huyết. Nguyên nhân gây rong huyết thường là do không phóng noãn.

- Nội mạc dày lên có thể tiến đến hiện tượng tăng sản nội mạc tử cung. Một số trường hợp tăng sản nội mạc tử cung có thể tiến triển thành ung thư nội mạc tử cung.

3.2. Rối loạn vận mạch.

Cơn bốc nóng mặt.

Thường xảy ra đột ngột, tự nhiên cảm thấy bốc nóng mặt, cổ, ngực.

Cơn bốc nóng xảy ra chừng vài phút, có thể ngắn hơn, chỉ vài giây, nhưng thường kèm theo triệu chứng vã mồ hôi. Thường các cơn bốc nóng hay xảy ra vào ban đêm hoặc trong khi có stress

Triệu chứng này thường kéo dài 06 tháng đến vài năm, có thể 02 - 03 năm nhưng cũng có người đến 05 năm.

Vã mồ hôi.

Có thể kèm theo cơn bốc nóng mặt hay xảy ra đơn lẻ.

Vã mồ hôi cũng thường xảy ra vào ban đêm nên gây mất ngủ, khó chịu.

3.3. Triệu chứng thần kinh tâm lý.

- Hồi hộp, mệt mỏi, khó chịu.

- Mất ngủ, giảm cảm giác khi quan hệ tình dục hay lo lắng, cáu gắt, trầm cảm.

- Đau nhức xương khớp, có thể xuất hiện cơn đau nhức nửa đầu (migrain).

3.4. Triệu chứng tiết niệu - sinh dục.

Âm đạo khô teo, giao hợp đau, dễ bị viêm, nhiễm khuẩn, khám âm đạo thấy niêm mạc mỏng, khô, nhợt nhạt.

Các dây chằng giữ tử cung và các cơ quan vùng chậu mất tính đàn hồi và sức căng nên dễ đưa đến sa sinh dục.

Tử cung và cổ tử cung teo nhỏ. Nội mạc tử cung mỏng, không còn có hiện tượng phân bào hay chế tiết, rất ít mạch máu.

Niêm mạc đường tiết niệu cũng teo mỏng, dễ nhiễm khuẩn tiết niệu, són tiểu hay đái dầm, tiểu không tự chủ.

4. Một số bệnh lý thường gặp khi mãn kinh.

4.1. Loãng xương.

Dẫn đến dễ gãy xương cổ tay, cổ xương đùi, cột lưng, đau lưng.

Nhiều yếu tố làm tăng nguy cơ loãng xương và gãy xương cho phụ nữ tuổi mãn kinh như:

- Tuổi cao, người nhỏ bé, gầy gò.
- Yếu tố di truyền rất quan trọng.
- Uống nhiều thuốc corticoid trong thời gian dài.
- Chế độ dinh dưỡng thiếu calci, vitamin D3.
- Rượu, thuốc lá, ít vận động, thiếu estrogen.

Để dự phòng loãng xương ở tuổi mãn kinh, cần:

- Có chế độ dinh dưỡng và bổ sung đủ calci từ khi còn trẻ, nhất là trong lúc có thai và cho con bú để đạt được mật độ xương tối đa vào khoảng tuổi 25 đến tuổi 30.

- Không uống rượu, hút thuốc, không uống nhiều cà phê, không sử dụng các loại corticoid thường xuyên.

- Thường xuyên tập thể dục, lao động chân tay.

- Phụ nữ mãn kinh có nồng độ estrogen thấp, cần xem xét bổ sung nội tiết.

- Từ khoảng 50 tuổi trở lên, mật độ xương giảm nhiều. Do đó, đối với người có một trong những yếu tố nguy cơ cao, cần đo mật độ xương mỗi năm.

4.2. Điều trị loãng xương: cần điều trị kéo dài, 02 - 03 năm.

Cần có chế độ dinh dưỡng hợp lý, tập thể dục và lao động chân tay nhẹ nhàng mỗi ngày, cung cấp đầy đủ calci cho cơ thể. Đối với phụ nữ mãn kinh, lượng calci cần thiết mỗi ngày khoảng 1200 - 1500mg.

4.3. Bệnh tim mạch.

Một số yếu tố làm tăng nguy cơ bệnh tim mạch:

Béo phì, cholesterol trong máu cao, tăng huyết áp, tiểu đường, hút thuốc lá.

Ít vận động.

Thần kinh thường xuyên căng thẳng.

Có tiền sử gia đình.

Uống thuốc viên tránh thai liều cao trên 10 năm.

Thiếu hụt estrogen do mãn kinh.

4.4. Bệnh Alzheimer.

Là một quá trình thoái hóa tế bào thần kinh, làm giảm chức năng não bộ.

Khoảng 40 % người trên 80 tuổi mắc bệnh này.

Sau tuổi 70, tỷ lệ mắc bệnh của phụ nữ gấp 3 lần nam giới.

Người mắc bệnh Alzheimer phải sống lệ thuộc vào người khác.

4.5. Một số ung thư thường gặp như ung thư cổ tử cung, ung thư niêm mạc tử cung, ung thư vú.

Cần đi khám định kỳ để phát hiện sớm các ung thư trên (xem bài “*Ung thư cổ tử cung, ung thư vú*”).

5. Chẩn đoán.

Ở một phụ nữ từ 45 - 52 tuổi đang hành kinh, tự nhiên không có kinh 12 tháng liên tiếp, có một số triệu chứng cơ năng của mãn kinh, có thể nghĩ đến hội chứng mãn kinh.

Nếu người phụ nữ dưới 40 tuổi không còn hiện tượng kinh nguyệt nữa, có thể cho làm xét nghiệm định lượng FSH và estradiol. Nếu FSH > 40 mIU/ml và/hoặc estradiol < 50 pg/l có thể chẩn đoán mãn kinh.

Hỏi tiền sử: bản thân, gia đình: về loãng xương, tim mạch, các bệnh ung thư.

5.1. Xét nghiệm

- Cholesterol toàn phần, triglycerid, HDL, LDL, lipoprotein.
- Chức năng gan, thận, điện tim.

- Chụp vú.

- Sàng lọc ung thư cổ tử cung, nội mạc tử cung bằng tế bào âm đạo - cổ tử cung, soi cổ tử cung, nạo sinh thiết niêm mạc tử cung, đo mật độ xương.

5.2. Điều trị: nội tiết và tư vấn cho người bệnh.

Nguyên tắc sử dụng nội tiết.

- Liệu pháp nhất có hiệu quả.

- Thời gian sử dụng tùy thuộc vào thể trạng và yêu cầu từng người.

- Phối hợp estrogen/progestogen nếu còn tử cung.

Chống chỉ định sử dụng tiết.

Có ung thư hay nghi ngờ ung thư.

Có thai hay nghi ngờ có thai.

Có khối u liên quan đến nội tiết.

Đã bị viêm tắc tĩnh mạch hay động mạch.

Đang bị xuất huyết âm đạo bất thường chưa chẩn đoán được nguyên nhân.

Tư vấn về chế độ dinh dưỡng, sinh hoạt, môi trường sống trong gia đình và ngoài xã hội.

KHÁM PHỤ KHOA

Khám phụ khoa là thủ thuật được thực hiện trong nhiều dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, đặc biệt trước khi cung cấp các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, chẩn đoán và điều trị các bệnh phụ khoa nói chung và NKĐSS/ LTQĐTD nói riêng. Khám phụ khoa bao gồm các bước chính: chuẩn bị, khám bụng và bẹn, khám bộ phận sinh dục ngoài, khám âm đạo bằng mỏ vịt và khám âm đạo phối hợp với nắn bụng (khám bằng hai tay), trong đó hai thì cuối cùng chỉ được thực

hiện nếu có thể tiếp cận được bằng đường âm đạo, nếu không thì có thể thay thế bằng khám trực tràng phối hợp với nắn bụng.

1. Chuẩn bị.

- Tư vấn trước khi khám.
- Chuẩn bị khách hàng:
 - Hướng dẫn khách hàng đi tiểu và vệ sinh bộ phận sinh dục
 - Hướng dẫn khách hàng bỏ quần và giúp lên bàn khám.
- Chuẩn bị dụng cụ: bàn khám hoặc giường, đèn chiếu sáng, mỏ vịt, kim kẹp bông, bông vô khuẩn, que lấy bệnh phẩm, ống nghiệm, lam kính, các dung dịch nước muối sinh lý, acetic 3 %, Lugol và dầu bôi trơn.
- Chuẩn bị cán bộ y tế: mặc áo choàng, đội mũ
- Hỏi về tiền sử và lý do đến khám:
 - Lý do đến khám.
 - Hỏi về nghề nghiệp chồng/khách hàng. Tiền sử sản phụ khoa.
 - Tiền sử bệnh tật chung.
- Rửa tay thường qui.

2. Khám.

2.1. Khám vùng bụng dưới và vùng bẹn.

- Hướng dẫn khách hàng nằm tư thế sản khoa.
- Bộc lộ toàn bộ vùng bụng.
- Nhìn bụng: để phát hiện sẹo phẫu thuật, dịch cổ chướng, tuần hoàn bàng hệ.
- Dùng mặt trong của bàn tay ấn nhẹ nhàng các vùng của bụng, xác định xem có khối u không. Nếu có cần xác định vị trí, kích thước, mật độ, di động, đau.
- Nếu có đau bụng, cần xác định điểm đau, phản ứng thành bụng.

- Nếu có vết loét vùng bẹn, đi găng mới hay găng được khử khuẩn ở mức độ cao cả hai tay trước khi khám. Sờ nắn cả hai bẹn để xác định hạch, khối u hay sưng.

2.2. Khám bộ phận sinh dục ngoài.

- Hướng dẫn khách hàng để gót chân lên giá để gót chân, trải sẵn.

- Điều chỉnh ánh sáng chiếu thẳng vào vùng bộ phận sinh dục.
- Đi găng sạch vào cả hai tay.
- Đặt tay vào mặt trong đùi người bệnh trước khi chạm vào bất kỳ chỗ nào của bộ phận sinh dục.

- Kiểm tra vùng mu, âm vật và vùng tầng sinh môn.
- Khám hai môi lớn, môi nhỏ, âm vật, lỗ niệu đạo, lỗ âm đạo (âm môn) và các tuyến tiết dịch. Nếu nghi có viêm nhiễm thì cho xét nghiệm chất dịch.

- Hướng dẫn người bệnh rặn mạnh trong khi vẫn mở âm môn để kiểm tra xem có sa thành trước hay sau của âm đạo không.

- Nhìn kỹ vùng tầng sinh môn, kiểm tra xem có sẹo, tổn thương, viêm nhiễm hay có trầy xước trên da không.

2.3. Khám bằng mỏ vịt.

- Giải thích cho khách hàng sẽ dùng mỏ vịt để khám.
- Đưa mỏ vịt vào sâu trong âm đạo, mở mỏ vịt. Quan sát các thành âm đạo.

- Quan sát cổ tử cung, lỗ cổ tử cung để phát hiện tổn thương.
- Lấy bệnh phẩm tế bào cổ tử cung bằng que bệt Ayre, phết lên lam kính để xét nghiệm sàng lọc ung thư cổ tử cung (nếu sẵn có xét nghiệm).

- Nếu cổ tử cung dễ chảy máu hay có nhiều chất nhầy, lấy một mẫu để nhuộm gram và xét nghiệm lậu cầu và *Chlamydia* (nếu sẵn có xét nghiệm).

- Tháo mỏ vịt và ngâm vào dung dịch clorin 0,5 % để khử nhiễm.

2.4. Khám âm đạo phối hợp nắn bụng (khám bằng hai tay).

Khám cổ tử cung, tử cung và hai phần phụ bằng hai tay để xác định vị trí, mật độ, kích thước, tư thế, hình dạng, các túi cùng âm đạo.

Nếu có khối u, cần xác định:

- Vị trí.
- Hình dạng.
- Kích thước. Mật độ.
- Đau.
- Liên quan với tử cung.

2.5. Khám trực tràng phối hợp nắn bụng.

Thì này chỉ thực hiện nếu không tiếp cận được bằng đường âm đạo hoặc bệnh cảnh cụ thể đòi hỏi phải đánh giá thêm bằng khám trực tràng (như khám ung thư phụ khoa).

Khám độ dài, kích thước, hình dạng của cổ tử cung. Xác định vị trí, mật độ của cổ tử cung.

Khám túi cùng Douglas.

Xác định, đánh giá mật độ dây chằng ngang cổ tử cung.

2.6. Hoàn thành khám phụ khoa.

Thông báo kết quả khám cho khách hàng và thảo luận với họ về kết quả khám.

Ghi chép hồ sơ.

Hẹn tái khám.

KHÁM VÚ

Khám vú được thực hiện trong nhiều dịch vụ chăm sóc SKSS. Khám vú kết hợp tư vấn hướng dẫn tự khám vú giúp phát hiện các bệnh lý tuyến vú và phát hiện sớm ung thư vú.

1. Chuẩn bị.

1.1. Khách hàng.

Tiếp đón.

Hỏi lý do đến khám.

Giải thích về các bước khám.

Khai thác bệnh sử, tiền sử.

1.2. Dụng cụ.

Găng tay sạch.

2. Khám vú.

- Khám ở hai tư thế: ngồi và nằm.
- Quan sát các núm vú và toàn bộ vú để phát hiện các bất thường.
- Nắn tuyến vú hai bên theo nguyên tắc xoắn ốc từ ngoài vào trong bắt đầu từ phần trên ngoài, sử dụng kỹ thuật xoắn ốc.
- Nắn nhẹ núm vú để xem có tiết dịch không.
- Hướng dẫn khách hàng ngồi dậy và giơ hai tay ngang vai. Khám vú bằng cách ấn nhẹ dọc theo bờ ngoài của cơ ngực và dẫn đưa tay lên đến nách. Kiểm tra xem có sưng hạch hay đau trong nách hoặc ở vùng hố trên xương đòn.
- Sau khi khám xong, để khách hàng mặc áo, giải thích mọi sự bất thường, những điều cần làm thêm; nếu kết quả khám là bình thường, thông báo cho họ là mọi thứ đều bình thường và hẹn khám lần sau.

3. Hướng dẫn tự khám vú.

- Giải thích với khách hàng lý do cần phải tự khám vú thường xuyên rất quan trọng.
- Thời gian khám tốt nhất là ngay sau khi sạch kinh.
- Hướng dẫn các bước của tự khám vú .

BỆNH LÝ TUYẾN VÚ LẠNH TÍNH

I. PHÂN LOẠI:

Phân loại dựa trên triệu chứng lâm sàng:

Đau vú	Tiết dịch núm vú
Theo chu kỳ	Tiết sữa
Không theo chu kỳ	Tiết dịch núm vú bất thường
Khối u vú	Viêm nhiễm tuyến vú
U cục (nodularity)	Viêm vú nội sinh
Nang vú	Sung huyết vú sau sinh
Bọc sữa	Viêm, áp xe dưới quầng vú giai đoạn cho con bú
Bướu sợi tuyến	Áp xe dưới quầng vú tái phát kinh niên
Bệnh tuyến xơ hoá	Viêm vú cấp tính liên quan đến nang vú to
Bướu mỡ	Nhiễm trùng ngoại sinh
Hamartoma	Bệnh Mondor
Bệnh vú tiểu đường	
Bướu diệp thể	

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

Bệnh sử:

Khởi phát và tần suất xuất hiện triệu chứng: tiết dịch núm vú, u cục ở vú, đau vú,...

Tình trạng kinh nguyệt (còn kinh, mãn kinh).

Có sử dụng nội tiết hay không (thuốc ngừa thai, nội tiết thay thế).

Tiền sử:

Ung thư gia đình.

Sinh thiết vú có tang sản không điển hình, đột biến gen BRCA1, BRCA2.

Phẫu thuật vú, xạ trị,..

Thăm khám:

Quan sát:

Sự đối xứng hai bên vú.

Thay đổi da, núm vú.

Co kéo, nhô ra.

Sờ nắn:

Vú, nếu có u phải ghi nhận các tính chất của u vú.

Vùng nách, vùng hạch trên đòn.

Tư thế bệnh nhân:

Ngồi với cánh tay thư giãn, hai tay giơ lên khỏi đầu, hai tay chống hông.

Tư thế nằm ngửa.

2. Cận lâm sàng:

* Siêu âm: cần thực hiện ở tất cả BN.

- Nhũ ảnh:

+ BN ≥ 35 tuổi: thực hiện thường qui.

+ BN > 35 tuổi: chỉ thực hiện khi nghi ngờ có sang thương ác tính.

- Nhũ ảnh bình thường không thể loại trừ ung thư vú (độ nhạy: 94%, độ đặc hiệu: 55%).

* X quang ống tuyến vú cản quang: Tiết dịch núm vú bệnh lý

- Chụp cộng hưởng từ (MRI):

+ Sử dụng cho những trường hợp khó phân biệt lành/ ác tính.

+ Bệnh nhân có bơm silicon, hoặc vỡ túi ngực.

+ Mô vú quá dày đặc

+ Có tiền căn gia đình ung thư vú

+ Đột biến gen

HỠ EO TỬ CUNG

I. ĐỊNH NGHĨA:

Là tình trạng CTC suy yếu không thể giữ được thai trong buồng TC.

II. CHẨN ĐOÁN:

Dựa vào tiền sử sản khoa đơn thuần hoặc kết hợp siêu âm ngã âm đạo đo chiều dài tử cung. Một trong những tiêu chuẩn sau:

- Tiền sử sản khoa đơn thuần: sẩy thai to hoặc sanh non (trước 28 tuần) ≥ 2 lần liên tiếp với đặc điểm chuyển dạ nhanh không đau.
- Có tiền sử sẩy thai hoặc sinh non (từ 14 – 36 tuần) với đặc điểm chuyển dạ nhanh không đau, kèm yếu tố nguy cơ hở eo tử cung: nong nạo, khoét chop, cắt đoạn cổ tử cung, rách cổ tử cung, bệnh lý collagen, bất thường ở tử cung/cổ tử cung.
- Đo chiều dài cổ tử cung qua siêu âm đường âm đạo < 25 mm và/hoặc có sự thay đổi cổ tử cung qua thăm khám ở tuổi thai trước 24 tuần kèm yếu tố nguy cơ hở eo tử cung.
- Một số hình ảnh / Siêu âm CTC ngã âm đạo
- Lỗ trong CTC hình phễu (khảo sát ở 2 trạng thái và không có áp lực lên buồng tử cung).
- Sự tương quan giữa chiều dài CTC và hình dạng lỗ trong CTC: với các dạng T, Y, V, U.
- Chiều dài CTC < 25 mm.
- Đầu ối thành lập.
- Hiện diện phân thai ở CTC hoặc âm đạo.

III. ĐIỀU TRỊ:

Khâu vòng CTC là phương pháp điều trị chính trong hở eo TC.

Chỉ định khâu vòng CTC:

- Chẩn đoán hở eo tử cung.
- Có tiền sử khâu CTC.
- Chống chỉ định khâu vòng CTC
- Tử cung có cơn co.
- Chảy máu từ tử cung.
- Viêm màng ối.
- Ối vỡ non.
- Bất thường thai nhi.
- Viêm sinh dục cấp.

Kỹ thuật khâu vòng CTC dự phòng

Thời điểm:

- Thực hiện ở tuổi thai 14 – 18 tuần (13 đến < 20 tuần).
- Đánh giá trước thủ thuật
- Siêu âm đánh giá tình trạng CTC.
- Đánh giá tình trạng viêm nhiễm âm đạo.
- Phải điều trị nếu có viêm nhiễm.

Phương pháp khâu CTC

Có 5 kỹ thuật khác nhau:

- Mc Donald.
- Shirodkar.
- Wurm.
- Khâu ngã bụng.
- Lash.

Phương pháp thường dùng nhất là Mc Donald:

- Dùng một loại chỉ không tan, bản rộng 5mm (Mercilene).
- Mũi khâu nằm sâu trong mô CTC, ở vị trí ngang mức lỗ trong CTC, tránh xuyên qua đầu ối và bàng quang.

- CTC được đóng lại bởi 4 mũi kim làm thành một vòng chỉ thắt quanh CTC.

- Khi cột chỉ khâu nên để ngón tay vào kênh CTC để tránh siết chỉ quá mức.

Chăm sóc sau thủ thuật:

- BN sau khâu vòng CTC phải được theo dõi cẩn thận: cơn gò, tình trạng đau bụng, ra huyết, ra nước âm đạo.

- Nghỉ ngơi tại giường 12 – 24 giờ.
- Xuất viện nếu Bn không có cơn co TC trong thời gian 24 giờ sau thủ thuật, không ra huyết âm đạo, không ra huyết âm đạo, không có vỡ ối trong quá trình theo dõi.

- Chế độ ăn uống hợp lý.
- Tránh giao hợp, đứng lâu, mang vật nặng.
- Siêu âm đo chiều dài CTC định kỳ khi khám.
- Dùng Progesteron liên tục đến 36 tuần thai kỳ.
- Cắt chỉ khâu khi thai ≥ 38 tuần hoặc khi có chuyển dạ.
- Không bắt buộc sử dụng thuốc giảm co.
- Dùng kháng sinh dự phòng.

IV. TAI BIẾN CỦA KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG:

- Ồi vỡ non.
- Viêm màng ối.
- Chuyển dạ sinh non.
- Rách CTC.
- Tổn thương bàng quang.
- Xuất huyết.
- Sinh khó do CTC.
- Vỡ tử cung.

CÁC TỔN THƯƠNG LÀNH TÍNH CỔ TỬ CUNG

Viêm nhiễm đường sinh dục dưới là bệnh hay gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ trong đó viêm âm đạo, cổ tử cung chiếm tỷ lệ cao. Triệu chứng thường gặp là ra khí hư làm cho người bệnh khó chịu phải đi khám.

1. Viêm cổ tử cung.

Nguyên nhân: thường do lậu cầu, xoắn khuẩn giang mai, vi khuẩn gây bệnh hạ cam, *Chlamydia trachomatis*, herpes simplex virus, HPV (human papilloma virus), trichomonas.

1.1. Viêm cổ tử cung cấp.

Triệu chứng: ra khí hư như mủ màu xanh vàng, có bọt hay gặp viêm do trùng roi (trichomonas) kèm theo ngứa, rát, bôi dung dịch Lugol sẽ thấy màu nâu sẫm, trên nền nâu có nhiều chấm trắng hay ổ trắng (hình ảnh đêm sao) khí hư trắng bọt, ngứa thường viêm do nấm candida albican; khí hư đục màu xám gặp trong viêm do *Chlamydia trachomatis*.

Xử trí: theo nguyên nhân gây bệnh.

Viêm do trichomonas: metronidazol 2 g một liều duy nhất uống hoặc 500 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày kết hợp đặt âm đạo chống viêm.

Viêm do nấm: fluconazol 150 mg x 1 viên uống liều duy nhất, kết hợp đặt thuốc tại chỗ như nystatin 1000 đv x 10 ngày.

Viêm do tạp khuẩn: metronidazol 500 mg x 2 viên/ngày x 7 ngày. Viêm do *Chlamydia*: uống azithromycin 1 g, liều duy nhất.

Viêm do HPV: đốt điện làm bốc hơi tổn thương.

Viêm do lậu cầu: xem bài “*Hội chứng tiết dịch âm đạo*”.

1.2 Viêm cổ tử cung mạn tính.

Triệu chứng: ra khí hư, thường kết hợp với lộ tuyến cổ tử cung.

Xử trí: đặt thuốc chống viêm nhiễm (nếu cần).

2. Lộ tuyến cổ tử cung.

- Là tổn thương do viêm lâu ngày, mất biểu mô lát tầng, mặt ngoài cổ tử cung bị phá hủy, lớp biểu mô tuyến lún ra ngoài.

- Khám qua mỏ vịt: thấy vùng biểu mô lát không nhẵn bóng mà sù sì màu đỏ có lớp khí hư đục bao phủ, bôi acid acetic 3 % các chất nhầy đông lại khi soi cổ tử cung thấy hình ảnh chùm nho, bôi Lugol không bắt màu (âm tính).

- Xử trí: đốt diệt tuyến nếu diện lộ tuyến rộng trên 0,5 cm bằng đốt điện hoặc áp lạnh. Nếu có viêm kèm theo thì đặt thuốc chống viêm trước khi xử trí.

3. Các tái tạo lành tính cổ tử cung.

- Nang Naboth: màu vàng nhạt nổi gồ lên, trên mặt có các mạch máu trong nang chứa dịch nhầy do biểu mô lát phủ lên miệng tuyến nhưng tuyến vẫn chế tiết.

- Cửa tuyến: là các tuyến sau điều trị biểu mô lát bao quanh một miệng tuyến.

- Đảo tuyến: là biểu mô lát bao quanh một số tuyến.

- Đây là những tái tạo lành tính nhưng trong quá trình tái tạo biểu mô lát vẫn vẫn có thể có những tái tạo bất thường nên vẫn cần phải theo dõi.

- Xử trí: đặt thuốc chống viêm, đốt hoặc chọc hút nang Naboth.

4. Polyp cổ tử cung.

- Là cục thịt có cuống mọc lên từ ống cổ tử cung (có thể từ thân hoặc từ đoạn eo tử cung thò ra ngoài)

- Xử trí xoắn polyp nếu có thể xoắn được, phải thăm dò chân polyp nếu chân polyp mọc lên từ buồng tử cung thì phải soi buồng tử cung để cắt polyp.

5. Lạc nội mạc tử cung:

Là những nốt màu xanh tím hay đen sẫm, nhỏ đơn độc rải rác quanh cổ tử cung

Xử trí: đốt lạc nội mạc.

6. U xơ cổ tử cung:

Thường là u lõi ra, chắc, đôi khi che lấp cổ tử cung hoặc làm xóa cổ tử cung.

Xử trí: cắt u xơ cổ tử cung.

U XƠ TỬ CUNG

U xơ tử cung hay u xơ cơ tử cung là khối u lành tính ở tử cung, thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ từ 30 - 50 tuổi.

1. Phân loại.

1.1. U xơ dưới phúc mạc.

Có thể có cuống hay không, thường phát triển về phía ổ bụng, hố chậu, hoặc giữa hai lá của dây chằng rộng gây chèn ép vào niệu quản, hay nhầm với u buồng trứng.

1.2. U kẽ.

Là khối u phát triển từ phần giữa của cơ tử cung, làm biến dạng buồng tử cung.

1.3. U dưới niêm mạc.

Là khối u xơ cơ ở dưới niêm mạc. Đôi khi có cuống gọi là polip buồng tử cung.

2. Triệu chứng.

Thường phát hiện khi đi khám vì lý do: rối loạn kinh nguyệt, vô sinh, chậm có thai, ra máu âm đạo.

2.1. Triệu chứng cơ năng.

- Ra máu từ buồng tử cung là triệu chứng chính (nhất là các u xơ dưới niêm mạc) thể hiện dưới dạng cường kinh, rong kinh.
- Toàn thân thường bị thiếu máu.
- Đau vùng hạ vị hoặc hố chậu, đau kiểu nặng bụng, tức bụng.

- Ra dịch trong, loãng.

2.2. Triệu chứng thực thể.

- Nắn bụng: thấy khối u ở vùng hạ vị.
- Đặt mỏ vịt: có thể thấy polyp có cuống nằm ở ngoài cổ tử cung.
- Thăm âm đạo kết hợp nắn bụng thấy tử cung to, chắc, có khi thấy những khối lồi trên mặt tử cung. Di động cổ tử cung thì khối u di động theo.

3. Chẩn đoán.

Siêu âm thấy hình ảnh khối u ở tử cung.

4. Xử trí.

• Mục tiêu điều trị

- Làm giảm nhẹ các triệu chứng (xuất huyết tử cung bất thường, đau, các triệu chứng do chèn ép.).
- Giảm kích thước khối u xơ.

• Cách thức can thiệp nên tùy vào từng người bệnh dựa trên các yếu tố sau

- Kích thước và vị trí khối u xơ (to hay nhỏ, dưới niêm mạc, trong cơ hay dưới thanh mạc).
- Triệu chứng kèm theo (chảy máu, đau, chèn ép, vô sinh).
- Tình trạng mãn kinh.
- Nguyên vọng của người bệnh (giá thành, sự thuận lợi, mong muốn bảo tồn TC, tác dụng phụ).

• Xử trí u xơ tử cung có thể bằng biện pháp theo dõi, điều trị nội khoa hay phẫu thuật.

Nội khoa: chỉ định điều trị nội khoa khi u xơ tử cung có triệu chứng

1/- Progestins

- Lynestrenol (OrgamétilR) 5mg: liều 01viên x 02 lần (uống)/ngày.

- Norethisterone (Primolut Nor) 5mg: liều 01viên x 02 lần (uống)/ngày.
- Dydrogesterone (Duphaston) 10-30mg/ngày.
- Nomegestrol acetate (LutenylR) 5mg: liều 01viên (uống) lần/ngày.
- Tùy theo mức độ xuất huyết hoặc nhu cầu có con:
 - + Có thể điều trị từ ngày thứ 16 đến 25.
 - + Hay từ ngày thứ 05 tới 25 của chu kỳ.
 - + Hoặc liên tục, trong 03 - 06 tháng.
- DCTC có nội tiết (Mirena) được sử dụng để giảm bớt thể tích khối u và cường kinh, đồng thời ngừa thai.
- Progestins (chích, cấy..) dùng để điều trị các triệu chứng nhẹ ở những người muốn kết hợp ngừa thai.
- Progestins có thể giảm kích thước nhân xơ nhưng khi ngưng thuốc sẽ to trở lại.

2/- Thuốc ngừa thai phối hợp:

Làm teo NMTC, do đó giảm bớt tình trạng cường kinh trong UXTC

Phẫu thuật:

Chỉ định phẫu thuật: khi có 01 trong các yếu tố sau

- 1- UXTC to ≥ 12 tuần có triệu chứng.
- 2- Xuất huyết tử cung bất thường nội thất bại.
- 3- UXTC dưới niêm, rong huyết.
- 4- Có biến chứng (chèn ép bàng quang, niệu quản).
- 5- UXTC hoại tử, nhiễm trùng nội thất bại.
- 6- UXTC to nhanh, nhất là sau mãn kinh.
- 7- Kết hợp với các bệnh lý khác: K CTC, K NMTC, TS NMTC không điển hình, sa SD.
- 8- Vô sinh, sảy thai liên tiếp.

9- Khối u vùng hạ vị không phân biệt được với khối u buồng trứng.

Phương pháp phẫu thuật:

Mục đích phẫu thuật lấy khối nhân xơ bảo tồn tử cung hay cắt tử cung toàn phần tùy thuộc vào tình trạng bệnh lý và nguyện vọng của người bệnh.

- Bóc nhân xơ:

+ UXTC ở cơ và dưới thanh mạc → mở bụng.

+ UXTC dưới niêm mạc → nội soi BTC.

+ UXTC thoái hóa sa xuống âm đạo → cắt đường âm đạo.

- Cắt tử cung toàn phần: người bệnh đã được tư vấn kỹ và đồng ý trước khi phẫu thuật.

NANG BUỒNG TRỨNG

Nang buồng trứng là những u có vỏ bọc ngoài, bên trong có chứa dịch gặp trong mọi lứa tuổi.

Có 02 loại nang cơ năng và nang thực thể:

1. Nang cơ năng.

Là những nang nhỏ chứa dịch, có thể gặp ở bất kỳ tuổi nào nhưng hay gặp ở tuổi dậy thì và mãn kinh. Thường là những nang nhỏ, trên lâm sàng khó phát hiện, nhưng nếu nang có kích thước từ 5 - 6 cm thì có thể sờ thấy. Nang thường biến mất sau vài vòng kinh, nếu nang tồn tại trên 60 ngày với kinh nguyệt bình thường thì có thể là nang thực thể.

1.1. Nang bọc noãn.

Kích thước nang thường từ 03 - 08 cm hoặc lớn hơn, do nang De Graff không vỡ vào ngày phóng noãn.

Triệu chứng: không rõ ràng, đôi khi biểu hiện ra máu hoặc đau bụng do xoắn nang hoặc thay đổi chu kỳ kinh nguyệt dài, hoặc ngắn, có triệu chứng giống thai ngoài tử cung vỡ (nếu nang vỡ).

Chẩn đoán phân biệt với: viêm vòi tử cung, lạc nội mạc tử cung, nang hoàng thể, khối u khác.

Xử trí: tùy thuộc vào loại nang, kích thước và triệu chứng.

Đối với nang nhỏ.

- Gặp ở lứa tuổi sinh đẻ, nang thường tự nhiên mất đi.
- Khi uống thuốc tránh thai trong thời gian 03 tháng có thể ngăn cản sự phát triển của nang.
- Nếu đường kính nang > 05 cm cần phân biệt với nang thực thể hoặc thai ngoài tử cung hoặc lạc nội mạc tử cung.
- Phẫu thuật: được chỉ định khi thấy u nang tồn tại trên 03 tháng hoặc sau khi điều trị bằng thuốc tránh thai 03 tháng không mất hoặc có dấu hiệu xoắn hoặc vỡ nang.

1.2. Nang hoàng thể:

Hay gặp ở hai bên buồng trứng, dịch trong nang có màu vàng rơm. Loại nang thường gặp trong chữa trứng, ung thư nguyên bào nuôi hoặc quá mẫn trong kích thích phóng noãn ở người bệnh vô sinh.

Xử trí: nang thường biến mất sau điều trị như nạo trứng, điều trị ung thư nguyên bào nuôi.

Phẫu thuật chỉ đặt ra khi có dấu hiệu xoắn nang hoặc vỡ nang

2. Nang buồng trứng thực thể.

Là nang lạnh tính, tuy nhiên vẫn có khả năng ác tính

2.1. Nang nước.

Vỏ mỏng, chứa dịch trong, kích thước thường to, đôi khi chón hết ổ bụng, thường là nang lạnh tính, nếu có nhú dễ ác tính.

Triệu chứng:

Gặp ở mọi lứa tuổi, hay được phát hiện ở tuổi 20 - 30.

Khám tiểu khung thấy khối u, hoặc siêu âm thấy khối u.

Xử trí:

Phẫu thuật cắt bỏ nang. Trong khi phẫu thuật nên cắt lạnh để chẩn đoán loại trừ ung thư.

2.2. U nang nhầy.

Thường gặp ở tuổi từ 30 - 50.

U nang nhầy vỏ mỏng và nhẵn gồm nhiều thủy chứa dịch nhầy đặc, kích thước thường to nhất trong các u buồng trứng và có thể dính vào các tạng xung quanh.

Chẩn đoán: người bệnh thường có cảm giác nặng ở tiểu khung, khám tiểu khung thấy khối u to biệt lập với tử cung, mật độ căng không đau, tử cung thường bị đẩy lệch sang một bên hố chậu.

Xử trí: như với nang nước.

2.2. Nang bì.

Còn gọi là u quái (teratoma), trong chứa các mô như răng, tóc, bã đậu. Nang bì thường lành tính nhưng cũng có thể trở thành ác tính, hay được phát hiện ở lứa tuổi 20 - 30 tuổi và có thể ở cả hai bên buồng trứng.

Triệu chứng: khám lâm sàng và siêu âm thấy khối u.

Xử trí: giống với nang nước buồng trứng.

3. Tiến triển và biến chứng.

Xoắn nang.

Vỡ nang.

Nhiễm khuẩn nang và chèn ép tiểu khung.

Có thai kèm nang buồng trứng.

Được chẩn đoán qua khám thai định kỳ hoặc qua siêu âm.

Có thể gặp bất kỳ loại nang nào nhưng hay gặp là nang hoàng thể hay nang bì, ít khi gặp nang ác tính. Nếu xoắn nang phải phẫu thuật

cấp cứu, nếu không xoắn thì phẫu thuật vào quý II của thai kỳ hoặc sau khi đẻ.

U buồng trứng có thể trở thành khối u tiền đạo trong khi chuyển dạ hoặc có thể bị xoắn sau khi đẻ. (tham khảo thêm bài “Các yếu tố tiên lượng một cuộc chuyển dạ” và “Chuyển dạ đình trệ”)

TỖN THƯƠNG TIỀN UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

Ung thư cổ tử cung là bệnh ác tính thường gặp nhất ở đường sinh dục nữ, đứng thứ hai sau ung thư vú.

Tuổi thường gặp là 45 nhưng có thể gặp ở mọi lứa tuổi, ngay cả khi mang thai. 95 % ung thư ở giai đoạn sớm có thể chữa khỏi.

Quá trình sinh bệnh học thường dài và trải qua những giai đoạn của khối u trong biểu mô, tiếp sau đó là ung thư xâm lấn. Quá trình này biến đổi trong nhiều năm nhưng không phải tất cả các ung thư xâm lấn đều trải qua những giai đoạn này.

Tổn thương tiền ung thư.

Định nghĩa: tổn thương tiền ung thư còn gọi là loạn sản, chỉ sự rối loạn phát triển biểu mô cổ tử cung ở một vùng bất thường mà trong đó một phần biểu mô lát được thay thế bằng những tế bào bất thường. Về mặt tế bào học, loạn sản thường được phân thành các mức độ nhẹ, trung bình và nặng.

Loạn sản nhẹ (LSIL, CIN1), loạn sản trung bình (HSIL, CIN2) và loạn sản nặng (HSIL, CIN3) thường tiến triển thành ung thư trong biểu mô.

- Loạn sản nhẹ (LSIL, CIN1) có tỷ lệ tự thoái triển cao, trên phần lớn chỉ chứa ít tế bào loạn sản nhẹ phần lớn là tế bào nông.

- Loạn sản trung bình (HSIL, CIN2) số lượng tế bào loạn sản và mức độ bất thường của nguyên sinh chất và nhân gia tăng. Tế bào loạn sản xuất phát từ lớp trên và lớp giữa của biểu mô lát bình thường hoặc biểu mô lát dị sản, có thể biểu hiện sừng hóa.

- Loạn sản nặng (HSIL, CIN3) còn gọi là ung thư trong biểu mô (CIS): là các loạn sản có các tế bào bất thường ở lớp sâu của biểu mô lát.

Đặc điểm của tế bào loạn sản trên tiêu bản là sự phân bố tế bào chủ yếu đơn độc, đôi khi thành mảng có nhân lớn rõ rệt, tỷ lệ nhân trên nguyên sinh chất tăng mạnh, nguyên sinh chất mịn.

Ung thư trong biểu mô có các tế bào loạn sản chưa xâm lấn qua màng đáy.

1. Những yếu tố nguy cơ.

Nhiễm HPV (human papilloma virus) typ 16, 18.

Hoạt động tình dục sớm dưới 16 tuổi.

Có nhiều bạn tình.

Mắc các bệnh LTQĐTD.

Sinh đẻ sớm.

Điều kiện vệ sinh kém.

2. Chẩn đoán.

Tổn thương tiền ung thư thường không có triệu chứng lâm sàng đôi khi người bệnh đến khám vì ra khí hư hoặc vì một lý do khác. Để chẩn đoán dựa vào tế bào âm đạo - cổ tử cung, soi CTC, sinh thiết.

Bôi acid acetic lên cổ tử cung (test VIA: visual inspection with acetic acid) nếu thấy tổn thương trắng nổi rõ là test dương tính

Bôi Lugol lên cổ tử cung (test VILI: Visual Inspection with Lugol'Iodine) có màu vàng nghệ là test dương tính

Làm tế bào âm đạo - cổ tử cung: biểu mô lát không bình thường từ loạn sản nhẹ đến nặng.

Soi cổ tử cung:

Tất cả các người bệnh có tế bào bất thường đều phải soi CTC.

- Có thể thấy tổn thương vết trắng, lát đá, chấm đốm hoặc một tổn thương hủy hoại, vùng biến đổi giữa biểu mô lát và biểu mô trụ.

Sinh thiết cổ tử cung:

Trên cơ sở soi cổ tử cung, bấm sinh thiết để chẩn đoán xác định.

- Đây là phương pháp duy nhất để chẩn đoán xác định và có quyết định điều trị. Nếu soi cổ tử cung thấy tổn thương trong ống cổ tử cung thì phải nạo niêm mạc ống cổ tử cung gửi xét nghiệm mô bệnh học.

3. Điều trị.

- Đối với các tổn thương tiền ung thư, phải được điều trị ngay sau khi chẩn đoán.

- Phương pháp điều trị có thể là áp lạnh, đốt điện, đốt bằng laser, khoét chóp, cắt cụt cổ tử cung tùy theo tổn thương.

- Đối với người lớn tuổi với tổn thương CIN3 thì nên cắt tử cung hoàn toàn và hai phần phụ.

- Dự phòng:

- Khám sàng lọc tế bào âm đạo - cổ tử cung định kỳ hàng năm để phát hiện sớm tổn thương tiền ung thư. Xét nghiệm HPV nhằm phát hiện những type HPV nguy cơ cao

- Tiêm vaccin phòng HPV cho trẻ em gái từ 10 tuổi đến 26 tuổi (nếu chưa quan hệ tình dục).

UNG THƯ XÂM LẤN CỔ TỬ CUNG

Ung thư cổ tử cung là bệnh ác tính thường gặp nhất ở đường sinh dục nữ, đứng thứ hai sau ung thư vú.

1. Triệu chứng lâm sàng.

Ung thư cổ tử cung xâm lấn giai đoạn sớm (hoặc giai đoạn Ib) thường không có triệu chứng, chỉ có phát hiện bệnh qua sàng lọc tế bào học.

Ở giai đoạn muộn gây xuất huyết giữa kỳ kinh hoặc sau giao hợp, ra khí hư hôi lẫn máu.

Khi khối u lớn và hoại tử hoặc đã di căn tới thành chậu, các cơ quan khác của vùng chậu như bàng quang, niệu quản, trực tràng thì các triệu chứng nặng hơn có thể gây chèn ép và đau ở vùng thắt lưng, hoặc đau thần kinh tọa, đái ra máu.

Ung thư cổ tử cung được chia ra 4 giai đoạn:

- GĐ I: Ung thư khu trú ở cổ tử cung, không có triệu chứng.
- GĐ II: Ung thư lan ra khỏi cổ tử cung nhưng chưa tới thành chậu hông, lan tới thành âm đạo nhưng chưa tới 1/3 dưới.
- GĐ III: Ung thư lan tới thành chậu hông hoặc tới 1/3 dưới âm đạo.
- GĐ IV: Di căn tới bàng quang, trực tràng và các cơ quan xa.

2. Khám lâm sàng.

Tình trạng toàn thân, da niêm mạc có thiếu máu.

Có hạch bẹn, chân có thể phù.

3. Khám phụ khoa.

Đặt mỏ vịt: nhẹ nhàng tránh sang chấn cổ tử cung, nhìn hình dạng và kích thước cổ tử cung.

Khám bằng tay qua âm đạo, cổ tử cung:

Xác định lại kích thước cổ tử cung và khối u.

Đánh giá sự xâm lấn của khối u vào túi cùng, dây chằng rộng 2 bên, âm đạo, thành chậu hông.

Khám qua đường trực tràng để đánh giá khối u xâm lấn vào bàng quang, trực tràng.

4. Các xét nghiệm.

- Làm tế bào âm đạo - cổ tử cung.
- Soi cổ tử cung: rất có ích trong việc xác định vị trí tổn thương để bấm sinh thiết. Chú ý vùng ranh giới giữa biểu mô lát và biểu mô trụ.
- Sinh thiết: bất kỳ một tổn thương nghi ngờ nào cũng cần phải sinh thiết: vùng Lugol âm tính, mô loét, nodule, tổn thương mao

mạch. Có khi phải khoét chóp hoặc nạo ống cổ tử cung. Đây là phương pháp tốt nhất để chẩn đoán.

- X quang:
 - Chụp x quang phổi.
- Chụp cắt lớp (CT scanner) để phát hiện các chuỗi hạch cạnh động mạch chủ đã bị mô ung thư xâm nhiễm.
- Chụp thận đánh giá sự tiến triển của ung thư gây tắc nghẽn đường tiết niệu.

Chẩn đoán phân biệt:

Ra máu: u nguyên bào nuôi, lao cổ tử cung, polyp cổ tử cung.

Ra khí hư: phân biệt với lộ tuyến cổ tử cung, sùi mào gà, loét do các bệnh

LTQĐTD.

5. Điều trị: tùy thuộc vào giai đoạn.

UNG THƯ VÚ

Ung thư vú là bệnh hay gặp nhất trong ung thư ở phụ nữ, đứng thứ hai sau ung thư cổ tử cung và là bệnh gây tử vong cao nhất. Nếu phát hiện ở giai đoạn sớm sẽ đem lại hiệu quả cao.

1. Khám lâm sàng.

Hỏi tiền sử.

Hỏi kỹ về tiền sử gia đình.

Nếu có xuất hiện khối u ở vú: hỏi về thời gian, vị trí xuất hiện, triệu chứng đau vú, đau có thay đổi theo chu kỳ kinh nguyệt không? Khối u có gây khó chịu không vì ung thư vú ít khi gây đau. Có dịch tiết núm vú không? Nếu có, hỏi màu sắc, lượng và nguồn gốc dịch tiết ở một hay hai bên vú? và những dấu hiệu liên quan đến u tuyến yên.

2. Thăm khám.

2.1. Khám thực thể bao gồm: quan sát, sờ nắn vú và hạch bạch huyết vùng nách, hạch thượng đòn, hạch hạ đòn.

- Người bệnh đứng thẳng hoặc nằm đặt 02 tay dưới đầu. Nhìn hình dạng vú, sự cân đối, thay đổi da (ban đỏ, sần da cam, co kéo khối u, loét). Nút vú tụt hay lệch hướng.

- Dùng 03 ngón tay giữa đè mô vú vào thành ngực với những di động hình tròn nhỏ với những lực ấn khác nhau, nâng mô vú lên giữa 2 bàn tay.

- Sờ nắn: hạch thượng đòn, hạch hạ đòn, hạch nách. Khám 04 vùng của vú: 1/4 vú trên trong, trên ngoài (thường gặp nhất), dưới trong, dưới ngoài bằng 02 tay, mỗi tay 03 ngón, ấn quanh vú và nút vú phát hiện dịch tiết bất thường.

- Xác định kích thước khối u, hình dạng, mật độ, vị trí, độ di động.

- Dịch tiết: 01 bên hay 02 bên, số lượng ống dẫn có liên quan, màu sắc, mật độ, làm tế bào học.

- Dây chằng Cooper bị co kéo, da dày.

2.2. Các phương pháp thăm dò.

2.2.1. Chụp vú.

Chỉ định:

Mảng rắn ở vú không rõ nguyên nhân. Vú có nhiều khối lổ nhồn

Vú tiết dịch.

Kiểm tra vú bên đối diện khi vú bên kia bị ung thư, dù không sờ thấy hạch nách. Khám sàng lọc ung thư vú.

Tiêu chuẩn chẩn đoán chính:

Ranh giới khối u không rõ ràng.

Tăng độ cản quang.

Calci hóa.

Thương tổn có cấu trúc hình sao trên phim tương ứng về mặt mô học với ung thư ống hay ung thư tiểu thùy phát triển kiểu sợi và

trong ung thư tiểu quản. Nếu có tổn thương này cần làm giải phẫu bệnh.

Calci hóa ống: có thể gặp calci hóa dạng hạt không đồng đều, thô, biểu hiện sự tăng sinh của nội ống hoặc ung thư trong ống calci hóa dạng khuôn là dấu hiệu đặc thù và đáng tin cậy của tân sinh ống. Thường biểu hiện ung thư ít biệt hóa.

2.2.2. Siêu âm.

Siêu âm phát hiện những khối u ở vú. Trong ung thư sẽ thấy khối u ranh giới không rõ, mờ, âm vang không đồng nhất, ống sữa giãn không đều và thấy hạch bạch huyết bị xâm nhiễm.

Siêu âm giúp chẩn đoán phân biệt u lành hay ung thư vú. Tổn thương là nang thì không cần thiết phải phẫu thuật mà chỉ cần hút dịch là đủ.

2.2.3. Chọc hút.

Chọc hút bằng kim nhỏ để chẩn đoán và điều trị.

Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ với áp lực âm lớn có thể dùng để lấy tế bào từ một khối u vú đặc giúp chẩn đoán được khối u lành tính hay ác tính, tăng khả năng chẩn đoán chính xác và quyết định thời gian sinh thiết. Chọc hút bằng kim nhỏ là một thủ thuật thực hiện tại phòng khám để hút dịch hay làm tế bào. Đây là phương pháp cho giá trị chẩn đoán cao, đơn giản dễ thực hiện.

Chỉ định:

- Nang tuyến vú.
- Khối u đặc lành tính ở phụ nữ trẻ. Khối u nghi ngờ ung thư.
- Hạch nách.

Kỹ thuật chọc: dùng kim nhỏ, sát trùng da, cố định khối u ở giữa 2 ngón tay ấn xuống phía cơ ngực, dùng ống tiêm 20 ml, kim số 20g.

Thời gian chọc: ngày 03-10 của chu kỳ kinh để loại trừ ảnh hưởng của nội tiết đối với phụ nữ trẻ và thời kỳ tiền mãn kinh. Nếu là nang tuyến sẽ hút ra dịch, nếu dịch là máu hoặc dịch tái phát sau hút 03-04 tuần, hoặc nếu vẫn sờ thấy khối sau hút thì phải sinh thiết.

2.2.4. Sinh thiết vú.

Là phương pháp đơn giản thuận tiện dễ làm và mang lại lợi ích cao, là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định. Quyết định sinh thiết vú sau khi khám lâm sàng, chụp vú, tế bào ung thư.

Chỉ định sinh thiết: khối u tồn tại lâu.

Khi đã chẩn đoán ung thư vú thì nên sinh thiết vú bên đối diện nếu có dấu hiệu khả nghi khi chụp.

Kỹ thuật: Gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.

Đường rạch ngang qua u để lấy những tổn thương không nắn nổi khi chỉ thấy qua chụp vú. Dùng kỹ thuật định khu trước khi phẫu thuật bằng kim hay tiêm chất màu để nổi rõ.

Lấy toàn bộ khối u gửi giải phẫu bệnh.

3. Chẩn đoán.

3.1. Chẩn đoán xác định.

Giai đoạn sớm: có thể sờ thấy khối u cứng hoặc một mảng cứng, bờ rõ, chụp vú có hình ảnh bất thường.

Giai đoạn muộn: có thể thấy da hoặc núm vú bị co kéo, sờ thấy hạch nách, vú to và đỏ, phù hoặc đau khối u dính vào da và cơ ngực.

Giai đoạn cuối: có tổn thương loét, có hạch thượng đòn phù cánh tay có thể di căn vào phổi, xương, gan não và các tạng khác.

Phân chia giai đoạn lâm sàng:

- Giai đoạn I: kích thước khối u < 02 cm, không sờ thấy hạch, chưa có di căn xa
- Giai đoạn II: kích thước khối u < 05 cm, hạch nách di động
- Giai đoạn III: kích thước khối u > 05 cm hoặc có bất kỳ kích thước nào nhưng đã xâm lấn vào da hoặc cơ ngực, di căn hạch thượng đòn, nhưng chưa di căn xa
- Giai đoạn IV: di căn xa

3.2. Chẩn đoán phân biệt.

Cần loại trừ các bệnh viêm vú: viêm vú không đặc hiệu, viêm cấp hay mạn, áp xe ở người cho con bú và các u lành.

Thùy tuyến vú có thể to lên trước khi hành kinh và nhỏ lại sau khi sạch kinh.

Nhân xơ tuyến vú.

Papilloma nội ống.

Chàm ở núm vú giống bệnh Paget.

4. Hình thái lâm sàng của ung thư vú.

4.1. Carcinoma Paget.

- Tổn thương thường thâm nhiễm nội ống, là loại ung thư rất biệt hóa, biểu mô núm vú bị thâm nhiễm nhưng ít thay đổi núm vú, khối u không sờ thấy.

- Triệu chứng ban đầu thường ngứa, tẩy đồ đầu vú, có thể có vết trợt hoặc loét ở da.

- Để chẩn đoán: bấm sinh thiết. Dễ nhầm với viêm da, eczema nên được điều trị như viêm da do vi khuẩn do đó dẫn đến phát hiện muộn.

4.2. Ung thư vú viêm.

- Đây là hình thái ác tính nhất của ung thư vú.

- Lâm sàng: vú đau, to, sưng đỏ, không sờ rõ khối u vì tổn thương thâm nhiễm lan rộng.

- Chẩn đoán: bấm sinh thiết thấy ung thư xâm nhiễm vào bạch mạch dưới da.

- Nếu nghi ngờ ung thư thì phải cho kháng sinh khoảng 2 tuần và sinh thiết để chẩn đoán, di căn thường sớm và rộng.

5. Xử trí.

Khi đã chẩn đoán chắc chắn là ung thư vú thì chuyển tuyến trung ương để điều trị.

C: CHĂM SÓC SƠ SINH

GIAO TIẾP VÀ HỖ TRỢ TINH THẦN ĐỐI VỚI GIA ĐÌNH

TRẺ BỆNH:

1. Giao tiếp với người nhà trẻ bệnh.

1.1. Nguyên tắc chung.

- Phong cách chắc chắn, thái độ quan tâm, thân thiện tạo niềm tin cho gia đình trẻ bệnh.
- Tôn trọng, thông cảm với những nỗi lo lắng của gia đình.
- Lắng nghe và khuyến khích người nhà hỏi hoặc đề đạt ý kiến.
- Chú ý quan tâm đến bà mẹ kể cả khi không có bà mẹ đi theo. Cần hỏi về tình trạng bà mẹ để thu thập thông tin liên quan đến trẻ và biểu lộ sự quan tâm của mình.

1.2. Các việc cần làm khi tiếp xúc với người nhà trẻ bệnh.

- Tiếp nhận trẻ ngay và đánh giá nhanh xem trẻ có ở trong tình trạng cấp cứu không. Nếu có, phải xử trí ngay; nếu không, tiến hành xử trí trẻ theo qui trình của bệnh viện.
- Hỏi bệnh: luôn có thái độ tôn trọng và cảm thông với người nhà khi hỏi bệnh. Lắng nghe những ý kiến của gia đình, khuyến khích họ hỏi và bày tỏ thái độ quan tâm của mình. Cách hỏi bệnh cần khéo léo, tránh làm tổn thương gia đình.
- Khám bệnh: khám bệnh phải toàn diện, tỉ mỉ, chu đáo. Chú ý động tác khám phải nhẹ nhàng.
- Thông báo về bệnh tật và kế hoạch điều trị cho trẻ: dùng ngôn từ rõ ràng, chính xác khi thông báo cho gia đình về tình trạng, tiến triển và kế hoạch điều trị cho trẻ.
- Giải thích về những vấn đề liên quan đến qui chế bệnh viện: phổ biến các hướng dẫn, nội qui bệnh viện. Bảo đảm quyền dân chủ cho người nhà người bệnh. Đối với những trường hợp cần làm thủ thuật, mổ tử thi... giải thích cho người nhà biết các qui định hiện hành.

2. Hỗ trợ tinh thần cho gia đình trẻ trong các trường hợp bệnh nặng.

2.1. Đối với tất cả gia đình có trẻ bị bệnh nặng.

Động viên an ủi gia đình.

Không được trách gia đình người bệnh nếu họ đưa trẻ đến quá muộn hoặc không quan tâm đến tình trạng bệnh của trẻ.

Biểu hiện sự quan tâm, tôn trọng đối với trẻ và gia đình:

- Khuyến khích và cho phép bà mẹ ở với trẻ. Nếu bà mẹ không thể ở với trẻ thì khuyến khích bà mẹ đến thăm trẻ càng nhiều càng tốt. Cố gắng có giường nằm cho cả bà mẹ và trẻ.

- Khuyến khích bà mẹ cộng tác trong việc chăm sóc trẻ.

- Khuyến khích, động viên, hỗ trợ bà mẹ cho con bú. Trường hợp không thể cho con bú được, hướng dẫn, giúp đỡ bà mẹ vắt sữa và dùng thìa, cốc để cho trẻ ăn.

- Thăm trẻ.

- Chỉ những người thân trong gia đình vào thăm và hướng dẫn họ tuân thủ các qui định của bệnh viện.

- Những người nhà đang bị sốt, có dấu hiệu bị bệnh cấp tính, bệnh truyền nhiễm (như nhiễm khuẩn đường hô hấp, thủy đậu...) không được vào thăm trẻ.

- Khi thăm trẻ cần phải: Rửa sạch tay.

- Mặc quần áo, đi dép của bệnh viện.

- Chỉ thăm người nhà của mình, không tiếp xúc với các trẻ khác trong buồng bệnh.

2.2. Gia đình có trẻ bị khuyết tật bẩm sinh.

Cán bộ y tế cần có thái độ thông cảm, tinh tế trong khi giải thích về tình trạng dị tật cho người nhà.

- Nếu **trẻ bị dị dạng nặng** thì cân nhắc việc cho bà mẹ gặp trẻ. Nếu bắt buộc phải cho mẹ gặp trẻ, tìm cách che bớt sao cho bà mẹ không nhìn thấy hết những dị dạng này khi lần đầu gặp trẻ.

- Lần đầu tiếp xúc với trẻ, không nên để bà mẹ một mình mà cần có thêm một người nữa để giảm bớt sự lo sợ cho bà mẹ.
- Hướng dẫn và bảo đảm cha/mẹ trẻ biết cách chăm sóc trẻ.
- Tư vấn về tiên lượng bệnh của trẻ và giới thiệu đến các cơ sở điều trị tiếp tục.

2.3. Gia đình có trẻ đang hấp hối hoặc đã mất.

Trẻ đang hấp hối: Cho phép người nhà vào thăm trẻ, ngay cả khi đang cố gắng cấp cứu cho trẻ, nếu thấy phù hợp. Giải thích tình trạng bệnh của trẻ.

Nếu biết chắc chắn **trẻ không thể qua khỏi** cần an ủi, động viên gia đình người bệnh và thông báo cho gia đình biết là không thể cứu sống trẻ.

Khi trẻ tử vong:

- Sau khi trẻ đã mất, mặc quần áo, chia sẻ với gia đình người bệnh và cho phép gia đình gặp mặt, nếu họ muốn.
- Tôn trọng các tập tục địa phương: giữ vật kỷ niệm, chôn cất... nhưng phải đúng theo qui định địa phương và bảo đảm đúng các qui trình y tế.
- Hoàn thành mọi thủ tục, giấy tờ theo qui định xác nhận tử vong của trẻ. Ghi chép đầy đủ các thông tin liên quan và lưu hồ sơ trẻ tử vong.
- Đưa giấy chứng tử cho gia đình và hướng dẫn chăm sóc bà mẹ sau sinh

CHUYÊN VIỆN AN TOÀN CHO TRẺ SƠ SINH

1. Liên hệ, trao đổi với tuyến chuyển đến.

- Liên lạc bằng điện thoại trước khi chuyển.
- Các thông tin cần trao đổi: tình trạng bệnh tật, các thuốc điều trị, tham khảo ý kiến chuyên môn, phương tiện chuyển và ước tính thời gian đến.

2. Chuẩn bị cán bộ, phương tiện và trang thiết bị cho chuyển viện.

- *Cán bộ*: cán bộ chuyên môn đi kèm biết chăm sóc sơ sinh cơ bản, cấp cứu ngừng tim, ngừng thở.
- *Phương tiện vận chuyển*: xe cứu thương phải có đèn đủ sáng để có thể theo dõi, chăm sóc người bệnh trên đường chuyển, trong xe phải bảo đảm vệ sinh sạch sẽ, lái xe phải thường trực liên tục.
- *Dụng cụ và thuốc cần mang theo*: bảo đảm có đủ, vô khuẩn và sử dụng được.

Các loại dụng cụ cần thiết	Các loại thuốc thiết yếu
- Bóng, mặt nạ dùng cho trẻ sơ sinh. - Bình/túi oxygen đủ dùng trong quá trình chuyển. - Ống thông, bộ dây nối thở oxygen, ống thông dạ dày, hút dịch; bơm tiêm. - Bộ đặt nội khí quản, ống nội khí quản các cỡ 2,5; 3; 3,5.	- Dịch truyền: glucose 10%; Natri Clorid 0,9%; Natri Bicarbonat 4,2 %. - Phenobacbital. - Adrenalin 1‰.
- Ống nghe; nhiệt kế, máy hút đờm/nhớt. - Dụng cụ/thiết bị ủ ấm. - Dụng cụ đo độ bão hòa oxygen qua da, nếu có điều kiện.	- Kháng sinh (Gentamicin, Penicilin).

3. Chuẩn bị chuyển viện.

- Bảo đảm là đã giải thích kỹ cho gia đình lý do phải chuyển viện và được gia đình đồng ý.
- Nên chuyển mẹ đi cùng trẻ.
- Tình trạng người bệnh tương đối ổn định, có thể duy trì được các chức năng sống trên đường chuyển.
- Trường hợp nghi ngờ hoặc đã xác định nhiễm khuẩn nặng: tiêm bắp (mông) cho trẻ 1 liều kháng sinh: gentamicin 2,5 mg/kg và penicilin 50.000 đv/kg (chú ý phải **pha loãng** gentamicin trước khi dùng với nồng độ 10 mg/ml).
- Nếu trẻ mất nước nặng: bồi phụ nước và điện giải.
- Viết giấy chuyển viện.

4. Chăm sóc và theo dõi trên đường chuyển viện.

- Bảo đảm giữ ấm cho trẻ trước và trong khi chuyển, khuyến khích để trẻ tiếp xúc da kề da với mẹ hoặc người nhà.
- Bảo đảm cho ăn và dịch truyền:
- Nếu trẻ bú được, khuyến khích bà mẹ cho trẻ bú.
- Nếu trẻ không thể bú được, vắt sữa cho trẻ ăn bằng thìa hoặc qua ống thông hoặc nuôi dưỡng tĩnh mạch nếu cán bộ đi kèm có khả năng thực hiện.
- Theo dõi: diễn biến bệnh và các dấu hiệu sinh tồn.
- Xử trí các tình huống: nếu trẻ có các vấn đề nghiêm trọng (ngừng thở/tim hoặc co giật) thì cần dừng xe để xử trí. Không nên đi nhanh đến tuyến chuyển viện mà không xử trí.

5. Đến cơ sở chuyển viện: bàn giao người bệnh, các hồ sơ liên quan, các diễn biến và xử trí trên đường chuyển viện.

CHO TRẺ RA VIỆN

1. Thời điểm ra viện.

1.1. Các tiêu chuẩn về chuyên môn để có thể cho trẻ bệnh ra viện:

- Bệnh lý chính đã ổn định, không có vấn đề gì khác cần phải điều trị tại cơ sở y tế.
- Thân nhiệt của trẻ bình thường và duy trì trong khoảng 36,5°C - 37,4°C.
- Trẻ bú tốt. Nếu trẻ không có chỉ định bú mẹ, phải hướng dẫn bà mẹ kiến thức và thực hành nuôi con bằng các phương pháp cho ăn thay thế.
- Trẻ có chiều hướng tăng cân.

1.2. Nếu vì hoàn cảnh đặc biệt:

Gia đình muốn xuất viện sớm hơn so với dự định của thầy thuốc, cần hướng dẫn bà mẹ cách tiếp tục điều trị tại nhà (nên có cam kết từ bà mẹ xin ra viện sớm và thực hiện đúng các hướng dẫn của thầy thuốc), khuyến khích bà mẹ đưa trẻ khám lại sau 1 - 2 ngày, liên hệ với nhân viên y tế địa phương đề nghị tiếp tục theo dõi trẻ.

2. Các thủ tục cần làm khi cho người bệnh ra viện.

Khám trẻ trước khi ra viện: bảo đảm chắc chắn là bệnh chính đã ổn định, đủ các tiêu chuẩn cho trẻ xuất viện.

Thông báo cho gia đình biết về quyết định ra viện:

Trẻ đã có đầy đủ các điều kiện cần thiết để ra viện.

Giải thích các qui định về thủ tục ra viện cho bà mẹ hiểu và trả lời các câu hỏi của bà mẹ.

Trường hợp đặc biệt phải giải quyết ra viện theo yêu cầu của gia đình, cần thông qua ý kiến lãnh đạo và phải có chữ ký của gia đình vào bệnh án.

3. Hướng dẫn cho bà mẹ/người nhà khi cho trẻ ra viện.

Cấp thuốc hoặc kê đơn, hướng dẫn cách sử dụng để hoàn thành đợt điều trị tại nhà và hẹn khám lại.

Hướng dẫn cho bà mẹ cách chăm sóc, theo dõi trẻ tại nhà. Đặc biệt lưu ý đối với các bà mẹ có vấn đề khó khăn (về nuôi con bằng sữa mẹ, bị bệnh nặng, HIV(+), có con lần đầu, tuổi vị thành niên hoặc bà mẹ độc thân...).

Kiểm tra và hướng dẫn lịch tiêm chủng lần tiếp theo.

4. Hoàn tất các thủ tục hành chính.

Viết giấy ra viện gồm đầy đủ các thông tin về chẩn đoán, hướng dẫn theo dõi và khám lại.

Hoàn thành hồ sơ ra viện.

PHỐI HỢP CHUYÊN NGÀNH SẢN KHOA VÀ NHI KHOA TRONG CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH

Phối hợp Sản - Nhi cần thực hiện toàn diện cả về tổ chức, nhân lực và nội dung

1. Tổ chức.

- Có nơi hồi sức sơ sinh trong phòng đẻ hoặc phòng mổ và được trang bị đầy đủ trang thiết bị, dụng cụ cần thiết.
- Cần bố trí khoa Sản và khoa Nhi ở gần nhau.
- Có đơn vị sơ sinh trong khoa Nhi, có phòng hồi sức cấp cứu sơ sinh với đủ trang thiết bị cần thiết cho các hồi sức sơ sinh cơ bản và toàn diện. Phải bảo đảm các tiêu chuẩn về vệ sinh và phòng chống nhiễm khuẩn.

2. Nhân lực.

- Bác sĩ, nữ hộ sinh khoa Sản phải thực hiện thành thạo cấp cứu, hồi sức trẻ ngạt, chăm sóc thiết yếu trẻ sơ sinh trong ngày đầu, tuần đầu sau sinh.

- Bác sĩ, điều dưỡng khoa Nhi phải được đào tạo về chăm sóc và cấp cứu sơ sinh.

- Các bác sĩ, điều dưỡng trong đơn vị sơ sinh cần được đào tạo sâu về chuyên khoa sơ sinh.

3. Nội dung thực hiện.

- Các bà mẹ mang thai có nguy cơ cần được hội chẩn giữa các bác sĩ sản và nhi để tiên lượng cuộc đẻ và có hướng xử trí phù hợp cho cả mẹ và con.

- Phối hợp theo dõi bà mẹ mang thai có nguy cơ và trẻ sơ sinh tại cuộc đẻ:

- Chăm sóc trẻ sơ sinh bệnh lý: khi trẻ sơ sinh tại khoa Sản có vấn đề về sức khỏe cần có hội chẩn với bác sĩ Nhi về chẩn đoán, chăm sóc, điều trị, tư vấn.

- Nếu quá khả năng chăm sóc tại khoa Sản chuyển trẻ sang khoa Nhi điều trị. Khi chuyển trẻ phải cung cấp đầy đủ thông tin về mẹ, cuộc đẻ và trẻ. Cần có sự chia sẻ trách nhiệm khi có bất cứ vấn đề gì xảy ra đối với trẻ.

- Trẻ sơ sinh bệnh khi chuyển sang khoa Nhi cần được bố trí nằm cùng với mẹ nếu có điều kiện và bệnh không quá nặng.

- Nếu bà mẹ cần phải tiếp tục điều trị, theo dõi, cán bộ Sản cần đến khoa Nhi thăm khám và chăm sóc cho bà mẹ.

- Những nơi có điều kiện thực hiện sàng lọc trước sinh, sàng lọc sơ sinh: các cán bộ khoa Sản và khoa Nhi hợp tác tiến hành các hoạt động:

- Truyền thông cung cấp kiến thức cho cộng đồng. Tư vấn di truyền, bệnh tật.

- Tổ chức mạng lưới, thực hiện sàng lọc trước sinh và sơ sinh trên diện rộng.

NGUYÊN TẮC SỬ DỤNG KHÁNG SINH CHO TRẺ SƠ SINH

1. Các nguyên tắc sử dụng kháng sinh.

- Chỉ sử dụng kháng sinh khi có bằng chứng nhiễm khuẩn hoặc có nguy cơ nhiễm khuẩn cao.
- Những trường hợp nhiễm khuẩn nặng nên dùng kháng sinh diệt khuẩn đường tĩnh mạch và phối hợp.
- Thận trọng khi dùng những kháng sinh có độc tính đối với gan và thận (như cloramphenicol, aminoglicosid, quinolon)
- Không trộn lẫn các kháng sinh khác nhau khi dùng.

2. Các kháng sinh sử dụng theo tuyến.

- Khuyến khích sử dụng kháng sinh đường uống.
- Trường hợp phải dùng kháng sinh đường tiêm thì dùng đường tiêm bắp, khuyến khích tiêm mông.
- Tuân thủ nguyên tắc tiêm an toàn.
- Sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch, phối hợp trong những trường hợp nhiễm khuẩn nặng.
- Làm các xét nghiệm để tìm nguyên nhân nhiễm khuẩn.
- Lựa chọn kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Sau 72 giờ điều trị, nếu tình trạng bệnh không cải thiện thì phải thay đổi kháng sinh.
- Dừng sử dụng kháng sinh ngay khi không cần thiết.

THUỐC THIẾT YẾU TRONG CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH

Bao gồm các loại:

Dịch truyền: Glucose 10 %, Natri Clorid 0,9%, Glucose 5 %, Natri bicarbonat 4,2 %, 1,4 %, dung dịch acid Amin 10 %, Lipofundin 20 %, Natri Clorid ưu trương, Calci clorid 10 %, Kali Clorid 10 % và máu.

Kháng sinh: Benzyl Penicilin, Ampicilin, Gentamycin, Cefotaxim, Ceftriaxon, Cloxacilin, Amikacin, Nystatin, Ciprofloxacin.

Thuốc chống co giật: Phenobarbital, Cafein citrat 7%, Theophyllin

Thuốc cấp cứu: Adrenalin 1/1000.

Thuốc cấp cứu tim mạch: dopamin, dobutamin.

Morphin, Fentanyl, Naloxon.

Heparin, Lidocain.

Dung dịch sát khuẩn da/chăm sóc rốn: tím Gentian 0,5 %, cồn 70⁰ hoặc Povidon iod 2,5%.

Dung dịch sát khuẩn tay: sát khuẩn tay nhanh Clorhexidin 4%.

Mỡ Tetracyclin 1 % nhỏ mắt.

Argyrol 1 %.

Vitamin K₁.

Vaccin: BCG, viêm gan B.

Dung dịch khử khuẩn dụng cụ: Clorhexidin, Glutaraldehyd, Hexaniose, Cloramin.

TRANG THIẾT BỊ THIẾT YẾU CHO CHĂM SÓC SƠ SINH

Bàn làm rôn và hồi sức sơ sinh.

Đèn sưởi ấm.

Cân trẻ sơ sinh và thước đo chiều dài.

Nhiệt kế.

Hệ thống thở oxygen: bình oxygen, bóng bóp sơ sinh và mặt nạ các cỡ.

Máy hút và ống hút. Ống hút đờm số 6 - 8, găng sạch.

Bơm kim tiêm và dây truyền dịch, kim bướm cho trẻ em, Kim luôn tĩnh mạch

Kim lấy thuốc số 18.

Băng dính, băng cuộn.

Ống thông dạ dày, ống thông hậu môn.

Găng tay vô trùng.

Bồn rửa tay có nước và xà phòng, khăn lau tay.

Bàn chải, xà phòng.

Bộ đặt nội khí quản sơ sinh.

Ống nội khí quản sơ sinh các cỡ.

Đèn chiếu vàng da.

CPAP.

Máy đo độ bão hòa oxygen qua da.

Máy đo đường huyết tại giường.

Giường sưởi ấm, lồng ấp.

Giường cho bà mẹ thực hiện chăm sóc trẻ bằng phương pháp Kangaroo.

Đồ vải sạch dùng cho sơ sinh.

Xe cấp cứu vận chuyển trẻ bệnh: có đầy đủ các trang thiết bị cấp cứu cần thiết.

X quang chụp tại giường.

Nếu có điều kiện, trang bị: máy siêu âm tim màu, não tại giường và đầu dò thích hợp.

Máy thở, máy monitor.

Catheter rốn số 3,5 - 5F.

Chạc 3, 4.

Bộ truyền máu.

Máy bơm tiêm tự động, dây nối bơm tiêm.

Catheter tĩnh mạch trung tâm, bộ dụng cụ đo áp lực tĩnh mạch trung tâm.

Bộ chọc dò và mở màng phổi.

Máy đo khí máu

Hệ thống thở oxygen: bộ trộn oxygen - khí trời.

Bộ chọc dò tủy sống.

CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH ĐỂ NON/NHẸ CÂN

- Xác định tuổi thai, cân nặng, chiều dài và chăm sóc thiết yếu sau sinh.

- Chăm sóc trẻ trên 2.000g không có suy hô hấp, bú được.

- Hướng dẫn bà mẹ giữ ấm cho trẻ bằng phương pháp Kangaroo, nuôi con bằng sữa mẹ, phòng chống nhiễm khuẩn.

- Tiêm bắp vitamin K₁: 01 mg ngay sau đẻ; 0,5 mg đối với trẻ có cân nặng < 1.500 g.

- Tiêm chủng theo qui định: BCG và viêm gan B

- Theo dõi và điều trị các nguy cơ thường gặp của trẻ đẻ non: chú ý vàng da (chiếu đèn), nhiễm khuẩn (điều trị kháng sinh), suy hô hấp (sử dụng CPAP).

- Chú ý tầm soát bệnh lý võng mạc ở trẻ sơ sinh thiếu tháng.

- Chuyển tuyến nếu phát hiện các dị tật bẩm sinh ngoài khả năng điều trị và các trường hợp suy hô hấp nặng, các bệnh nhiễm khuẩn không đáp ứng với điều trị.

- Theo dõi sự phát triển về tinh thần và thể chất của trẻ sau khi ra viện.

- Chăm sóc trẻ dưới 1500 g.

- Chăm sóc điều trị suy hô hấp nặng với chuyên môn và kỹ thuật cao: CPAP, máy thở, chống toan máu, surfactan.

- Nuôi dưỡng tĩnh mạch.

- Sử dụng lồng ấp.

- Điều trị các bệnh kèm theo khác.

- Phát hiện và điều trị sớm các biến chứng (bệnh võng mạc, khiếm thính, bệnh phổi mạn tính).

4. Tiêu chuẩn xuất viện với trẻ đẻ non.

- Trẻ hồng hào, bú tốt.

- Tăng cân 15 - 20 g/kg thân trọng mỗi ngày trong 03 ngày liên tục và có cân nặng khi ra viện ít nhất là 1800 g.

- Nhiệt độ ổn định bình thường.

- Không có cơn ngừng thở nặng.

- Các dấu hiệu khác bình thường.

- Mẹ và người nuôi dưỡng đã được hướng dẫn về chăm sóc trẻ.

- Hẹn khám lại mỗi tháng 01 lần trong năm đầu

CHĂM SÓC TRẺ BẰNG PHƯƠNG PHÁP CĂNG-GU-RU

(Kangaroo Mother Care)

1. Chăm sóc trẻ bằng phương pháp Căng-gu-ru

Bác sĩ, nữ hộ sinh hoặc điều dưỡng khuyến khích và hướng dẫn bà mẹ:

- Thực hiện tiếp xúc da - kề - da với mẹ ngay từ những phút đầu sau khi lọt lòng mẹ.
- Hỗ trợ người mẹ cho trẻ bú trong vòng 1 giờ đầu sau đẻ khi trẻ ở trên ngực, tiếp xúc da kề - da với mẹ.

2. Tại tuyến huyện trở lên.

Bác sĩ, nữ hộ sinh hoặc điều dưỡng khoa Sản và khoa Nhi thực hiện phương pháp Căng-gu-ru cần phải được đào tạo về kỹ năng tư vấn và phương pháp thực hiện chăm sóc này. Tại khoa phòng cần bố trí một hoặc vài phòng riêng cho hoạt động này.

2.1. Tiêu chuẩn chọn trẻ để thực hiện phương pháp Căng-gu-ru.

- Trẻ đẻ non hoặc nhẹ cân không có dấu hiệu bệnh lý hoặc đã vượt qua giai đoạn bệnh lý nặng.
- Không phải nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.
- Có đáp ứng tốt với các kích thích.

2.2. Yêu cầu đối với người mẹ tham gia thực hiện phương pháp Căng-gu-ru.

- Tự nguyện, hợp tác thực hiện phương pháp Căng-gu-ru theo hướng dẫn.
- Sức khỏe tốt.
- Dành toàn bộ thời gian thực hiện phương pháp Căng-gu-ru.
- Thực hiện vệ sinh tốt.

- Có thêm một người nhà thích hợp, tự nguyện, nhiệt tình thực hiện phương pháp Kangaroo để có thể thay thế người mẹ khi cần.

2.3. Nội dung thực hiện phương pháp Căng-gu-ru.

- Hướng dẫn đặt trẻ và giữ trẻ ở vị trí Căng-gu-ru.
- Hướng dẫn nuôi con bằng sữa mẹ khi đang thực hiện phương pháp Căng-gu-ru.
- Hướng dẫn cách chăm sóc, vệ sinh và theo dõi cho trẻ hàng ngày, các dấu hiệu nguy hiểm có thể xảy ra đối với trẻ và cách xử trí kịp thời.
- Kích thích và xoa bóp cho trẻ.
- Hỗ trợ bà mẹ: hướng dẫn cách vận động, thư giãn cơ thể và giải tỏa những nỗi lo lắng, sợ hãi...

2.4. Tiêu chuẩn ra viện.

Đối với trẻ:

- Trẻ không có biểu hiện bệnh lí.
- Trẻ bú mẹ được.
- Trẻ đã tăng cân: 15 - 20 g/kg thân trọng mỗi ngày và trong ít nhất 03 ngày liên tiếp.

Đối với bà mẹ:

- Thành thạo cách thực hiện tiếp xúc da - kề - da tiếp tục cho trẻ tại nhà.
- Biết cách điều chỉnh theo nhu cầu của trẻ như tăng thời gian tiếp xúc da - kề - da nếu trẻ lạnh tay, chân hoặc nhiệt độ môi trường thấp về ban đêm.
- Biết cách chăm sóc, theo dõi tại nhà và nhận biết các dấu hiệu nguy hiểm đưa trẻ đến khám kịp thời.
- Biết nơi khám chăm sóc sức khỏe định kì, thời gian khám lại và nội dung khám.

Hướng dẫn khi ra viện: cấp tờ rơi, hướng dẫn thực hiện phương pháp Căng-gu-ru ngoại trú và hẹn khám lại.

3. Thực hiện phương pháp Căng-gu-ru cho trẻ phải chuyển viện.

- Nếu trẻ có chỉ định chuyển viện: giải thích, động viên và giúp đỡ người mẹ hoặc người đi cùng với trẻ, đảm bảo cho trẻ vẫn được chăm sóc tiếp xúc da - kê - da trên đường chuyển.
- Để trẻ ở vị trí Căng-gu-ru khi thực hiện các chăm sóc khác trên đường vận chuyển (thở oxygen, cho ăn sữa mẹ qua ống thông hoặc nhỏ giọt...).

DỊ TẬT SƠ SINH CẦN CAN THIỆP SỚM

Phát hiện các dị tật cần can thiệp ngay như: không hậu môn, thoát vị rốn, khe hở thành bụng, teo thực quản, hội chứng tắc ruột.

Phát hiện được một số dị tật bằng khám lâm sàng, chụp X quang và siêu âm nếu có.

Làm các xét nghiệm cơ bản và một số xét nghiệm thăm dò để xác định chẩn đoán.

Can thiệp phẫu thuật sớm hoặc

Vận chuyển an toàn lên tuyến có khả năng phẫu thuật.

Lưu ý: khi chuyển trẻ bị thoát vị rốn và khe hở thành bụng cần đảm bảo khối thoát vị được đắp huyết thanh ẩm liên tục và vô khuẩn.

Những điểm cần lưu ý khi chăm sóc trẻ bị dị tật.

Những dị tật teo tắc ruột phải nhịn ăn hoàn toàn và đặt ống thông dạ dày dẫn lưu.

Dị tật teo thực quản: nhịn ăn hoàn toàn, đặt trẻ nằm đầu cao, hút đờm rãi liên tục.

Thoát vị hoành: tuyệt đối không bóp bóng qua mặt nạ, nếu cần hỗ trợ hô hấp phải đặt nội khí quản.

Những dị tật về xương khớp cần chú ý cố định tốt khi vận chuyển.

TƯ VẤN NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ

1. Khi mang thai:

- Giải thích lợi ích của bú mẹ.
- Hỏi kinh nghiệm nuôi con bằng sữa mẹ.
- Giải thích tầm quan trọng của việc chăm sóc vú và núm vú, xin phép khám.
- Tạo niềm tin là tất cả bà mẹ đều có thể nuôi con bằng sữa mẹ.

2. Ngay sau đẻ:

- Cho con nằm trên người của mẹ
- Giúp bà mẹ cho con bú sớm trong vòng 1 giờ đầu sau đẻ.
- Mẹ dễ chăm sóc, theo dõi con.
- Trẻ ít khóc hơn.
- Thời gian bú mẹ được lâu hơn.
- Tư vấn về lợi ích của việc cho bú sớm:
 - Lợi ích của sữa non.
 - Sữa về sớm hơn.
 - Trẻ tăng cân tốt hơn.
 - Ít bị cương tắc sữa.
- Không vắt bỏ sữa non, cần cho con bú cả sữa non.
- Hướng dẫn bà mẹ cho con bú đúng:
 - Trẻ ngậm bắt vú đúng (miệng trẻ ngậm bắt môi dưới hướng ra ngoài, lưỡi chụm quanh bầu vú, má chụm tròn, quầng vú còn lại ở phía trên nhiều hơn phía dưới)

- Tư thế cho bú đúng (đầu và thân trẻ ở trên cùng một đường thẳng, mặt trẻ đối diện với vú và môi trẻ đối diện với núm vú, thân trẻ sát với mẹ, đỡ toàn bộ người trẻ)

- Trẻ bú có hiệu quả (mút chậm, sâu, thỉnh thoảng dừng lại rồi bú tiếp. Có thể nhìn hoặc nghe thấy tiếng trẻ nuốt).

- Phát hiện các trường hợp có khó khăn khi cho bú mẹ để hướng dẫn chi tiết.

- Cách giữ gìn nguồn sữa mẹ:

- Uống nhiều nước.

- Ăn đủ chất và tăng bữa.

- Nghỉ ngơi đủ, ngủ 8 giờ/ngày hoặc hơn.

- Giải thích về những thức ăn và những yếu tố có ảnh hưởng đến số lượng, chất lượng sữa (kể cả các thuốc).

- Sử dụng bất kỳ thuốc gì đều phải có ý kiến của thầy thuốc.

3. Cho con bú trong những ngày đầu.

- Giải thích những thay đổi về vú trong những ngày đầu.

- Không hạn chế số lần cho trẻ bú, cho bú theo nhu cầu, ít nhất là 8 lần/ngày, cả ngày và đêm.

- Bú hết sữa một bên vú mới chuyển sang bên kia.

- Không dứt vú khi bé chưa muốn thôi bú.

- Chỉ cho bú sữa mẹ, không cho trẻ ăn hay uống bất cứ thức ăn, nước uống nào khác.

- Nếu vú cương đau hoặc trẻ khó bắt vú giai đoạn đầu: hướng dẫn bà mẹ vắt sữa và giải thích cho bà mẹ yên tâm là vấn đề này sẽ được giải quyết, trẻ sẽ bú lại được bình thường.

4. Cho trẻ non tháng, nhẹ cân bú mẹ.

- Nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nuôi con bằng sữa mẹ.

- Giúp bà mẹ yên tâm là có thể nuôi con bằng sữa mẹ.

- Khuyến khích bà mẹ vắt sữa từ ngày đầu.

- Để giúp sữa chảy tốt, nhắc người mẹ vắt ít sữa trước lúc cho bé bắt vú.
- Nếu trẻ không bú được, cần vắt sữa, cho ăn bằng thìa và cốc sạch, tốt nhất là lược các dụng cụ trước khi cho trẻ ăn.
- Giải thích cho bà mẹ là trẻ sẽ lớn dần và bú tốt hơn.

5. Cho trẻ sinh đôi bú.

- Giúp bà mẹ yên tâm là với 02 bầu vú, bà mẹ có thể nuôi cả 02 con.
- Có thể cho cả 02 trẻ bú cùng một lúc hoặc 01 trẻ bú trước, 01 trẻ bú sau.
- Nếu cả 02 trẻ cùng bú:
 - Đặt 01 gôi bên dưới để đỡ hai tay bà mẹ (tư thế ngồi).
 - Đặt mỗi trẻ bên dưới 01 cánh tay
- Nếu 01 trẻ yếu hơn, cần lưu ý cho trẻ này bú đủ, có thể vắt giúp sữa khi trẻ bú.
- Động viên bà mẹ kiên trì. Trẻ sinh đôi thường là non tháng, thấp cân, cần nhiều thời gian mới thích nghi được với việc bú mẹ.
- Hướng dẫn bà mẹ và gia đình về nhu cầu ăn uống trong trường hợp sinh đôi

HẠ THÂN NHIỆT Ở TRẺ SƠ SINH

Nhận biết trẻ có nguy cơ hạ thân nhiệt: nhẹ cân, đẻ non, nhiễm khuẩn nặng, trẻ sinh ra vào mùa lạnh.

Phát hiện kịp thời dấu hiệu hạ thân nhiệt: sờ bàn tay, bàn chân lạnh.

Đo thân nhiệt ít nhất 01 lần trong ngày đầu sau đẻ. Những trẻ có nguy cơ cần kiểm tra thân nhiệt thường xuyên hơn.

Khám lâm sàng, làm xét nghiệm đường máu, các xét nghiệm cơ bản để chẩn đoán và điều trị theo nguyên nhân.

Làm thêm các xét nghiệm để xác định nguyên nhân: cấy máu và các dịch khác.

Xử trí:

Hướng dẫn bà mẹ giữ ấm cho trẻ bằng phương pháp Càng-gu-ru hoặc quấn thêm tã, mặc thêm quần áo, đội mũ và đắp chăn ấm cho trẻ hoặc hướng dẫn các phương pháp ủ ấm khác.

Khuyến khích bà mẹ cho trẻ bú sớm, nhiều lần, nếu trẻ không thể bú thì vắt sữa và cho ăn qua thìa

Trưởng hợp hạ thân nhiệt nặng:

Sử dụng các phương tiện ủ ấm khác sẵn có (lồng ấp).

Điều trị các rối loạn kèm theo.

Điều trị nguyên nhân (nhiễm khuẩn nặng).

Chuyển tuyến khi vượt quá khả năng điều trị hoặc tình trạng không cải thiện sau 02 ngày điều trị

SUY HÔ HẤP SƠ SINH

Suy hô hấp là hội chứng thường gặp nhất ở trẻ sơ sinh, đặc biệt là trẻ sơ sinh thiếu tháng, có thể gây tử vong nhanh nếu không chẩn đoán và xử trí kịp thời.

Lâm sàng:

Phát hiện những trẻ có nguy cơ suy hô hấp: đẻ non, đẻ khó, mổ đẻ ...

Phát hiện kịp thời dấu hiệu suy hô hấp: có một trong các dấu hiệu sau:

Thở nhanh (từ 60 lần/phút trở lên). Co kéo lồng ngực nặng.

Thở khò khè, thở rít hoặc thở rên.

Khám lâm sàng, đánh giá mức độ suy hô hấp và làm các xét nghiệm cơ bản (công thức máu, X quang tim phổi), để xác định chẩn đoán và điều trị suy hô hấp.

Xét nghiệm xác định nguyên nhân suy hô hấp: khí máu, cấy dịch nội khí quản.

Xử trí:

- Tùy mức độ suy hô hấp để quyết định phương pháp hỗ trợ hô hấp.
- Điều trị suy hô hấp theo nguyên nhân.
- Kháng sinh: điều trị theo kháng sinh đồ.
- Khi chưa có kháng sinh đồ thì dùng kháng sinh phổ rộng phổi hợp. Thời gian điều trị 07 - 10 ngày.
- Điều trị các rối loạn hoặc biến chứng kèm theo.
- Chăm sóc hỗ trợ.
- Chuyển điều trị theo chuyên khoa khi cần.

VIÊM PHỔI

Lâm sàng:

- Phát hiện những trẻ có nguy cơ bị viêm phổi.
- Xác định các dấu hiệu nghi ngờ viêm phổi: nhịp thở trên 60 lần/phút, rút lõm lồng ngực nặng, tím tái.
- Chẩn đoán xác định viêm phổi dựa vào lâm sàng và một số xét nghiệm cơ bản: công thức máu, X quang tim phổi.
- Làm thêm xét nghiệm để chẩn đoán nguyên nhân: khí máu (nếu có), cấy máu và cấy dịch hút khí quản.

Xử trí:

- Cho thở oxygen qua ống thông 0,5 - 01 lít/phút.
- Điều trị theo nguyên nhân.
- Hỗ trợ hô hấp: thở CPAP qua mũi.

- Phối hợp kháng sinh phổ rộng trước khi có kết quả xét nghiệm và điều chỉnh kháng sinh thích hợp theo kết quả kháng sinh đồ hoặc chuyển kháng sinh nếu sau 02 ngày điều trị không cải thiện.
- Điều trị các biến chứng và rối loạn đi kèm.
- Theo dõi phát hiện sớm các di chứng.

NHIỄM KHUẨN MẮT

1. Hỏi và khám lâm sàng để phân loại là nhiễm khuẩn tại chỗ hay lan rộng.

Nhiễm khuẩn tại chỗ, nếu:

Chảy mủ mắt ít.

Mắt không sưng đỏ.

Nhiễm khuẩn mắt lan rộng, nếu:

Chảy mủ mắt nhiều.

Mắt sưng đỏ, lan rộng.

Có thể có các biểu hiện nhiễm khuẩn toàn thân.

Làm xét nghiệm xác định chẩn đoán nguyên nhân.

Khám xác định bà mẹ có bị nhiễm khuẩn đường sinh dục không.

1.2. Xử trí:

Nhiễm khuẩn tại chỗ:

Điều trị tại chỗ, không cần dùng kháng sinh toàn thân.

Hướng dẫn bà mẹ chăm sóc tại nhà.

Hẹn khám lại sau 02 ngày. Khám lại ngay nếu bệnh không đỡ hoặc có các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân.

Nhiễm khuẩn nặng: điều trị theo nguyên nhân:

Viêm kết mạc do tụ cầu vàng:

Tra mỡ tetracyclin lên mắt viêm 04 lần/ngày trong 05 ngày.
Không cần dùng kháng sinh toàn thân.

Viêm kết mạc do lậu cầu:

Tiêm bắp ceftriaxon 50 mg/kg, một liều duy nhất.

Vệ sinh mắt hàng ngày.

Giới thiệu, hội chẩn chuyển khoa da liễu để điều trị lậu cầu cho bà mẹ và ông bố/người tình nếu họ chưa được điều trị.

Viêm kết mạc do *Chlamydia*:

Cho uống erythromycin 75 mg/kg/ngày trong 14 ngày.

Vệ sinh mắt.

Nhỏ thuốc mỡ tetracyclin 01 % cho đến khi mắt không còn sưng, đỏ, hết dử, mủ.

Nếu không xác định được nguyên nhân hoặc không làm kháng sinh đồ được, điều trị như sau:

Nếu trẻ dưới 07 ngày tuổi, chưa được điều trị kháng sinh toàn thân thì điều trị như viêm kết mạc do lậu cầu.

Nếu trẻ từ 07 ngày tuổi trở lên và đã được điều trị kháng sinh toàn thân không kết quả hoặc trẻ dưới 07 ngày tuổi, tình trạng bệnh không cải thiện sau 48 giờ điều trị thì điều trị như viêm kết mạc do *Chlamydia*.

Chăm sóc toàn diện:

+ Cần tuân thủ chặt chẽ các nguyên tắc phòng chống nhiễm khuẩn đối với sơ sinh nhằm hạn chế lây nhiễm từ trẻ này sang trẻ khác.

+ Cố gắng bảo đảm cho trẻ nằm với mẹ và nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn.

+ Giới thiệu, hội chẩn chuyển khoa da liễu để điều trị cho bà mẹ và ông bố/người tình nếu họ chưa được điều trị.

NHIỄM KHUẨN RÓN

Hỏi và khám lâm sàng để phân loại là nhiễm khuẩn tại chỗ hay lan rộng.

Nhiễm khuẩn rốn tại chỗ:

Rốn ướt, sưng, đỏ.

Vùng quanh rốn sưng, đỏ lan rộng dưới 1 cm.

Nhiễm khuẩn rốn nặng:

Rốn sưng, đỏ hoặc chảy mủ, có mùi hôi.

Vùng quanh rốn sưng, đỏ lan rộng xung quanh trên 1 cm.

Chướng bụng.

Xử trí.

Chẩn đoán và xác định nguyên nhân.

Làm các xét nghiệm: cấy dịch hoặc mủ rốn, công thức máu, cấy máu nếu có nghi ngờ nhiễm khuẩn huyết.

Xử trí các biến chứng hoặc các bệnh kèm theo.

Nhiễm khuẩn rốn tại chỗ:

Điều trị tại chỗ, không cần dùng kháng sinh toàn thân:

- Rửa sạch tay.
- Rửa sạch rốn và nhẹ nhàng thấm khô.
- Bôi tím gentian 0,5 % lên vùng rốn nhiễm khuẩn 4 lần/ngày cho đến khi hết mủ.

- Rửa sạch tay sau khi chăm sóc rốn.

- Hướng dẫn bà mẹ chăm sóc tại nhà.

Nhiễm khuẩn rốn nặng:

- Nếu nhiễm khuẩn rốn do nhiễm khuẩn bệnh viện, xử trí theo hướng dẫn về nhiễm khuẩn bệnh viện.

- Điều trị như nhiễm khuẩn huyết.

- Điều trị các biến chứng hoặc các bệnh kèm theo nếu có.

- Sau khi ngừng kháng sinh thì theo dõi trẻ trong 24 giờ, nếu hết nhiễm khuẩn rôn, trẻ bú tốt, không còn dấu hiệu cần nằm viện thì cho trẻ ra viện và hướng dẫn bà mẹ chăm sóc, theo dõi tại nhà.

- Nếu có kết quả kháng sinh đồ, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Chăm sóc rôn tại chỗ.

Chú ý: Chăm sóc toàn diện: luôn tuân thủ chặt chẽ nguyên tắc phòng chống nhiễm khuẩn trong chăm sóc trẻ để tránh lây nhiễm từ trẻ này sang trẻ khác. Bảo đảm trẻ được bú mẹ hoàn toàn và cố gắng bố trí trẻ nằm cùng với mẹ.

TRẺ SINH RA TỪ MẸ BỊ VIÊM GAN B, LAO, LẬU, GIANG MAI, HIV

1. Mẹ bị viêm gan B.

Tiêm bắp (đùi) cho trẻ vaccin viêm gan B 0,5 ml, liều đầu tiên trong vòng 12 giờ sau sinh, tốt nhất là tiêm ngay sau sinh, càng sớm càng tốt.

Nếu có globulin miễn dịch kháng virus viêm gan B, tiêm bắp 0,5 ml (đùi bên kia) trong vòng 24 giờ, chậm nhất là 48 giờ.

Vẫn cho trẻ bú mẹ trừ khi mẹ đang ở trong giai đoạn viêm gan B cấp.

2. Mẹ bị bệnh lao.

Nguyên tắc chung:

Nếu bà mẹ đã điều trị đầy đủ hay đang điều trị đúng theo phác đồ được 02 tháng thì không cần điều trị cho trẻ.

