

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÁI NGUYÊN

THỰC HÀNH LÂM SÀNG
SẢN PHỤ KHOA

CHỦ BIÊN

PGS.TS. Nguyễn Văn Tư

BSCKII. Phạm Thị Quỳnh Hoa

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2013

Chủ biên:

PGS.TS. Nguyễn Văn Tư

BSCCKII. Phạm Thị Quỳnh Hoa

Tham gia biên soạn:

TS. Lê Minh Chính

ThS. Ngô Văn Hựu

BSCCKII. Phạm Mỹ Hoài

ThS. Nguyễn Thị Bình

ThS. Cán Bá Quát

ThS. Nguyễn Thị Hồng

ThS. Nguyễn Thúy Hà

ThS. Bùi Hải Nam

BS. Tạ Quốc Bản

BS. Hoàng Quốc Huy

BS. Hoàng Thị Ngọc Trâm

BS. Nguyễn Thị Kim Tiến

LỜI GIỚI THIỆU

Trong đào tạo cán bộ y tế nói chung và đào tạo bác sĩ đa khoa nói riêng, đào tạo kỹ năng lâm sàng chiếm một vị trí đặc biệt quan trọng và có tính quyết định đến chất lượng nguồn nhân lực y tế. Kỹ năng lâm sàng không chỉ giúp người cán bộ y tế thực hiện các thủ thuật y khoa, khám và chẩn đoán một cách toàn diện mà còn lồng ghép được các kiến thức sẵn có của mình để đưa ra các quyết định đúng đắn, kịp thời và hiệu quả cao nhất trong khám, chẩn đoán và chăm sóc cho người bệnh.

Trước yêu cầu nâng cao chất lượng ngày càng cao của công tác đào tạo về chăm sóc sức khỏe bà mẹ - trẻ em, Bộ môn Sản, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, với sự hỗ trợ kỹ thuật của các cán bộ Tổ chức Pathfinder International Việt Nam, đã biên soạn cuốn sách ***“Thực hành lâm sàng Sản Phụ khoa”***. Cuốn sách là kết quả của quá trình làm việc nghiêm túc, trách nhiệm và tâm huyết của các thầy, cô giáo nhà trường, những chuyên gia nhiều kinh nghiệm về Sản Phụ khoa, với mong muốn cung cấp một cách đầy đủ và cập nhật nhất về thực hành những kỹ năng lâm sàng cần thiết trong lĩnh vực Sản Phụ khoa.

Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên xin trân trọng cảm ơn các thầy, cô giáo đã dành nhiều thời gian, công sức biên soạn và hoàn thành tài liệu có giá trị này. Xin cảm ơn sự hỗ trợ kỹ thuật của các cán bộ Tổ chức Pathfinder International Việt Nam và sự hỗ trợ về tài chính của Quỹ Từ thiện Atlantic Philanthropies trong quá trình biên soạn, chỉnh sửa và xuất bản cuốn sách.

Do những hạn chế nhất định, cuốn sách chắc chắn không thể tránh khỏi những khiếm khuyết. Chúng tôi mong muốn nhận được những ý kiến đóng góp quý báu của các thầy cô giáo, các đồng nghiệp và học sinh/sinh viên để cuốn sách ngày càng được hoàn thiện hơn, góp phần nâng cao hơn nữa công tác đào tạo cán bộ y tế nói chung tại các trường y trên cả nước.

MỤC LỤC

Bệnh án sản phụ khoa	9
Chương 1. Chăm sóc trước sinh	25
Khám thai	25
Tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ	35
Một số tình huống đóng vai tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ	44
Nghe tim thai bằng ống nghe sản khoa	46
Sờ nắn ngoài xác định tư thế thai nhi đo chiều cao tử cung, vòng bụng	49
Chương 2. Chăm sóc trong khi sinh.....	54
Theo dõi chuyển dạ, ghi biểu đồ chuyển dạ	54
Kỹ thuật bấm ối.....	63
Đỡ đẻ thường ngôi chỏm	68
Xử lý tích cực giai đoạn III của chuyển dạ.....	75
Kiểm tra rau	79
Cắt và khâu tầng sinh môn.....	84
Tiêm oxytocin vào cơ tử cung và truyền nhỏ giọt tĩnh mạch	91
Bóc rau nhân tạo - kiểm soát tử cung	93
Nghiệm pháp lọt ngôi chỏm.....	95
Chương 3. Chăm sóc sau sinh	98
Chăm sóc trẻ sơ sinh	98
Hồi sức trẻ sơ sinh	103
Theo dõi và chăm sóc sản phụ sau đẻ.....	108
Theo dõi, chăm sóc sau mổ lấy thai.....	118
Chương 4. Phụ khoa	121
Khám phụ khoa.....	121
Kỹ thuật lấy bệnh phẩm làm tế bào âm đạo và soi tươi dịch âm đạo	128
Cách làm test acid acetic và test Schiller	133
Chương 5. Kế hoạch hóa gia đình	135
Tư vấn kế hoạch hóa gia đình.....	135

Kỹ thuật đặt dụng cụ tử cung - loại Tcu 380A	149
Phá thai bằng bơm hút chân không.....	154
Chương 6. Bệnh lý sản phụ khoa.....	161
<i>Chảy máu sản khoa 3 tháng đầu</i>	161
Dọa sảy thai - sảy thai	161
Thai chết lưu.....	164
Chửa trứng.....	165
Thai ngoài tử cung.....	165
<i>Chảy máu sản khoa 3 tháng cuối</i>	167
Rau tiền đạo.....	167
Dọa đẻ non	168
Rau bong non	169
<i>Sản khó - sản bệnh</i>	170
Ngôi bất thường.....	170
Chuyển dạ đẻ với sẹo mổ cũ ở tử cung	170
Chảy máu sau đẻ	171
Tiêm oxytocin vào cơ tử cung và truyền nhỏ giọt tĩnh mạch	172
Thai đôi	172
Tiền sản giật	173
<i>Khối u sinh dục</i>	174
U xơ tử cung.....	174
U nang buồng trứng.....	175
Nhiễm khuẩn đường sinh dục	176
Phần hướng dẫn trả lời tình huống.....	178
Tài liệu tham khảo.....	215

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BN:	: bệnh nhân
BPTT	: biện pháp tránh thai
CTC	: cỗ tử cung
CBYT	: cán bộ y tế
DCTC	: dụng cụ tử cung
HIV/AIDS	: Human Immunodeficiency Virus infection/ Acquired Immunodeficiency Syndrome
HA	: huyết áp
KH	: khách hàng
KHHGD	: kế hoạch hóa gia đình
LTQĐTD	: lây truyền qua đường tình dục
NCBSM	: nuôi con bằng sữa mẹ
NPLNC	: nghiệm pháp lọt ngôi chỏm
NVYT	: nhân viên y tế
SKSS	: sức khỏe sinh sản
TBAĐ	: tế bào âm đạo
TC	: tử cung
TSG	: tiền sản giật
TSM	: tầng sinh môn

BỆNH ÁN SẢN PHỤ KHOA

MỤC TIÊU

Áp dụng được mẫu bệnh án sản phụ khoa để làm bệnh án cho bệnh nhân cụ thể.

PHẦN 1: HƯỚNG DẪN CHUNG

Dựa trên tình hình thực tế các bệnh nhân (BN) thuộc khoa Phụ sản có thể chia ra 7 loại bệnh án như sau:

1. Bệnh án tiền sản chưa chuyển dạ

Là những trường hợp thai nghén trong 3 tháng cuối chưa có dấu hiệu chuyển dạ và không có dấu hiệu bệnh lý.

Ví dụ: ngôi đầu, ngôi mông, chửa sinh đôi...

Yêu cầu của bệnh án này là chẩn đoán được tuổi thai (tính bằng tuần), tư thế thai nhi trong buồng tử cung (TC), tình trạng người mẹ dự kiến ngày đẻ và dự định nơi đẻ.

2. Bệnh án tiền sản đang chuyển dạ

Là tất cả những trường hợp chuyển dạ bình thường hay bệnh lý. Loại bệnh án này có đặc điểm là phải nêu bật các dấu hiệu của chuyển dạ và sự tiến triển của chuyển dạ.

Yêu cầu của bệnh án này là phải chẩn đoán được ngôi, thế, kiểu thế, độ lọt, xác định được giai đoạn cuộc chuyển dạ và phát hiện các yếu tố nguy cơ, giúp tiên lượng cuộc đẻ một cách chính xác.

3. Bệnh án hậu sản, hậu phẫu và sau nạo

Đây là những trường hợp sau đẻ, sau mổ lấy thai, mổ phụ khoa hoặc sau nạo thai, nạo trứng, nạo thai lưu...

Yêu cầu của bệnh án này, ngoài việc chẩn đoán chính xác tình trạng hiện tại, đưa ra được cách theo dõi điều trị còn phải bàn luận được phần khám xét, chẩn đoán và xử trí trước đó có gì đúng, sai.

4. Bệnh án sản bệnh

Là những trường hợp thai nghén bệnh lý. Ví dụ: tiền sản giật, thai chết lưu, rau tiền đạo... hoặc có biến cố khi đẻ như nhiễm trùng ối, sa dây rốn, vỡ TC...

Yêu cầu của bệnh án này là phải nêu được phương pháp khám chính xác, chẩn đoán hợp lý, tiên lượng và điều trị đúng.

5. Bệnh án phụ ngoại

Là những trường hợp mắc bệnh phụ khoa cần phải điều trị bằng phương pháp ngoại khoa như: khối u buồng trứng, u xơ TC, sa sinh dục, ung thư cổ (CTC), ung thư thân TC...

6. Bệnh án phụ nội

Là những trường hợp mắc bệnh phụ khoa cần phải điều trị bằng phương pháp nội khoa như: rối loạn kinh nguyệt, rong kinh, rong huyết, vô kinh, viêm âm hộ, âm đạo, viêm phần phụ...

7. Bệnh án kết hợp

Là những trường hợp BN mắc bệnh sản - phụ khoa kết hợp với bệnh lý nội khoa, ngoại khoa hay phụ khoa.

Ví dụ: bệnh tim, bệnh thận, bệnh giang mai, bệnh lao, bệnh viêm ruột thừa, viêm phúc mạc hoặc u nang buồng trứng, u xơ TC, ung thư CTC cùng với thai nghén...

Yêu cầu của bệnh án này là phải chẩn đoán chính xác tình trạng bệnh và nêu bật ảnh hưởng trực tiếp hay gián tiếp của bệnh đến tình trạng thai nghén.

PHẦN 2: NỘI DUNG BỆNH ÁN SẢN PHỤ KHOA

Nội dung các loại bệnh sản phụ khoa có những nét chung cơ bản giống nhau, nhưng mỗi loại có những chi tiết khác nhau, tùy theo yêu cầu của mỗi loại. Bệnh án gồm 10 mục:

- I. Hành chính
- II. Lý do vào viện
- III. Lịch sử hay bệnh sử
- IV. Tiền sử
- V. Khám hiện tại
- VI. Chẩn đoán
- VII. Điều trị
- VIII. Phòng bệnh
- IX. Tiên lượng
- X. Bàn luận

Về thứ tự các đề mục chính trên từng loại bệnh án đôi khi có thể nêu phần tiền sử trước phần lịch sử hay bệnh sử, phần tiên lượng trước phần điều trị và phòng bệnh.

Ví dụ:

- Thai 38 tuần, đau bụng đã đẻ được 6 giờ.
- Thai 40 tuần, phù, đã đẻ can thiệp Forceps được 12 giờ.
- Thai 9 tháng ra huyết nhiều, đã mổ lấy thai giờ thứ 24.
- Tắt kinh 3 tháng ra huyết, đã nạo TC được 2 ngày.

Chú ý: trong mục lý do vào viện phải ghi thật khách quan, theo lời khai của BN, tuyệt đối không được ghi ngay chẩn đoán như: ngôi ngược, chữa sinh đôi, sảy thai, sa sinh dục. Không được ghi các từ chuyên môn như đau bụng hạ vị, xuất huyết phụ khoa... Những BN chuyển từ tuyến trước đến có thể ghi chẩn đoán của tuyến trước vào phần lý do vào viện.

Lý do vào viện phải phù hợp với chẩn đoán, không được có tình trạng mâu thuẫn như lý do vào viện là ra huyết mà chẩn đoán là tiền sản giật (TSG), hay lý do vào viện là nặng mặt, nặng chân mà chẩn đoán là vỡ TC.

III. BỆNH SỬ (HAY LỊCH SỬ)

Nếu là tình trạng thai nghén bình thường thì có thể ghi là lịch sử thai nghén, nếu là tình trạng bệnh lý hoặc phụ khoa ghi là bệnh sử.

Phần này có yêu cầu khác nhau tùy từng loại bệnh án.

1. Bệnh án chưa chuyển dạ hay đang chuyển dạ

1.1. Lịch sử thai lần này

- Kỳ kinh cuối từ ngày nào đến ngày nào?
- Có nghén không? Nếu có thì xuất hiện từ khi nào? Biểu hiện nghén ra sao?
- Quá trình phát triển của thai có ảnh hưởng đến sức khỏe, hoặc có gây ra những rối loạn gì bất thường không như: ăn kém, người gầy, mệt mỏi, thỉnh thoảng có phù, đau bụng, nhức đầu, chóng mặt, hay vẫn khỏe mạnh, làm việc bình thường.
- Đã được theo dõi thai ở đâu, đã khám thai bao nhiêu lần, kết quả như thế nào?
- Có uống viên sắt không? Đã tiêm phòng uốn ván chưa?
- Tuyến trước đã xử trí gì? Kết quả ra sao?

1.2. Lịch sử chuyển dạ

- Đau bụng khi nào? Tính chất đau ra sao? Mỗi cơn đau kéo dài bao nhiêu, cách bao nhiêu lâu có một cơn đau, trong cơn đau có hiện tượng gì không?

- Có ra nước âm đạo không, nếu có thì ra từ khi nào? Ra nhiều hay ít, màu sắc, mùi như thế nào?
- Có ra huyết? Số lượng, màu sắc?
- Đã xử trí hoặc can thiệp gì? Kết quả?

Chú ý: khi mô tả các triệu chứng trên cũng phải mô tả lần lượt theo thứ tự xuất hiện.

2. Bệnh án hậu sản, hậu phẫu, sau nạo

2.1. Lịch sử thai nghén: như đã ghi ở trên, nhưng chỉ cần tóm tắt những nét chính.

2.2. Lịch sử chuyển dạ

Cần phải nêu tóm tắt diễn biến quá trình chuyển dạ từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên cho đến khi thăm khám, đồng thời phải ghi phần khám xét của bệnh viện, kể cả những xét nghiệm nếu có, chẩn đoán của bệnh viện và cách xử trí (đẻ thường, can thiệp bằng thủ thuật, mổ, nạo...), lý do và kết quả xử trí ra sao?

Để có tư liệu phân này cần tham khảo hồ sơ bệnh án.

Chú ý: chỉ nên ghi những điều cần thiết để giúp cho phần bàn luận và chẩn đoán sau này.

2.3. Diễn biến sau đẻ, sau mổ, sau nạo

- Cần mô tả kỹ diễn biến các triệu chứng cơ năng từ sau đẻ, sau mổ hoặc sau nạo đến thời điểm làm bệnh án để đánh giá được tình trạng tiến triển bình thường hay có gì bất thường;
- Liệt kê các loại thuốc đã dùng và cách chăm sóc từ sau đẻ, sau mổ, sau nạo đến nay;
- Tình trạng hiện tại.

Trong loại bệnh án này, phần bệnh sử tương đối dài và quan trọng hơn cả, vì vậy, cần hết sức lưu ý chỉ ghi những điều cần thiết tránh trùng lặp phần khám hiện tại, chỉ mô tả các dấu hiệu (triệu chứng) cơ năng.

3. Bệnh án sản bệnh hay phụ khoa

- Bệnh xảy ra từ bao giờ, vào tháng thứ mấy của thời kỳ thai nghén;
- Dấu hiệu đầu tiên của bệnh như thế nào? Tiến triển ra sao? Có biến chứng gì xảy ra trong quá trình diễn biến của bệnh (cần diễn tả đầy đủ và có hệ thống các triệu chứng do BN kể và nêu bật tính chất tiến triển của bệnh);

- Liên quan của bệnh với từng thời gian của thai nghén và sự phát triển của thai; ví dụ: khi thai 5 tháng chỉ phù nhẹ hai chi dưới, khi thai 7 tháng xuất hiện phù thêm ở bụng, khi thai 8 tháng thì xuất hiện phù to toàn thân ngày càng tăng;
- Đã được khám, theo dõi và điều trị ở đâu, đã dùng những thuốc gì (nếu BN nhớ) kết quả ra sao (đỡ, không đỡ, nặng thêm).

4. Bệnh án kết hợp

Có thai kết hợp một bệnh nội, ngoại khoa hay phụ khoa thì bệnh sử gồm hai phần:

- Lịch sử của thai nghén: như phần trên;
- Bệnh sử của bệnh: như trong bệnh án sản bệnh hay phụ khoa.

Tùy tình hình cụ thể mà có thể trình bày riêng từng phần hay kết hợp. Nếu bệnh có tính chất mạn tính, nên trình bày kết hợp; nếu bệnh có tính chất liên quan của bệnh với thai nghén hay ngược lại cần mô tả kỹ để thấy được ảnh hưởng của thai nghén với bệnh. Ví dụ: bệnh tim, bệnh lao, bệnh viêm thận mạn tính với thai nghén. Nếu bệnh có tính chất cấp cứu, tiến triển trong thời gian ngắn thì nên ghi riêng. Ví dụ như viêm ruột thừa, viêm phúc mạc cấp với thai nghén. Trong trường hợp bệnh có tính chất quan trọng và cấp cứu hơn tình hình thai nghén thì nên ghi phần bệnh sử trước.

Chú ý: trường hợp làm bệnh án cho những BN đã điều trị ở bệnh viện một thời gian thì thời gian nằm viện phải ghi vào bệnh sử, tóm tắt quá trình thăm khám, điều trị và tiến triển của bệnh.

IV. TIỀN SỬ

Bất cứ bệnh án sản phụ khoa nào phần tiền sử đều có:

- + Tiền sử sản phụ khoa;
- + Tiền sử bệnh tật;
- + Tiền sử gia đình;
- + Tình hình sinh hoạt vật chất và tinh thần.

Nội dung phần tiền sử như sau:

1. Tiền sử sản phụ khoa

- Tình hình kinh nguyệt: có kinh năm bao nhiêu tuổi, vòng kinh bao nhiêu ngày? Đều hay không đều? Tính chất kinh nguyệt ra sao? (số lượng, màu sắc, có đau bụng không).
- Lấy chồng năm bao nhiêu tuổi? Đã có thai mấy lần, đã đẻ, sảy hoặc nạo bao nhiêu lần?

- Tình hình sinh đẻ các lần trước, dễ hay khó, có phải can thiệp lấy thai bằng thủ thuật Forceps, giác hút, cắt khâu tầng sinh môn (TSM) hoặc mổ lấy thai, nếu có phải ghi rõ lí do (nếu BN biết), có chảy máu sau đẻ không? Trọng lượng của con?
- Bệnh án dọa sảy thai nếu có tiền sử sảy thai nhiều lần cần phải trình bày chi tiết từng lần sảy thai. Không thể viết phần tiền sử chung giống nhau cho mọi bệnh án mà phải nhấn mạnh những tiền sử giúp ích cho chẩn đoán xác định, chẩn đoán nguyên nhân và tiên lượng;
- Hiện tại còn mấy con sống, mấy con chết, vì sao?

2. Tiền sử bệnh tật

Từ trước đến nay mắc những bệnh gì? Chú ý những bệnh mắc trước đây có liên quan đến bệnh hiện nay, các bệnh có ảnh hưởng nhiều đến thai nghén: bệnh tim, bệnh thận, cao huyết áp (HA), bệnh phụ khoa, bệnh truyền nhiễm, bệnh da liễu. Nếu có tiền sử sang chấn ở cột sống, xương chậu, xương đùi cần nêu rõ mức độ thời gian.

3. Tiền sử gia đình

Chồng, bố, mẹ, con cái có ai mắc bệnh gì không, đặc biệt các bệnh truyền nhiễm, có khả năng lây lan đến sản phụ và thai nhi như bệnh lao, lậu, giang mai, viêm gan, HIV/AIDS, bệnh di truyền...

4. Tình hình sinh hoạt vật chất và tinh thần

- Vật chất: đời sống no đủ hay thiếu thốn, có phải lao động nặng nhọc hay làm việc bình thường, nhàn hạ. Môi trường làm việc có độc hại, ồn ào hay không?
- Tinh thần: an tâm, tin tưởng hoặc thắc mắc lo lắng gì không?

V. KHÁM HIỆN TẠI

1. Toàn thân

Tình trạng toàn thân gồm có:

- Hình dáng, tư thế, chiều cao, cân nặng, có dị tật gì không như gù, vẹo lưng, đi khập khiễng;
- Tình trạng tinh thần tỉnh táo, nhanh nhẹn hay chậm chạp, lo âu sợ hãi hay an tâm, bình tĩnh;
- Mạch, HA, nhiệt độ;
- Tình trạng các hạch bạch huyết, tuyến giáp và các dấu hiệu toàn thân khác có liên quan đến bệnh và thai nghén hiện tại.

2. Cơ năng

2.1. Bệnh án sản khoa

2.1.1. Chưa chuyển dạ

Hỏi các triệu chứng như: thai đập, đau bụng, ra huyết, ra khí hư, dấu hiệu nhức đầu, mờ mắt, dấu hiệu thiếu máu (hoa mắt, chóng mặt) tình trạng đại tiểu tiện, số lượng nước tiểu hàng ngày.

Nếu thai phụ hoàn toàn bình thường cũng cần ghi một số triệu chứng cơ năng âm tính cần thiết để giúp cho chẩn đoán, nhưng phải hợp lý. Ví dụ: không phù, không hoa mắt chóng mặt, không nhức đầu, không ra huyết âm đạo.

2.1.2. Đang chuyển dạ

Cần thiết phải hỏi kỹ các triệu chứng cơ năng của chuyển dạ như:

- Mức độ đau như thế nào, thưa hay mau, mỗi cơn dài bao lâu, cách bao lâu có một cơn đau, trong cơn đau có hiện tượng gì?
- Có nước ối chảy ra không, màu sắc, mùi của nước ối?
- Có huyết ra không, nếu có phải ghi rõ màu sắc, số lượng và tính chất huyết như thế nào?
- Ngoài ra hỏi các triệu chứng cơ năng khác như: khó thở, chóng mặt, nhức đầu, đại tiểu tiện...

2.2. Bệnh án sản bệnh hay phụ khoa

Cần mô tả các triệu chứng cơ năng hiện tại đặc biệt là các triệu chứng có liên quan đến chẩn đoán về tính chất, cường độ, vị trí, diễn biến trong ngày.

Ví dụ:

- Đau bụng: đau như thế nào, từng cơn hay liên tục, đau âm ỉ hay dữ dội, vị trí đau ở đâu, diễn biến của đau, khi nằm nghỉ, đi lại, hay khi làm việc;
- Ra huyết: hỏi tính chất, màu sắc, số lượng diễn biến trong ngày và liên quan ra huyết với các triệu chứng khác: hoa mắt, chóng mặt, thai đập, bụng to dần.
- Cách diễn tả các triệu chứng cơ năng cần chú ý:
 - + Phải mô tả các triệu chứng cơ năng chính và có liên quan với nhau (có hệ thống) rồi mô tả các triệu chứng phụ sau;
 - + Nên so sánh các triệu chứng đó với tình trạng bệnh sử để nhắc lại những triệu chứng đã ghi trong phần bệnh sử, có tác dụng làm nổi bật diễn biến của bệnh.

Ví dụ: triệu chứng ra huyết như tả ở trên so với trước đây đã giảm nhiều hay ít, hoặc lại ra nhiều hơn, tính chất màu sắc giống hay khác trước;

- + Ngoài ra có các triệu chứng cơ năng BN kể trong phần bệnh sử đến nay không còn nữa cũng cần phải ghi rõ;
- + Nhiều khi phải ghi một số triệu chứng cơ năng âm tính, cần thiết cho chẩn đoán xác định và phân biệt được đầy đủ, nhưng phải hợp lý, tránh nêu tràn lan, ví dụ: bệnh án u nang buồng trứng cần thiết phải nêu không đau, không ra huyết, kinh nguyệt bình thường.

3. Thực thể

3.1. Khám sản phụ khoa

3.1.1. Nếu là bệnh án tiền sản chưa chuyển dạ, đang chuyển dạ và sản bệnh lý

Phần khám sản khoa bao gồm các nội dung:

1. Nhìn
2. Sờ nắn
3. Đo
4. Nghe
5. Thăm âm đạo hay hậu môn
6. Các phương pháp khám bổ sung

Tùy theo các loại bệnh án mà có những phần không áp dụng thì không ghi. Nhưng cần thiết khám thứ tự theo các trình tự kể trên, không được đảo lộn mà phải bắt đầu từ nhìn xét, rồi sờ nắn...

Bệnh án sản khoa

1. Nhìn

- Hai vú phát triển có bình thường không? Có tụ nướu vú không? Có sẹo mổ cũ không?
- Thành bụng nhão hay chắc, có sệ không? Vết rạn nhiều hay ít? Màu sắc và vị trí của những vết rạn. Bụng có phù hay nổi tĩnh mạch không. Có sẹo mổ cũ không? Nếu có phải mô tả kỹ vết sẹo về vị trí, tính chất;
- Hình dáng TC: hình tròn, hình trứng, hình trụ, bè ngang hay hình tim. Trục của TC chính giữa hay lệch sang phải, sang trái;
- Tình trạng của âm hộ và đáy chậu: hẹp, phù giãn tĩnh mạch hoặc có sẹo cũ không? Tính chất như thế nào?

2. Sờ nắn

- Nắn cực dưới thấy như thế nào? Ví dụ: thấy một khối tròn, rắn đều có dấu hiệu lúc lắc (ngôi chòm chưa lọt) hay thấy trống rỗng (ngôi vai);
- Nắn cực trên thấy như thế nào? Ví dụ: thấy một khối không đều, to hơn cực dưới là mông thai nhi;
- Nắn hai bên TC, mỗi bên thấy như thế nào? Ví dụ: bên trái thấy một diện phẳng, rắn nối liền hai cực đầu và mông (đó là lưng thai nhi). Bên phải thấy nhiều khối lổn nhổn không đều, di động (chân, tay);
- Nếu đã chuyên dạ nắn xem độ lọt như thế nào? Cao lỏng, chún, chăt hay lọt và đánh giá tình trạng con co TC về thời gian, cường độ, khoảng cách.

3. Đo

- Đo chiều cao TC;
- Đo vòng bụng;
- Đo và nhận định con co TC.

4. Nghe

- Vị trí của ổ tim thai;
- Số lượng ổ tim thai;
- Tần số tim thai trong một phút;
- Tính chất của tim thai: đều, rõ, chậm, yếu, xa xăm;
- Cần phân biệt với tiếng thổi của động mạch TC và tiếng đập của động mạch chủ bụng.

5. Thăm âm đạo

- Nếu chưa chuyên dạ:
 - + Tình trạng âm hộ, âm đạo, đáy chậu, CTC có gì đặc biệt không như: cứng rắn, hẹp, có khối u, hoặc sẹo cũ, dị dạng gì không?
 - + Nếu thai còn nhỏ tìm các dấu hiệu có chửa như: CTC mềm, thân TC to mềm, tìm dấu hiệu Noble;
 - + Nếu có thai những tháng cuối thì phải xem tình trạng CTC: tư thế (trung gian, lệch phải/trái, ngả sau), mật độ CTC, độ giãn của CTC.

Chú ý: bình thường nếu không có gì đặc biệt, khi chưa chuyên dạ có thể không cần thiết phải thăm âm đạo.

- Nếu đã chuyên dạ:
 - + Tình trạng đáy chậu, âm hộ, âm đạo;
 - + CTC đã xóa và mở được mấy centimet?

- + Ổi đã vỡ chưa? Nếu chưa vỡ thì đầu ối loại gì? Nếu ối đã vỡ thì nước ối chảy ra màu gì? Số lượng, màu sắc, mùi?
- + Tình trạng của ngôi thai: diện của ngôi, điểm mốc, độ di động;
- + Kiểm tra kích thước của tiểu khung xem có sờ thấy móm nhô hay không? Nếu sờ thấy phải đo đường kính nhô - hậu vệ, kiểm tra mặt trong xương cùng. Sự di động của khớp cùng cụt, đo đường kính lưỡng ụ ngồi, đường kính lưỡng gai hông...

Ví dụ:

Sờ thấy ngôi thai là một khối tròn đều, rắn, đã lọt trong tiểu khung không đẩy lên được, trên ngôi thai có một rãnh khớp với đường kính chéo trái của tiểu khung và ở phía trái của rãnh đó có một thóp nhỏ hình tam giác (để nói là ngôi chỏm, hướng trái kiểu chằm chậu trái trước đã lọt).

Sờ thấy ngôi thai là một khối mềm, không đều, trên khối tròn sờ thấy một đường rãnh sâu, một đầu rãnh sờ thấy một mẩu xương nhỏ, đầu kia thấy bộ phận sinh dục ngoài, ở giữa có một lỗ, cho ngón tay vào thấy dính phân su, ngoài ra bên cạnh ngôi thai còn sờ thấy những khối lớn nhón với những ngón ngắn có cảm giác là bàn chân (để nói là ngôi mông hoàn toàn).

6. Khám bổ sung

Trong một số trường hợp đặc biệt có thể thêm phần khám bổ sung như:

- Khám mỏ vịt để đánh giá rõ hơn tình trạng CTC và âm đạo;
- Soi ối để xem màu sắc của nước ối dự đoán tình trạng thai nhi, xác định ối vỡ hay rỉ ối.

3.1.2. Nếu là bệnh án sau đẻ, sau mổ lấy thai cần phải khám

- Khám mẹ

- + Khám bụng: nhìn bụng có chướng không, di động theo nhịp thở? Cầu bàng quang? Vị trí độ dài vết mổ, khám vết mổ;
- + Khám sonde dẫn lưu ổ bụng hoặc bàng quang (nếu có): số lượng, màu sắc;
- + Khám vú xem sự tiết sữa: bầu vú, núm vú, tính chất sữa;
- + Khám co hồi TC: đo sự co hồi, nhận định tính chất, mật độ, cảm giác khi thăm khám...
- + Khám sản dịch: nhận định số lượng, màu sắc và mùi của sản dịch;
- + Khám TSM: phù nề, vết cắt...

- *Khám trẻ sơ sinh:*

- + Tình trạng da, niêm mạc, đại tiểu tiện, bú mẹ, rôn, các phản xạ sơ sinh...
- + Các chỉ số để chẩn đoán hồi cứu tuổi thai như: tóc, móng, sụn vành tai, bộ phận sinh dục... để đánh giá tình trạng chung của trẻ, trẻ đủ tháng hay thiếu tháng, suy dinh dưỡng bào thai?
- + Có biến chứng sản khoa trong những trường hợp đẻ khó, đẻ có biến cố.

3.1.3. Bệnh án phụ khoa

Thực hiện quy trình khám phụ khoa, bao gồm:

- Khám bụng: phát hiện u cục ở bụng, hạch bẹn, các dấu hiệu sinh dục phụ...
- Khám mở vạt để nhận định tình trạng âm đạo, CTC về thể tích màu sắc, dịch âm đạo CTC.
- Thăm âm đạo kết hợp với sờ nắn bụng để nhận định tình trạng TC (thể tích, tư thế, mật độ, độ di động), phần phụ 2 bên, cùng đồ...
- Khám bổ sung như: đo buồng TC, soi CTC, chọc dò Douglas, làm test acid acetic, thăm trực tràng... Mục đích các phương pháp khám trên là để tìm những dấu hiệu thực thể có liên quan đến chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt.

3.2. Khám các bộ phận khác

Trong bệnh án phụ khoa ngoài bộ phận chính là bộ phận sinh dục ta cần phải khám các bộ phận khác như:

- Hệ tuần hoàn
- Hệ hô hấp
- Hệ tiết niệu
- Hệ tiêu hóa
- Hệ cơ, xương, khớp
- Hệ thần kinh.

Nếu cần khám các bộ phận khác không nhất thiết giống nhau mà tùy theo sự liên quan của bộ phận đó đến thai nghén hay bệnh hiện tại để khám trước hay sau và cần thiết phải trình bày kỹ hay không.

Riêng loại bệnh án kết hợp thai nghén với một bệnh nội, ngoại, hay phụ khoa thì phải khám bộ phận bệnh lý đầy đủ các dấu hiệu cơ năng và thực thể của bệnh đó

nhưng chỉ ghi tóm tắt những triệu chứng chủ yếu, không thể làm đầy đủ chi tiết như một bệnh án nội, ngoại, hay phụ khoa trong một bệnh án sản khoa.

3.3. Cận lâm sàng

Phần cận lâm sàng gồm những phương pháp xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh: siêu âm, X-quang hay những phương pháp thăm dò khác mà ta xét thấy cần phải đề ra để giúp cho chẩn đoán, tiên lượng được chính xác và đầy đủ hơn.

- Trước hết phải nêu những xét nghiệm cơ bản giúp cho phần tiên lượng đánh giá toàn trạng BN;
- Sau đó là các xét nghiệm cần thiết giúp cho chẩn đoán xác định, chẩn đoán phân biệt, chẩn đoán nguyên nhân;
- Các xét nghiệm giúp cho tiên lượng và điều trị;
- Tuy nhiên không phải bất cứ BN nào cũng phải có đầy đủ 3 loại xét nghiệm trên vì triệu chứng lâm sàng đã đầy đủ, chỉ cần yêu cầu 1 - 2 xét nghiệm cơ bản hoặc có trường hợp không cần thiết phải yêu cầu xét nghiệm;
- Nếu đã có kết quả xét nghiệm cần phân tích kết quả và đề xuất thêm xét nghiệm nếu cần thiết.

Chú ý:

- 1) Nội dung các xét nghiệm có nhiều, cần phải chọn lọc, tìm những xét nghiệm quan trọng nhất, không được nêu tràn lan.
- 2) Khi yêu cầu làm một xét nghiệm, cần phải nêu rõ lý do tại sao, dựa vào dấu hiệu lâm sàng gì hoặc nghi ngờ với bệnh gì cần phải làm xét nghiệm để phân biệt. Ví dụ: một trường hợp u xơ TC có dấu hiệu chậm kinh hay tắt kinh bắt buộc phải thử phản ứng sinh vật để phân biệt có thai hay không.
- 3) Khi trình bày kết quả xét nghiệm, phải phân tích những hiện tượng bất thường một cách đầy đủ không được bỏ qua. Nếu có những kết quả xét nghiệm mâu thuẫn hay không phù hợp với lâm sàng có thể yêu cầu làm lại.
- 4) Đối với các bệnh án mà triệu chứng lâm sàng chưa cho phép chẩn đoán xác định bệnh được, còn nghĩ đến nhiều khả năng thì trước khi nêu phần khám xét cận lâm sàng, nên có hướng chẩn đoán để đề ra những yêu cầu xét nghiệm cho sát với thực tế người bệnh.

VI. TÓM TẮT TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

1. Tóm tắt các triệu chứng chính

Cần phải biết tóm tắt gọn, rõ, và chính xác những thông tin trong bệnh án.

Nội dung bao gồm:

- Phần hành chính: tên, tuổi, số lần có thai, lý do vào viện, tiền sử sản phụ khoa;
- Các triệu chứng chủ yếu có liên quan đến chẩn đoán xác định kể cả triệu chứng trong bệnh sử, hiện tại, triệu chứng cận lâm sàng;
- Tùy theo yêu cầu chẩn đoán xác định là chẩn đoán tuổi thai, chẩn đoán ngôi, thế, kiểu thế, đã chuyển dạ hay chưa hoặc chẩn đoán bệnh gì mà chọn những triệu chứng để tóm tắt cho phù hợp;
- Không được tóm tắt chung chung hoặc tóm tắt những triệu chứng mà trước đây chưa nói tới;
- Các triệu chứng cần thiết để chẩn đoán phân biệt, có khi là những triệu chứng âm tính như đã nêu ở trên cần phải chọn các triệu chứng có giá trị để phân biệt giữa ngôi thai này với ngôi thai khác, bệnh này với bệnh khác.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán phân biệt

Có trường hợp bệnh án đã quá rõ ràng, có thể chẩn đoán xác định ngay thì không cần thiết phải nêu chẩn đoán phân biệt. Ví dụ: sau đẻ, sau mổ, sa sinh dục...

Những trường hợp sản khoa và những bệnh có triệu chứng tương tự (có khả năng chẩn đoán nhầm) cần vận dụng những lí luận đã học để phân biệt.

Các chẩn đoán phân biệt phải thực tế và logic tránh nêu những trường hợp mà không ai nghĩ tới, nghĩa là phải chọn những chẩn đoán phân biệt hợp lý.

2.2. Chẩn đoán xác định: khác nhau tùy từng loại bệnh án:

* *Bệnh án sản khoa*: phần chẩn đoán gồm:

- Tuổi thai, ngôi thai, thế, kiểu thế, độ lọt;
- Đã chuyển dạ chưa, nếu đã chuyển dạ thì chuyển dạ ở giai đoạn nào?
- Dấu hiệu bất thường kèm theo: ối vỡ non, ối vỡ sớm, rỉ ối, thai to, thai kém phát triển, đa ối...

Ví dụ: thai 38 tuần ngôi đầu, lưng trái, chuyển dạ giai đoạn Ia giờ thứ 6.

* *Bệnh án hậu sản, hậu phẫu*

- Chẩn đoán xác định là chẩn đoán tình trạng bệnh hiện tại ở thời điểm sau đẻ, sau mổ, sau nạo, bình thường hay diễn biến xấu, diễn biến đó là gì? Chẩn đoán tình trạng trẻ sơ sinh.

Ví dụ: sau mổ lấy thai vì tim thai suy hiện tại giờ thứ 8, mẹ và con diễn biến ổn định.

2.3. Chẩn đoán thể lâm sàng, giai đoạn (nếu có)

2.4. Chẩn đoán nguyên nhân: trong trường hợp có nguyên nhân rõ ràng nên có thêm phần này. Ví dụ: nhiễm trùng TC do sót rau, dọa vỡ TC do ngôi trán...

2.4. Kết luận chẩn đoán: nêu chẩn đoán tổng hợp cuối cùng.

VII. ĐIỀU TRỊ

Nếu là bệnh án sau đẻ, sau mổ lấy thai cần điều trị cho cả mẹ và con.

Nếu là bệnh án sản bệnh, bệnh phụ khoa cần có hướng điều trị.

Phần điều trị cụ thể bao gồm:

1. Điều dưỡng

- Là những chăm sóc cho BN về ăn uống, vận động, vệ sinh. Đây là phần rất quan trọng, đặc biệt ở những bệnh án như hậu phẫu, hậu sản, bệnh án sản bệnh như sản giật hay TSG...
- Chế độ theo dõi.

2. Chế độ thuốc

Chế độ thuốc: nên cho thuốc cụ thể ở ngày khám để phù hợp với chẩn đoán. Phải ghi đúng tên thuốc, hàm lượng, liều dùng, đường dùng, cách dùng. Phải hiểu rõ tác dụng của thuốc đặc biệt ở phụ nữ có thai và đang cho con bú.

3. Can thiệp sản phụ khoa hay phẫu thuật

- Nếu bệnh án chưa chuyên dạ: có chỉ định rõ ràng là theo dõi yếu tố nào, theo dõi như thế nào, nhận định kết quả nếu có. Khi cần thiết phải chỉ định can thiệp thủ thuật và phẫu thuật cần nêu rõ làm gì và vì sao. Ví dụ: mổ lấy thai vì ngôi ngược thai to hoặc Forceps vì tim thai suy hồi sức không kết quả. Chỉ định làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm (NPLNC) vì thai có trọng lượng trung bình trên sản phụ có khung chậu giới hạn...
- Nếu bệnh án sản bệnh, phụ ngoại, bệnh án kết hợp cần can thiệp ngoại khoa không, nếu có là gì? Ví dụ: thai 35 tuần, đình chỉ thai nghén vì TSG điều trị nội khoa không kết quả. Hoặc phẫu thuật cắt TC bán phần vì u xơ TC.

Chú ý: nếu là bệnh án hậu sản, sau mổ lấy thai thêm phần theo dõi, điều trị cho con.

VIII. PHÒNG BỆNH

Đối với một số bệnh có khả năng xảy ra những biến chứng về sau mà có thể phòng được, cần nêu rõ những biện pháp phòng bệnh cho người bệnh hoặc cho con, để

ngăn ngừa biến chứng. Ngoài ra có những trường hợp cần thêm phần phòng bệnh chung cho xã hội nhằm rút kinh nghiệm ngăn ngừa cho những người khác. Ví dụ: sản giật, vỡ TC, nhiễm trùng.

Nếu là bệnh án sản khoa, phần phòng bệnh cần trình bày thêm vấn đề kế hoạch hóa gia đình.

Phòng bệnh cho con: những bệnh lý hay gặp trong thời kỳ sơ sinh, tư vấn chăm sóc trẻ phòng suy dinh dưỡng, tiêm chủng mở rộng...

IX. TIÊN LƯỢNG

Phần tiên lượng có thể trình bày sau hay trước phần điều trị và phòng bệnh tùy từng loại bệnh án. Dựa vào tình trạng cụ thể của người bệnh đưa ra các yếu tố tiên lượng những nguy cơ có thể xảy ra cho người bệnh trước mắt cũng như lâu dài liên quan đến người bệnh.

Đối với bệnh án đang chuyển dạ hoặc một số bệnh cấp cứu cần thiết phải nêu tiên lượng trước mới có thể đề ra cách xử trí đúng được. Ví dụ bệnh án tiên lượng đẻ dễ hay khó mới đề cập cách xử trí đúng, bệnh tim với thai nghén cần tiên lượng các nguy cơ cho mẹ và thai mới xử trí thích hợp.

Nội dung tiên lượng là: đánh giá tình trạng thai nghén như vậy có bình thường không, có khả năng đẻ thường hay đẻ khó, có nguy cơ gì cho mẹ và thai. Nếu là bệnh thì tiên lượng nhẹ hay nặng, có khả năng khỏi hoàn toàn hay không hoặc bệnh tiến triển nặng đưa đến tử vong.

Tiên lượng con: nếu cần thiết.

X. BÀN LUẬN

Phần này chỉ có trong trường hợp bệnh án hậu sản, hậu phẫu, sau nạo, sau sảy thai. Bàn luận về chẩn đoán, xử trí từ khi vào viện cho đến thời điểm hiện tại kể cả đúng và sai. Cần rút ra bài học gì cho trường hợp này.

Phần bàn luận bao gồm:

- Bàn luận về phía BN: ý thức quản lý thai nghén, ý thức phòng bệnh, thực hiện sinh đẻ kế hoạch, thời điểm vào viện...
- Bàn luận về phía thầy thuốc:
 - + Nếu BN được chuyển từ tuyến trước đến, bàn luận về chẩn đoán, xử trí và tổ chức chuyển tuyến;
 - + Những BN nằm tại viện, bàn luận về thái độ, kỹ năng chẩn đoán, xử trí tại bệnh viện có gì đúng sai, vì sao?
- Bàn luận về cách theo dõi, chăm sóc;
- Bàn luận về trang thiết bị cơ sở vật chất có đầy đủ, sẵn sàng không?

Chương 1

CHĂM SÓC TRƯỚC SINH

KHÁM THAI

MỤC TIÊU

- 1. Thực hiện được các bước khám thai theo đúng quy trình.*
- 2. Nhận thức được tầm quan trọng của việc khám thai.*

NỘI DUNG

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

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, vùng xa) và số điện thoại nếu có;
- Dân tộc (chú ý dân tộc thiểu số);
- Trình độ học vấn;
- Điều kiện sống, kinh tế (chú ý hoàn cảnh đói nghèo...).



Hình 1. Trao đổi giữa thầy thuốc và bà mẹ

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, 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: 2012: đã đẻ đủ tháng 2 lần, không đẻ non, 1 lần sảy hoặc phá thai, hiện 2 con sống.

Với từng lần có thai:

- Tuổi thai khi đẻ (để biết đẻ non hay đủ tháng);
- Nơi đẻ: bệnh viện, trạm xá, tại nhà, đẻ rơi;
- Thời gian chuyển dạ;
- Cách đẻ: đẻ thường, đẻ khó Forceps, giác hút (phẫu thuật lấy thai...).

- Các bất thường ở lần có thai trước: ra máu, TSG, ngôi bất thường, đẻ khó, thai dị dạng, băng huyết, nhiễm khuẩn...
- Tình trạng con khi đẻ ra: cân nặng, giới tính, khóc ngay, ngạt, chết...

1.2.4. Hỏi về tiền sử phụ khoa

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

1.2.5. Hỏi về các biện pháp tránh thai đã sử dụng

Loại biện pháp tránh thai (BPTT);

Thời gian sử dụng của từng biện pháp;

Lý do ngừng sử dụng;

BPTT dùng ngay trước lần có thai này (nếu có).

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;

Mệt mỏi, uể oải, đau đầu, ăn kém ngon (dấu hiệu thiếu máu);

Nhức đầu, hoa mắt, đau thượng vị, nôn mửa (dấu hiệu TSG).

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 HA, đái tháo đường, tim mạch, gan, thận, lao...

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

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

Hỏi để sàng lọc bạo hành phụ nữ.

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 7, tháng cuối cộng 9 (hoặc trừ 3 nếu tổng số lớn hơn 12).

Ví dụ: ngày đầu của kỳ kinh cuối: 15/9/2012.

Ngày dự kiến đẻ: 22/6/2013;

Sử dụng bảng quay (nếu có) để tính ngày dự kiến đẻ;

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 chỉ nhớ ngày âm lịch thì chuyển ngày âm sang ngày dương lịch để tính tuổi thai;

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

2. Khám toàn thân

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

Cân nặng (cho mỗi lần khám thai);

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

Đo HA (cho mỗi lần khám thai);

Khám tim phổi (cho mỗi lần khám thai);

Khám vú;

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



Hình 2. Dụng cụ khám thai

3. Khám sản khoa

3.1. Ba tháng đầu

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

Xem có vết sẹo phẫu thuật ổ bụng không?

Đặt mỏ vịt xem CTC có viêm không? Nếu nghi ngờ viêm nhiễm đường sinh dục xét nghiệm tìm vi khuẩn;

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

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

3.2. Ba tháng giữa

Đo chiều cao TC;

Nghe tim thai khi đáy TC đã đến rốn (tốt nhất là bằng máy nghe tim thai nếu có);

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

Có điều kiện nên làm siêu âm lần 2 (khi thai khoảng 20 - 24 tuần). Nếu nghi ngờ có viêm nhiễm đường sinh dục nên quan sát âm đạo, CTC qua đặt mỏ vịt.

3.3. Ba tháng cuối

Tốt nhất nên khám thai mỗi tháng một lần;

Đo chiều cao TC/vòng bụng;

Sờ nắn xác định tư thế thai nhi trong buồng TC;

Nghe tim thai;

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

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

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

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

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

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



Hình 3. Sờ nắn ngoài trong khám thai

4. Các xét nghiệm cần thiết

4.1. Xét nghiệm tìm protein trong nước tiểu

Lấy nước tiểu buổi sáng, giữa dòng;

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

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

4.2. Xét nghiệm máu

Ở tuyến xã, nếu nghi ngờ thiếu máu cần chuyển tuyến trên xét nghiệm đánh giá tình trạng thiếu máu: công thức máu, huyết sắc tố, hematocrit;

Xét nghiệm nước tiểu tìm protein niệu, đường máu;

Các xét nghiệm khác: nếu có thiếu máu thì xét nghiệm phân xem có giun không? Xét nghiệm sàng lọc HIV, giang mai và viêm gan, xét nghiệm dịch âm đạo (nếu cần).

5. Tiêm phòng uốn ván

- Với người chưa tiêm phòng uốn ván lần nào: tiêm mũi 1 khi bắt đầu từ quý II thời kỳ thai nghén; tiếp theo tiêm mũi hai sau mũi 1 ít nhất một tháng và phải cách thời gian dự kiến đẻ ít nhất 1 tháng;
- Với những người đã tiêm đủ 2 mũi ở lần có thai trước, nếu:
 - + Khoảng cách với lần có thai này < 5 năm: tiêm 1 mũi;
 - + Khoảng cách với lần có thai này > 5 năm: tiêm 2 mũi.
- Với người đã tiêm ba mũi hoặc bốn mũi, cần tiêm nhắc lại một mũi;
- Với người đã tiêm đủ năm mũi phòng uốn ván theo đúng lịch, nếu mũi tiêm cuối cùng cách đã 10 năm trở lên thì nên tiêm thêm một mũi nhắc lại.

6. Cung cấp thuốc thiết yếu

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

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

7. Giáo dục sức khỏe

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

Số lượng tăng: số bữa ăn và số lượng cơm, thức ăn trong mỗi bữa;

Tăng chất: đảm bảo cho sự phát triển của mẹ và con: thịt, cá, tôm, sữa, trứng, đậu, lạc, vừng, dầu ăn, rau quả tươi...

Không nên ăn mặn, nên thay đổi món để ngon miệng;

Không hút thuốc lá, uống rượu;

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

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

7.2. Chế độ làm việc khi có thai

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

Không làm việc vào tháng cuối để đảm bảo sức khỏe cho mẹ và để con tăng cân;

Không mang vác nặng, tránh đi xa;

Không làm việc dưới nước hoặc trên cao;

Không tiếp xúc với các yếu tố độc hại;

Quan hệ tình dục thận trọng.

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, vệ sinh vú và bộ phận sinh dục hàng ngày;

Duy trì cuộc sống thoải mái, tránh căng thẳng;

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

Tránh thụ rửa 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 26 cột của sổ khám. Nếu là lần khám sau ghi tất cả những mục đã hỏi và khám (một số mục như tên, tuổi, tiền sử... không cần ghi lại).

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

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

Tại xã, nếu dùng “Phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ và sơ sinh tại nhà” thì phải ghi lại trên phiếu thứ hai lưu ở trạm và để phiếu lưu này vào ngăn (hộp, hay túi) luân chuyển phiếu khám vào đúng ô có tháng quy định của lần khám sau. Nếu chỉ có phiếu khám thai đưa cho thai phụ lưu giữ thì viết thêm phiếu hẹn cho thai phụ và đặt phiếu này vào ô của tháng đã hẹn đến khám tiếp.

Ở trạm y tế xã, ghi phiếu con tôm ngay từ lần khám đầu tiên gắn lên bảng “Quản lý thai”. Trong những lần khám sau nếu phát hiện thai nghén có nguy cơ thì đánh dấu thêm vào phiếu đó.

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.

Ở xã, khi khám phát hiện những dấu hiệu bất thường, cần giải thích và hướng dẫn chu đáo cho thai phụ đi khám hội chẩn ở tuyến trên.

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

9.1. Với thai ba tháng đầu

Hẹn tiêm phòng uốn ván;

Hẹn thăm khám lần sau.

9.2. Với thai ba tháng giữa

Hẹn thăm khám 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 đồ dùng cần thiết cho mẹ và con khi đẻ, kể cả người hỗ trợ và cho máu nếu cần thiết;

Hướng dẫn các dấu hiệu bất thường cần thăm khám 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.

BẢNG KIỂM DẠY/HỌC: KỸ NĂNG KHÁM THAI

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Yêu cầu phải đạt
	CHUẨN BỊ		
1	Phòng khám đủ rộng, đủ ánh sáng, kín đáo và có giường nằm cho bà mẹ.	Tạo yên tâm và hợp tác cho bà mẹ.	Sạch sẽ, nhiệt độ phù hợp theo mùa.
2	Bộ dụng cụ khám thai theo hướng dẫn quốc gia về sức khỏe sinh sản (SKSS): cân có thước đo, HA kế, ống nghe tim phổi, thước dây, ống nghe tim thai, đồng hồ có kim giây, găng tay.	Giúp thăm khám thuận lợi.	Đầy đủ phương tiện dụng cụ.
3	Chuẩn bị về phía thầy thuốc: trang phục áo choàng trắng, mũ.	Tạo sự nghiêm túc và tin tưởng của người bệnh.	Gọn gàng, đúng tác phong.
	THỰC HIỆN KHÁM THAI 9 bước		
4	<p>Bước 1: hỏi: tùy theo lần khám thai và thai lần mấy mà hỏi các thông tin:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bản thân (tên, tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ, dân tộc, trình độ văn hoá, điều kiện sống); - Gia đình, hôn nhân; - Kinh nguyệt (tiền sử kinh nguyệt, kinh cuối cùng); - Tiền sử các bệnh toàn thân; - Tiền sử sản - phụ khoa; - Các BPTT đã dùng; - Hỏi về lần có thai này: thai máy, có những phản nản gì không. 	Biết được đặc điểm cá nhân của thai phụ, tiền lượng thai nghén và cuộc đẻ.	Ân cần, tế nhị và đầy đủ các thông tin.
5	<p>Bước 2: khám toàn thân và cơ quan:</p> <p>Đo chiều cao, cân nặng, mạch, HA, khám da, niêm mạc, phù;</p> <p>Khám bấu giáp, nghe tim phổi;</p> <p>Khám vùng thận, phản xạ gân xương.</p>	Nhận định toàn trạng, phát hiện các yếu tố nguy cơ.	Đánh giá chính xác các chỉ số (có các bảng kiểm riêng).

6	Bước 3: khám sản khoa: tùy theo tuổi thai và lần khám, việc khám có thể khác nhau. Khám thai 3 tháng giữa và 3 tháng cuối gồm: - Nắn bụng tìm đáy TC; - Các cực của thai; - Đo chiều cao TC, vòng bụng; - Nghe tim thai...	Xác định tư thế thai nhi ước lượng tuổi thai và trọng lượng thai.	Đánh giá chính xác các chỉ số (có các bảng kiểm riêng).
7	Bước 4: xét nghiệm: thử protein niệu, công thức máu (Hb, Hct), HIV, giang mai, HbSAg, đường máu...	Hỗ trợ khám lâm sàng xác định các bệnh lý kèm theo với thai nghén.	Ghi đầy đủ xét nghiệm và nhận định kết quả.
8	Bước 5: tiêm phòng uốn ván: tiêm vào quý II của thời kỳ thai nghén, tiêm 2 mũi cách nhau một tháng, tốt nhất là mũi tiêm nhắc lại phải trước ngày sinh dự đoán 4 tuần, nếu không cũng phải ít nhất là trên 2 tuần mới có hiệu quả.	Phòng uốn ván rốn sơ sinh.	Thai tiêm đúng và đủ theo lịch.
9	Bước 6: cung cấp viên sắt, acid folic; thuốc phòng sốt rét (nếu ở vùng có sốt rét lưu hành).	Phòng một số bệnh lý hay gặp trong thời kỳ mang thai.	Kê đơn và hướng dẫn thai phụ cách sử dụng.
10	Bước 7: giáo dục vệ sinh thai nghén.	Thai phụ biết cách tự chăm sóc.	Rõ ràng đầy đủ (có bảng kiểm riêng).
11	Bước 8: vào sổ, ghi phiếu, điền bảng và hộp quản lý thai.	Theo dõi quản lý thai nghén.	Đầy đủ chính xác.
12	Bước 9: thông báo kết quả khám, hẹn khám lại, dặn dò đến cơ sở y tế gần nhất nếu có dấu hiệu bất thường: nhức đầu, hoa mắt, co giật, chảy máu...	Theo dõi quản lý thai nghén.	Rõ ràng, thai phụ biết ngày khám lại và khám khi cần thiết.

TƯ VẤN NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ

MỤC TIÊU

1. Thực hiện được các bước trong tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ (NCBSM) một cách hiệu quả.
2. Nhận thức được tầm quan trọng của việc tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ.

NỘI DUNG

1. Lợi ích của sữa mẹ và nuôi con bằng sữa mẹ

Sữa mẹ	Nuôi con bằng sữa mẹ
<ul style="list-style-type: none">- Nguồn dinh dưỡng hoàn hảo- Dễ tiêu hóa và dễ hấp thu- Bảo vệ trẻ chống lại sự nhiễm khuẩn- Sữa non (là sữa được sản sinh trong ngày đầu sau đẻ, phù hợp nhất với trẻ mới sinh cả về số lượng và chất lượng)- Giàu đạm- Giàu kháng thể- Nhiều tế bào bạch cầu- Giàu vitamin A	<ul style="list-style-type: none">- Giúp trẻ mau lớn và phát triển đầy đủ về thể lực và trí tuệ sau này- Tiện lợi, hợp vệ sinh, tiết kiệm thời gian và chi phí- Giúp trẻ tăng sức đề kháng để chống lại bệnh tật- Tăng tình cảm mẹ con- Giúp mẹ chậm có thai lại- Bảo vệ sức khỏe cho bà mẹ; tránh các bệnh lý về vú

2. Sữa mẹ và những thay đổi trong thành phần của sữa mẹ

Sữa non: là sữa mẹ được sản xuất ra từ thời kỳ có thai và được bài tiết trong vòng 2 - 3 ngày đầu sau đẻ. Sữa non thường đặc sánh, màu vàng nhạt hoặc trong.

Xuống sữa: là sữa được tiết ra sau khi sinh vài ngày. Số lượng sữa tiết ra nhiều, người mẹ cảm thấy vú căng và nặng.

Sữa đầu: là sữa được tiết ra khi bắt đầu cho trẻ bú.

Sữa cuối: là sữa được tiết ra ở giai đoạn cuối bữa bú. Sữa cuối trong hơn sữa đầu vì chứa nhiều chất mỡ hơn. Chất mỡ này cung cấp rất nhiều năng lượng cho trẻ. Vì thế, các bà mẹ nên để trẻ bú hết sữa trước khi chuyển sang vú khác hoặc ngừng cho bú. Sữa đầu có màu hơi “xanh hơn” sữa cuối, cung cấp rất nhiều protein, đường lactose và các chất dinh dưỡng khác. Vì trẻ bú được rất nhiều sữa đầu, trẻ nhận đủ lượng nước và không cần uống nước gì thêm đến khi trẻ được 4 - 6 tháng tuổi, ngay cả vào mùa hè. Nếu không có cảm giác khát, trẻ có thể bú ít hơn.

3. Một số khuyến nghị về nuôi con bằng sữa mẹ

- Cho bú sớm, trong vòng một giờ đầu sau đẻ;
- Cho bú hoàn toàn trong 4 - 6 tháng đầu sau đẻ;
- Cho trẻ bắt đầu ăn dặm từ khi 4 - 6 tháng tuổi (thời gian chính xác có thể khác nhau tùy từng trẻ);
- Từ 6 tháng trở lên, ngoài bú mẹ, tất cả các trẻ đều phải được ăn thức ăn bổ sung;
- Tiếp tục cho trẻ bú đến 2 tuổi hoặc lâu hơn.

4. Tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ

Kiến thức và kỹ năng tư vấn của cán bộ y tế (CBYT) góp phần quan trọng trong việc tăng tỷ lệ NCBSM. Để tư vấn hiệu quả, CBYT cần áp dụng các kỹ năng tư vấn chung (như giao tiếp bằng lời và không lời) vào quá trình tư vấn NCBSM. Việc tư vấn NCBSM có thể thực hiện tại phòng chăm sóc trước sinh, phòng sinh, phòng chăm sóc hậu sản, phòng tư vấn hay tại gia đình.

Các bước tư vấn NCBSM:

Bắt đầu: chào hỏi người mẹ (và người nhà nếu có) một cách niềm nở để gây thiện cảm và tự giới thiệu về mình. Hỏi tên của bà mẹ và em bé và hỏi về tình trạng hiện tại của người mẹ. Đưa ra những hỗ trợ, giúp đỡ nếu thấy cần thiết.

Đánh giá tình trạng NCBSM.

Việc đánh giá tình trạng NCBSM trước khi tư vấn giúp bạn quyết định xem người mẹ đó có cần giúp đỡ không và nếu cần thì cần giúp gì. Bạn có thể biết việc NCBSM đang diễn ra tốt hay không tốt bằng cách quan sát và đặt những câu hỏi.

Quan sát: việc quan sát người mẹ và trẻ có thể giúp nhân viên y tế (NVYT) sơ bộ đánh giá được tình trạng NCBSM. Quan sát người mẹ bao gồm tư thế người mẹ cho con bú, cách bế con, cách đưa con tiếp cận với vú, cách giữ con trong khi đang bú, tình trạng vú. Quan sát trẻ bao gồm cách trẻ đáp ứng, cách ngậm núm vú và mút vú, trẻ có thỏa mãn không.

Hỏi:

- Những kinh nghiệm NCBSM trong quá khứ (nếu là con thứ);
- Hỏi thời gian bắt đầu cho bú ở lần sinh này, tình trạng xuống sữa, tình trạng bú của trẻ;
- Những kiến thức của người mẹ và gia đình liên quan đến NCBSM;
- Những vấn đề gặp phải của người mẹ khi cho con bú và trong quá trình NCBSM: tâm lý, thực thể, sự hỗ trợ của các thành viên trong gia đình.

Giải thích: cho người mẹ và gia đình về:

- Lợi ích của sữa mẹ, nhất là sữa non;
- Lợi ích của việc NCBSM: với trẻ, với người mẹ và với gia đình;
- Thời gian cho bú, nhấn mạnh đến các khuyến nghị về NCBSM;
- Động viên khuyến khích bà mẹ phát huy những hành vi đúng, kiên trì giải thích và chỉnh sửa lại những hiểu biết hoặc hành vi chưa đúng về NCBSM, chú ý dùng ngôn ngữ thân thiện, dễ hiểu, không phê phán hoặc chê bai.

Hướng dẫn:

Hướng dẫn bà mẹ cách cho con bú đúng cách:

- Tư thế: bà mẹ có thể nằm hoặc ngồi ở tư thế thoải mái, đảm bảo ổn định và vững chãi trong suốt quá trình cho con bú, có thể tựa lưng vào một điểm cố định khi ngồi, không nên chống người lên khuỷu tay vì sẽ gây khó cho trẻ khi bắt vú và dễ gây mỏi cho bà mẹ.
- Cách bế trẻ: chú ý 4 điểm chính sau đây:
 - + Đầu và thân trẻ trên một đường thẳng;
 - + Mẹ đỡ toàn bộ thân trẻ, chứ không phải chỉ đầu và vai;
 - + Mặt trẻ đối diện với vú mẹ, miệng trẻ đối diện với núm vú;
 - + Thân trẻ áp sát vào cơ thể mẹ.
- Bộc lộ bầu vú mẹ;
- Dùng các ngón của bàn tay đối diện đặt lên ngực ngay dưới vú để đỡ bầu vú;
- Dùng ngón cái ấn nhẹ phần trên bầu vú để điều chỉnh vị trí của vú sao cho trẻ dễ bắt núm vú. Không để các ngón tay quá gần núm vú;
- Hướng dẫn bà mẹ đưa môi con chạm vào núm vú để trẻ mở rộng miệng ngậm bắt núm vú;
- Trẻ ngậm bắt vú đúng: miệng mở rộng ngậm bắt vú, môi dưới uốn cong và hướng ra ngoài, lưỡi chụm quanh bầu vú, quầng vú còn lại ở phía trên nhiều hơn phía dưới;
- Trẻ bú hiệu quả: mút chậm, sâu, thỉnh thoảng ngừng lại rồi bú tiếp, có thể nhìn hoặc nghe được tiếng trẻ nuốt;
- Khi bú trẻ có thể thiu thiu ngủ, cần đánh thức trẻ bằng cách nói chuyện, xoa hay búng nhẹ vào bàn chân để kích thích cho trẻ tiếp tục bú;
- Khi bú no, trẻ sẽ tự nhả vú mẹ, không cần nhằn quấy khóc;

- Cho trẻ bú hết một bên vú rồi mới đến vú bên kia;
- Khi trẻ bú xong, nếu bầu vú chưa hết sữa thì mẹ nên vắt hết sữa ra để tuyến sữa rỗng sẽ tạo sữa nhiều hơn;
- Lau sạch vú mẹ bằng khăn bông sạch, mềm, ẩm sau khi cho bú xong;
- Trẻ bú xong không nên đặt nằm ngay mà nên vác trẻ lên vai và xoa hoặc vỗ nhẹ vào lưng cho trẻ ợ hơi.

Lưu ý:

- + Luôn luôn quan sát người mẹ trước khi muốn giúp đỡ họ;
- + Chỉ hỗ trợ người mẹ khi họ thực sự cần;
- + Hãy để bà mẹ tự làm càng nhiều càng tốt;
- + Đảm bảo rằng bà mẹ hiểu bạn đã làm gì để họ tự làm sau này;

Thời gian cho trẻ bú:

Cho trẻ bú bất cứ lúc nào trẻ có nhu cầu. Thông thường trong hai tuần đầu nếu bạn cho trẻ sơ sinh bú 10 lần trong một ngày và đêm thì khi trẻ được hơn 6 tuần tuổi bạn nên giảm xuống còn 8 lần.

Cách giữ gìn nguồn sữa mẹ:

- Uống nhiều nước;
- Ăn đủ chất và tăng nhiều bữa, ăn một số loại thức ăn có thể làm tăng số lượng và chất lượng sữa;
- Nghỉ ngơi đủ, ngủ ít nhất 8 giờ/ngày;
- Cho trẻ bú đúng cách;
- Khi dùng thuốc trong thời kỳ cho con bú phải có đơn của thầy thuốc;
- Tâm lý người mẹ thoải mái, cuộc sống gia đình hòa thuận, hạnh phúc cũng góp phần không nhỏ vào việc giữ gìn nguồn sữa mẹ.

5. Một số khó khăn hay gặp khi nuôi con bằng sữa mẹ

Trong quá trình NCBSM, một số tình trạng sau đây có thể xảy ra và gây cản trở quá trình NCBSM:

- Núm vú quá ngắn, quá dài hay quá to;
- Tắc tia sữa;
- Viêm vú;
- Loét quầng vú và nứt núm vú;
- Tắc tia sữa.

5.1. Sự khác nhau giữa cương sữa và tắc tia sữa

Cương sữa	Tắc tia sữa
<ul style="list-style-type: none">- Nóng vùng bầu vú- Cảm giác nặng- Cảm giác căng cứng - Sữa vẫn chảy- Không sốt	<ul style="list-style-type: none">- Đau vùng bầu vú- Phù nề- Vú căng cứng, nhất là núm vú- Vùng da bầu vú căng bóng, có thể đỏ- Sữa không chảy ra- Có thể sốt trong 24 giờ

5.2. Nguyên nhân và cách phòng tắc tia sữa

Nguyên nhân

- Quá nhiều sữa;
- Bắt đầu cho bú muộn;
- Ngậm bắt vú kém;
- Không thường xuyên vắt hết sữa sau khi bú;
- Quá nghiêm ngặt về khoảng thời gian bú.

Cách phòng

- Bắt đầu cho bú sớm, trong vòng một giờ đầu sau sinh;
- Đảm bảo ngậm bắt vú tốt;
- Khuyến khích việc không quá nghiêm ngặt khi cho con bú.

Hướng dẫn bà mẹ xử trí tắc tia sữa: không để cho vú “nghỉ”.

Nếu trẻ còn mút được: cho bú thường xuyên, lưu ý bế trẻ đúng tư thế;

Nếu trẻ không mút được: vắt sữa bằng tay hoặc bằng bơm hút;

Trước khi cho bú: đắp ấm hoặc tắm nước ấm;

Mát xa vùng cổ và lưng;

Mát xa nhẹ nhàng vùng vú;

Kích thích nhẹ nhàng núm vú;

Giúp bà mẹ thư giãn;

Giảm phù nề sau bú: đắp lạnh vùng vú.

Nuôi trẻ trước khi mẹ xuống sữa:

Nuôi trẻ trước khi mẹ xuống sữa là nuôi bằng thức ăn hay đồ uống nhân tạo trước lần bú đầu tiên. Điều này rất nguy hiểm vì:

- Trẻ không được dùng sữa non là nguồn thức ăn tốt nhất và phù hợp nhất với trẻ sơ sinh, và có nguy cơ:
 - + Trẻ dễ bị nhiễm khuẩn như tiêu chảy, nhiễm khuẩn huyết hay viêm não màng não;
 - + Trẻ có thể phản ứng lại với protein trong thức ăn nhân tạo và gây bệnh dị ứng sau này.
- Nuôi nhân tạo làm giảm khả năng mút vú của trẻ
 - + Trẻ mất cảm giác đói và không muốn bú nhiều;
 - + Nếu được bú bình, trẻ giảm khả năng bắt vú (khó khăn trong bắt vú và mút vú);
 - + Trẻ mút vú kém.
- Sữa mẹ chậm xuống và gây khó khăn cho việc bắt đầu NCBSM;
- Bà mẹ cho trẻ ăn sữa nhân tạo sớm có thể gặp một số khó khăn như tắc tia sữa. Việc NCBSM có nhiều khả năng dừng sớm hơn những bà mẹ không cho bú hoàn toàn từ đầu.

BẢNG KIỂM TƯ VẤN NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Yêu cầu phải đạt
	GẶP GỠ		
1	Chào bà mẹ và người nhà (nếu có).	Gây thiện cảm.	Tôn trọng, đúng với tuổi, giới và văn hóa.
2	Tự giới thiệu về mình.	Tạo sự tin tưởng cho bà mẹ và gia đình.	Đầy đủ: tên, chức vụ và nhiệm vụ của mình.
	GỌI HỎI		
3	Hỏi tên, tuổi bà mẹ, tên của trẻ.	Tạo thiện cảm.	Rõ ràng, đầy đủ.
4	Hỏi các thông tin liên quan đến sức khỏe, tình trạng của người mẹ, cuộc đẻ.	Thể hiện sự quan tâm và chuẩn bị tư vấn tốt.	
5	Hỏi về những kinh nghiệm NCBSM trong quá khứ, những kiến thức liên quan đến NCBSM, về sự tiết sữa hiện nay.	Sơ bộ đánh giá về những hiểu biết của bà mẹ về NCBSM.	Hỏi được thông tin về NCBSM những lần sinh trước; Hỏi được xem đã xuống sữa chưa.
	GIỚI THIỆU		
6	Lợi ích của sữa mẹ.	Cung cấp kiến thức về lợi ích của sữa mẹ.	Nêu được các lợi ích của sữa mẹ (3) và lợi ích của sữa non (6).
7	Lợi ích của NCBSM.	Cung cấp những kiến thức về lợi ích của NCBSM với con và với mẹ.	Nêu được các lợi ích của NCBSM với con, mẹ và gia đình.
8	Thời gian cho con bú: - Bú sớm trong vòng 1 giờ đầu	Giúp bà mẹ biết về thời gian cho	Giới thiệu được đầy đủ các nội

	<p>sau đẻ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bú theo nhu cầu của trẻ; - Bú hết vú này rồi mới sang vú khác; - Bú hoàn toàn trong 4 tháng đầu; - Có thể ăn bổ sung từ tháng 4 - 6; từ tháng 6 trở đi, phải cho ăn bổ sung. 	con bú phù hợp.	dung.
	GIÚP ĐỠ		
9	<p>Giúp bà mẹ bế trẻ đúng tư thế:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đầu và cơ thể trên một đường thẳng; - Mặt đối diện với vú, mũi đối diện với núm vú; - Trẻ sát vào người mẹ; - Đỡ hông và chân trẻ. 	Hướng dẫn cách bế trẻ đúng khi cho bú.	<p>Chỉ giúp khi bà mẹ cần, hãy để bà mẹ tự làm càng nhiều càng tốt;</p> <p>Đảm bảo bà mẹ cảm thấy thoải mái và thư giãn.</p>
10	<ul style="list-style-type: none"> - Giúp bà mẹ bộc lộ vú cho con bú; - Đặt các ngón tay vào thành ngực bên đối diện ngay dưới vú; - Ngón trỏ nâng đỡ vú; - Ngón cái bên trên vú; - Các ngón tay không quá gần núm vú. 	Hướng dẫn cách bộc lộ vú làm trẻ dễ bắt vú nhất.	Bà mẹ làm được
11	<ul style="list-style-type: none"> - Giúp bà mẹ cách cho trẻ bắt vú; - Đưa núm vú chạm vào môi trẻ; - Đợi đến khi miệng trẻ mở rộng; - Đưa trẻ sát vào vú sao cho núm vú nằm trọn trong miệng trẻ và môi dưới trẻ ngay dưới núm vú; - Quan sát thấy dấu hiệu bắt vú tốt. 	Giúp trẻ bắt vú và mút vú tốt.	Trẻ bắt vú và mút vú được.