Nếu bà mẹ đang bị lao phổi tiến triển và được điều trị trước khi sinh chưa đủ 02 tháng hoặc mới phát hiện lao thì:

- Vẫn cho trẻ bú sữa mẹ.
- Không được tiêm vaccin BCG cho trẻ sau sinh.
- Cho trẻ uống dự phòng isoniazid 05 mg/kg/ngày, 01 lần/ngày, trong 06 tháng

- Khi trẻ được 06 tuần tuổi thì đánh giá lại cân nặng và cho trẻ chụp X quang phổi.

- Nếu trẻ không tăng cân hoặc có dấu hiệu gợi ý lao tiên triễn thì điều trị thuốc kháng lao theo đúng phác đồ cho trẻ đến đủ 06 tháng tuổi.

- Nếu trẻ tăng cân tốt, xét nghiệm lao âm tính thì chỉ cho trẻ isoniazid dự phòng trong 06 tháng.

- Chỉ tiêm vaccin BCG cho trẻ sau khi trẻ hoàn thành điều trị 02 tuần.

- Khuyến mẹ tiếp tục điều trị bệnh lao đến khi ổn định.

3. Mẹ bị giang mai.

- Phát hiện các trường hợp bà mẹ bị giang mai qua quá trình quản lý thai nghén, kiểm tra xem mẹ đã được điều trị đầy đủ chưa.

- Phát hiện các triệu chứng của giang mai bẩm sinh (có các nốt đỏ, các đốm xám, phỏng hay loét da ở lòng bàn tay bàn chân kèm gan lách to, vàng da, thiếu máu, nhiễm khuẩn nặng).

- Nếu bà mẹ đã điều trị đầy đủ (2,4 triệu đv penicilin) ít nhất 30 ngày trước sinh thì không cần điều trị cho trẻ.

- Nếu bà mẹ chưa điều trị giang mai, điều trị chưa đầy đủ hoặc không biết chắc chắn quá trình điều trị của mình thì tiêm bắp procain benzylpenicillin (hoặc bezathin benzyl-pennicillin) cho trẻ như sau:

- Nếu trẻ không có triệu chứng: tiêm bắp procain benzyl penicillin 50.000 đv/kg (hoặc benzathin benzyl - pennicilin) liều duy nhất cho trẻ.

- Nếu trẻ có triệu chứng: tiêm bắp procain benzyl penicilin 50.000 đv/kg, 1 lần/ngày trong 10 ngày cho trẻ. Hoặc benzyl penicilin 50.000 đv/kg, 12 giờ/lần trong 7 ngày đầu và 8 giờ/lần cho 3 ngày sau đó.

- Hẹn trẻ đến khám lại sau 4 tuần để kiểm tra sức khỏe, sự phát triển và triệu chứng giang mai.

4. Mẹ bị bệnh lậu.

Chẩn đoán:

Dựa vào tiền sử bệnh lậu của mẹ.

Khám trẻ để xác định xem trẻ có bị nhiễm lậu cầu không. Chú ý triệu chứng viêm mắt có mủ vàng đặc cũng như có thể có bệnh cảnh nhiễm khuẩn toàn thân do lậu cầu. Xác định xem trẻ chỉ bị viêm mắt hay còn bị nhiễm khuẩn huyết, viêm khớp hay kèm viêm màng não.

Soi, cấy tìm song cầu lậu Gram (-).

Xử trí:

- Nếu mẹ bị bệnh lậu chưa được điều trị ổn định thì tiêm dự phòng cho trẻ 01 liều duy nhất ceftriaxon 25 - 50 mg/kg, tiêm bắp (tổng liều không quá 125 mg)
- Nếu trẻ chỉ bị viêm mắt thì chỉ cần dùng 01 liều ceftriaxon duy nhất 25 - 50 mg/kg, tiêm bắp hay tĩnh mạch (không cần thiết phải dùng kháng sinh nhỏ mắt).
- Nếu trẻ có triệu chứng nhiễm khuẩn toàn thân nặng hoặc điều trị 2 ngày không đỡ: chuyển tuyến trên, cho tiêm 1 liều kháng sinh như trên trước khi chuyển.
- Nếu trẻ bị nhiễm khuẩn huyết, viêm khớp hay bị viêm màng não do lậu cầu thì dùng ceftriaxon 25 - 50 mg/kg, tiêm bắp hay tĩnh mạch, mỗi ngày một lần từ 10 - 14 ngày. Hoặc: cefotaxim liều 50 mg/kg/ngày (chia 02 lần) trong 07 ngày hoặc 10 - 14 ngày nếu có viêm màng não.

5. Mẹ bị nhiễm HIV.

Chẩn đoán xác định dựa vào hồ sơ bệnh án và thông tin từ khoa sản hay tuyến dưới với kết quả xét nghiệm làm tại các cơ sở đã được Bộ Y tế công nhận. Việc chẩn đoán và xử trí phải tuân theo qui định và hướng dẫn chung.

Làm các xét nghiệm kiểm tra theo đúng qui định.

Xử trí:

- Chăm sóc trẻ ngay sau sinh với nguyên tắc vô khuẩn, chống lây nhiễm chéo.

- Kiểm tra xem bà mẹ đã được dùng thuốc điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con chưa.
- Điều trị cho trẻ theo phác đồ hướng dẫn quốc gia:
 - Nếu bà mẹ đã được điều trị zidovudin (AZT) 04 tuần trước khi sinh thì tiếp tục điều trị AZT cho trẻ trong 06 tuần sau sinh (uống 02 mg/kg, 06 giờ/lần).
 - Nếu bà mẹ đã được điều trị một liều nevirapin trong khi sinh, trẻ chưa được 03 ngày tuổi thì cho trẻ uống ngay nevirapin 02 mg/kg/ngày.
 - Theo dõi cho trẻ trong 10 ngày để kiểm tra tình trạng dinh dưỡng và tăng trưởng.
- Dinh dưỡng: tư vấn dinh dưỡng theo khuyến nghị của BHYT.
- Nếu không thể điều trị thuốc kháng virus thì tư vấn kỹ với gia đình để chuyển trẻ đến tuyến thích hợp.
- Chú ý tư vấn và hướng dẫn cho gia đình sau xuất viện.
- Có kế hoạch theo dõi (hoặc chuyển hồ sơ sang Trung tâm phòng chống HIV/AIDS) để theo dõi về sức khỏe và xét nghiệm định kỳ cho trẻ sau này.

CẤP CỨU SẮC SỮA

Hướng dẫn các bà mẹ phát hiện và sơ cứu sắc sữa kịp thời theo qui trình kỹ thuật:

- Đặt trẻ nằm sấp trên tay hoặc đùi của bạn, đầu thấp hơn thân.
- Vỗ lưng: dùng bàn tay phải vỗ 05 cái vào lưng trẻ ở khoảng giữa 02 xương bả vai. Nếu còn tắc nghẽn, lật ngửa trẻ tiến hành ấn ngực:
- Lật trẻ nằm ngửa, dùng 02 ngón tay (trỏ và giữa) ấn 05 cái vào vị trí dưới điểm cắt của đường nối 02 núm vú và đường giữa ức một khoát ngón tay.

- Nếu còn tắc nghẽn: quan sát vùng họng và mũi trẻ, nếu có sữa thì hút sạch. Nếu cần thiết, có thể lặp lại trình tự như trên.
- Trong khi cấp cứu như trên phải quan sát đánh giá trẻ. Nếu ngừng tim, ngừng thở thì tiến hành hồi sức ngừng tim, ngừng thở (xem bài “*Cấp cứu ngừng thở, ngừng tim*”).
- Xử trí các biến chứng kèm theo.
- Hỗ trợ hô hấp khi cần.

HỒI SỨC SƠ SINH NGAY SAU ĐẼ

1. Các bước hồi sức sau sinh.

*** Trong 30 giây đầu tiên:**

- Đánh giá nhanh và xác định xem trẻ có cần hồi sức không bằng chỉ số Apgar.
- Ủ ấm và tiến hành hồi sức ngay nếu trẻ không khóc, không thở hoặc tím tái: đặt trẻ nằm, đầu hơi ngửa, khăn trương tiến hành hút dịch hầu họng và mũi sau để thông đường hô hấp, kích thích thở và đặt mặt nạ bóp bóng, cung cấp oxygen (nếu cần).

*** 30 giây tiếp theo:**

- Nếu trẻ hồng lại, thở tốt thì chăm sóc thường qui và theo dõi sát.
- Nếu trẻ vẫn không thở thì nhanh chóng kiểm tra lại mặt nạ, chỉnh lại tư thế đầu trẻ và tiếp tục bóp bóng .
- Đánh giá trẻ sau 01 phút:
 - Nếu sau đó trẻ tự thở được: tiếp tục theo dõi sát.
 - Nếu trẻ vẫn không thở: kiểm tra nhịp tim:
 - Nếu nhịp tim > 60 lần/phút: bóp bóng 40 lần/phút, cung cấp oxygen (nếu có) ngừng bóp bóng khi nhịp thở > 30 lần/phút.

▪ Nếu nhịp tim < 60 lần/phút thì gọi hỗ trợ và tiến hành ấn tim 120 lần/phút, đồng thời bóp bóng oxygen 40 lần/phút, ngừng ấn tim khi nhịp tim > 100 lần/phút.

- Nên đặt nội khí quản để bóp bóng giúp thở ngay nếu:
 - Trẻ bị thoát vị hoành bẩm sinh. Trẻ hít ối lẫn phân su.
 - Trẻ ngạt nặng (Apgar <3). Hồi sức qua mặt nạ thất bại.
 - Trẻ cần dùng thuốc qua đường nội khí quản (adrenalin, narkan). Trẻ cần phải hồi sức kéo dài.
- Sử dụng các thuốc cần thiết (nếu có chỉ định):

Adrenalin 1/1000:

Chỉ định: khi nhịp tim < 60 lần/phút sau 30 giây bóp bóng oxygen.

Liều lượng: 0,1 mg/lần nếu tiêm tĩnh mạch và 0,3 mg/lần nếu bơm qua nội khí quản. Có thể lặp lại nếu chưa hiệu quả.

Natri bicarbonat 4,2 %:

Chỉ định: khi trẻ bị toan chuyển hóa

Liều: 1 - 2 mEq/kg tiêm tĩnh mạch (02 - 04 ml/kg).

Glucose 10 %: 03 - 05 ml/kg tiêm tĩnh mạch.

Naloxon (Narkan):

Chỉ định: nếu trẻ bị ức chế hô hấp do sử dụng morphin hay dẫn xuất của morphin trong vòng 02 giờ trước sinh.

Liều lượng: 0,1 mg/kg tiêm tĩnh mạch hoặc bơm qua nội khí quản.

- Sau khi hồi sức cần phải xác định nguyên nhân gây ngạt và chuyển vào khoa sơ sinh để tiếp tục điều trị (nếu cần).
- Nếu hồi sức tích cực 20 phút mà không có kết quả thì ngừng hồi sức.

Chú ý:

Phải luôn bảo đảm giữ ấm cho trẻ trong quá trình hồi sức.

Chọn mặt nạ thích hợp với cân nặng của trẻ.

NUÔI DƯỠNG TRẺ SƠ SINH BẰNG ĐƯỜNG TĨNH MẠCH

1. Chỉ định.

Để non tháng mà không nuôi dưỡng được bằng đường tiêu hóa, không đảm bảo nhu cầu cơ bản.

Không nuôi được bằng đường tiêu hóa:

Rò khí thực quản.

Suy hô hấp và nhiễm khuẩn quá nặng.

Trước và sau phẫu thuật đường tiêu hóa.

Viêm ruột hoại tử.

Nôn nhiều (không dung nạp thức ăn).

2. Nguyên tắc tiến hành.

Trước khi tiến hành cần đánh giá trẻ bệnh (tuổi thai, cân nặng, tình trạng bệnh) và xác định nuôi tĩnh mạch một phần hay toàn phần.

Đảm bảo đủ nhu cầu dịch, năng lượng, các chất protid, glucid, lipid, vitamin, các điện giải và phân chia đều dịch trong 24 giờ .

Thiết lập đường truyền để thực hiện truyền các dịch đã chuẩn bị qua đường tĩnh mạch.

Theo dõi lâm sàng và làm các xét nghiệm cần thiết (điện giải đồ, đường huyết...)

3. Tai biến và xử trí.

Sung phồng, chảy máu, nhiễm khuẩn nơi tiêm truyền: cần tạm ngừng truyền để xử trí, thiết lập đường truyền khác.

Nếu có rối loạn đường huyết: cần phải định lượng đường huyết 6 giờ/lần.

Rối loạn nước và điện giải: phải kiểm tra điện giải đồ từ 1 đến 3 ngày/lần để điều chỉnh cũng như cần theo dõi cân nặng trẻ hàng ngày đánh giá thêm tình trạng rối loạn nước.

LẤY MÁU GÓT CHÂN

Chỉ định:

Khi cần lấy một lượng máu nhỏ để làm xét nghiệm đường máu, khí máu, các xét nghiệm sàng lọc...

Tiến hành:

Theo đúng qui trình kỹ thuật:

- Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ: chú ý các dụng cụ quan trọng như kim chuyên dụng lancet hoặc kim 24, ống thủy tinh mao mạch...
- Tuân thủ các nguyên tắc vô khuẩn.
- Rửa tay, đi găng.
- Sát trùng vùng gót chân.
- Gập bàn chân đúng tư thế.
- Dùng kim châm vào gót ở vị trí phía trong hoặc phía ngoài gót chân. Chú ý không châm vào gan chân gây nguy hiểm.
- Bóp nhẹ gót chân để máu ra.
- Lấy máu vào ống để làm xét nghiệm.
- Sau khi lấy xong máu phải ấn chỗ lấy máu trong vài phút để cầm máu.
- Phát hiện những tai biến và xử trí kịp thời.
- Nhiễm khuẩn tại chỗ lấy máu.
- Vết châm quá sâu, chảy máu kéo dài.

ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN

1. Chỉ định.

- Hồi sức hô hấp và tuần hoàn.
- Suy hô hấp nặng, cần thở máy hoặc bóp bóng qua ống nội khí quản.
- Thoát vị hoành cần có hỗ trợ hô hấp.
- Uốn ván cần hỗ trợ hô hấp.

2. Chuẩn bị.

- Kiểm tra các dụng cụ cần thiết: bảo đảm đầy đủ và phù hợp với tuổi sơ sinh.
- Giải thích cho người nhà về sự cần thiết làm thủ thuật.

3. Nguyên tắc tiến hành.

- Thực hiện đúng qui trình, kỹ thuật và lưu ý tư thế đúng khi đặt nội khí quản. Luôn cần có thêm 1 người phụ.
- Tuân thủ đầy đủ các nguyên tắc vô khuẩn.
- Chuẩn bị bệnh nhân: bảo đảm thông đường hô hấp, tim còn đập.
- Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ: lưỡi đèn soi, ống nội khí quản, máy hút, bóng, ống nghe. Chọn lưỡi đèn, ống nội khí quản phù hợp với trẻ.
- Đặt trẻ nằm ngửa, kê gối mỏng dưới vai để đầu hơi ngửa ra sau.
- Tay trái cầm cán đèn, đưa lưỡi đèn vào miệng trẻ nâng lưỡi trẻ lên.
- Nâng cán đèn theo hướng lên trên và ra trước, khi nhìn thấy dây thanh âm, dùng tay phải đưa ống nội khí quản vào qua thanh môn.
- Dùng tay trái rút nòng nội khí quản.
- Lắp đầu ống nội khí quản vào bóng và bóp bóng. Dùng ống nghe kiểm tra xem ống nội khí quản đã vào đúng vị trí chưa ? có sâu quá không ?
- Nếu ống nội khí quản vào đúng vị trí, đánh dấu và cố định lại.

- Theo dõi đánh giá trẻ: kỹ thuật đặt tốt khi nghe rì rào phế nang đều 02 phổi, lồng ngực lên xuống đều theo nhịp bóng. Đầu ống nội khí quản nằm ở vị trí trên ngã ba khí quản 01 cm. Trẻ hồng hào, độ bão hòa oxygen cải thiện tốt.

4. Theo dõi và xử trí.

- Đưa ống nhằm vào thực quản: rút ống ra, bóp bóng cho trẻ khá lên rồi đặt lại.
- Tuột ống nội khí quản: đặt lại và cố định. Các thao tác phải làm nhanh chóng.
- Tắc ống nội khí quản: hút làm thông hoặc đặt lại ống nội khí quản.

KỸ THUẬT ĐẶT ỐNG THÔNG DẠ DÀY CHO TRẺ SƠ SINH

1. Chỉ định.

- Nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày và lấy dịch làm xét nghiệm.
- Dẫn lưu dịch và khí từ dạ dày trong các trường hợp: bụng chướng, viêm ruột hoại tử ...
- Dự tật bẩm sinh đường tiêu hóa (teo, tắc ...)

2. Tiến hành.

Nguyên tắc tiến hành:

- Giải thích cho người nhà trẻ trước khi tiến hành.
 - Bảo đảm vô khuẩn.
 - Theo đúng qui trình kỹ thuật:
 - Rửa tay sạch, đeo găng tay.
- Ước lượng độ dài ống cần thiết: Giữ ống ở vị trí như khi đã được đưa vào trong cơ thể (tức là từ miệng hoặc lỗ mũi đến vành tai

dưới và sau đó xuống đến bụng, ngay phía dưới mũi ức; và dùng bút hoặc băng dính đánh dấu trên ống.

○Hơi gập cổ của trẻ và nhẹ nhàng đưa ống vào bên trong miệng trẻ hoặc qua 1 bên mũi đến đoạn ống đã đánh dấu theo nhịp nuốt của trẻ.

○Khi cho ăn qua ống thông, cần hút dịch dạ dày trước khi cho ăn để đánh giá lượng dịch ứ đọng.

- Cố định ống thông bằng băng dính.
- Trường hợp dùng ống thông để dẫn lưu dịch dạ dày thì chất thải chảy vào túi sạch và cố định ống thông bằng băng dính.

3. Theo dõi và cách xử trí.

• Tím tái ngưng thở trong khi đặt ống thông dạ dày do ống thông đi lạc vào khí quản. Xử trí: rút ngay ống thông dạ dày ra. Hồi sức tim phổi khi cần thiết.

- Trầy xước niêm mạc thực quản gây chảy máu.
- Gây sặc sữa, viêm phổi hít do cho ăn qua ống thông dạ dày khi ống thông dạ dày nằm sai vị trí.
- Thời gian lưu ống thông: thay ống thông muộn nhất là sau 48 giờ.

D: KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

TƯ VẤN KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

Tư vấn Kế hoạch hóa gia đình (KHHGĐ) có chung các kỹ năng và các bước như trong tư vấn chăm sóc SKSS (xem bài “Tư vấn về chăm sóc SKSS”). Bài này chỉ nêu những điểm riêng biệt cho tư vấn trong KHHGĐ. Trong quá trình tư vấn, khi trình bày về các biện

pháp tránh thai (BPTT) cụ thể nên sử dụng tài liệu “Bộ tranh lật tư vấn KHHGĐ”. Khi tư vấn cho người HIV(+) nên sử dụng tài liệu “Bộ tranh lật tư vấn KHHGĐ cho người HIV(+)”.

Tư vấn giúp khách hàng tự lựa chọn một BPTT thích hợp trong một giai đoạn sinh sản nhất định. Nội dung tư vấn đáp ứng nhu cầu của khách hàng chứ không xuất phát từ ý muốn chủ quan của người tư vấn. Cần lưu ý là trừ bao cao su, các biện pháp KHHGĐ khác không có tác dụng phòng các NKLTQĐTD.

1. Vai trò của tư vấn KHHGĐ.

Giúp khách hàng chọn đúng một BPTT và sử dụng đúng biện pháp đã chọn.

Giúp tăng tỷ lệ tiếp tục sử dụng và hạn chế bỏ cuộc.

Giúp tăng tỷ lệ sử dụng BPTT.

Góp phần tăng cường sức khỏe và giảm chi phí chương trình KHHGĐ.

Hiểu rõ và thực hành tình dục an toàn sẽ góp phần giảm nguy cơ mang thai ngoài ý muốn và NKLTQĐTD.

2. Mười quyền cơ bản của khách hàng

Quyền được thông tin.

Quyền được tiếp cận dịch vụ và thông tin.

Quyền tự do lựa chọn BPTT và từ chối hoặc chấm dứt BPTT.

Quyền được nhận dịch vụ an toàn.

Quyền được đảm bảo bí mật.

Quyền được đảm bảo kín đáo.

Quyền được thoải mái khi tiếp nhận dịch vụ.

Quyền được tôn trọng.

Quyền được tiếp tục nhận dịch vụ.

Quyền được bày tỏ ý kiến.

3. Các phẩm chất cần thiết của cán bộ tư vấn KHHGĐ.

3.1. Tôn trọng khách hàng.

Tôn trọng khách hàng dù cho khách hàng là người như thế nào.

Lắng nghe nhu cầu và ý kiến của khách hàng.

3.2. Thông cảm và thấu hiểu đối với khách hàng.

Tìm hiểu tâm tư, mong muốn và thấu hiểu nhu cầu của khách hàng.

Cần tiếp khách hàng ở nơi riêng biệt, yên tĩnh, đảm bảo tính riêng tư, bí mật.

3.3. Thành thật với khách hàng.

- Cần nói sự thật về các BPTT, bao gồm cả thuận lợi và không thuận lợi, tác dụng phụ, nguy cơ có thể có của biện pháp đó.

- Không từ chối cung cấp thông tin cho khách hàng. Nếu thông tin đó người tư vấn chưa nắm vững thì hẹn trả lời sau.

3.4. Thông tin rõ ràng, có trọng tâm cho khách hàng.

Sử dụng câu từ ngắn, gọn, dễ hiểu, hạn chế dùng từ chuyên môn.

Sử dụng phương tiện hỗ trợ: tranh ảnh, mô hình, hiện vật và khuyến khích khách hàng quan sát trực tiếp.

Tìm hiểu phản hồi của khách hàng.

Tóm tắt, nhấn mạnh các điểm quan trọng và nếu có thể mời khách hàng nhắc lại trước khi kết thúc tư vấn.

4. Sáu bước tư vấn KHHGD.

4.1. Gặp gỡ.

- Chào hỏi, mời ngồi, tỏ thái độ thân mật và bình đẳng, tạo lòng tin cho khách hàng.

- Tự giới thiệu về bản thân.

4.2. Gọi hỏi.

Hỏi các thông tin liên quan đến hoàn cảnh, sức khỏe, nhu cầu tránh thai và bảo vệ kép. Khai thác kiến thức và hành vi hiện tại của khách hàng về các BPTT.

Chú ý lắng nghe, không sốt ruột, tránh nói nhiều.

Phát hiện những nhận thức sai lệch của khách hàng.

Hỏi thông tin về bạo hành phụ nữ, đặc biệt với khách hàng không sử dụng BPTT mặc dù không muốn có thai

4.3. Giới thiệu.

Giới thiệu về bảo vệ kép.

Giới thiệu các BPTT hiện có ở cơ sở và ở thị trường.

Cung cấp đầy đủ thông tin về cả ưu điểm và nhược điểm; các tác dụng phụ và tai biến có thể gặp của BPTT. Bàn về nhu cầu tránh thai và nhu cầu phòng NKLTQĐTD.

Tập trung vào vấn đề khách hàng quan tâm, giải thích khi khách hàng hiểu sai.

4.4. Giúp đỡ.

- Giúp cho khách hàng tự lựa chọn BPTT phù hợp nhất. - Không áp đặt theo ý kiến chủ quan của mình.

- Nếu khách hàng chọn BPTT không phù hợp vì chống chỉ định thì gợi ý cho khách hàng tìm BPTT khác.

4.5. Giải thích.

Khi khách hàng chấp nhận một BPTT, giải thích đầy đủ hơn về cách sử dụng.

Chỉ dẫn quá trình thực hiện và các thủ tục để tiến hành (với các BPTT lâm sàng như dụng cụ tử cung, triệt sản).

Giải thích những nguyên nhân có thể đưa đến thất bại và cách phòng tránh.

Nói rõ những dấu hiệu của tác dụng phụ và cách xử trí tại nhà.

Nêu cho khách hàng biết những dấu hiệu cảnh báo và cách xử trí.

Nói rõ mức độ phục hồi của BPTT.

Giải thích tại sao cần có kiểm tra định kỳ và khuyến khích thực hiện đầy đủ.

Giải thích một cách thỏa đáng những hiểu biết sai lệch của khách hàng.

Sau khi giải thích, hỏi lại khách hàng để có phản hồi.

4.6. (Hẹn) Gặp lại.

Trước khi chào tạm biệt, dẫn dò khách hàng, hẹn khám kiểm tra định kỳ và khi có các dấu hiệu bất thường có thể quay trở lại bất kỳ lúc nào.

Cung cấp tài liệu truyền thông.

Chú ý: Trừ bước và 06, các bước còn lại cần áp dụng linh hoạt, xen kẽ và bổ sung cho nhau

DỤNG CỤ TRÁNH THAI TRONG TỬ CUNG

Dụng cụ tránh thai trong tử cung (DCTC) là một BPTT tạm thời và hiệu quả. DCTC hiện có 2 loại: (i) DCTC chứa đồng (TCu-380A và MLCu-375) được làm từ một thân plastic với các vòng đồng hoặc dây đồng, và (ii) DCTC giải phóng levonorgestrel có một thân chữ T bằng polyethylen chứa 52 mg levonorgestrel, giải phóng 20 µg hoạt chất/ngày. DCTC TCu-380A có tác dụng trong 10 năm và DCTC giải phóng levonorgestrel có tác dụng tối đa 5 năm. Khách hàng nhiễm HIV hay có bạn tình nhiễm HIV có thể sử dụng DCTC nhưng cần lưu ý là BPTT này không giúp ngăn ngừa NKLTQĐTD và HIV/AIDS.

1. Chỉ định.

- Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, muốn áp dụng một BPTT tạm thời, dài hạn, hiệu quả cao và không có chống chỉ định.

- Tránh thai khẩn cấp (chỉ đối với DCTC chứa đồng).

2. Chống chỉ định.

2.1. Chống chỉ định tuyệt đối (nguy cơ đối với sức khỏe quá cao, nên không được sử dụng DCTC):

- Có thai.
- Nhiễm khuẩn hậu sản.
- Ngay sau sảy thai nhiễm khuẩn.
- Ra máu âm đạo chưa được chẩn đoán nguyên nhân.
- Bệnh nguyên bào nuôi ác tính hoặc có tình trạng hCG vẫn gia tăng.
- Ung thư cổ tử cung, ung thư niêm mạc tử cung.
- Đang bị ung thư vú (chỉ đối với DCTC giải phóng levonorgestrel).
- U xơ tử cung hoặc các dị dạng khác làm biến dạng buồng tử cung.
- Đang viêm tiểu khung.
- Đang viêm mũi cổ tử cung hoặc nhiễm *Chlamydia*, lậu cầu.
- Lao vùng chậu.

2.2. Chống chỉ định tương đối: (nguy cơ tiềm ẩn cao hơn so với lợi ích thu nhận, nhưng có thể áp dụng nếu không có BPTT khác)

- Trong vòng 48 giờ sau sinh (chỉ đối với DCTC giải phóng levonorgestrel).
- Trong thời gian từ 48 giờ đến 04 tuần đầu sau sinh (kể cả sinh bằng phẫu thuật).
- Đang bị bệnh lupus ban đỏ hệ thống và có kháng thể kháng phospholipid (chỉ đối với DCTC giải phóng levonorgestrel) hoặc có giảm tiểu cầu trầm trọng
- Bệnh nguyên bào nuôi lành tính có tình trạng tình trạng hCG giảm dần.
- Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong 05 năm trở lại (chỉ với DCTC giải phóng levonorgestrel), hoặc bị ung thư buồng trứng.

- Có nguy cơ bị NKLTQĐTD cao.
- Bệnh AIDS có tình trạng lâm sàng không ổn định.
- Đang bị thuyên tắc mạch (chỉ chống chỉ định với DCTC giải phóng levonorgestrel).
- Đang hoặc đã bị thiếu máu cơ tim, chứng đau nửa đầu nặng (chỉ chống chỉ định với tiếp tục sử dụng DCTC giải phóng levonorgestrel), hoặc đang bị xơ gan mất bù có giảm chức năng gan trầm trọng, hoặc u gan (chỉ với DCTC giải phóng levonorgestrel).
- Đang sử dụng một số thuốc kháng virus thuộc nhóm ức chế sao chép ngược nucleotid (NRTIs) hoặc không nucleotid (NNRTIs) hoặc nhóm ức chế men protease Ritonavir-booster.

3. Quy trình thực hiện.

3.1. Tư vấn và cung cấp thông tin về DCTC.

- Tìm hiểu nhu cầu của khách hàng về DCTC.
- Giới thiệu các loại DCTC hiện có và hướng dẫn cụ thể về loại DCTC khách hàng sẽ dùng.
- Trên mô hình hay hình vẽ, giải thích cho khách hàng vị trí DCTC nằm trong tử cung và cách đặt.
- Hiệu quả, thuận lợi và bất lợi của DCTC. Chú ý là BPTT này không có tác dụng phòng tránh NKLTQĐTD. Hiện tại chưa có bằng chứng về mối liên quan giữa sử dụng DCTC và khả năng vô sinh.
- Giới thiệu những tác dụng ngoại ý thường gặp như có thể ra máu âm đạo hoặc đau nặng bụng (DCTC chứa đồng), thiếu kinh hoặc đôi khi vô kinh (DCTC giải phóng levonorgestrel). Giới thiệu các thuốc giảm đau nhóm kháng viêm không có steroid để xử trí tình trạng đau bụng hoặc cường kinh liên quan đến DCTC.
- Cho khách hàng biết hạn dùng của DCTC để đến tháo khi hết hạn. Hướng dẫn khách hàng tự theo dõi DCTC, cách sử dụng thuốc được cấp sau khi đặt DCTC. Dẫn dò khách hàng đến khám kiểm tra lại sau một tháng, khám định kỳ hàng năm và những trường hợp cần đi khám lại ngay khi có dấu hiệu bất thường. Khách hàng có quyền đề nghị tháo bỏ để dùng một BPTT khác nếu họ không muốn tiếp tục

mang DCTC. Đặt một số câu hỏi về những điều cơ bản đã tư vấn cho khách hàng để họ trả lời. Đảm bảo sự bí mật, riêng tư của khách hàng.

- Đối với DCTC giải phóng levonorgestrel cần giải thích rõ về các đặc điểm như ra máu, vô kinh sau đặt, ra máu giữa kỳ, ra máu thâm giọt hoặc đau nhẹ vùng chậu có thể gặp trong những tuần đầu.

3.2. *Thăm khám đánh giá trước khi áp dụng biện pháp.*

- Hỏi kỹ tiền sử để phát hiện chống chỉ định (dùng bảng kiểm).
- Thăm khám để loại trừ có thai, ra máu không rõ nguyên nhân. Trong hoàn cảnh xét nghiệm nước tiểu để thử thai không sẵn có, có thể đánh giá là “không có thai” nếu khách hàng không có dấu hiệu có thai và thỏa mãn một trong những tiêu chuẩn sau:

- Không giao hợp kể từ lần có kinh bình thường ngay trước đó.
- Đã và đang sử dụng một BPTT tin cậy một cách liên tục và đúng phương pháp.
- Trong 07 ngày đầu sau kỳ kinh bình thường (hoặc trong vòng 12 ngày nếu khách hàng muốn sử dụng DCTC).
- Trong 04 tuần đầu sau sinh và không cho con bú.
- Trong 07 ngày đầu sau nạo, hút, sảy thai.
- Đang cho bú mẹ hoàn toàn (hoặc gần như hoàn toàn), vô kinh và trong 6 tháng đầu sau sinh.

Thời điểm đặt DCTC.

3.3.1. *Khách hàng chưa sử dụng BPTT.*

** DCTC chứa đồng:*

- Bất kỳ lúc nào trong vòng 12 ngày từ ngày đầu của kỳ kinh.
- Ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Không cần sử dụng BPTT hỗ trợ nào khác.
- Vô kinh: bất kỳ thời điểm nào nếu có thể khẳng định không có thai.
- Sau sinh (kể cả sau phẫu thuật lấy thai) và cho con bú:

- Sau sinh 04 tuần trở đi, vô kinh: bất kỳ lúc nào, nếu biết chắc là không có thai.

- Sau sinh 04 tuần trở đi, đã có kinh trở lại: như trường hợp hành kinh bình thường.

- Sau phá thai (03 tháng đầu và 03 tháng giữa): ngay sau khi phá thai, ngoại trừ nhiễm khuẩn sau phá thai.

*** DCTC giải phóng levonorgestrel**

- Trong vòng 07 ngày đầu kể từ ngày hành kinh đầu tiên.

- Ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 07 ngày kế tiếp.

- Vô kinh: bất kỳ thời điểm nào nếu có thể khẳng định không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 07 ngày kế tiếp.

- Sau sinh (kể cả sau phẫu thuật lấy thai) và cho con bú:

- Sau sinh 04 tuần trở đi, vô kinh: bất kỳ lúc nào, nếu chắc chắn không có thai.

- Sau sinh 04 tuần trở đi, đã có kinh trở lại: như trường hợp kinh nguyệt bình thường. Không đặt DCTC cho sản phụ có nhiễm khuẩn hậu sản hay trong vòng 04 tuần đầu

- Sau sinh.

- Sau sinh (kể cả sau phẫu thuật lấy thai), không cho con bú:

- Sau sinh 04 tuần trở đi, vô kinh: bất kỳ lúc nào, nếu chắc chắn không có thai.

- Sau sinh 04 tuần trở đi, đã có kinh trở lại: như trường hợp kinh nguyệt bình thường.

- Sau phá thai (03 tháng đầu và 03 tháng giữa): ngay sau khi phá thai, ngoại trừ nhiễm khuẩn sau phá thai.

3.3.2. Khách hàng đang sử dụng BPTT khác.

- Ngay lập tức, nếu chắc chắn không có thai.

- Đối với DCTC giải phóng levonorgestrel:

○ Trong vòng 07 ngày đầu kể từ ngày hành kinh đầu tiên: không cần sử dụng BPTT hỗ trợ.

○ Quá 07 ngày kể từ ngày hành kinh đầu tiên: cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 07 ngày kế tiếp.

- Nếu chuyển đổi từ thuốc tiêm: cho đến thời điểm hẹn tiêm mũi tiếp theo, không cần sử dụng BPTT hỗ trợ.

3.3.3. Tránh thai khẩn cấp.

• DCTC chứa đồng: trong vòng 05 ngày sau cuộc giao hợp không được bảo vệ, nếu ước tính được ngày phóng noãn có thể đặt muộn hơn 05 ngày sau giao hợp không bảo vệ nhưng không quá 05 ngày kể từ ngày phóng noãn. DCTC chứa đồng không được sử dụng tránh thai khẩn cấp cho trường hợp bị hiếp dâm và có nguy cơ NKLTQĐTD cao.

• DCTC giải phóng levonorgestrel không được khuyến cáo sử dụng cho tránh thai khẩn cấp.

• Nếu biết chắc ngày phóng noãn, đặt DCTC để tránh thai khẩn cấp có thể được thực hiện trong vòng 5 ngày sau phóng noãn, tức có thể trễ hơn 5 ngày sau giao hợp không được bảo vệ.

3.4. Thủ thuật đặt DCTC.

3.4.1. Đối với tất cả các loại DCTC.

- DCTC được đưa vào ống đặt ngay trước khi đặt.

- Cần đảm bảo vô khuẩn và tuân thủ những qui định của Phòng ngừa chuẩn khi thực hiện thủ thuật. Đảm bảo kỹ thuật “không chạm”. Cần thay găng mới sau khi chuẩn bị DCTC.

3.4.2. Đặt DCTC loại TCu 380-A.

*** Chuẩn bị đặt:**

• Kiểm tra dụng cụ và bao đựng DCTC (thời hạn sử dụng, bao còn nguyên vẹn).

- Cho khách hàng đi tiểu.
- Khách hàng nằm trên bàn theo tư thế phụ khoa.
- Giải thích cho khách hàng các thủ thuật chuẩn bị tiến hành.
- Khám trong để xác định tư thế, thể tích tử cung và phần phụ.
- Thay găng vô khuẩn.
- Sát khuẩn bộ phận sinh dục ngoài (kẹp sát khuẩn 1).
- Trải khăn vô khuẩn.
- Tư thế thầy thuốc: ngồi trên ghế, khoảng giữa 2 đùi của khách hàng. Nếu có người phụ thì người phụ ngồi bên trái thầy thuốc (đi găng vô khuẩn ở tay cầm van hoặc dụng cụ).

*** Các thao tác đặt DCTC:**

- Bộc lộ cổ tử cung.
- Mở âm đạo bằng van.
 - Sát khuẩn cổ tử cung và túi cùng âm đạo bằng Betadin (kẹp sát khuẩn 2). Cặp cổ tử cung bằng kẹp Pozzi và kéo nhẹ xuống.
- Đo buồng tử cung.
 - Đưa thước đo vào tử cung theo hướng của nó trong tiểu khung, không chạm vào âm hộ và thành âm đạo.
- Xác định độ sâu buồng tử cung.
- Lắp DCTC vào ống đặt
- Lắp DCTC trong bao.
- Điều chỉnh nấc hãm trên ống đặt đúng hướng và đúng độ sâu buồng tử cung.
- Đưa DCTC vào trong tử cung
 - Cầm ống đặt đúng tư thế, đúng hướng, tay kia cầm kẹp Pozzi kéo cổ tử cung về phía âm môn rồi nhẹ nhàng đưa ống đặt (có DCTC) qua cổ tử cung vào trong đến khi nấc hãm chạm vào lỗ ngoài CTC.

○Giữ nguyên cần đẩy, kéo ống đặt xuống để giải phóng cành ngang chữ T. Giữ nguyên ống đặt, rút cần đẩy ra ngoài.

○Đẩy nhẹ ống đặt lên để đảm bảo bộ phận hãm tới sát cổ tử cung. Rút ống đặt.

○Cắt dây DCTC để lại từ 02 - 03 cm và gấp vào túi cùng sau âm đạo.

- Tháo dụng cụ
- Tháo kẹp Pozzi.
- Kiểm tra chảy máu và cầm máu nếu cần.
- Tháo van hay mỏ vịt.
- Thông báo cho khách hàng biết công việc đã xong.

3.4.3. Đặt DCTC loại *Multiload*:

*** Chuẩn bị đặt:**

Như cách chuẩn bị đặt TCu 380-A.

*** Các thao tác đặt DCTC:**

Bộc lộ cổ tử cung (như với TCu 380-A).

Đo buồng tử cung (như với TCu 380-A).

Đưa DCTC vào trong tử cung

Mở bao bì, đặt nắp hãm đúng hướng và độ sâu buồng tử cung.

Một tay cầm kẹp Pozzi kéo cổ tử cung về phía âm môn, tay kia giữ ống đặt (có DCTC) đúng hướng (theo nắp hãm), đẩy DCTC vào qua cổ tử cung theo đúng tư thế tử cung cho tới khi chạm đáy.

Rút ống đặt ra ngoài.

Cắt đuôi DCTC để lại 03 cm, gấp vào túi cùng sau âm đạo.

3.4.4. Đặt DCTC giải phóng *levonorgestrel*.

*** Chuẩn bị đặt:**

- Khách hàng được tư vấn rõ và ký vào giấy cam kết.
- Khám phụ khoa, đánh giá vị trí và kích thước tử cung, loại trừ thai nghén, viêm cổ tử cung và các chống chỉ định khác.

- Dùng kháng sinh dự phòng nếu có chỉ định.
- Áp dụng kỹ thuật vô khuẩn.
- Dùng thuốc giảm đau nếu cần thiết.
- Vệ sinh âm đạo và cổ tử cung bằng dung dịch sát khuẩn.
- Gây tê cạnh cổ tử cung nếu cần thiết.
- Kẹp mép trước cổ tử cung bằng kim Pozzi và kéo thẳng ống cổ tử cung so với buồng tử cung.

• Đo lòng tử cung. Nếu cảm giác ống cổ tử cung hẹp cần nong cổ tử cung. Buồng tử cung cần có kích thước từ 6 đến 9 cm. Buồng tử cung sâu dưới 6 cm có thể làm tăng nguy cơ tụt DCTC, chảy máu, đau, thủng tử cung và có thai.

*** Các thao tác đặt DCTC:**

- Mở túi chứa bộ dụng cụ, kéo dây DCTC ra quá cần đặt. Đẩy pít tông cần đặt lên vị trí tối đa (sát với DCTC) và chỉnh vị trí 02 cánh của DCTC nằm ngang.

- Nắm hai dây và kéo sao cho dụng cụ lọt vào trong ống của cần đặt, đầu 02 cánh nằm ở lỗ trên cùng của ống đặt. Cố định 02 sợi dây vào kẹp cuối pít tông và chỉnh khóa đánh dấu ở vị trí đúng với kích thước buồng tử cung đã đo.

- Nắm chắc cần đặt ở vị trí xa nhất. Kẹp cổ tử cung bằng kim Pozzi và kéo nhẹ để ống cổ tử cung thẳng so với buồng tử cung. Nhẹ nhàng đẩy cần đặt qua ống cổ tử cung vào

- buồng tử cung cho đến khi khóa đánh dấu cách lỗ ngoài cổ tử cung 1,5 - 02 cm. Chú ý không đẩy cần đặt quá mạnh.

- Giữ cần đặt và kéo từ từ pít tông cho đến khi đầu tận cùng của pít tông ra đến gờ đánh dấu trên cần đặt..

- Đẩy nhẹ nhàng cần đặt vào buồng tử cung cho đến khi khóa đánh dấu chạm vào cổ tử cung.

- Giữ chắc cần đặt và nhẹ nhàng kéo pít tông ra hết ngoài cần đặt.

- Rút cần đặt ra khỏi buồng tử cung. Cắt ngắn dây DCTC, để lại bên ngoài tử cung 02 - 03cm.

3.5. Tháo DCTC.

3.5.1. Chỉ định tháo DCTC.

Vì lý do y tế:

Có thai (nếu thấy dây DCTC mới được tháo). Ra nhiều máu.

Đau bụng dưới nhiều.

Nhiễm khuẩn tử cung hoặc tiểu khung.

Phát hiện tổn thương ác tính hoặc nghi ngờ ác tính ở tử cung, cổ tử cung. DCTC bị tụt thấp.

Đã mãn kinh (sau khi mất kinh 12 tháng trở lên)

DCTC đã hết hạn (10 năm với TCu 380-A, 05 năm với Multiload): sau khi tháo có thể đặt ngay DCTC khác (nếu khách hàng muốn)

Vì lý do cá nhân:

Muốn có thai trở lại.

Muốn dùng một BPTT khác.

Thấy không cần dùng BPTT nào nữa.

3.5.2. Cách tháo DCTC.

Cả ba loại DCTC TCu 380-A, Multiload và giải phóng levonorgestrel đều có dây nên chỉ cần dùng kẹp cặp vào cả 02 dây, nhẹ nhàng kéo ra là được.

Trong trường hợp nhìn thấy dây DCTC khó thì chuyển lên tuyến trên.

4. Những vấn đề khó khăn khi sử dụng, và cách xử trí.

DCTC không chứa nội tiết tố.

4.1. Ra máu nhiều hoặc kéo dài: (> 08 ngày hoặc gấp đôi lượng máu kinh bình thường).

Giải thích cho khách hàng hiện tượng ra máu nhiều hoặc kéo dài thường gặp trong 03 - 06 tháng đầu và sẽ cải thiện dần.

Nếu điều trị, có thể chỉ định:

Các thuốc kháng viêm không có steroid (không dùng aspirin), hoặc Acid tranexamic.

Nếu nghi ngờ bệnh lý: cần loại trừ các NKĐSS/NKLTQĐTD khác, nếu có bệnh cần phải điều trị hoặc chuyển tuyến.

Nếu ra máu nhiều đến mức đe dọa đến sức khỏe: tháo DCTC và hướng dẫn chọn BPTT khác.

Bổ sung sắt và khuyến cáo các thức ăn giàu sắt.

4.2. Ra máu âm đạo bất thường.

- Tiếp tục sử dụng DCTC, cần khảo sát nguyên nhân với xử trí là điều trị hoặc chuyển tuyến.

4.3. Đau hạ vị.

Hỏi bệnh, khám để phát hiện nguyên nhân, xử trí nếu có một trong các vấn đề sau:

Mất kinh, trễ kinh hoặc khảng định có thai

Mới sinh hoặc sảy thai

Đau, căng vùng bụng khi khám Ra máu âm đạo

Sờ được khối vùng chậu

Nếu không có bất kỳ dấu hiệu nào trên đây, chẩn đoán viêm vùng chậu nếu có ít nhất một trong các dấu hiệu sau:

Thân nhiệt $> 38^{\circ}\text{C}$.

Khí hư bất thường.

Đau khi di động cổ tử cung. Khối nề ở vùng phần phụ.

Bạn tình gần đây có tiết dịch niệu đạo hoặc được điều trị lậu.

Nếu khách hàng muốn tháo DCTC: dùng kháng sinh và tháo.

Theo dõi: nếu không cải thiện sau 02 - 03 ngày điều trị hoặc hình thành áp xe, cần tháo DCTC.

Khám và điều trị cho bạn tình.,

4.4. Đang bị NKLTQĐTD hoặc bị trong vòng 03 tháng gần đây hoặc viêm tử cung

Tháo DCTC.

Chẩn đoán và điều trị NKLTQĐTD.

Khám và điều trị bạn tình.

4.5. Có thai.

- Loại trừ thai ngoài tử cung.
- Mang thai 03 tháng đầu (< 13 tuần), thấy dây DCTC.
 - Giải thích rằng nên tháo DCTC để tránh nguy cơ nhiễm khuẩn, sảy thai và đẻ non. Động tác tháo vòng cũng có nguy cơ thấp gây sảy thai.
- Nếu khách hàng đồng ý, tháo DCTC hoặc chuyển tuyến để tháo. Cần khám lại ngay nếu ra máu nhiều, đau bụng, ra dịch âm đạo hoặc sốt.
- Nếu không thấy dây DCTC và/hoặc thai > 03 tháng.
- Cần siêu âm đánh giá xem liệu DCTC có còn nằm đúng vị trí không.
 - Giải thích rằng có nguy cơ nhiễm khuẩn nặng, nếu không muốn mang thai có thể xử trí theo qui định về chấm dứt thai kỳ với mục đích điều trị.
- Nếu muốn hoặc bắt buộc tiếp tục mang thai, giải thích về nguy cơ nhiễm khuẩn và sảy thai. Cần theo dõi thai nghén chặt và khám lại ngay nếu ra máu nhiều, đau bụng, ra dịch âm đạo hoặc sốt.

4.6. Bạn tình phản nản về dây DCTC.

Giải thích cho khách hàng và bạn tình (nếu có thể) rằng cảm giác đó là bình thường

Mô tả các lựa chọn và xử trí:

Cắt ngắn đoạn dây, hoặc

Tháo DCTC.

Chú ý: Hẹn khám lại sau 03 đến 06 tuần và khám lại ngay nếu gặp khó khăn hay những vấn đề nêu ở phần 4.

5. Đối với khách hàng HIV(+).

- Khách hàng HIV(+) hoặc AIDS với tình trạng lâm sàng ổn định có thể sử dụng DCTC. Không cần lấy DCTC ra nếu khách hàng tiến triển thành AIDS, tuy nhiên những người này cần theo dõi các dấu hiệu của tình trạng viêm vùng chậu.
- Yêu cầu khách hàng sử dụng bao cao su kèm theo. Khi sử dụng đúng cách, thường xuyên, bao cao su giúp ngăn ngừa lây nhiễm HIV và các NKLTQĐTD.