12	Luôn vui vẻ, động viên an ủi để bà mẹ tự tin hơn về NCBSM.	Tạo tâm lý thoải mái và tự tin hơn về NCBSM.	Bà mẹ hứng thú, tin tưởng vào khả năng NCBSM của mình.
	GIẢI THÍCH		
13	Giải thích và chỉnh sửa những kiến thức chưa đúng của bà mẹ và người nhà về NCBSM.	Giúp bà mẹ và người nhà hiểu đúng hơn về NCBSM.	Thái độ nhẹ nhàng, kiên trì góp ý, giải thích, không tỏ thái độ bực bội, chê bai.
14	Giải thích rõ các dấu hiệu bất thường cần phải thông báo ngay cho cán bộ y tế (sốt, sưng, đau ở núm vú hay bầu vú).	Bà mẹ tự nhận biết được dấu hiệu bất thường.	Thông tin rõ ràng, đầy đủ, chính xác.
15	Giải thích và hướng dẫn cụ thể cho bà mẹ cách duy trì nguồn sữa mẹ và giữ vệ sinh vú hàng ngày.	Giữ vệ sinh vú.	Bà mẹ biết cách duy trì nguồn sữa mẹ và tự vệ sinh vú hàng ngày.
16	Giải thích và giúp bà mẹ tự lựa chọn một BPTT thích hợp.	Tránh thai để không ảnh hưởng tới việc NCBSM	Bà mẹ tự lựa chọn được một BPTT phù hợp nhất.
17	Trả lời và giải thích về các thắc mắc của bà mẹ và gia đình (nếu có).	Đảm bảo kết quả của buổi tư vấn.	Gọi hỏi cho bà mẹ, trả lời câu hỏi của họ.
	GẶP LẠI		
18	Khuyến khích gặp lại bất cứ khi nào có khó khăn gì liên quan đến sữa mẹ và NCBSM.	Tạo niềm tin cho bà mẹ.	Bà mẹ và gia đình hài lòng.
19	Cung cấp tài liệu truyền thông về NCBSM và chào tạm biệt.	Thêm thông tin cho bà mẹ và gia đình.	Hoàn thành.

MỘT SỐ TÌNH HUỐNG ĐÓNG VAI TƯ VẤN NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ

TÌNH HUỐNG 1

Chị Nguyễn Thị An 20 tuổi sinh con đầu lòng vào sáng sớm hôm nay. Đến 8:00 giờ sáng bạn đến làm việc và sang thăm mẹ con chị An. Bạn thấy chị An có vẻ nhăn nhó khi con bú và qua hỏi chuyện bạn biết núm vú của chị An bị đau và con quấy khóc nhiều. Khi quan sát kỹ hơn bạn thấy khi chị An cho con bú chỉ có núm vú vào trong miệng trẻ và thường xuyên tuột khỏi miệng trẻ. Bà mẹ chồng cũng ngồi đó nhưng không giúp gì được cho chị An. Qua thăm khám bạn thấy hai vú mềm, không đau, da núm vú lành lặn, hơi đỏ, có chút sữa ở núm vú.

Theo bạn, chị An gặp vấn đề gì? Và bạn cần làm gì để hỗ trợ cho chị An và em bé?

TÌNH HUỐNG 2

Chị Mây 24 tuổi, người H'mông ở bản Tèn (Đồng Hỷ, Thái Nguyên). Hai vợ chồng chị Mây đều làm nương và vì mới lấy nhau nên gia đình còn nhiều khó khăn. Chị đang có thai đến gần ngày sinh, chị đến khám tại trạm y tế xã. Qua hỏi và thăm khám thấy:

Chị Mây có thai lần đầu, 36 tuần, ngôi đã thuận, các dấu hiệu của thai phát triển bình thường. Sức khỏe người mẹ không có gì đặc biệt ngoại trừ tầm vóc hơi nhỏ và gầy. Sau khi trao đổi và giải thích mọi việc liên quan đến thai nhi và cuộc đẻ sau này, bạn hỏi kỹ hơn về kế hoạch cho con bú của chị Mây. Chị nói rằng mặc dù rất muốn cho trẻ bú mẹ nhưng chị rất lo lắng và phân vân vì vú chị quá nhỏ và chị nghĩ mình sẽ không có khả năng có đủ sữa cho con bú.

Bạn hãy tư vấn thế nào cho chị Mây?

TÌNH HUỐNG 3

Chị Hương 28 tuổi đã sinh cháu trai thứ hai được mười ngày. Con đầu của chị đã hơn ba tuổi và khi còn nhỏ cháu được nuôi bằng sữa mẹ. Mặc dù chị cho con bú sớm và quá trình bú diễn ra bình thường, nhưng hai ngày nay chị thấy vú bên phải ra ít sữa hẳn đi, căng cứng và rất đau. Vì ít sữa nên con chị hầu như không thích bú vú bên phải và chỉ bú vú bên trái.

Khi khám bạn thấy vú bên phải căng hơn bên trái nhiều, da hơi đỏ và rất đau, xoa nhẹ không thấy sữa chảy ra.

Theo bạn, chị Hương gặp phải vấn đề gì? Bạn hãy tư vấn và hướng dẫn chị Hương xử trí vấn đề này.

TÌNH HUỐNG 4

Chị Vi Thị Hà, dân tộc Tày, 20 tuổi ở xóm Đồng Hoàng, xã Phú Đình, huyện Định Hóa, tỉnh Thái Nguyên. Vợ chồng chị Hà đều làm rẫy rất vất vả. Chị mới sinh em bé được 5 tháng tuổi và vì kinh tế khó khăn chị đã đi làm rẫy. Chị mang theo con đi làm. Thi thoảng chị vẫn cho con bú, nhưng vì ít sữa nên chủ yếu chị cho con ăn cháo. Ba ngày nay, cháu bị tiêu chảy và quấy khóc nên chị cho con ra trạm y tế khám.

Là cán bộ y tế trực tiếp khám cho mẹ con chị Hà bạn nhận thấy cháu bé bị tiêu chảy nhẹ, không có dấu hiệu mất nước, bắt đầu có dấu hiệu suy dinh dưỡng nhẹ. Chị Hà khỏe mạnh, hai vú mềm có ít sữa chảy ra.

Theo bạn, vấn đề của mẹ con chị Hà ở đây là gì và bạn cần tư vấn và hướng dẫn gì cho chị Hà về NCBSM?

NGHE TIM THAI BẰNG ỒNG NGHE SẢN KHOA

MỤC TIÊU

1. Thực hiện được các bước nghe tim thai theo đúng quy trình.
2. Nhận định và tư vấn được tình trạng tim thai cho thai phụ.
3. Nhận thức được tầm quan trọng của việc nghe tim thai.

NỘI DUNG

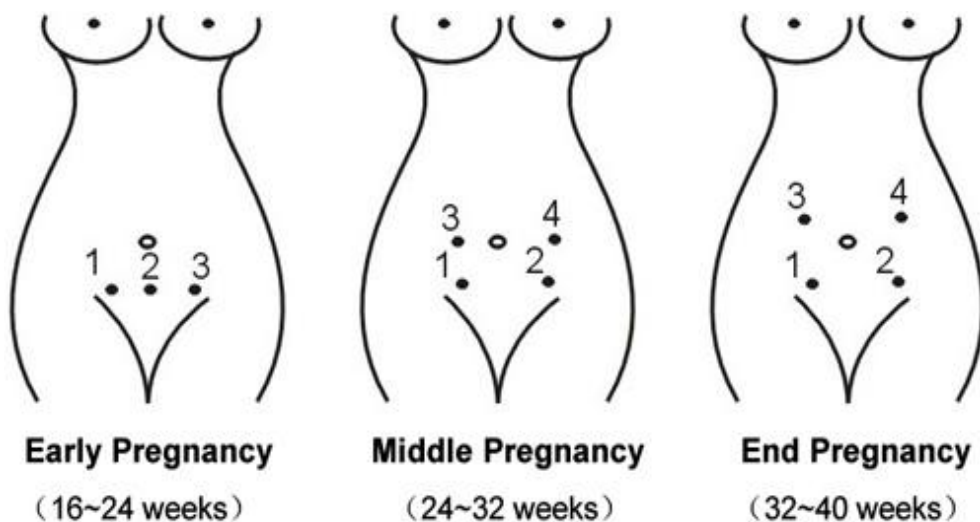
Nghe tim thai là một bước khám không thể thiếu được khi khám thai từ tuần lễ thứ 22 trở đi và trong chuyển dạ. Xác định tim thai bằng nhiều cách khác nhau (Ồng nghe gỗ sản khoa, doppler, siêu âm, monitoring sản khoa).Ồng nghe gỗ sản khoa là một phương tiện dễ sử dụng ở mọi tuyến y tế, kỹ năng đơn giản, rẻ tiền. Nghe tim thai để theo dõi sự phát triển của thai nhi và tiên lượng cuộc đẻ. Khi nghe tim thai cần theo trình tự sau:

1. Chuẩn bị

- Thầy thuốc: trang phục gọn gàng, đứng bên phải hoặc bên trái thai phụ (tốt nhất cùng bên với ổ tim thai);
- Thai phụ: nằm ngửa trên giường hoặc bàn khám, bộc lộ toàn bộ vùng bụng, hai chân chổng 45° so với mặt giường;
- Dụng cụ: ống nghe tim thai (gỗ, nhựa hoặc kim loại), đồng hồ có kim giây.

2. Kỹ thuật nghe tim thai

- Xác định vị trí ổ tim thai bằng cách sờ nắn xác định mỏm vai, phối hợp hỏi vị trí thai đập để tìm vị trí nghe tim thai rõ nhất (cùng phía với đầu, cùng bên với lưng thai nhi).



Hình 4. Các vị trí nghe tim thai tương ứng với tuổi thai

- Đặt ống nghe vuông góc với thành bụng của thai phụ, áp tai nghe, phân biệt nhịp tim thai với tiếng thổi của động mạch TC hoặc tiếng đập của động mạch chủ bụng bằng cách đồng thời bắt mạch quay của mẹ. Nhận định hai tiếng không trùng nhau nghĩa là xác định đúng ổ tim thai, nếu hai nhịp trùng nhau cần xác định lại vị trí ổ tim thai. Nếu trong chuyển dạ, nghe tim thai ngoài con co TC.



Hình 5. Nghe tim thai bằng ống nghe sản khoa

- Nhận định kết quả:
 - + Tần số tim thai/phút: là số nhịp tim thai có trong một phút, tần số tim thai bình thường 120 - 160 lần/phút;
 - + Cường độ tim thai: xác định tim thai rõ hay không rõ. Cường độ tim thai có thể thay đổi bởi tư thế thai nhi, số lượng nước ối, vị trí bám của bánh rau;
 - + Biên độ nhịp tim thai: đều hay không đều.

3. Thông báo kết quả: sau khi nghe tim thai cần thông báo cho thai phụ và giải thích những vấn đề cần thiết.

4. Ghi kết quả vào phiếu khám thai, biểu đồ chuyển dạ hoặc hồ sơ (nếu nghe tim thai trong chuyển dạ).

BẢNG KIỂM DẠY/HỌC NGHE TIM THAI BẰNG ỐNG NGHE SẢN KHOA

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Yêu cầu phải đạt
	CHUẨN BỊ		
1	- Dụng cụ: ống nghe tim thai bằng gỗ hoặc nhựa; - Đồng hồ có kim giây.	Để thực hiện kỹ năng nghe tim thai.	Đầy đủ, chính xác.
2	Thai phụ nằm ngửa trên bàn khám hoặc trên giường và được giải thích đầy đủ.	An tâm và hợp tác.	Vùng bụng được bộc lộ rõ, thai phụ yên tâm hợp tác.
	THỰC HIỆN		
3	Sờ nắn để xác định các cực của thai, thế của thai, mỏm vai (vị trí nghe tim thai rõ nhất).	Nghe được tim thai.	Xác định được vị trí nghe tim thai rõ nhất.
4	Đặt đầu ống nghe vào vị trí xác định là ổ tim thai.	Để nghe tim thai rõ nhất.	Ống nghe vuông góc với thành bụng, tránh kên.
5	Một tay giữ ống nghe đúng tư thế, ghé tai nghe đầu trên ống nghe, một tay bắt mạch quay. Nếu tiếng tim thai trùng mạch mẹ cần xác định lại vị trí ổ tim thai.	Nghe tim thai.	Nghe được nhịp đập tim thai, phân biệt với tiếng: - Tiếng thổi của động mạch TC; - Tiếng đập của động mạch chủ bụng của mẹ.
6	Đếm nhịp tim thai trong 1 phút và nhận định nhịp tim thai (trong khi đếm tim thai không giữ ống nghe và không bắt mạch).	Biết tần số tim thai.	Đánh giá được tần số tim thai.
7	Đánh giá kết quả.	Liên quan đến tình trạng thai.	Nhận định đúng tình trạng tim thai.
8	Thông báo và trao đổi với thai phụ về tình trạng tim thai.		Rõ ràng, đầy đủ.

SỜ NẮN NGOÀI XÁC ĐỊNH TƯ THẾ THAI NHI ĐO CHIỀU CAO TỬ CUNG, VÒNG BỤNG

MỤC TIÊU

1. Thực hành được kỹ thuật sờ nắn ngoài để xác định các cực, ngôi và thế thai nhi.
2. Thực hiện được kỹ thuật đo chiều cao TC và vòng bụng trong khám thai.
3. Nhận thức được tầm quan trọng của việc sờ nắn ngoài xác định tư thế thai nhi, đo chiều cao TC, vòng bụng.

NỘI DUNG

Sờ nắn ngoài, đo chiều cao TC và vòng bụng là những kỹ năng thực hành quan trọng trong khám thai, chẩn đoán thai nghén, theo dõi và tiên lượng cuộc đẻ.

1. Chuẩn bị

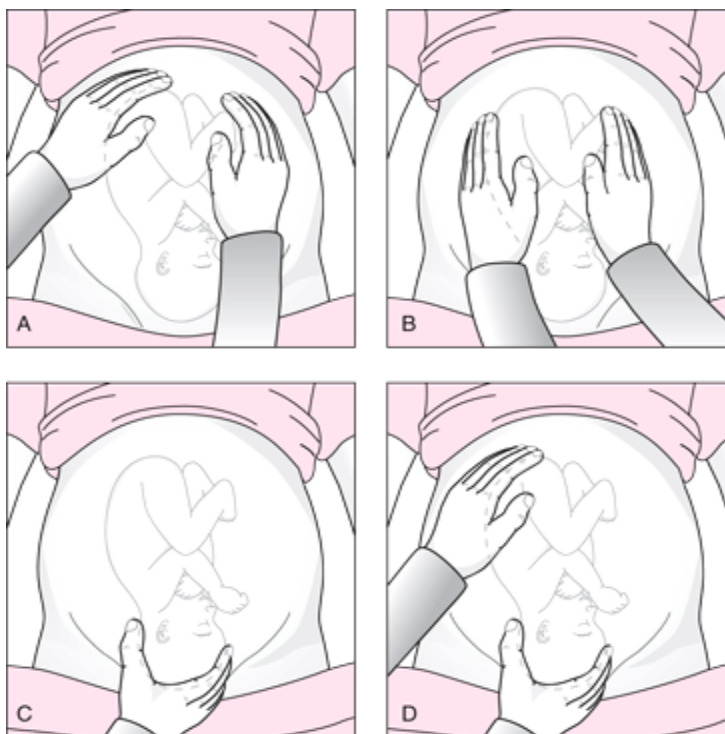
Chuẩn bị các dụng cụ khám thai hay theo dõi trong chuyển dạ phù hợp với thủ thuật; thước dây có chia vạch centimet.

2. Thực hiện kỹ thuật sờ nắn bụng xác định tư thế thai nhi

- Chào hỏi thai phụ, giải thích mục đích của việc sờ nắn xác định tư thế thai nhi;
- Hướng dẫn thai phụ nằm ngửa, hai chân chống để đùi tạo với mặt giường một góc 45° , bộc lộ rõ toàn bộ vùng bụng;
- Hỏi về ngày kinh cuối cùng, vị trí thai đập để sơ lược xác định ngôi thai;
- Người khám ngôi bên trái hoặc bên phải thai phụ, nắn theo thứ tự: cực dưới, cực trên và hai bên TC.
 - + Nắn cực dưới: người khám ngôi quay mặt xuống phía chân sản phụ. Đặt hai bàn tay hai bên cực dưới TC. Sờ nắn để xác định ngôi đầu hay ngôi mông. Nếu là đầu giữa hai bàn tay sẽ thấy một khối tròn rắn. Khi thai chưa đủ tháng, khối này còn cao so với khớp vệ và khi hai tay đẩy lên thì nó di động dễ dàng trong buồng ối, tạo nên dấu hiệu lúc lắc của đầu thai nhi. Nếu là mông sẽ thấy một khối mềm và thường ít di động hơn, không có hình tròn rõ như ngôi đầu. Ngôi ngang thì không nắn thấy khối nào trên khớp vệ (dấu hiệu tiểu khung rỗng);
 - + Nắn cực trên: người khám quay mặt lên phía đầu thai phụ, dùng hai tay nắn hai bên dần lên đáy TC. Nếu là ngôi đầu, sờ cực trên sẽ thấy mông và hai chi hợp thành một khối to, chỗ rắn chỗ mềm, không tròn, di động ít.

Nếu là ngôi mông, sờ sẽ thấy một khối tròn đều, rắn và di động dễ, chính là đầu thai nhi;

- + Nắn hai bên TC: dùng lòng cả bàn tay sờ áp lên TC để xác định lưng và chân tay thai nhi. Lưng là một diện phẳng, rắn, nổi liền cực dưới và cực trên. Đối diện với lưng nắn thấy lồi nhô những khối to nhỏ khác nhau, di động dễ, có khi nắn mạnh thấy mất đi, rồi lại hiện ra, đó là chân tay thai nhi.



Hình 6. Sờ nắn ngoài xác định tư thế thai nhi trong tử cung

3. Đo chiều cao tử cung - vòng bụng

- Đo chiều cao TC: thai phụ nằm ngửa, thầy thuốc một tay giữ đầu thước dây và đặt ở bờ trên khớp vệ. Tay kia xác định đáy TC và đặt bàn tay thẳng góc với thành bụng, kẹp thước dây giữa ngón trỏ và ngón giữa sao cho thước dây thẳng căng. Nhìn vào mức của thước dây để xác định chiều cao TC.

Trong trường hợp TC lệch trục, đẩy TC nhẹ nhàng về trung gian rồi đo hoặc có thể đo chiều cao TC theo hướng của TC.

- Đo vòng bụng: thai phụ nằm ngửa, thầy thuốc luồn thước dây qua lưng thai phụ và đo ở chỗ TC cao nhất (thường đo qua rốn).

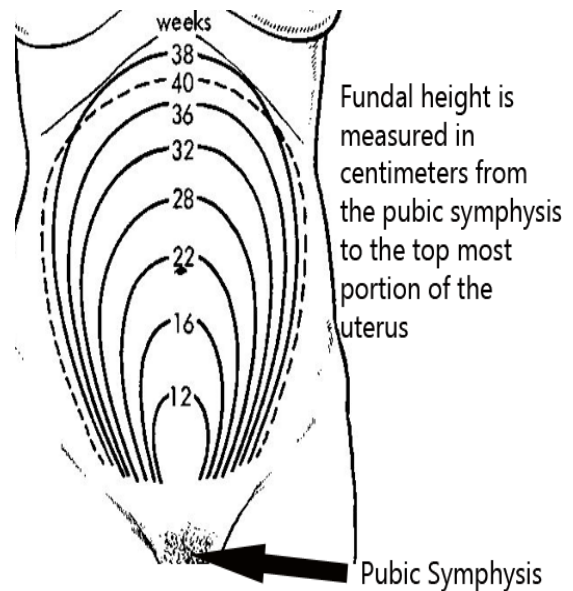
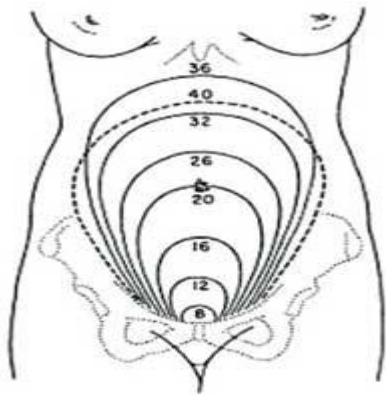


Hình 7. Đo chiều cao tử cung - vòng bụng

4. Thông báo kết quả cho thai phụ và giải thích những vấn đề cần thiết.

5. Ghi kết quả vào phiếu khám thai hoặc hồ sơ bệnh án.

Cần chỉ ra ngôi thai, tư thế thai nhi trong buồng TC. Dựa vào kết quả đo chiều cao TC vòng bụng dự tính tuổi thai (theo tháng) và trọng lượng thai.



Hình 8. Chiều cao tử cung đo từ bờ trên xương mu đến đáy TC tương ứng với tuổi thai

BẢNG KIỂM DẠY/HỌC KỸ THUẬT SỜ NẮN NGOÀI XÁC ĐỊNH TƯ THẾ THAI NHI, ĐO CHIỀU CAO TỬ CUNG, VÒNG BỤNG

(Áp dụng khi khám thai hoặc khi chuyển dạ)

TT	Nội dung	Ý nghĩa	Yêu cầu cần đạt
	CHUẨN BỊ		
1	Các dụng cụ khám thai hay theo dõi chuyển dạ; Thước dây có chia vạch centimet.	Tạo điều kiện thuận lợi cho kỹ thuật tiến hành.	Đầy đủ; Sắp xếp gọn gàng.
	THỰC HIỆN		
2	Chào hỏi, giải thích mục đích của việc sờ nắn xác định tư thế thai nhi.	Tạo sự tin tưởng và yên tâm cho thai phụ.	Thai phụ yên tâm hợp tác.
3	Hỏi về ngày kinh cuối cùng, vị trí thai đập.	Xác định tuổi thai; Sơ bộ chẩn đoán tư thế thai trong buồng TC.	Thông tin thu thập đầy đủ, chính xác, tính được tuổi thai.
4	Tư thế thai phụ: nằm ngửa trên giường hoặc bàn khám, bộc lộ toàn bộ vùng bụng; Thầy thuốc đứng bên phải hoặc bên trái thai phụ.	Thực hiện kỹ thuật thuận lợi.	Thai phụ nằm đúng tư thế; Thầy thuốc đứng đúng vị trí.
5	Sờ cực dưới: Người khám ngồi quay mặt xuống phía chân thai phụ. Dùng mặt trong của các ngón tay sờ hai bên cực dưới TC.	Giúp xác định sơ bộ về ngôi thai.	Xác định đúng phần của thai ở cực dưới.
6	Sờ cực trên: Người khám ngồi quay mặt về phía mặt thai phụ. Dùng hai lòng bàn và ngón tay nắn hai bên dần lên đáy TC.	Giúp củng cố xác định ngôi thai.	Xác định đúng phần của thai ở cực trên.

7	Sờ hai bên: Dùng lòng cả bàn tay áp lên TC để xác định lưng và chân tay thai nhi.	Giúp xác định diện phẳng là lưng thai nhi.	Xác định được lưng thai nhi.
8	Đo chiều cao TC: đặt đầu thước dây điếm giữa bờ trên khớp vệ, một tay cố định đầu dây, tay kia kẹp thước dây vào giữa ngón trỏ và giữa vuốt thẳng dây đến đáy TC.	Để đánh giá tuổi thai và mức độ phát triển của thai.	Xác định đúng điếm mốc, thước dây căng, tiếp tuyến với thành bụng.
9	Đo vòng bụng.	Để đánh giá tuổi thai và mức độ phát triển của thai.	Thước dây vòng qua chỗ cao nhất của bụng.
10	Thông báo kết quả thăm khám cho thai phụ và giải thích những điều cần thiết (nếu có).	Thai phụ yên tâm tin tưởng.	Rõ ràng, chính xác.
11	Nhận định kết quả, ghi vào hồ sơ	Giúp theo dõi quản lý thai nghén, theo dõi chuyển dạ.	Rõ ràng, đầy đủ, đúng cách.

Chương 2

CHĂM SÓC TRONG KHI SINH

THEO DÕI CHUYỂN DẠ, GHI BIỂU ĐỒ CHUYỂN DẠ

MỤC TIÊU

- 1. Thực hiện được theo dõi chuyển dạ và ghi biểu đồ chuyển dạ.*
- 2. Nhận định và đánh giá được tình trạng và tiên lượng cuộc chuyển dạ thông qua việc theo dõi và ghi biểu đồ chuyển dạ.*
- 3. Nhận thức được tầm quan trọng của việc theo dõi chuyển dạ và ghi biểu đồ chuyển dạ.*

NỘI DUNG

1. Các nguyên tắc chăm sóc trong chuyển dạ

- Phải theo dõi chuyển dạ một cách toàn diện, có hệ thống, phải biết ghi đầy đủ các thông số vào biểu đồ chuyển dạ để theo dõi;
- Phân tích và nhận định được 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;
- Nếu sản phụ được quyết định đẻ tại cơ sở y tế xã, người nữ hộ sinh cần phải chuẩn bị những dụng cụ tối thiểu cần thiết và đảm bảo vô khuẩn cùng với những dụng cụ để chăm sóc sơ sinh ngay sau đẻ. Nếu sản phụ đẻ tại nhà phải chuẩn bị nước sạch, đã đun sôi để nguội và sử dụng gói đỡ đẻ sạch (hoặc bộ dụng cụ đã được hấp vô khuẩn trong túi đỡ đẻ cấp cứu);
- Tận tình, kiên nhẫn và tỉ mỉ là những đức tính cần thiết của người chăm sóc trong chuyển dạ;
- Trong khi theo dõi quá trình chuyển dạ, CBYT cần động viên, hỗ trợ về tinh thần giúp cho sản phụ giảm bớt lo lắng;
- Hướng dẫn sản phụ cách thở và khuyến khích họ đi lại, không nên nằm một chỗ khi không có cơn co;
- Khuyến khích sản phụ đi tiểu 2 giờ/lần.

2. Theo dõi trong quá trình chuyển dạ

2.1. Theo dõi toàn thân

- Mạch:
 - + Trong chuyển dạ phải theo dõi mạch 4 giờ/lần, đảm bảo phát hiện sớm những thay đổi bất thường về mạch trong quá trình chuyển dạ và ngay sau đẻ. Bình thường mạch 70 - 80 lần/phút;
 - + Xử trí những bất thường: ở tuyến xã, nếu mạch > 100 hay < 60 lần/phút, sản phụ cần được hồi sức rồi chuyển lên tuyến trên; ở tuyến trên cần tìm nguyên nhân để xử trí.
- Huyết áp:
 - + Trong chuyển dạ đo HA 4 giờ/lần nếu diễn biến cuộc chuyển dạ bình thường. Nếu có chảy máu hay mạch nhanh, phải đo HA thường xuyên hơn;
 - + Xử trí bất thường: ở tuyến xã, nếu HA tăng ($HA \geq 140/90\text{mmHg}$), cho thuốc hạ HA rồi chuyển tuyến; nếu HA hạ ($HA \leq 90/60\text{mmHg}$), tiến hành hồi sức rồi gọi tuyến trên về hỗ trợ. Ở tuyến trên, tùy theo nguyên nhân mà xử trí.
- Thân nhiệt:
 - + Trong chuyển dạ, đo thân nhiệt 4 giờ/lần, nếu cuộc chuyển dạ tiến triển bình thường;
 - + Xử trí bất thường: ở tuyến xã: nếu nhiệt độ $\geq 38^{\circ}\text{C}$, cho chườm ấm, uống nhiều nước. Nếu nhiệt độ không giảm, hoặc tăng $> 39^{\circ}\text{C}$, toàn thân có dấu hiệu kiệt sức, vật vã, khó thở, chuyển tuyến trên ngay. Ở tuyến trên, tìm nguyên nhân để xử trí.

2.2. Theo dõi cơn co tử cung

- Trong chuyển dạ, theo dõi độ dài cơn co và khoảng cách giữa 2 cơn co. Đo cơn co trong 10 phút. Ở pha tiềm tàng đo 1 giờ/lần, pha tích cực 30 phút/lần.
- Xử trí cơn co bất thường:
 - + Tuyến xã, cơn co TC quá ngắn (< 20 giây), quá dài (> 60 giây) hoặc rối loạn (tần số < 2 hoặc > 4) phải chuyển lên tuyến trên;
 - + Tuyến trên, tìm nguyên nhân gây rối loạn cơn co để có thái độ xử trí thích hợp.



Hình 9. Đo cơn co tử cung

2.3. Theo dõi nhịp tim thai

- Ở pha tiềm tàng: nghe tim thai ít nhất 1 giờ/lần; ở pha tích cực 30 phút/lần. Nghe tim thai ngay sau vỡ ối hay trước và sau khi bấm ối;
- Thời điểm nghe tim thai là ngoài cơn co TC. Ở giai đoạn rặn để nghe tim thai sau mỗi cơn rặn;
- Đếm nhịp tim thai trong 1 phút, nhận xét nhịp tim thai có đều hay không?
- Bình thường: nhịp tim thai trung bình từ 120 - 160 lần/phút, đều, rõ. Nhịp tim thai bất thường khi > 160 lần/phút hoặc < 120 lần/phút hoặc không đều;
- Xử trí tim thai bất thường: ở tuyến xã phải hồi sức và chuyển tuyến; ở tuyến trên phải tìm nguyên nhân để xử trí.

2.4. Theo dõi tình trạng ối

- Nhận xét tình trạng ối mỗi lần thăm âm đạo (4 giờ/lần) và khi ối vỡ;
- Bình thường đầu ối dẹt, nước ối có thể trong hay trắng đục;
- Nước ối bất thường khi có màu xanh, màu đỏ hoặc nâu đen, mùi hôi;
- Đa ối, thiếu ối.

Xử trí ối bất thường: ở xã phải chuyển tuyến; ở tuyến trên tìm nguyên nhân để xử trí thích hợp. Nếu ối vỡ non, ối vỡ sớm trên 6 giờ chưa đẻ, ở xã cho kháng sinh rồi chuyển tuyến; ở các tuyến trên cần tìm nguyên nhân để xử trí.

2.5. Theo dõi mức độ xóa mở cổ tử cung

- Cần hạn chế thăm âm đạo để tránh nhiễm khuẩn;

- Thăm âm đạo 4 giờ/lần ở pha tiềm tàng, 2 giờ/lần ở pha tích cực, 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 CTC, độ lọt của ngôi;
- Pha tiềm tàng kéo dài 8 giờ: bắt đầu chuyển dạ đến khi CTC mở 3cm;
- Pha tích cực kéo dài tối đa 7 giờ: từ khi CTC mở 3cm đến 10cm (mở hết);
- Bình thường CTC mềm, mỏng, không phù nề. Đường biểu diễn độ xóa mở CTC trên biểu đồ chuyển dạ luôn ở bên trái đường báo động;
- Bất thường nếu: CTC không tiến triển, phù nề, đường biểu diễn độ xóa mở CTC chuyển sang bên phải đường báo động hoặc CTC mở hết mà đầu không lọt;
- Xử trí: tuyến xã phải chuyển ngay lên tuyến trên, nơi có điều kiện phẫu thuật. Tuyến trên: tùy theo nguyên nhân mà xử trí.

2.6. Theo dõi mức độ tiến triển của ngôi thai

- Theo dõi mức độ tiến triển của ngôi thai bằng cách nắn ngoài thành bụng và thăm âm đạo;
- Đánh giá sự tiến triển của ngôi: có 4 mức: cao lỏng, chúc, chặt và lọt. Khi đã lọt, có 3 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, nếu ở tuyến xã phải chuyển đến nơi có điều kiện phẫu thuật.

2.7. Theo dõi khi thai sổ

(xem bài “Đỡ đẻ thường ngôi chỏm”)

2.8. Theo dõi khi sổ rau

(xem bài “Xử trí tích cực giai đoạn 3 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, HA, nhiệt độ	4 giờ/lần	4 giờ/lần
Tim thai	1 giờ/lần	30 phút/lần
Cơ co TC	1 giờ/lần	30 phút/lần
Tình trạng ối	4 giờ/lần	2 giờ/lần
Độ lọt của ngôi (sờ nắn ngoài)	1 giờ/lần	30 phút/lần
Chông khớp (thăm trong)	4 giờ/lần	2 giờ/lần
Độ mở CTC (thăm trong)	4 giờ/lần	2 giờ/lần

3. Biểu đồ chuyển dạ

3.1. Chỉ định

- Tất cả các trường hợp chuyển dạ có tiên lượng đẻ được theo đường âm đạo (kể cả trường hợp có sẹo mổ cũ ở TC 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.

3.2. Thời điểm bắt đầu ghi biểu đồ chuyển dạ

- Chỉ bắt đầu ghi biểu đồ chuyển dạ khi sản phụ đã có chuyển dạ thực sự (thời điểm này có thể khác với thời điểm sản phụ vào viện);
- Thời điểm bắt đầu ghi tại 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”.

3.3. Nội dung cần ghi trên biểu đồ chuyển dạ

1) Tiến độ của chuyển dạ

- Độ mở CTC;
- Độ xuống và lọt của ngôi thai;
- Cơ co TC.

2) Tình trạng của thai

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

3) Tình trạng của sản phụ

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

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

3.4.1. 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 CTC 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, HA của sản phụ giống như cách ghi thông thường (chấm để ghi nhịp tim thai, mạch mẹ và mũi tên hai đầu nhọn ghi 2 số đo HA).
- Các ký hiệu khác như tình trạng ối, độ chùng khớp, cơn co TC... theo hướng dẫn của tài liệu đào tạo hoặc trên biểu đồ.

3.4.2. Pha tiềm tàng

- CTC mở ≤ 3 cm và xóa chưa hết.
- Khi CTC mở > 3 cm thì phải chuyển ký hiệu ghi độ mở sang pha tích cực, nằm trên đường báo động, tương ứng với mức chỉ độ mở của CTC lúc đó. Cùng với sự chuyển vị trí ghi ký hiệu về CTC, phải chuyển ô ghi giờ trong ngày đến ô thích hợp với tình trạng CTC lúc đó và tất cả các ký hiệu ghi nhận về mọi diễn biến khác cũng phải chuyển theo.

3.4.3. Pha tích cực

- CTC mở từ 3 - 10cm;
- CTC đã mở từ 3cm trở lên thì phải bắt đầu ghi độ mở CTC 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 CTC đã ghi lúc ban đầu.

3.5. Đọc và xử trí

3.5.1. Tại tuyến xã, phường

- Pha tiềm tàng: thông thường không kéo dài quá 8 giờ. Nếu kéo dài trên 8 giờ, tuyến xã cần chuyển tuyến trên để đánh giá và xử trí.
- Pha tích cực: đường mở CTC phải ở bên trái của đường báo động (mở trên 1cm/giờ). Nếu đường mở CTC chuyển sang bên phải đường báo động (mở dưới 1cm/giờ) thì tuyến xã phải chuyển lên tuyến trên.

3.5.2. Tại các tuyến trên

- Phải tìm nguyên nhân để khó để xử trí.

BẢNG KIỂM DẠY/HỌC THEO DÕI CHUYÊN DẠ BẰNG BIỂU ĐỒ

TT	Các bước	Ý nghĩa	Yêu cầu cần đạt
	CHUẨN BỊ		
1	Dụng cụ: - Dụng cụ khám và theo dõi một cuộc chuyển dạ: đồng hồ, ống nghe tim thai, găng vô khuẩn, HA kế, ống nghe... - Phiếu ghi biểu đồ chuyển dạ, bút, thước...	Thực hiện theo dõi chuyển dạ tốt.	Đầy đủ, đúng quy cách, sắp xếp hợp lý và sẵn sàng để sử dụng.
2	Sản phụ: - Sản phụ có dấu hiệu chuyển dạ thực sự, đang được theo dõi tại phòng chờ đẻ; - Tiên lượng đẻ đường dưới.	Chỉ ghi biểu đồ khi có chuyển dạ thực thụ và tiên lượng đẻ đường dưới.	Xác định được đúng các dấu hiệu của chuyển dạ thực sự; Sản phụ được tiên lượng đẻ đường dưới.
3	NVYT mang trang phục theo quy định: áo, mũ, khẩu trang.	Thai phụ tin tưởng.	Gọn gàng đúng tác phong.
	THỰC HIỆN		
4	- Chào và giải thích cho sản phụ mục đích công việc sẽ làm và các bước sẽ thực hiện; - Hỏi các thông tin hành chính để làm bệnh án và ghi vào biểu đồ chuyển dạ.	Tạo sự tin tưởng và yên tâm cho sản phụ.	Tôn trọng, ân cần Thu thập đầy đủ và chính xác thông tin sản phụ theo yêu cầu hồ sơ bệnh án; Sản phụ biết các công việc tiếp theo NVYT sẽ thực hiện để theo dõi chuyển dạ.
5	Khám để xác định chắc chắn sản phụ đã chuyển dạ thực sự.	Giúp nhận định đúng tiến trình chuyển dạ theo biểu đồ.	Thận trọng, chính xác.
6	Khám toàn trạng: mạch, nhiệt độ, HA, nhịp thở.	Đánh giá tình trạng toàn thân của bà mẹ.	Đầy đủ thông tin theo mẫu của biểu đồ.
7	Sờ nắn ngoài để xác định ngôi, thế, độ xuống của ngôi thai.	Sơ bộ đánh giá ngôi, thế.	Có bảng kiểm riêng.