BAO CAO SU

Bao cao su là một BPTT tạm thời, hiệu quả, an toàn và rẻ tiền. Bao cao su là BPTT có tác dụng bảo vệ kép: vừa có tác dụng tránh thai vừa giúp phòng NKLTQĐTD và HIV/AIDS. Khách hàng nhiễm HIV hoặc có bạn tình nhiễm HIV nên sử dụng bao cao su để tránh thai và phòng NKLTQĐTD/HIV. Bao cao su có hai loại: loại sử dụng cho nam và loại sử dụng cho nữ.

1. Chỉ định.

- Dùng cho tất cả các trường hợp muốn tránh thai.
- Có tác dụng bảo vệ kép vừa tránh thai vừa phòng HIV/AIDS và NKLTQĐTD.
- Là BPTT hỗ trợ (ví dụ: những ngày đầu sau thất ồng dẫn tinh, quên uống thuốc tránh thai).

2. Chống chỉ định.

Đị ứng với latex (đối với loại bao cao su có latex) hoặc các thành phần có trong bao cao su.

3. Quy trình thực hiện.

3.1. Tư vấn.

Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu tránh thai của khách hàng.

Chú ý: cho khách hàng xem bao cao su và hướng dẫn cách sử dụng.

Nêu rõ hiệu quả, thuận lợi và không thuận lợi của biện pháp.

Bao cao su là BPTT hiệu quả nếu sử dụng đúng cách và là biện pháp duy nhất có tác dụng bảo vệ kép vừa tránh thai vừa phòng NKLTQĐTD/HIV/AIDS. Tuy nhiên, các vết loét sinh dục hay sùi mào gà có thể lây truyền do tiếp xúc ở những phần không được che phủ bằng bao cao su.

Sử dụng bao cao su kết hợp với các BPTT khác làm gia tăng hiệu quả tránh thai, cao hơn chỉ dùng bao cao su.

Nếu khách hàng áp dụng biện pháp kiêng giao hợp, khuyên khách hàng nên chuẩn bị sẵn bao cao su nếu quyết định quan hệ tình dục “Luôn có sẵn bao cao su để dùng khi cần”.

Nếu bao cao su bị rách, thủng hoặc tuột khi giao hợp cần áp dụng BPTT khẩn cấp. Nếu phối hợp bao cao su với thuốc diệt tinh trùng thì hiệu quả tránh thai sẽ cao hơn. Không dùng bất cứ loại chất bôi trơn nào thuộc loại tan trong dầu hoặc gốc dầu (như dầu ăn, dầu trẻ em, mỡ, bơ, vaselin...) khi dùng loại bao cao su có latex.

Thăm khám đánh giá trước khi áp dụng: không cần.

Thời điểm thực hiện.

Khách hàng chưa sử dụng BPTT: bất kỳ lúc nào.

Khách hàng đang sử dụng BPTT (chuyển đổi): bất kỳ lúc nào.

3.4. Cách sử dụng và bảo quản.

Kiểm tra trước về tình trạng nguyên vẹn của bao cao su và hạn dùng.

Mỗi lần giao hợp đều phải sử dụng bao cao su mới.

Đối với bao cao su nam: lồng bao cao su vào dương vật đang cương trước khi giao hợp, giữ cho vành cuộn của bao nằm phía ngoài. Tháo cuộn vành bao lên tới gốc dương vật, không cần kéo căng. Sau khi xuất tinh, rút dương vật ra lúc còn cương, giữ chặt vành bao cao su ở gốc dương vật trong khi rút dương vật ra để bao khỏi bị tuột và tinh dịch không trào ra ngoài. Chỉ sử dụng mỗi bao cao su 01 lần.

Đối với bao cao su nữ: đặt bao vào trong âm đạo trước khi giao hợp. Cầm lấy vòng tròn nhỏ bóp méo đưa nghiêng vào trong âm đạo, vòng tròn này sẽ bung ra che cổ tử cung. Vòng tròn to nằm ngoài và phủ kín các môi lớn và vùng tiền đình. Bao cao su nữ có thể đặt trước vài giờ nhưng cần tháo sớm sau khi giao hợp xong trước khi ngồi dậy hay đứng dậy để tránh không cho tinh dịch trào ra ngoài.

Bảo quản bao cao su: để nơi thoáng mát và tránh ánh sáng.

4. Những vấn đề khó khăn khi sử dụng, và cách xử trí.

4.1. Nếu bao cao su bị rách.

- Rửa dương vật và âm hộ bằng nước sạch hoặc thuốc diệt tinh trùng (nếu có).

- Cần áp dụng BPTT khẩn cấp.

4.2. Nếu có ngứa hoặc nổi ban tại bộ phận sinh dục.

Khám lại khách hàng và bạn tình, tìm kiếm dấu hiệu nhiễm khuẩn.

Nếu không có nhiễm khuẩn mà dị ứng với latex: trong trường hợp nhẹ có thể khuyên khách hàng đổi loại bao cao su khác hoặc có thể giúp đỡ khách hàng lựa chọn BPTT khác nếu khách hàng không có nguy cơ NKLTQĐTD.

Khách hàng có nguy cơ NKLTQĐTD kể cả HIV/AIDS, cần tư vấn kỹ về cách sử dụng đúng và tác dụng bảo vệ kép của bao cao su để khuyến khích khách hàng tiếp tục sử dụng bao cao su.

4.3. Nam giới không duy trì được độ cương khi mang hoặc sử dụng bao cao su.

Thường do bối rối, chưa quen sử dụng: cần hướng dẫn khách hàng và bạn tình hiểu rõ, giúp nhau sỏi rồi, chưa quen

Có những bao cao su có chất bôi trơn hoặc sử dụng nước/chất bôi trơn bên ngoài bao. Sử dụng thêm một ít nước hoặc chất bôi trơn tan trong nước có thể làm tăng cảm giác và duy trì độ cương.

5. Đối với khách hàng HIV (+)

Khách hàng HIV(+) hoặc AIDS hoặc đang điều trị thuốc kháng virus nên sử dụng bao cao su, có thể kết hợp với BPTT khác. Khi sử

dùng đúng cách, thường xuyên, bao cao su giúp ngăn ngừa lây nhiễm HIV và các bệnh LTQĐTD.

VIÊN THUỐC TRÁNH THAI KẾT HỢP

Viên thuốc tránh thai kết hợp là BPTT tạm thời, chứa 02 loại nội tiết là estrogen và progestin. Sử dụng viên thuốc tránh thai kết hợp đòi hỏi khách hàng phải uống thuốc đều đặn. Khách hàng nhiễm HIV hay có bạn tình nhiễm HIV có thể sử dụng viên thuốc tránh thai kết hợp nhưng cần lưu ý là BPTT này không giúp ngăn ngừa NKLTQĐTD và HIV/AIDS.

1. Chỉ định.

Phụ nữ muốn sử dụng một BPTT tạm thời có hiệu quả cao.

2. Chống chỉ định.

2.1. Chống chỉ định tuyệt đối.

- Có thai hoặc nghi ngờ có thai.
- Đang cho con bú trong vòng 6 tuần sau sinh.
- Lớn tuổi (≥ 35 tuổi) và hút thuốc thường xuyên ≥ 15 điếu/ngày.
- Có nhiều nguy cơ bị bệnh mạch vành (lớn tuổi, hút thuốc lá, đái tháo đường và tăng huyết áp)
- Tăng huyết áp nặng (HA tâm thu ≥ 160 mmHg, HA tâm trương ≥ 100 mmHg).
- Đã hoặc đang bị bệnh lý tim mạch và đông máu như (i) bệnh lý mạch máu, hoặc (ii) thuyên tắc tĩnh mạch sâu, hoặc (iii) thuyên tắc phổi, hoặc (iv) bệnh lý đông máu, hoặc
- (v) bệnh thiếu máu cơ tim, hoặc (vi) bệnh lý van tim phức tạp, hoặc (vii) tai biến mạch máu não, hoặc (viii) cơ địa huyết khối di truyền.

- Sắp phẫu thuật đòi hỏi nằm trên 01 tuần.
- Đau nửa đầu (Migrain).
- Đang bị ung thư vú.
- Đái tháo đường có biến chứng (thận, thần kinh, võng mạc, mạch máu).
- Đang bị lupus ban đỏ hệ thống và có kháng thể kháng phospholipid (hoặc không làm xét nghiệm).
- Đang bị bệnh gan nặng có suy giảm chức năng gan trầm trọng như (i) viêm gan cấp đang diễn tiến, hoặc (ii) xơ gan mất bù, hoặc (iii) u gan (ngoại trừ trường hợp tăng sinh lành tính dạng nốt - benign focal nodular hyperplasia).

2.2 Chống chỉ định tương đối.

- Đang cho con bú sau sinh từ 6 tuần đến 6 tháng hoặc không cho con bú trong vòng 4 tuần sau sinh.
- Lớn tuổi (≥ 35 tuổi) và hút thuốc < 15 điếu/ngày.
- Đã hoặc đang bị cao huyết áp trung bình (HA tâm thu 140 - 159 mmHg, HA tâm trương 90 - 99 mmHg).
- Đã hoặc đang bị tăng lipid máu hoặc tăng cholesterol do uống thuốc tránh thai.
- Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong vòng 05 năm trở lại.
- Sỏi mật đang điều trị nội khoa hoặc xơ gan còn bù
- Đang sử dụng một số loại thuốc như Rifampicin/Rifabutin, thuốc kháng virus nhóm ức chế Protease Ritonavir-booster (Ritonavir-booster protease inhibitor) và một số thuốc chống co giật như Phenytoin, Carbamazepin, Barbiturat, Primidon, Topiramate, Oxcarbazepin hoặc Lamotrigine.

3. Quy trình thực hiện.

3.1 Tư vấn.

- Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu của khách hàng về viên thuốc tránh thai kết hợp. Nêu rõ hiệu quả, những thuận lợi và không thuận

lợi khi sử dụng thuốc. Cần lưu ý khách hàng là biện pháp này không có tác dụng phòng NKĐSS hoặc giảm nguy cơ viêm tiểu khung có triệu chứng. Không có tác dụng phòng tránh NKLTQĐTD.

- Cho khách hàng xem vỉ thuốc và hướng dẫn cách sử dụng trên vỉ thuốc. Chỉ cho khách hàng những viên thuốc nhắc (vỉ 28 viên) và báo cho khách hàng thời điểm sẽ ra kinh. Cho khách hàng biết các tác dụng phụ, như buồn nôn, ra máu ít, đau đầu, căng ngực, tăng cân và những khó khăn có thể gặp.

- Nhắc khách hàng cách theo dõi trong khi sử dụng thuốc:
- Khách hàng có thể quay lại khám và tư vấn bất kỳ lúc nào nếu có vấn đề.
- Trong 03 tháng đầu uống thuốc phải đến cơ sở y tế khám, đo huyết áp, cân nặng.
- Hẹn đến khám lại hàng năm.

Thăm khám đánh giá trước khi áp dụng BPTT.

Hỏi kỹ tiền sử và khám lâm sàng để phát hiện chống chỉ định (sử dụng băng kiểm). Thăm khám để loại trừ có thai. Trong hoàn cảnh xét nghiệm nước tiểu để thử thai không sẵn có, có thể đánh giá là “không có thai” dựa vào những dấu hiệu lâm sàng (xem phần 3b, *Dụng cụ tử cung*).

3.3 Thời điểm thực hiện.

3.3.1. Khách hàng hiện đang không sử dụng BPTT sẽ bắt đầu uống thuốc.

Trong vòng 05 ngày đầu tiên của chu kỳ kinh (kể cả những trường hợp sau sinh đã có kinh lại) hoặc trong vòng 07 ngày sau nạo/hút/sảy thai.

Ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Cần phải sử dụng thêm BPTT hỗ trợ (như tránh giao hợp hoặc sử dụng bao cao su...) trong 7 ngày kế tiếp nếu: (i) bắt đầu sau 5 ngày đầu của chu kỳ kinh, hoặc (ii) không có kinh, hoặc (iii) bắt đầu từ tuần thứ 4 sau sinh nếu không cho con bú và chưa có kinh trở lại.

3.3.2. Khách hàng đang sử dụng BPTT nội tiết sẽ bắt đầu uống thuốc.

Ngay lập tức nếu đang sử dụng liên tục và đúng cách hoặc nếu biết chắc là không có thai hoặc ở thời điểm lặp lại mũi tiêm.

3.3.3. Khách hàng đang sử dụng BPTT không nội tiết sẽ bắt đầu uống thuốc

Trong vòng 05 ngày đầu tiên của chu kỳ kinh. Những khách hàng đang sử dụng DCTC có thể được lấy DCTC ở thời điểm này.

Ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Nếu bắt đầu uống thuốc sau có kinh hơn 05 ngày, khách hàng cần phải sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 07 ngày kế tiếp. Những khách hàng đang sử dụng DCTC có thể được lấy DCTC ở chu kỳ kinh sau.

3.4 Cách sử dụng.

Uống mỗi ngày 01 viên, nên vào giờ nhất định để dễ nhớ, theo chiều mũi tên trên vỉ thuốc (vỉ thuốc nên dán ngày để tránh quên).

Khi hết vỉ thuốc, phải uống viên đầu tiên của vỉ tiếp theo vào ngày hôm sau dù đang còn kinh (với vỉ 28 viên) hoặc nghỉ 07 ngày rồi dùng tiếp vỉ sau, dù đang còn kinh (với vỉ 21 viên).

4. Những vấn đề khó khăn xảy ra khi uống thuốc và cách xử trí.

4.1 Quên uống thuốc.

Quên uống thuốc sẽ làm tăng nguy cơ thất bại, đặc biệt nếu quên uống thuốc trong tuần lễ đầu hoặc tuần lễ thứ ba của tháng. Cách xử trí như sau:

4.1.1. Quên uống viên thuốc có nội tiết (tức từ tuần 1 đến tuần 3).

Nếu quên 01 hoặc 02 viên (đối với loại thuốc có nồng độ estrogen 30 - 35 mcg) hoặc quên 01 viên (đối với loại thuốc có nồng độ estrogen $\leq$ 20 mcg) hoặc bắt đầu vỉ thuốc chậm từ 01 - 02 ngày: khách hàng cần uống một viên ngay khi nhớ ra và tiếp tục uống mỗi ngày một viên như thường lệ.

Nếu quên từ 03 viên trở lên (đối với loại thuốc có nồng độ estrogen 30 - 35 mcg) hoặc quên từ 02 viên trở lên (đối với loại thuốc có nồng độ estrogen $\leq$ 20 mcg) hoặc bắt đầu vỉ thuốc chậm từ

03 ngày trở lên, khách hàng cần uống ngay một viên thuốc ngay khi nhớ ra và tiếp tục uống thuốc như thường lệ. Khách hàng cần **thêm** BPTT hỗ trợ trong **07** ngày kế tiếp.

Nếu xảy ra ở tuần lễ thứ nhất (bắt đầu vỉ thuốc) và có giao hợp không bảo vệ trong vòng 05 ngày vừa qua, khách hàng cần sử dụng thêm BPTT khẩn cấp.

Nếu xảy ra ở tuần lễ thứ ba, khách hàng cần uống tiếp những viên thuốc có nội tiết, bỏ các viên thuốc nhắc và tiếp tục ngay vào vỉ thuốc mới.

4.1.2. Quên uống viên thuốc nhắc (từ viên thứ 22 đến viên thứ 28).

Bỏ viên thuốc quên, uống tiếp viên thuốc kế.

4.2 Nôn trong vòng 02 giờ sau uống thuốc.

Uống lại một viên thuốc khác.

4.3 Nôn nhiều và tiêu chảy sau uống thuốc.

- Nếu xảy ra trong vòng 24 giờ, khách hàng cần tiếp tục uống thuốc theo đúng lịch.

- Nếu xảy ra liên tục từ 02 ngày trở lên, khách hàng sẽ thực hiện giống như trường hợp quên uống thuốc.

4.4 Rối loạn kinh nguyệt.

4.4.1. Kinh nguyệt không đều.

Trấn an khách hàng rằng nhiều phụ nữ sử dụng thuốc tránh thai cũng có tình trạng kinh nguyệt không đều, tình trạng này sẽ giảm và hết sau vài tháng sử dụng thuốc

Hỏi khách hàng các nguyên nhân có thể gây ra tình trạng này, bao gồm: (i) quên thuốc, uống thuốc vào những thời điểm khác nhau mỗi ngày, (iii) nôn hoặc tiêu chảy, hoặc bắt đầu uống thuốc chống co giật hoặc rifampicin

Xử trí tình trạng rối loạn kinh nguyệt:

Yêu cầu khách hàng uống thuốc mỗi ngày và vào thời điểm tương tự nhau Hướng dẫn cách xử trí khi quên thuốc (kể cả khi bị nôn hoặc tiêu chảy)

Kê đơn:

Ibuprofen 800 mg (hoặc các thuốc kháng viêm không steroid khác), uống sau khi ăn, 3 lần/ngày trong 5 ngày (bắt đầu khi có rối loạn kinh nguyệt)

Đề nghị khách hàng uống loại thuốc tránh thai khác ít nhất trong 03 tháng nếu khách hàng đã uống thuốc ngừa thai nhiều tháng và tình trạng rối loạn kinh nguyệt không hết sau khi uống thuốc kháng viêm

4.4.2. Mất kinh.

Trấn an khách hàng rằng nhiều phụ nữ sử dụng thuốc tránh thai cũng bị mất kinh

Hỏi khách hàng xem có uống thuốc đều mỗi ngày không? Nếu có uống đều thì khuyên khách hàng tiếp tục uống thuốc; nếu không chắc chắn uống thuốc đều thì nên thử thai.

Hỏi xem khách hàng có bỏ không uống 07 viên thuốc nhắc (vi 28 viên) hoặc không chờ 07 ngày sau khi uống xong vỉ thuốc (vi 21 viên) không ? Nếu có thì giải thích nguyên nhân không có kinh và khuyên khách hàng tiếp tục uống.

Hỏi xem khách hàng có quên uống thuốc hoặc bắt đầu uống vỉ thuốc mới trễ không? Nếu có thì xử trí như phần “*Quên thuốc*”.

4.4.3. Ra máu hoặc quá nhiều: (từ gấp đôi bình thường trở lên) hoặc kéo dài (từ 08 ngày trở lên).

Khám toàn diện để tìm nguyên nhân. Trong quá trình khám bệnh khách hàng vẫn có thể tiếp tục sử dụng thuốc tránh thai.

4.5 Khác.

4.5.1. Nhức đầu.

Có thể kê đơn một trong các loại thuốc giảm đau như: Aspirin, Ibuprofen hoặc Paracetamol ...

Khám toàn diện nếu tình trạng nhức đầu không giảm hoặc trầm trọng hơn

Khuyên khách hàng sử dụng BPTT khác hoặc chuyển sang loại thuốc tránh thai không có estrogen nếu khách hàng bắt đầu bị nhức nửa đầu (Migrain) hoặc tình trạng nhức nửa đầu trở nên trầm trọng hơn.

4.5.2. Buồn nôn hoặc chóng mặt.

Khuyến khách hàng uống thuốc trước khi ngủ hoặc uống thuốc trong khi ăn.

4.5.3. Căng ngực.

Khuyến khách hàng thử chường ngực bằng khăn lạnh hoặc ấm.

Có thể kê đơn một trong các loại thuốc giảm đau như Aspirin, Ibuprofen hoặc Paracetamol ...

4.5.4. Mụn.

Đề nghị khách hàng uống loại thuốc tránh thai khác ít nhất trong 03 tháng nếu khách hàng đã uống thuốc ngừa thai nhiều tháng và tình trạng mụn vẫn không giảm hoặc gia tăng.

4.5.5 Khách hàng bắt đầu sử dụng các thuốc ngừa co giật hoặc rifampicin: (các thuốc này có thể làm giảm tác dụng của thuốc ngừa thai).

Nếu khách hàng sử dụng thuốc ngừa co giật hoặc rifampicin kéo dài: cần chuyển sang BPTT khác.

Nếu khách hàng sử dụng thuốc ngừa co giật hoặc rifampicin trong thời gian ngắn: có thể tiếp tục sử dụng thuốc tránh thai kèm với các BPTT hỗ trợ.

4.5.6. Khách hàng phải nằm bất động một thời gian: (từ vài tuần trở lên).

Nhắc khách hàng báo cho bác sĩ phẫu thuật (nếu phải phẫu thuật) là mình đang uống thuốc tránh thai.

Yêu cầu khách hàng ngưng thuốc tránh thai và sử dụng các biện pháp tránh thai hỗ trợ khác trong thời gian này.

Bắt đầu sử dụng lại thuốc tránh thai 02 tuần sau khi khách hàng đi lại được.

4.5.7. Xuất hiện các dấu hiệu của bệnh lý nội khoa: (như bệnh tim, gan, tăng huyết áp hoặc tắc mạch ...)

Yêu cầu khách hàng ngưng thuốc tránh thai và sử dụng các BPTT hỗ trợ khác trong thời gian chẩn đoán bệnh.

4.5.8. Nghi ngờ có thai.

Xác định tình trạng thai.

Yêu cầu khách hàng ngừng thuốc tránh thai nếu chắc chắn có thai. Không có bằng chứng về nguy cơ lên thai khi sử dụng thuốc tránh thai trong lúc mang thai.

5. Đối với khách hàng HIV(+).

Khách hàng HIV(+) hoặc AIDS hoặc đang điều trị thuốc kháng virus có thể sử dụng viên thuốc tránh thai kết hợp.

Yêu cầu khách hàng sử dụng bao cao su kèm theo khi sử dụng viên thuốc tránh thai kết hợp. Khi sử dụng đúng cách, thường xuyên, bao cao su giúp ngăn ngừa lây nhiễm HIV và các NKLTQĐTD.

**VIÊN THUỐC TRÁNH THAI CHỈ CÓ
PROGESTIN**

Viên thuốc tránh thai chỉ có progestin là BPTT tạm thời, chứa một lượng nhỏ progestin, không có estrogen. Sử dụng viên thuốc tránh thai chỉ có progestin đòi hỏi khách hàng phải uống thuốc đều đặn và **đúng giờ**. Khách hàng nhiễm HIV hay có bạn tình nhiễm HIV có thể sử dụng viên thuốc chỉ có progestin nhưng cần lưu ý là BPTT này không giúp ngăn ngừa NKLTQĐTD và HIV/AIDS.

1. Chỉ định.

Phụ nữ muốn sử dụng một BPTT tạm thời có hiệu quả, đặc biệt thích hợp cho phụ nữ đang cho con bú hoặc có chống chỉ định thuốc tránh thai kết hợp.

2. Chống chỉ định.

2.1. Chống chỉ định tuyệt đối.

Có thai.

Đang bị ung thư vú.

2.2. Chống chỉ định tương đối.

- Đang bị thuyên tắc tĩnh mạch sâu/thuyên tắc phổi.
- Đang bị lupus ban đỏ hệ thống và có kháng thể kháng Phospholipid (hoặc không làm xét nghiệm) hoặc có giảm tiểu cầu trầm trọng.
- Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong vòng 05 năm trở lại.
- Xơ gan mất bù có suy giảm chức năng gan trầm trọng, hoặc u gan (ngoại trừ trường hợp tăng sinh lành tính dạng nốt - benign focal nodular hyperplasia).
- Đang sử dụng một số loại thuốc như Rifampicin/Rifabutin, thuốc kháng virus nhóm ức chế protease Ritonavir-booster (Ritonavir-booster protease inhibitor) và một số thuốc chống co giật như: Phenytoin, Carbamazepin, Barbiturat, Primidon, Topiramate, Oxcarbazepin.
- Không tiếp tục sử dụng nếu khách hàng:

- Đã hoặc đang bị tai biến mạch máu não hoặc thiếu máu cơ tim Đau nửa đầu có kèm mờ mắt

3. Qui trình thực hiện.

3.1. Tư vấn.

- Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu của khách hàng về viên thuốc tránh thai chỉ có progestin. BPTT này thích hợp cho những khách hàng đang cho con bú hoặc không thể sử dụng thuốc viên tránh thai kết hợp. Nêu rõ hiệu quả, những thuận lợi và không thuận lợi khi sử dụng thuốc.

- Cần lưu ý khách hàng là biện pháp này không có tác dụng phòng tránh NKTQĐTD. Ngoài ra, viên thuốc chỉ có progestin thường hay gây rối loạn kinh nguyệt hơn (đặc biệt đối với phụ nữ không cho con bú).

- Cho khách hàng xem vỉ thuốc và hướng dẫn cách sử dụng trên vỉ thuốc.

- Cho khách hàng biết các tác dụng phụ như: vô kinh, ra máu bất thường, mệt mỏi... và những khó khăn có thể gặp. Chú ý rằng những khách hàng không thể uống thuốc đúng giờ nên được tư vấn chọn BPTT khác.

- Nhắc khách hàng cách theo dõi trong khi sử dụng thuốc
- Khách hàng có thể quay lại khám và tư vấn bất kỳ lúc nào nếu có vấn đề.
- Trong 03 tháng đầu uống thuốc phải đến cơ sở y tế khám, đo huyết áp, cân nặng.
- Hẹn đến khám lại hàng năm.

3.2. Thăm khám đánh giá trước khi áp dụng BPTT.

- Hỏi kỹ tiền sử và khám lâm sàng để phát hiện chống chỉ định (sử dụng bằng kiểm).

- Thăm khám để loại trừ có thai. Trong hoàn cảnh xét nghiệm nước tiểu để thử thai không sẵn có, có thể đánh giá là “không có thai” dựa vào những dấu hiệu lâm sàng (xem phần 3b, *Dụng cụ tử cung*).

3.3. Thời điểm thực hiện.

3.3.1. Khách hàng chưa sử dụng BPTT sẽ bắt đầu uống thuốc.

Có thể bắt đầu ngay khi có sữa (thường 48 giờ sau sinh).

Trong vòng 05 ngày đầu tiên của chu kỳ kinh (kể cả những trường hợp sau sinh đã có kinh lại) hoặc trong vòng 04 tuần đầu sau sinh hoặc trong vòng 07 ngày sau phá thai.

Ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Cần phải sử dụng thêm BPTT hỗ trợ (như tránh giao hợp hoặc sử dụng bao cao su ...) trong 02 ngày kế tiếp nếu: (i) bắt đầu sau 05 ngày đầu của chu kỳ kinh, hoặc (ii) không có kinh (kể cả bắt đầu từ tuần thứ 04 sau sinh và không cho con bú).

3.3.2. Khách hàng đang sử dụng BPTT nội tiết sẽ bắt đầu uống thuốc.

Ngay lập tức nếu đang sử dụng liên tục và đúng cách hoặc nếu biết chắc là không có thai hoặc ở thời điểm lập lại mũi tiêm.

3.3.3. Khách hàng đang sử dụng BPTT không nội tiết sẽ bắt đầu uống thuốc.

Trong vòng 05 ngày đầu tiên của chu kỳ kinh. Những khách hàng đang sử dụng DCTC có thể được lấy DCTC ở thời điểm này.

Ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Nếu bắt đầu uống thuốc sau có kinh > 05 ngày, khách hàng cần phải sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 02 ngày kế tiếp. Những khách hàng đang sử dụng DCTC có thể được lấy DCTC ở chu kỳ kinh sau.

3.4. Cách sử dụng.

Uống mỗi ngày 01 viên, **phải uống vào một giờ nhất định**, theo chiều mũi tên trên vỉ thuốc. Uống thuốc trễ 03 giờ trở lên phải được xử trí như quên thuốc.

Dùng vỉ kế tiếp ngay sau khi hết vỉ đầu, không ngừng giữa 02 vỉ.

4. Những vấn đề khó khăn xảy ra khi uống thuốc và cách xử trí.

4.1. Quên uống thuốc (một viên hoặc nhiều hơn) hoặc uống trễ 03 giờ trở lên.

4.1.1. Khách hàng đã có kinh (kể cả đang cho con bú).

Uống một viên ngay khi nhớ và tiếp tục uống mỗi ngày một viên như thường lệ.

Cần **thêm** BPTT hỗ trợ trong 02 ngày tiếp theo. Có thể cân nhắc sử dụng thêm BPTT khẩn cấp nếu có nguy cơ cao.

4.1.2. Khách hàng chưa có kinh và đang cho con bú.

Uống một viên ngay khi nhớ ra và tiếp tục uống mỗi ngày một viên như thường lệ.

Cần thêm BPTT hỗ trợ trong 02 ngày, nếu sau 06 tháng hậu sản.

4.2. Nôn trong vòng 02 giờ sau uống thuốc.

- Uống lại một viên thuốc khác.

4.3. Nôn nhiều và tiêu chảy sau uống thuốc.

- Nếu xảy ra trong vòng 24 giờ, khách hàng cần tiếp tục uống thuốc theo đúng lịch.

- Nếu xảy ra liên tục từ 02 ngày trở lên, khách hàng sẽ thực hiện giống như trường hợp quên uống thuốc.

4.4. Rối loạn kinh nguyệt.

4.4.1. Vô kinh.

- Nếu khách hàng đang cho con bú: trấn an khách hàng rằng nhiều phụ nữ đang cho con bú sử dụng thuốc tránh thai cũng bị mất kinh và điều này không nguy hiểm.

- Thử thai nếu khách hàng không chắc chắn uống thuốc đều.

4.4.2. Kinh nguyệt không đều hoặc ra máu thâm gọt.

- Trấn an khách hàng rằng nhiều phụ nữ sử dụng thuốc tránh thai cũng bị tình trạng kinh nguyệt không đều, tình trạng này sẽ giảm và hết sau vài tháng sử dụng thuốc. Đặc biệt là bản thân nhiều phụ nữ đang cho con bú cũng có kinh nguyệt không đều.

- Hỏi khách hàng các nguyên nhân có thể gây ra tình trạng kinh nguyệt không đều bao gồm: (i) nôn hoặc tiêu chảy, hoặc (ii) bắt đầu uống thuốc chống co giật hoặc Rifampicin.

- Xử trí tình trạng rối loạn kinh nguyệt:

- Hướng dẫn cách uống thuốc đúng (kể cả khi bị nôn hoặc tiêu chảy).

- Kê đơn: Ibuprofen (hoặc các thuốc kháng viêm không steroid khác).

- Đề nghị khách hàng uống loại thuốc tránh thai khác ít nhất trong 03 tháng nếu khách hàng đã uống thuốc ngừa thai nhiều tháng và tình trạng rối loạn kinh nguyệt không hết sau khi uống thuốc kháng viêm.

- Nếu tình trạng rối loạn kinh nguyệt xuất hiện sau vài tháng có kinh bình thường hoặc sau một thời gian vô kinh hoặc tiếp tục không hết hoặc nghi ngờ có nguyên nhân bệnh lý khác: cần khám toàn diện để tìm nguyên nhân.

4.4.3. Ra máu hoặc quá nhiều (từ gấp đôi bình thường trở lên) hoặc kéo dài (từ 08 ngày trở lên).

- Trấn an khách hàng rằng tình trạng này đôi khi cũng xảy ra ở nhiều phụ nữ sử dụng thuốc tránh thai, tình trạng này sẽ giảm và hết sau vài tháng sử dụng thuốc.

- Có thể xử trí ban đầu như những khách hàng bị kinh nguyệt không đều sau uống thuốc

- Nếu tình trạng ra máu nhiều xuất hiện sau vài tháng có kinh bình thường hoặc sau một thời gian vô kinh, hoặc tiếp tục không hết, hoặc nghi ngờ có nguyên nhân bệnh lý khác: cần khám toàn diện để tìm nguyên nhân. Trong quá trình khám khách hàng vẫn có thể tiếp tục sử dụng thuốc tránh thai.

4.5. Khác.

4.5.1. Nhức đầu.

Có thể kê toa một trong các loại thuốc giảm đau như: Aspirin, Ibuprofen hoặc Paracetamol ...

Khám toàn diện nếu tình trạng nhức đầu không giảm hoặc trầm trọng hơn.

Khuyến khách hàng ngưng thuốc và sử dụng BPTT không có nội tiết nếu khách hàng bắt đầu bị nhức nửa đầu (migrain) có kèm mờ

mất. Trường hợp khách hàng nhức nửa đầu không kèm mờ mắt thì vẫn có thể tiếp tục sử dụng thuốc tránh thai chỉ chứa progestogen nếu muốn.

4.5.2. Căng ngực.

Nếu khách hàng đang cho con bú:

- Nếu có tình trạng căng sữa và tắc ống dẫn sữa (thường vú căng, đau và có những dấu hiệu của viêm như: sưng, nóng, đỏ...):

- Tiếp tục cho bé bú.
- Xoa bóp bầu vú trước và trong khi cho bé bú.
- Chườm ấm hoặc lạnh.
- Thay đổi các tư thế cho bú khác nhau.
 - Cho bé bú đúng cách.
- Nặn bỏ một ít sữa trước khi cho bú.
- Sử dụng kháng sinh nếu có tình trạng nhiễm trùng.
- Nếu có nứt nẻ núm vú:
 - Có thể tiếp tục cho bé bú.
- Nhỏ vài giọt sữa vào núm vú trước khi cho bé bú; dùng ngón tay ngắt sữa sau khi cho bú xong trước khi kéo bé khỏi bầu vú.
- Không để vú quá căng, nặn sữa nếu vú căng và bé chưa bú.

Nếu khách hàng không cho con bú:

- Khuyến khích khách hàng thử chườm ngực bằng khăn lạnh hoặc ấm.
- Có thể kê đơn một trong các loại thuốc giảm đau như: Aspirin, Ibuprofen hoặc Paracetamol ...

4.5.3. Đau nặng bụng dưới.

Cần loại trừ nang, khối u buồng trứng, viêm ruột thừa, viêm vùng chậu hoặc thai ngoài tử cung.

Thai ngoài tử cung: điều trị hoặc chuyển tuyến.

Nang cơ năng buồng trứng: giải thích nang thường tự biến mất, nếu có thể khám lại sau 03 tuần.

Đau do các nguyên nhân khác: không cần ngừng thuốc.

4.5.4. Buồn nôn hoặc chóng mặt.

Khuyến khách hàng uống thuốc trước khi ngủ hoặc uống trong khi ăn

4.5.5. Khách hàng bắt đầu sử dụng các thuốc ngừa co giật hoặc rifampicin: (các thuốc này có thể làm giảm tác dụng của thuốc ngừa thai).

Nếu khách hàng sử dụng thuốc ngừa co giật hoặc rifampicin kéo dài: cần chuyển sang BPTT khác.

Nếu khách hàng sử dụng thuốc ngừa co giật hoặc rifampicin trong thời gian ngắn: có thể tiếp tục sử dụng thuốc tránh thai kèm với các BPTT hỗ trợ.

4.5.6. Xuất hiện các dấu hiệu của bệnh lý nội khoa: (như nghi tắc mạch sâu ở chân hoặc phổi hoặc ung thư vú...).

Yêu cầu khách hàng ngừng thuốc tránh thai và sử dụng các BPTT hỗ trợ khác trong thời gian chẩn đoán bệnh.

4.5.7. Nghi ngờ có thai.

Xác định tình trạng thai.

Yêu cầu khách hàng ngừng thuốc tránh thai nếu chắc chắn có thai. Không có bằng chứng về nguy cơ lên thai khi sử dụng thuốc tránh thai trong lúc mang thai.

5. Đối với khách hàng HIV(+).

Khách hàng HIV(+) hoặc AIDS hoặc đang điều trị thuốc kháng virus có thể sử dụng viên thuốc tránh thai chỉ có progestin.

Yêu cầu khách hàng sử dụng bao cao su kèm theo khi sử dụng viên thuốc tránh thai chỉ có progestin. Khi sử dụng đúng cách, thường xuyên, bao cao su giúp ngăn ngừa lây nhiễm HIV và các NKLTQĐTD.

Tư vấn cho khách hàng HIV(+) phương thức nuôi con phù hợp nhất:

- Chỉ không cho bú mẹ khi (và chỉ khi) có đầy đủ điều kiện để sử dụng sữa thay thế, cụ thể là đầy đủ điều kiện kinh tế, sản phẩm luôn sẵn có và được cung ứng thuận tiện.

- Nếu không thể có đủ điều kiện để sử dụng sữa thay thế, khách hàng HIV(+) có thể cho con bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu. Cho con bú xen kẽ (giữa bú mẹ và các loại sữa khác) có thể làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV. Cần rút ngắn thời gian cai sữa khi chuyển tiếp từ bú mẹ hoàn toàn sang ăn dặm.

- Có thể giảm tối đa khả năng lây nhiễm HIV bằng cách vắt sữa mẹ và đun sôi trước khi cho bé ăn bằng thìa.

Cần tư vấn cho khách hàng HIV(+) về chế độ dinh dưỡng và vệ sinh. Các tình trạng nhiễm khuẩn như: viêm tuyến vú, áp xe và nứt núm vú đều làm gia tăng nguy cơ lây nhiễm.

THUỐC TIÊM TRÁNH THAI

Thuốc tiêm tránh thai là BPTT tạm thời, chứa nội tiết Progestin. Thuốc tiêm tránh thai hiện có hai loại: (i) DMPA (Depot Medroxygesteron Acetat) liều 150 mg, có tác dụng tránh thai 03 tháng, và (ii) NET-EN (Norethisteron Enantat) liều 200mg, có tác dụng tránh thai 02 tháng. Khách hàng nhiễm HIV hay có bạn tình nhiễm HIV có thể sử dụng thuốc tiêm tránh thai nhưng cần lưu ý là BPTT này không giúp ngăn ngừa NKLTQĐTD và HIV/AIDS.

1. Chỉ định.

Phụ nữ trong độ tuổi sinh sản muốn dùng một BPTT tạm thời và có hồi phục.

2. Chống chỉ định.

2.1. Chống chỉ định tuyệt đối.

Có thai.

Đang bị ung thư vú.

2.2. Chống chỉ định tương đối.

- Có nhiều nguy cơ bị bệnh mạch vành (như lớn tuổi, hút thuốc lá, tiểu đường và tăng huyết áp).
- Tăng huyết áp (HA tâm thu ≥ 160 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 100 mmHg) hoặc có bệnh lý mạch máu.
- Đang bị thuyên tắc tĩnh mạch sâu, thuyên tắc phổi hoặc đã từng hoặc đang bị tai biến mạch máu não hoặc thiếu máu cơ tim.
- Đang bị lupus ban đỏ hệ thống và có kháng thể kháng phospholipid (hoặc không làm xét nghiệm) hoặc có giảm tiểu cầu trầm trọng.
- Ra máu âm đạo bất thường chưa được chẩn đoán nguyên nhân.
- Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong vòng 05 năm trở lại.
- Tiểu đường có biến chứng (thận, thần kinh, võng mạc, mạch máu) hoặc trên 20 năm.
- Xơ gan mất bù có suy giảm chức năng gan trầm trọng hoặc u gan (ngoại trừ trường hợp tăng sinh lành tính dạng nốt - Benign focal nodular hyperplasia)
- Không tiếp tục sử dụng nếu khách hàng đau nửa đầu có kèm mờ mắt.

3. Quy trình thực hiện.

3.1. Tư vấn.

Tìm hiểu nhu cầu của khách hàng về thuốc tiêm tránh thai.

Hiệu quả, ưu, nhược điểm của thuốc tiêm tránh thai. Không nên sử dụng cho những người có ý định có thai trong 1 năm tới. Thuốc không có tác dụng phòng tránh các bệnh LTQĐTD.

Khách hàng có thể đến khám lại bất cứ lúc nào. - Hẹn ngày và nơi tiêm lần sau.

3.2. Thăm khám đánh giá trước khi áp dụng biện pháp.

- Hỏi kỹ tiền sử để phát hiện chống chỉ định (dùng bảng kiểm)

- Thăm khám để loại trừ có thai, ra máu không rõ nguyên nhân. Trong hoàn cảnh xét nghiệm nước tiểu để thử thai không sẵn có, có thể đánh giá là “không có thai” dựa vào những dấu hiệu lâm sàng (xem phần 3b, *Dụng cụ tử cung*).

3.3. Thời điểm thực hiện.

3.3.1. Khách hàng chưa sử dụng BPTT.

- Có thể bắt đầu ngay khi có sữa (thường 48 giờ sau sinh).
- Trong vòng 07 ngày đầu kể từ ngày hành kinh đầu tiên (bao gồm cả những người có kinh lại sau 06 tuần hậu sản) hoặc bất cứ lúc nào trong vòng 21 ngày hậu sản (và không cho con bú) hoặc ngay sau phá thai, sảy thai.
- Ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Có thể cần sử dụng BPTT hỗ trợ trong 07 ngày kế tiếp nếu: (i) quá 07 ngày từ khi bắt đầu hành kinh, hoặc (ii) vô kinh, hoặc (iii) 6 tuần sau sinh và chưa có kinh, hoặc (iv) từ 21 ngày sau sinh trở đi và chưa có kinh. Trong những trường hợp này, cần thử thai trước khi cho khách hàng mũi tiêm tiếp theo.

3.3.2. Khách hàng đang sử dụng BPTT nội tiết sẽ được tiêm thuốc.

Ngay lập tức nếu đang sử dụng liên tục và đúng cách hoặc nếu biết chắc là không có thai hoặc vào thời điểm lặp lại mũi tiêm cho những khách hàng đang sử dụng thuốc tiêm.

3.3.3. Khách hàng đang sử dụng BPTT không nội tiết (không phải DCTC) sẽ được tiêm thuốc.

Ngay lập tức nếu đang sử dụng liên tục và đúng cách hoặc nếu biết chắc là không có thai. Nếu đã quá 07 ngày từ khi bắt đầu hành kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 07 ngày kế tiếp.

3.3.4. Khách hàng đang sử dụng DCTC (kể cả DCTC giải phóng levonorgestrel) sẽ được tiêm thuốc.

Trong vòng 07 ngày đầu tiên của vòng kinh, có thể lấy DCTC ở thời điểm này.

Bất kỳ lúc nào nếu biết chắc là không có thai.

Nếu đã quá 07 ngày từ khi bắt đầu hành kinh và đã có giao hợp: cần lấy DCTC vào chu kỳ sau.

Nếu đã quá 07 ngày từ khi bắt đầu hành kinh và không giao hợp: cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 07 ngày kế tiếp. Nếu DCTC chính là biện pháp hỗ trợ: cần lấy DCTC vào chu kỳ sau.

Nếu vô kinh hoặc ra máu bất thường: xem hướng dẫn dành cho phụ nữ vô kinh.

3.3.5. Các mũi tiêm lần sau.

Khoảng cách giữa hai lần tiêm: 03 tháng với DMPA và 02 tháng với NET-EN.

Nếu mũi tiêm lần sau được thực hiện trễ hơn hạn chích (xem phần 4.1 *Chậm ngày tiêm*).

Chuyển đổi giữa thuốc tiêm tránh thai và NET-EN

Không khuyến cáo chuyển đổi giữa thuốc tiêm tránh thai và NET-EN.

Nếu nhất thiết phải chuyển đổi cần tiêm vào thời điểm mũi tiêm lặp lại.

Nếu cần tiêm lặp lại mà loại thuốc và thời điểm tiêm lần trước không rõ:

Có thể tiêm nếu biết chắc là không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 07 ngày kế tiếp, kể cả xem xét sử dụng BPTT khẩn cấp.

3.4. Kỹ thuật tiêm

- Sát khuẩn vùng tiêm (cơ delta bả vai hoặc mông) bằng cồn, có pha iod càng tốt.
- Dùng bơm kim tiêm một lần.
- Kiểm tra thuốc có còn hạn, lắc đều lọ thuốc trước khi hút thuốc ra bơm tiêm.
- Cần đảm bảo vô khuẩn và tuân thủ những qui định của Phòng ngừa chuẩn khi thực hiện thủ thuật.

- Tiêm sâu, đẩy bơm tiêm từ từ cho thuốc vào hết để bảo đảm đủ 150 mg thuốc tiêm tránh thai được đưa vào cơ thể.
- Sau khi rút kim không xoa vùng tiêm để tránh thuốc lan tỏa sớm và nhanh

3.5. Theo dõi sau tiêm.

Viêm nhiễm tại chỗ, đau, đỏ vùng tiêm.

Áp xe.

4. Những vấn đề khó khăn khi sử dụng, và cách xử trí.

4.1. Chậm ngày tiêm.

• Nếu khách hàng trễ hơn thời hạn tiêm trong vòng trong vòng 02 tuần (đối với NET-EN) và trong vòng 04 tuần (đối với DMPA): vẫn có thể tiêm thuốc mà không cần sử dụng

- BPTT hỗ trợ.

• Nếu khách hàng trễ hơn thời hạn tiêm sau hơn 02 tuần (đối với NET-EN) và sau 04 tuần (đối với DMPA): vẫn có thể tiêm thuốc nhưng cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 07 ngày kế tiếp, kể cả cân nhắc sử dụng BPTT khẩn cấp, nếu:

○Khách hàng đã không giao hợp trong vòng hai tuần tính từ ngày đáng lẽ phải được tiêm mũi lặp lại, hoặc

○Khách hàng đã sử dụng BPTT hỗ trợ hoặc BPTT khẩn cấp ở mỗi lần giao hợp không được bảo vệ trong vòng hai tuần tính từ ngày đáng lẽ phải được tiêm mũi lặp lại, hoặc

○Khách hàng cho con bú hoàn toàn hoặc gần như hoàn toàn và vừa sinh trong vòng 06 tháng

• Nếu khách hàng trễ hơn thời hạn tiêm sau hơn 02 tuần (đối với NET-EN) và sau 04 tuần (đối với DMPA) và không thỏa những điều kiện trên: vẫn có thể tiêm thuốc nếu biết chắc là không có thai. Cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 07 ngày kế tiếp, kể cả cân nhắc sử dụng BPTT khẩn cấp và phải thử thai trước khi chích lặp lại mũi thuốc lần sau.

- Cần thảo luận với khách hàng về lý do trễ hạn tiêm và bàn giải pháp thích hợp. Nhắc nhở thời hạn tiêm và thảo luận thêm các BPTT hỗ trợ hoặc gợi ý BPTT khác trong trường hợp khách hàng không thể đến đúng hẹn.

4.2. Rối loạn kinh nguyệt.

4.2.1 Vô kinh.

Giải thích rằng vô kinh là bình thường khi dùng thuốc tiêm tránh thai.

Nếu khách hàng không chấp nhận vô kinh: có thể hướng dẫn sử dụng BPTT khác

4.2.2. Ra máu thâm giọt hoặc kinh nguyệt không đều.

- Trấn an khách hàng rằng nhiều phụ nữ sử dụng thuốc tránh thai bị kinh nguyệt không đều, tình trạng này sẽ giảm và hết sau vài tháng sử dụng thuốc.

- Xử trí tình trạng rối loạn kinh nguyệt:
- Kê đơn: acid mefenamic hoặc valdecoxid trong năm ngày,
- Nếu tình trạng rối loạn kinh nguyệt xuất hiện sau vài tháng có kinh bình thường hoặc sau một thời gian vô kinh hoặc tiếp tục không hết hoặc nghi ngờ có nguyên nhân bệnh lý khác: cần khám toàn diện để tìm nguyên nhân. Nếu bị viêm vùng chậu hoặc NKLTQĐTD: có thể tiếp tục sử dụng thuốc cấy trong thời gian điều trị bệnh.

4.2.3. Ra máu hoặc quá nhiều (từ gấp đôi bình thường trở lên) hoặc kéo dài (từ 08 ngày trở lên).

- Đây là tình trạng hiếm gặp, nhưng cần được chú ý đặc biệt. Cần trấn an khách hàng rằng tình trạng này đôi khi cũng xảy ra ở nhiều phụ nữ sử dụng thuốc tiêm tránh thai; tình trạng này sẽ giảm và hết sau vài tháng sử dụng thuốc.

- Có thể xử trí ban đầu như những khách hàng bị kinh nguyệt không đều hoặc sử dụng

- 50 mcg ethinyl estradiol trong một chu kỳ.
- Nếu tình trạng ra máu nhiều làm ảnh hưởng đến sức khỏe: thảo luận với khách hàng chọn BPTT khác.

- Khuyến khách hàng uống viên sắt hoặc ăn các thực phẩm giàu chất sắt.

- Nếu tình trạng ra máu nhiều xuất hiện sau vài tháng có kinh bình thường hoặc sau một thời gian vô kinh hoặc tiếp tục không hết hoặc nghi ngờ có nguyên nhân bệnh lý khác: cần khám toàn diện để tìm nguyên nhân.