8	Nghe và đếm nhịp tim thai.	Đánh giá tình trạng thai nhi.	Đúng quy trình theo bảng kiểm nghe tim thai bằng ống nghe (hoặc bằng máy nghe tim thai).
9	Theo dõi cơn co TC.	Đánh giá tình trạng cơn co TC: tần số và cường độ.	Đúng quy trình (bảng kiểm đo cơn co TC bằng tay).
10	Rửa tay và đi găng vô khuẩn.	Đảm bảo vô khuẩn khi khám âm đạo.	Theo bảng kiểm riêng.
11	Khám âm đạo: đánh giá tình trạng của CTC xác định độ xóa, độ mở CTC.	Đánh giá tình trạng TC, đầu ối, thê và kiểu thê, độ lọt của ngôi.	Nhận định đúng tình trạng CTC.
12	Đánh giá tình trạng ối - Nếu ối còn: đầu ối, màng ối; - Nếu ối vỡ: màu sắc nước ối.	Đánh giá tình trạng hiện tại về tình trạng ối.	Nhận định đúng tình trạng đầu ối và nước ối (nếu đã vỡ).
13	Đánh giá độ lọt của ngôi: Cao lỏng, chúc, chật, lọt cao, lọt trung bình, lọt thấp.	Đánh giá tình trạng hiện tại của độ lọt, tiến triển của chuyển dạ.	Nhận định đúng tình trạng độ lọt, đưa ra hướng điều trị tiếp theo.
14	Ghi tất cả thông tin vào biểu đồ chuyển dạ, kể cả giờ khám và giờ thứ mấy của chuyển dạ.	Đề theo dõi hiện tại và tiên lượng cuộc chuyển dạ.	Ghi đầy đủ theo mẫu; đúng các ký hiệu.
15	Lặp lại các bước trên ở lần khám sau, các kết quả thu được đều được ghi vào biểu đồ.	Đề theo dõi tiến triển và tiên lượng cuộc chuyển dạ.	Ghi đúng hàng cột và thời gian.
16	Nhận định tình trạng cuộc chuyển dạ: - Pha tiềm tàng: CTC mở < 3cm; - Pha tích cực: CTC mở 3-10cm.	Đánh giá cuộc chuyển dạ theo biểu đồ.	Nhận định đúng được các yếu tố trong chuyển dạ.
17	Đưa ra quyết định xử lý theo tình trạng cuộc chuyển dạ:	Tránh biến chứng.	Đúng lúc, chính xác.

	<ul style="list-style-type: none"> - Pha tiềm tàng: nếu kéo dài trên 8 giờ, cần tìm nguyên nhân để khó để can thiệp và chuyển tuyến trên (với tuyến xã); - Pha tích cực: nếu đường mở CTC chuyển sang bên phải đường báo động thì cần chuyển tuyến (tuyến xã) hoặc tìm nguyên nhân để xử lý. 		
18	<p>Thông tin cho sản phụ biết tình trạng của chuyên dạ và tư vấn cho sản phụ hướng xử trí tiếp theo; Chào sản phụ.</p>	<p>Giúp sản phụ biết tình trạng của chuyên dạ, trả lời các câu hỏi nếu có.</p>	<p>Thông báo tình trạng hiện tại của sản phụ; Tạo được sự hài lòng đối với sản phụ.</p>

KỸ THUẬT BẮM ỒI

MỤC TIÊU

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

NỘI DUNG

1. Khái niệm

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

2. Mục đích

- Loại bỏ đầu ối khi không còn tác dụng nong mở CTC;
- Làm giảm áp lực buồng ối;
- Rút ngắn thời gian chuyển dạ.

3. Chỉ định

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

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

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

4. Chống chỉ định

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

5. Chuẩn bị

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



Hình 10. Dụng cụ bấm ối

6. Các bước tiến hành

- Nghe tim thai trước khi bấm ối (ghi nhận tần số, cường độ đều hay không đều);
- Rửa sạch âm hộ bằng nước vô khuẩn;
- Thầy thuốc rửa tay, đeo găng vô khuẩn;
- Một tay đưa vào âm đạo, khám và kiểm tra lại xem có sa dây rau trong bọc ối không, xác định ngôi thai, độ mở CTC. Chỉ tiến hành bấm ối khi không có sa dây rau trong bọc ối;
- Tay kia đưa kim chọc ối vào âm đạo theo hướng dẫn của tay trong âm đạo, kim bấm ối nằm giữa 2 ngón tay hướng tới đầu ối và chờ đến thời điểm bấm ối;
- Thời điểm bấm ối: nếu đầu ối phồng thì bấm ối ngoài con co TC, nếu đầu ối dẹt thì bấm ối trong con co TC;
- Kỹ thuật: đẩy nhẹ kim chọc vào màng ối để nước ối chảy ra từ từ theo ngón tay, quan sát màu sắc, số lượng nước ối chảy ra. Tay kia rút kim chọc ối sau đó nắn trên khớp vệ hướng cho ngôi thai vào eo trên. Khi không còn nước ối chảy ra xé rộng màng ối, kiểm tra xem có sa dây rau hay các chi không và ngôi thai có thay đổi gì không;
- Nghe lại tim thai (để phòng sa dây rau bên ngôi không phát hiện được);

- Ghi chép hồ sơ/biểu đồ chuyên dạ: thời điểm bấm ối, số lượng, màu sắc nước ối, tim thai.

Thay đổi kỹ thuật bấm ối trong một số trường hợp:

- Nếu bấm ối trong rau tiền đạo thì sau khi chọc đầu ối, phải xé rộng màng ối song song với bờ bánh rau, tránh xé vào bánh rau gây chảy máu.
- Nếu bấm ối trong đa ối cần để sản phụ nằm đầu dốc, mông hơi cao. Dùng phương pháp tia ối, nghĩa là dùng kim chọc một lỗ nhỏ, chọc ngoài cơn co TC, để cho nước ối chảy từ từ, khi nước ối chảy gần hết mới xé rộng màng ối. Trong trường hợp này, nếu để nước ối chảy ào ra ngoài, sản phụ dễ bị sốc vì áp lực ổ bụng giảm đột ngột, hơn nữa dễ gây sa dây rau, sa các chi hoặc có thể trở thành ngôi bất thường.
- Đối với ngôi ngang khi có chỉ định và đủ điều kiện để nội xoay thai thì sau khi chọc đầu ối phải xé rộng màng ối và đưa ngay tay vào buồng TC để tìm chân thai nhi làm nội xoay. Cần lưu ý trường hợp này, nước ối càng được giữ trong buồng TC nhiều càng tốt vì còn nhiều nước ối nội xoay thai nhi càng dễ, CTC càng đỡ bóp chặt vào thai nhi.

7. Biến chứng sau bấm ối

- Sa dây rau: nếu sau khi bấm có biến chứng sa dây rau, phải cho sản phụ nằm đầu thấp, mông cao, dùng 2 ngón tay đẩy dây rau lên, nếu không được phải phẫu thuật lấy thai. Sa dây rau bên ngôi khó phát hiện, vì vậy mọi trường hợp sau bấm ối bắt buộc phải nghe tim thai;
- Nếu chảy máu sau bấm ối, hay nước ối bất thường (màu đỏ lẫn máu hoặc màu xanh lẫn phân su) phải tìm nguyên nhân để xử lý kịp thời;
- Nhiễm trùng ối, nhiễm trùng thai nhi: trong trường hợp mẹ bị nhiễm khuẩn âm đạo hoặc bấm ối trên 6 giờ mà thai chưa sổ;
- Chọc vào thai: do kim chọc ối chạm vào phần thai gây chạm thương thường gặp trong màng ối dày, ít ối, ngôi mông;
- Gây máu tụ sau rau, nặng có thể làm rau bong non.

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

BẢNG KIỂM DẠY/HỌC KĨ THUẬT BẮM ỒI

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

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

ĐỒ ĐẸ THƯỜNG NGÔI CHỖM

MỤC TIÊU

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

NỘI DUNG

1. Định nghĩa

Đỡ đẻ thường ngôi chỏm kiểu chằm 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 TSM).

2. Chuẩn bị

2.1. Dụng cụ

Bộ dụng cụ đỡ đẻ: 2 kìm Kocher, 1 kéo cắt cuống rốn;

Bộ dụng cụ cắt, khâu TSM;

Khăn, bông, băng, gạc hấp, chỉ khâu, kim khâu;

Dụng cụ để hút nhót và hồi sức sơ sinh (máy hút, ống nhựa);

Thông tiểu.

2.2. Sản phụ

Được động viên, hướng dẫn cách thở, cách rặn đẻ và thư giãn ngoài cơn rặn;

Nếu có cầu bàng quang mà không tự đái được thì tiến hành thông tiểu;

Rửa vùng sinh dục ngoài bằng nước chín;

Sát khuẩn rộng vùng sinh dục ngoài, trải khăn vô khuẩn.

2.3. Tư thế sản phụ

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

3. Các bước tiến hành

3.1. Nguyên tắc

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

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

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

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

3.2. Kỹ thuật đỡ đẻ ngôi chỏm kiểu chằm vệ

3.2.1. Thời điểm đỡ đẻ

CTC mở hết;

Ói đã vỡ (chưa vỡ thì bấm ói);

Ngôi thai đã lọt và thập thò ở âm môn làm TSM căng giãn, hậu môn loe rộng;

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

Những lưu ý khi tiến hành đỡ đẻ:

Thao tác nhẹ nhàng, đỡ thai, không kéo thai;

Giúp cho thai sổ từ từ;

Kiên nhẫn động viên sản phụ, không thúc ép, giục giã, sốt ruột.

3.2.2. Kỹ thuật đỡ đẻ

Đỡ đầu

Giúp đầu cúi tốt: ấn nhẹ nhàng vào vùng chằm trong mỗi cơn co TC;

Nếu có chỉ định thì cắt TSM ở vị trí 5 giờ hoặc 7 giờ, vào lúc TSM giãn căng;

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

Khi đầu sổ ra ngoài hút dịch hoặc dùng gạc lau miệng thai nhi.



Hình 11. Đỡ đầu

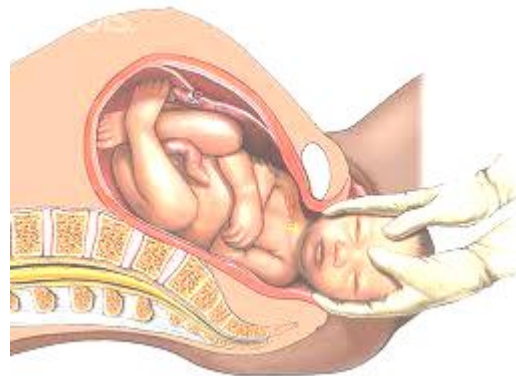
Đỡ vai

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



Hình 12. Đỡ thân, mông và chi



Hình 13. Đỡ vai

Đỡ thân, mông và chi

Khi đã sổ xong hai vai, bỏ tay giữ TSM để thân thai nhi sổ và khi thân ra ngoài thì bắt lấy hai bàn chân, tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin khi chắc chắn không còn thai nào trong TC (xem “Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ”).

Giữ thai ở tư thế ngang, đầu hơi thấp (hoặc để thai nằm nghiêng trên phần bàn để đã được kéo ra hoặc cho nằm sấp trên bụng mẹ) rồi tiến hành cặp cắt rốn. Nếu người đỡ chính còn bế giữ thai thì động tác cặp cắt rốn do người đỡ phụ thực hiện.

Chuyển thai ra bàn hồi sức, giao cho người phụ chăm sóc, làm rốn, đánh giá chỉ số Apgar phút thứ 1 và thứ 5.

4. Kỹ thuật đỡ đẻ kiểu chằm cùng

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

- Khi đỡ đầu vì ngôi chằm sổ kiểu chằm cùng mặt thai ngửa lên phía xương mu người mẹ nên phải giúp đầu cúi bằng cách dùng đầu ngón tay ấn vào đầu thai từ dưới lên;
- Khi hạ chằm của thai ra đến mép sau âm hộ thì cho đầu thai ngửa dần ra sau để lộ các phần trán, mắt, mũi, cằm;

- Khi đầu đã sổ hoàn toàn chờ cho đầu tự quay về phía nào sẽ giúp thai quay hẳn sang bên đó (trái hoặc phải ngang);
- Tiếp tục đỡ vai và các phần khác của thai như với đỡ ngôi chòm kiểu chằm vệ.

Chú ý:

Ngôi chòm sổ chằm cùng thường diễn biến lâu, sổ khó hơn và dễ gây sang chấn cho mẹ vì vậy cần cắt rộng TSM trước khi đỡ đầu thai nhi.

Thai nhi sổ chằm cùng cũng dễ bị ngạt vì thế cũng phải hồi sức thai thật tốt.

5. Theo dõi và xử trí tai biến

5.1. Theo dõi

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

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

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

Sau khi đỡ đẻ, người đỡ chính phải quan sát sản phụ để kịp thời phát hiện chảy máu, vết rách và đánh giá mức co hồi TC để chuẩn bị xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ.

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

5.2. Cách xử trí một số tai biến sau đẻ

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

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

Nếu bị băng huyết do đờ TC phải tập trung cấp cứu bằng các biện pháp làm ngừng chảy máu và bồi phụ lượng máu đã mất.

Nếu trẻ bị ngạt: phải hồi sức sơ sinh tích cực.

BẢNG KIỂM DẠY/HỌC ĐỒ ĐẼ THƯỜNG NGÔI CHỖM

TT	Các bước	Ý nghĩa	Yêu cầu cần đạt
	CHUẨN BỊ		
1	Dụng cụ: - Bộ dụng cụ đỡ đẻ; - Bộ dụng cụ cắt khâu TSM; - Dụng cụ hút nhót, hồi sức sơ sinh; - Thuốc: oxytocin; - Săng vô khuẩn: 4 cái, bơm tiêm.	Giúp thủ thuật thuận lợi, an toàn.	- Theo hướng dẫn quốc gia; - Đảm bảo vô khuẩn.
2	NVYT: áo mũ, tạp dề, khẩu trang, rửa tay ngoại khoa.	Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn.	Vô khuẩn, sạch và đầy đủ.
3	Bà mẹ nằm tư thế sản khoa, động viên và giải thích những việc sắp làm, hướng dẫn cách rặn trong cơn co và thở đều khi không có cơn co.	Bà mẹ an tâm, hợp tác.	Hướng dẫn chi tiết cụ thể; Thái độ hỗ trợ và tôn trọng.
	THỰC HIỆN		
4	NVYT đi găng vô khuẩn.	Đảm bảo vô khuẩn.	Theo đúng bảng kiểm.
5	Sát khuẩn TSM, trải săng vô khuẩn: 01 dưới mông, 01 trên bụng sản phụ, 02 săng ở đùi.	Đảm bảo vô khuẩn.	Đầy đủ, che kín vùng bụng và đùi.
	Đỡ đầu		
6	Khi TSM đã căng phồng, quyết định xem có cắt TSM không, nếu có thì gây tê và cắt (<i>xem “Bảng kiểm cắt khâu TSM”</i>).	Tránh rách TSM.	Nhận định được sự giãn nở của TSM và có chỉ định cắt phù hợp.
7	Dùng một tay giữ TSM qua săng vô khuẩn.	Đề phòng rách TSM.	Lưu ý công tác vô khuẩn khi tiếp xúc khu vực hậu môn
8	Thì cúi: dùng các ngón tay của tay còn lại đặt lên cằm để giúp đầu cúi thêm cho tới khi hạ cằm tỳ vào bờ dưới khớp vệ.	Giúp đầu cúi hơn khi sổ.	Duy trì lực ấn nhẹ nhàng nhưng chắc chắn; Yêu cầu bà mẹ hít sâu, rặn mạnh khi có cơn co.

9	Thì ngửa: dùng bàn tay ôm lấy cằm hướng lên trên để các phần trán, mũi, mồm và cằm thai nhi chui ra, trong khi tay kia vẫn giữ TSM để tránh bị rách.	Giúp sổ đầu, tránh rách TSM.	Yêu cầu bà mẹ thở ra đều, không rặn nữa.
10	Khi đầu sổ hoàn toàn, để đầu quay tự nhiên sau đó hỗ trợ tiếp để đầu quay về tư thế ngang, dùng gạc hay khăn sạch lau nhớt ở miệng và mũi trẻ.	Giúp đầu sổ hoàn toàn và sơ bộ làm sạch đường thở trẻ.	Thực hiện nhẹ nhàng, giúp đầu thai nhi quay về kiểu thế khi xuống.
11	Kiểm tra xem có dây rau quấn cổ.	Đảm bảo dây rau không cản trở sổ vai và mông.	Dùng một ngón tay kiểm tra.
	<i>Đỡ vai</i>		
12	Vai trước: hai tay ôm đầu thai nhi ở hai bên tai và đỉnh thái dương kéo xuống dưới khi bờ dưới cơ Delta tỳ dưới khớp vẹo.	Giúp vai trước sổ.	Kéo theo trục rốn - cụt bằng lực của cánh tay.
13	Vai sau: NVYT một tay giữ đầu (cổ của thai nhi nằm giữa ngón cái và trỏ) kéo thai nhi lên trên, tay kia giữ TSM giúp vai sau sổ hoàn toàn.	Giúp vai sau sổ.	Cho vai sau sổ từ từ; Giữ TSM tốt đảm bảo không rách.
	<i>Đỡ thân, mông và chi</i>		
14	Khi hai vai đã sổ, tay đỡ TSM chuyển đỡ lưng, mông và cầm hai cổ chân thai nhi giữa ba ngón tay, tay kia đỡ gáy thai nhi ở tư thế ngang.	Giúp thai sổ hoàn toàn.	Giữ trẻ đúng tư thế, lưu ý không để rơi trẻ.
15	Đặt bé nằm nghiêng trên bàn (bàn sơ sinh) hay nằm sấp trên bụng mẹ.	Tiếp nhận thêm máu từ bánh rau; Tăng tình cảm mẹ con.	Đảm bảo giữ ấm trẻ sơ sinh

16	Kẹp và cắt rốn.	Tách trẻ ra khỏi mẹ.	Kẹp 1 cách rốn trẻ 15 - 20cm; Vuốt nhẹ dây rốn về phía mẹ, kẹp thứ 2 cách kẹp thứ nhất 2cm, cắt dây rốn giữa 2 kẹp.
17	Đưa trẻ về bàn sơ sinh và thực hiện chăm sóc sơ sinh.	Đảm bảo an toàn cho trẻ.	Có bảng kiểm riêng.
18	Xử trí tích cực giai đoạn III.	Lấy rau và đề phòng chảy máu sau đẻ.	Có bảng kiểm riêng.
19	Kiểm tra đường sinh dục xem có tổn thương hay không.	Tránh sót tổn thương.	Kiểm tra toàn diện phát hiện được tổn thương nếu có.
20	Vệ sinh đường sinh dục, đóng khố, thu dọn dụng cụ.	Đảm bảo vệ sinh.	Rửa bộ phận sinh dục bằng nước chín, đóng khố sạch.
21	Động viên sản phụ, hướng dẫn cho con bú, hướng dẫn xoa TC và phát hiện chảy máu sau đẻ.	Giúp co hồi TC, và chăm sóc trẻ sơ sinh.	Sản phụ cho bú trong vòng 30 phút sau đẻ, trong 2 giờ đầu xoa TC 15 phút/lần.
22	Ghi chép hồ sơ, biểu đồ chuyển dạ.	Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án, giúp chăm sóc theo dõi sau đẻ.	Chính xác, đầy đủ, rõ ràng.

XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN III CỦA CHUYỂN DẠ

MỤC TIÊU

1. Xử trí được giai đoạn III của chuyển dạ theo đúng phác đồ.
2. Nhận thức được tầm quan trọng của việc xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ trong việc giảm nguy cơ chảy máu trong đẻ.

NỘI DUNG

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 TC.

2. Cách thức tiến hành

2.1. Tư vấn

Giải thích công việc sẽ tiến hành để lấy rau sau khi đã sổ thai ra ngoài cho sản phụ yên tâm và hợp tác với NVYT.

2.2. Thuốc và dụng cụ

Dụng cụ: bơm tiêm, khay đỡ rau, săng vô khuẩn;

Thuốc: oxytocin 10 đơn vị, chuẩn bị trong bơm tiêm để sẵn trên bàn dụng cụ đỡ đẻ.



Hình 14. Thuốc và dụng cụ xử trí tích cực giai đoạn III

2.3. Quy trình thực hiện

Bước 1: nắn TC ngay sau khi thai sổ ra ngoài để chắc chắn trong TC không còn thai nào nữa.

Bước 2: tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin vào 1/3 dưới mắt trước ngoài đùi cho sản phụ.

Bước 3: cặp dây rốn ở gần sát âm hộ người mẹ để khi kéo dây rốn dễ dàng hơn.

Bước 4: kéo dây rốn có kiểm soát.

Kiểm tra sự co bóp TC: một tay giữ căng dây rốn chờ đợi TC co lại, tay còn lại đặt trên bụng sản phụ đánh giá TC đã có cơn co.

Đỡ rau: một tay người đỡ đẻ đặt trên bụng sản phụ, phía trên xương mu, ấn nhẹ vào mặt trước đoạn dưới TC, đẩy nhẹ lên phía xương ức tránh TC 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 2 - 3 phút, nếu rau không sổ trong giai đoạn này, dừng lại 5 phút rồi kéo lại. Khi bánh rau đã sổ ra đỡ màng rau bằng cách: hạ thấp bánh rau xuống lợi dụng sức nặng của bánh rau kéo màng ra. Cũng có thể dùng hai bàn tay đỡ bánh rau và xoay tròn nhẹ nhiều vòng giúp màng rau bong hết.

Xoa bóp TC: sau khi rau sổ, xoa bóp ngay đáy TC qua thành bụng đến khi TC co tốt.

Hướng dẫn sản phụ xoa bóp nhẹ đáy TC 15 phút/lần trong vòng 2 giờ đầu để đảm bảo chắc chắn TC co tốt.

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

2.4. Khó khăn và cách xử trí

- Kéo dây rốn nhưng bánh rau không bong và không xuống dần trong TC, không được kéo giật, kéo mạnh, cần chờ đợi một lát rồi tiếp tục kéo. Nếu vẫn không kết quả:
 - + Tại tuyến xã: nếu chảy máu cần bóc rau nhân tạo, nếu không chảy máu chuyển tuyến trên;
 - + Tuyến huyện trở lên có thể đặt âm đạo 1 - 4 viên misoprostol (200 - 800mcg) hoặc ngậm dưới lưỡi, sau 10 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.

**BẢNG KIỂM DẠY/HỌC XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN 3 CỦA
CHUYỂN DẠ**

TT	Các bước	Ý nghĩa	Yêu cầu cần đạt
	CHUẨN BỊ		
1	NVYT trang phục đầy đủ, rửa tay; Cần thêm một người phụ để tiêm.	Đảm bảo vô khuẩn cho bà mẹ.	Trang phục gọn gàng sạch sẽ.
2	Dụng cụ: Các dụng cụ của cuộc đỡ đẻ thường và kiểm tra rau: khay đỡ rau, găng tay; bơm kim tiêm đã nạp 10 đơn vị oxytocin.	Dụng cụ sẵn sàng khi làm thủ thuật.	Dụng cụ đầy đủ, đúng quy cách, sắp xếp tiện sử dụng; Oxytocin sẵn sàng.
3	Giải thích cho bà mẹ và người nhà về việc sắp làm, động viên và hướng dẫn để họ hợp tác.	Giúp bà mẹ và người nhà an tâm, hợp tác.	Giải thích cụ thể, rõ ràng.
	THỰC HIỆN		
4	Nắn TC ngoài thành bụng ngay sau khi thai sổ.	Đảm bảo không còn thai thứ 2 trong TC.	Sờ được đáy TC và kiểm tra được không còn thai khác.
5	Tiêm bắp 1/3 dưới mắt trước ngoài đùi 10 đơn vị oxytocin.	Giúp rau bong, hạn chế chảy máu sau đẻ.	Đúng quy trình tiêm bắp (bảng kiểm riêng).
6	Kéo dây rốn có kiểm soát: Dùng tay thuận giữ kẹp dây rốn, chờ cơn co; Đặt tay kia trên mu, lòng bàn tay hướng về rốn, ấn nhẹ hướng lên trên về phía mũi ức; Tay thuận kéo chắc dây rốn theo hướng xuống dưới, duy trì lực kéo, tránh giật mạnh; Nếu rau không xuống, ngừng kéo, chờ 1 - 2 phút và làm lại khi có cơn co khác.	Giúp bong và sổ rau, tránh lộn TC.	Kéo nhẹ nhàng trong cơn co TC, phối hợp 2 tay: tay trên đẩy TC về phía mũi ức, tay dưới kéo dây rốn.

7	Khi nhìn thấy bánh rau ở âm hộ, dùng hai tay đỡ bánh rau xuống thấp, nhẹ nhàng quay bánh rau đến khi màng rau xoắn lại và từ từ để cho rau sổ hoàn toàn.	Tránh sót màng rau.	Để bánh rau sổ nhờ trọng lượng bánh rau (không kéo bánh rau).
8	Đặt bánh rau vào một khay đã chuẩn bị sẵn.	Để kiểm tra rau và màng.	
9	Xoa đáy TC qua thành bụng đảm bảo TC co hồi tốt.	Đề phòng chảy máu sau đẻ.	Xoa đáy TC một lần và hướng dẫn sản phụ xoa những lần tiếp theo.
KIỂM TRA ĐƯỜNG ĐẼ			
10	Yêu cầu người phụ chiếu đèn vào vùng đáy chậu.	Đủ ánh sáng để quan sát chính xác.	Đèn rọi tập trung vào đáy chậu.
11	Nhẹ nhàng tách môi âm hộ và quan sát âm đạo xem có tổn thương không.	Quan sát tổn thương.	Quan sát hết được âm hộ, thành âm đạo, cùng đồ.
12	Kiểm tra vùng đáy chậu xem có tổn thương không và xử trí phù hợp.	An toàn cho sản phụ.	Phát hiện toàn bộ các tổn thương và xử trí đúng kỹ thuật với từng loại tổn thương.
13	Rửa âm hộ bằng nước chín, ấm và lau khô bằng khăn sạch mềm.	Vệ sinh và tạo thoải mái cho bà mẹ.	Nhẹ nhàng, sạch sẽ.
14	Đặt băng vệ sinh hay vải mềm vào đáy chậu cho bà mẹ thoải mái.	Tạo thoải mái cho bà mẹ.	Sạch sẽ.
15	Dặn dò bà mẹ và người nhà những điều cần thiết và ghi hồ sơ	Chăm sóc tinh thần, đề phòng những bất thường.	Theo đúng quy định.

KIỂM TRA RAU

MỤC TIÊU

- 1. Thực hiện được kiểm tra bánh rau, màng rau, dây rau theo đúng thứ tự kỹ thuật.*
- 2. Nhận định đúng tình trạng máu rau, màng rau và dây rau.*
- 3. Nhận thức được tầm quan trọng của việc kiểm tra rau.*

NỘI DUNG

1. Định nghĩa

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

2. Chuẩn bị

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

Găng tay, bông, gạc cần cho việc lau thấm máu khi kiểm tra.

3. Các bước tiến hành

3.1. Kiểm tra màng rau

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

Quan sát vị trí lỗ rách màng ối.

Với trường hợp sinh đôi cần bóc tách phần màng để đánh giá 1 hay 2 bánh rau.

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

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



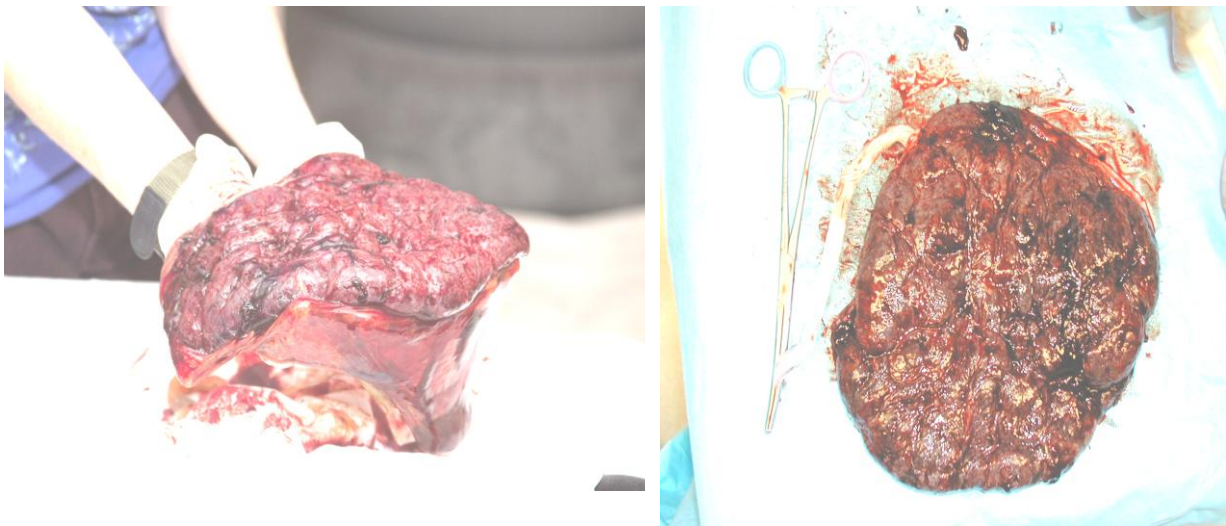
Hình 15. Kiểm tra màng rau và dây rau

3.2. Kiểm tra bánh rau

Lật bánh rau để lộ mặt múi, lau sạch máu cục sau đó lần lượt kiểm tra:

Đánh giá chất lượng bánh rau: có các ổ nhồi máu, các ổ lắng đọng calci, tình trạng rau có bị xơ hóa hay không.

Quan sát kỹ các múi rau từ trung tâm ra xung quanh xem có bị khuyết không?



Hình 16. Kiểm tra múi rau

3.3. Kiểm tra dây rốn

Tìm xem có bị thắt nút, xoắn vặn, màu sắc, kích thước...

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

Đo độ dài dây rốn, đo hai phía (phía bám vào bánh rau 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 khăn vệ sinh và mặc váy, áo.

4. Theo dõi và xử trí tai biến

4.1. Theo dõi

Ngay khi kiểm tra rau, phải đếm mạch và đo HA, 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, HA, mức độ chảy máu, co hồi TC và toàn trạng.

4.2. Xử trí

4.2.1. Trường hợp sau khi rau ra bị băng huyết

Kiểm soát TC rồi cho thuốc co hồi TC, kháng sinh và hồi sức (nếu cần).

4.2.2. Trường hợp sót rau hoặc sót nhiều màng rau (trên 1/4 màng bị sót)

Nếu không băng huyết: tại tuyến xã/phường: chuyển sản phụ lên tuyến trên. Tại tuyến trên: kiểm soát TC lấy rau và màng bị sót rồi tiêm thuốc co hồi TC và kháng sinh.

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

BẢNG KIỂM DẠY/HỌC KIỂM TRA BÁNH RAU

TT	Các bước	Ý nghĩa	Yêu cầu cần đạt
	CHUẨN BỊ		
1	NVYT vừa thực hiện xong xử trí tích cực giai đoạn III.		
2	Dụng cụ Một khay to, phẳng hoặc một chậu đựng rau khi rau ra; Găng tay, bông, gạc cần cho việc lau thấm máu khi kiểm tra.	Dụng cụ sẵn sàng khi làm thủ thuật.	Dụng cụ đầy đủ.
	THỰC HIỆN		
3	Kiểm tra màng rau: dùng kẹp cặp rốn nâng bánh rau lên cho màng rau rũ xuống để đánh giá.	Để kiểm tra màng rau dễ dàng.	Quan sát được toàn bộ màng rau và lỗ màng rau.
4	Kiểm tra lỗ màng rau: tròn đều hay nhám nhỏ.	Xác định sót màng rau hay không.	Nhận định đúng.
5	Đo khoảng cách từ lỗ rách màng rau đến mép gần nhất của bánh rau.	Chẩn đoán hồi cứu rau tiền đạo.	Đo chính xác (cm).
6	Kiểm tra mạch máu.	Xác định có bánh rau phụ hay không.	Nhận định đúng: đường đi của mạch máu bánh rau.
7	Màu sắc màng rau.	Xác định bệnh lý kèm theo.	Nhận định đúng.
8	Kiểm tra bánh rau: đặt bánh rau lên khay, gạt hết máu cục, thấm khô mặt bánh rau.	Giúp xác định bệnh lý bánh rau, rau đủ hay thiếu.	Quan sát được mặt múi của bánh rau.
9	Kiểm tra múi rau.	Xác định có sót múi hay không.	Nhận định đúng mặt múi: bình thường, khuyết, mất độ nhẵn bóng.

10	Cân bánh rau.	Xác định bệnh lý bánh rau.	Nhận định đúng (g).
11	Kiểm tra dây rau.	Xác định chiều dài dây rau và bệnh lý dây rau.	Nhận định đúng (cm).
12	Xử lý mô bệnh phẩm và thu dọn dụng cụ.	Tránh lây nhiễm và vệ sinh môi trường.	Đúng quy trình xử lý chất thải và mô bệnh phẩm.
13	Dặn dò bà mẹ và người nhà những điều cần thiết và ghi hồ sơ.	Chăm sóc tinh thần, đề phòng những bất thường.	Theo đúng quy định.

CẮT VÀ KHÂU TẦNG SINH MÔN

MỤC TIÊU

1. *Áp dụng được chỉ định cắt TSM trên lâm sàng.*
2. *Thực hiện đúng kỹ thuật khâu và chăm sóc TSM.*
3. *Nhận thức được tầm quan trọng của việc cắt khâu TSM đúng quy trình.*

NỘI DUNG

Trong khi đẻ, âm hộ và TSM có thể bị rách, nếu rách rộng thương tổn có thể lan tới hậu môn. Để đề phòng rách TSM phức tạp người ta chủ trương cắt TSM trong trường hợp đe dọa bị rách.

1. Chỉ định cắt tầng sinh môn

1.1. *Chỉ định về phía mẹ*

- TSM, âm hộ hẹp, ngấn;
- Âm hộ và TSM bị phù nề do chuyển dạ kéo dài và nhiễm khuẩn;
- TSM có sẹo cũ xấu, xơ trai.

1.2. *Chỉ định do thai*

- Thai to;
- Thai non tháng: để bảo vệ đầu thai tránh sang chấn;
- Ngôi thai: ngôi mặt, ngôi mông, ngôi chỏm sỏ kiểu chằm - cùng;
- Thai suy giai đoạn sỏ thai.

1.3. *Cắt tầng sinh môn khi làm thủ thuật:* Forceps, giác hút, nội xoay thai.

2. Chuẩn bị

2.1. *Phương tiện*

Bộ cắt, khâu TSM: một kéo thẳng đầu tù, phẫu tích, kim mang kim, bông, cồn, panh sát trùng.

Thuốc gây tê, phương tiện sát khuẩn.



Hình 17. Dụng cụ cắt khâu tầng sinh môn

2.2. Sản phụ: tư vấn, động viên sản phụ.

2.3. Thầy thuốc: mặc áo mũ, khẩu trang, rửa tay đi găng tay vô khuẩn.

3. Kỹ thuật cắt tầng sinh môn

- Thời điểm cắt: cắt khi âm hộ, TSM đã phồng căng giãn tối đa, cắt trong cơn co TC sản phụ đang rặn, như vậy sẽ đỡ đau và xác định được độ dài của đường cắt.
- Trừ đau bằng gây tê tại chỗ: novocain 1 - 2% từ 5 - 10ml.
- Vị trí cắt: thông thường vị trí cắt là ở vị trí 5 giờ hoặc 7 giờ. Cắt chếch xuống dưới và ra ngoài theo một góc 45° so với đường trục âm hộ. Độ dài vết cắt từ 3 - 5cm tùy theo mức độ cần thiết. Cắt ở bên phải hay bên trái tùy theo tay thuận của thủ thuật viên. Thường cắt một bên là đủ, không nên cắt rộng quá vì có thể sẽ vào cơ nâng hậu môn, nếu cần cắt rộng như trong kiểu sổ chằm - cùng thì có thể phải cắt cả hai bên TSM.