4.2.4 Ra máu âm đạo bất thường.

Khám toàn diện để tìm nguyên nhân.

Có thể ngừng sử dụng thuốc tiêm nhằm giúp chẩn đoán thuận tiện hơn, trong thời gian này khách hàng có thể sử dụng BPTT khác (không nên là DCTC hoặc que cấy).

Nếu nguyên nhân ra máu là viêm vùng chậu hoặc NKLTQĐTD thì khách hàng vẫn có thể vẫn tiếp tục sử dụng thuốc tiêm trong thời gian điều trị bệnh.

4.3. Khác.

4.3.1 Nhức đầu.

Có thể kê đơn một trong các loại thuốc giảm đau như: Aspirin, Ibuprofen hoặc Paracetamol ...

Khám toàn diện nếu tình trạng nhức đầu không giảm hoặc trầm trọng hơn.

Ngừng thuốc tiêm nếu khách hàng bị nhức đầu kèm mờ mắt.

4.3.2 Xuất hiện các dấu hiệu của bệnh lý nội khoa: (như: tắc mạch sâu ở chân hoặc phổi, thiếu máu cơ tim hoặc đột quỵ hoặc ung thư vú ...).

Ngừng thuốc tiêm và yêu cầu khách hàng sử dụng các BPTT hỗ trợ khác trong thời gian chẩn đoán bệnh.

4.3.3 Nghi ngờ có thai.

Xác định tình trạng thai.

Yêu cầu khách hàng ngưng thuốc tránh thai nếu chắc chắn có thai. Không có bằng chứng về nguy cơ lên thai khi sử dụng thuốc tránh thai trong lúc mang thai.

5. Đối với khách hàng HIV(+).

Khách hàng HIV(+) hoặc AIDS hoặc đang điều trị thuốc kháng virus có thể sử dụng thuốc tiêm tránh thai.

Yêu cầu khách hàng sử dụng bao cao su kèm theo. Khi sử dụng đúng cách, thường xuyên, bao cao su giúp ngăn ngừa lây nhiễm HIV và các NKLTQĐTD.

THUỐC CÂY TRÁNH THAI

Thuốc cây tránh thai là BPTT tạm thời có chứa progestin. Hiện nay thuốc cây tránh thai có hai loại: (i) Norplant: gồm 6 nang mềm, vỏ bằng chất dẻo sinh học, mỗi nang chứa 36 mg levonorgestrel, và (ii) Implanon: chỉ có một nang, chứa 68 mg etonogestrel. Norplant có tác dụng kéo dài 5 năm (hoặc đến 7 năm với những phụ nữ có trọng lượng dưới 70 kg tại thời điểm đặt và trong quá trình sử dụng) và Implanon có tác dụng 3 năm. Khách hàng nhiễm HIV hay có bạn tình nhiễm HIV có thể sử dụng thuốc cây tránh thai nhưng cần lưu ý là BPTT này không giúp ngăn ngừa NKLTQĐTD và HIV/AIDS.

1. Chỉ định.

Phụ nữ muốn sử dụng một BPTT dài hạn và có hồi phục.

2. Chống chỉ định.

2.1. Chống chỉ định tuyệt đối.

Có thai.

Đang bị ung thư vú.

2.2. Chống chỉ định tương đối.

- Đang bị thuyên tắc tĩnh mạch sâu, thuyên tắc phổi.
- Đang bị lupus ban đỏ hệ thống và có kháng thể kháng phospholipid (hoặc không làm xét nghiệm).

- Ra máu âm đạo bất thường chưa được chẩn đoán nguyên nhân.
- Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong vòng 05 năm trở lại.
- Xơ gan mất bù có suy giảm chức năng gan trầm trọng, hoặc u gan (ngoại trừ trường hợp tăng sinh lành tính dạng nốt - Benign focal nodular hyperplasia).
- Không tiếp tục sử dụng nếu khách hàng:
- Đã từng hoặc đang bị tai biến mạch máu não hoặc thiếu máu cơ tim Đau nửa đầu có kèm mờ mắt

3. Qui trình thực hiện.

3.1. Tư vấn.

- Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu của khách hàng về thuốc cấy tránh thai.
- Hiệu quả, ưu, nhược điểm (có thể khó lấy ra). Biện pháp không có tác dụng phòng tránh NKLTQĐTD và HIV/AIDS.
- Cho khách hàng biết các tác dụng phụ có thể gặp, đặc biệt là ra máu bất thường.
- Khách hàng có thể đến khám lại bất cứ lúc nào khi có vấn đề hoặc muốn tháo que cấy tránh thai.
- Không phải là BPTT vĩnh viễn, Norplant có tác dụng trong 05 - 07 năm, Implanon có tác dụng trong 03 năm.

3.2. Thăm khám đánh giá trước khi áp dụng biện pháp.

- Hỏi kỹ tiền sử để phát hiện chống chỉ định (dùng bảng kiểm).
- Thăm khám để loại trừ có thai, ra máu không rõ nguyên nhân. Trong hoàn cảnh xét nghiệm nước tiểu để thử thai không sẵn có, có thể đánh giá là “không có thai” dựa vào những dấu hiệu lâm sàng (xem phần 3b, *Dụng cụ tử cung*).

3.3. Thời điểm thực hiện.

3.3.1. Khách hàng chưa sử dụng BPTT.

- Ngay khi đang có kinh hoặc trong 07 ngày đầu (hoặc trong vòng 05 ngày đầu đối với Implanon) của vòng kinh.

- Ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Nếu đã quá 07 ngày (hoặc nếu quá 05 ngày đối với Implanon) từ khi bắt đầu hành kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 07 ngày kế tiếp.

- Vô kinh: bất kỳ thời điểm nào nếu có thể khẳng định không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 07 ngày kế tiếp.

- Sau sinh và cho con bú hoàn toàn hoặc gần như hoàn toàn

- Trong vòng 06 tuần sau sinh và đang cho con bú: chỉ sử dụng thuốc cấy một khi không còn BPTT nào khác.

- Từ 06 tuần đến 06 tháng, vô kinh: bất kỳ lúc nào,

- Nếu có kinh lại sau 06 tuần: như trường hợp hành kinh bình thường.

Sau sinh không cho bú hoàn toàn.

Trong vòng 06 tuần sau sinh: chỉ sử dụng một khi không còn BPTT nào khác.

Sau 06 tuần:

Nếu chưa có kinh lại: bất kỳ lúc nào nếu chắc chắn là không có thai, khách hàng cần sử dụng BPTT hỗ trợ trong 07 ngày kế tiếp.

Nếu đã có kinh lại: như trường hợp hành kinh bình thường.

Sau sinh, không cho con bú:

Dưới 21 ngày: bất kỳ lúc nào.

Từ 21 ngày trở đi và chưa có kinh: bất kỳ thời điểm nào nếu có thể khẳng định không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 07 ngày kế tiếp.

Nếu đã có kinh lại bình thường: như trường hợp hành kinh bình thường.

Ngay sau phá thai hoặc sảy thai:

Trong vòng 07 ngày sau phá thai, sảy thai: có thể cấy thuốc ngay lập tức.

Sau 07 ngày: bất kỳ thời điểm nào nếu có thể khẳng định không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 07 ngày kế tiếp.

Sau sử dụng thuốc tránh thai khẩn cấp: sử dụng thuốc cấy trong vòng 07 ngày đầu của kỳ kinh kế tiếp (vào trong vòng 05 ngày đối với Implanon) hoặc trong bất kỳ thời điểm nào nếu chắc chắn là không có thai. Cung cấp các BPT hỗ trợ hoặc thuốc tránh thai trong thời gian chờ cấy thuốc.

Ngay sau khi lấy thuốc cấy nếu muốn cấy tiếp.

3.3.2. Khách hàng đang sử dụng BPTT nội tiết sẽ được cấy thuốc.

- Ngay lập tức nếu đang sử dụng liên tục và đúng cách hoặc nếu biết chắc là không có thai, vào thời điểm lặp lại mũi tiêm.

3.3.3. Khách hàng đang sử dụng BPTT không nội tiết (không phải DCTC) sẽ được cấy thuốc:

Ngay lập tức nếu đang sử dụng liên tục và đúng cách hoặc nếu biết chắc là không có thai. Nếu đã quá 07 ngày từ khi bắt đầu hành kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 07 ngày kế tiếp.

3.3.4. Khách hàng đang sử dụng DCTC (kể cả DCTC giải phóng levonorgestrel) sẽ được cấy thuốc:

Trong vòng 07 ngày đầu tiên của vòng kinh, có thể lấy DCTC ở thời điểm này.

Bất kỳ lúc nào nếu biết chắc là không có thai:

Nếu đã quá 07 ngày từ khi bắt đầu hành kinh và đã có giao hợp: cần lấy DCTC vào chu kỳ sau.

Nếu đã quá 07 ngày từ khi bắt đầu hành kinh và không giao hợp: cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 07 ngày kế tiếp. Nếu DCTC chính là biện pháp hỗ trợ: cần lấy DCTC vào chu kỳ sau.

Nếu vô kinh hoặc ra máu không theo chu kỳ: xem hướng dẫn dành cho phụ nữ vô kinh.

3.4. Kỹ thuật cấy.

Cần đảm bảo vô khuẩn và tuân thủ những qui định của Phòng ngừa chuẩn khi thực hiện thủ thuật.

3.4.1. Norplant:

- Sát khuẩn da vùng định cấy thường ở mặt trong cánh tay không thuận.
- Trải vải có lỗ vùng định cấy.
- Gây tê dưới da vùng cấy, mỗi nan quạt 1 ml lidocain 1 %.
- Rạch da 02 mm.
- Đưa ống đặt vào dưới da qua đường rạch.
- Đặt từng nang Norplant từ bên này sang bên kia, mỗi nang thấy nổi lờ mờ dưới da sao cho các nang xếp hình nan quạt, giữa hai nang tạo góc 15° , 02 nang ngoài cùng tạo góc 75° . Đầu ngoài của nang cấy cách chỗ rạch da 05 mm để khỏi tụt ra. Cấy nông dưới da, tổng cộng 06 nang hình nan quạt.
- Đặt xong không day, dùng băng dính băng lại.

3.4.2. Implanon:

- Sát khuẩn da vùng định cấy: thường ở khoảng giữa mặt trong cánh tay không thuận.
- Trải vải có lỗ vùng định cấy.
- 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.
- Đặt nang cấy bằng cách đâm kim ngay dưới da và vừa đẩy vừa dùng đầu kim nâng mặt da lên.
- Giữ nguyên pít tông tại chỗ và kéo ống cấy, nang thuốc cấy sẽ nằm lại trong cánh tay. Cấy nông dưới da.

- Kiểm tra nang thuốc đã được cấy.
- Băng ép bằng gạc vô khuẩn.

3.5. Kỹ thuật tháo: (áp dụng chung cho Norplant và Implanon)

Sát khuẩn.

Trái vải.

Gây tê.

Rạch da 02 mm như khi cấy.

Dùng tay nắn cho đầu nang lộ ra chỗ rạch.

Dùng 01 kẹp nhỏ kẹp đầu nang cấy, kéo nhẹ ra.

Sau khi tháo hết, sát khuẩn, băng lại.

4. Những vấn đề khó khăn khi sử dụng, và cách xử trí.

4.1. Rối loạn kinh nguyệt.

4.1.1 Vô kinh.

Giải thích rằng vô kinh là bình thường khi dùng thuốc cấy tránh thai.

Nếu khách hàng không chấp nhận vô kinh: tháo hoặc chuyển đến cơ sở có thể tháo, và hướng dẫn sử dụng BPTT khác

4.1.2. Ra máu thấm giọt hoặc kinh nguyệt không đều.

Trấn an khách hàng rằng nhiều phụ nữ sử dụng thuốc tránh thai bị kinh nguyệt không đều; tình trạng này sẽ giảm và hết sau vài tháng sử dụng thuốc.

Xử trí tình trạng rối loạn kinh nguyệt:

Kê đơn:

Ibuprofen (hoặc các thuốc kháng viêm không steroid khác),

Thuốc tránh thai kết hợp (Progestin: Levonorgestrel) hoặc Ethinyl estradiol trong 21 ngày nếu không có chống chỉ định estrogen.

Nếu tình trạng rối loạn kinh nguyệt xuất hiện sau vài tháng có kinh bình thường hoặc sau một thời gian vô kinh hoặc tiếp tục không hết hoặc nghi ngờ có nguyên nhân bệnh lý khác: cần khám toàn diện

để tìm nguyên nhân. Nếu bị viêm vùng chậu hoặc NKLTQĐTD: có thể tiếp tục sử dụng thuốc cấy trong thời gian điều trị bệnh.

4.1.3. Ra máu hoặc quá nhiều (từ gấp đôi bình thường trở lên) hoặc kéo dài (từ 08 ngày trở lên).

- Đây là tình trạng hiếm gặp, nhưng cần được chú ý đặc biệt. Cần trấn an khách hàng rằng tình trạng này đôi khi cũng xảy ra ở nhiều phụ nữ sử dụng que cấy tránh thai; tình trạng này sẽ giảm và hết sau vài tháng sử dụng thuốc.

- Có thể xử trí ban đầu như những khách hàng bị kinh nguyệt không đều. Thuốc tránh thai kết hợp với liều 50 mcg ethinyl estradiol có thể hiệu quả hơn loại liều thấp.

- Khuyến khách hàng uống viên sắt hoặc ăn các thực phẩm giàu chất sắt.

- Nếu tình trạng ra máu nhiều xuất hiện sau vài tháng có kinh bình thường hoặc sau một thời gian vô kinh hoặc tiếp tục không hết hoặc nghi ngờ có nguyên nhân bệnh lý khác: cần khám toàn diện để tìm nguyên nhân. Trong quá trình khám, khách hàng vẫn có thể tiếp tục sử dụng thuốc tránh thai.

4.2. Đau hạ vị.

Cần loại trừ nang và khối u buồng trứng, viêm ruột thừa, viêm vùng chậu, thai ngoài tử cung hoặc u gan vỡ.

Thai ngoài tử cung: điều trị hoặc chuyển tuyến, tháo thuốc cấy.

Nang cơ nang buồng trứng: giải thích nang thường tự biến mất, nếu có thể khám lại sau 03 tuần.

Đau do các nguyên nhân khác: không cần tháo thuốc cấy.

4.3. Tại vị trí cấy.

4.3.1. Đau sau khi cấy.

Hướng dẫn cho khách hàng.

Đảm bảo băng ép không quá chặt. Thay băng ép mới.

Tránh đè mạnh vào vùng cấy trong vài ngày và tránh ép vào nếu sưng đau.

Chỉ định Aspirin hoặc các thuốc kháng viêm không steroid.

4.3.2. Nhiễm khuẩn vị trí cây (đau, nóng, đỏ) hoặc áp xe (có mủ).

Viêm.

Không tháo que cấy.

Rửa sạch vùng cấy bằng thuốc sát khuẩn hoặc nước xà phòng.

Chỉ định kháng sinh cho 07 ngày và yêu cầu khách hàng quay lại sau 01 tuần. Nếu không đỡ, tháo que cấy hoặc chuyển tuyến.

Áp xe.

Rửa sạch vùng viêm bằng thuốc sát khuẩn, rạch da và tháo mủ

Nếu nhiễm khuẩn da nhiều: chỉ định kháng sinh uống trong 10 ngày.

Điều trị vết thương.

Tháo que cấy hoặc chuyển tuyến để tháo (nếu tình trạng không ổn định).

4.4. Khác.

4.4.1. Nhức đầu.

- Có thể kê đơn một trong các loại thuốc giảm đau như: Aspirin, Ibuprofen hoặc Paracetamol ...

- Khám toàn diện nếu tình trạng nhức đầu không giảm hoặc trầm trọng hơn.

- Tháo que cấy và khuyên khách hàng sử dụng BPTT không có nội tiết nếu khách hàng bắt đầu bị nhức nửa đầu (migrain) có kèm mờ mắt hoặc bị nặng lên sau khi cấy, đặc biệt đi kèm nhìn mờ, mất thị giác thoáng qua, mắt nổi đom đóm hoặc thấy các đường díc dắc, rối loạn ngôn ngữ hoặc vận động. Trường hợp nhức nửa đầu không kèm mờ mắt vẫn có thể tiếp tục sử dụng que cấy nếu muốn.

- Chuyển tuyến để điều trị bệnh tương ứng.

4.4.2. Căng ngực.

- Khuyên khách hàng thử chườm ngực bằng khăn lạnh hoặc ấm.

- Có thể kê đơn một trong các loại thuốc giảm đau như: Aspirin, Ibuprofen hoặc Paracetamol ...

4.4.3. Khách hàng bắt đầu sử dụng các thuốc ngừa co giật hoặc Rifampicin: (các thuốc này có thể làm giảm tác dụng của thuốc ngừa thai).

Nếu khách hàng sử dụng thuốc ngừa co giật hoặc rifampicin kéo dài: cần chuyển sang BPTT khác.

Nếu khách hàng sử dụng thuốc ngừa co giật hoặc rifampicin trong thời gian ngắn: có thể tiếp tục sử dụng thuốc tránh thai kèm với các BPTT hỗ trợ.

4.4.4. Xuất hiện các dấu hiệu của bệnh lý nội khoa: (như tắc mạch sâu ở chân hoặc phổi, thiếu máu cơ tim hoặc đột quỵ hoặc ung thư vú...)

Tháo que cấy hoặc chuyển tuyến để tháo và yêu cầu khách hàng sử dụng các BPTT hỗ trợ khác trong thời gian chẩn đoán bệnh.

4.4.5. Nghi ngờ có thai.

Xác định tình trạng thai.

Yêu cầu khách hàng ngừng thuốc tránh thai nếu chắc chắn có thai. Không có bằng chứng về nguy cơ lên thai khi sử dụng thuốc tránh thai trong lúc mang thai.

5. Đối với khách hàng HIV(+).

Khách hàng HIV(+) hoặc AIDS hoặc đang điều trị thuốc kháng virus có thể sử dụng thuốc cấy tránh thai.

Yêu cầu khách hàng sử dụng kết hợp với bao cao su. Khi sử dụng đúng cách và thường xuyên, bao cao su giúp ngăn ngừa lây nhiễm HIV và các NKLTQĐTD.

**TRIỆT SẢN NAM BẰNG PHƯƠNG PHÁP
THẮT VÀ CẮT ống dẫn tinh**

Triệt sản nam bằng phương pháp thắt và cắt ống dẫn tinh là BPTT vĩnh viễn dành cho nam giới bằng cách làm gián đoạn ống dẫn tinh dẫn đến không có tinh trùng trong mỗi lần xuất tinh. Đây là biện pháp thực hiện một lần có tác dụng tránh thai suốt đời vì thế khách hàng cần được tư vấn kỹ trước khi quyết định thực hiện. Đây là một thủ thuật ngoại khoa đơn giản và an toàn. Hiệu quả tránh thai rất cao (trên 99,5 %) và triệt sản nam không có ảnh hưởng đến sức khỏe và sinh hoạt tình dục. Triệt sản nam không phòng tránh được các NKLTQĐTD và HIV/AIDS.

1. Chỉ định.

Nam giới đã có đủ số con mong muốn, khỏe mạnh, tự nguyện dùng một BPTT vĩnh viễn và không hồi phục sau khi đã được tư vấn đầy đủ.

2. Chống chỉ định: (không có chống chỉ định tuyệt đối).

2.1. Cần thận trọng: (có thể thực hiện bình thường khi có thêm những chuẩn bị cần thiết) nếu khách hàng có một trong những dấu hiệu sau.

- Tiền căn chấn thương bìu hoặc bìu sưng to do giãn tĩnh mạch vùng thừng tinh, tinh hoàn lạc chỗ 1 bên.

- Bệnh lý nội khoa như tiểu đường, trầm cảm hoặc trẻ tuổi.

2.2. HOÃN thủ thuật nếu khách hàng có một trong những dấu hiệu sau.

- NKLTQĐTD cấp hoặc viêm (sưng, đau) đầu dương vật, ống dẫn tinh hoặc tinh hoàn hoặc nhiễm khuẩn tinh hoàn.

- Nhiễm khuẩn toàn thân hoặc bị bệnh phù chân voi.

2.3. Cần có chuẩn bị đặc biệt: (như phẫu thuật viên có kinh nghiệm hoặc phương tiện gây mê nội khí quản hoặc những phương tiện hồi sức cần thiết) nếu khách hàng có một trong những dấu hiệu sau: thoát vị bẹn, có AIDS hoặc rối loạn đông máu.

3. Quy trình thực hiện.

3.1. Tư vấn.

- Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu của khách hàng về triệt sản nam.

- Hiệu quả, ưu điểm, nhược điểm của triệt sản nam (nhấn mạnh đây là BPTT không phục hồi, nên không thích hợp cho đối tượng còn trẻ chưa có con). Biện pháp này không có tác dụng phòng tránh NKLTQĐTD, HIV/AIDS.

- Giải thích qui trình triệt sản nam.

- Ký đơn tình nguyện xin triệt sản.

3.2. Thăm khám trước khi thực hiện thủ thuật.

- Tìm hiểu kỹ xem khách hàng có đúng chỉ định không.

- Hỏi kỹ tiền sử bệnh tật nội ngoại khoa, khám toàn thân và bộ phận (tim, phổi, ổ bụng). Đặc biệt chú ý khám vùng sinh dục ngoài (bìu, tinh hoàn, mào tinh).

- Xét nghiệm thường không cần thiết trừ khi hỏi tiền sử và thăm khám lâm sàng phát hiện những vấn đề cần thăm dò thêm. Những xét nghiệm có thể làm là: hemoglobin và/hay hematocrit, phân tích nước tiểu tìm glucose và protein.

- Khuyến khách hàng vệ sinh sạch sẽ vùng sinh dục và vùng đùi trên trước phẫu thuật; mặc quần lót sạch.

3.3. Thời điểm thực hiện.

Bất kỳ thời gian nào thuận tiện.

3.4. Thực hiện triệt sản nam.

3.4.1. Chuẩn bị tiến hành thủ thuật.

- Làm sạch vùng phẫu thuật: cắt bớt lông mu, rửa sạch vùng sinh dục bằng dung dịch sát khuẩn.

- Khách hàng mặc quần áo sạch, nằm ngửa thoải mái trên bàn phẫu thuật. Trải khăn phẫu thuật có lỗ để hở vùng bìu.

- Phẫu thuật viên và trợ thủ rửa tay, mặc áo, đi găng như qui trình phẫu thuật.

- Nhiệt độ phòng phẫu thuật phải đủ ấm, không quá lạnh.

3.4.2. Giảm đau trong triệt sản nam.

- Nếu khách hàng quá lo lắng, cho uống 05 mg diazepam 30 phút trước thủ thuật.

- Gây tê tại chỗ bằng lidocain 1 % (loại không có adrenalin).
Liều tối đa không quá 4,5 mg/kg trọng lượng cơ thể.

3.4.3. Kỹ thuật triệt sản nam không dùng dao.

Cần đảm bảo vô khuẩn và tuân thủ những qui định của phòng
ngừa chuẩn khi thực hiện thủ thuật.

Thắt ống dẫn tinh bên phải.

Dùng kỹ thuật 03 ngón tay để xác định và cố định ống dẫn tinh.

Đặt kẹp ôm ống dẫn tinh qua da bìu.

Chọc kim phẫu tích qua da.

Bộc lộ và nâng cao ống dẫn tinh.

Bấu vào ống dẫn tinh bằng kẹp vòng tròn.

Bóc tách cân tinh.

Thắt và cắt đoạn ống dẫn tinh.

Buộc hai đầu bằng chỉ không tiêu hay chromic catgut.

Đặt 01 cân để cách ly đầu xa của ống dẫn tinh.

Thắt ống dẫn tinh bên trái: kỹ thuật tương tự

Lưu ý: Không cần khâu da bìu, chỉ cần băng lỗ mở da bìu.

Phải cầm máu kỹ trong suốt quá trình làm thủ thuật.

3.4.4. Theo dõi và hướng dẫn khách hàng ngay sau phẫu thuật.

- Để khách hàng nghỉ ngơi thoải mái trong vài giờ đầu, không cần nằm viện.

- Khách hàng có thể về nhà sau khi nghỉ ngơi tại chỗ một vài giờ.
- Uống kháng sinh 05 ngày.
- Giảm đau bằng paracetamol.
- Hướng dẫn khách hàng tự chăm sóc.

- Khách hàng có thể có cảm giác tức nặng ở bìu nhưng không đau (nên mặc quần lót chặt trong vài ngày đầu giúp có cảm giác thoải mái).

- Có thể dùng túi nhỏ chứa nước đá áp lên vùng chung quanh bìu để giảm sưng đau.

- Tránh lao động nặng trong 01 - 02 ngày đầu.

- Luôn giữ vết mổ sạch và khô. Có thể tắm sau 24 giờ nhưng tránh làm ướt vết mổ. Sau 3 ngày có thể rửa vết mổ bằng xà phòng.

- Sau 01 tuần có thể sinh hoạt tình dục bình thường nhưng vẫn có thể có thai.

- Hướng dẫn khách hàng tránh giao hợp hoặc dùng bao cao su hoặc BPTT có hiệu quả khác trong vòng 12 tuần sau triệt sản nam.

- Khách hàng cần đến khám lại ngay nếu có những dấu hiệu như: sốt, chảy máu, có mủ vết mổ, sưng đau ở vết mổ không giảm.

4. Tai biến và biến chứng.

Bao gồm chảy máu trong lúc phẫu thuật và sau phẫu thuật, phản ứng thuốc tê, sưng đau, tụ máu sau phẫu thuật, nhiễm khuẩn và trễ hơn có thể gặp viêm mào tinh và u hạt tinh trùng.

Việc phát hiện sớm và điều trị thích hợp là rất cần thiết.

Ngoài ra có thể gặp đau kéo dài (2 %), thường không quá 1 năm hoặc có thể hồi tiếc sau triệt sản.

5. Đối với khách hàng HIV(+).

Khách hàng HIV(+) hoặc AIDS hoặc đang điều trị thuốc kháng virus có thể sử dụng BPTT triệt sản nam. Cần có những chuẩn bị đặc biệt khi thực hiện cho khách hàng có AIDS.

Yêu cầu khách hàng sử dụng bao cao su kèm theo. Khi sử dụng đúng cách và thường xuyên, bao cao su giúp ngăn ngừa lây nhiễm HIV và các NKLQTĐTD.

TRIỆT SẢN NỮ BẰNG PHƯƠNG PHÁP THẮT VÀ CẮT VỎI TỬ CUNG

Triệt sản nữ bằng phương pháp thắt và cắt vòi tử cung là một phẫu thuật làm gián đoạn vòi tử cung, không cho tinh trùng gặp noãn để thực hiện thụ tinh. Triệt sản nữ là biện pháp tránh thai vĩnh viễn, hiệu quả tránh thai rất cao (trên 99%) và không ảnh hưởng đến sức khỏe, quan hệ tình dục. Triệt sản nữ không phòng tránh được NKLTQĐTD, HIV/AIDS.

1. Chỉ định.

- Phụ nữ đang ở độ tuổi sinh đẻ đã có đủ số con mong muốn, các con khỏe mạnh, tự nguyện dùng một BPTT vĩnh viễn và không hồi phục sau khi đã được tư vấn đầy đủ.

- Phụ nữ bị các bệnh có chống chỉ định có thai.

2. Chống chỉ định: (không có chống chỉ định tuyệt đối).

2.1. Cần THẬN TRỌNG (có thể thực hiện bình thường khi có thêm những chuẩn bị cần thiết) nếu khách hàng có một trong những đặc điểm sau.

- Bệnh lý sản khoa (tiền sử hoặc hiện tại) như: tiền sử viêm vùng chậu từ lần mang thai trước, ung thư vú, u xơ tử cung hoặc tiền sử phẫu thuật vùng chậu hoặc bụng dưới.

- Bệnh lý tim mạch như: tăng huyết áp (140/90 - 159/99 mmHg), tiền sử đột quỵ hoặc bệnh tim không biến chứng.

- Bệnh mạn tính như động kinh, tiểu đường chưa có biến chứng, nhược giáp, xơ gan còn bù, u gan hoặc nhiễm schistosomiasis gan, thiếu máu thiếu sắt mức độ vừa (hemoglobin 7 - 10 g/dl), bệnh hồng cầu hình liềm, thalassemia, bệnh thận, thoát vị hoành, suy dinh dưỡng nặng, béo phì, trầm cảm hoặc còn trẻ.

2.2. HOÃN thực hiện nếu khách hàng có một trong những đặc điểm sau.

- Có thai hoặc trong thời gian 07 - 42 ngày hậu sản.

- Hậu sản của thai kỳ bị tiền sản giật nặng hoặc sản giật.
- Biến chứng sau sinh, sau nạo trầm trọng như: nhiễm khuẩn, xuất huyết hoặc chấn thương hoặc còn ứ máu buồng tử cung nhiều hoặc ra huyết âm đạo bất thường gợi ý bệnh lý nội khoa.
- Viêm vùng chậu hoặc viêm tử cung cổ tử cung hoặc viêm cổ tử cung do *Chlamydia* hoặc lậu cầu.
- Ung thư vùng chậu hoặc bệnh tế bào nuôi ác tính.
- Bệnh lý túi mật có triệu chứng hoặc viêm gan siêu vi cấp.
- Thiếu máu thiếu sắt trầm trọng (hemoglobin < 7 g/dl).
- Bệnh phổi như: viêm phổi, viêm phế quản.
- Nhiễm khuẩn toàn thân hoặc nhiễm khuẩn da bụng.
- Khách hàng chuẩn bị phẫu thuật do nguyên nhân cấp cứu hoặc do nhiễm khuẩn.

2.3. Cần có CHUẨN BỊ ĐẶC BIỆT (như: phẫu thuật viên có kinh nghiệm hoặc phương tiện gây mê nội khí quản hoặc những phương tiện hồi sức cần thiết), nếu khách hàng có một trong những đặc điểm sau.

- AIDS hoặc tử cung bị cố định do phẫu thuật trước đó hoặc do nhiễm khuẩn hoặc có chẩn đoán lạc nội mạc tử cung hoặc thoát vị rốn hoặc thành bụng hoặc vỡ, thủng tử cung sau sinh, sau phá thai.
- Nhiều tình trạng có thể làm gia tăng nguy cơ đột quỵ như lớn tuổi kèm hút thuốc nhiều, huyết áp, tiểu đường hoặc hiện tại tăng huyết áp trầm trọng ($\geq 160/100$ mmHg) hoặc tiểu đường có biến chứng hoặc bệnh van tim nặng có biến chứng.
- Bệnh lý nội khoa như xơ gan mất bù, cường giáp, rối loạn đông máu, bệnh phổi mạn tính hoặc lao vùng chậu.

3. Quy trình thực hiện.

3.1. Tư vấn.

- Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu của khách hàng về triệt sản nữ. Lưu ý những trường hợp quyết định triệt sản trong những thời điểm bị sang chấn tâm lý như sau sinh hay sau hư thai...

- Hiệu quả, ưu, nhược điểm của triệt sản nữ (nhấn mạnh đây là BPTT không hồi phục).

- Biện pháp không ảnh hưởng đến sức khỏe, giới tính và sinh hoạt tình dục.

- Sau triệt sản kinh nguyệt thường không thay đổi (trừ những trường hợp đang sử dụng DCTC hay tránh thai bằng nội tiết thì có thể thay đổi tạm thời trong một khoảng thời gian sau khi ngưng sử dụng các phương pháp này).

- Biện pháp không có tác dụng phòng tránh NKLTQĐTD, HIV/AIDS.

- Giải thích qui trình triệt sản nữ.

- Ký đơn tình nguyện xin triệt sản.

3.2. *Thăm khám trước thủ thuật.*

Hỏi tiền sử: ngoài hỏi tiền sử nội, ngoại khoa cần lưu ý:

Tình trạng áp dụng BPTT hiện tại nếu có.

Ngày đầu kỳ kinh cuối cùng.

Tiền sử bệnh lý ở vùng chậu.

Tiền sử sản khoa.

Những phẫu thuật ở vùng chậu trước đó.

Thăm khám thực thể:

Cân nặng, mạch, nhiệt độ, huyết áp.

Khám tim, phổi.

Khám bụng.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng.

- Trước khi thực hiện triệt sản nữ ở thời điểm không có thai: phẫu thuật viên cần thăm khám vùng chậu để xác định kích thước tử cung, tính chất di động và vị trí của tử cung để loại trừ những trường hợp viêm vùng chậu và khối u vùng chậu.

- Trước khi thực hiện triệt sản nữ sau sinh và sau phá thai: phẫu thuật viên cần thăm khám kỹ để loại trừ những biến chứng sau sinh và sau phá thai.

Xét nghiệm:

Hemoglobin và/hoặc Hematocrit.

Có thể thực hiện thêm những xét nghiệm khác tùy theo kết quả hỏi tiền sử và thăm khám lâm sàng.

3.3. Thời điểm thực hiện.

- Khi không có thai.
- Sau đẻ: thời điểm tốt nhất là trong vòng 07 ngày đầu hoặc trì hoãn đến thời điểm sau 06 tuần sau đẻ.
- Sau phá thai: trong vòng 07 ngày đầu.
- Kết hợp triệt sản khi phẫu thuật bụng dưới vì một lý do khác (phẫu thuật lấy thai, phẫu thuật u nang buồng trứng ...) và có yêu cầu của khách hàng.

3.4. Chuẩn bị tiến hành thủ thuật.

- Thông tiểu hoặc cho khách hàng đi tiểu trước khi lên bàn phẫu thuật.
- Để khách hàng nằm ở tư thế phụ khoa hoặc tư thế nằm ngửa tùy theo phẫu thuật viên dùng cần nâng tử cung hay không.
- Nếu dùng cần nâng tử cung thì đặt cần trước khi phẫu thuật.
- Phẫu thuật viên thường đứng bên trái, người phụ mổ đứng đối diện.
- Bàn dụng cụ để ở trong tầm tay của người phụ mổ.
- Một người gây mê hồi sức chuyên theo dõi khách hàng.
- Một người phục vụ ở bên ngoài.

3.5. Giảm đau trong triệt sản nữ.

- Pethidin (biệt dược: Dolargan, Dolosal) 25 - 50 mg hoặc diazepam 10 mg tiêm bắp 30 - 60 phút trước khi phẫu thuật hoặc cho uống 05 mg nếu khách hàng quá lo lắng.

- Tùy điều kiện, trang thiết bị và kinh nghiệm, có thể áp dụng 01 trong 03 kỹ thuật sau:

- Gây tê tại chỗ bằng lidocain 1 %. Liều tối đa không quá 4,5 mg/kg trọng lượng cơ thể (phụ nữ 50 kg, liều tối đa là 25 ml lidocain 1 %).

- Chỉ định gây mê nội khí quản cho những người không thể thực hiện thủ thuật bằng gây tê tại chỗ (thường áp dụng cho những trường hợp béo phì, vết mổ cũ dính, bệnh nhân tâm thần).

- Gây tê ngoài màng cứng ít khi áp dụng.

- Hai phương pháp sau chỉ được dùng trong bệnh viện.

3.6. Kỹ thuật triệt sản nữ.

Cần đảm bảo vô khuẩn và tuân thủ những qui định của Phòng ngừa chuẩn khi thực hiện thủ thuật.

3.6.1. Đường vào.

- Đường mở bụng nhỏ (minilap): rạch ngang hay rạch dọc thành bụng. Nếu rạch dọc thì khởi điểm từ chỗ cao nhất, có thể nâng đáy tử cung bằng cần nâng. Chiều dài đường rạch dưới 05 cm. Triệt sản sau để có thể rạch cong theo nếp dưới của rốn. Chống chỉ định đường mở bụng nhỏ trong trường hợp có sẹo mổ cũ hay ở người quá béo.

- Đường mở bụng lớn khi thực hiện các phẫu thuật khác và kết hợp triệt sản.

3.6.2. Kỹ thuật làm tắc vòi tử cung.

- Tìm và xác định hai vòi tử cung đi từ sừng tử cung ra tới tận loa vòi tử cung.

- Dùng kẹp răng chuột nâng phần eo của vòi tử cung hình thành quai vòi.

- Dùng chỉ catgut thắt dưới quai một đoạn.

- Cắt quai vòi trên chỉ buộc.

- Thực hiện kỹ thuật tương tự cho vòi tử cung bên đối diện.

- Sau khi kiểm tra đủ gác, đóng bụng theo từng lớp có thể không cần khâu phúc mạc thành bụng.

3.7. Theo dõi sau triệt sản.

- Ngay sau triệt sản theo dõi các dấu hiệu sinh tồn (toàn trạng, mạch, huyết áp, nhịp thở trong 6 giờ đầu sau thủ thuật).

- Có thể cho khách hàng về nhà khi ổn định (thông thường là trong ngày).

- Những dấu hiệu chứng tỏ khách hàng đã ổn định là:

- Dấu hiệu Romberg (khách hàng đứng vững khi nhắm 02 mắt và đưa thẳng hai tay ra phía trước).

- Khách hàng tỉnh táo, tự mặc quần áo được.

- Uống kháng sinh 05 ngày.

- Giảm đau bằng paracetamol.

- Hướng dẫn khách hàng chăm sóc vết mổ ngay sau triệt sản

- Giữ vết mổ khô, sạch. Có thể tắm sau 24 giờ, khi tắm tránh không làm ướt vết mổ. Tránh đụng chạm vết mổ.

- Cắt chỉ vết mổ vào ngày thứ 6 tại nhà hay ở trạm y tế xã (nếu khâu bằng chỉ không tiêu).

- Tránh làm việc nặng và tránh giao hợp 01 tuần.

- Những dấu hiệu báo động: nếu có một trong các dấu hiệu sau cần báo ngay cho cán bộ y tế hoặc trực tiếp tới cơ sở y tế để khám:

- Sốt.

- Đau bụng không giảm hoặc tăng.

- Chảy máu, mủ ở vết mổ.

- Sung vùng mổ.

- Trễ kinh, nghi ngờ có thai.

4. Tai biến và biến chứng.

Chảy máu ổ bụng.

Nhiễm trùng vùng chậu, viêm phúc mạc.

Hình thành khối máu tụ.

Chảy máu và nhiễm trùng vết mổ.

Hiểm gặp: tổn thương tử cung, ruột, bàng quang.

Trường hợp thất bại sau triệt sản có thể gặp thai ngoài tử cung.

5. Đối với khách hàng HIV(+).

Khách hàng HIV(+) hoặc AIDS hoặc đang điều trị thuốc kháng virus có thể sử dụng BPTT triệt sản nữ. Cần có những chuẩn bị đặc biệt khi thực hiện cho khách hàng AIDS.

Yêu cầu sử dụng bao cao su khi giao hợp. Khi sử dụng đúng cách và thường xuyên, bao cao su giúp ngăn ngừa lây nhiễm HIV và các NKLQĐTD.

BIỆN PHÁP TRÁNH THAI KHẨN CẤP

Biện pháp tránh thai khẩn cấp được sử dụng sau khi giao hợp không được bảo vệ, gồm có: uống thuốc viên tránh thai và đặt dụng cụ tử cung. Thuốc tránh thai khẩn cấp có hiệu quả càng cao nếu sử dụng càng sớm. Khách hàng nhiễm HIV hay có bạn tình nhiễm HIV có thể sử dụng các BPTT khẩn cấp nhưng cần lưu ý là BPTT này không giúp ngăn ngừa

NKLQĐTD và HIV/AIDS.

1. Chỉ định.

Phụ nữ sau giao hợp không được bảo vệ hoặc sử dụng BPTT thất bại, như rách bao cao su, quên uống thuốc, tiêm thuốc muộn... hoặc bị hiếp dâm.

2. Chống chỉ định.

2.1. Viên thuốc tránh thai.

Có thai.

2.2. Dụng cụ tử cung.

Xem bài *Dụng cụ tử cung*.

3. Quy trình thực hiện

3.1. Tư vấn.

- Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu của khách hàng về các BPTT khẩn cấp. Tư vấn rõ về hiệu quả, những thuận lợi và không thuận lợi khi sử dụng các BPTT khẩn cấp. Cần lưu

- ý khách hàng là biện pháp này không có hiệu quả cao, không có tác dụng phòng tránh

- NKLTQĐTD và nên sử dụng một BPTT tin cậy khác nếu có quan hệ tình dục thường xuyên. Ngoài ra, BPTT khẩn cấp cần được sử dụng càng sớm càng tốt, và hiệu quả càng giảm nếu sử dụng càng muộn.

- Cho khách hàng xem viên thuốc và hướng dẫn cách sử dụng. Cho khách hàng biết các tác dụng phụ và những khó khăn có thể gặp như ra máu âm đạo hoặc buồn nôn, nôn.

- Tư vấn cho khách hàng về sử dụng DCTC để tránh thai khẩn cấp.

- Nhắc khách hàng kiểm tra tình trạng có thai nếu chậm kinh sau sử dụng BPTT khẩn cấp.

3.2. Thăm khám đánh giá trước khi áp dụng BPTT.

Hỏi kỹ tiền sử và khám lâm sàng để phát hiện chống chỉ định (sử dụng băng kiểm).

Thăm khám để loại trừ có thai. Trong hoàn cảnh xét nghiệm nước tiểu để thử thai không sẵn có, có thể đánh giá là “không có thai” dựa vào những dấu hiệu lâm sàng (xem phần 3b, *Dụng cụ tử cung*).

3.3. Thời điểm thực hiện

Khách hàng sẽ sử dụng BPTT khẩn cấp (uống thuốc hoặc đặt DCTC) *càng sớm càng tốt* trong vòng 5 ngày (120 giờ) sau giao hợp không được bảo vệ. Hiệu quả tránh thai khẩn cấp giảm dần mỗi ngày.

Nếu biết chắc ngày rụng trứng, đặt DCTC để tránh thai khẩn cấp có thể được thực hiện trong vòng 05 ngày sau rụng trứng, tức có thể trễ hơn 05 ngày sau giao hợp không được bảo vệ.

3.4. Cách sử dụng:

- Viên thuốc tránh thai khẩn cấp chỉ chứa progestin (Postinor, Excapel...)

- Loại một viên: chứa 1,5 mg levonorgestrel hoặc 03 mg norgestrel: uống một viên (liều duy nhất)

- Loại 02 viên: mỗi viên chứa 0,75 mg levonorgestrel. Uống hai lần, mỗi lần một viên cách nhau 12 giờ hoặc uống một lần cả 02 viên

- Viên thuốc tránh thai kết hợp (Ideal, Choice, New Choice...) nếu không có viên thuốc tránh thai khẩn cấp)

- Uống 02 lần cách nhau 12 giờ; mỗi lần 04 viên (mỗi viên chứa 30 mcg ethinyl estradiol và 0,15 mg hoặc 0,125 mg lenovorgestrel) đảm bảo ít nhất mỗi lần 0,1 mg ethinyl estradiol và 0,5 mg levonorgestrel (hoặc 01 mg norgestrel hoặc 02 mg norethisteron)

- DCTC (xem bài DCTC tránh thai): đây là lựa chọn thích hợp cho những khách hàng muốn tiếp tục sử dụng DCTC tránh thai

4. Sử dụng các BPTT sau sử dụng BPTT khẩn cấp

4.1 Viên thuốc tránh thai kết hợp, viên thuốc tránh thai khẩn cấp chỉ có progestin

- Bắt đầu ngay sau ngày uống thuốc tránh thai khẩn cấp, không cần chờ đến kỳ kinh sau

- Sử dụng tiếp theo vì thuốc đang sử dụng (nếu khách hàng đang sử dụng) hoặc bắt đầu vì thuốc mới (nếu khách hàng chưa sử dụng BPTT này trước đó)

- Sử dụng BPTT hỗ trợ trong vòng 7 ngày kế tiếp sau uống thuốc

4.2 Thuốc tiêm tránh thai

- Bắt đầu ngay trong ngày uống thuốc tránh thai khẩn cấp, hoặc có thể bắt đầu trong vòng 07 ngày sau khi có kinh lại (nếu khách hàng yêu cầu).

- Sử dụng BPTT hỗ trợ trong vòng 7 ngày kế tiếp sau tiêm thuốc

- Nhắc khách hàng tái khám nếu có dấu hiệu nghi ngờ có thai

4.3 Thuốc cấy

- Bắt đầu ngay sau khách hàng có kinh lại

- Cung cấp các BPTT hỗ trợ hoặc thuốc tránh thai uống bắt đầu từ ngày sau ngày uống thuốc tránh thai khẩn cấp, trong thời gian chờ đợi đến thời điểm cấy thuốc

4.4 Đặt DCTC

Tiếp tục sử dụng DCTC nếu khách hàng đã sử dụng DCTC để tránh thai khẩn cấp hoặc

Bắt đầu ngay trong ngày khách hàng uống thuốc tránh thai khẩn cấp

4.5 Bao cao su, màng ngăn âm đạo, phương pháp xuất tinh ngoài âm đạo

Ngay lập tức

4.6 BPTT tính ngày kinh

Bắt đầu ngay sau khi khách hàng có kinh lại

5. Những vấn đề khó khăn khi sử dụng tránh thai khẩn cấp và cách xử trí:

5.1. Nôn trong vòng 02 giờ sau uống thuốc

- Uống lại liều thuốc tránh thai khẩn cấp càng sớm càng tốt.
- Có thể sử dụng thuốc chống nôn trước khi uống liều lặp lại cho những khách hàng uống viên thuốc tránh thai kết hợp, hoặc liều lặp lại có thể được đặt đường âm đạo nếu khách hàng vẫn tiếp tục nôn nhiều,
- Chú ý là phác đồ sử dụng thuốc tránh thai khẩn cấp chỉ có levonorgestrel để tránh thai khẩn cấp ít gây buồn nôn và nôn hơn so với viên thuốc kết hợp và không khuyến cáo phải sử dụng

thuốc chống nôn một cách thường qui trước khi uống thuốc tránh thai khẩn cấp.

- Tác dụng phụ bao gồm ra huyết âm đạo bất thường, buồn nôn, nôn, căng ngực, nhức đầu và chóng mặt.

5.2. *Chậm kinh*

- Cần thử thai hoặc tái khám tại cơ sở y tế nếu chậm kinh.
- Không có bằng chứng về nguy cơ lên thai khi sử dụng thuốc tránh thai khẩn cấp và mang thai.

5.3. *Ra máu thâm giọt*

Trần an khách hàng đây không phải dấu hiệu bất thường, và sẽ tự hết không cần điều trị.

6. Đối với khách hàng HIV(+):

Khách hàng HIV(+) hoặc AIDS hoặc đang điều trị thuốc kháng virus có thể sử dụng BPTT khẩn cấp.

BIỆN PHÁP TRÁNH THAI CHO BÚ VÔ KINH

Biện pháp cho bú vô kinh là một BPTT tạm thời dựa vào việc cho bú mẹ hoàn toàn sau sinh khi chưa có kinh trở lại và con dưới 6 tháng tuổi. Biện pháp cho bú vô kinh là BPTT hiệu quả không cao, không nên khuyến cáo cho những khách hàng sẽ có nguy cơ cao khi mang thai. Biện pháp cho bú vô kinh không nên sử dụng cho những khách hàng nhiễm HIV hoặc có bạn tình nhiễm HIV và không giúp ngăn ngừa NKLTQĐTD, HIV/AIDS.

1. Chỉ định.

Phụ nữ cho con bú hoàn toàn, chưa có kinh trở lại và con dưới 6 tháng tuổi.

2. Chống chỉ định.

2.1. *Chống chỉ định tuyệt đối.*

- Mẹ đang sử dụng những loại thuốc chống chỉ định cho con bú như: các loại thuốc chống đông, chống chuyển hóa, bromocriptin, corticosteroid liều cao, cyclosporin, ergotamin, lithium, thuốc trầm cảm và thuốc có đồng vị phóng xạ.