Cắt như thế nào?: cắt bằng kéo thẳng, sắc, một đầu tù. Người cắt dùng ngón tay trở và giữa cho vào âm đạo nâng vùng định cắt lên để luôn kéo vào cho căng và đồng thời để bảo vệ ngôi thai, tay kia cắt một nhát dứt khoát và gọn trong cơn rặn.



Hình 18. Vị trí cắt khâu tầng sinh môn

Sau khi cắt TSM tiến hành đỡ đẻ (Xem bài Đỡ đẻ thường).

4. Kỹ thuật khâu và chăm sóc sau đẻ

4.1. Kỹ thuật khâu tầng sinh môn

Thường khâu sau khi rau đã sổ.

4.1.1. Chuẩn bị

- Rửa sạch vùng âm hộ và TSM.
- Sát khuẩn TSM và trải khăn vô khuẩn.
- Người khâu rửa tay, mặc áo, đi găng tay vô khuẩn.
- Gây tê tại chỗ bằng novocain 1 - 2%.

4.1.2. Cách khâu

Đặt một bậc to vào âm đạo trên chỗ cắt để cho máu rỉ từ TC ra không làm cản trở đến thủ thuật. Người phụ dùng van mở rộng âm đạo bộc lộ rõ vùng khâu. Vết cắt gồm 3 lớp tổ chức là: thành âm đạo, cơ TSM và da. Vì vậy khâu TSM gồm 3 thì:

- Thì khâu âm đạo: khâu từ trong ra ngoài, khâu mũi rời bằng chỉ catgut số 0 hay 1. Mũi khâu lấy tất cả bề dày của thành âm đạo đến tận đáy vết thương, nếu vết thương sâu có thể khâu 2 lớp. Hai mép vết khâu phải khớp nhau và khi khâu đến âm hộ phải lấy gốc màng trinh làm điểm chuẩn phân biệt giữa âm đạo và âm hộ;
- Thì khâu cơ: khâu cơ bằng những mũi chỉ catgut rời số 0 hay số 1, cần thận tránh để lại những khoảng trống giữa cơ và da, vì vậy nên khâu gần tới da;
- Thì khâu da: khâu mũi rời bằng chỉ line hoặc bằng catgut chậm tiêu luôn trong da (Vicryl 2.0).

Sau khi khâu xong, rút bậc chèn trong âm đạo, sát trùng âm hộ, TSM lau khô và đóng khố sạch.

Một số chú ý khâu TSM:

- Đúng bình diện giải phẫu;
- Không để đường hầm;
- Buộc chỉ vừa đủ khoảng cách và độ chặt.

4.2. Chăm sóc tầng sinh môn

Việc chăm sóc TSM sau đẻ phải hết sức chu đáo. Nên giữ cho vết khâu luôn được sạch và khô giúp TSM liền tốt. Phải đóng khố sạch, thay khố 3 - 4 lần trong ngày bằng nước chín, lau sạch và thấm khô vùng âm hộ TSM nhất là sau mỗi lần đại tiểu tiện. Tại

vết khâu không nên dùng các loại thuốc nước hay thuốc mỡ. Kiểm tra vết khâu hàng ngày nếu khô liền tốt thì cắt chỉ vào ngày thứ 5 (trong trường hợp khâu chỉ line).

5. Tai biến và cách xử trí tai biến

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

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

Nếu không liền do nhiễm khuẩn cần phải rửa sạch vết thương dùng kháng sinh tại chỗ hoặc toàn thân. Chỉ khâu lại khi vết thương đã hết tình trạng nhiễm khuẩn và lên tổ chức hạt.

BẢNG KIỂM DẠY/HỌC KỸ THUẬT CẮT - KHÂU TÀNG SINH MÔN

TT	Các bước	Ý nghĩa	Yêu cầu cần đạt
	CHUẨN BỊ		
1	Dụng cụ: Bộ dụng cụ cắt khâu TSM; Săng vô khuẩn, gạc củ ấu, bông cầu; Thuốc tê novocain, bơm tiêm; Găng vô khuẩn.	Giúp thủ thuật thuận lợi, an toàn.	Theo hướng dẫn quốc gia; Đảm bảo vô khuẩn.
2	NVYT: mang trang phục theo quy định (áo, mũ, khẩu trang), mang tạp dề, rửa tay ngoại khoa.	Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn.	Vô khuẩn, sạch và đầy đủ.
3	Bà mẹ nằm tư thế sản khoa, động viên và giải thích những việc sắp làm để họ yên tâm.	Bà mẹ an tâm, hợp tác.	Hướng dẫn chi tiết cụ thể; Thái độ hỗ trợ và tôn trọng.
	THỰC HIỆN		
	Cắt TSM		
4	Sản phụ nằm trên bàn đẻ, đang rặn để có chỉ định cắt TSM.		Tham khảo Bảng kiểm đỡ đẻ thường.
5	Sát khuẩn TSM: từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài.	Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn.	Đúng quy trình.
6	Gây tê tại chỗ (gây tê dưới da): - Vị trí 5 giờ hoặc 7 giờ; - Luôn kim tiêm vào tận cùng, nơi vết cắt sẽ tới; - Rút bơm tiêm xem có máu không? - Vừa tiêm thuốc tê vừa rút dần kim cho đến vị trí ban đầu.	Giảm đau cho sản phụ, an toàn.	Gây tê đúng vị trí, ở thời điểm giữa 2 cơn rặn; Da vùng vị trí cắt phồng lên, sản phụ không có cảm giác đau khi cắt.
7	Chọn thời điểm cắt TSM: khi TSM căng phồng, giãn mỏng.	Phòng rách và xác định độ dài vừa đủ.	Sau khi cắt thai sổ ngay.

8	Ngoài cơn rặn: NVYT đưa 2 ngón trỏ và giữa của bàn tay không cầm kéo vào âm đạo ở giữa đầu thai nhi và thành bên âm đạo. Đặt một nhánh kéo thẳng đầu tù vào giữa 2 ngón tay; chờ cơn co.	Tránh tổn thương cho thai nhi và vùng lân cận.	Kéo ở giữa 2 ngón tay và không chạm ngòai thai.
9	Chờ lúc sản phụ rặn - cắt dứt khoát với đường chéo vị trí 5 giờ hoặc 7 giờ dài khoảng 3 - 5cm.	Nói rộng TSM, không tổn thương các tổ chức xung quanh.	Đường cắt gọn, không rách thêm.
10*	Thực hiện đỡ đẻ ngòai chòm	Lấy thai an toàn.	Theo bảng kiểm.
11*	Thực hiện xử trí tích cực giai đoạn III, đỡ rau và kiểm tra đường sinh dục.	Đỡ rau và kiểm tra hết tổn thương đường sinh dục.	Theo bảng kiểm.
	Khâu TSM		
12	Sát khuẩn xung quanh vùng TSM đã cắt, trải sẵn vô khuẩn dưới mông sản phụ, đánh giá tổn thương, gây tê tại chỗ một lần nữa.	Đảm bảo vô khuẩn, đánh giá đầy đủ tổn thương, giảm đau.	Đúng quy trình.
13	Mang găng vô khuẩn.		
14	Khâu âm đạo: Đặt quả bông cầu vào âm đạo trên vết cắt để ngăn máu từ buồng TC; Khâu chỉ tự tiêu mũi rời hoặc khâu vắt: mũi khâu đầu tiên ở phía trên góc vết cắt; Khâu từ trong ra ngoài, tại mép ngoài góc màng trinh khâu sát với nhau, sau đó buộc chỉ (đối với khâu vắt).	Khâu phục hồi thành âm đạo.	Không chảy máu, không để đường hầm, hai mép màng trinh khép nhau.
15	Khâu cơ: Khâu bằng chỉ tự tiêu mũi rời	Phục hồi vết cắt.	Đúng bình diện giải phẫu.

	hoặc khâu vắt từ đỉnh của vết cắt xuống dưới: các mũi khâu cách nhau 1cm. Đảm bảo kim xuống đủ sâu không để khoảng trống dưới vết cắt.		
16	Khâu da: Mũi rời (chỉ line) hoặc khâu luôn trong da (chỉ vicryl) khép 2 mép da không để chùng mép.	Phục hồi vết cắt.	Hai mép da chùng khít nhau.
17	Kiểm tra lại toàn bộ vết khâu, tháo bông cầu.	Đảm bảo không có máu tụ.	Không để sót tổn thương và bông cầu.
18	Tháo găng, thu dọn dụng cụ.	Kết thúc thủ thuật.	Đúng theo quy trình xử lý dụng cụ.
19	Hướng dẫn sản phụ/gia đình cách chăm sóc vết khâu TSM.	Đảm bảo kết quả của thủ thuật.	Sản phụ và gia đình hiểu đầy đủ, rõ ràng và biết cách tự chăm sóc, phát hiện sớm những bất thường để xử trí.
20	Ghi chép hồ sơ, y lệnh theo dõi, điều trị.	Hoàn thành thủ tục hồ sơ bệnh án.	Rõ ràng, đầy đủ, chính xác.

TIÊM OXYTOCIN VÀO CƠ TỬ CUNG VÀ TRUYỀN NHỎ GIỌT TĨNH MẠCH

MỤC TIÊU

1. Thực hiện đúng kỹ thuật tiêm oxytocin vào cơ TC và truyền oxytocin nhỏ giọt tĩnh mạch.
2. Nhận thức được tầm quan trọng của việc tiêm oxytocin và truyền oxytocin nhỏ giọt tĩnh mạch.

NỘI DUNG

Oxytocin là một hormon chiết xuất của thùy sau tuyến yên, có tác dụng tăng co bóp TC. Oxytocin có thể dùng bằng cách tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch hay tiêm vào cơ TC tùy thuộc điều kiện và chỉ định.

1. Tiêm oxytocin vào cơ tử cung

Người ta thường tiêm oxytocin vào cơ TC trong những trường hợp TC co hồi không tốt sau đẻ đường dưới hoặc trong lúc mổ lấy thai.

1.1. *Tiêm oxytocin vào cơ tử cung trong trường hợp sau đẻ đường dưới*

Khi tiêm oxytocin vào cơ TC phải đảm bảo trong buồng TC rỗng (không còn rau và màng rau), vì thế thường tiêm oxytocin sau khi đã kiểm soát TC, trong lúc bàn tay của người kiểm soát TC còn trong buồng TC. Các bước tiến hành tuần tự như sau:

- Thông tiêu trước khi tiêm để khỏi tiêm vào bàng quang;
- Sát khuẩn vùng thành bụng trước khi tiêm;
- Dùng kim tiêm không quá to để tránh chảy máu, không quá nhỏ dễ bị tắc;
- Oxytocin có thể dùng 5 - 10 đơn vị.

Cách tiêm: sau khi kiểm soát TC, dùng bàn tay đang ở trong buồng TC đẩy TC về phía trước sát thành bụng trước. Chọc kim tiêm vào mặt trước vùng đáy TC, không chọc kim quá sâu thuốc sẽ vào buồng TC không có tác dụng làm TC co bóp. Sau khi bơm hết thuốc vào cơ TC mới rút tay trong buồng TC ra.

1.2. *Tiêm oxytocin vào cơ tử cung trong lúc mổ lấy thai*

Trong khi mổ lấy thai, sau khi đã lấy thai ra khỏi buồng TC, có thể tiêm 5 đơn vị oxytocin vào cơ TC giúp TC co tốt có thể bóc rau dễ dàng. Nếu TC co hồi không tốt, sau khi tiêm có thể dùng tay xoa bóp thân TC để TC co rút lại. Khi tiêm oxytocin nên tiêm vào lớp cơ ở đáy TC, không nên chọc kim sâu quá thuốc sẽ vào buồng TC, cũng

không nên tiêm nồng quá thuốc sẽ làm phồng phác mạc TC không có tác dụng làm cho TC co bóp.

2. Truyền nhỏ giọt oxytocin vào tĩnh mạch

Kỹ thuật truyền oxytocin nhỏ giọt tĩnh mạch trong những trường hợp đẻ chỉ huy để gây cơn co hoặc làm cho cơn co TC tiến triển bình thường. Sở dĩ phải truyền nhỏ giọt tĩnh mạch là để có thể chủ động điều chỉnh cơn co, giữ cho cơn co TC ở mức độ sinh lý, tránh các trường hợp cơn co quá mạnh hoặc quá yếu, như vậy là dùng oxytocin để chỉ huy cuộc đẻ.

Kỹ thuật pha: 5 đơn vị oxytocin vào 500ml huyết thanh ngọt đẳng trương 5% và truyền vào tĩnh mạch, như vậy mỗi giọt huyết thanh sẽ có 1/200 đơn vị oxytocin. Trong quá trình truyền oxytocin cần phải theo dõi sát về cơn co TC, tim thai, sự tiến triển của chuyển dạ để đề phòng các biến chứng của truyền oxytocin như: suy thai, cơn co TC cường tính, vỡ TC. Thời gian truyền oxytocin cũng không nên kéo dài quá 5 giờ tránh biến chứng dờ TC sau đẻ.

BÓC RAU NHÂN TẠO - KIỂM SOÁT TỬ CUNG

MỤC TIÊU

1. Áp dụng chỉ định đúng bóc rau nhân tạo và kiểm soát TC trên lâm sàng.
2. Kiến tập được ít nhất 3 trường hợp kiểm soát TC.
3. Nhận thức được tầm quan trọng của việc bóc rau nhân tạo và kiểm soát TC đúng quy trình kỹ thuật.

NỘI DUNG

1. Bóc rau nhân tạo

Bóc rau nhân tạo là một thủ thuật cho tay vào buồng TC để bóc và lấy rau sau khi thai đã sỏ.

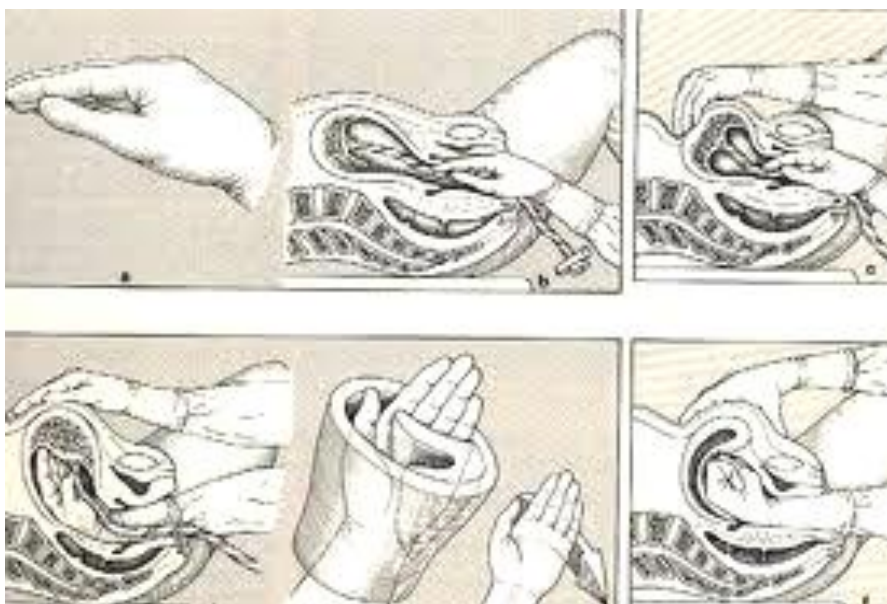
1.1. Chỉ định

- Xử trí tích cực giai đoạn III thất bại không lấy được rau sau 10 phút;
- Chảy máu sau khi thai sỏ (khi rau vẫn còn trong buồng TC);
- Những trường hợp cần kiểm tra sự vẹn toàn của buồng TC sau khi sỏ thai, thường là bóc rau nhân tạo ngay để đồng thời kiểm soát buồng TC. Ví dụ: nghi ngờ vỡ TC sau khi làm thủ thuật đường dưới khó khăn như Forceps, nội xoay thai, cắt thai, TC có sẹo mổ cũ...

1.2. Kỹ thuật

1.2.1. Chuẩn bị

- Cho thuốc giảm đau: Pethidin 0,1g hay Seduxen 10mg tiêm bắp...
- Thông tiêu, sát khuẩn TSM và trái sảng vô khuẩn;
- Thủ thuật viên rửa tay, mặc áo, đi găng tay vô khuẩn.



Hình 19. Kỹ thuật bóc rau nhân tạo, kiểm soát tử cung

1.2.2. Cách làm

Phải phối hợp hai tay:

- Một tay đặt trên thành bụng để cố định đáy TC;
- Tay kia cho vào âm đạo và lần theo dây rốn, đưa tay vào buồng TC và tìm đến vùng rau bám. Bóc bánh rau bằng cách dùng bờ trước của bàn tay để lách giữa bánh rau và thành TC. Bóc từ rìa bánh rau đến trung tâm lên tận bờ trên bánh rau để tránh sót;
- Khi rau bong hết thì tay trong TC đẩy bánh rau ra ngoài, không rút tay ra, nếu cần tay ngoài kéo vào dây rốn lấy bánh rau ra khỏi buồng TC;
- Trong khi làm thủ thuật nếu TC co chặt không cho tay vào buồng TC được thì phải chờ một chút rồi nong dần bằng tay, đồng thời dùng thuốc giảm co bóp TC. Nếu rau bám chặt không bóc được trong trường hợp rau cài răng lược không nên cố bóc vì sẽ làm tổn thương cơ TC và chảy máu nhiều. Trường hợp này phải mổ cắt TC.

2. Kiểm soát tử cung

Kiểm soát TC là một thủ thuật tiến hành sau khi rau đã sổ để kiểm tra xem có sót rau hoặc sót màng không và kiểm tra sự toàn vẹn của TC.

2.1. Chỉ định

- Chảy máu sau sổ rau;
- Kiểm tra rau thấy thiếu múi rau hoặc sót trên 1/4 số màng rau;
- Kiểm tra sự toàn vẹn của TC sau các thủ thuật khó khăn như: Forceps, nội xoay thai, cắt thai... hoặc trên những TC đã có sẹo mổ cũ.

2.2. Kỹ thuật

- Chuẩn bị như trong bóc rau nhân tạo;
- Cách làm: làm thủ thuật phải phối hợp hai tay. Một tay đặt lên thành bụng để cố định đáy TC, tay kia cho vào âm đạo, qua CTC vào buồng TC tới tận đáy TC, rồi kiểm tra lần lượt đáy TC, mặt trước, mặt sau, hai bờ và hai sừng TC bằng đầu các ngón tay. Nếu thấy các màng rau và các múi rau thì vét nhẹ nhàng, đồng thời kiểm tra xong hẳn mới rút tay ra, tránh đưa tay ra vào nhiều lần vì dễ gây nhiễm khuẩn và sóc do đau.

Sau khi kiểm soát TC có thể tiêm 5 đơn vị oxytocin vào cơ TC qua thành bụng nếu TC co hồi không tốt.

* Sau bóc rau nhân tạo hoặc kiểm soát TC, BN cần tiêm hoặc cho uống kháng sinh trong 5 ngày để đề phòng nhiễm khuẩn.

NGHIỆM PHÁP LỘT NGÔI CHỖM

MỤC TIÊU

1. Áp dụng được chỉ định làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm (NPLNC) trên lâm sàng.
2. Thực hiện được các bước làm NPLNC.
3. Nhận thức được tầm quan trọng của nghiệm pháp lọt ngôi chỏm.

NỘI DUNG

1. Khái niệm

NPLNC là một thử nghiệm sản khoa nhằm thử thách xem ngôi chỏm có lọt qua được eo trên hay không.

NPLNC nếu được làm đúng chỉ định, kỹ thuật và được theo dõi cẩn thận thì không có biến chứng gì nguy hiểm. Ngược lại, có thể dẫn đến biến chứng nghiêm trọng.

2. Chỉ định

NPLNC được chỉ định trong những trường hợp ngôi chỏm có nghi ngờ bất cân xứng giữa thai nhi và khung chậu.

2.1. Khung chậu giới hạn nhưng ước lượng trọng lượng thai trung bình

Chỉ định NPLNC, với thai ước từ 2800g - 3200g. Đường kính nhô - hậu vệ trong khoảng 8,5 - 10,5cm, không hẹp eo giữa hoặc eo dưới.

2.2. Khung chậu bình thường thai to

Khung chậu bình thường ước lượng trọng lượng thai $\geq 3500g$.

3. Chống chỉ định

NPLNC không được làm khi có yếu tố nguy cơ gây nguy hiểm cho mẹ và con.

- Dọa vỡ TC;
- Tim thai suy;
- Rau tiền đạo;
- BN đang có bệnh nặng, đe dọa tính mạng;
- Thai già tháng, kém phát triển, suy thai mạn và các bệnh lý khác.

4. Điều kiện làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm

4.1. Nơi có điều kiện phẫu thuật: phẫu thuật kịp thời khi cần thiết.

4.2. Đã chuyển dạ thực sự: tốt nhất là làm NPLNC khi:

- Con dạ, CTC mở ≥ 3 cm;
- Con sơ khi CTC mở ≥ 4 cm.

4.3. Ối phải còn hoặc mới vỡ

4.4. Phải được theo dõi cẩn thận

- Có bác sỹ, nữ hộ sinh chuyên khoa, được đào tạo và có kinh nghiệm.
- Có điều kiện phương tiện theo dõi bằng monitoring.

5. Cách làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm

5.1. Khám lại kiểm tra xem chỉ định đã đúng chưa: tình trạng người mẹ như khung chậu, độ mở CTC, tình trạng thai nhi, ước lượng trọng lượng và tim thai. Hồ sơ bệnh án đầy đủ các xét nghiệm và thăm dò cần thiết. Con người và trang thiết bị làm NPLNC, kíp phẫu thuật khi cần, có chống chỉ định không?

5.2. Bấm ối

Theo đúng kỹ thuật bấm ối: cho nước ối ra từ từ, xé rộng, đánh giá tình trạng nước ối, tình trạng ngôi và các phần của thai - đề phòng bị sa dây rau. Kiểm tra lại tim thai.

Nếu bấm ối có nước ối xanh chứng tỏ thai đã suy, ngừng nghiệm pháp lọt chỉ định mổ lấy thai.

Nếu nước ối trong theo dõi tiếp.

5.3. Theo dõi

- Theo dõi cơn co TC và tim thai bằng monitoring hoặc trên lâm sàng (đo cơn co TC, nghe tim thai):
 - + Sau 20 phút bấm ối, nếu cơn co TC tăng dần đều phù hợp với các giai đoạn chuyển dạ, nhịp tim thai trong giới hạn bình thường thì theo dõi cho đẻ đường dưới. Nếu cơn co TC bị rối loạn thì cần điều chỉnh, nếu không kết quả ngừng nghiệm pháp chỉ định mổ lấy thai. Nếu cơn co TC yếu, truyền oxytocin với liều lượng hợp lý, tăng dần phụ thuộc vào sự đáp ứng của TC.
 - + Theo dõi tình trạng tim thai nếu tim thai bình thường tiếp tục theo dõi nghiệm pháp, nếu tim thai suy cần hồi sức, nếu hồi sức không kết quả thì chỉ định mổ lấy thai.
- Theo dõi độ mở của CTC và độ lọt của ngôi thai:
 - + Độ mở CTC tiến triển tốt, độ lọt của ngôi diễn ra thuận lợi và tim thai ổn định, tiếp tục theo dõi.

- + Thăm âm đạo 30 phút/lần nếu CTC tiến triển tốt, độ lọt của ngôi diễn ra thuận lợi thì theo dõi đẻ đường dưới. Nếu CTC tiến triển chậm tìm nguyên nhân: do cơn co TC, ngôi thai, tình trạng CTC, nếu không giải quyết được thì chỉ định mổ lấy thai.

5.4. Thời gian làm nghiệm pháp: trung bình 3 - 4 tiếng, tối đa 6 - 8 tiếng để tránh nguy cơ nhiễm khuẩn.

5.5. Thảo luận rút kinh nghiệm: tìm ra những điều đã làm tốt và chưa tốt để rút kinh nghiệm cho những trường hợp sau được tốt hơn.

TÌNH HUỐNG 5

Sản phụ Lê Thị Minh, 30 tuổi, chuyên dạ đẻ lần 2 giờ thứ 7, tiền sử đẻ lần trước thai nặng 3200 gram. Thăm khám thấy:

- Toàn trạng bình thường, cao 152cm, khung chậu bình thường;
- Cao TC 34cm, vòng bụng 98cm, trọng lượng thai ước lượng khoảng 3800g;
- CTC mềm mỏng mở 3cm, ối còn, đầu ối phồng;
- Ngôi chỏm cao lỏng.

Là bác sỹ khoa phụ sản ở tuyến huyện, anh/chị cần thăm khám lâm sàng và ra chỉ định xét nghiệm bổ sung gì? Vì sao?

.....

Sau khi khám và làm xét nghiệm thấy: nghe tim thai 145 lần/phút đều, rõ; siêu âm thai ước khoảng 3900 gram, rau bám đáy, ối bình thường, tim thai 150 lần/phút. Các xét nghiệm cơ bản trong chỉ số bình thường. Bạn hãy đưa ra chẩn đoán và hướng xử trí cho chị Minh? Vì sao?

.....

Bạn hãy ra y lệnh điều trị và theo dõi cho trường hợp của chị Minh?

.....

Sau bấm ối 30 phút, khám cơn co TC tần số 1 - 2, tim thai 150 lần/phút, CTC mở 3cm, ngôi chúc. Bạn sẽ làm gì? Vì sao?

.....

Sau 2 giờ truyền oxytocin khám thấy:

- Chị Minh đau bụng nhiều hơn, mệt mỏi, lo lắng. Mạch 73 lần/phút, HA 120/75mmHg, không sốt;
- Cơn co TC tần số 3, tim thai 155 lần/phút. CTC mềm mỏng mở 5cm, ngôi chỏm đầu chúc có bứu thanh huyết. Bạn làm gì? Vì sao?

Chương 3

CHĂM SÓC SAU SINH

CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH

MỤC TIÊU

1. Chuẩn bị được các phương tiện chăm sóc trẻ sơ sinh sau đẻ.
2. Thực hiện được các thao tác chăm sóc trẻ sơ sinh.
3. Nhận thức được tầm quan trọng của việc chăm sóc trẻ sơ sinh.

NỘI DUNG

1. Đại cương

Chăm sóc trẻ sơ sinh ngay sau đẻ rất quan trọng giúp cho trẻ thích nghi với điều kiện sống sau khi tuần hoàn rau thai bị chấm dứt.

Trẻ sơ sinh khoẻ mạnh khi đẻ ra phải có những tiêu chuẩn sau:

- Tuổi thai từ 37 đến hết 41 tuần;
- Cân nặng khi đẻ trên 2500 gram;
- Khóc to, da hồng, thở đều, nhịp thở 40 - 60 lần/phút;
- Apgar từ 8 điểm trở lên ở phút thứ nhất, 9 - 10 điểm ở phút thứ 5;
- Bú khoẻ, không nôn, đại tiện phân su;
- Không có dị tật bẩm sinh.

2. Chuẩn bị dụng cụ làm rốn

- Bàn làm rốn sơ sinh: đệm, sạch, máy hút đờm dãi. Bàn làm rốn có đủ ánh sáng và đủ ấm;
- Phòng ấm, có lò sưởi vào mùa rét;
- Dụng cụ làm rốn.

Hộp cắt rốn bao gồm:

- + Một kéo thẳng để cắt rốn;

- + Một "gói rốn": 3 miếng gạc, 3 miếng bông con để sát khuẩn, 1 sợi chỉ lìn to dài 20cm để buộc rốn hoặc kẹp rốn nhựa (nếu có).
- + Hai miếng gạc để lau đờm dãi trẻ sơ sinh.
- Cồn iode 5% sát khuẩn dây rốn trước khi cắt;
- Cân, thước đo trẻ sơ sinh;
- Thuốc nhỏ mắt, vitamin K.

3. Chăm sóc trẻ sơ sinh ngay sau đẻ

- Làm thông đường hô hấp của trẻ
 - + Đặt trẻ sơ sinh lên khăn vô khuẩn, dưới có lót đệm;
 - + Hút đờm dãi ở miệng, hầu họng, mũi trẻ sơ sinh.
- Lau khô, mặc áo, đội mũ, giữ ấm cho trẻ;
- Làm rốn.
 - + Rửa sạch hai tay, đeo găng vô khuẩn và làm rốn;
 - + Mở gói rốn, dùng miếng bông thấm cồn iode 1% sát khuẩn từ chân rốn đến kẹp rốn. Sát khuẩn cầm kẹp Kocher nâng cao dây rốn tránh để rớt cồn iode xuống da bụng trẻ sơ sinh vì dễ gây tổn thương da bụng trẻ. Nên dùng miếng gạc sạch che xung quanh chân rốn để phòng cồn iode rớt xuống;
 - + Buộc rốn: dùng sợi chỉ trong gói rốn ngâm vào cồn iode để buộc rốn. Vị trí buộc cách chân rốn khoảng 2 - 3cm. Nút buộc phải chặt nếu không sẽ dễ bị chảy máu, nên buộc hình chữ N hoặc dùng kẹp rốn kẹp cách chân rốn khoảng 2 - 3cm, bấm chặt kẹp;
 - + Cắt bỏ dây rốn còn lại ở trên nút buộc 0,5cm. Sau khi cắt dùng 1 miếng gạc nhỏ kiểm tra xem có chảy máu không.
 - + Sát khuẩn cồn iode 5% vào mồm cắt và dây;
 - + Dùng gạc băng kín mồm rốn đã sát khuẩn, phủ miếng gạc khác lên ngoài rốn và băng lại. Chú ý: không lỏng (dễ tụt), không chặt quá gây khó thở cho sơ sinh và cản trở tuần hoàn vùng bụng.

Tất cả các công việc trên đều phải tiến hành trong điều kiện vô khuẩn tránh nhiễm trùng rốn, uốn ván rốn sơ sinh hoặc chảy máu rốn làm ảnh hưởng đến sức khỏe sơ sinh.

- Đánh giá tình trạng của trẻ;
- Cân, đo trẻ sơ sinh;

- Rửa mắt bằng nước muối sinh lý, nhỏ thuốc mắt;
- Tiêm vitamin K;
- Quan sát phát hiện các dị tật bẩm sinh thông thường;
- Cho trẻ nằm cùng mẹ và hướng dẫn bà mẹ cho trẻ bú càng sớm càng tốt.



Hình 20. Chăm sóc trẻ sơ sinh

BẢNG KIỂM DẠY/HỌC CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH NGAY SAU ĐẸ

TT	Nội dung/các bước	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
	<i>Trẻ sơ sinh sau khi sổ ra ngoài, cắt rốn và được chuyển đến bàn chăm sóc.</i>		
1	Khu vực chăm sóc sơ sinh đảm bảo sạch, ấm, đủ sáng, riêng biệt.	An toàn cho trẻ.	Có bàn chăm sóc riêng, nhiệt độ 29 - 30 ⁰ C.
2	Chuẩn bị thuốc và dụng cụ: khăn lau trẻ, kẹp rốn, băng rốn cồn iode 3%, tã lót, bơm kim tiêm 1ml, vitamin K1.	Tiến hành kỹ thuật thuận lợi.	Đầy đủ.
3	Rửa tay và đi găng.	Đảm bảo vô khuẩn.	Đúng quy trình (bảng kiểm riêng).
4	Lau khô và kích thích trẻ - Lau từ đầu đến chân; - Bỏ săng đầu tiên, thay săng thứ 2; - Lau trẻ, kích thích dọc theo cột sống, bàn chân.	Làm sạch trẻ, tránh mất nhiệt, kích thích trẻ thở.	Nhẹ nhàng, lau hết dịch trên da trẻ, không cần lấy hết chất gầy.
5	Đánh giá thở và màu sắc da của trẻ trong khi lau khô cho trẻ. Đánh giá chỉ số APGAR.	Xác định xem trẻ có cần hồi sức hay không.	Nhận định đúng.
6	Giữ ấm cho trẻ: - Đội mũ; - Che phủ phần ngực và chân trong khi làm rốn.	Tránh mất nhiệt.	Trẻ được kín trừ phần mặt và bụng.
7	Thay găng vô khuẩn.	Đảm bảo vô khuẩn.	Đúng quy trình (bảng kiểm riêng).

8	Kẹp và cắt rốn (làm rốn); - Lót gạc dưới chân rốn; - Sát khuẩn rốn; - Kẹp rốn cách chân rốn 2cm, cắt dây rốn; - Sát khuẩn mặt cắt của dây rốn; - Băng rốn.	Ngắt mạch dây rốn.	Nhẹ nhàng, vô khuẩn và không chảy máu.
9	Mặc áo quần tã.	Giữ ấm cho trẻ.	Không quấn quá chặt, kín, đủ ấm.
10	Chăm sóc mắt: nhỏ mắt bằng dung dịch Argyron 1%.	Phòng nhiễm khuẩn mắt sơ sinh.	Đúng thuốc, mỗi mắt 1 giọt.
11	Tiêm vitamin K ₁ ; Tiêm 1/3 ngoài mắt trước đùi.	Phòng chảy máu.	Đúng thuốc, đủ liều và tiêm đúng vị trí.
12	Cân, đo trẻ sơ sinh.	Nhận định tình trạng trẻ.	Xác định đúng các chỉ số.
13	Tháo găng, rửa tay, xử lý các dụng cụ sau thủ thuật.	Kết thúc thủ thuật.	Đúng quy trình (bảng kiểm riêng).
14	Giúp mẹ cho trẻ bú trong vòng 30 phút đầu sau khi đẻ.	Giúp TC co hồi tốt, giữ ấm và dinh dưỡng cho trẻ, kích thích xuống sữa sớm.	Trẻ bú đúng cách, trong 30 phút đầu sau đẻ.

HỒI SỨC TRẺ SƠ SINH

MỤC TIÊU

1. Thực hiện được các thao tác hồi sức trẻ sơ sinh trên mô hình.
2. Nhận thức được tầm quan trọng của hồi sức trẻ sơ sinh.

NỘI DUNG

1. Chuẩn bị

- Các phương tiện, dụng cụ cần cho hồi sức sơ sinh: máy hút, bóp bóng trẻ sơ sinh, bơm kim tiêm, thuốc: adrenalin, calciclorid;
- Thầy thuốc: cần 2 - 3 người tùy mức độ nặng, mặc áo mũ khẩu trang găng tay;
- Phòng hồi sức có nhiệt độ 32 - 35⁰C hoặc có đèn tỏa nhiệt;
- Giải thích cho sản phụ biết tình trạng của đứa bé và động viên họ.

2. Điều kiện

- Phải có cán bộ được trang bị kiến thức về hồi sức sơ sinh;
- Có bàn hồi sức;
- Có đồng hồ treo tường hoặc để bàn.

3. Thực hành

3.1. Hồi sức ngay lập tức

- Lau khô và kích thích: dùng khăn khô và ấm lau sạch dịch và máu từ đầu đến chân bé, phối hợp lau khô là kích thích vùng cổ, nách và dọc sống lưng của bé;
- Thay khăn, ủ bé trong một khăn khô khác để hạn chế mất nhiệt, phải đặt trẻ dưới đèn tỏa nhiệt;
- Để trẻ hơi ưỡn cổ bằng một khăn độn dưới vai hoặc nghiêng đầu;
- Nếu nước ối có phân su phải hút sạch hầu họng trước khi kích thích.

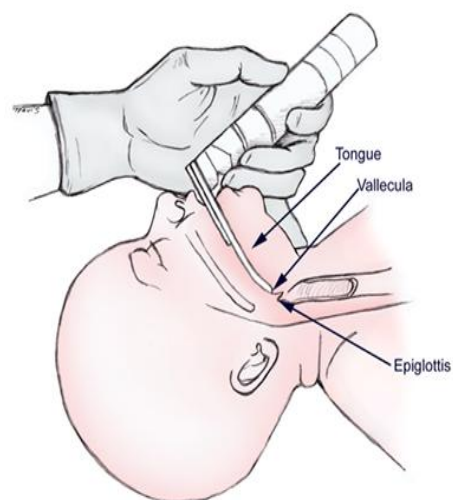
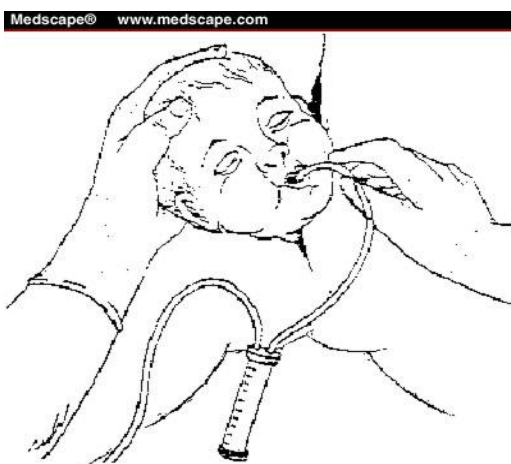
3.2. **Đánh giá:** đánh giá trẻ bằng bảng chỉ số APGAR, chủ yếu bằng màu da và nhịp thở.

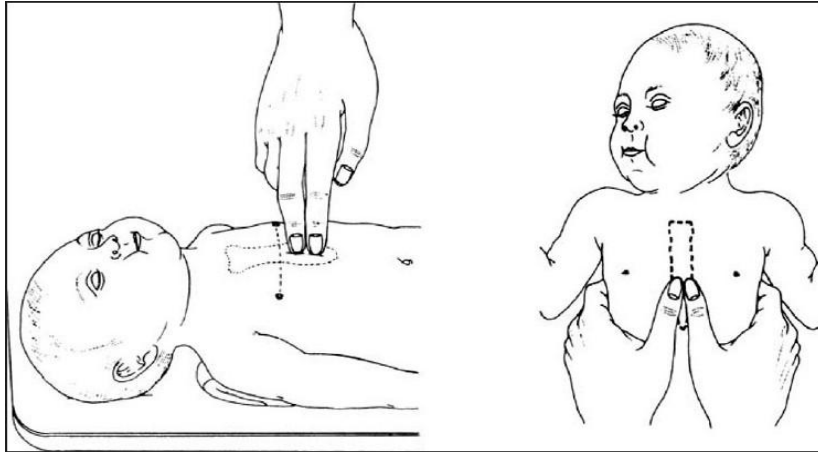
Mức 1: khi trẻ có da kém hồng (xanh tím), thở bình thường.

Mức 2: khi trẻ có da xanh bạc, không thở hoặc thở yếu.

- Nếu trẻ ở mức 1 chỉ cần giữ ấm cho trẻ, tiếp tục kích thích da vùng lưng, chân giúp trẻ thở tốt;

- Nếu trẻ ở mức 2 phải thực hiện các bước sau:
 - + Hút sạch dịch trong miệng, mũi;
 - + Hỗ trợ hô hấp bằng bóp bóng qua mặt nạ hoặc đặt nội khí quản áp lực 25 - 30 cmH₂O, tần số 40 lần/phút, thể tích 60 ml/lần;
 - + Theo dõi xem nếu lồng ngực có di động, da trẻ có hồng lên không;
 - + Nếu APGAR ≤ 3 điểm.
 - Thông khí qua nội khí quản;
 - Bóp tim ngoài lồng ngực 100 - 120 lần/phút;
 - Bơm adrenalin qua nội khí quản;
 - Chống toan bằng bicarbonat 4,2% từ 3 - 5 ml/kg tiêm tĩnh mạch rốn.
- Sau hồi sức nên chuyển tuyến vì trẻ sẽ có nguy cơ viêm phổi, co giật;
- Đánh giá trẻ vào các phút: 1 - 5 - 10;
- Ghi chép đầy đủ các bước thực hiện hồi sức để chuyển đi:
 - Điều kiện khi sinh;
 - Những việc đã làm trong khi hồi sức;
 - Thời gian hồi sức;
 - Các thuốc đã dùng;
 - Chế độ theo dõi chăm sóc trẻ sau hồi sức.





Hình 21. Hồi sức trẻ sơ sinh

BẢNG KIỂM DẠY/HỌC HỒI SỨC TRẺ SƠ SINH

TT	Nội dung/các bước	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
	Trẻ sơ sinh sau khi sổ ra ngoài, được đánh giá ngay cần hồi sức		
1	Khu vực hồi sức sơ sinh đảm bảo sạch, ấm, đủ sáng, riêng biệt; Số thầy thuốc tham gia hồi sức có thể 2 - 3 người tùy từng mức độ ngạt.	An toàn cho trẻ.	Có bàn chăm sóc riêng, nhiệt độ 29 - 30 ⁰ C; Thầy thuốc phải thành thạo và phối hợp tốt.
2	Chuẩn bị thiết bị và dụng cụ: ống, máy hút nhót, mặt nạ sơ sinh, bóng bóp sơ sinh, đồng hồ bấm giây, gạc, ống nội khí quản, đèn soi nội khí quản, oxy, thuốc: calci, adrenalin, dung dịch Natribicacbonat 4,2%, bơm kim tiêm, catheter tĩnh mạch rốn.	Tiến hành kỹ thuật thuận lợi.	Đầy đủ.
3	Rửa tay và đi găng.	Đảm bảo vô khuẩn.	Đúng quy trình (bảng kiểm riêng).
4	Tư thế trẻ: nằm ngửa đầu thấp và hướng về người hồi sức.	Thuận lợi cho tiến hành các thao tác hồi sức.	Tư thế trẻ đúng, đảm bảo ấm trong suốt quá trình hồi sức.
5	Làm sạch đường hô hấp: - Hút đờm dãi ở miệng và hầu trẻ; - Hút chất dịch ở mũi họng.	Làm thông đường hô hấp và kích thích trẻ thở.	Nhẹ nhàng, theo trình tự.
6	Cung cấp oxy: - Thổi ngạt miệng - miệng; - Thổi ngạt qua mặt nạ.	Hỗ trợ hô hấp và cung cấp oxy.	Nhẹ nhàng, chính xác, phối hợp hỗ trợ tuần hoàn.

7	Hỗ trợ tuần hoàn: <i>xoa bóp tim ngoài lồng ngực</i> Hai bàn tay ôm lấy lồng ngực trẻ, hai ngón tay cái đặt trước xương ức, các ngón tay khác đặt phía lưng trẻ. Dùng ngón tay cái ép xương ức xuống với nhịp đều đặn 80 - 100 lần/phút. Nếu có mạch bẹn thì ép tim đã có hiệu quả. Nếu kết hợp xoa bóp tim với thổi ngạt thì cứ 1 lần thổi thì có 3 - 4 lần xoa bóp tim.	Hỗ trợ tuần hoàn, kích tim hoạt động.	Nhẹ nhàng, chính xác, phối hợp hỗ trợ hô hấp.
8	Tiêm truyền qua tĩnh mạch rốn để cung cấp năng lượng và thăng bằng kiềm toan; Đặt một kim đầu tù hoặc 1 ống Catheter vào tĩnh mạch rốn. Bồi phụ năng lượng bằng glucose 10% với liều 10 ml/kg. Cân bằng kiềm toan bằng dung dịch Natribicacbonat 4,2% liều 8 - 10 ml/kg và phải theo dõi lượng kiềm dư (BE).	Thăng bằng kiềm toan và cung cấp năng lượng.	Kỹ thuật chính xác, sử dụng thuốc đúng.
9	Đánh giá trong và sau hồi sức; Trong quá trình hồi sức cứ 5 phút đánh giá lại chỉ số Apgar để xem hiệu quả của các phương pháp hồi sức mà điều chỉnh cho thích hợp; Chỉ ngừng hồi sức khi chỉ số Apgar > 7 điểm. Quyết định ngừng hồi sức khi trẻ tự thở, khóc to, da hồng; Sau 30 phút hồi sức tích cực mà không có kết quả thì nên ngừng hồi sức chấp nhận trẻ chết.	Quyết định thái độ, phương pháp điều trị tiếp theo.	Nhanh và chính xác.
10	Thu dọn dụng cụ.	Kết thúc thủ thuật.	Đúng quy trình (bảng kiểm riêng).
11	Thông báo cho sản phụ hoặc gia đình, hướng dẫn cách chăm sóc trẻ tiếp theo.	Giúp gia đình nhận biết tình trạng trẻ.	Ân cần, chia sẻ, cảm thông.
12	Ghi chép hồ sơ.	Hoàn thành thủ tục hồ sơ bệnh án, theo dõi biến chứng sau hồi sức.	Rõ ràng, đầy đủ.

THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SẢN PHỤ SAU ĐẼ

MỤC TIÊU

1. Phát hiện được một số yếu tố bất thường về mẹ, trẻ sơ sinh sau đẻ để xử trí và chuyển tuyến kịp thời.
2. Tư vấn được cho phụ nữ sau đẻ cách chăm sóc bản thân và em bé.
3. Nhận thức được tầm quan trọng của chăm sóc, theo dõi bà mẹ và trẻ sơ sinh sau đẻ.

NỘI DUNG

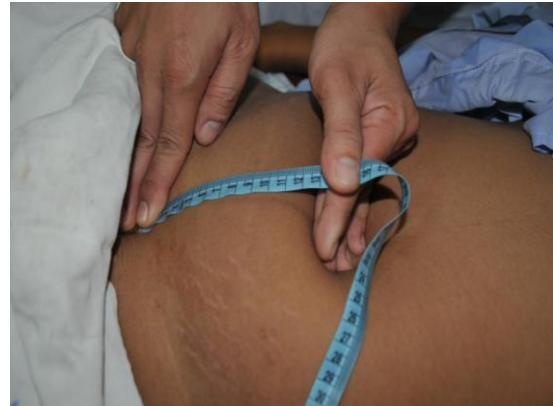
Quá trình phục hồi và trở lại bình thường của bà mẹ bắt đầu từ giai đoạn sau đẻ, giai đoạn này rất quan trọng đối với sự sống còn của bà mẹ và trẻ sơ sinh. Khoảng 60% trường hợp tử vong mẹ xảy ra sau đẻ và gần 50% trong số đó xảy ra trong vòng 24 giờ đầu. Khoảng 2/3 các trường hợp tử vong trẻ em dưới 5 tuổi xảy ra trong 4 tuần lễ đầu sau đẻ. Theo dõi chăm sóc tốt trong giai đoạn sau đẻ có thể làm giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong của bà mẹ và sơ sinh. Theo phong tục tập quán của một số dân tộc ít người, sau đẻ người phụ nữ phải ăn kiêng, phải nằm ở phòng kín, thiếu ánh sáng... Những tập quán này ảnh hưởng không tốt đến sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh. Tuy nhiên một số bài thuốc dân gian: lá tắm cho phụ nữ, lá thuốc lợi sữa, lá thuốc tránh thai là những bài thuốc gia truyền quý cần được nghiên cứu và áp dụng.

Theo dõi, thăm khám sau khi sinh cần được thực hiện tỷ mỉ cẩn thận ở các thời điểm ngày đầu, tuần đầu và 6 tuần sau đẻ.

1. Chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh ngày đầu sau đẻ

1.1. Theo dõi chăm sóc trong 2 giờ đầu sau đẻ

- Sản phụ vẫn nằm ở phòng đẻ;
- Theo dõi mẹ: theo dõi thể trạng, mạch, HA, co hồi TC, ra máu 15 phút/lần;
- Theo dõi con: theo dõi nhịp thở (tiếng khóc), màu sắc da, bú mẹ.



Hình 22. Khám cơ hồi tử cung sau đẻ

Các tình huống có thể xảy ra và cách xử trí

	Phát hiện	Xử trí
Mẹ	Mạch nhanh > 90 lần/phút.	Kiểm tra ngay HA, cầu an toàn, ra máu, khám khô đánh giá tình trạng mất máu.
	HA tối đa < 90mmHg.	Xử trí choáng sản khoa.
	HA cao: HA tối đa > 140mmHg, HA tối thiểu > 90mmHg.	Xử trí TSG.
	TC mềm cao trên rốn.	Xử trí chờ TC.
	Chảy máu > 250ml và vẫn tiếp tục chảy.	Xử trí băng huyết sau đẻ.
	Rách âm đạo, TSM.	Khâu vết rách.
	Khối máu tụ.	Chuyển tuyến.
Con	Khó thở tím tái, mềm nhẽo.	Hồi sức thở, hồi sức tim, chuyển viện.
	Trẻ bị lạnh hoặc phòng không đủ ấm.	Ủ ấm trẻ theo phương pháp chuột túi (da kề da) hoặc sưởi ấm bằng phương tiện sẵn có.
	Chảy máu rốn.	Làm lại rốn.

1.2. Theo dõi chăm sóc từ giờ thứ ba đến hết ngày đầu

- Sau khi theo dõi tích cực 2 giờ đầu tiên, nếu bình thường tiếp tục theo dõi từ giờ thứ ba đến giờ thứ 6 theo hướng dẫn sau:

- + Đưa bà mẹ và bé về phòng, theo dõi các nội dung như nêu ở phần trên 1 giờ/lần;
- + Đặt bé nằm cạnh mẹ, ủ ấm cho bé;
- + Người mẹ có băng vệ sinh sạch đủ thấm;
- + Giúp người mẹ ăn uống ngủ yên;
- + Vận động nhẹ sau 6 giờ;
- + Giúp và khuyến khích cho con bú sớm;
- + Hướng dẫn bà mẹ cách chăm sóc con, theo dõi chảy máu rốn;
- + Yêu cầu bà mẹ và người nhà gọi ngay NVYT khi:
 - Bé không bú, không thở, tím tái, chảy máu rốn;
 - Mẹ chảy máu nhiều, đau bụng tăng, nhức đầu chóng mặt hoặc có bất cứ vấn đề gì khác.
- Theo dõi từ giờ thứ 7 đến hết ngày đầu;
 - Theo dõi mẹ: thể trạng, co hồi TC, băng vệ sinh (Đánh giá lượng máu mất).
 - Theo dõi con: thở (nếu có khó thở, đếm nhịp thở), da (nếu lạnh đo thân nhiệt), rốn, bú mẹ.

Các tình huống có thể xảy ra và cách xử trí

	Phát hiện	Xử trí
Mẹ	TC mềm cao quá rốn, băng vệ sinh thấm ướt máu sau 1 giờ.	Xoa bóp TC, ấn đáy lấy máu cục; Tiêm 10 đơn vị oxytocin vào bắp, có thể nhắc lại nhiều lần.
Con	Nếu chưa bú mẹ.	Khuyến khích bà mẹ cho bú ngay.
	Trẻ lạnh hoặc phòng không đủ ấm.	Ủ ấm, sưởi ấm với phương tiện sẵn có.
	Khó thở tím tái.	Hồi sức thở, hồi sức tim, chuyển tuyến.
	Chảy máu rốn.	Làm lại rốn.
	Nếu không có phân su.	Khám xem có hậu môn không.

2. Chăm sóc bà mẹ và sơ sinh tuần đầu sau đẻ

2.1. Hỏi

- Mẹ
 - + Sức khỏe chung, giấc ngủ, ăn uống;
 - + Trạng thái tinh thần của mẹ, nhức đầu hoa mắt, sốt...
 - + Đại tiểu tiện, có rỉ nước tiểu hoặc són phân;
 - + Đau, co hồi TC, sản dịch, đau TSM;
 - + Sữa, vú (đau, cương...);
 - + Uống thuốc viên sắt, vitamin A.
- Con
 - + Bú, cách ngậm vú và tư thế bú;
 - + Ngủ, khóc;
 - + Đại tiểu tiện;
 - + Mắt;
 - + Rốn: chảy máu, có mùi hôi.

2.2. Khám

- Mẹ
 - + Toàn trạng: mạch, HA, thân nhiệt, có xanh, có phù;
 - + Trạng thái tinh thần: vui vẻ, phấn khởi, buồn bã, trầm cảm;
 - + Kiểm tra vú: núm vú, bầu vú, lượng sữa;
 - + Kiểm tra TC: co hồi mật độ;
 - + Kiểm tra sản dịch: lượng, màu, mùi;
 - + Kiểm tra TSM: khô, liền toác, nhiễm khuẩn.
- Con: thể trạng, cân nặng, thở, thân nhiệt, da, rốn, phản xạ bú, tư thế bú và cách ngậm vú.

2.3. Hướng dẫn chăm sóc

2.3.1. Mẹ

- **Vệ sinh hàng ngày:** rửa vùng sinh dục ít nhất 3 lần/ngày; lau người thay đồ sạch, sau đẻ 2 - 3 ngày tắm nhanh bằng nước ấm;

- **Chăm sóc vú:** cho con bú hoàn toàn sữa mẹ, không cho bất cứ thức ăn, nước uống khác; nếu tắc tia sữa cần xử lý sớm (day, vắt, hút, đi khám) để phòng ngừa viêm vú, áp xe vú;
- **Xử trí đau do co bóp TC:** nếu đau nhẹ: không cần xử trí; nếu đau nhiều: chườm nóng, cho uống paracetamol;
- **Vết khâu TSM (nếu có):** rửa sạch âm hộ sau đại tiểu tiện và thấm khô. Cắt chỉ nếu đã 5 ngày sau đẻ;
- **Chế độ ăn uống và sinh hoạt:** ăn đủ lượng, đủ chất, không kiêng khem. Ngủ 8 giờ/ngày, tôn trọng giấc ngủ trưa. Mặc đồ sạch sẽ, rộng rãi;
- **Chế độ vận động:** sau đẻ 6 giờ đã có thể ngồi dậy, ngày hôm sau đi lại, vận động nhẹ nhàng;
- **Tư vấn** và giúp giải quyết vấn đề tâm lý (nếu có);
- **Tư vấn về** kế hoạch hóa gia đình (KHHGĐ), về NCBSM;
- **Hẹn** đến thăm hoặc hẹn sản phụ đến khám tại trạm vào 6 tuần sau đẻ.

2.3.2. Con

- **Hàng ngày:** nằm chung với mẹ trong phòng ấm; ngủ màn; không đặt trẻ nằm sấp, trên nền lạnh, cứng; không cho tiếp xúc với người đang có bệnh, không cho gần súc vật, không để trong môi trường khói, bụi, khói thuốc;
- **Nuôi con bằng sữa mẹ:** cho bú mẹ hoàn toàn, bú cả ngày và đêm, ít nhất 8 lần/ngày. Nếu mẹ có khó khăn khi cho bú cần hướng dẫn cách cho con bú đúng;
- **Chăm sóc mắt:** rửa tay sạch bằng xà phòng trước và sau khi chăm sóc; dùng khăn sạch, ẩm lau mắt hàng ngày; không nhỏ bất cứ thuốc gì vào mắt trẻ khi chưa có chỉ định của thầy thuốc;
- **Chăm sóc rốn:** để rốn khô và sạch; không băng kín hoặc đắp bất cứ thứ gì lên rốn; có thể phủ một lớp gạc mỏng vô khuẩn; hạn chế sờ vào rốn và vùng quanh rốn.
- **Vệ sinh thân thể và chăm sóc da:** lau rửa hàng ngày, không nhất thiết phải tắm hàng ngày; tắm bằng nước ấm, sạch trong phòng ấm, kín gió; thay đồ vải như mũ, áo, tã lót hàng ngày và mỗi khi trẻ đại tiểu tiện;
- **Hẹn ngày tiêm phòng** và ghi nhận xét vào phiếu sau mỗi lần tiêm phòng;
- **Hẹn đến thăm bé.**

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

2.4.1. Cho mẹ

Phát hiện	Xử trí
TC: co chậm, mềm, ấn đau, có thể kèm theo sốt, sản dịch hôi.	Xử trí “Sốt sau đẻ”.
Sản dịch: có mủ, mùi hôi.	Xử trí “Sốt sau đẻ”.
Rò, rỉ nước tiểu, són phân.	Gửi tuyến trên khám và điều trị.
TSM: sưng, phù nề, đau, đỏ, rỉ nước vàng...	Kháng sinh, chăm sóc vệ sinh hàng ngày, cắt chỉ (khi cần), rửa vết thương. Nếu tổn thương rộng chuyển tuyến.
Vú: núm vú lõm, nứt, sưng, đau hoặc có khó khăn khi cho con bú.	Vắt sữa ra cho trẻ ăn bằng thìa. (tham khảo bài “ <i>Tư vấn NCBSM</i> ”)
Các dấu hiệu nguy hiểm: - Sốt cao; - Mạch nhanh; - Tăng HA; - Da rất xanh; - Phù nề; - Co giật...	Chuyển khám, điều trị ở tuyến trên sau khi sơ cứu (tùy trường hợp: truyền dịch, kháng sinh, tiêm thuốc co TC, thuốc chống co giật...).

2.4.2. Cho con

Phát hiện	Xử trí
Màu sắc da: xanh tái, vàng da đậm tăng dần.	Chuyển tuyến có khả năng điều trị.
Thở bất thường: nhịp thở nhanh hoặc chậm: (≥ 60 hoặc < 40 lần/phút, co rút lồng ngực nặng).	
Thân nhiệt: sốt cao ($\geq 38,5^{\circ}\text{C}$) hoặc hạ thân nhiệt ($< 36,5^{\circ}\text{C}$).	
Tiêu hóa: - Bú kém, bỏ bú; - Nôn liên tục; - Chướng bụng; - Không ỉa/không đại sau đẻ 24 giờ.	

Phát hiện	Xử trí
Các dấu hiệu nguy hiểm khác: <ul style="list-style-type: none"> - Ngủ li bì khó đánh thức; - Co giật. - Mắt tẩy đỏ, có mủ; - Viêm tẩy lan rộng quanh rốn hoặc rốn có mủ; - Chảy máu bất cứ nơi nào trên cơ thể. 	Chuyển tuyến có khả năng điều trị.

3. Chăm sóc bà mẹ và sơ sinh trong 6 tuần đầu sau đẻ

3.1. Hỏi

Mẹ: <ul style="list-style-type: none"> - Tình hình chung: nghỉ, ngủ, ăn uống - Sốt - Đại tiện, tiểu tiện - Đau bụng dưới - Dịch âm đạo - Cho bú: số lần cho con bú trong ngày - Đã uống viên sắt, vitamin A chưa? - Có kinh trở lại chưa? - Các nhu cầu về KHHGD - Những lo lắng, thắc mắc liên quan đến sức khoẻ của mẹ và con 	Con: <ul style="list-style-type: none"> - Bú: số lần bú, bú thế nào? - Ngủ - Tiêu hoá, tiết niệu - Đã tiêm phòng những loại vaccin nào?
--	--

3.3. Khám

Mẹ:

Mạch, thân nhiệt, HA, cân nặng;
 Kiểm tra vú và các vấn đề liên quan đến cho con bú;
 Khám bụng;
 TSM đã liền tốt chưa?
 Dịch âm đạo, đặt mỏ vịt nếu nghi có viêm sinh dục.

Con:

Đánh giá sự phát triển của trẻ:
 Kiểm tra cân nặng và theo dõi tăng cân trên biểu đồ tăng trưởng;
 Phát hiện sớm các vấn đề về thính giác, thị giác;
 Nếu trẻ đẻ non/nhẹ cân, có các vấn đề về dinh dưỡng, bệnh tật, sinh ra từ bà mẹ có HIV (+) cần được hướng dẫn theo dõi, chăm sóc đặc biệt.

3.3. Hướng dẫn bà mẹ cách tự chăm sóc

Cho mẹ

Sau mỗi lần đại, tiểu tiện phải rửa và lau khô âm hộ;
 Có thể tắm hàng ngày bằng nước sạch và ấm;
 Mặc đồ sạch sẽ và rộng rãi;
 Ăn uống no, đủ chất để có sức khỏe và đủ sữa nuôi con;
 Cho con bú mẹ hoàn toàn;
 Sau đẻ 1 tuần có thể làm việc nhẹ, tránh lao động nặng, kéo dài;
 Nên tập thể dục giúp cơ thể chóng phục hồi, tránh táo bón, giúp ăn ngon miệng;
 Nên tránh quan hệ tình dục trong vòng 6 tuần vì dễ sang chấn, nhiễm khuẩn.

Cho con

Giống như phần chăm sóc trẻ trong vòng 1 tuần sau đẻ:
 Chăm sóc chung hàng ngày;
 Cho con bú mẹ hoàn toàn;
 Chăm sóc mắt;
 Chăm sóc rốn: rốn rụng từ khoảng 7 đến 10 ngày sau đẻ, liền sẹo khoảng 15 ngày;
 Vệ sinh thân thể và chăm sóc da cho trẻ;
 Hướng dẫn bà mẹ những dấu hiệu nguy hiểm cần đưa trẻ đi khám.

3.4. Một số tình huống có thể xảy ra và cách xử trí

Mẹ:

<i>Phát hiện</i>	<i>Xử trí</i>
Tất cả đều bình thường	- Thảo luận thực hiện KHHGD - Ghi phiếu theo dõi
Thiếu máu	Điều trị thiếu máu
Nhiễm khuẩn	Điều trị nhiễm khuẩn
Cương vú, nứt núm vú	Đánh giá bữa bú, cho lời khuyên phù hợp
Bệnh lý nặng	Chuyển tuyến

Cho con

<i>Phát hiện</i>	<i>Xử trí</i>
Tất cả đều bình thường	- Hướng dẫn vệ sinh, cho bú, giấc ngủ, theo dõi tăng trưởng, tiêm chủng - Ghi phiếu theo dõi
Trẻ không tăng cân	- Đánh giá bữa bú - Chuyển tuyến trên để khám
Nếu có bất thường	Chuyển tuyến

NHỮNG ĐIỀU CẦN GHI NHỚ

- Thời kỳ sau đẻ cần được xem là thời gian nguy kịch cần được giám sát chặt chẽ.
- Thăm khám sau đẻ cần được thực hiện ở các thời điểm: ngày sau khi sinh cho đến 6 giờ đầu sau sinh, tuần thứ nhất và tuần thứ 6 sau đẻ.
- Băng huyết sau đẻ cần được phát hiện càng sớm càng tốt và xử trí thích hợp.
- Nuôi con bằng sữa mẹ thành công rất cần thiết cho sự tăng trưởng của trẻ nhất là trong vòng 6 tháng đầu.
- Cần thiết phải tiêm chủng miễn dịch cho trẻ và hướng dẫn áp dụng các biện pháp KHHGD cho người mẹ.

TÌNH HUỐNG 6

MỤC TIÊU

1. Thực hiện được hỏi tiền sử bệnh sử để đánh giá và chăm sóc một sản phụ sau đẻ.
2. Ra y lệnh theo dõi một trường hợp sau đẻ cho mẹ và trẻ sơ sinh.

Tình huống

Sản phụ Lèng Thị M 40 tuổi PARA 3123, người dân tộc Dao vừa sinh con lần thứ tư được 8 giờ, trẻ gái nặng 3400g. Chị được đưa về phòng hậu sản hiện tại chị còn mệt, chưa cho con bú.

Hãy khai thác tiền sử bệnh sử, tìm những yếu tố nguy cơ cần phải theo dõi.

.....

Sau khi khai thác thông tin được biết các lần trước chị đều đẻ tại nhà không biết con nặng bao nhiêu, các con của chị đều là con gái.

Có thai lần này chị không đi khám thai vì trạm y tế xa nhà và xấu hổ vì già rồi.

Chị đau bụng 2 ngày từ trạm y tế mới được chuyển tới bệnh viện huyện, tại bệnh viện huyện, chị được theo dõi 7 tiếng thì đẻ được.

Sau đẻ chị đã thay khó 2 lần, chưa tự đi tiểu.

Hiện tại chị thấy hơi mệt, không đau bụng, cháu bé chưa được ăn gì.

Bạn hãy xác định các yếu tố nguy cơ của thai phụ này.

.....

Bạn cần khám cho chị M và cháu bé những nội dung gì để xác định tình trạng hiện tại.

.....

Kết quả thăm khám:

Mạch: 95 lần/phút, HA 100/65 mmHg.

Không có cầu bàng quang, TC trên khớp vệ 16cm, mềm. Khô có máu đỏ.

Vú bình thường, chưa tiết sữa.

Khám trẻ: da hồng, phản xạ sơ sinh tốt, đã đi ngoài phân su.

Bạn sơ bộ chẩn đoán cho trường hợp này, vì sao?

.....

Bạn hãy đề xuất cách theo dõi và xử trí cho chị M.

.....

THEO DÕI, CHĂM SÓC SAU MỔ LẤY THAI

MỤC TIÊU

1. Áp dụng thực hiện và theo dõi, chăm sóc sau mổ lấy thai.
2. Nhận thức tầm quan trọng của việc theo dõi, chăm sóc sau mổ lấy thai.

NỘI DUNG

1. Theo dõi sau mổ lấy thai

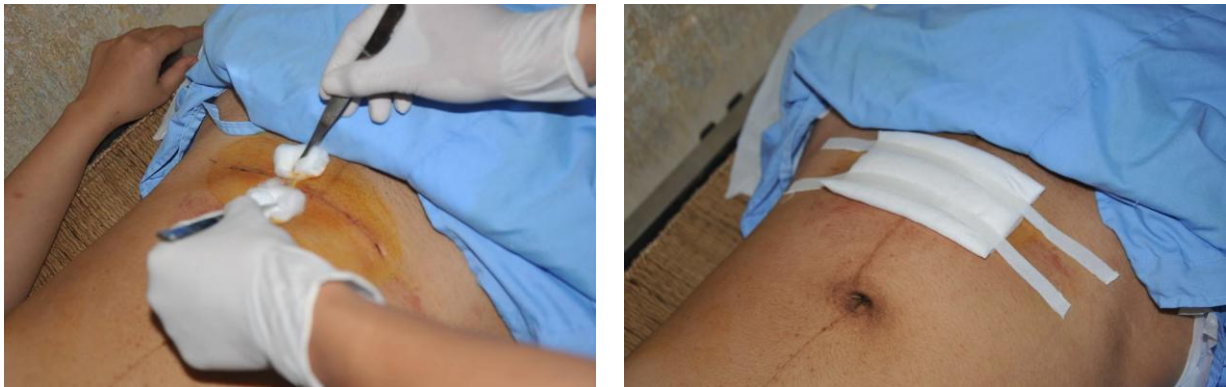
Sản phụ ngay sau khi được đón mổ về phải được nằm ở phòng thoáng, yên tĩnh, sạch và ấm, đảm bảo cho sản phụ được nghỉ ngơi.

1.1. Ngày đầu sau mổ

- Trong 2 giờ đầu, theo dõi 15 phút/lần trong giờ đầu tiên và 30 phút/lần trong giờ thứ hai;
- Giờ thứ 3 đến giờ thứ 6, theo dõi 1 giờ/lần;
- Giờ thứ 7 đến hết 24 giờ, theo dõi 3 giờ/lần.

Theo dõi các yếu tố:

- + Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, HA;
- + Tình trạng vết mổ: có máu thấm băng hay không;
- + Co hồi TC: TC co chắc hay không;
- + Ra huyết âm đạo: màu sắc, số lượng;
- + Nước tiểu qua sonde: màu sắc, số lượng nước tiểu. Lưu sonde 24 giờ.



Hình 23. Chăm sóc vết mổ

1.2. Những ngày sau

Theo dõi 2 lần/ngày các yếu tố:

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, HA;
- Tình trạng vết mổ: có máu, dịch thấm băng hay không, chú ý tình trạng nhiễm trùng vết mổ;
- Co hồi TC: TC co hồi tốt hay không tốt;
- Sản dịch: màu sắc, số lượng.

2. Chăm sóc sau mổ lấy thai

2.1. Chăm sóc mẹ

- Chế độ ăn: được thực hiện sớm sau mổ, từ lỏng đến đặc dần, đảm bảo cung cấp đủ dinh dưỡng cho mẹ và cho con bú. 6 giờ sau mổ có thể cho sản phụ ăn nước cháo loãng. Ngày thứ hai sau khi trung tiện, cho ăn cơm và uống nước bình thường;
- Chế độ vận động: Tùy theo phương pháp vô cảm mà có chế độ vận động phù hợp cho sản phụ.
 - + Đối với trường hợp gây mê nội khí quản: sau 12 giờ sản phụ có thể ngồi dậy được và đi lại nhẹ nhàng;
 - + Đối với trường hợp gây tê tủy sống: sau mổ 6 giờ, hướng dẫn sản phụ vận động nhẹ nhàng, nằm nghiêng, co duỗi chân tay. Sau 24 giờ sản phụ mới được ngồi dậy. Những ngày sau cho sản phụ vận động nhẹ nhàng, đặc biệt tránh lao động nặng trong thời kỳ hậu sản để đề phòng sa sinh dục.
- Chăm sóc vết mổ: giữ vết mổ khô, sạch, thay băng hàng ngày hoặc cách ngày tùy tình trạng vết mổ;
- Vấn đề cho con bú và NCBSM:

Hướng dẫn sản phụ cho con bú sớm, có thể ở tư thế nằm hoặc ngồi trên giường. Trường hợp mẹ chưa có sữa hoặc sữa mẹ không đủ, cho trẻ ăn thêm sữa ngoài bằng đồ thìa.

- Tư vấn KHHGD:
 - + Không giao hợp trong thời kỳ hậu sản.
 - + Khuyến sản phụ cho trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu, đây cũng là một BPTT (vô kinh cho bú).
 - + Khuyến sản phụ không nên có thai lại ít nhất trong 2 năm, hướng dẫn sản phụ lựa chọn BPTT phù hợp.

2.2. Chăm sóc con

Sau mổ lấy thai việc chăm sóc trẻ sơ sinh được thực hiện giống như những trường hợp sau đẻ. Tuy nhiên, cần lưu ý những trường hợp mổ lấy thai khi chưa chuyển dạ trẻ dễ bị suy hô hấp do chậm tiêu dịch phổi nên cần được theo dõi sát để phát hiện sớm và xử trí kịp thời.

TÌNH HUỐNG 7

MỤC TIÊU

1. Áp dụng thực hiện được việc theo dõi và chăm sóc sản phụ sau mổ lấy thai
2. Ra được quyết định xử trí một số trường hợp có biến chứng sau mổ lấy thai

Tình huống

Sản phụ A 25 tuổi, PARA 0000, được chỉ định mổ lấy thai vì thai 39 tuần, ối vỡ sớm, tim thai suy. Sau khi mổ, sản phụ được chuyển về phòng hậu phẫu theo dõi tiếp.

1. Anh chị hãy nêu ra y lệnh chăm sóc sản phụ sau mổ lấy thai trong 24 giờ đầu.
2. Trong quá trình theo dõi sản phụ, giờ thứ 3 thấy huyết ra âm đạo nhiều, màu đỏ tươi, đã thay ướm 1 khối. Anh chị cần hỏi bệnh và thăm khám gì để giúp cho chẩn đoán?
3. Kết quả thăm khám: sản phụ mệt mỏi, không hoa mắt chóng mặt, mạch 80 lần/phút; HA 110/70mmHg co hồi TC kém, nước tiểu qua sonde 300ml, không có cầu bàng quang, vết mổ không có máu thấm băng. Trẻ hồng hào phản xạ trung bình. Anh chị hãy nêu chẩn đoán và xử trí hiện tại? giải thích?
4. Sau khi xử trí tích cực, hiện tại sản phụ toàn trạng tỉnh táo, TC co trung bình, sản dịch vừa màu đỏ thẫm, nước tiểu qua sonde trong số lượng 300ml. Trẻ sơ sinh hồng hào, phản xạ tốt.
5. Anh chị hãy tư vấn cho bà mẹ cách tự theo dõi và chăm sóc sau mổ lấy thai?
6. Ngày thứ 4 sau mổ, BN đau nhức ở vết mổ, khám thấy vết mổ nề, có dịch vàng thấm băng. TC co chắc, không đau, sản dịch bình thường.
7. Anh chị hãy nhận định tình trạng của chị A và đưa ra hướng xử trí tiếp theo.

Chương 4

PHỤ KHOA

KHÁM PHỤ KHOA

MỤC TIÊU

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

NỘI DUNG

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

1. Chuẩn bị dụng cụ và bệnh nhân

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

2. Cách khám

2.1. Hỏi

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

2.2. Nhìn

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

2.3. Sờ nắn ngoài

Theo nguyên tắc khám bụng ngoài khoa, chú ý vùng bụng dưới để phát hiện u cục. Khám hạch bẹn 2 bên xem có sưng nề.

2.4. Khám bằng mỏ vịt

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

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

2.4.2. *Quan sát qua mỏ vịt*: nhìn thấy niêm mạc âm đạo màu hồng, có một ít niêm dịch. Nếu bị viêm nhiễm thì niêm mạc âm đạo đỏ, có nhiều khí hư. Tùy theo nguyên nhân gây viêm âm đạo và tính chất khí hư có thể khác nhau: khí hư đặc trắng như bột,

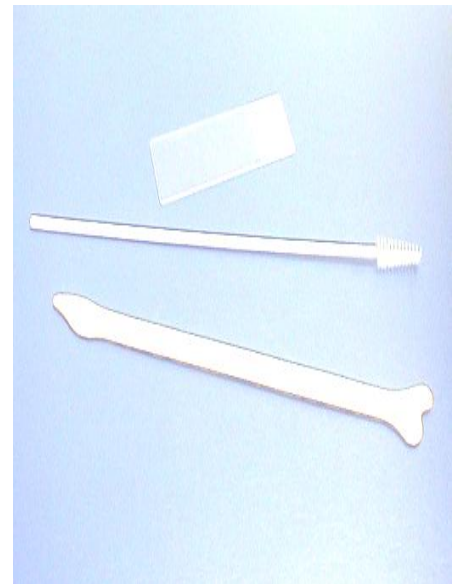
khí hư loãng có bọt hay khí hư như mũ. Ở âm đạo còn có thể thấy những tổn thương viêm loét, lộ tuyến. Ngoài ra còn có thể có dị tật bẩm sinh như vách ngăn dọc hoặc ngang, những chấn thương do đẻ như vết rách cũ của CTC.