- Những tình trạng của bé ảnh hưởng đến việc cho bú như: bé có dị tật vùng miệng, hầu - họng, bé non tháng hoặc nhỏ so với tuổi thai cần chăm sóc đặc biệt, bé bị một số tình trạng rối loạn chuyển hóa.

2.2. Chống chỉ định tương đối.

Mẹ nhiễm HIV.

3. Quy trình thực hiện.

3.1. Tư vấn.

- Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu tránh thai của khách hàng. Nêu rõ hiệu quả, thuận lợi, không thuận lợi của biện pháp cho bú vô kinh. BPTT này không nên sử dụng cho khách hàng nhiễm HIV và không có tác dụng phòng tránh NKLTQĐTD, HIV/AIDS.

- Căn dặn khách hàng quay trở lại để hướng dẫn áp dụng BPTT hiệu quả khác nếu: (i) bắt đầu cho ăn bổ sung hoặc (ii) có kinh trở lại hoặc (iii) con trên 6 tháng.

- Hẹn gặp lại khách hàng ít nhất 1 lần trong vòng 3 tháng và hỏi những thông tin liên quan đến:

- Có kinh trở lại.
- Trẻ ăn những thức ăn khác ngoài sữa mẹ.
- Những khó khăn trong việc cho bú để có hướng dẫn giúp đỡ. Sử dụng thuốc trong thời kỳ cho con bú.

- Mới bị những bệnh nhiễm khuẩn như viêm gan do virus (vàng da, vàng mắt), HIV mới được phát hiện...

- Thảo luận về thời điểm bắt đầu BPTT khác.

3.2. Thời điểm thực hiện.

Bắt đầu ngay sau khi sinh.

3.3. Quy trình thực hiện.

- Cho bé bú sau sinh càng sớm càng tốt.
- Cho bú đúng cách.
- Cho bé bú bất kỳ lúc nào bé đói, kể cả ngày và đêm. Cho bú 08 - 10 lần/ngày, ban ngày không được cách quá 04 giờ, ban đêm không cách quá 06 giờ giữa 02 lần bú.
- Cần duy trì cho bú mẹ ngay cả khi mẹ hoặc bé ốm.
- Ngoài việc bú sữa mẹ, trẻ không ăn uống thêm một thứ gì khác.

3.4. Chuyển BPTT khác.

- Cần chuyển ngay sang một BPTT hiệu quả khác nếu có một trong những dấu hiệu sau:
- Có kinh trở lại (không tính ra máu trong 6 tuần đầu sau sinh).
- Mẹ không cho bú hoàn toàn hoặc bé đã được cho ăn/uống bổ sung.
- Trẻ hơn 6 tháng tuổi.
- Không muốn áp dụng biện pháp cho bú - vô kinh.

4. Đối với khách hàng HIV(+).

Khách hàng HIV(+) hoặc AIDS hoặc đang điều trị thuốc kháng virus **KHÔNG NÊN** sử dụng BPTT cho bú - vô kinh.

Tư vấn cho khách hàng HIV (+) phương thức nuôi con phù hợp nhất:

- Chỉ không cho bú mẹ khi (và chỉ khi) có đầy đủ điều kiện để sử dụng sữa thay thế, cụ thể về điều kiện kinh tế đầy đủ, khả năng cung ứng sản phẩm thuận tiện và luôn sẵn có.
- Nếu không thể có đủ điều kiện để sử dụng sữa thay thế, khách hàng HIV(+) có thể cho con bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu đời. Trong trường hợp này (cho con bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu), có thể sử dụng BPTT cho bú - vô kinh nhưng cần yêu cầu khách hàng sử dụng bao cao su kèm theo. Khi sử dụng đúng cách và thường xuyên, bao cao su giúp ngăn ngừa lây nhiễm HIV và các NKLTQĐTD. Cho con bú xen kẽ (giữa bú mẹ và các loại sữa khác) có thể làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV. Cần rút ngắn thời gian cai sữa khi chuyển tiếp từ bú mẹ hoàn toàn sang ăn dặm.

- Có thể giảm tối đa khả năng lây nhiễm HIV bằng cách vắt sữa mẹ và đun sôi trước khi cho bé ăn bằng thìa.

Cần tư vấn cho khách hàng HIV(+) về chế độ dinh dưỡng và vệ sinh. Các tình trạng nhiễm khuẩn như: viêm tuyến vú, áp xe và nứt núm vú đều làm gia tăng nguy cơ lây nhiễm.

TIÊU CHUẨN PHÒNG THỦ THUẬT

Phòng thủ thuật sử dụng để đặt DCTC, phá thai và các thủ thuật khác, cần đạt các tiêu chuẩn sau:

1. Cơ sở hạ tầng.

1.1. Vị trí.

Ở nơi thoáng mát, có ánh sáng.

Xa công trình vệ sinh, xa nơi gây ô nhiễm.

1.2. Diện tích và cấu trúc.

- Diện tích từ 10 m² đến 16 m².
- Cửa sổ có cửa chớp, cửa kính mờ chống bụi, lưới chắn côn trùng.
- Tường ốp gạch men cao tối thiểu 1,6 m.
- Trần quét vôi hoặc sơn trắng.
- Nền không thấm nước có độ dốc và lỗ thoát nước.
- Không treo quạt trần, nên có quạt thông gió.
- Có hệ thống điện, đèn, ổ cắm thích hợp.
- Nơi rửa tay có nước sạch, nước chín và thuận tiện cho cán bộ kỹ thuật đứng rửa tay.

2. Nhân viên.

- Các cán bộ làm công tác chăm sóc SKSS được đào tạo về cung cấp dịch vụ KHHGĐ, bao gồm: đặt DCTC, hút thai và tư vấn.

- Nữ hộ sinh.
- Y sĩ sản nhi.
- Bác sĩ chuyên khoa sản.
- Bác sĩ, y sĩ đa khoa đã được tập huấn và được cấp giấy chứng nhận của khóa đào tạo về kế hoạch hóa gia đình, đặt DCTC, hút thai và tư vấn.
- Kỹ thuật viên.

3. Dụng cụ, phương tiện.

- Bàn làm thủ thuật: sạch, không han rỉ, có đệm.
- Bàn dụng cụ: không han rỉ, có bánh xe.
- Đèn khám.
- 2 ghế.
- Có đèn soi kiểm tra mô rau.
- Có đủ thuốc giảm đau, thuốc vô cảm, thuốc tê (lidocain), hộp thuốc chống choáng.
- Các dụng cụ cần thiết, đủ số lượng để làm các thủ thuật đặt DCTC và hút thai đã được vô khuẩn.

4. Hậu cần.

4.1. Các trang thiết bị.

Nồi hấp ướ

Nồi luộc điện.

Tủ sấy khô.

Hộp nhựa có nắp chuyên dùng để khử khuẩn cao và tiệt khuẩn bằng hóa chất.

4.2. Các phương tiện khác để thực hiện không chế nhiễm khuẩn.

- Các loại xô đựng dụng cụ ngâm Cloramin trong phòng thủ thuật.
- Dung dịch sát khuẩn, khử khuẩn, tiệt khuẩn (dung dịch Iodin 2% - 3%, Cloramin 0,5%, Glutaraldehyd).

- Các loại xô chậu, găng tay dài, tạp dề, xà phòng, bàn chải phục vụ rửa dụng cụ.
- Trang bị kính đeo, tạp dề cho cán bộ làm kỹ thuật, có đủ guốc dép sạch trong phòng thủ thuật.
- Vải nhựa trải bàn 50 x 50 cm, sẵn vải 80 x 80 cm để thay sau mỗi trường hợp thủ thuật.
- Có quần áo công tác riêng.

4.3. Thuốc thiết yếu (theo qui định của Bộ Y tế).

4.4. Phương tiện tránh thai.

Bao cao su, các loại thuốc tránh thai, dụng cụ tử cung...

4.5. Các loại sổ sách.

Theo dõi khách hàng

Cấp phát phương tiện tránh thai.

Sổ theo dõi sử dụng BPTT cho khách hàng.

5. Nơi tư vấn.

- Có nơi tư vấn đảm bảo được tính riêng tư, tốt nhất là bố trí phòng tư vấn riêng.

- Có sổ theo dõi tư vấn và tài liệu dùng cho tư vấn.

6. Có nơi xử lý chất thải y tế theo qui định.

E: PHÁ THAI AN TOÀN

HƯỚNG DẪN CHUNG

Phá thai là chủ động sử dụng các phương pháp khác nhau để chấm dứt thai trong tử cung cho thai đến hết 22 tuần tuổi.

Phần này bao gồm:

Tư vấn về phá thai.

Phá thai bằng phương pháp hút chân không (phá thai từ tuần thứ 06 đến hết tuần 12).

Phá thai bằng thuốc đến hết tuần thứ 09 (mifepriston và misoprostol).

Phá thai bằng thuốc từ tuần 13 đến hết tuần 22.

Phá thai bằng phương pháp nong và gắp từ tuần 13 đến hết tuần 18.

Quy trình xử lý bơm hút thai chân không bằng tay.

Một số khái niệm:

Phá thai bằng phương pháp ngoại khoa.

Sử dụng các thủ thuật qua cổ tử cung để chấm dứt thai kỳ, bao gồm hút chân không, nong và gắp.

Phá thai bằng thuốc.

Sử dụng thuốc để gây sảy thai. Đôi khi thuật ngữ “phá thai nội khoa” cũng được sử dụng để mô tả thủ thuật này.

Tuổi thai.

Số ngày hoặc số tuần tính từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng đến khi đình chỉ thai nghén (chu kỳ kinh bình thường).

Các phương pháp phá thai đến hết tuần 12.

Phương pháp ngoại khoa: phương pháp được khuyến khích là hút chân không.

Phương pháp nội khoa: Các phương pháp dùng thuốc kết hợp giữa mifepriston và misoprostol cho các thai đến hết 9 tuần (63 ngày) (giới hạn này thay đổi tùy theo tuyến). Khi áp dụng phương pháp phá thai bằng thuốc cần phải có sẵn dịch vụ phá thai bằng phương pháp hút chân không để xử trí những trường hợp thất bại.

Phương pháp nong và nạo cần được thay thế bằng phương pháp hút chân không.

Các phương pháp phá thai từ tuần 13 đến hết tuần 22.

Phá thai bằng thuốc dùng misoprostol đơn thuần hay dùng kết hợp giữa mifepriston và misoprostol được áp dụng cho thai từ tuần 13 đến hết tuần 22.

Phương pháp nong và gắp sử dụng bơm hút chân không và kẹp gắp thai sau khi cổ tử cung đã được chuẩn bị bằng misoprostol được áp dụng cho thai từ tuần 13 đến hết tuần 18

TƯ VẤN VỀ PHÁ THAI

Tư vấn cho khách hàng phá thai là giúp khách hàng tự quyết định việc phá thai và cùng cán bộ y tế lựa chọn phương pháp phá thai phù hợp trên cơ sở nắm được các thông tin về các phương pháp phá thai, qui trình phá thai, các tai biến, nguy cơ có thể gặp, cách tự chăm sóc sau thủ thuật và các BPTT phù hợp áp dụng ngay sau thủ thuật phá thai.

1. Yêu cầu với cán bộ tư vấn.

1.1. Về kiến thức.

- Nhận thức được nhu cầu và quyền của khách hàng.
- Chính sách, pháp luật của nhà nước về SKSS và các chuẩn mực xã hội.
- Nắm được 6 bước thực hành tư vấn.
- Kiến thức chung về các phương pháp phá thai: chỉ định, chống chỉ định, qui trình, tai biến và cách chăm sóc sau phá thai.
- Kiến thức chung về các biện pháp tránh thai và các bệnh lây truyền qua đường tình dục.
- Những qui định về chuyển tuyến phù hợp với kỹ thuật phá thai được phép thực hiện.

1.2. Về kỹ năng tư vấn.

Kỹ năng tiếp đón.
Kỹ năng lắng nghe.
Kỹ năng giao tiếp.
Kỹ năng giải quyết vấn đề.

2. Địa điểm tư vấn.

Nên có phòng tư vấn riêng, tuy nhiên có thể tư vấn ở bất cứ địa điểm nào, cần đảm bảo:

Riêng tư, kín đáo.
Thoải mái.
Yên tĩnh.

Không bị gián đoạn hoặc bị làm ồn bởi cuộc nói chuyện khác.

3. Quy trình tư vấn.

Tư vấn thăm khám:

Giải thích về quá trình và mục đích thăm khám.
Các xét nghiệm cần làm, các thủ tục hành chính.
Hỏi tiền sử sản phụ khoa. Hỏi về bạo hành.
Hỏi về các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Tư vấn về quyết định phá thai: đưa ra 2 lựa chọn cho khách hàng.

Tiếp tục mang thai và sinh con.

Phá thai.

Nếu quyết định cuối cùng là phá thai, tư vấn về các phương pháp phá thai sẵn có tại cơ sở, giúp khách hàng tự lựa chọn phương pháp thích hợp và thực hiện các thủ tục hành chính cần thiết.

Lưu ý: với khách hàng phá thai ba tháng giữa.

Đặt câu hỏi để phát hiện những trường hợp phá thai lựa chọn giới tính.

Nếu phát hiện phá thai vì lựa chọn giới tính, tư vấn cho khách hàng và gia đình họ hiểu rằng đây là điều luật pháp cấm để họ thay đổi quyết định.

Không cung cấp dịch vụ phá thai nếu biết chắc chắn phá thai vì mục đích lựa chọn giới tính.

3.1. Tư vấn phá thai bằng thủ thuật.

Tư vấn về quá trình thủ thuật:

Thời gian cần thiết.

Phương pháp giảm đau.

Cảm giác đau mà khách hàng phải trải qua. Các bước thủ thuật.

Giới thiệu người thực hiện thủ thuật.

Thông tin về tác dụng phụ và tai biến có thể gặp. Ký cam kết tự nguyện phá thai.

Tư vấn về các biện pháp tránh thai sau thủ thuật:

Khả năng có thai lại sớm, cho nên việc bắt đầu áp dụng một biện pháp tránh thai ngay sau thủ thuật là cần thiết.

Giới thiệu các biện pháp tránh thai, giúp khách hàng lựa chọn biện pháp tránh thai phù hợp và hướng dẫn khách hàng sử dụng đúng.

Giới thiệu các địa điểm có thể cung cấp các biện pháp tránh thai.

Tư vấn về chăm sóc và theo dõi sau thủ thuật:

Dùng thuốc theo chỉ định của bác sĩ.

Kiên giao hợp cho tới khi hết ra máu (thông thường sau 1 tuần).

Tư vấn cách tự chăm sóc sau thủ thuật về chế độ vệ sinh, dinh dưỡng và chế độ sinh hoạt.

Tự theo dõi các dấu hiệu bình thường.

Các dấu hiệu bất thường phải khám lại ngay.

Tiếp tục tư vấn nhắc lại các biện pháp tránh thai. Hẹn khám lại.

Thời điểm tư vấn: tư vấn có thể được tiến hành trong cả 3 giai đoạn trước, trong và sau thủ thuật, nhưng hiệu quả nhất nên tiến hành vào giai đoạn trước và sau thủ thuật

Trước thủ thuật: gồm cả 03 nội dung nêu trên.

Trong thủ thuật:

Trao đổi, động viên, để tăng cường sự hợp tác trong thủ thuật. Nhắc lại một số nội dung liên quan tới qui trình thủ thuật.

Sau thủ thuật:

Nhấn mạnh lại quá trình tự theo dõi chăm sóc sau thủ thuật.

Nhắc lại các biện pháp tránh thai khách đã chấp nhận, hoặc trao đổi với khách hàng để lựa chọn biện pháp tránh thai phù hợp hơn.

Những trường hợp cần được điều trị hoặc chuyển tuyến. Hẹn khám lại.

3.2. Tư vấn phá thai bằng thuốc.

Tư vấn về quyết định chấm dứt thai nghén.

Giới thiệu các biện pháp phá thai hiện có phù hợp với tuổi thai của khách hàng.

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

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

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

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

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

Cung cấp thông tin liên lạc khi cần 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 biện pháp tránh thai, giúp khách hàng lựa chọn biện pháp tránh thai phù hợp và hướng dẫn khách hàng sử dụng đúng.

Cung cấp biện pháp tránh thai hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp biện pháp tránh thai.

Ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ).

Hẹn khách hàng khám lại: thời gian tùy thuộc vào phương pháp phá thai.

4. Tư vấn cho các nhóm đối tượng đặc biệt.

4.1. Vị thành niên.

Khi tư vấn cho vị thành niên về phá thai, người cung cấp dịch vụ cần đặc biệt chú ý:

Dành đủ thời gian cho vị thành niên hỏi và đưa ra quyết định.

Đảm bảo tính bí mật.

Tư vấn kỹ hơn về bao cao su để vừa tránh thai vừa phòng các bệnh LTQĐTD.

Xem chi tiết phần tư vấn cho vị thành niên.

4.2. Những phụ nữ phải chịu bạo hành.

Khi tư vấn về phá thai cho những phụ nữ đã bị bạo hành cần đặc biệt chú ý:

Thể hiện sự đồng cảm trong tư vấn, ứng xử thích hợp khi khách hàng sợ hãi hoặc buồn bã.

Tạo mối quan hệ tốt và tin cậy với khách hàng.

Giới thiệu khách hàng tới những dịch vụ xã hội hiện có để giúp khách hàng vượt qua hoàn cảnh của mình.

Cung cấp dịch vụ tránh thai sau phá thai mà chính bản thân khách hàng có thể chủ động được.

Xem thêm bài “*Tư vấn cho phụ nữ bị bạo hành*”.

Tư vấn các bệnh LTQĐTD.

4.3. Những phụ nữ có HIV.

Khi tư vấn phá thai cho phụ nữ bị HIV/AIDS cần đặc biệt chú ý:

Đặc tính.

Sang chấn về tâm lý.

Ngân ngại chưa quyết định phá thai. Bị gia đình ruồng bỏ, xã hội kỳ thị.

Khi tư vấn chú ý:

Chia sẻ với khách hàng.

Không tỏ ra kỳ thị, sợ sệt.

Tư vấn về khả năng lây truyền từ mẹ sang con.

Đặc biệt là giới thiệu về sử dụng bao cao su để tránh thai và phòng lây truyền cho người khác.

Động viên khách hàng.

Tư vấn cho người nhà về chăm sóc thể chất, tinh thần và phòng bệnh.

PHÁ THAI BẰNG PHƯƠNG PHÁP

HÚT CHÂN KHÔNG

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

1. Chỉ định.

Phá thai từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12.

2. Chống chỉ định.

Không có chống chỉ định tuyệt đối tuy nhiên cần thận trọng đối với trường hợp đang viêm cấp tính đường sinh dục cần được điều trị hoặc chuyển tuyến.

Chú ý: Không được làm thủ thuật tại tuyến xã những trường hợp sau:

U xơ tử cung to. Vết mổ ở tử cung.

Sau đẻ dưới 06 tháng.

Dị dạng đường sinh dục.

Các bệnh lý nội - ngoại khoa.

Cơ sở vật chất.

Phòng thủ thuật: bảo đảm tiêu chuẩn qui định.

Dụng cụ:

Phương tiện bảo hộ.

Áo choàng y tế, mũ, khẩu trang. Khăn vô khuẩn.

Găng tay vô khuẩn. Kính bảo vệ mắt.

Bộ dụng cụ hút chân không:

Bơm hút 01 van, bơm hút 02 van, bơm MVA plus, các ống hút và dầu bôi trơn.

Hai kẹp sát khuẩn ngoài và trong.

Van hoặc mỏ vịt. Kẹp cổ tử cung. Nén bông.

Bơm, kim tiêm gây tê tại cổ tử cung. Bông gạc và dung dịch sát khuẩn.

Thuốc giảm đau, gây tê, hộp chống choáng và thuốc tăng co tử cung. Bộ dụng cụ kiểm tra mô.

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

Quy trình kỹ thuật.

4.1. Chuẩn bị khách hàng.

- Người cung cấp dịch vụ tự giới thiệu với khách hàng.
- Hỏi tiền sử bệnh về nội, ngoại, sản khoa. Nếu có bệnh nội khoa (tim mạch, tăng huyết áp...), dị dạng đường sinh dục thì thực hiện thủ thuật này ở tuyến có phương tiện gây mê hồi sức.
- Khám toàn thân.
- Khám phụ khoa xác định có thai và loại trừ các trường hợp cần trì hoãn.
- Làm test thử thai.
- Siêu âm (nếu cần).

- Tính tuổi thai dựa vào ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng và qua khám thực thể.

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

- Thai từ 09 - 12 tuần nên chuẩn bị cổ tử cung bằng cách cho ngậm dưới lưỡi 400 mcg Misoprostol 03 giờ trước khi làm thủ thuật.

4.2. Tư vấn (xem phần tư vấn phá thai).

- Thảo luận về quyết định chấm dứt thai nghén.
- Tư vấn về các phương pháp phá thai hiện có tại cơ sở.
- Các bước tiến hành hút thai chân không.
- Tai biến có thể xảy ra khi hút thai.
- Tư vấn về theo dõi sau khi hút thai.
- Các dấu hiệu cần khám lại ngay sau khi hút thai.
- Các dấu hiệu hồi phục sức khỏe và khả năng sinh sản sau hút thai.
- Thông tin về các BPTT, hướng dẫn chọn lựa BPTT thích hợp và sử dụng đúng để tránh hút thai lần nữa.
- Cung cấp BPTT hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp BPTT.

4.3. Người thực hiện thủ thuật.

Rửa tay thường qui bằng xà phòng dưới vòi nước chảy

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

4.4. Qui trình kỹ thuật.

- Cho uống thuốc giảm đau và kháng sinh 30 phút trước khi làm thủ thuật.
- Khám xác định kích thước và tư thế tử cung.
- Thay găng vô khuẩn.
- Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông.
- Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo.
- Kẹp cổ tử cung.
- Gây tê cạnh cổ tử cung.

- Đo buồng tử cung bằng ống hút.
- Nong cổ tử cung (nếu cần).
- Hút thai.
- Kiểm tra chất hút.
- Đánh giá thủ thuật đã hoàn thành.
- Có thể đặt DCTC ngay sau khi hút thai nếu đảm bảo buồng tử cung sạch, không có chống chỉ định và khách hàng lựa chọn biện pháp này.
- Xử lý dụng cụ và chất thải.

4.5. Tai biến và xử trí.

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

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

Xử trí:

Điều trị theo phác đồ cho từng tai biến (xem tài liệu đào tạo về phá thai). Chuyển khách hàng đến tuyến điều trị thích hợp.

4.6. Theo dõi và chăm sóc.

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

Kháng sinh 05 ngày

Amoxicilline 0,5g: 02 viên x 02 (uống)

Hoặc: **Cefixim 100mg: 01 viên x 02 (uống)**

Hoặc: **Erythromycine (nếu dị ứng với beta lactam)**

Nếu sốt: Atropine 1/4mg (TMC)

Tư vấn sau thủ thuật.

Hẹn khám lại sau 02 tuần.

PHÁ THAI BẰNG THUỐC ĐẾN HẾT TUẦN THỨ 9

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. Chỉ định.

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

2. Chống chỉ định.

2.1. 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.

2.2. 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 được điều trị).

3. Điều kiện áp dụng.

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

4. Cơ sở vật chất.

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

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

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

Thuốc: Mifepriston, Misoprostol, giảm đau, cấp cứu chống choáng.

5. Quy trình kỹ thuật.

5.1 Chuẩn bị khách hàng.

- Người cung cấp dịch vụ tự giới thiệu với khách hàng.
- Hỏi tiền sử nội ngoại khoa, sản phụ khoa, tiền sử dị ứng.
- Hỏi ngày đầu của kỳ kinh cuối.
- Khám lâm sàng: khám toàn thân và khám phụ khoa và phát hiện các bệnh LTQĐTD.
- Siêu âm chẩn đoán thai trong tử cung và tuổi thai.
- Khách hàng ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ).

5.2 Tư vấn phá thai bằng thuốc: (khuyến khích nữ hộ sinh được đào tạo làm công tác tư vấn) (xem thêm phần tư vấn phá thai).

- 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.

5.3 Qui trình phá thai.

5.3.1. 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.

5.3.2. 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 03 giờ.

5.4 Theo dõi và chăm sóc.

5.4.1. Theo dõi trong những giờ đầu sau uống thuốc.

Dấu hiệu sinh tồn mỗi giờ một lần trong 03 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.

5.4.2. Khám lại sau 02 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: có thể hút thai hoặc tiếp tục phá thai bằng thuốc nếu khách hàng mong muốn.
- Ứ máu trong buồng tử cung: hút sạch buồng tử cung hoặc điều trị nội khoa khi không có nhiễm khuẩn và lượng máu ít.

5.5 Tai biến và xử trí:

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

Xử trí: theo phác đồ cho từng tai biến (xem tài liệu huấn luyện).

XỬ TRÍ THAI LƯU ĐẾN HẾT 12 TUẦN

I. Định nghĩa

Thai chết lưu là thai đã chết trong tử cung mà không được tống xuất ra ngoài ngay.

II. Chẩn đoán:

1. Bệnh sử:

- Xác định ngày kinh chót. Tình trạng ra huyết âm đạo, đau bụng.
- Tiền sử sản phụ khoa
- Số con đã có - tuổi con nhỏ nhất.
- Tiền sử thai lưu. Số lần đi hút thai.
- Tiền căn mổ lấy thai, bóc nhân xơ tử cung.
- Tiền căn bệnh nội ngoại khoa: Bệnh lý tim mạch, cường giáp...

2. Khám

- Xác định tư thế tử cung, tuổi thai.
- Đánh giá tình trạng ra huyết âm đạo.
- Đánh giá các bệnh lý ở đường sinh dục đi kèm nếu có: viêm nhiễm, u xơ tử cung, u nang buồng trứng.

3. Xét nghiệm

- Siêu âm: Xác định tình trạng thai lưu, tuổi thai vào thời điểm lưu.
- XN máu: Đông máu toàn bộ, phân tích tế bào máu, nhóm máu, Rh (khi đủ điều kiện).

III. Lưu ý:

Lấy mốc tuổi thai dựa vào ngày kinh chót

- Tuổi thai vào thời điểm siêu âm, chỉ gợi ý tuổi thai vào thời điểm lưu, nhằm tiên lượng nguy cơ rối loạn đông máu.
- Thai lưu tồn tại trong tử cung trên 06 tuần có thể sẽ xảy ra rối loạn đông máu.

Nhập viện những trường hợp:

- Xét nghiệm đông máu toàn bộ bất thường.
- Có bệnh lý nội khoa cần thực hiện thủ thuật tại nơi có điều kiện hồi sức cấp cứu.
- Các trường hợp thai lưu có nguy cơ tai biến cao.

IV. Xử trí:

1. Tư vấn:

- Nếu khách hàng có Rh (-): tư vấn theo phác đồ xử trí thai phụ Rh (-).
- Tư vấn thủ thuật hút thai (bao gồm các bước thủ thuật, tai biến có thể xảy ra).
- Các dấu hiệu bất thường cần khám ngay
- Tư vấn các biện pháp tránh thai sau hút thai.
- Tư vấn về khả năng sinh sản sau thủ thuật.
- Nên có thai lại ít nhất sau 3 tháng hút thai lưu và kiểm tra sức khỏe trước khi có ý định mang thai trở lại.

2. Quy trình kỹ thuật

a. Phương pháp giảm đau - vô cảm:

Uống thuốc giảm đau Ibuprofen 400mg hoặc Paracetamol 1g trước khi làm thủ thuật 30 phút đối với những trường hợp vô cảm bằng tê cạnh cổ TC.

b. Thực hiện thủ thuật:

- Sát trùng âm hộ (kèm I).
- Sát trùng CTC, âm đạo (Kèm II).
- Gây tê mêp trước CTC (Vị trí 12g với 1ml Lidocain 1%).

- Kẹp CTC bằng kèm Pozzi.
- Gây tê cạnh CTC với 4ml Lidocain 1% ở vị trí 04g và 07g hay 05g và 08g.
- Nong CTC bằng ống hút nhựa (nếu trường hợp khó có thể sử dụng bộ nong bằng kim loại Hégar hay Pratt).
- Chọn ống hút thích hợp với tuổi thai.
- Hút thai (bằng máy hay bằng tay), đánh giá hút sạch buồng tử cung.
- Mở kèm Pozzi, lau sạch CTC và âm đạo.
- Kiểm tra mô và tổ chức sau hút thai, gửi giải phẫu bệnh mô nhau.

3. Theo dõi sau thủ thuật:

- Theo dõi sinh hiệu, huyết âm đạo, đau bụng dưới.
- Hướng dẫn sử dụng toa thuốc sau thủ thuật.
- Hướng dẫn cách chăm sóc sau thủ thuật.
- Hẹn ngày tái khám và các dấu hiệu bất thường cần tái khám ngay, lấy kết quả giải phẫu bệnh.
- Hướng dẫn ngừa thai tránh mang thai ngoài ý muốn

XỬ LÝ DỤNG CỤ HÚT THAI CHÂN KHÔNG BẰNG TAY

Dụng cụ hút thai chân không bằng tay bao gồm bơm hút và các ống hút, trong điều kiện lý tưởng ống hút chỉ dùng một lần, còn bơm hút có thể dùng lại nhiều lần. Sau khi hút thai nếu muốn sử dụng lại thì các dụng cụ này cần được tiệt khuẩn hoặc khử khuẩn ở mức độ cao.

Quy trình xử lý dụng cụ bao gồm bốn bước:

Ngâm khử nhiễm.

Rửa sạch.

Khử khuẩn mức độ cao hoặc tiệt khuẩn.

Bảo quản dụng cụ.

Hiện tại trong các cơ sở y tế phổ biến là bơm hút thai chân không bằng tay một van, hai van với các ống hút mềm Karman và bơm hút thai chân không MVA Plus với các ống hút Ipas EasyGrip. Quy trình xử lý dụng cụ tương tự nhau chỉ có bước **khử khuẩn mức độ cao hoặc tiệt khuẩn** là khác nhau giữa hai loại bơm hút chân không một van, hai van và loại bơm hút MVA Plus.

1. Cơ sở vật chất.

Có khu vực xử lý dụng cụ riêng, được trang bị các phương tiện và hóa chất để xử lý dụng cụ

2. Quy trình xử lý dụng cụ.

2.1. Ngâm khử nhiễm.

Sau khi làm xong thủ thuật, người làm thủ thuật hút và phụt ngay dung dịch clorin 0,5% hoặc dung dịch khử nhiễm tương đương vào ống hút và bơm hút vài lần.

Tháo rời ống hút ra khỏi bơm hút và pít tông ra khỏi ống bơm.

Ngâm ngập toàn bộ dụng cụ trong dung dịch khử nhiễm trong vòng 10 phút.

Dùng tay đi găng hoặc dùng kẹp để gấp dụng cụ ra.

Lưu ý:

Dụng cụ nhựa cần khử nhiễm trong một xô riêng.

Tránh ngâm dụng cụ trong dung dịch clorin quá lâu vì sẽ gây rỉ dụng cụ kim loại và gây biến chất nhanh dụng cụ nhựa.

Dung dịch khử nhiễm phải thay hàng ngày hoặc thay mỗi khi bị bẩn.

2.2. Rửa sạch.

- Người rửa dụng cụ phải đi găng, đeo khẩu trang và mặc tạp dề, đeo kính bảo vệ.

- Tháo rời tất cả các bộ phận của bơm hút kể cả vòng đệm cao su.
- Rửa sạch dụng cụ bằng bàn chải mềm, nếu có mô bám vào trong lòng ống thì phụt nước nhiều lần để rửa hoặc dùng tăm bông để rửa ở đầu ống hút.
- Rửa sạch toàn bộ dụng cụ bằng nước xà phòng bột (nên rửa dụng cụ trong chậu ngập nước, không nên rửa dưới vòi nước chảy).
- Rửa lại bơm hút và ống hút bằng nước sạch.
- Lau khô bằng khăn sạch.

Lưu ý:

Không được dùng các dụng cụ sắc để tháo vòng đệm cao su mà phải tháo bằng cách đi găng tay vừa bóp vừa đẩy nhẹ để vòng cao su nhô ra khỏi rãnh và dùng tay kia tháo vòng cao su ra.

Không được dùng các que sắc nhọn để rửa bên trong lòng ống bơm hoặc để thông lòng ống hút

2.3. Tiệt khuẩn hoặc khử khuẩn ở mức độ cao.

- Tiệt khuẩn sẽ diệt hết tất cả các vi sinh vật kể cả nha bào, khử khuẩn mức độ cao không diệt được nha bào.
- Bước tiệt khuẩn hoặc khử khuẩn mức độ cao khác nhau giữa loại bơm hút chân không một van, hai van với các ống hút mềm Karman và loại bơm hút MVA Plus với các ống hút Ipas EasyGrip.
- Bơm hút chỉ cần khử khuẩn ở mức độ, ống hút bắt buộc phải tiệt khuẩn hoặc khử khuẩn mức độ cao.

2.3.1. Tiệt khuẩn.

Có hai cách tiệt khuẩn là tiệt khuẩn bằng hóa chất và tiệt khuẩn bằng nhiệt.

Tiệt khuẩn bằng hóa chất: áp dụng cho tất cả các loại dụng cụ.

Ngâm ngập ống hút và bơm hút (phải tháo rời tất cả các bộ phận kể cả vòng đệm cao su) vào dung dịch glutaraldehyd 2 % (hoặc theo hướng dẫn của nhà sản xuất) hoặc dung dịch tương đương trong 10 giờ.

Gắp dụng cụ bằng kẹp vô khuẩn. Tráng lại bằng nước tiệt khuẩn.

Lau khô bằng khăn vô khuẩn hoặc để khô tự nhiên.

Lưu ý: Thay dung dịch tiệt khuẩn theo chỉ dẫn của nhà sản xuất.

Tiệt khuẩn bằng nhiệt: áp dụng được cho loại bơm hút MVA Plus và các ống hút Ipas EasyGrip.

Tháo rời tất cả các bộ phận bơm và ống hút ra

Hấp ướn ở chế độ 121°C áp suất 106 KPa trong vòng 30 phút.

Lưu ý: Tuyệt đối không được sấy khô bơm và ống hút.

2.3.2. Khử khuẩn mức độ cao.

Có hai cách khử khuẩn mức độ cao là khử khuẩn mức độ cao bằng hóa chất và khử khuẩn mức độ cao bằng nhiệt.

Khử khuẩn mức độ cao bằng hóa chất: áp dụng cho tất cả các loại dụng cụ.

Ngâm ngập ống hút và bơm hút (phải tháo rời tất cả các bộ phận kể cả vòng đệm cao su) vào trong dung dịch glutaraldehyd 2 % (hoặc theo hướng dẫn của nhà sản xuất) hoặc dung dịch clorin 0,5 % hoặc dung dịch tương ứng trong vòng 20 phút.

Gắp dụng cụ ra bằng kẹp vô khuẩn.

Tráng lại bằng nước tiệt khuẩn hoặc nước đun sôi 20 phút để ấm. Lau khô bằng khăn vô khuẩn hoặc để khô tự nhiên.

Lưu ý: Thay dung dịch clorin hàng ngày hoặc dung dịch tương đương theo chỉ dẫn của nhà sản xuất.

Khử khuẩn mức độ cao bằng nhiệt: áp dụng cho bơm hút MVA Plus, ống hút Ipas EasyGrip, ống hút mềm Karman.

Cho ngập dụng cụ đã được tháo rời trong nồi nước và tiến hành luộc sôi trong 20 phút, thời gian tính từ khi nước bắt đầu sôi.

Gắp dụng cụ ra bằng kẹp vô khuẩn.

Lau khô bằng khăn vô khuẩn hoặc để khô tự nhiên.

Lưu ý: Không được luộc bơm hút chân không một van, hai van vì sẽ làm hỏng vòng đệm cao su).

2.4. Bảo quản và sử dụng.

2.4.1. Bảo quản.

- Dụng cụ cần được cất giữ tại nơi khô ráo, trong các hộp đựng đã được tiệt khuẩn, có nắp đậy kín, trên nắp đề ngày xử lý và hạn sử dụng.

- Dụng cụ tiệt khuẩn thì thời gian sử dụng tối đa là 07 ngày còn nếu xử lý bằng phương pháp khử khuẩn mức độ cao thì thời gian sử dụng tối đa là 03 ngày.

- Dụng cụ lược thì chỉ sử dụng trong ngày.

- Nếu đã mở hộp dụng cụ ra thì cần phải sử dụng ngay trong ngày và dụng cụ chưa dùng vẫn phải xử lý lại.

Lưu ý:

Không nên để số dụng cụ trong hộp nhiều hơn số dụng cụ cần dùng trong ngày để tránh nhiễm khuẩn số dụng cụ còn lại.

Khi gấp ống hút ra phải dùng kẹp vô khuẩn gấp vào phía đầu nối với bơm của ống hút.

Bơm hút và ống hút phải để trong hộp riêng.

2.4.2. Trước khi sử dụng:

- Lắp lại bơm hút, bôi trơn pít tông bằng silicon hoặc bất kỳ dầu bôi trơn nào khác không phải nguồn gốc từ dầu mỡ.

- Nếu bơm hút không giữ được áp lực chân không hoặc bất kỳ bộ phận nào bị hỏng thì phải thay bộ phận khác hoặc thay bơm khác.

- Kiểm tra các dụng cụ hỏng hoặc hết hạn sử dụng để thay mới.

HƯỚNG DẪN XÉT NGHIỆM KHI ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

Khi người bệnh nhập viện, tùy theo chẩn đoán lúc nhập viện sẽ được chỉ định xét nghiệm như sau:

1. Xét nghiệm tiền sản:

Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi

Tổng phân tích nước tiểu

TQ, TCK, Gs, RhD, HIV, HbsAg

Chỉ định: Sinh thường, sảy thai, dọa sảy thai....

2. Xét nghiệm tiền phẫu:

Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi

Tổng phân tích nước tiểu

TQ, TCK, Gs, RhD, HIV, HbsAg

Ure, Creatinine, AST, ALT, ECG, Ion đồ, Glycemie

Siêu âm, Chụp Xquang (khi chuẩn bị phẫu thuật phụ khoa)

Chỉ định: Các trường hợp sinh khó, thai kỳ nguy cơ cao, thai ngoài tử cung, thai lưu >20 tuần, những trường hợp mổ phụ khoa...

QUY ĐỊNH TRƯỚC PHẪU THUẬT CẤP CỨU

I. MỤC ĐÍCH:

- Đảm bảo an toàn cho người bệnh.
- Giúp người bệnh hiểu và tin tưởng vào phẫu thuật.

II. PHẠM VI ÁP DỤNG:

- Bác sĩ điều trị, bác sĩ trưởng tua, bác sĩ trực lãnh đạo và điều dưỡng khoa ngoại.
- Người bệnh có chỉ định phẫu thuật cấp cứu.

III. QUY ĐỊNH CỤ THỂ:

1. Bác sĩ điều trị:

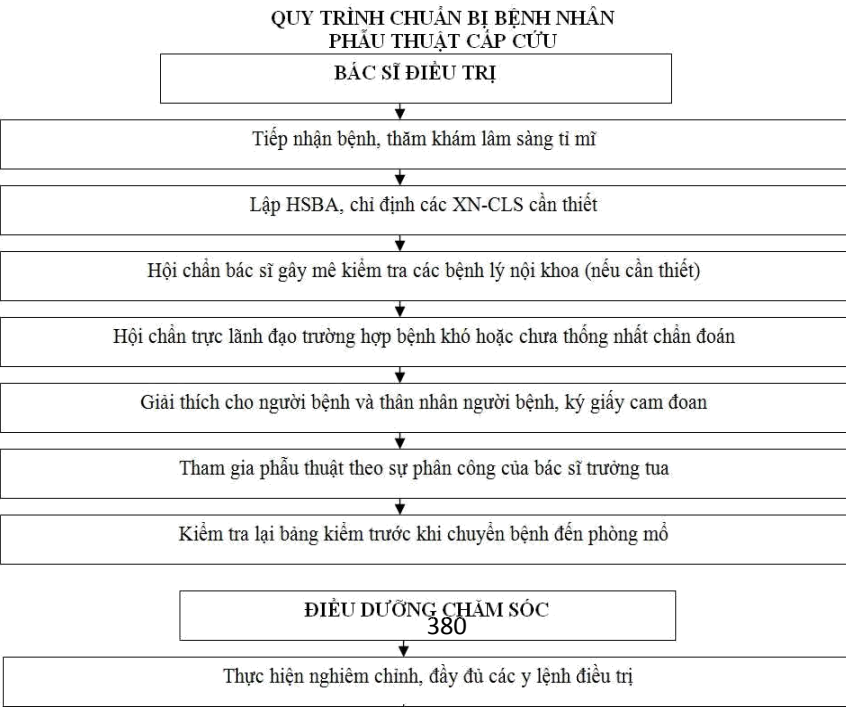
- Tiếp nhận bệnh nhân, khám lâm sàng tỉ mỉ, lập hồ sơ bệnh án, chỉ định các XN-CLS cần thiết.
- Kết hợp lâm sàng, CLS để đưa ra chẩn đoán xác định.
- Khi có chỉ định phẫu thuật bác sĩ điều trị hội chẩn bác sĩ trực lãnh đạo và mời gây mê hồi sức và bác sĩ nội khoa nếu cần.

- Giải thích cho người bệnh và thân nhân biết tình trạng bệnh lý cần phẫu thuật và ký vào giấy cam đoan xin phẫu thuật.
- Bác sĩ tham gia phẫu thuật theo sự phân công của BS trực lãnh đạo
- Phối hợp với điều dưỡng thực hiện bảng kiểm trước khi chuyển người bệnh đến phòng mổ.

2. Điều dưỡng chăm sóc có nhiệm vụ:

- Thực hiện nghiêm chỉnh các y lệnh của bác sĩ điều trị.
- Theo dõi sát sao, chăm sóc chu đáo người bệnh theo quy chế chăm sóc người bệnh toàn diện.
- Động viên giải thích cho người bệnh hiểu và tin tưởng vào phẫu thuật.
- Làm vệ sinh cá nhân, thay quần áo phẫu thuật cho người bệnh theo quy định, kiểm tra đầy đủ các nội dung trong bảng kiểm trước mổ, đeo băng tên chống nhầm lẫn trước khi chuyển bệnh nhân đến buồng phẫu thuật, ký sổ bàn giao với nhân viên phòng mổ.

QUY TRÌNH CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT CẤP CỨU



BẢNG XÉT NGHIỆM-CLS TIỀN PHẪU

I. XÉT NGHIỆM - CLS CƠ BẢN:

- XN công thức máu.
- ABO, Rh
- Thời gian Prothrombin
- TCK/APTT
- Fibrinogen
- Glucose máu
- Urea, Creatinine
- Ion đồ: Natri, Kali, Clo, Calci
- GOT, GPT, GGT
- HbsAg, anti HCV
- Tổng phân tích nước tiểu
- X quang tim phổi thẳng
- Siêu âm bụng tổng quát
- Điện tâm đồ.

II. XÉT NGHIỆM - CLS CHUYÊN KHOA:

1. Tiêu hóa – gan mật:

- Bilirubin trực tiếp, gián tiếp, toàn phần
- Alpha FP
- Chụp bụng đứng không chuẩn bị
- Nội soi hệ tiêu hóa

2. Tiết niệu:

- KUB

- Siêu âm tuyến tiền liệt.
- PSA máu

3. Tuyến giáp:

- T3, T4, TSH
- Siêu âm tuyến giáp

CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN

I. ĐỊNH NGHĨA:

Chấn thương bụng kín là chấn thương gây tổn thương thành bụng và các tạng trong ổ bụng nhưng không có sự thông thương giữa ổ bụng và môi trường bên ngoài.

Chấn thương bụng kín thường nằm trong bệnh cảnh đa chấn thương.

Tần suất tạng thường bị tổn thương theo thứ tự: lách, gan, mạc treo, thận, bàng quang, ruột, khối tá-tụy, dạ dày.

Nguyên nhân thường gặp nhất là do tai nạn giao thông, ẩu đả, tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt...

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán xác định:

Chủ yếu dựa vào:

Hỏi kỹ cơ chế và thời gian bị chấn thương.

Đau bụng sau chấn thương.

Toàn thân: Hội chứng mất máu (mạch nhanh, huyết áp tụt, da niêm nhợt...) hoặc hội chứng nhiễm trùng (sốt cao, môi khô, lưỡi dơ...).

Khám bụng: Vị trí vết bầm máu, trầy xước gợi ý tạng tổn thương. Bụng chướng, cảm ứng phúc mạc, gõ đục vùng thấp hoặc mất vùng đục trước gan.

Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm: Công thức máu, xét nghiệm đông máu, sinh hóa máu.

- Siêu âm bụng: tìm dịch ổ bụng, tổn thương tạng.

- X quang bụng đứng không chuẩn bị: Tìm hơi tự do trong ổ bụng.

2. Chẩn đoán phân biệt:

Tụ máu sau phúc mạc do gãy khung chậu, do chấn thương cột sống thắt lưng, chấn thương thận.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Huyết động không ổn định:

Tích cực hồi sức chống sốc: Mở 02-03 đường truyền để truyền máu và các dịch thay thế máu, thở oxy, đặt thông tiểu, đặt thông mũi - dạ dày.

Siêu âm khẩn tại giường tìm dịch ổ bụng lượng nhiều (hoặc chọc dò ổ bụng). Nếu dương tính và xác định được nguyên nhân gây chảy máu thì vừa hồi sức, vừa xin ý kiến bệnh viện tuyến trên nhờ hỗ trợ.

2. Huyết động ổn định:

Tiến hành làm xét nghiệm, siêu âm và chụp x-quang bụng đứng không chuẩn bị.

Nếu x quang bụng có liềm hơi dưới hoành chứng tỏ đã vỡ tạng rỗng, chuyển bệnh nhân lên tuyến trên mổ cấp cứu.

Nếu x-quang bụng bình thường:

- Siêu âm bụng không ghi nhận có dịch, bệnh nhân sẽ được theo dõi thêm.

- Siêu âm bụng ghi nhận có dịch trong ổ bụng, chuyển tuyến trên.

VẾT THƯƠNG THẤU BỤNG

I. ĐẠI CƯƠNG:

Vết thương thấu bụng là vết thương thành bụng có xuyên thấu phúc mạc, ổ bụng thông thương với môi trường bên ngoài.

Nguyên nhân thường gặp nhất là do bạch khí (dao, vật nhọn) hoặc hỏa khí (súng đạn, bom mìn...), có thể do tai nạn lao động, tai nạn giao thông hay tai nạn sinh hoạt.

Có thể có tổn thương phối hợp ngực-bụng hoặc phối hợp tổn thương tạng sau phúc mạc.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

Hỏi cơ chế và thời gian xảy ra vết thương.

Đau bụng, nôn ra máu, tiêu ra máu hoặc tiểu ra máu.

Nhìn bụng có vết thương phòi mạc nổi, ruột non...

Sonde mũi-dạ dày hoặc sonde tiểu có máu.

Sờ bụng đau, có thể có cảm ứng phúc mạc.

Gõ đục vùng thấp khi có máu, dịch ổ bụng.

2. Cận lâm sàng:

Xét nghiệm: Công thức máu, sinh hóa máu, đông máu.

X quang ngực, bụng: xác định dịch, khí màng phổi, ổ bụng.

Siêu âm bụng: Chủ yếu tìm dịch ổ bụng và xác định tạng tổn thương.

3. Chẩn đoán xác định:

Có tạng ổ bụng phòi ra ngoài (mạc nổi, ruột...).

Siêu âm có dịch ổ bụng.

X quang có hơi tự do trong ổ bụng.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. *Huyết động không ổn định:*

Vừa chống sốc vừa chuyển ngay bệnh nhân lên tuyến trên xử trí thương tổn cầm máu.

2. *Huyết động ổn định:*

Truyền dịch, kháng sinh, giảm đau chuyển lên tuyến trên.

TẮC RUỘT

I. ĐẠI CƯƠNG:

Tắc ruột là sự ngưng trệ lưu thông các chất trong lòng ruột như hơi, dịch, thức ăn, phân không đi chuyển được từ trên xuống dưới để tổng qua hậu môn ra ngoài.

Tắc ruột rất thường gặp trong cấp cứu ngoại khoa.

Nguyên nhân gây bệnh nhiều và rất khác nhau.

Chẩn đoán tắc ruột thường dễ nhưng chẩn đoán nguyên nhân nhiều khi khó.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. *Lâm sàng:*

Đau bụng từng cơn, nôn ói, bí trung-đại tiện.

Khám bụng chướng, có thể có quai ruột nổi ± sẹo mổ cũ, dấu rấn bò (triệu chứng đặc hiệu), nghe tiếng réo của ruột.

Nếu bệnh nhân đến trễ: dấu hiệu mất nước, nhiễm trùng, đôi khi có sốc.

Khám vùng bẹn-đùi tìm thoát vị nghẽn.

Thăm trực tràng: Bóng trực tràng rỗng, đôi khi sờ chạm u giúp chẩn đoán nguyên nhân.

2. Cận lâm sàng:

Xét nghiệm máu: phát hiện rối loạn nước-điện giải, bạch cầu và CRP máu.

X quang bụng đứng không sửa soạn: hình ảnh mực nước-hơi (ruột non: chân rộng, vòm thấp; đại tràng: chân hẹp, vòm cao).

Siêu âm bụng: hiện điện quai ruột dẫn (>2,5 cm) nằm kế quai ruột xẹp, dấu hiệu máy giặt, giúp chẩn đoán nguyên nhân: u, lồng ruột...

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Chưa xác định chẩn đoán:

Đặt thông mũi-dạ dày và hút dạ dày.

Đặt sonde hậu môn.

Bù nước-điện giải, nuôi ăn bằng đường tĩnh mạch, dung dịch đẳng trương.

Ức chế bơm proton Omeprazol 40mg/ ngày, đường tĩnh mạch

Kiểm tra X-quang bụng thẳng mỗi 6 giờ.

Nhịn ăn uống

2. Chẩn đoán xác định tắc ruột:

Chuyển tuyến trên

THŨNG Ổ LOÉT DẠ DÀY-TÁ TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG:

Thủng ổ loét dạ dày-tá tràng là cấp cứu ngoại khoa thường gặp. Thường gặp ở nam hơn ở nữ. Thường gặp ở độ tuổi lao động 20-50 tuổi.

II. CHẨN ĐOÁN:

Đau bụng dữ dội và đột ngột vùng thượng vị lan khắp bụng.

Khám bụng có cảm ứng phúc mạc toàn thể.

Hội chứng nhiễm trùng: vẻ mặt nhiễm trùng, sốt, môi khô lưỡi đỏ, bạch cầu tăng, nhất là bạch cầu đa nhân trung tính, CRP tăng.

X quang bụng đứng không chuẩn bị: Hiện điện hơi tự do ổ bụng.

Siêu âm có hơi và dịch tự do ổ bụng.

Tiền căn: viêm loét dạ dày-tá tràng.

III. ĐIỀU TRỊ:

Chuẩn bị bệnh nhân và hồi sức bệnh nhân trước mổ:

- Cận lâm sàng tiền phẫu theo quy định bệnh viện (xét nghiệm tiền phẫu, đo điện tim, chụp X quang tim-phổi thẳng).

- Đặt sonde mũi-dạ dày kèm hút và sonde tiêu lưu.

- Hồi sức chống sốc nếu bệnh nhân có sốc trước mổ.

- Truyền dịch (NaCl 0,9%, Lactated ringer, Glucose 5%, 10% hay 30%), kháng sinh (Cephalosporine thế hệ thứ 3 hoặc thứ 4), ức chế tiết acid dạ dày (Omeprazole, Pantoprazole hay esomeprazole), giảm đau (Paracetamol 1g) khi đã xác định chẩn đoán.

- Cân bằng các rối loạn điện giải (nếu có) của cận lâm sàng.

- Nội dung phẫu thuật: sinh thiết mép lỗ thủng nếu lỗ thủng ở dạ dày, khâu lỗ thủng ± đắp mạc nối, rửa bụng và dẫn lưu .

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:

- Tiếp tục bù đủ dịch, glucose, lipid và proteine trong những ngày đầu bệnh nhân chưa ăn uống được.

- Sử dụng kháng sinh: kháng sinh điều trị tốt nhất theo kháng sinh đồ, nếu chưa có kháng sinh đồ có thể dùng các kháng sinh phổ

rộng, thông thường phối hợp Céphalosporine thế hệ thứ 3 hoặc 4 phối hợp với nhóm Imidazole và nhóm Aminoglycozide hoặc nhóm Quinolone.

- Ngưng kháng sinh khi hết tình trạng nhiễm trùng (qua lâm sàng và cận lâm sàng).

- Thuốc ức chế bơm proton: Omeprazole hoặc Pantoprazole, esomeprazole 40 mg x 2 lần/ngày.

- Khi có trung tiện: rút sonde mũi-dạ dày, cho ăn từ lỏng đến đặc.

- Thuốc trung hòa acid dịch vị : Antacid 2- 3 lần/ngày.

- Thuốc giảm đau: Paracetamol 1g x 3-4 lần/ngày, nếu đau nhiều phối hợp thêm Nefopam.

- Rút ống dẫn lưu khi ống dẫn lưu hết ra dịch.

- Cho bệnh nhân ra viện khi hết tình trạng nhiễm trùng, hệ tiêu hóa hoạt động bình thường, không đau bụng.

- Tái khám điều trị loét và Helicobacter Pylori (nếu có) theo phác đồ.

VIÊM RUỘT THỪA

I. ĐẠI CƯƠNG:

Là cấp cứu bụng ngoại khoa thường gặp nhất. Tuổi thường gặp là từ 10 đến 30 tuổi.

Chẩn đoán dễ ở thể điển hình, khó ở các thể ít gặp.

II. CHẨN ĐOÁN:

Đau bụng khởi đầu ở thượng vị, quanh rốn hoặc ngay hố chậu phải, vài giờ sau khu trú hố chậu phải, đau âm ỉ tăng dần.

Rối loạn tiêu hóa như chán ăn, buồn nôn, đôi khi tiêu lỏng.

Ấn điểm Mac Burney đau.

Dấu Rovsing dương tính.

Khi viêm ruột thừa vỡ mủ có cảm ứng phúc mạc khu trú hoặc toàn thể.

Dấu cơ thất lưng-chậu dương tính nếu ruột thừa nằm sau manh tràng.

Hội chứng nhiễm trùng: sốt, môi khô lưỡi đỏ, bạch cầu tăng nhất là đa nhân trung tính, CRP tăng.

Siêu âm bụng ruột thừa có hình bia, tăng kích thước, mạc nối dày ở hố chậu phải, đôi khi có dịch ổ bụng nếu ruột thừa vỡ mủ hoặc khối echo hỗn hợp ở hố chậu phải nếu là abscess ruột thừa.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Điều trị trước mổ:

Cận lâm sàng tiền phẫu theo quy định bệnh viện.

Bệnh nhân nhịn ăn uống, được truyền dịch: NaCl 0,9%, Lactated ringer hay Glucose 5%, 10% hay 30%.

Kháng sinh ± giảm đau (Paracetamol 1g) trong khi chờ mổ.

Điều chỉnh các rối loạn cận lâm sàng nếu có.

2. Phẫu thuật hở:

Viêm ruột thừa mủ chưa vỡ: cắt ruột thừa.

Viêm ruột thừa hoại tử, viêm phúc mạc ruột thừa: Cắt ruột thừa ± dẫn lưu.

Abscess ruột thừa: Hút mủ, có thể cắt ruột thừa nếu tìm thấy, dẫn lưu.

Đám quánh ruột thừa: không có chỉ định phẫu thuật cấp cứu, hẹn phẫu thuật chương trình cắt ruột thừa sau 3 tháng.

Khi gốc ruột thừa hoại tử hay hoại tử lan rộng đáy manh tràng, tùy mức độ có thể khâu ngay hay mở manh tràng ra da hay cắt khối hồi-manh tràng.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:

Tiếp tục truyền dịch khi bệnh nhân chưa ăn uống được, **kháng sinh, giảm đau.**

Cho bệnh nhân vận động sớm.

Cho bệnh nhân uống ít nước đường ngay hậu phẫu ngày 1, khi có trung tiện thì cho ăn từ lỏng đến đặc.

Rút ống dẫn lưu (nếu có) khi hết dịch dẫn lưu.

Cho bệnh nhân ra viện khi hết tình trạng nhiễm trùng, hệ tiêu hóa hoạt động bình thường, không đau bụng. Tái khám sau 01 tuần.

THOÁT VỊ BỆN-ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG:

Thoát vị bẹn-đùi thực chất là thoát vị lỗ cơ lược, tạng thoát vị chui ra trên dây chằng bẹn gọi là thoát vị bẹn và tạng thoát vị chui ra dưới dây chằng bẹn gọi là thoát vị đùi.

Thoát vị bẹn-đùi là dạng thường gặp của thoát vị thành bụng.

Thoát vị bẹn hay gặp ở nam giới nhưng thoát vị đùi hay gặp ở nữ giới.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

a. Thoát vị bẹn:

Thoát vị bẹn trực tiếp

Thoát vị bẹn gián tiếp

Khối thoát vị bẹn nghẽn: khối phồng vùng bẹn căng, đau không đẩy lên được.

b. Thoát vị đùi :

Khối phồng phía trong đùi, dưới nếp bẹn.

Tuy nhiên, thoát vị đùi thường không có triệu chứng, bệnh nhân vào viện thường có biến chứng của thoát vị đùi nghẽn: khối phồng phía trong đùi, căng đau kèm đau bụng từng cơn, bụng chướng nhẹ, nhu động ruột tăng.

2. Cận lâm sàng:

Chẩn đoán thoát vị bẹn-đùi chủ yếu dựa vào lâm sàng, tuy nhiên, trong trường hợp không rõ, có thể siêu âm để gợi ý chẩn đoán.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. *Chỉ định điều trị:*

Thoát vị bẹn-đùi nghẹt: Chỉ định tuyệt đối và khẩn cấp.

Thoát vị bẹn-đùi không nghẽn: Phẫu thuật chương trình.

2. *Phẫu thuật:*

a. Mục đích phẫu thuật: Loại bỏ túi thoát vị và phục hồi thành bụng.

b. Các phương pháp tạo hình thành bụng:

- Phục hồi thành bẹn bằng mô tự thân

- Phương pháp Bassini: Khâu cân kết hợp vào dây chằng bẹn bằng các mũi rời phía sau thừng tinh. Chỉ định trong điều trị thoát vị bẹn lần đầu

- Phương pháp Mc Vay: Khâu cân kết hợp vào dây chằng Cooper bằng các mũi rời. Chỉ định trong điều trị thoát vị đùi.

- Phục hồi thành bụng bằng mảnh ghép nhân tạo.

- Phẫu thuật hở: Kỹ thuật dùng lưới của Lichtenstein

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:

Theo dõi các biến chứng như nhiễm trùng, chảy máu, thoát vị tái phát, dị cảm, đau...

Tái khám sau 01 tuần.

Không lao động nặng trong 03 tháng.

BỆNH SỎI MẬT

I. ĐẠI CƯƠNG:

Sỏi đường mật là bệnh lý thường gặp.

Sỏi đường mật ở Việt Nam và Châu Á có liên quan đến nhiễm trùng và ký sinh trùng nên thường là sỏi sắc tố.

Yếu tố thuận lợi:

- Sỏi túi mật: Nữ, độ tuổi 40, béo phì và sinh đẻ nhiều.
- Sỏi đường mật chính: Nữ, tuổi từ 40-60, đời sống kinh tế thấp, chế độ ăn thiếu đạm và vệ sinh kém.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán xác định:

a. Lâm sàng:

Viêm túi mật cấp do sỏi: Đau hạ sườn phải kèm sốt nhẹ, ấn đau điểm túi mật, dấu Murphy (+), có thể sờ chạm túi mật căng, to. Tuy nhiên, khoảng 80% sỏi túi mật không có triệu chứng.

Sỏi ống mật chủ: Tam chứng Charcot gồm đau vùng hạ sườn phải, sốt, vàng da. Ấn đau vùng tam giác Chauffard-Rivet, đôi khi có đề kháng thành bụng.

Sỏi đường mật trong gan: Triệu chứng không rõ rệt, đôi khi chỉ có sốt.

b. Cận lâm sàng:

Xét nghiệm máu:

- Công thức máu có bạch cầu tăng, chủ yếu là đa nhân trung tính và định lượng CRP tăng.
- Bilirubin máu tăng trong sỏi đường mật chính gây tắc mật với bilirubin trực tiếp > bilirubin gián tiếp.

Siêu âm bụng: giúp xác định vị trí, kích thước và số lượng sỏi kèm hình ảnh dẫn đường mật.

2. Chẩn đoán phân biệt:

Viêm gan.

Hẹp đường mật.

Ung thư đường mật.

Ung thư đầu tụy.

III. ĐIỀU TRỊ:

Bù dịch và điện giải.

Kháng sinh phổ rộng: Cephalosporine thế hệ thứ 3 hoặc 4 + nhóm Quinolone hoặc Aminoglycoside ± nhóm Imidazole.

Giảm đau, hạ sốt (Paracetamol), chống co thắt (Spasfon, Nospa®...).

Vitamine K1 cải thiện chức năng đông cầm máu.

Chuyển tuyến trên.

BỆNH TRĩ

I. ĐẠI CƯƠNG:

Trĩ là bệnh phổ biến, thường gặp nhất trong các bệnh vùng hậu môn.

Thường gặp ở lứa tuổi 45- 65.

Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ.

II. CHẨN ĐOÁN:

Đi tiêu ra máu kèm theo búi trĩ sa ra ngoài hậu môn, có thể có đau.

Khám lâm sàng phát hiện búi trĩ ngoại, nội, giúp phân độ trĩ nội.

Thăm trực tràng nhằm loại trừ u hậu môn-trực tràng.

Nội soi hậu môn-trực tràng giúp chẩn đoán trĩ nội độ 1 và 2 và các bệnh lý khác như nứt hậu môn, polype, u hậu môn-trực tràng.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Điều trị nội khoa:

Áp dụng cho tất cả các cấp độ trĩ, bao gồm:

Ăn nhiều chất xơ, uống nước đầy đủ.

Tránh các chất kích thích như rượu, trà, cà phê, tiêu, ớt.

Tập thói quen đi cầu đều đặn mỗi ngày.

Thuốc tăng trương lực thành mạch như Diosmin 0,5g, Protolog .
Cơn đau trĩ cấp tính: 06 viên/ngày, trong 04 ngày đầu; sau đó 04 viên/ngày, trong 03 ngày; duy trì 02 viên/ngày. Trĩ mạn tính: 02 viên/ngày.

Thuốc kháng viêm, giảm phù nề: NSAID

2. Chuyển tuyến trên:

Trĩ nội độ 3 và 4.

Thất bại điều trị nội.

Trĩ ngoại tắc mạch.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:

Theo dõi các biến chứng như chảy máu, bí tiểu, nhiễm trùng, trĩ tắc mạch, hẹp hậu môn-trực tràng, rò âm đạo-trực tràng.

Tiếp tục thuốc tăng trương lực thành mạch 02 tháng.

RÒ HẬU MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG:

Là một bệnh thường gặp trong ngoại khoa, là hậu quả của sự nhiễm trùng khu trú tái diễn ở các tuyến Hermann và Defosse. Sự nhiễm khuẩn này tạo thành abscess cạnh lỗ hậu môn, hoặc hóa mủ rồi vỡ vào trong lòng ống hậu môn. Như vậy rò hậu môn và abscess là 2

giai đoạn của 1 quá trình bệnh lý, khi absces không được xử lý hoặc xử lý không tốt sẽ dẫn đến rò.

Thường gặp nhất là vi trùng E. coli, tụ cầu trùng, liên cầu trùng, đặt biệt ở người Việt Nam nguyên nhân do vi trùng lao cũng thường gặp. Ngoài ra một số nguyên nhân khác ít gặp hơn ở người Việt Nam như: Crohn, nấm, ung thư vùng hậu môn trực tràng, sau xạ trị vùng chậu, ung thư bạch huyết, rò bẩm sinh, rò sau chấn thương vùng tầng sinh môn...

II. CHẨN ĐOÁN;

1. Lâm sàng:

- Rò dịch hoặc rò mủ ở cạnh hậu môn.
- Đau thốn vùng hậu môn.
- Quan sát thấy lỗ rò cạnh hậu môn, đôi khi lỗ rò nằm tận vùng cạnh búi, hoặc cạnh môi lớn.
- Thăm trực tràng: có thể phát hiện ổ absces vùng dưới niêm mạc ống hậu môn, hoặc sờ được 1 chỗ sưng cứng ở vùng cạnh đường lược, là dấu tích cũ của sự viêm nhiễm những tuyến Hermann và Defosse, chính chỗ sưng cứng này là nơi giúp ta có thể tìm thấy lỗ rò trong. Để tìm rõ lỗ rò trong ta dùng banh hậu môn để banh rộng lỗ hậu môn, và nhìn sau khi bơm méthylène bleu hoặc nước oxy già qua lỗ rò ngoài, có thể thấy bọt khí sủi lên hay xanh methylene chảy vào ống hậu môn qua lỗ rò trong, thường lỗ rò nằm ngay dưới đường lược.

2. Cận lâm sàng:

- Xquang chụp đường rò có cản quang tan trong nước tu thể thẳng nghiêng, qua đó giúp ta biết đường rò thể nào, có xuyên qua cơ thắt vào trực tràng hay không.
- Xét nghiệm tầm soát bệnh lao: VS, công thức máu, tìm BK trong đàm, , chụp phổi thẳng...

III. ĐIỀU TRỊ:

Tuỳ thuộc vào từng bệnh cảnh của bệnh nhân mà có thái độ xử trí thích hợp.

Nếu có absces cạnh hậu môn kèm theo: việc điều trị đầu tiên là phải tháo mũ ổ absces, nạo sạch đường rò, kháng sinh (Cephalosporin thế hệ 3, 4 hoặc nhóm Quinolon II) phối hợp Metronidazol.

Nếu chỉ có lỗ rò đơn thuần: việc điều trị phải tuân thủ các nguyên tắc phẫu thuật.

Nguyên tắc phẫu thuật:

- Nếu đường rò không vào trực tràng: việc điều trị là cắt và mở đường rò, đồng thời nạo sạch tổ chức rò.

- Nếu đường rò thông vào trực tràng: việc điều trị ngoài cắt bỏ đường rò, cần phối hợp với thắt đường rò bằng dây thun (nhằm tránh việc cắt bỏ đường rò xuyên cơ thắt làm đứt cơ thắt, gây biến chứng đi cầu không tự chủ.

- Những ngày hậu phẫu cần phải ngâm hậu môn bằng nước muối ấm có pha povidon (3- 4% nồng độ), để giúp bệnh nhân giảm đau đồng thời chống phù nề và làm sạch vết thương.

- Tuyệt đối không băng kín vết thương sau cắt mở đường rò, ngược lại phải để hở hoàn toàn, không nên mặc quần lót, quần cần rộng rãi và thông thoáng để vết thương chóng lành.

HỆP BAO QUI ĐẦU

I. CHẨN ĐOÁN:

1. *Lâm sàng:*

Hỏi bệnh: bé đến khám vì tiểu khó, khi tiểu phải rặn và làm phồng bao qui đầu. Lỗ thông bao qui đầu quá nhỏ sẽ gây cản trở cho bày xuất nước tiểu, và bao qui đầu bị viêm nhiễm luôn luôn tấy đỏ và ngứa ngáy.

Khám lâm sàng: thường thấy sự hiện diện của dòng thất bao qui đầu, đôi khi thấy những kén bã nằm bên trong bao quy đầu.

2. Cận lâm sàng:

Xét nghiệm nước tiểu

II. ĐIỀU TRỊ:

1. Điều trị bảo tồn:

a. Chỉ định: khi có hẹp bao quy đầu sinh lý

b. Kỹ thuật:

Điều trị bảo tồn được thực hiện tại bệnh viện và tại nhà.

Bệnh nhân được gây tê tại chỗ bằng gel Xylocain 2%. Sau đó dùng que thăm dò nông tách dính giữa hai lớp qui đầu và bao qui đầu cho tới khấc qui đầu, sau đó rửa sạch các chất bã và bôi trơn bao qui đầu bằng kem **Betamethason 0,05%**.

Kê toa: kháng sinh cephalosporin 2, 3+ paracetamol + kem Betamethason 0,05%.

Hướng dẫn cha mẹ bé nong bao quy đầu bằng các ngón tay và thoa kem betamethason 0,05%.

Cha mẹ bé thực hiện điều trị tại nhà mỗi ngày 02 lần trong thời gian 01-02 tháng.

2. Điều trị phẫu thuật:

a. Chỉ định điều trị bảo tồn thất bại:

Hẹp bao qui đầu thực sự (có vòng xơ).

Co thắt nghẹn qui đầu.

b. Kỹ thuật cắt bao qui đầu

Vô cảm: cắt bao qui đầu được thực hiện dưới gây mê.

Kỹ thuật: Cắt toàn bộ bao qui đầu (kiểu cắt trực đầu)

3. Điều trị sau phẫu thuật:

Giảm đau paracetamol và kháng sinh Cephalosporin thế hệ 3.

Thay băng.

LỒNG RUỘT CẤP Ở NHỮNG NHI

I. ĐỊNH NGHĨA:

Là trạng thái bệnh lý được tạo nên do một đoạn ruột chui vào đoạn ruột kế cận tạo nên một hội chứng tắc ruột theo hai cơ chế bít nút và thắt nghẽn.

II. CHẨN ĐOÁN:

Chẩn đoán xác định:

a. Lâm sàng: thường ở trẻ nam, bụng bấp, 3 – 9 tháng tuổi.

Khóc thét từng cơn do đau bụng: là triệu chứng chủ yếu và đánh giá thời điểm lồng.

Bỏ bú.

Nôn sớm ra thức ăn vừa bú, muộn hơn là nôn ra thức ăn đã tiêu hóa.

Tiêu máu nhày: sau đau bụng 6 – 12 giờ.

Khối lồng: có thể có hình bầu dục, chắc, di động dọc theo khung đại tràng, có phản ứng thành bụng khi sờ chạm.

Thăm trực tràng hay đặt thông trực tràng: máu theo găng hoặc ống thông, có thể sờ chạm đầu khối lồng.

b. Cận lâm sàng: Siêu âm có thể thấy được hình bia hoặc hình sandwich.

Chẩn đoán phân biệt:

a. Ly:

Khi trẻ có tiêu máu.

Ít khi có nôn, có quấy khóc nhưng không thành cơn không bỏ bú.

b. Tắc ruột do giun:

Không có tiêu máu mũi nhày.

U sờ thấy quanh rốn, mềm và lộn nhon.

Siêu âm giúp loại trừ chẩn đoán

III. ĐIỀU TRỊ:

Truyền dịch

Đặt sonde dày

Kháng sinh Cephalosporin thế hệ 3

Chuyên viện.

BÍ TIỂU CẤP

I. ĐẠI CƯƠNG:

Bí tiểu cấp là triệu chứng không thể chủ động cho nước tiểu thoát ra khỏi bàng quang, gây đau đốn, mặc dù rất mắc đi tiểu.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

Cầu bàng quang: (+)

Khám niệu đạo: Hẹp niệu đạo, sỏi niệu đạo Thăm trực tràng: kiểm tra Tuyến tiền liệt

Thăm âm đạo: sa sinh dục, u xơ tử cung,

2. Cận lâm sàng:

Công thức máu

Urê, Creatinin

KUB

Siêu âm bụng TQ

III. ĐIỀU TRỊ:

Nguyên tắc điều trị trong bí tiểu cấp là đặt thông tiểu, hoặc chuyển lưu nước tiểu bằng cách mở bàng quang ra da.

Tìm nguyên nhân và giải quyết nguyên nhân.

TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT

I. ĐẠI CƯƠNG:

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLT-TTL): bướu lành tính của tuyến tiền liệt gặp ở nam giới, thường xảy ra ở người lớn tuổi.

Bướu bắt đầu xuất hiện ở tuổi 40 và tỷ lệ tăng nhanh theo tuổi để đạt tỷ lệ 90% ở những người > 80 tuổi.

Rất nhiều người có bướu mà không có triệu chứng lâm sàng. Thường các triệu chứng xuất hiện ở người > 55 tuổi.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

1.1. Triệu chứng chủ quan:

- Triệu chứng bàng quang quá mất cảm:
 - + Đái gấp: mót tiểu không nhịn được
 - + Đêm phải đi đái nhiều lần: > 2 lần
- Triệu chứng bế tắc đường tiểu dưới:
 - + Đái khó: phải rặn khởi động mới tiểu được, tia nước tiểu yếu, tiểu nhiều lần.
 - + Có nước tiểu tồn lưu: đái xong có cảm giác đái chưa hết, phải đi đái lại trong vòng 2h.

1.2. Triệu chứng khách quan:

- Thăm trực tràng: TTL to đều, có hình tròn, mất rãnh giữa, giới hạn rõ và bờ trên bị đẩy lên cao.
- Siêu âm: phát hiện được bướu. Siêu âm còn có thể xác định nước tiểu tồn lưu.

2. Cận lâm sàng:

Công thức máu

Urê, Creatinin, tổng phân tích nước tiểu.

PSA máu

Siêu âm bụng tổng quát

Nói chung là phải đánh giá tình trạng sức khỏe, các yếu tố nguy cơ và tuổi bệnh nhân để chỉ định điều trị đúng đắn.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Nội khoa:

Rối loạn đi tiểu nhẹ, bệnh nhân còn chịu được, nước tiểu tồn lưu < 100 ml.

Nhóm ức chế alpha 1 adrenergic: Alfuzosin 10 mg; Tamsulosin 0,4 mg

Nhóm ức chế 5 alpha reductase: Finasterid 5mg; Dutasterid 0,5mg

2. Chỉ định ngoại khoa:

Bí tiểu cấp không cải thiện sau khi đặt thông niệu đạo và điều trị nội khoa bí tiểu mạn

Nhiễm trùng niệu

Đái máu

Sỏi bàng quang, có hoặc không túi thừa bàng quang

Suy thận do TSLT-TTL

Chuyển viện khi có chỉ định ngoại khoa.

CHẤN THƯƠNG NIỆU ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG:

Chấn thương niệu đạo là 01 cấp cứu ngoại khoa phải được xử trí kịp thời để tránh các tai biến trước mắt: bí tiểu, viêm tấy vùng TSM và tránh các di chứng phức tạp về sau: viêm niệu đạo, hẹp niệu đạo

Giải phẫu niệu đạo được chia làm 02 phần: niệu đạo trước & niệu đạo sau

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

a. Vô niệu đạo trước:

Bệnh nhân té ngồi trên vật cứng, sau đó đau chói vùng tầng sinh môn (TSM), đồng thời có ra máu ở niệu đạo.

Sau chấn thương bệnh nhân bị bí tiểu khám thấy ra máu ở lỗ sáo.

Vùng TSM có mảng máu tụ hình cánh bướm (+/-): lan đến bìu, mặt trong đùi. Ấn nhẹ vào điểm niệu đạo ở TSM: đau chói + máu ra ở niệu đạo

Cầu bàng quang (+/-)

b. Vô niệu đạo sau:

Triệu chứng lâm sàng rất nghèo nàn và không điển hình bệnh nhân bị chấn thương gãy cung trước của xương chậu, choáng, bí tiểu

Cầu bàng quang (+/-)

Khám : máu chảy ra ở lỗ sáo ít hay không có

Thăm trực tràng: đau nhói ở tuyến tiền liệt + khối máu tụ? Rách trực tràng?

2. Cận lâm sàng:

X quang khung chậu

Siêu âm

III. ĐIỀU TRỊ

Hồi sức

Truyền dịch, truyền máu nếu mất máu nhiều

Kháng sinh

Giảm đau
Chuyển tuyến trên

CHẤN THƯƠNG THẬN KÍN

I. ĐẠI CƯƠNG:

Thận cũng như gan và lách là những tạng đặc chứa đầy máu. Những thương tổn của các tạng đặc nói chung đều gây xuất huyết nội, nguy hiểm cho bệnh nhân.

Thận nằm sau phúc mạc trong 1 ổ thận kín, phần lớn được che chở bởi vòm sườn lưng và khối cơ chung phía sau. Tuy nhiên chấn thương thận hay gặp nhiều hơn các bộ phận khác của hệ tiết niệu.

Nguyên nhân: tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt,...

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

Sau khi bị chấn thương ở vùng thắt lưng hay vùng hạ sườn, bệnh nhân đau chói, té xỉu và sau đó đái máu. Đây là 01 trường hợp điển hình của chấn thương thận.

Đau thắt lưng

Tiểu máu

Khối máu tụ vùng hố thắt lưng

Phản ứng thành bụng bên chấn thương

Choáng mất máu

2. Cận lâm sàng:

Công thức máu, GS, Rh

Chức năng đông cầm máu

Ure, Creatinin

Siêu âm bụng TQ

III. ĐIỀU TRỊ:

Truyền máu nếu có choáng mất máu

Truyền dịch NaCl 0.9%

Giảm đau Non_steroid

Đặt thông tiểu, theo dõi nước tiểu

Nhịn ăn uống

Chuyển tuyến trên

VIÊM TINH HOÀN - MÀO TINH HOÀN CẤP

I. ĐẠI CƯƠNG:

Hai tinh hoàn nối thông với niệu đạo qua mào tinh hoàn và ống dẫn tinh nên vi khuẩn thường ngược dòng từ niệu đạo gây viêm tinh hoàn.

Bệnh ít gặp ở trẻ nhỏ & thanh niên chưa quan hệ tình dục. Thường gặp ở tuổi trung niên trở lên.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

- Hội chứng nhiễm trùng - nhiễm độc
- Đau cấp tính vùng bìu: đau dữ dội, lan hố chậu, thắt lưng cùng bên
- Bìu: to, mất nếp nhăn, da bìu căng bóng, đỏ
- Tinh hoàn: to, căng, nóng, đau, có thể tràn dịch màng tinh hoàn

2. Cận lâm sàng:

Công thức máu

Siêu âm bẹn – bìu

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Điều trị viêm tinh hoàn: chủ yếu là điều trị nội khoa

Kháng sinh liều cao theo cách lựa chọn kháng sinh đường tiết niệu Cephalosporin thế hệ 3 ± Aminoglycosid hoặc Quinolon

Kháng viêm nhóm Steroid

Giảm đau

Nằm nghỉ tại giường

2. Viêm mào tinh hoàn cấp:

Triệu chứng cơ bản giống viêm tinh hoàn cấp tính, nhưng triệu chứng không rầm rộ như viêm tinh hoàn cấp tính (mào tinh hoàn căng to, đau + tinh hoàn và thừng tinh phù nề)

Điều trị cũng giống viêm tinh hoàn cấp

Thực tế viêm tinh hoàn cấp tính thường kết hợp với viêm mào tinh hoàn cấp tính: lúc đó gọi là viêm tinh hoàn – mào tinh hoàn cấp tính.

VỠ BÀNG QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG:

Bàng quang là 01 tạng rỗng nằm sâu trong khoang chậu hông bé và sau xương mu, được bảo vệ chắc chắn bởi đai chậu. Bàng quang bị vỡ thường do 01 chấn thương mạnh gây nên.

Vỡ bàng quang là 01 cấp cứu niệu khoa, đòi hỏi phải được chẩn đoán sớm và chính xác để được điều trị kịp thời. Điều trị muộn sẽ gây tử vong cao do nhiễm trùng và nhiễm độc.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

Chia làm 02 loại vỡ bàng quang: trong phúc mạc và ngoài phúc mạc lâm sàng gồm 02 nhóm triệu chứng:

- Các triệu chứng chung của vỡ bàng quang
- Các triệu chứng đặc hiệu của vỡ bàng quang trong phúc mạc và ngoài phúc mạc.

a. Các triệu chứng chung của vỡ bàng quang: có 04 triệu chứng chính

- Choáng: là triệu chứng xuất hiện đầu tiên
- Đau vùng hạ vị: lan đến 2 hố chậu
- Mót tiểu nhưng không tiểu được
- Đặt sonde tiểu: ít nước tiểu có lẫn máu

(Thăm trực tràng: túi cùng Douglas đau, khối máu tụ - nước tiểu)

b. Triệu chứng đặc hiệu:

- Vỡ bàng quang trong phúc mạc
 - + Bụng chướng (+/-)
 - + Phản ứng thành bụng
 - + Cầu bàng quang (-)

- + Gõ đục vùng thấp
- Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc
 - + Thường có kèm theo gãy cung trước của xương chậu
 - + Khám sẽ thấy các dấu hiệu của gãy xương chậu
 - + Có thể có mảng máu tụ dưới da ở vùng xương gãy
 - + Bụng không chướng
 - + Có thể có hoặc không phản ứng thành bụng vùng hạ vị
 - + Nếu bệnh nhân đến muộn sau 24h sẽ có dấu hiệu nhiễm trùng nhiễm độc

Tóm lại: các triệu chứng lâm sàng có thể không đầy đủ nên muốn có chẩn đoán xác định cần phải dựa vào X quang.

2. Cận lâm sàng:

Siêu âm bụng tổng quát

X quang bụng đứng không chuẩn bị

III. ĐIỀU TRỊ:

Hồi sức chống choáng

Kháng sinh

Phẫu thuật.

Chuyển tuyến trên

VỠ VẬT HANG

I. ĐẠI CƯƠNG:

Vỡ vật hang: là do chấn thương làm rách bao trắng bao quanh vật hang, máu trong vật hang chảy ra lan tràn dưới mạc dương vật, hoặc rách cả 02 lớp mạc nông và mạc sâu dương vật gây tụ máu dưới da vùng bìu, tăng sinh môn, vùng bẹn, trên xương mu khi dương vật

đang cương cứng. Thường xảy ra khi giao hợp, hoặc tự bẻ khi dương vật đang cương.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

Bệnh nhân kể sau tai nạn lúc dương vật đang cương cứng: có cảm giác vỡ bục ở dương vật, nghe tiếng kêu “rắc”, sau đó đau chói ở vùng đó và dương vật bắt đầu sưng to lên.

Dương vật sưng to, bầm tím, đám máu tụ có thể lan xuống vùng bìu, tầng sinh môn, bẹn, vùng trên xương mu...

Dương vật bị biến dạng, thường dương vật bị vẹo lệch sang phía đối diện với chỗ vỡ vật hang.

Sờ nắn có thể phát hiện được chỗ vỡ vật hang, bệnh nhân thấy đau chói.

2. Cận lâm sàng:

Siêu âm có giá trị chẩn đoán khối máu tụ.

III. ĐIỀU TRỊ

Hồi sức, giảm đau, kháng sinh.

Phẫu thuật khâu phục hồi vật hang.

Chuyển tuyến trên

VẾT THƯƠNG THẤU NGỰC

I. ĐỊNH NGHĨA:

Vết thương gọi là thấu ngực khi có thủng lá màng phổi thành. Tác nhân gây thương tích có thể là hỏa khí hay bạch khí. Tùy mức độ xuyên thấu, kích thước, vận tốc di chuyển của vật gây thương tích mà tổn thương một hay nhiều cơ quan và những mức độ khác nhau.

II. VẾT THƯƠNG PHỔI – MÀNG PHỔI:

Hay gặp nhất trong vết thương ngực. Chia làm 03 loại: tràn khí màng phổi kín, hở và có van.

1. Tràn khí màng phổi kín:

Khi vết thương được bít kín ngay bằng tổ chức xung quanh, khoang ngực không bị thông thương với bên ngoài.

- Sốc, đau ngực, khó thở: lâm sàng có nhiều mức độ.

- X quang: xác định lượng khí ít hay nhiều, tụ máu trong như mô phổi ...

2. Tràn khí màng phổi mở:

Khi vết thương làm hở thành ngực, khoang ngực thông thương tự do với bên ngoài.

- Khó thở, nhanh chóng suy hô hấp và rối loạn tuần hoàn.

- Vết thương hở nhỏ: đầu phỉ phò; vết thương hở rộng lớn hơn 3cm, hở trên 2/3 đường kính khí quản có hô hấp đảo chiều và lắc lư trung thất.

- X quang: có thể kèm tràn máu màng phổi

3. Tràn khí màng phổi van:

Vết thương thành ngực hoạt động như một cái van không khí từ ngoài vào mà không ra được theo một chiều làm áp lực tăng nhanh chóng gây chèn ép tim và các cuống mạch phổi...

- Khó thở nặng, vật vã, tím tái, huyết áp hạ, nhịp tim nhanh.

- Bên tràn khí âm phế bào giảm, gõ vang, tĩnh mạch cổ nổi, tràn khí dưới da.

- X quang: tràn khí màng phổi có thể kèm tràn máu, khí quản bị đẩy lệch, có thể có tràn khí trung thất.

4. Tràn máu màng phổi:

Hội chứng thường gặp nhất trong vết thương thấu ngực. Nguyên nhân có thể là từ thành ngực hoặc do những cơ quan bên trong. Lâm sàng tùy thuộc vào mức độ mất máu.

- Đau ngực, khó thở, sốc, ho ra máu.

- Hội chứng 03 giảm bên có tràn máu, có thể kèm tràn khí màng phổi.

- Tĩnh mạch cổ nổi khi có chèn ép trung thất, chèn ép tim.

- Cận lâm sàng: X quang ngực xác định lượng dịch trong khoang màng phổi

III. VẾT THƯƠNG TIM:

Cần cấp cứu khẩn cấp.

Khai thác bệnh sử, tu thế bệnh nhân và đặc điểm của vật gây thương tích cũng giúp cho hướng chẩn đoán.

- Vị trí vết thương trên thành ngực là một yếu tố nghi ngờ có tổn thương ở tim: trong tam giác Kocher hoặc tứ diện giải phẫu của tim. Vết thương sau lưng tới, thượng vị, hoặc bên phải ... có thể làm tổn thương tim.

- Lâm sàng: Hội chứng mất máu cấp hoặc hội chứng chèn ép tim cấp (Tam chứng Beck)

- Cận lâm sàng: Chụp X quang ngực thẳng: bóng tim hình giọt nước. Siêu âm tim có vai trò quan trọng trong chẩn đoán nhưng chỉ có thể làm khi huyết động còn ổn định. Điện tim cho thấy giảm điện thế của QRS khi tim bị chèn ép.

IV. VẾT THƯƠNG CÁC MẠCH MÁU LỚN TRONG LỒNG NGỰC:

Là vết thương của các mạch máu thuộc cuống tim, cuống phổi và các nhánh chính của chúng ... Cần cấp cứu khẩn cấp như một vết thương tim.

- Vết thương ngực, khó thở, đau, máu chảy ra ngoài hoặc vào trong lồng ngực.

- Sốc mất máu. Đôi khi có chèn ép tim cấp do máu chảy vào khoang màng tim .

- Cận lâm sàng: Chụp X quang ngực thẳng cho thấy trung thất trên giãn rộng trên 8 cm hoặc tỉ lệ tim/ ngực lớn hơn 0,28. Nếu huyết động ổn định dùng siêu âm chẩn đoán.

V. VẾT THƯƠNG KHÍ QUẢN NGỰC VÀ PHẾ QUẢN:

- Trần khí trung thất, tràn khí màng phổi và tràn khí dưới da.
- Khó thở nặng, ho và có thể ho ra máu.
- Đặc biệt dẫn lưu khí được hút dưới áp lực âm trong nhiều giờ mà phổi không nở.
- Cận lâm sàng: Chụp X quang ngực cho thấy tràn khí, tràn máu màng phổi và xẹp phổi.

VI. VẾT THƯƠNG THỰC QUẢN NGỰC:

Là loại tổn thương ít gặp do vị trí cơ quan nằm sâu trong trung thất sau.

- Lúc đầu có triệu chứng mờ nhạt nhưng khi vào giai đoạn viêm tấy sẽ có đau ngực nhiều, khó thở, không dám nuốt, mạch nhanh, nhiễm trùng tiến triển có thể nhiễm trùng huyết.

- Nếu lỗ thủng ở vùng 1/3 dưới: đau ở đầu dưới xương ức, thượng vị.

- Nếu thực quản và khí quản bị tổn thương cùng lúc gây rò khí – thực quản: khi ăn hoặc uống là ho sặc sụa, khạc ra thức ăn đồ uống. Nếu lỗ rò nhỏ sẽ không có triệu chứng này.

- Cận lâm sàng: X quang ngực: thường có tràn khí trung thất ở ngay trên cơ hoành, có thể có tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi;

VII. VẾT THƯƠNG NGỰC – BỤNG:

Là loại vết thương có thủng cơ hoành.

- Vị trí vết thương và tìm hiểu hướng đi của vật gây thương tích giúp chẩn đoán.

- Sốc thường gặp, đau ngực, khó thở, ho khạc ra máu, tràn khí hoặc máu màng phổi.

- Triệu chứng của vết thương bụng: đau bụng, xuất huyết trong ổ bụng, viêm phúc mạc...

- Thoát vị các tạng ở bụng lên ngực gây rối loạn hô hấp và tuần hoàn nặng, nhanh chóng.

- Cận lâm sàng: X quang ngực, X quang bụng đứng, siêu âm bụng tổng quát.

VIII. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ:

Hồi sức, giảm đau, kháng sinh

Chuyển tuyến trên nếu bệnh nhân ổn định

Nếu bệnh nhân không ổn định, đang trong tình trạng nguy kịch xin ý kiến tuyến trên nhờ hỗ trợ.

TỒN THƯƠNG MẠCH MÁU NGOẠI BIÊN

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Tồn thương mạch máu ngoại biên là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp trong thời chiến cũng như thời bình.

- Tồn thương mạch máu ngoại biên là loại tổn thương nặng cần sơ cứu kỳ đầu tốt, phẫu thuật kịp thời, đúng kỹ thuật mới có khả năng cứu sống và phục hồi lại sức lao động cho nạn nhân.

- Tác nhân gây thương tổn : trong thời chiến chủ yếu là mảnh hòa khí, trong thời bình chủ yếu là vật sắc nhọn và chấn thương kín.

II. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN:

1. Triệu chứng lâm sàng:

Tùy theo thương tổn động mạch hay tĩnh mạch, tổn thương mạch máu có thông ra ngoài da hay không mà triệu chứng lâm sàng có những biểu hiện khác nhau:

- Có vết thương trên đường đi của mạch máu
- Máu chảy nhiều qua vết thương
- Có khối máu tụ
- Biểu hiện thiếu máu cấp tính phần ngoại biên :
 - + Đầu chi lạnh
 - + Mất vận động
 - + Rối loạn hay mất cảm giác chi bị thương
- Khi đến chậm có thể biểu hiện hoại tử chi rõ: Đầu chi tím đen hay có chỗ trắng bệch, tím bầm.
- Biểu hiện mất máu toàn thân: niêm mạc nhợt nhạt, mạch nhanh, huyết áp tụt ...

2. Triệu chứng cận lâm sàng:

Các xét nghiệm về huyết học chứng tỏ có tình trạng mất máu (hồng cầu, huyết sắc tố giảm ...)

III. ĐIỀU TRỊ:

Cầm máu tạm thời :

Tùy trường hợp và điều kiện cụ thể chúng ta có thể áp dụng một trong các biện pháp sau đây :

- Gập chi tối.
- Dùng tay chèn lên trên đường đi của mạch máu ở đầu trung tâm
- Băng ép.
- Băng ép có trọng điểm
- Băng nút gạc
- Garô dùng trong một số trường hợp đặc biệt như :
 - + Chi đã cắt đứt tự nhiên sau bị thương
 - + Chi dập nát không thể bảo tồn
 - + Garô trước để chuẩn bị cho phẫu thuật tránh chảy máu trong mổ

* Chống sốc:

- Truyền máu và các dịch thay thế máu - Nẹp các chi gãy nếu có gãy xương
- Làm lưu thông đường khí đạo, thở oxy và các biện pháp chống sốc khác ...

Chuyển tuyến trên khi huyết động bệnh nhân ổn định và không còn chảy máu.

CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN

I. ĐỊNH NGHĨA:

Tổn thương có thể chỉ ở thành ngực hoặc gồm nhiều cơ quan trong lồng ngực. Mức độ tổn thương ở các cơ quan cũng khác nhau. Vì vậy chẩn đoán và xử trí cần có đánh giá toàn diện.

II. TỔN THƯƠNG THÀNH NGỰC:

Chỉ bị ở phần mềm hoặc kết hợp gãy xương ức hoặc xương sườn. Gãy xương sườn có thể bị một hoặc nhiều xương, ở nhiều vị trí khác nhau. Hay gặp nhất là gãy ở cung bên và cung sau ở xương sườn số 05 đến 09.

1. Gãy xương ức hoặc xương sườn:

- Đau chói, lạo xạo và sự mất liên tục của xương.
- Chẩn đoán bằng X quang ngực thẳng, gãy xương ức xác định nhờ chụp phim nghiêng

2. Mảng sườn di động:

- Có ít nhất 02 xương sườn liên kế nhau bị gãy ở 02 đầu.
- Có nhiều kiểu gãy xương sườn khác nhau nên có nhiều dạng mảng sườn di động: dạng bên, trước và sau. Dạng đặc biệt chỉ gãy một đầu đầu kia là sụn sườn làm mảng sườn di động như cánh cửa.
- Hậu quả nặng nề của mảng sườn di động là hô hấp đảo chiều và tắc lư trung thất.

III. TỔN THƯƠNG KHÍ – PHẾ QUẢN VÀ PHỔI:

- Đau ngực, khó thở, có thể có tràn khí ở da, suy hô hấp và sốc, ho ra máu nêu tổn thương thông với đường thở.

- Tràn khí màng phổi. Tổn thương mạch máu, rách phổi nhiều: tràn máu màng phổi.

- Đặc trưng của tổn thương khí-phế quản gốc là tràn khí trung thất, nếu nhiều gây chèn ép các cơ quan trong trung thất gây rối loạn huyết động.

- X quang ngực: dập phổi, tụ máu nhu mô phổi, tràn dịch và khí trong khoang màng phổi, tràn khí trung thất.

IV. TỔN THƯƠNG TIM VÀ CÁC MẠCH MÁU LỚN TRONG LỒNG NGỰC:

1. Dập tim:

Tim bị chấn thương có thể bị dụng đập làm tổn thương thành tim. Nếu trên diện rộng gây suy tim cấp tử vong nhanh chóng, nếu đập tới nội mạch gây hình thành huyết khối làm nghẽn mạch.

- Đau tại chỗ hoặc sau xương ức, bầm máu thành ngực, suy tim ứ huyết, sốc tim, vỡ tim.

- Muộn thì hình thành túi phình thành cơ tim.

- Điện tim có ý nghĩa tiên lượng hơn là chẩn đoán.

- Chẩn đoán dựa trên men tim.

2. Vỡ tim:

Là thành cơ tim rách ra gây chảy máu nên chỉ khoảng 50% bệnh nhân sống sót đến được bệnh viện. Tâm thất hay bị hơn tâm nhĩ.

- Hội chứng mất máu cấp hoặc hội chứng chèn ép tim cấp.

- Khi cấu trúc bên trong của tim bị tổn thương gây rối loạn huyết động học.

3. Tổn thương mạch máu lớn:

- Nếu rách toàn bộ thành mạch gây chảy máu vào khoang ngực ồ ạt nhưng một số khác chỉ rách lớp nội mạc và lớp cơ dẫn đến tạo túi phình giả.

- Sốc, có đau ngực lan sau lưng hoặc giữa 2 xương bả vai, túi máu tụ trong ngực sẽ chèn ép xung quanh gây khó thở, khó nuốt, nói khó hoặc khàn.

- Một số khác lại có biểu hiện như thắt eo động mạch chủ, tăng huyết áp ở phần trên và hạ huyết áp phần dưới cơ thể.

- X quang ngực qui ước: trung thất trên giãn rộng, đám mờ xóa cung động mạch chủ, khí – phế quản gốc bị đẩy lệch.

V. VỠ THỰC QUẢN:

Hiếm gặp, khó phát hiện thường bị tổn thương của những cơ quan khác che lấp hoặc chẩn đoán lầm cho đến khi có viêm trung thất.