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

2.4.3. Sau khi quan sát kỹ âm đạo và CTC, dùng bông thấm nước lau sạch khí hư, sau đó bôi acid acetic 3% để làm chứng nghiệm Hinselmann, acid acetic chỉ có tác dụng trong khoảng 1 - 2 phút, do đó có thể bôi acid acetic 2 - 3 lần vào CTC để xem rõ tổn thương.

Sau khi bôi acid acetic thì vùng tổn thương loét sẽ rớm máu, còn vùng lộ tuyến sẽ thấy se trắng lại, chế tiết sẽ kết tủa, nhìn tổn thương sẽ rõ hơn. Sau đó dùng bông thấm nước bôi lugol 3% vào CTC để làm chứng nghiệm Schiller, iod trong dung dịch lugol tác dụng với glycogen có nhiều ở các tế bào lớp giữa và lớp bề mặt của biểu mô lát tầng CTC và âm đạo tạo ra một màu nâu thẫm. Nếu toàn bộ CTC có màu nâu thẫm là biểu mô lát bình thường, gọi là chứng nghiệm Schiller âm tính. Nếu có điều kiện soi CTC để phát hiện các tổn thương nghi ngờ.

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



Hình 24. Dụng cụ khám phụ khoa

2.5. Thăm âm đạo kết hợp với nắn bụng

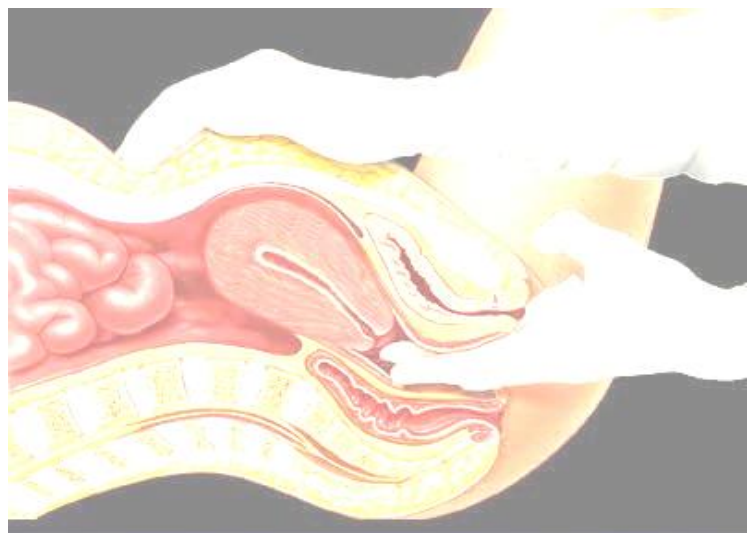
Đây là thì căn bản của thăm khám phụ khoa, nhờ phương pháp này mà ta thăm dò được tình trạng TC và 2 phần phụ.

2.5.1. Cách khám

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

2.5.2. Nhận định kết quả

- TC bình thường to bằng quả trứng gà, tư thế ngả trước hoặc sau, lệch phải hoặc trái, mật độ chắc, di động dễ, không đau. Nếu TC gấp trước, bàn tay nắn trên bụng dễ thấy đáy TC khi 2 ngón tay trong âm đạo đẩy CTC lên. Nếu TC đổ sau, bàn tay trên bụng khó nắn thấy đáy TC. Phải cho 2 ngón tay vào túi cùng sau mới thấy được đáy TC. TC to có thể là có thai hay có khối u. TC bé có thể gặp ở người đã mãn kinh hoặc ở người có TC nhi tính. Nếu TC di động hạn chế và BN đau là bị dính.
- Hai phần phụ (gồm vòi trứng và buồng trứng) bình thường không nắn thấy, nhưng đôi khi có thể nắn thấy có một khối u nhỏ ranh giới không rõ, ấn đau phải xem có phải khối chứa ở vòi trứng không. Nếu thấy khối u to, ranh giới rõ, biệt lập với TC thì phải nghĩ tới khối u buồng trứng.



Hình 25. Thăm âm đạo kết hợp với sờ nắn ngoài

2.6. Gõ

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

2.7. Nghe

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

2.8. Đo buồng tử cung

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

BẢNG KIỂM DẠY/HỌC KHÁM PHỤ KHOA

TT	Nội dung/các bước	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
	CHUẨN BỊ		
1	NVYT: trang phục đầy đủ, mũ áo khẩu trang.	Tạo sự tin tưởng cho người bệnh.	Gọn gàng đúng tác phong.
2	Chuẩn bị phương tiện, dụng cụ: bàn khám, đèn, mỏ vịt, găng tay, panh sát trùng, săng, bông, dung dịch sát khuẩn...	Giúp thủ thuật thuận lợi.	Đầy đủ và vô khuẩn.
3	BN: đi tiểu trước khi khám, hướng dẫn nằm, theo tư thế phụ khoa hai tay buông xuôi hai bên.	Giúp thăm khám dễ dàng.	Tư thế thoải mái, bộc lộ rõ vùng bụng dưới và bộ phận sinh dục.
	THỰC HIỆN		
4	Chào hỏi người bệnh, giải thích tại sao lại cần khám và mô tả các bước khám.	Tạo mối quan hệ, người bệnh yên tâm.	Người bệnh vui vẻ hợp tác tốt.
5	Hỏi về tiền sử, bệnh sử và lý do đến khám: - Tiền sử bệnh tật chung; - Tiền sử sản phụ khoa; - Bệnh sử và lý do đến khám.	Giúp chẩn đoán bệnh.	Nhẹ nhàng, khai thác đầy đủ thông tin.
6	Rửa tay thường quy.	Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn.	Đúng quy trình (có bảng kiểm riêng).
7	Khám vùng bẹn bụng: Bộc lộ và quan sát toàn bộ vùng bụng; Dùng mặt trong của bàn tay ấn nhẹ nhàng các vùng của bụng; Sờ nắn cả hai bên để xác định hạch, khối u hay sưng.	Phát hiện các thay đổi ở vùng bụng, bẹn.	Nhẹ nhàng, không để sót tổn thương.
8	Đi găng tay.	Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn.	Đúng quy trình (có bảng kiểm riêng).

9	Khám sinh dục ngoài: kiểm tra vùng mu, âm vật và vùng TSM.	Phát hiện các thay đổi, tổn thương ở bộ phận sinh dục ngoài.	Nhẹ nhàng, không để sót tổn thương.
10	Khám mỏ vịt: <ul style="list-style-type: none"> - Chọn mỏ vịt có cỡ phù hợp với người bệnh, làm trơn mỏ vịt; - Đưa mỏ vịt vào sâu trong âm đạo rồi mở mỏ vịt; - Quan sát các thành âm đạo, và xác định xem có viêm nhiễm, loét, hay tổn thương không, có tiết dịch không; - Lấy bệnh phẩm để xét nghiệm nếu cần; - Tháo mỏ vịt và ngâm vào dung dịch chlorine 0,5% để tẩy uế. 	Đánh giá các tổn thương ở âm đạo và CTC.	Nhẹ nhàng, không gây đau, đánh giá được đầy đủ tổn thương.
11	Khám bằng tay kết hợp với sờ nắn ngoài: <ul style="list-style-type: none"> - Làm trơn đầu ngón sau đó đưa ngón trỏ và ngón giữa vào trong âm đạo đến khi chạm được CTC; - Tay kia ấn nhẹ nhàng trên khớp mu, phối hợp 2 tay xác định kích thước, mật độ, di động của TC (CTC và thân TC) buồng trứng 2 bên. 	Đánh giá các tổn thương ở TC, phần phụ 2 bên.	Nhẹ nhàng, không gây đau, đánh giá được đầy đủ tổn thương.
12	Tháo găng, thu dọn dụng cụ.	Kết thúc thủ thuật.	Đúng quy trình (bảng kiểm riêng).
13	Thông báo cho BN kết quả khám và tư vấn cách điều trị.	Người bệnh yên tâm.	Đầy đủ, rõ ràng, dễ hiểu.
14	Ghi chép hồ sơ, y lệnh theo dõi, điều trị.	Hoàn thành thủ tục hồ sơ bệnh án.	Rõ ràng, đầy đủ.

KỸ THUẬT LẤY BỆNH PHẨM LÀM TẾ BÀO ÂM ĐẠO VÀ SOI TƯƠI DỊCH ÂM ĐẠO

MỤC TIÊU

1. Áp dụng thực hiện lấy và bảo quản được phiến đồ tế bào âm đạo (TBAD) đúng kỹ thuật.
2. Lấy tiêu bản đúng kỹ thuật và soi tươi đánh giá được kết quả.
3. Nhận thức được tầm quan trọng của việc làm TBAD và soi tươi dịch âm đạo.

NỘI DUNG

1. Cách lấy bệnh phẩm làm tế bào âm đạo

1.1. Lấy phiến đồ làm tế bào âm đạo nội tiết

- Thời điểm: tùy vào mục đích chẩn đoán TBAD nội tiết mà có thể lấy bệnh phẩm ở các thời điểm khác nhau: sau sạch kinh 3 ngày, vào ngày thứ 7 - 8 của vòng kinh, với BN có số ngày hành kinh trung bình 4 - 5 ngày và trước khi thấy kinh 5 - 7 ngày, với BN có vòng kinh trung bình 28 - 32 ngày.

Trước đây, TBAD nội tiết để chẩn đoán phóng noãn, số lần làm tế bào âm đạo phải từ 5 - 7 lần, mỗi lần cách nhau 3 ngày. Khoảng 10 năm trở lại đây, chỉ áp dụng để nhận định tình trạng nội tiết sinh dục và theo dõi trong điều trị nội tiết.

- Dụng cụ: dùng thìa thủy tinh tròn hay que nhựa có đầu dẹt, bản rộng, để phết lên phiến kính. Phiến kính có ghi số khám của BN;
- Vị trí: lấy chất nhầy ở cùng đồ bên. Mỗi lần lấy đều ở một bên cùng đồ nhất định. Trường hợp khó lấy vì khô, có thể lấy chất nhầy ở cùng đồ sau;
- Ngâm phiến kính vào dung dịch cố định, gồm cồn trắng 70⁰ và Ether, tỷ lệ 1/1. Thời gian bảo quản từ 30 phút đến < 24 giờ.

1.2. Lấy phiến đồ làm tế bào âm đạo khối u

- Thời điểm: ngoài thời kỳ hành kinh, trường hợp viêm hay tổn thương gây chảy máu, vẫn có thể làm được;
- Vị trí: lấy dịch nhầy ở 3 vị trí là cùng đồ sau, bề mặt CTC và ở điểm có nghi ngờ. Trước khi lấy bệnh phẩm, có thể lau nhẹ, sau đó dùng thìa hay que nhựa lấy chất nhầy, phết lên phiến kính và cố định như trên.

2. Cách lấy bệnh phẩm soi tươi trên kính hiển vi quang học

- Thời điểm: lấy bệnh phẩm trước hoặc sau khi hành kinh vài ngày;
- Đặc điểm khí hư:
 - + Viêm âm đạo do nấm: khí hư đặc hoặc kết thành vẩy;
 - + Viêm do trùng roi: khí hư loãng và nhiều bọt.
- Cách lấy: đặt mỏ vịt, dùng đũa thủy tinh lấy 1 giọt (hay vẩy) khí hư, dàn mỏng lên phiến kính, nếu khí hư đặc quá, có thể nhỏ 1 giọt dung dịch Natriclorid 9% liền cạnh giọt khí hư, sau đó soi tươi ngay bằng kính hiển vi quang học. Bước đầu có thể soi bằng thị kính có độ phóng đại 20 hay 40 lần.

2.1. Tìm trùng roi

Nếu có trùng roi, ta thấy trùng roi to như những bạch cầu đa nhân, hình bầu dục hoặc hình đế giấy ở một đầu có roi và di động tại chỗ. Vị trí dễ phát hiện nhất là ở vùng "dòng chảy" trong phiến kính.

Trường hợp khó, số lượng trùng roi trên vi trường ít, nên đập phiến kính mỏng lên giọt khí hư, để soi với thị kính có độ phóng đại lớn hơn, hình ảnh trùng roi sẽ rõ hơn, có thể nhìn rõ cử động của các roi và màng tế bào.

2.2. Tìm nấm

Nếu tiêu bản có nấm *Candida albicans*, ta thấy sợi nấm chằng chịt và chia nhiều cành, nhánh. Ở đầu nhánh, ngọn cành có thể thấy bào tử nấm, hình tròn hay đa giác, hơi đậm nét. Tìm nấm, tiêu bản nên nhuộm Giemsa, Frucsin hoặc Gram.

BẢNG KIỂM DẠY/HỌC LẤY BỆNH PHẨM LÀM TẾ BÀO ÂM ĐẠO

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
	<i>CHUẨN BỊ</i>		
1	Dụng cụ: - Phòng khám kín đáo, đủ ánh sáng; - Bàn khám phụ khoa, đèn gù, mỏ vịt, que Ayre, lam, lọ dung dịch Alcohol 95% để đựng lam, hộp đựng lam, bút chì, găng tay, sàng, bông, cùn, dầu bôi trơn.	Tạo điều kiện thực hiện thủ thuật thuận lợi.	Dụng cụ được chuẩn bị đủ, đúng quy cách và sắp xếp thuận tiện cho việc sử dụng.
2	KH: - Có chỉ định làm tế bào âm đạo; - Không có xuất huyết TC, không giao hợp, thụt rửa âm đạo trong vòng 48 giờ, không bị viêm âm đạo - CTC cấp.	Để lấy được mẫu chính xác.	Xác định đúng KH và làm tế bào âm đạo đúng thời điểm.
3	NVYT mang trang phục theo quy định.	Đảm bảo quy định của CSYT.	Thực hiện theo quy định.
	<i>THỰC HIỆN</i>		
4	Chào hỏi KH, giải thích mục đích của việc lấy bệnh phẩm làm tế bào âm đạo.	Tạo môi quan hệ và lòng tin của KH.	KH an tâm và sẵn sàng hợp tác.
5	- Hướng dẫn KH đi tiểu trước, cởi quần, nằm lên bàn ở tư thế phụ khoa, đặt sát mông tới mép bàn khám; - Trải sàng vô khuẩn đảm bảo kín đáo cho KH; - Chiếu nguồn ánh sáng vào vùng âm hộ của KH.	Tạo điều kiện thực hiện thủ thuật thuận lợi, an toàn và kín đáo cho KH.	- Bàn quang KH rộng trước khi làm thủ thuật; - KH nằm đúng tư thế; - Nguồn ánh sáng đủ.
6	Ghi phiếu xét nghiệm, ghi nhãn trên lam (tên, tuổi, mẫu tế bào ở lỗ ngoài (N) hay lỗ trong (T) bằng bút chì). Kẹp 2 lam đầu lưng lại với nhau bằng kẹp giấy.	Thông tin KH được gửi theo mẫu xét nghiệm.	Ghi thông tin rõ ràng, chính xác, đầy đủ, đúng quy định.
7	Rửa tay, mang găng vô khuẩn.	Không chế nhiễm khuẩn.	Theo đúng quy trình (<i>bảng kiểm riêng</i>).

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
8	Sát trùng âm hộ, TSM.	Đảm bảo tính vô khuẩn.	Sát trùng toàn bộ vùng môi nhỏ, môi lớn và TSM.
9	Đặt mỏ vịt: - Khép miệng mỏ vịt, hướng theo trục của TC; - Đến 2/3 âm đạo: xoay ngang mỏ vịt, bộc lộ rõ CTC; - Vặn ốc để cố định mỏ vịt.	Bộc lộ CTC.	Đúng kỹ thuật, nhìn rõ toàn bộ CTC và lỗ ngoài CTC.
10	Lấy bệnh phẩm: - 1 tay cầm sẵn 2 lam (đã được kẹp dính vào nhau); - 1 tay cầm que Ayre đã lấy ra khỏi bao. Giữ cho 2 đầu que luôn vô trùng trước khi lấy mẫu; - Lấy mẫu cổ ngoài: đặt đầu ngắn của que tựa lên lỗ ngoài CTC xoay 360° để lấy tế bào mặt ngoài CTC (có thể xoay hơn 1 vòng); - Phết mặt que cùng bên với chiều xoay lên lam (nhấn mẫu cổ ngoài) theo đường thẳng 1 chiều, chỉ phết 1 lần duy nhất; - Lấy mẫu cổ trong: dùng đầu dài của que đưa vào cạnh CTC xoay tựa vào thành cạnh CTC 360° (có thể xoay hơn 1 vòng); - Phết mặt que cùng bên với chiều xoay lên lam (nhấn mẫu cổ trong) giống như trên.	Lấy được bệnh phẩm đúng cách.	- Đúng kỹ thuật; - Lấy được tế bào mặt ngoài CTC, lỗ trong CTC; - Phết lên lam kính theo đúng nhãn dán.
11	Cố định 2 lam ngay: nhúng ngay vào lọ Alcohol 95° cho ngập lam. Thời gian từ lúc lấy mẫu cổ ngoài đến lúc cố định 2 lam không quá 1 phút (tránh khô và biến dạng tế bào).	Cố định bệnh phẩm vào lam, không làm tế bào biến dạng.	Động tác dứt khoát, đảm bảo đúng yêu cầu kỹ thuật.
12	Tháo mỏ vịt: xoắn ốc cố định, khép và xoay dọc rồi đưa mỏ vịt ra ngoài;	Hoàn thành thủ thuật.	Đúng quy trình, đảm bảo vô khuẩn.

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
	Sát khuẩn âm đạo, TSM.		
13	<ul style="list-style-type: none"> - Thông báo cho KH đã hoàn thành thủ thuật, hướng dẫn KH xuống bàn và mặc quần; - Giải thích những điều cần thiết (nếu có); - Hẹn lịch lấy kết quả. 	KH yên tâm tin tưởng.	<ul style="list-style-type: none"> - Thông tin rõ ràng, chính xác; - Giao tiếp phù hợp văn hóa và phong tục tập quán vùng miền, dễ hiểu với KH.
14	Ghi vào hồ sơ và phiếu xét nghiệm tế bào để gửi đi xét nghiệm.	Gửi mẫu bệnh phẩm làm xét nghiệm.	Rõ ràng, đầy đủ, chính xác, đúng quy định.

CÁCH LÀM TEST ACID ACETIC và TEST SCHILLER

MỤC TIÊU

1. *Thực hiện được tests acid acetic và test Schiller đúng kỹ thuật.*
2. *Nhận định được tổn thương CTC qua test acid acetic và test Schiller.*
3. *Nhận thức được tầm quan trọng của việc làm test acid acetic và test Schiller.*

NỘI DUNG

1. Cơ chế làm test

Acid acetic có tác dụng làm kết tủa niêm dịch, làm sạch và làm se niêm mạc cũng như vùng tổn thương để nhìn rõ tổn thương (loét hoặc lộ tuyến). Mặt khác acid acetic có tác dụng làm co những mạch máu bình thường để phân biệt với những mạch máu tân tạo bất thường.

Lớp tế bào bề mặt và lớp giữa của biểu mô lát 1/3 trên âm đạo và CTC ở phụ nữ trong tuổi sinh đẻ, chịu ảnh hưởng của estrogen và progesteron, luôn luôn tổng hợp và chế tiết glycogen. Khi bôi lugol, iod tác dụng với glycogen làm niêm mạc CTC và âm đạo chuyển thành màu nâu sẫm. Sự thay đổi về cấu trúc và hình thái tế bào, sẽ làm lớp bề mặt của âm đạo và CTC không bắt màu.

2. Cách làm test

2.1. Chuẩn bị: dụng cụ và hóa chất:

- Dung dịch acid acetic 3% đựng trong cốc và củ bông thấm nước. Dung dịch lugol 3% và củ bông thấm nước đựng trong cốc;
- Mỏ vịt, panh sát khuẩn, săng và găng tay vô khuẩn.

2.2. Cách tiến hành và đọc kết quả

2.2.1. Test acid acetic

- Sát trùng vùng âm hộ TSM, trái săng vô khuẩn, đi găng tay;
- Đặt mỏ vịt, bộc lộ CTC, quan sát sơ bộ, dùng bông lau sạch khí hư ở bề mặt CTC và cùng đồ, sau đó dùng bông nhúng acid acetic bôi lên bề mặt CTC;
- Quan sát nhanh, bằng mắt thường hoặc qua soi CTC, thời gian trong 1 - 2 phút. Nếu xét thấy vẫn cần quan sát kỹ thêm, thì phải bôi tiếp, vì sau 1 - 2 phút acid acetic hết tác dụng.

- Kết quả sau khi bôi acid acetic toàn bộ niêm mạc CTC sẽ trắng bọt, nếu có tổn thương, lộ tuyến thì hình ảnh sẽ rõ hơn, bờ và nền vết loét sẽ sạch và se lại, lộ tuyến cũng se lại, làm nổi rõ chùm tuyến. Mặt khác nếu tuyến chế tiết nhầy (niêm dịch), thì một phần chất nhầy cũng bị kết tủa trắng đục như những bó nhũ thạch.

Do bị se đi, có hiện tượng co thắt cục bộ, nên bờ vết loét hoặc đôi chỗ vùng lộ tuyến có thể bị rớm máu tươi.

2.2.2. *Test Schiller*

Thường làm test Schiller sau khi đã làm test acid acetic.

- Dùng bông lau sạch CTC và cùng đồ âm đạo, bôi lên bề mặt CTC dung dịch lugol 3%, bôi chậm để niêm mạc ngấm đều;
- Bình thường toàn bộ CTC (trừ lỗ CTC) và thành âm đạo bôi lugol sẽ có màu nâu thẫm và bóng. Kết quả niêm mạc bắt màu iode (+) hay test Schiller âm tính;
- Nếu có ổ loét và lộ tuyến hoặc khối u, hay tổn thương tiền ung thư, thì vùng bôi Lugol sẽ không bắt màu gọi là vùng iode (-) hay test Schiller dương tính (+).

Chương 5

KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

TƯ VẤN KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

MỤC TIÊU

1. Chuẩn bị được đầy đủ các dụng cụ phục vụ cho một cuộc tư vấn KHHGD
2. Thực hiện được các bước trong tư vấn KHHGD một cách hiệu quả.
3. Nhận thức được tầm quan trọng của việc tư vấn KHHGD.

NỘI DUNG

Tư vấn KHHGD là quá trình giao tiếp hai chiều trực tiếp giữa người tư vấn với khách hàng (KH) (có thể là một người hay một cặp vợ chồng) về những vấn đề riêng tư (thậm chí bí mật không thể chia sẻ với người khác) theo yêu cầu của KH trong lĩnh vực KHHGD.

Tư vấn KHHGD nhằm mục đích cung cấp các thông tin một cách khoa học và trung thực liên quan đến các BPTT giúp KH lựa chọn được biện pháp phù hợp nhất với họ. Tư vấn tốt giúp làm tăng tỷ lệ chấp nhận các BPTT, tăng tỷ lệ tiếp tục sử dụng các BPTT và góp phần tăng cường SKSS cho KH.

KH khác nhau có các điều kiện khác nhau do đó họ cần những hỗ trợ khác nhau. Tư vấn tốt nhất là đáp ứng nhu cầu cá nhân của KH.

1. Người tư vấn kế hoạch hóa gia đình

Người làm tư vấn KHHGD (có thể là cán bộ y tế hoặc cán bộ làm công tác dân số) phải am hiểu được các BPTT, những chống chỉ định, điều kiện sử dụng và những tác dụng không mong muốn có thể có của từng BPTT. Người tư vấn tốt là người có kỹ năng giao tiếp tốt, luôn tỏ ra tôn trọng, thông cảm với KH và giúp KH lựa chọn được một BPTT phù hợp nhất với họ.

Các phẩm chất cần có của người tư vấn KHHGD (4 chữ “T”):

- Tôn trọng KH;
- Thông cảm và thấu hiểu KH;

- Thành thật với KH;
- Thông tin rõ ràng, có trọng tâm cho KH.

2. Phòng tư vấn kế hoạch hóa gia đình

Phòng tư vấn KHHGD cần đủ rộng, thoáng mát và kín đáo đảm bảo tính riêng tư, có đủ bàn ghế ngồi cho KH và cán bộ tư vấn.

3. Dụng cụ cho một cuộc tư vấn KHHGD

- Các BPTT hiện đại: tốt nhất là có đủ tất cả mẫu các BPTT hiện đại:
 - + Các loại viên uống tránh thai hàng ngày (đơn thuần và kết hợp);
 - + Thuốc tiêm tránh thai;
 - + Bao cao su;
 - + Dụng cụ tử cung (DCTC);
 - + Viên uống tránh thai khẩn cấp...
- Mô hình giải phẫu đặt DCTC, mô hình dương vật sử dụng bao cao su;
- Các tài liệu truyền thông liên quan đến sử dụng các BPTT: tờ rơi, tranh lật, sách hướng dẫn nhỏ, tranh treo tường, video v.v...

4. Sáu bước tư vấn kế hoạch hóa gia đình (6 chữ G)

4.1. Gặp gỡ

Thái độ tiếp xúc thân mật, cởi mở và tôn trọng để tạo niềm tin và giảm sự e ngại của KH với người tư vấn.

- Chào hỏi và mời KH ngồi;
- Giới thiệu tên và chức danh của cán bộ tư vấn;
- Hỏi tên, tuổi, địa chỉ, tình trạng hôn nhân của KH. Tuy nhiên nếu KH không muốn trả lời một hay nhiều thông tin trên thì cũng không nên ép buộc.

4.2. Gọi hỏi

- Lý do KH cần tư vấn. Lưu ý hỏi KH về sự có mặt của người đi cùng để đảm bảo tính riêng tư khi KH trao đổi về những thông tin mang tính bí mật cá nhân hoặc thông tin nhạy cảm;
- Hỏi KH về các thông tin liên quan đến hoàn cảnh sinh sống, tiền sử bệnh tật toàn thân và phụ khoa, tình trạng hôn nhân và nhu cầu tránh thai của KH, các BPTT mà KH đã biết hoặc đã nghe để đánh giá xem KH đã hiểu biết các vấn

đề đó thế nào. Nên sử dụng các câu hỏi mở và hạn chế sử dụng các câu hỏi đóng.

- Chăm chú lắng nghe, không tỏ ra sốt ruột và đừng ngắt lời KH. Dùng ngôn ngữ không lời và có lời để biểu hiện sự thông cảm, tán đồng (như: đúng rồi, tốt lắm, gật đầu, mỉm cười, v.v...). Nếu KH tỏ ra lúng túng, chưa biết diễn tả thế nào thì có thể giúp KH bằng cách gợi ý một số từ ngữ thích hợp;
- Phát hiện những nhận thức chưa đúng của KH (nếu có) và kiên nhẫn giải thích trong quá trình tư vấn để KH hiểu rõ và thay đổi nhận thức.

4.3. Giới thiệu

- Giới thiệu những BPTT dựa trên nhu cầu tránh thai thực tế của KH (đã được biết qua phần gợi ý), tập trung cụ thể vào các BPTT hiện có tại cơ sở y tế và những BPTT hiện đang thông dụng trên thị trường;
- Cung cấp các thông tin về cả ưu điểm, nhược điểm, tác dụng phụ và biến chứng của từng BPTT, lưu ý giới thiệu tác dụng bảo vệ kép của bao cao su (vừa có tác dụng tránh thai, vừa phòng các bệnh LTQĐTD);
- Trong quá trình trao đổi, người cung cấp dịch vụ có thể đặt các câu hỏi để đánh giá sự hiểu biết của KH;
- Với những điểm KH đã hiểu đúng thì không nói nhiều và nên nhấn mạnh "như anh (chị) đã biết rất đúng rằng...";
- Với những điều KH chưa rõ thì giải thích lại;
- Với những điều KH hiểu chưa đúng nên lựa lời nói để KH có nhận thức lại nhưng không bao giờ nói là họ đã nhận thức sai.

4.4. Giúp đỡ

- Giúp KH tự lựa chọn một BPTT phù hợp nhất với họ. Có thể đưa ra một vài BPTT phù hợp và không có chống chỉ định với họ để họ tự quyết định;
- Người tư vấn không nên áp đặt BPTT theo ý chủ quan của mình cho KH;
- Nếu KH chọn BPTT không phù hợp vì có chống chỉ định thì cần gợi ý để KH chọn một BPTT khác.

4.5. Giải thích

Khi KH đã chấp nhận một BPTT, cần giải thích đầy đủ về cách sử dụng BPTT đó:

- Hướng dẫn rõ ràng cách thức thực hiện (nếu KH lựa chọn bao cao su, BPTT tự nhiên, thuốc uống tránh thai, biện pháp cho bú vô kinh) và quy trình tiến hành

(nếu KH lựa chọn tiêm thuốc tránh thai, cấy thuốc tránh thai, đặt DCTC, hoặc triệt sản);

- Giải thích những nguyên nhân có thể dẫn đến thất bại khi sử dụng các BPTT và cách phòng tránh;
- Trình bày rõ các tác dụng phụ có thể gặp và cách xử trí tại nhà và khi nào cần đi khám lại;
- Nêu cho KH biết những dấu hiệu cảnh báo khi sử dụng các BPTT thất bại (mang thai ngoài ý muốn), dấu hiệu cảnh báo của các biến chứng và cách xử trí;
- Nói rõ khả năng hồi phục sinh sản sau khi ngừng sử dụng BPTT;
- Giải thích tại sao cần phải đến kiểm tra định kỳ và khuyên KH nên thực hiện đầy đủ;
- Đề nghị KH nhắc lại để đảm bảo KH nhớ được những thông tin chính vừa trao đổi;
- Giải thích mọi thắc mắc hoặc hiểu chưa đúng của KH;
- Cuối cùng, không quên đề nghị KH đặt câu hỏi nếu họ có nhu cầu.

4.6. Gặp lại

- Trước khi chào tạm biệt, dặn dò KH những điểm quan trọng nhất, hẹn thời điểm tái khám và địa chỉ KH có thể liên lạc nếu có vấn đề phát sinh trong quá trình sử dụng các BPTT.
- Cung cấp cho KH các tài liệu truyền thông có sẵn tại cơ sở liên quan đến các BPTT, đặc biệt là BPTT mà KH vừa lựa chọn.

5. Những điều cần có để một cuộc tư vấn thành công

- Thể hiện sự tôn trọng và hỗ trợ để KH thấy thoải mái trong khi tư vấn;
- Luôn luôn lắng nghe và khuyến khích KH trình bày nhu cầu, chia sẻ những băn khoăn và đặt câu hỏi;
- Tập trung thảo luận về những mong muốn và nhu cầu của KH về tránh thai;
- Cung cấp những thông tin và chỉ dẫn chính xác. Sử dụng từ ngữ đơn giản, dễ hiểu và phù hợp với văn hóa của từng vùng miền, hạn chế tối đa việc sử dụng các từ chuyên môn trong quá trình tư vấn. Với đồng bào dân tộc thiểu số, nếu có thể, tốt nhất là sử dụng ngôn ngữ của họ;
- Tôn trọng và hỗ trợ những quyết định cuối cùng của KH;

- Hãy nói rõ các tác dụng phụ nếu có và quan tâm đúng mức đến những lo lắng của KH.
- Kiểm tra lại xem KH có hiểu đúng và nhớ đủ các thông tin không;
- Khuyến khích KH quay lại tái khám với bất kỳ một lý do nào.

6. Những dấu hiệu của một cuộc tư vấn thành công

- KH cảm thấy họ nhận được sự giúp đỡ và hỗ trợ;
- KH biết mình phải làm gì và có thể làm được điều đó;
- KH tỏ ra hài lòng;
- KH sử dụng BPTT đó hiệu quả và an toàn.

BẢNG KIỂM DẠY/HỌC TƯ VẤN KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Yêu cầu cần đạt
	CHUẨN BỊ		
1	Nơi tư vấn (phòng tư vấn).	Tạo cảm giác tin tưởng, thoải mái.	Kín đáo, riêng tư.
2	Dụng cụ: tranh ảnh, tờ rơi, phương pháp tránh thai mẫu.	Giúp KH dễ hiểu.	Có càng nhiều càng tốt.
3	Người tư vấn.		Trang phục theo quy định.
	THỰC HIỆN - 6 chữ G		
G1 - Gặp gỡ			
4	Tiếp đón; Chào hỏi KH niềm nở.	Gây thiện cảm.	Tôn trọng, niềm nở, phù hợp với văn hóa, tuổi KH.
5	Mời KH ngồi ngang hàng với người tư vấn, nếu có chồng mời ngồi bên cạnh, không để họ phải đứng.	Tạo an tâm cho KH ngay từ đầu.	KH và chồng ngồi đúng chỗ, thuận lợi trong giao tiếp.
6	Tự giới thiệu: tên, chức vụ, nhiệm vụ chính tại cơ sở y tế của người tư vấn.	Tạo lòng tin cho KH.	Chính xác, rõ ràng đầy đủ.
G2 - Gợi hỏi			
7	Hỏi tên, tuổi, địa chỉ và những yêu cầu về hành chính theo quy định.	Hiểu những thông tin đầu tiên về KH.	Rõ ràng đầy đủ, theo đúng quy định.
8	Hỏi về nghề nghiệp, hoàn cảnh sống, tiền sử bệnh tật, sinh đẻ.	Hiểu thêm thông tin về KH giúp quá trình tư vấn sau này.	Câu hỏi rõ ràng, phù hợp về tuổi, văn hóa, phong tục.
9	Hỏi về tình trạng hôn nhân, gia đình và nhu cầu tránh thai.	Nắm được nhu cầu tránh thai của KH.	Hỏi tế nhị, phù hợp với trình độ, văn hóa.
10	Lý do KH cần tư vấn KHHGD, nhận thức, quan niệm và những lo lắng của KH.	Hiểu rõ nhu cầu và những băn khoăn của KH.	Câu hỏi dễ hiểu, đầy đủ để thu thập thông tin chính xác. Sử dụng hầu hết câu hỏi mở.

11	Hỏi KH những hiểu biết về biện pháp KHHGD mà họ đã biết hay đã sử dụng.	Nắm được những hiểu biết của KH giúp cho quá trình tư vấn.	Hỏi, lắng nghe và đồng cảm. Không được tỏ thái độ chê bai, coi thường.
G3 - Giới thiệu			
12	Giới thiệu cho KH các BPTT dựa trên nhu cầu của họ về KHHGD (biết được qua gọi hỏi).	Giúp KH hiểu sơ lược về các BPTT.	Thông tin chính xác, ngôn ngữ rõ ràng, dễ hiểu, dùng cả tờ rơi, tranh và mẫu BPTT.
13	Giới thiệu về những thuận lợi và không thuận lợi của từng biện pháp, tác dụng phụ ngoài ý muốn và cả tai biến (nếu có) của các BPTT.	Giúp KH hiểu đầy đủ hơn về các BPTT.	Thông tin chính xác. Không nói quá về tác dụng phụ, tai biến của các BPTT.
14	Trình bày những điều KH muốn biết, sửa lại những hiểu biết chưa đúng.	Giúp KH hiểu đúng hơn về các BPTT.	Khéo léo chỉnh lại những kiến thức chưa đúng của KH.
15	Quan sát thái độ cử chỉ của KH và đặt câu hỏi cho họ về những điều đã giới thiệu để đánh giá mức độ hiểu đúng về các điều đã được nghe.	Kiểm tra mức độ hiểu và thu nhận thông tin của KH.	Quan sát KH; đặt câu hỏi kiểm tra lại đảm bảo KH hiểu đúng các thông tin.
G4 - Giúp đỡ			
16	Giúp KH hiểu biết đầy đủ các BPTT đang có để họ tự chọn.	KH tự lựa chọn BPTT.	KH chọn được BPTT phù hợp nhất với họ và không có chống chỉ định.
17	Nếu KH chọn BPTT không phù hợp (chống chỉ định) thì nhẹ nhàng giải thích để KH lựa chọn một BPTT khác.	Giúp KH lựa chọn lại giải pháp phù hợp hơn.	KH lựa chọn lại BPTT phù hợp với sự hỗ trợ của người tư vấn; Không áp đặt và lựa chọn thay cho KH.
G5 - Giải thích			
18	Giải thích cho KH biết quy trình để áp dụng BPTT họ chọn: cả hành chính và chuyên môn.	Giúp KH hiểu rõ về thủ tục sử dụng BPTT họ chọn.	Thông tin đầy đủ, chính xác, cả quy trình hành chính và chuyên môn.