- Đau ngực không tương xứng thực thể lâm sàng.
- Trần khí màng phổi mà không có gãy sườn, tràn khí màng tím, tràn khí trung thất ổ thấp gần co hoành; dẫn lưu ngực bọt khí lẫn thức ăn.
- Lâm sàng muộn là viêm trung thất, tụ mủ trung thất, mủ màng phổi.
- Chẩn đoán bằng chụp thực quản có cản quang loại không có Barryte hoặc soi thực quản.

VI. VỠ CO HOÀNH:

Do một lực chấn thương rất mạnh gây nên, thường kèm tổn thương nhiều cơ quan và biến dạng lồng ngực. Bên trái chiếm 90% và rất hiếm bị vỡ cả hai bên ... Sau chấn thương 50% đến cấp cứu trong tình trạng sốc và 20% chết do có nhiều tổn thương khối hợp.

- Đau ngực, khó thở, tím tái, trụy tim mạch.
- Nếu có thoát vị âm phế bảo giảm, nghe được tiếng ruột, tiếng óc ách trên
- Khoang ngực; ảnh hưởng nặng nề đến chức năng hô hấp, tuần hoàn.
- Một số trường hợp vỡ hoành bị che lấp bởi những tổ thương khác nặng nề hơn hoặc triệu chứng thoát vị diễn tiến muộn sau nhiều ngày thậm chí nhiều năm : đau thượng vị, táo bón, ợ hơi, tắc ruột ...
- Chẩn đoán xác định bằng chụp X quang ngực có đặt ống sonde dạ dày, nằm đầu thấp bơm chất cản quang. Nội soi khoang bụng, chụp CT Scan là những phương tiện chẩn đoán chính xác.

VII. HỘI CHỨNG NGẠT THỞ DO CHẤN THƯƠNG:

Thường gặp khi bị đè ép nặng lên ngực làm gia tăng áp lực trong lồng ngực, tĩnh mạch chủ trên trong khi hạ nhiệt đang đóng lại tạo nên lưu lượng ngược lên hệ thống tĩnh mạch không vẫn ở vùng cổ và đầu dẫn đến vỡ hàng loạt mao mạch.

- Biểu hiện bằng tổn thương kết hợp giữa thành ngực và cơ quan trong lồng ngực.
- Xanh tím ở cổ ngực, phù nề trên mặt, bầm máu tổ chức dưới da, hoặc những đám tụ máu lấm chấm dưới da, bầm máu ở kết mạc mắt.

- Triệu chứng thần kinh: nhức đầu, giảm hoặc mất trí nhớ, giảm hay bị mất thị lực tạm thời hoặc vĩnh viễn. Đôi khi có chảy máu mũi, tai hoặc tiêu ra máu.

- Ngoài ra là triệu chứng của những cơ quan có tổn thương phổi hợp khác.

VIII. CHẤN THƯƠNG NGỰC DO SÓNG CHẤN ĐỘNG:

Sau một vụ nổ áp lực lan truyền trong khôn khí rất mạnh và nhanh tạo nên sóng chấn động theo hai chiều dầy và hút tác động. Sóng chấn động này vừa tạo sức ép cao đồng thời tạo ra sự rung mạnh của môi trường làm các tổ chức trong cơ thể cung rung động theo một cách đồng bộ.

- Da có sức đàn hồi cao nên thường nguyên vẹn trong khi nội tạng tổn thương nặng.

- Sốc; đau hai bên ngực, đôi khi kèm đau bụng và cứng bụng mà có thể không có tổn thương thực thể trong bụng.

- Ho ra máu, lồng ngực giảm đi động, gõ văng.

- Nặng có thể có phù phổi cấp, tràn khí hoặc tràn máu khoang màng phổi do xuất huyết trong như mô phổi. Khi có dập phổi rộng, tu máu trong như mô CT Scan có vai trò quan trọng để chẩn đoán.

IX. NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ:

Hồi sức cấp cứu

Cố định xương gãy nếu có

Chuyển bệnh nhân nhanh chóng về tuyến trên khi đủ điều kiện chuyển

GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI

I. ĐỊNH NGHĨA:

Gãy cổ xương đùi là gãy phần cổ giải phẫu xương đùi, nằm trong bao khớp háng. Loại gãy thường gặp ở người già, lâu lành, có nhiều biến chứng.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

a. Triệu chứng cơ năng:

Người bệnh than đau ở háng hay ở gối, sau khi té.

b. Triệu chứng thực thể:

- Chân đau xoay ngoài và ngắn (khi gãy có di lệch).
- Không có vết bầm vùng háng.
- Ấn đau chói vùng trước háng (ngay trước cổ xương đùi).
- Đau ở háng khi gõ dồn ở gót chân.

2. Cận lâm sàng:

- X quang khung chậu thẳng (qua 02 khớp háng):
- X quang cổ xương đùi nghiêng:

III. PHÂN LOẠI THEO GARDEN (1961):

Đây là cách phân loại thông dụng trong gãy cổ xương đùi, dựa vào độ lệch giữa 02 mặt gãy trên phim X Quang,

- Độ 1: Gãy cài nhau, trong tư thế dạng, không di lệch.
- Độ 2: Gãy hoàn toàn, không di lệch.
- Độ 3: 02 mặt gãy còn chạm nhau, di lệch vừa.
- Độ 4: 02 mặt gãy rời nhau, di lệch nhiều.

IV. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc điều trị:

Điều trị là đưa người bệnh về tình trạng sinh hoạt, đi lại như trước khi bị gãy xương càng sớm càng tốt. Nếu người bệnh quá yếu, khả năng đi lại kém, hoặc chỉ ngồi xe lăn thì mục đích điều trị là làm cho bệnh nhân đỡ đau. Nếu bệnh nhân trước gãy xương bệnh nhân đi lại khá thì cần can thiệp phẫu thuật

2. Điều trị cụ thể:

a. Cấp cứu: điều trị chống choáng

- Truyền dịch NaCl 0,9%
- Giảm đau Morphin 10mg 01 ống (TB) hoặc Diclofenac 75mg 01 ống (TB)

- Bất động ổ gãy
- Kháng sinh Cefotaxim 1g 01 lọ (TMC) nếu gãy hở

b. Điều trị bảo tồn:

- Chỉ định
 - + Khi người bệnh không đồng ý mổ
 - + Có bệnh lý nội khoa nặng không thể mổ
 - + Loãng xương nặng, hoặc không đi lại được trước chấn thương
- Phương pháp: Bó bột cánh chuồn hoặc nẹp chống xoay

c. Chuyển tuyến: khi huyết động ổn định và có chỉ định phẫu thuật

GÃY LIÊN MÁU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG:

Vùng liên máu chuyển (LMC) xương đùi là vùng giữa hai máu chuyển lớn và nhỏ, hoàn toàn là xương xốp. Phần đông các tác giả đồng ý nói rộng vùng LMC xuống 2,5cm dưới máu chuyển nhỏ và 5cm dưới máu chuyển lớn. Tất cả đường gãy xương nằm trong vùng này được gọi là gãy LMC xương đùi.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

- Đau và mất cơ năng là điểm đặc trưng thường gặp
- Chân ngắn và xoay ngoài hoặc xoay trong nếu gãy có di lệch.
- Vùng góc đùi sưng lớn, có vết bầm tím và đau chói.
- Có thể gây sốc do đau và mất máu.

2. X quang:

- X-quang xương chậu thẳng và khớp háng nghiêng để xác định chẩn đoán.

- Những yếu tố cần xem xét là: góc cổ-thân, gãy vụn, tình trạng loãng xương.

III. PHÂN LOẠI:

Phân loại Evans:

- Loại I: gãy 02 mảnh không di lệch.

- Loại II: gãy 02 mảnh có di lệch.

- Loại III: gãy 03 mảnh mất trụ chịu lực sau ngoài do mảnh gãy máu chuyển lớn di lệch.

- Loại IV: gãy 03 mảnh mất trụ chịu lực sau trong do di lệch mảnh gãy máu chuyển bé hoặc gãy cung cổ - thân.

- Loại V: gãy 04 mảnh mất trụ chịu lực sau ngoài và sau trong (kết hợp loại III và loại IV)

- Loại R (Reversed): Đường gãy từ máu chuyển bé hướng xuống dưới –ra ngoài (ngược với 05 loại trên: đường gãy từ máu chuyển bé hướng lên trên-ra ngoài)

IV. ĐIỀU TRỊ:

1. Điều trị bảo tồn:

- Bó bột chống xoay trong 3-4 tuần cho các trường hợp gãy LMC không di lệch hoặc khe gãy nhỏ hơn 04mm.

- Cần lưu ý các biến chứng của phương pháp điều trị bảo tồn này do nằm lâu như viêm phổi, loét, nhiễm trùng tiểu, các bệnh nội khoa sẵn có nặng lên...

2. Chuyển viện: Gãy có di lệch

GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG:

Đầu dưới xương đùi là vùng giữa lồi cầu và nơi tiếp giáp giữa hành xương với thân xương đùi. Tương đương 09 cm, tính từ bình diện khớp của 02 lồi cầu lên trên.

Gãy đầu dưới xương đùi là gãy trên hai lồi cầu hoặc là gãy một lồi cầu hay là gãy liên lồi cầu.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

- Sưng, bầm tím, đau vùng gối.
- Mất cơ năng chi dưới.
- Tụ máu khớp gối.
- Có thể có ngấn chi, bàn chân xoay ngoài, cử động bất thường nơi gãy.
- Khám mạch mu chân, cử động các ngón chân để kiểm tra tổn thương mạch máu, thần kinh.

2. X quang:

- Đùi và gối thẳng, nghiêng.
- Tìm tổn thương phối hợp; gãy mâm chày, xương bánh chè, bong nơi bám dây chằng chéo...

III. PHÂN LOẠI:

* Phân loại theo AO:

- A. Gãy trên lồi cầu xương đùi, ngoài khớp:
 - + A1. Gãy trên lồi cầu đơn giản
 - + A2. Gãy trên lồi cầu với 1 mảnh chêm
 - + A3. Gãy trên lồi cầu phức tạp nhiều mảnh
- B. Gãy đầu dưới xương đùi, 1 phần nội khớp :
 - + B1. Gãy lồi cầu ngoài
 - + B2. Gãy lồi cầu trong
 - + B3. Gãy HOFFA

- C. Gãy liên lồi cầu xương đùi, nội khớp :
 - + C1. Gãy liên lồi cầu đơn giản
 - + C2. Gãy liên lồi cầu nội khớp đơn giản, đầu dưới nhiều mảnh
 - + C3. Gãy liên lồi cầu nhiều mảnh

IV. ĐIỀU TRỊ:

- Giảm đau bất động chống choáng
- Điều trị bảo tồn thường gặp kết quả xấu như gập góc, mặt khớp cấp kênh, giới hạn cử động khớp, các biến chứng do nằm lâu.
- Ngày nay với sự tiến bộ của kỹ thuật và dụng cụ kết hợp xương hầu hết đều chọn kết hợp xương.

1. Điều trị bảo tồn:

a. Chỉ định điều trị bảo tồn (tương đối):

- Gãy không hoàn toàn hay không di lệch.
- Gãy lỏng vững ở bệnh nhân già loãng xương.
- Có bệnh nội khoa nặng đi kèm (Tim mạch, phổi, thần kinh...)

b. Phương pháp: Gãy không di lệch hay gãy lỏng: bó bột đùi bàn chân cao sát háng có chống xoay.

2. Chuyển viện phẫu thuật trong các trường hợp sau:

- Gãy một lồi cầu, gãy Hoffa.
- Gãy trên lồi cầu
- Gãy liên lồi cầu

GÃY MÂM CHÀY

I. ĐẠI CƯƠNG:

Gãy mâm chày là 1 dạng trong các gãy xương vùng gối, chiếm tỷ lệ 05-07 % của gãy xương cẳng chân.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

- Sưng nề vùng gối. Thường có tràn máu khớp gối.
- Ấn đau chói tại mâm chày.
- Cần lưu ý phát hiện sớm tổn thương động mạch vùng khoeo, qua theo dõi sát để ghi nhận các triệu chứng:
 - Mạch mu chân và mạch chày sau yếu dần
 - Vùng gối ngày càng sưng nề
 - Da căng chân, bàn chân lạnh hơn và tái màu hơn so với chân lành

2. Cận lâm sàng: X Quang căng chân (qua 02 khớp)

III. PHÂN LOẠI THEO SCHATZKER:

- Loại 1: Gãy 1 phần mâm chày ngoài, không xê dịch trục đùi chày.
- Loại 2: Gãy mâm chày ngoài, lệch trục đùi chày, có thể kèm gãy chỏm xương mác
- Loại 3: Gãy lún mâm chày, không xê dịch trục đùi chày.
- Loại 4: Gãy 01 mâm chày, có xê dịch hơn 02 mm.
- Loại 5: Gãy 02 mâm chày, có hoặc không gãy chỏm xương mác.
- Loại 5: Gãy 2 mâm chày, có hoặc không gãy chỏm xương mác.
- Loại 6: Gãy 01 hoặc 02 mâm chày, có đường gãy phạm thân xương chày hoặc gãy nhiều mảnh.

IV. ĐIỀU TRỊ: Sơ cứu.

- Truyền dịch NaCl 0.9%
- Giảm đau
- Nẹp bất động xương gãy
- Chuyển viện khi huyết động ổn định.

GỠ LIÊN LÒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG:

Gãy liên lõi cầu xương cánh tay, thường gặp ở người lớn, là loại gãy không vững. Cần được phẫu thuật sớm, tốt nhất trong vòng 24 – 48 giờ sau gãy xương.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

- Sung nề vùng khuỷu.
- Có cử động bất thường và tiếng lạo xạo xương vùng đầu dưới xương cánh tay.

2. Cận lâm sàng:

- X Quang cánh tay (qua 02 khớp)
- Chẩn đoán xác định gãy liên lõi cầu xương cánh tay: đường gãy tách lõi cầu trong khối lõi cầu ngoài xương cánh tay.

III. PHÂN LOẠI THEO RISEBOROUGH VÀ RADIN:

Đây là cách phân loại thông dụng trong gãy lõi cầu xương cánh tay.

- Loại 1: Gãy không di lệch giữa chỏm con và ròng rọc.
- Loại 2: Gãy có di lệch giữa chỏm con và ròng rọc mà không có di lệch xoay của các mảnh gãy trong mặt phẳng trán.
- Loại 3: Gãy có di lệch giữa chỏm con và ròng rọc kèm di lệch xoay của các mảnh gãy.
- Loại 4: Gãy nát của mặt khớp với di lệch xa giữa các lõi cầu, nhiều mảnh vụn liên lõi cầu.

IV. ĐIỀU TRỊ:

- Loại 1: Bó bột chữ U cải tiến.
- Loại 2-4 chuyển viên phẫu thuật

GÃY MỠM KHUYỮ

I. ĐẠI CƯƠNG:

Mỏm khuỷu ở đầu trên xương trụ to sát dưới da rất dễ bị chấn thương trực tiếp. Mỏm khuỷu bắt khớp với rỗng rọc xương cánh tay tạo nên hõm sigma to chỉ cho phép gấp duỗi khuỷu. Tất cả gãy Mỏm khuỷu là gãy nội khớp. Ở phía sau là thần kinh trụ đi qua sau Mỏm trên rỗng rọc và đi ra trước cẳng tay

II. PHÂN LOẠI: Theo Colton chia làm 02 nhóm:

- Nhóm I: Gãy không di lệch:

+ Khe gãy < 02mm khi gấp khuỷu đến 90 độ mà khe gãy không rộng ra thêm

+ Khi duỗi khuỷu chủ động chống được trọng lực

- Nhóm II: Gãy di lệch:

- Nhóm IIA: Gãy bong 01 mẫu nhỏ thường gặp ở người già

- Nhóm IIB: Gãy ngang hoặc gãy chéo

- Nhóm IIC: Gãy vụn nhiều mảnh thường do chấn thương trực tiếp, có thể kèm gãy đầu dưới xương cánh tay, kèm gãy chỏm xương quay, kèm gãy thân xương cẳng tay.

- Nhóm IID: Gãy kèm trật khuỷu ra trước cùng với xương quay thường do lực mạnh đánh vào mặt sau khuỷu.

III. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

- Đây là gãy nội khớp hay bị tràn máu khớp khuỷu, sưng đau ở mỏm khuỷu, sờ được chỗ hõ của khe gãy

- Dấu hiệu quan trọng nhất là không thể duỗi khuỷu chống lại được trọng lực

- Khám tổn thương thần kinh trụ: Vùng cảm giác riêng biệt cho thần kinh trụ là đốt 02 & 03 ngón út

2. Cận lâm sàng: Chụp X quang khớp khuỷu thẳng và nghiêng

IV. ĐIỀU TRỊ:

Mục đích của điều trị gãy mỏm khuỷu là lập lại diện khớp, bảo toàn và phục hồi cơ chế duỗi, giữ cho khuỷu vững chắc, tập vật lý trị liệu sớm để tránh cứng khớp và các biến chứng.

1. Điều trị bảo tồn:

- Gãy không di lệch
- Trường hợp bệnh nhân quá già, có bệnh lý nội khoa chống chỉ định phẫu thuật.
- Bó bột hoặc nẹp bột khuỷu gấp 90°. Cần theo dõi sát, chụp Xquang kiểm tra nếu di lệch cần phải mổ.

2. Chuyển viện phẫu thuật trong các trường hợp sau:

- Gãy mỏm ngang, gãy chéo ngắn, gãy di lệch
- Mỏm khuỷu gãy chéo nhiều
- Mỏm khuỷu gãy vụn lan đến mỏm vẹt
- Mỏm khuỷu gãy vụn nhiều, bệnh nhân loãng xương, không thể dùng phương pháp cố định khác được.
- Mỏm khuỷu gãy kèm trật khớp.

CHÈN ÉP KHOANG CẤP TÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG:

1. Định nghĩa:

Chèn ép khoang (CEK) cấp tính chỉ tình trạng tăng áp lực mô trong một khoang kín giải phẫu làm gián đoạn lưu thông máu hệ thống mao mạch dẫn đến rối loạn chức năng cơ, thần kinh. Lưu thông máu ở các trục mạch máu chính vẫn bình thường.

2. Nguyên nhân:

- * Các nguyên nhân làm giảm bót thể tích khoang giải phẫu:

- Băng bột hoặc nẹp quá chặt các chi.
- Bỏng rộng và sâu
- Khâu kín cân mạc quá căng tức.
- Hội chứng vùi lấp
- * Các nguyên nhân làm tăng dung tích trong khoang:
 - Chấn thương phần mềm đụng dập cơ nhiều.
 - Gãy xương chấn thương: kể cả gãy xương hở có vết thương da nhỏ.
 - Mọi phương pháp điều trị gãy xương đều có thể bị CEK cấp tính.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

Tiêu chuẩn chẩn đoán CEK cấp tính trên lâm sàng chủ yếu dựa vào triệu chứng đau và dấu hiệu thần kinh.

- Đau:
 - + Là triệu chứng xuất hiện sớm nhất, quan trọng nhất.
 - + Đau dữ dội ngày càng tăng.
 - + Đau khi sờ lên mặt da căng bóng
 - + Đau tăng thêm khi kéo căng thụ động các cơ trong khoang bị chèn ép (test căng khoang).
- Dấu hiệu thần kinh:
 - + Rối loạn cảm giác: cảm giác tê bì, kiến bò, giảm cảm giác. Phải phát hiện sớm thì điều trị mới có hy vọng phục hồi.
 - + Rối loạn vận động: phát hiện rối loạn vận động là quá muộn, ít hy vọng phục hồi hoàn toàn.

2. Cận lâm sàng: Siêu âm phần mềm

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Điều trị bảo tồn:

Chỉ định khi: thời gian CEK ≤ 6 giờ và chỉ có dấu hiệu đau.

Phương pháp:

- Tháo bỏ các phương tiện gây chèn ép bên ngoài: băng bột, băng thun; cắt chỉ các trường hợp khâu kín cân mạc.
- Tư thế chi dưới bị CEK: nên để chi ngang mức tim là phù hợp nhất.

- Thuốc giảm đau.
- Tiếp tục theo dõi tiến triển mỗi giờ một lần.

2. Điều trị phẫu thuật chuyển viên khi:

- CEK quá 6 giờ, dù dấu hiệu lâm sàng nào kể trên.
- Xuất hiện dấu hiệu thần kinh (phải phát hiện sớm ngay khi mới chỉ có rối loạn cảm giác).

SƠ CỨU BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

Đánh giá độ hôn mê theo thang điểm Glasgow

Sơ cứu:

1. Khai thông đường thở:

- Lấy dị vật hút đàm nhớt
- Đặt nội khí quản
- Thở oxy 06 lít/phút

2. Trong trường hợp huyết áp thấp: Truyền dịch NaCl 0,9 % , hoặc Lactate Ringer

3. Cố định cột sống cổ bằng nẹp cổ

4. Ghi nhận tình trạng thần kinh, chuyển bệnh nhân sớm an toàn đến trung tâm ngoại thần kinh. Tranh thủ giờ vàng dưới 04 giờ.

5. Cho thuốc hạ áp lực nội sọ khi bệnh nhân có dấu hiệu tăng áp lực nội sọ: Mannitol 20% liều 01-1,5g/kg truyền nhanh trong 20 phút.

6. Thuốc chống co giật nếu có co giật.

GÃY XƯƠNG ĐÒN

I. ĐẠI CƯƠNG:

1. Định nghĩa:

- Gãy xương thường xuất hiện ở chỗ nối giữa hai đường cong
- Gãy xương hở ít xảy ra

2. Nguyên nhân:

- Trực tiếp: do vật nặng đập trực tiếp vào xương đòn
- Gián tiếp: 80 %do đập vai, té chổng tay tư thế dạng vai

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

- Bệnh sử: Cơ chế chấn thương
- Để chẩn đoán với biến dạng và điểm đau chói. Lạo xạo xương khi vận động vai.
- Căng da thường xảy ra. Nghĩ đến gãy hở khi có bất cứ vết thương nào gần ổ gãy.
- Khám mạch máu thần kinh, phổi khi có gãy xương đòn.

2. Cận lâm sàng: X quang ngực thẳng là đủ chẩn đoán

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Điều trị bảo tồn:

- Mang đai xương đòn đến khi có cal lâm sàng: nơi gãy không đau, người bệnh có thể vận động khớp vai bình thường
- Thời gian: 3-5 tuần ở người trưởng thành, 2-4 tuần ở trẻ em
- Giảm đau canxi

2. Chuyển viện phẫu thuật trong các trường hợp sau:

- Gãy hở
- Tổn thương mạch máu, thần kinh

- Căng da nơi ổ gãy
- Khớp vai bập bênh

IV. THEO DÕI, TÁI KHÁM:

1. Theo dõi: Theo dõi biến chứng mạch máu , thần kinh

2. Tiêu chuẩn xuất viện: thường sau 05 ngày điều trị

3. Tái khám:

- Sau ra viện 01 tuần, 03 tuần
- Hướng dẫn tập vật lý trị liệu
- X quang kiểm tra

GỠY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG:

1. Định nghĩa:

Gãy xương cánh tay dễ lành, quá trình điều trị có thể di lệch nhưng ít ảnh hưởng đến chức năng nên đa số các trường hợp đều được điều trị bảo tồn

2. Nguyên nhân:

Nguyên nhân thường do té chống tay hoặc chống khuỷu tay hoặc lực tác động trực tiếp vào cánh tay

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

- Triệu chứng gãy xương: biến dạng, cử động bất thường, lạo xạo xương
- Tổn thương mạch máu: bàn tay lạnh, mất mạch quay
- Tổn thương thần kinh: mất cảm giác, mất vận động (thường là tổn thương thần kinh quay)
- Chèn ép khoang: đau tự nhiên, liên tục và tăng khi căng cơ cánh tay thụ động

2. Cận lâm sàng: Chụp X quang qua 02 khớp và 02 tư thế để đánh giá di lệch.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc:

- Bất động vững chắc
- Tập vận động sớm

2. Điều trị cụ thể:

a. Bảo tồn: các trường hợp gãy kín thân xương cánh tay không biến chứng và di lệch chấp nhận được

- Tiêu chuẩn di lệch chấp nhận được
 - + Chồng ngắn $< 2,5$ cm
 - + Gập góc ra trước $< 15^0$, ra sau $< 30^0$
- Nắn bó bột ngực vai cánh tay, bột chữa U, cánh bàn tay, bột treo

b. Chuyển viện khi:

- Điều trị bảo tồn thất bại
- Gãy xương có biến chứng, gãy xương hở
- Gãy xương cánh và cẳng tay cùng bên, gãy 2 cánh tay, hoặc gãy xương cánh tay kèm gãy nhiều xương khác

IV. THEO DÕI TÁI KHÁM:

1. Tiêu chuẩn nhập viện: Gãy xương cánh tay không di lệch, không có biến chứng

2. Theo dõi:

- Theo dõi lành xương
- Theo dõi phục hồi chức năng cánh tay

3. Tiêu chuẩn xuất viện:

- Người bệnh giảm đau
- Không dấu chèn ép bột

4. Tái khám: Tái khám 1 tuần, 2 tuần và sau đó mỗi 4 tuần và kiểm tra X quang mỗi tháng đến khi lành xương.

TRẬT KHỚP KHUYU

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Trật khớp khuỷu chỉ đứng thứ 02 sau trật khớp vai, chiếm 20 – 25% trong các trật khớp

- Đa số trật ra sau lên trên, trật khớp phức tạp có tổn thương khớp quay trụ trên, trật ra trước ít, thường có gãy Mỏm khuỷu.

- Trật khớp khuỷu gặp mọi lứa tuổi, trẻ tuổi nhiều hơn, nam nhiều hơn nữ

- Nguyên nhân: Thường gặp té chống tay khuỷu duỗi hay gấp nhẹ

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

- Trật ra sau nhiều khoảng 90%, mất cơ năng, sưng đau bầm, đầu trên 02 xương cẳng tay lên trên ra sau xương cánh tay, nếu sang bên thì trật sau ngoài hay sau trong.

+ Biến dạng khuỷu gấp nhẹ không duỗi thẳng được

+ Dấu nhát rìu phía sau khuỷu khi nằm nghiêng, sờ được đầu dưới xương cánh tay trước khuỷu mất tam giác Nelaton.

+ Dấu lò so, gấp thụ động căng tay, khi buông ra thẳng tay bật mạnh lại.

+ Dấu ổ khớp rỗng.

- Trật ra trước thường có gãy kèm Mỏm khuỷu, các dây chằng bị đứt (trừ dây chằng vòng), cơ nhị đầu, nhóm cơ bám trên lồi cầu bị đứt gãy, rách.

- Thăm khám kỹ phát hiện tổn thương gãy xương, tổn thương thần kinh trụ, thần kinh giữa, thần kinh quay ít gặp, tổn thương động mạch cánh tay, bị dập hay chèn ép.

- Trật khớp hở chú ý vết thương hở thấu khớp

2. Cận lâm sàng: X quang khớp khuỷu trước và sau nắn trật để xác định trật khớp nắn đúng vị trí.

III. ĐIỀU TRỊ:

- Nắn trật càng sớm càng tốt, dễ nắn ít biến chứng. Có thể nắn bằng khung nắn treo tay hay bàn tay

- Bất động bằng bột nên rạch dọc, nẹp bột 3- 4 tuần, gấp khuỷu 90°, ngửa căng tay

- Tập gồng cơ trong bột, sau thời gian bất động, bỏ bột tập vận động khuỷu

- Cho thuốc giảm đau, kháng viêm

- Phẫu thuật khi nắn trật thất bại, trật khớp khuỷu đến muộn.

IV. TIỀN LƯỢNG:

- Thường tốt ít khi trật lại

- Cứng khuỷu nếu trật khuỷu phức tạp, có nhiều tổn thương đi kèm.

TRẬT KHỚP VAI

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Phổ biến nhất trong các loại trật khớp, chiếm 50-60% trong tổng số trật khớp các loại

- Là sự di lệch của chỏm xương cánh tay và ổ chảo xương vai

- Trật khớp vai ra trước thường gặp nhất 95-97%

- Nguyên nhân: Chấn thương do té ngã dang tay, đưa tay ra sau, chống bàn tay hay chống khuỷu, có khi mồm vai bị đập từ phía sau ngoài.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Trật khớp vai ra trước:

a. Lâm sàng:

- Khai thác bệnh sử, tìm hiểu cơ chế chấn thương

- Khám:

+ Nhìn vai dạng, soi ngoài, dấu nhát rìu, vai vuông

+ Ấn ổ khớp rỗng, dấu lò so

+ Cần thăm khám phát hiện tổn thương thần kinh, mạch máu

b. Cận lâm sàng:

X quang vai phát hiện chỏm xương cánh tay bị trật, nếu trật không hoàn toàn chú ý khe khớp rỗng. Chụp trước khi nắn trật, xác định trật khớp, phát hiện gãy xương. Chụp sau nắn trật, xác định nắn trật thành công và loại trừ xương gãy do nắn.

2. Trật khớp vai ra sau:

a. Nguyên nhân:

Lực chấn thương từ phía trước vai, cánh tay khép, soi trong

b. Lâm sàng:

Gõ phía sau, vai giữ tư thế khép, xoay trong, Mồm quạ nhô rõ

c. Cận lâm sàng:

- X quang trước sau có thể bỏ sót 50% dấu hiệu gợi ý

- Dấu bóng đèn không thấy dấu máu động lớn do chỏm xoay trong

- Dấu rìa, khoảng cách từ mặt trong chỏm xương cánh tay đến rìa trước ổ chảo bị đảo ngược hoặc 02 thành phần trên chồng lên nhau.

3. Trật khớp vai xuống dưới:

a. Nguyên nhân:

Lực chấn thương dọc trục cánh tay dạng hoàn toàn hoặc dạng quá mức

b. Lâm sàng:

Cánh tay luôn tư thế qua đầu, Cẳng tay sấp, 60% tổn thương thần kinh, thường là thần kinh nách, rách chớp xoay hoặc gãy máu động lớn khoảng 80%, tổn thương mạch máu khoảng 3%

c. Cận lâm sàng: X quang vai, chòm xương cánh tay dưới mỏm qua hay dưới ổ chảo

III. ĐIỀU TRỊ

- Người bệnh được nắn trật càng sớm càng tốt, được tư vấn trước những tai biến có thể xảy ra

- Phương pháp nắn trật theo Hippocrate thường sử dụng nhất. Người bệnh nằm thấp, thả lỏng người, người nắn đứng bên vai trật nắm cẳng tay người bệnh, kéo dọc trục cánh tay tăng dần lực kéo, dạng tay. Đồng thời, gót chân người nắn đặt vào hõm nách người bệnh, khi kéo chòm xương cánh tay gần diện ổ chảo nhanh choongskheps cánh tay vào, nghe tiếng cụp là khớp vào đúng vị trí, người bệnh cảm giác khớp nhẹ nhàng, giảm đau. Nếu có người phụ nắn thì người phụ dùng khăn vải choàn qua nách người bệnh trước khi người nắn đặt gót chân vào nách và phối hợp người nắn kéo lên trên.

- Bất động sau nắn bằng đai Desault 01- 03 tuần

- Sau thời gian bất động, tập vận động vai tăng dần lấy lại tầm vận động khớp vai và sức cơ. Chơi thể thao nhẹ sau 03 tháng, bình thương sau 04 tháng.

- Cho thuốc giảm đau, giảm sưng sau nắn

- Phẫu thuật khi nắn thất bại

IV. TIỀN LƯỢNG:

- Trật tái hồi khi vận động sớm, không tuân thủ nguyên tắc điều trị, tổn thương phối hợp phần mềm nặng

- Cứng khớp vai nếu không tập vai trong đai.

SỎI KẾT NIỆU ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG:

Phần lớn sỏi niệu đạo là từ đường niệu trên, bàng quang chảy xuống rồi kẹt ở niệu đạo

Sỏi niệu đạo thường gặp ở nam giới, các vị trí thường gặp xoang tiền liệt tuyến, và hố thùy niệu đạo

Nguyên nhân:

- Sỏi có thể hình thành tại niệu đạo do túi thuawff ở góc dương vật
- Hẹp niệu đạo

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

- Tiểu khó, tiểu gắt, tiểu máu, bí tiểu
- Cầu bàng quang dương tính
- Dấu chạm sỏi dương tính khi thăm khám bằng Benique

2. Cận lâm sàng:

- Siêu âm hệ niệu
- Chụp KUB

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc điều trị:

- Lấy sạch sỏi bằng phương pháp ít xâm lấn
- Điều trị nguyên nhân gây sỏi
- Phòng ngừa hẹp niệu đạo

1. Điều trị cụ thể:

a. Nếu sỏi kẹt ở hố thùy:

- Ngoại khoa: xẻ phía bụng lỗ sáo lấy sỏi trực tiếp, đặt sonde tiểu
- Kháng sinh nhóm Quinolon ± Cephalosporin 3
- Giảm đau
- Kháng viêm

b. Sỏi kẹt góc dương vật trở lên:

- Đẩy sỏi vào lòng bàng quang dưới áp lực nước + đặt sonde tiểu lưu
- Kháng sinh nhóm Quinolon ± Cephalosporin 3
- Giảm đau
- Kháng viêm

c. Sỏi kẹt niệu đạo gây bí tiểu:

- Giải áp bàng quang
- Chuyển tuyến

ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM

I. ĐỊNH NGHĨA:

Vết thương phần mềm (VTPM) là một vết thương gây tổn thương tổ chức dưới da, cân, cơ và các mạch máu nhỏ nuôi cơ

II. Phân loại:

1. Phân loại theo nguyên nhân:

- Vết thương do hỏa khí:
 - + Do mảnh phá chiếm tỷ lệ cao
 - + Do đạn thẳng
 - + Do bom bi
 - + Tổn thương do những vật rắn trong vụ nổ
- VTPM không do hỏa khí:
 - + Do tai nạn giao thông

- + Do tai nạn sinh hoạt
- + Do vũ khí lạnh: dao, mả tấu...
- + Do động vật cắn

2. Phân loại theo tổn thương:

- Vết thương chột: là vết thương có lỗ vào, có ống vết thương, nhưng không có lỗ ra
- Vết thương xuyên: là vết thương có lỗ vào, có ống vết thương, có lỗ ra
- Vết thương lăm tằm: do các mảnh tít mìn, lựu đạn
- Vết thương xước nông
- Vết thương mài sát
- Vết thương rách da: chỉ tổn thương lớp da, không tổn thương lớp dưới da
- Vết thương lóc da: lóc da hoặc kèm theo cân cuốn mạc nuôi

3. Theo vị trí tổn thương:

- VTPM chi thể phân biệt với tổn thương xương khớp
- VTPM ở thân mình phân biệt với vết thương thấu bụng, thấu ngực
- Vết thương đầu mặt cổ thân biệt với tổn thương xương mặt, sọ và tổn thương não

III. CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TỚI SỰ Ô NHIỄM:

1. Yếu tố tại vết thương:

- Vết thương bị dập nát, nhiều dị vật và tổ chức ngoại tử dễ bị nhiễm khuẩn nặng
- Vùng bị thương có khối cơ dày, bị bầm dập thì dễ bị ngoại tử và nhiễm khuẩn rất nặng
- Đoạn chi bị gãy phải ga rô lâu hoặc có kèm theo tổn thương mạch máu thần kinh của chi thể

2. Yếu tố thời gian:

Vết thương sau 06 - 08 giờ nguy cơ nhiễm khuẩn cao

3. Yếu tố toàn thân:

Tình trạng choáng chấn thương và sức khỏe người bệnh kém là những điều kiện thuận lợi cho nhiễm khuẩn dễ bị và nặng lên

- Giai đoạn sớm là viêm tấy: vết thương sưng, nóng, đỏ, đau, hạn chế vận động

- Giai đoạn muộn vết thương hình thành mủ.

IV. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc điều trị:

- Sử trí vết thương càng sớm càng tốt (trong vòng 6 giờ đầu)

- Băng vết thương sạch và bất động chi

- Tranh thủ khép kín vết thương khi có đủ điều kiện toàn thân và tại chỗ

- Kháng sinh liều cao, phổ rộng càng sớm càng tốt sau khi người bệnh nhập viện

2. Kỹ thuật phẫu thuật vết thương phần mềm sau khi vô cảm

- Rạch rộng vết thương:

- + Mục đích rạch rộng để kiểm soát toàn bộ vết thương, để chống phù nề, thiếu máu

- + Rạch đủ rộng đến khi kiểm soát tận đáy vết thương đến khi không còn khả năng phù nề

- + Kỹ thuật: rạch theo trục chi, theo hướng đi của mạch máu, thần kinh, không rạch ngang, không rạch cắt ngang mạch máu thần kinh

- Cắt lọc: cắt lọc triệt để nhưng phải hết sức tiết kiệm, cắt lọc từ ngoài vào trong, từ nông đến sâu

- + Cắt da: triệt để hết sức tiết kiệm, thường cắt cách bờ mép < 5mm

- + Cắt cân: cắt cân bằng đường rạch da, lấy bỏ hết máu tụ dưới cân, cắt bỏ phần cân dập nát

+ Cắt cơ: Cắt bỏ phần cơ mất trương lực, không còn khả năng co rút, không có máu, cắt đến phần cân có khả năng co rút, có chảy máu

- Bơm rửa sát khuẩn VTPM sau khi vô cảm bằng dung dịch xà phòng, nước muối sinh lý sau đó sát khuẩn bằng betadin

- Lấy bỏ dị vật: không cố tình tìm dị vật, nên lấy dị vật khi chúng ta cắt lọc, bơm xối dưới áp lực để lấy dị vật (đất cát)

- Bơm rửa tận đáy vết thương bằng dung dịch nước muối, oxy già betadin, rửa và cắt lọc có thể lặp đi lặp lại nhiều lần cho đến khi vết thương sạch hoàn toàn

- Dẫn lưu thật tốt: bằng ống không nên nhét mét để hở vết thương hoàn toàn bằng phương pháp dẫn lưu tốt

- Che phủ mạch máu thần kinh bằng cân cơ cận kề

- Nếu có thỏ thương mạch máu thần kinh xương thì chuyển viện

3. Điều trị kết hợp:

- Sử dụng kháng sinh mạnh, sớm và phổ rộng khi chưa có kháng sinh đồ, sau đó điều chỉnh khi có kháng sinh đồ

- Nuôi dưỡng và nâng cao sức đề kháng

- Tập vận động sớm và kết hợp vật lý trị liệu

4. Khâu vết thương:

4.1. Khâu da kỳ đầu: khi có đủ điều kiện toàn thân và tại chỗ, nhất là các vết thương sắc nhọn và sạch

- Thời gian khâu sau khi cắt lọc vết thương

- Kỹ thuật khâu áp sát mép vết thương

4.2. Khâu da kỳ 2:

- Vết thương có tổ chức hạt, sạch

- Thời gian từ 07-14 ngày

- Kỹ thuật: nạo tổ chức hạt, làm di động cắt da rồi khâu

5. Bất động:

Vết thương phần mềm nhỏ thì không cần bất động, các vết thương lớn hoặc thấu khớp nên bất động

V.THEO DÕI TÁI KHÁM:

1. Tiêu chuẩn nhập viện: VTPM chảy máu, lộ cấu trúc dưới da (mở, cân, cơ, mạch máu, thần kinh hoặc xương)

2. Chăm sóc hậu phẫu:

- Các vết thương nhỏ cho điều trị ngoại trú
- Vết thương phức tạp cho nằm viện, kê cao chi
- Thay băng hàng ngày, nếu có dấu hiệu nhiễm trùng, mô ngoại tử, nên cắt lọc lại
- Kháng sinh Cephalosporin thứ hệ thứ 3 kết hợp với Aminoglycosic hoặc Metronidazol

3. Tiêu chuẩn xuất viện:

Vết thương khô sạch, mềm mại, kháng sinh đủ liều.

BỎNG NGƯỜI LỚN

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Bỏng là tổn thương của cơ thể, có từ khi loài người được hình thành và phát triển
- Bỏng có thể nông hay sâu, gây hư hại da, biến đổi cấu trúc da, thành phần của da, dưới da. Đôi khi gây rối loạn toàn thân
- Theo sự phát triển của loài người, xã hội, ngày nay chúng ta còn biết thêm phỏng do hóa chất, bức xạ, điện
- Đa phần bỏng do tai nạn trong sinh hoạt cuộc sống hàng ngày (nấu ăn...)

II. NGUYÊN NHÂN GÂY BỎNG:

- Do sức nhiệt khô hay ướt, nhiệt độ gây bỏng làm tổn thương tế bào $> 45^{\circ}\text{C}$.
- Do luồng điện gây tổn thương tại chỗ sâu, có thể bị sốc điện, ngưng tim ngưng thở.

- Do bức xạ tùy theo loại tia, cường độ
- Do hóa chất tùy theo hóa chất, nồng độ, diện tiếp xúc

III. ĐÁNH GIÁ LÂM SÀNG:

1. Lâm Sàng:

a. Diện tích bỏng:

- Quy tắc số 9:
 - + Đầu mặt cổ 9%
 - + Ngực 9%
 - + Bụng 9%
 - + Toàn lưng 18%
 - + Tay 9%
 - + Chân 18%
 - + Bộ phận sinh dục 1%
- Phương pháp 1.3.6.9.18 của Lê thể Trung, Viện Bỏng Quốc Gia
- Phương pháp Palm: Dùng kích thước bàn tay của người bệnh ước lượng diện tích bỏng, khoảng 1%, thường áp dụng cho diện tích bỏng nhỏ

b. Theo độ sâu: (Viện Bỏng Quốc Gia)

- Độ I: Viêm da nông, da khô đỏ, chỉ có lớp biểu bì bị ảnh hưởng, đau rất ít, thời gian lành trung bình khoảng 01 tuần
- Độ II: Bỏng trung bì, có sự hoại tử biểu bì (còn lớp tế bào mầm, màng đáy còn nguyên vẹn), có nốt phỏng dịch, thường tổn thương lành khoảng từ 01 đến 02 tuần
- Độ III: Bỏng trung bì, chia làm 02 loại
 - + Trung bì nông: Nang lông tuyến mồ hôi còn nguyên vẹn, có các nốt phỏng da nền đỏ ướt, cảm giác đau tăng, hồi phục thường sau 02-04 tuần
 - + Trung bì sâu: chỉ còn phần sâu tuyến mồ hôi, dùng kẹp gấp lông tóc dễ dàng, nốt phỏng da chỗ trắng, chỗ hồng, giảm cảm giác đau, hồi phục thường sau 04-06 tuần
- Độ IV: Bỏng toàn bộ lớp da, nếu tổn thương bỏng có đường kính dưới 05cm thì có khả năng tự lành. Trường hợp lớn hơn, khả năng phẫu thuật vì có hoại tử da nhiều

+ Hoại tử ướt: thường bỏng nhiệt dưới 60 độ C, da trắng bệch, đỏ xám, hoa vân sờ cảm giác ướt, mềm, gồ hơn so với da lành, mất cảm giác đau, da hư thường tan rã hay rụng dần từ tuần thứ 02

+ Hoại tử khô: Nhiệt độ bỏng trên 60 độ C, da chắc khô đen hay vàng thui, lõm so với da lành, sờ khô cứng, thô ráp, xung quanh có nếp đỏ nề, không tự rã

- Độ V: Bỏng toàn bộ da xâm phạm mô dưới da, cân cơ, gân cơ, xương khớp, mạch máu, thần kinh, nội tạng.

Ghi chú: Bỏng nông là bỏng độ I, II, III. Bỏng sâu là bỏng độ IV, V

2. Cận Lâm Sàng:

Các xét nghiệm cơ bản đánh giá tình trạng chức năng gan, ion đồ, chức năng thận, tim, phổi tổng quát người bệnh và là cơ sở so sánh những kết quả xét lần sau khi có rối loạn toàn thân của người bệnh do tổn thương bỏng gây ra

❖ **Ghi chẩn đoán bỏng:** Diện tích bỏng, độ sâu bỏng (lúc khám), vị trí bỏng, nguyên nhân bỏng, có thể thay đổi chẩn đoán tùy thời điểm khám

❖ **Sốc bỏng:**

- Thường xảy ra thời kỳ đầu, khi diện tích bỏng $\geq 10\%$ có thể xảy ra.

- Bỏng da có kèm theo bỏng hô hấp tỉ lệ sốc cao

- Dễ xảy ra ở người già và trẻ em

- Khác với sốc chấn thương: thoát dịch huyết tương, tiêu huyết, rối loạn chức năng thận diễn tiến kéo dài, không chảy máu

- Chỉ số Frank mỗi % bỏng nông là 01 đơn vị, mỗi % bỏng sâu là 03 đơn vị:

+ Nếu < 30 đơn vị tỉ lệ sốc bỏng # 5%

+ Nếu $30 \rightarrow 50$ tỉ lệ sốc # 50%

+ Nếu $50 \rightarrow 120$ tỉ lệ sốc # 80%- 90%

+ Nếu > 120 tỉ lệ sốc 100%

- Lâm sàng: 02 dạng

+ Sốc cương thường sớm vài giờ đầu, kích thích vật vã, huyết áp tăng cao. mạch nhanh

+ Sốc nhược thường giờ thứ 5, 6 sau bỏng, nếu bỏng sâu, lớn thì xuất hiện sớm hơn, diễn tiến nặng. Triệu chứng huyết áp tụt <90mmHg, hạ thân nhiệt, thiếu niệu (<30ml/g), BUN, CREATININE tăng, nước tiểu đục đỏ, buồn nôn, nôn dai dẳng, rối loạn điện giải.

- Biện chứng:

+ Suy thận cấp

+ Thủng loét cấp đường tiêu hóa, thường gặp giờ thứ 36

+ Tràn máu phế nang, tử vong cao, thường gặp giờ thứ 12

IV. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc điều trị:

- Tích cực hồi sức nội khoa, nhanh chóng đưa người bệnh về trạng thái ổn định

- Săn sóc vết thương bỏng

- Tiến hành phẫu thuật cắt lọc da hoại tử nếu có, có thể nhiều lần

- Nâng cao thể trạng, hồi phục dần tổng trạng người bệnh

- Chuyển viện khi bỏng độ III, IV, V.

2. Điều trị đặc hiệu:

a. Bù dịch, điện giải, kháng sinh, giảm đau, săn sóc vết thương bỏng, cắt lọc hoại tử

- Công thức Parland:

+ 24 giờ đầu dùng dung dịch Lactate Ringer theo công thức $4\text{ml} \times \text{Kg cân nặng} \times \text{diện tích bỏng}$ (8 giờ đầu truyền 1/2 tổng lượng dịch, 16 giờ tiếp truyền 1/2 lượng dịch còn lại)

+ 24 giờ sau dùng dịch Coloid 0,5ml x KG cân nặng x diện tích bỏng và dung dịch glucose 5% 2 lít

- Công thức Rodin L.B:

+ Sốc nhẹ, vừa: 24 giờ đầu 03 lít dịch, 24 giờ sau 02 lít

+ Sốc nặng, rất nặng: 24 giờ đầu 4,5 lít, sau 24 giờ tiếp 03 lít, sau 24 giờ tiếp 1,5 lít

- Thành phần dịch truyền 1/2 là dịch keo, 1/4 là dịch mặn, 1/4 là dịch khác

- Để đánh giá việc bồi hoàn nước điện giải theo dõi lường nước tiểu cần được duy trì 0,5ml -1ml/kg/giờ, theo dõi tri giác, mạch, huyết áp

b. Giảm đau toàn thân truyền Perfagan, Morphine...

c. Kháng sinh phối hợp, phổ rộng

d. Nâng đỡ tổng trạng, cho ăn sớm, dinh dưỡng đường tĩnh mạch, qua thông dạ dày.

V. THEO DÕI:

- Săn sóc vết thương bỏng: dầu mù u, Nitrat bạc oiment, Biafine...

- Tập vật lý trị liệu

- Tâm lý trị liệu

Các phẫu thuật ngoại khoa cần thiết.