19	Giải thích đầy đủ cách sử dụng, những ưu điểm, hạn chế của BPTT đã lựa chọn.	Giúp KH hiểu rõ về BPTT đã chọn.	Rõ ràng, đầy đủ, cả ưu điểm và hạn chế.
20	Nếu KH có những quan niệm hay hiểu biết chưa phù hợp về BPTT họ lựa chọn thì góp ý, giải thích.	Giúp KH nhận biết đúng về BP đã lựa chọn.	Nhẹ nhàng, chia sẻ thông tin đầy đủ; Không tỏ thái độ bức dọc, coi thường KH.
21	Giải thích những nguyên nhân có thể làm BPTT thất bại, cách theo dõi xử trí tại nhà.	Giúp KH hiểu nguyên nhân thất bại và cách xử trí.	Thông tin cần thiết, rõ ràng, đầy đủ.
22	Giải thích các dấu hiệu cảnh báo về tai biến, dấu hiệu bất thường nên đi khám ngay.	Giúp KH biết về các dấu hiệu bất thường đến khám sớm.	Thông tin về những dấu hiệu phải đi khám và khám ở đâu.
23	Giải thích lịch phải khám kiểm tra định kỳ và khuyên KH thực hiện sau này.	Kiểm tra hiệu quả việc sử dụng BPTT và phát hiện sớm những bất thường.	KH biết rõ lịch khám và biết tại sao phải đi khám đúng hẹn.
24	Giải thích khả năng phục hồi sinh sản sau khi dùng BPTT.	KH yên tâm.	Thông tin chính xác cho BPTT đã chọn.
25	Đề nghị KH nhắc lại một số điểm chính đã tư vấn để đảm bảo KH đã hiểu, nhớ và có thể thực hiện.	Kiểm tra lại sự hiểu biết của KH và đánh giá hiệu quả tư vấn.	Câu hỏi mở, thông tin thu thập liên quan đến hiểu biết của KH về nội dung buổi tư vấn.
G6 - Gặp lại			
26	Hẹn KH thời gian khám lại gần nhất.	Kiểm tra sự sử dụng BPTT của KH, đánh giá độ an toàn với KH.	KH biết chính xác thời gian đi khám, địa chỉ khám lại, lý do đi khám lại.
27	Khuyến khích KH gặp lại khi cần tìm hiểu về BPTT của bản thân hay gia đình.	Tạo niềm tin và tăng nhu cầu sử dụng dịch vụ của KH.	KH hài lòng về việc sử dụng dịch vụ và mong muốn tiếp tục được sử dụng dịch vụ.
28	Chào tạm biệt và tiễn KH.	Tạo sự tôn trọng KH.	Thái độ ân cần niềm nở.
29	Hoàn thiện hồ sơ KH.	Lưu và theo dõi.	Theo đúng quy định.

Ghi chú: trừ bước 1 và 6 (gặp gỡ và gặp lại), các bước khác có thể thay đổi thứ tự

MỘT SỐ TÌNH HUỐNG ĐÓNG VAI TƯ VẤN KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

TÌNH HUỐNG 8

Chị Thào Thị Mũa, 43 tuổi, người H'mông ở bản Tèn (Đồng Hỷ, Thái Nguyên). Gia đình chị Mũa thuộc diện nghèo và khó khăn của bản, hai vợ chồng chị Mũa đều làm nương. Anh chị đã có 5 con, cháu lớn nhất 13 tuổi và cháu nhỏ nhất được 20 tháng, tất cả các cháu đều không được đi học. Chị không áp dụng biện pháp KHHGD vì ngại đến trạm y tế, 5 con của chị đều được sinh tại nhà và được mẹ vườn dõ. Hôm nay trong một chiến dịch truyền thông và cung cấp dịch vụ về SKSS, chị Mũa được mời đến trạm y tế xã.

Bạn hãy xây dựng kịch bản và đóng vai một cán bộ của Trạm y tế xã phụ trách lĩnh vực KHHGD và tư vấn giúp cho vợ chồng chị Mũa lựa chọn và áp dụng một BPTT phù hợp.

TÌNH HUỐNG 9

Trong một lần cùng cộng tác viên dân số đến thăm một số hộ gia đình khó khăn tại xóm Ngọc Thượng, xã Nga My - Huyện Phú Bình - Tỉnh Thái Nguyên, anh/chị được tiếp xúc với chị Hoàng Thị Vui 40 tuổi, một phụ nữ Tày, theo công giáo, sống bằng nghề làm nương rẫy. Chị đã sinh 8 người con, con nhỏ nhất được 1 tuổi. Khi trò chuyện, chị Vui cho rằng: *“Tôi thấy không có gì là sai khi có nhiều con cả. Tôi sinh con cho bản thân và tự tôi nuôi chúng, do đó quyết định sinh bao nhiêu con là quyết định của tôi. Không có gì là khó khăn và vất vả cả. Những đứa trẻ lớn giúp tôi chăm sóc những đứa nhỏ và do vậy chẳng có gì là khó”*.

Cũng giống như những gia đình công giáo khác, vợ chồng chị Vui không có ý định dùng biện pháp KHHGD vì cho rằng con cái từ khi sinh ra đến lớn lên đều nhờ vào chúa và việc sinh đẻ là hoàn toàn tự nhiên không nên can thiệp vào.

Bạn hãy tư vấn cho chị Vui lựa chọn một BPTT hiệu quả để sử dụng.

TÌNH HUỐNG 10

Chị Lò Thị Pánh 25 tuổi, dân tộc Thái, hiện đang sống tại bản Pú Tiu, xã Thanh Xương, huyện Điện Biên. Vợ chồng chị cùng làm nghề nương rẫy nên thường phải đi làm từ sáng sớm đến chiều tối. Hiện vợ chồng chị Pánh có một con gái được 8 tháng tuổi. Cháu sinh thường tại nhà.

Chị Pánh mới học hết tiểu học, tình hình sức khỏe từ khi sinh con đến nay vẫn ổn định, chị đang cho con bú sữa mẹ nhưng không được thường xuyên, chị chưa thấy kinh trở lại.

Chị Pánh sợ có thai nên không dám quan hệ vợ chồng; chị cũng cho biết chồng chị không muốn sử dụng bao cao su. Nghe phụ nữ cùng bản nói vòng tránh thai là biện pháp tốt có thể giúp chị không có thai khi quan hệ, chị đã đến trạm y tế xã để hỏi xem sao.

Là một cán bộ trạm y tế, bạn hãy đóng vai và:

1. Tư vấn cho chị Pánh chọn cho mình một BPTT phù hợp nhất.
2. Giả sử chị Pánh chấp nhận đặt DCTC để tránh thai, sau khi đặt DCTC cho chị Pánh, anh/chị hãy hướng dẫn cho chị ấy cách tự theo dõi và xử trí các vấn đề phát sinh nhằm giúp chị áp dụng DCTC để tránh thai một cách liên tục và hiệu quả.

TÌNH HUỐNG 11

Trong thời gian đi thực tế cộng đồng, bạn đến thăm gia đình chị Lò Phù Mé, một gia đình người dân tộc Hà Nhì ở huyện Than Uyên, Lai Châu. Gia đình chị Mé có 3 cháu, cháu lớn nhất mới 7 tuổi, cháu nhỏ nhất 1 tuổi, chị lại hay đau ốm, mọi công việc trong gia đình đều do người chồng gánh vác. Kinh tế gia đình khó khăn, không có tiền nộp học cho các cháu nên các cháu không được đi học, chỉ chơi ở nhà. Khi hỏi thăm về tình hình gia đình, kinh tế và tương lai cho các cháu thì 2 vợ chồng chị Mé cho biết không có kế hoạch gì, họ cũng không muốn sinh thêm con nữa nhưng không biết làm thế nào.

Là một cán bộ y tế bạn hãy tư vấn và giúp đỡ gia đình chị Mé lựa chọn và áp dụng một BPTT phù hợp.

TÌNH HUỐNG 12

Khách hàng Hoàng Thị V 24 tuổi nghề nghiệp làm ruộng có 1 con 12 tháng tiền sử mô lấy thai. Chị đến phòng khám với mong muốn được tư vấn sử dụng viên thuốc tránh thai phối hợp. Là CBYT bạn sẽ tư vấn như thế nào cho chị V?

**BẢNG KIỂM DẠY/HỌC TƯ VẤN SỬ DỤNG VIÊN THUỐC TRÁNH THAI
PHỐI HỢP**

TT	Nội dung	Ý nghĩa	Yêu cầu phải đạt
	CHUẨN BỊ		
1	Nơi tư vấn (phòng tư vấn).	Tạo cảm giác tin tưởng, thoải mái.	Kín đáo, riêng tư.
2	Dụng cụ: tranh ảnh, tờ rơi, phương pháp tránh thai mẫu.	Giúp KH dễ hiểu.	Có càng nhiều càng tốt.
	THỰC HIỆN		
A - Gặp gỡ			
3	Tiếp đón Chào hỏi KH niềm nở; Mời KH ngồi ngang hàng với người tư vấn, nếu có người đi cùng mời ngồi bên cạnh;	Gây thiện cảm, sự thoải mái cho KH.	KH thoải mái, hợp tác tốt. Vị trí KH được đúng như yêu cầu.
4	Tự giới thiệu: tên, chức vụ, nhiệm vụ chính tại cơ sở y tế của người làm tư vấn.	Tạo sự tin tưởng cho KH.	Chính xác, rõ ràng đầy đủ.
B - Gọi hỏi			
5	Hỏi tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp, dân tộc, hoàn cảnh sống, số con, tiền sử bệnh tật, tiền sử sản khoa, thuận lợi và khó khăn trong cuộc sống của KH.	Hiểu về KH và cuộc sống của họ để có hướng tư vấn.	Rõ ràng đầy đủ. Tôn trọng quyền KH.
6	Hỏi xem KH cần được cung cấp dịch vụ gì trong chăm sóc SKSS/KHHGD.	Hiểu rõ nhu cầu của KH giúp nhận định nội dung cần tư vấn.	Tế nhị, câu hỏi dễ hiểu.
7	Hỏi KH về mục tiêu sinh sản: để giãn khoảng cách sinh hay hạn chế số con.	Biết được mục tiêu của KH giúp quá trình tư vấn	Lắng nghe và đồng cảm.

7	Tìm hiểu thái độ, tín ngưỡng có thể liên quan đến việc chọn hoặc từ chối một số BPTT.	Biết được mục tiêu của KH giúp quá trình tư vấn.	Té nhị, câu hỏi dễ hiểu.
8	Trả lời các câu hỏi chung mà KH có thể đặt ra.	Tạo sự tin tưởng cho KH.	Chính xác, rõ ràng, đầy đủ.
9	Thái độ thân mật, gần gũi, lắng nghe, quan tâm, đồng cảm với KH. Khéo léo gợi hỏi về nỗi lo lắng, băn khoăn có thể có của KH.	Tạo cho KH sự tin tưởng và đồng cảm để họ có thể nói hết băn khoăn.	KH chia sẻ thông tin đầy đủ, thu nhận được những băn khoăn của KH (nếu có).
C - Giới thiệu			
10	Giới thiệu một số BPTT hiện đang có sẵn.	Giúp KH biết về các BPTT hiện có sẵn.	Ngôn ngữ rõ ràng, dễ hiểu, hạn chế dùng từ chuyên môn.
11	Giải thích lợi ích/ưu điểm và nguy cơ/nhược điểm của từng biện pháp.	KH biết được lợi ích/ưu điểm và nguy cơ/nhược điểm của từng BPTT.	Thông tin chính xác, đầy đủ, dễ hiểu, hạn chế từ chuyên môn.
D - Giúp đỡ			
12	Giúp KH ra quyết định lựa chọn BPTT (sử dụng thuốc tránh thai viên phối hợp).	Giúp KH lựa chọn BPTT.	Tôn trọng quyền KH.
13	Hỏi xem KH đã biết gì về thuốc uống tránh thai. Chỉnh sửa những thông tin sai lệch mà KH có thể vừa nói ra.	Giúp khách hàng hiểu về thuốc uống tránh thai kết hợp.	Ngôn ngữ rõ ràng, dễ hiểu, hạn chế dùng từ chuyên môn.
14	Hỏi xem KH đã từng dùng thuốc tránh thai viên phối hợp chưa, kinh nghiệm sử dụng như thế nào.	Giúp KH biết sử dụng viên thuốc tránh thai phối hợp.	Té nhị, câu hỏi dễ hiểu.
15	Đưa cho KH cầm và xem vỉ thuốc tránh thai viên phối hợp.	Giúp KH nhận biết được vỉ thuốc tránh thai kết hợp.	Chính xác, rõ ràng, đầy đủ.

E - Giải thích			
16	Giải thích ngắn gọn cơ chế tránh thai của viên thuốc và tầm quan trọng của việc uống đều đặn hàng ngày.	Phát hiện những nhận thức chưa đúng của KH.	Thái độ nhẹ nhàng, kiên trì góp ý, giải thích, hướng dẫn rõ ràng. Không được tỏ thái độ bực bội, chê bai.
17	Giải thích những ưu điểm của thuốc tránh thai viên phối hợp, bao gồm cả những ưu điểm khác ngoài tác dụng tránh thai.	KH biết những ưu điểm của thuốc tránh thai viên phối hợp.	Thông tin rõ ràng, đầy đủ chính xác.
18	Giải thích một số tác dụng phụ và nhược điểm có thể có của thuốc viên tránh thai phối hợp. Nhấn mạnh rằng KH có thể gặp hoặc không gặp những tác dụng phụ đó và tất cả những tác dụng phụ đó đều có thể giải quyết được.	KH biết tác dụng phụ và nhược điểm của thuốc tránh thai viên phối hợp.	Thông tin rõ ràng, đầy đủ chính xác.
19	Hướng dẫn KH sử dụng thuốc tránh thai viên phối hợp.	Đánh giá khả năng thu nhận thông tin và kết quả của buổi tư vấn.	Câu hỏi mở, giúp KH biết và làm được các nội dung trong buổi tư vấn.
20	Giải thích cho KH cần làm gì nếu như quên uống thuốc.	KH biết xử trí khi quên uống thuốc.	Thái độ nhẹ nhàng, kiên trì góp ý, giải thích, hướng dẫn rõ ràng.
21	Giải thích những tình huống cần sử dụng BPTT dự phòng khác.	KH biết sử dụng BPTT dự phòng trong trường hợp cần thiết.	KH chia sẻ thông tin đầy đủ, thu nhận được những băn khoăn của KH.
22	Yêu cầu KH nhắc lại những chỉ dẫn về: cách uống thuốc, làm gì khi quên uống thuốc và khi nào cần sử dụng BPTT dự phòng khác.	Đảm bảo KH nắm được những thông tin cần thiết.	Ngôn ngữ rõ ràng, dễ hiểu, hạn chế dùng từ chuyên môn.

23	Giải thích những dấu hiệu nguy hiểm khi dùng thuốc, nhấn mạnh tính hiểm gặp của các dấu hiệu này.	KH biết những dấu nguy hiểm có thể có khi dùng thuốc.	Thông tin rõ ràng, đầy đủ chính xác.
24	Hỏi KH một số câu hỏi để đảm bảo KH hiểu và nhớ một số hướng dẫn chính.	Đánh giá khả năng thu nhận thông tin và kết quả của buổi tư vấn.	Câu hỏi mở, giúp KH biết và làm được các nội dung trong buổi tư vấn.
G - Gặp lại			
25	Khuyến khích KH thông tin cho CBYT bất cứ khi nào thấy cần trao đổi hay cảm thấy bất thường trong việc sử dụng thuốc tránh thai viên phối hợp. Nói với KH sẵn sàng tiếp đón họ và giúp đỡ họ.	Tạo niềm tin và nhu cầu sử dụng dịch vụ của KH luôn được sẵn sàng phục vụ.	KH hài lòng về việc sử dụng dịch vụ và mong muốn được sử dụng dịch vụ tiếp.

KỸ THUẬT ĐẶT DỤNG CỤ TỬ CUNG LOẠI TCu 380A

MỤC TIÊU

1. Thực hiện đặt được DCTC loại TCu 380A đúng kỹ thuật.
2. Nhận thức được tầm quan trọng của việc đặt DCTC loại TCu 380A đúng kỹ thuật.

NỘI DUNG

1. Chỉ định và chống chỉ định

1.1. Chỉ định

Tất cả các phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, đã có con có nguyện vọng sử dụng BPTT này nếu không có những chống chỉ định sau.

1.2. Chống chỉ định

- Viêm nhiễm đường sinh dục chưa điều trị khỏi;
- Có các bệnh LTQĐTD;
- Có tiền sử chữa ngoài TC;
- Nghi ngờ bệnh ác tính đường sinh dục;
- Rong kinh, rong huyết chưa rõ nguyên nhân;
- TC dị dạng: TC đôi, TC 2 sừng;
- Có thai hoặc nghi ngờ có thai;
- Sa sinh dục độ II và độ III;
- Một số bệnh nội khoa: tim mạch, gan thận.

2. Thời điểm đặt

- Đặt sau sạch kinh 2 - 3 ngày là tốt nhất vì CTC còn hé mở dễ đặt;
- Sau đẻ 42 ngày có thể đặt nhưng cần thận trọng vì dễ thủng TC;
- Ngay sau khi hút thai hoặc nạo thai nếu đảm bảo không bị sót rau, sót thai và đường sinh dục không bị viêm nhiễm.

3. Kỹ thuật đặt

Dụng cụ và phương tiện

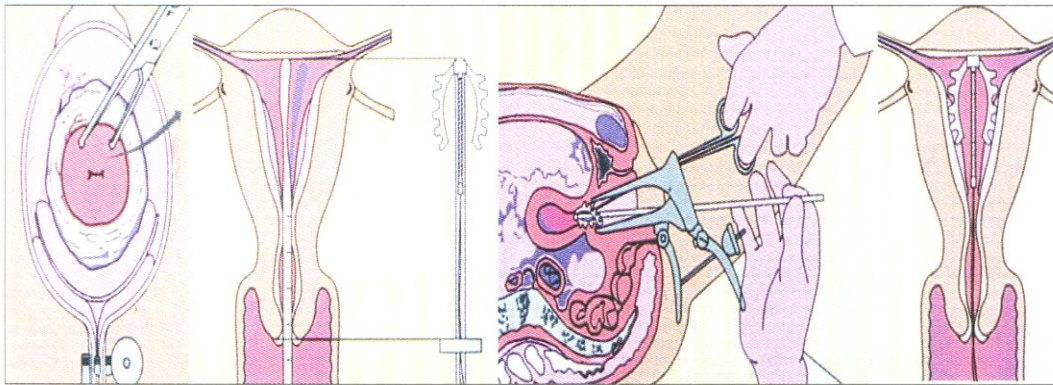
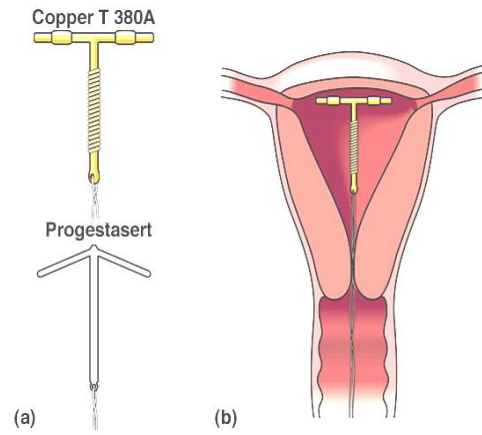
- Van âm đạo hay mỏ vịt;

- Kim dài kẹp bông;
- Kim Pozzi;
- Thước đo buồng TC;
- Dụng cụ TC loại TCu 380^a;
- Thuốc sát khuẩn: cồn iode 0,5% và cồn 70⁰;
- Gạc củ ấu, bông;
- Găng vô khuẩn;
- 5 săng vô khuẩn;
- khay để dụng cụ vô khuẩn.

4. Kỹ thuật đặt dụng cụ tử cung

- Phải khám phụ khoa trước khi đặt, phải đảm bảo 2 nguyên tắc vô khuẩn và đặt đúng kỹ thuật;
- Dùng mỏ vịt hay van âm đạo để bộc lộ CTC;
- Sát khuẩn âm đạo, CTC;
- Dùng kim Pozzi kẹp CTC vị trí 6 giờ hoặc 12 giờ tùy theo tư thế TC ngả trước hay ngả sau. Kéo nhẹ nhàng để trục thân TC và trục CTC nằm trên một đường thẳng;
- Đo buồng TC: dùng thước đo đưa nhẹ nhàng qua lỗ CTC, đẩy nhẹ lên đến khi đầu thước chạm đáy TC, rồi rút thước ra. Chiều cao buồng TC được tính từ đầu thước đo đến hết chỗ có vết máu. Nếu lỗ CTC bị chít hẹp không đo được, hoặc nếu chiều dài buồng TC dưới 6,5cm thì không được đặt DCTC TCu 380^a;
- Để hạn chế nhiễm khuẩn:
 - + Lắp DCTC trong bao, ngành ngang phải được cho vào cần đặt sâu ít nhất 6mm;
 - + Dụng cụ TC chỉ được lấy ra khỏi bao trước khi đặt.
- Điều chỉnh lại nấc hãm độ sâu (nấc xanh) để chiều dài từ đỉnh chữ T đến CTC tương ứng với chiều cao của TC mà ta đo được;
- Đặt nhẹ nhàng cần đặt có DCTC vào buồng TC cho tới khi chạm vào đáy TC, nấc xanh chạm vào CTC;
- Không di chuyển ống đẩy, dùng tay kia kéo nhẹ nhàng cần đặt xuống dưới để giải phóng ngành ngang của chữ T ở đáy TC;
- Di chuyển ống đẩy, nhẹ nhàng đẩy cần đặt lên trên để chạm vào đáy TC, đây là thì cơ bản khác với đặt DCTC TCu 200;

- Tháo từ từ ống đẩy ra trong khi vẫn giữ cố định cần đặt;
- Tháo cần đặt từ từ cho tới khi nhìn thấy dây DCTC;
- Cắt dây vòng để thò ra ngoài CTC 2cm vén về cùng đồ bên;
- Sát khuẩn lại và tư vấn cho KH.



Hình 26. Đặt dụng cụ TC

BẢNG KIỂM DẠY/HỌC KỸ THUẬT ĐẶT DỤNG CỤ TC LOẠI TCu 380^A

TT	Các bước	Ý nghĩa	Yêu cầu cần đạt
	CHUẨN BỊ		
1	KH: Đã được tư vấn và sàng lọc không có chống chỉ định về đặt DCTC; Đã được tư vấn về DCTC TCu380A; Được hướng dẫn đi tiểu trước khi đặt DCTC.	Tạo lòng tin cho KH, đảm bảo KH hiểu biết đủ về DCTC và hợp tác với CTC.	KH được tư vấn về DCTC; KH được hướng dẫn các bước đặt DCTC trên mô hình.
2	Dụng cụ: Bộ đặt DCTC; DCTC TCu380A.		Bộ dụng cụ đầy đủ; DCTC còn hạn, bao bì nguyên vẹn.
3	NVYT: mang trang phục, mũ áo khẩu trang và rửa tay.	Đảm bảo vô khuẩn nhiễm khuẩn.	Đúng quy trình và quy định.
	THỰC HIỆN		
4	KH nằm tư thế phụ khoa, NVYT điều chỉnh nguồn ánh sáng phù hợp.	Thuận lợi cho NVYT thực hiện đặt DCTC.	
5	NVYT mang găng vô khuẩn, khám trong xác định tư thế TC và phần phụ; Tháo bỏ găng đã dùng.	Giúp định hướng khi đưa thước đo hoặc DCTC vào buồng TC.	
6	Sát trùng âm hộ, TSM, trải khăn vô khuẩn dưới mông.	Đảm bảo không chế nhiễm khuẩn.	
7	NVYT mang găng vô khuẩn, ngồi giữa 2 đùi KH, người phụ ngồi bên cạnh (tay cầm van có mang găng).	Đảm bảo vô khuẩn.	Đúng quy trình mang găng.
8	Mở âm đạo bằng van hay mỏ vịt và giao cho người phụ giữ van; Sát trùng âm đạo, CTC, cùng đồ.	Làm sạch CTC và âm đạo.	Toàn bộ CTC, âm đạo và cùng đồ được sát khuẩn sạch.
9	Kẹp CTC bằng kim Pozzi kéo nhẹ xuống.	Cố định TC.	Kẹp chỗ 12 giờ, cách lỗ ngoài 1cm.

10	Dùng thước đo buồng TC, đảm bảo kỹ thuật không chạm.	Biết độ sâu buồng TC.	Nhẹ nhàng, đúng hướng, thước đo chạm đáy TC.
11	Lắp DCTC vào ống đặt và điều chỉnh cần đẩy.	Chuẩn bị DCTC trước khi đẩy vào buồng TC.	Tuyệt đối vô khuẩn (lắp trong bao); 2 ngón ngang chữ T vào đầu ống đặt, đầu cần đẩy chạm đuôi DCTC.
12	Điều chỉnh nấc hãm.	Đảm bảo DCTC vào đúng đáy TC, tránh thủng TC.	Đúng bằng chiều sâu buồng TC.
13	Đặt DCTC vào buồng TC: Cầm kẹp Pozzi kéo CTC xuống; Cầm ống đặt đưa nhẹ đúng hướng qua lỗ ngoài CTC vào trong đến khi nấc hãm chạm lỗ ngoài; Giữ nguyên cần đẩy, kéo cần đặt xuống để giải phóng 2 cành; Đẩy nhẹ ống đặt lên để nấc hãm chạm lỗ ngoài CTC; Giữ nguyên ống đặt, rút cần đẩy ra; Rút ống đặt ra.	DCTC vào đúng buồng TC.	Thao tác nhẹ nhàng, Tuyệt đối vô khuẩn DCTC vào đúng vị trí.
14	Cắt dây DCTC.	Làm ngắn dây thò ra ngoài.	Dây DCTC còn 2cm và gấp vào cùng đồ bên.
15	Tháo kẹp Pozzi, sát khuẩn lại âm đạo, tháo van âm đạo.	Hoàn thành thủ thuật.	Nhẹ nhàng, kiểm tra chảy máu vị trí kẹp có hay không?
16	Thu dọn dụng cụ, tháo găng.	Kết thúc thủ thuật.	Đúng quy trình.
17	Ghi phiếu, kê đơn hướng dẫn theo dõi và hẹn tái khám.	Quản lý theo dõi sau thủ thuật.	Chính xác, tỉ mỉ chu đáo; KH biết phát hiện các dấu hiệu bất thường, biết rõ lịch khám lại.

PHÁ THAI BẰNG BƠM HÚT CHÂN KHÔNG

MỤC TIÊU

1. Áp dụng ra được các chỉ định và chống chỉ định của phương pháp phá thai bằng bơm hút chân không.
2. Thực hiện được các thao tác hút thai bằng bơm hút chân không.
3. Nhận thức được tầm quan trọng của phá thai bằng bơm hút chân không đúng quy trình.

NỘI DUNG

Phá thai bằng phương pháp hút chân không là phương pháp đình chỉ thai nghén bằng cách dùng bơm hút chân không Karmann để hút thai đến hết tuần thứ 12 kể từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng.

1. Chỉ định

- Tuyên xã:
 - + Tuổi thai ≤ 6 tuần kể từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng;
 - + Sức khỏe KH bình thường (không có tiền sử bệnh lý nội, ngoại, sản khoa đặc biệt).
- Tuyên trung ương, tuyên tỉnh, tuyên huyện:

Cho tất cả các trường hợp tuổi thai ≤ 12 tuần kể từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng.

2. Chống chỉ định

- Tuyên xã: tuổi thai > 6 tuần;
- Tuyên trung ương, tuyên tỉnh, tuyên huyện: tuổi thai > 12 tuần;
- Viêm đường sinh dục cấp tính.

3. Chuẩn bị

- KH:
 - + Hỏi tiền sử về bệnh lý nội, ngoại, sản khoa. Nếu có bệnh nội khoa (tim mạch, HA cao...), dị dạng đường sinh dục chỉ thực hiện ở tuyến có phương tiện gây mê hồi sức;
 - + Khám toàn thân;
 - + Khám phụ khoa xác định có thai và loại trừ chống chỉ định;

- + Tính tuổi thai dựa vào ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng;
- + Siêu âm (nếu có);
- + Tự nguyện phá thai (có giấy cam kết).
- Chuẩn bị phương tiện dụng cụ:
 - + Săng vô khuẩn, bông cotton, van âm đạo, kẹp CTC;
 - + Bộ dụng cụ hút chân không;
 - + Thuốc tê, hộp chống sốc và thuốc tăng co TC;
 - + Các phương tiện xử lý dụng cụ và xử lý chất thải.
- Thầy thuốc:
 - + Rửa tay bằng xà phòng dưới vòi nước chảy;
 - + Mặc áo choàng, quần, mũ, đeo khẩu trang;
 - + Đeo găng tay vô khuẩn.

4. Các bước tiến hành

- Trước khi tiến hành thủ thuật cần:
 - + Khám xác định kích thước và tư thế TC;
 - + Phủ khăn sạch cho thai phụ trong tư thế phụ khoa;
 - + Sát khuẩn CTC, âm hộ, âm đạo;
 - + Cho dùng thuốc giảm đau;
 - + Kiểm tra các xét nghiệm trước khi làm thủ thuật.
- Các bước tiến hành:
 - + *Bước 1:*

Mở van âm đạo sát khuẩn lại một lần nữa.

Dùng kìm kẹp CTC ở vị trí 12 giờ.

- + *Bước 2:* đo buồng TC bằng ống hút (canuyn).

Dùng canuyn đưa sâu vào buồng TC cho tới khi có cảm giác đầu canuyn đã chạm đáy TC, ghi nhận chiều sâu TC bằng các chấm nhìn thấy trên canuyn.

Nếu chọn canuyn tương ứng mà không đưa được canuyn qua lỗ CTC cần dùng nén nong Hegar nhẹ nhàng từ số 5 và tăng dần. Tránh nong CTC bằng sức mạnh mà nên kết hợp với động tác xoay canuyn một cách nhẹ nhàng tránh làm thương tổn TC.

Tiếp đó đưa canuyn qua CTC sau khi đã nong xong. Khi cảm giác canuyn đã qua được lỗ trong thì dừng lại. Đo chiều sâu buồng TC bằng canuyn rồi rút nhẹ canuyn ra một chút.

+ *Bước 3:* lắp bơm đã chuẩn bị vào canuyn.

Một tay giữ đầu canuyn, còn tay kia giữ bơm.

Chú ý không đẩy canuyn vào sâu hơn trong TC khi lắp bơm.

+ *Bước 4:* hút thai.

Nhả các van kẹp để tạo áp lực chân không qua canuyn vào TC. Các mô và dịch máu được hút qua canuyn vào bơm. Tiếp tục hút các chất chứa trong TC bằng cách đưa canuyn tiến, lui chậm và nhẹ nhàng bên trong buồng TC, quay bơm sao cho cửa sổ của canuyn tránh hút vào một vị trí cố định quá lâu có thể tổn thương TC, cần thận trọng không rút canuyn qua CTC tới cửa sổ, như vậy không khí sẽ vào theo và làm giảm áp lực trong khi đang hút.

Lưu ý: không cầm bơm ở phần chuôi pít tông.

+ *Bước 5:* kiểm tra TC sạch bằng:

Nhìn thấy bọt đỏ, hồng trong canuyn theo ra.

Không thấy các mô ra thêm nữa.

Cảm giác sạch khi đưa nhẹ canuyn qua mặt trong TC.

Cảm giác TC co bóp quanh canuyn.

Tháo bơm và rút bỏ dụng cụ.

Sát khuẩn lại CTC, âm đạo.

+ *Bước 6:* kiểm tra các mô lấy ra từ TC.

Nếu không rõ nên lọc và rửa mô để loại bỏ máu đông sau đó cho tổ chức mô vào bình nhỏ chứa nước acid nhẹ, lắc nhẹ và soi trước ánh sáng sẽ thấy nhung mao rau lơ lửng trong nước.

Xét nghiệm giải phẫu bệnh tổ chức mô.

5. Theo dõi và chăm sóc

- Theo dõi mạch, HA và ra máu âm đạo ít nhất 30 phút sau thủ thuật;
- Kê đơn kháng sinh;
- Tư vấn sau thủ thuật;
- Hẹn khám lại sau 2 tuần.

**BẢNG KIỂM DẠY/HỌC KỸ THUẬT HÚT THAI BẰNG
BƠM HÚT CHÂN KHÔNG**

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Yêu cầu cần đạt
	CHUẨN BỊ		
1	Chào hỏi và tư vấn trước thủ thuật về quyết định phá thai của KH và quy trình thực hiện.	Tạo mối quan hệ tốt với KH giúp họ yên tâm hợp tác.	Tư vấn theo bảng kiểm; KH yên tâm và sẵn sàng hợp tác.
2	Về phía KH: Hỏi tiền sử nội, ngoại, sản khoa; Khám toàn thân; Khám phụ khoa xác định có thai và loại trừ chống chỉ định; Tính tuổi thai dựa vào ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng; Làm test thử thai; Siêu âm (nếu cần); Ký cam kết tự nguyện phá thai; Cho dùng thuốc giảm đau trước 30 phút; Kiểm tra các xét nghiệm trước khi làm thủ thuật.	Đảm bảo đúng chỉ định, thủ thuật an toàn.	Tỉ mỉ, lấy được đầy đủ thông tin.
3	Chuẩn bị phương tiện dụng cụ: Săng vô khuẩn, bông cotton, van âm đạo, kẹp CTC; Bộ dụng cụ hút chân không; Thuốc giảm đau, gây tê, hộp chống sốc và thuốc tăng co TC; Bộ dụng cụ kiểm tra mô; Các phương tiện xử lý dụng cụ và xử lý chất thải.	Giúp thực hiện thủ thuật thuận lợi.	Đầy đủ, đúng quy cách, sắp xếp thuận tiện sử dụng.
4	NVYT: Rửa tay thường quy Mang trang phục theo quy định (áo choàng, quần, mũ, khẩu trang), kính bảo vệ mắt.	Đảm bảo không chế nhiễm khuẩn.	Đúng quy trình (Bảng kiểm riêng).

	THỰC HIỆN		
5	<p>KH nằm tư thế phụ khoa; Khám xác định kích thước và tư thế TC; Mang găng tay vô khuẩn; Phủ sẵn vô khuẩn cho KH; Dùng kẹp vô khuẩn thứ nhất sát khuẩn âm hộ, TSM.</p>	<p>Giúp thủ thuật an toàn và vô khuẩn.</p>	<p>Hai đùi KH được phủ kín sẵn; Thao tác nhẹ nhàng; Trò chuyện để KH bớt căng thẳng.</p>
6	<p><i>Bước 1:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Đặt van âm đạo, dùng kẹp vô khuẩn thứ 2 sát khuẩn âm đạo và CTC; - Gây tê cạnh CTC bằng Lidocain 1% ở vị trí 4 và 8 giờ; - Chờ 2 - 3 phút để thuốc tê có tác dụng; - Kiểm tra bơm hút và tạo sẵn áp lực âm cho bơm hút. 	<p>Làm sạch âm đạo, CTC; Giảm đau cho KH trong khi hút; Đảm bảo áp lực bơm hút.</p>	<p>Âm đạo sạch; Không gây tê vào mạch máu; Bơm hút kín, đủ áp lực hút.</p>
7	<p><i>Bước 2:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Đo buồng TC: dùng kẹp Pozzi kẹp CTC ở vị trí 12 giờ, đưa ống hút vào buồng TC cho tới khi có cảm giác đầu ống hút đã chạm đáy TC, ghi nhận chiều sâu TC bằng các chấm nhìn thấy trên ống hút; - Nong CTC bằng ống hút (nếu cần). 	<p>Xác định chiều sâu của TC.</p>	<p>Nhẹ nhàng, đúng hướng TC; Kẹp CTC cách lỗ ngoài 1cm.</p>
8	<p><i>Bước 3:</i> nhẹ nhàng đưa ống hút phù hợp với tuổi thai qua CTC vào buồng TC.</p>	<p>Đưa ống hút vào buồng TC để chuẩn bị hút thai.</p>	<p>Ống hút phù hợp với tuổi thai được đưa vào buồng TC không quá chiều sâu đã đo trước đó; Ống hút trước khi đưa qua lỗ CTC không được chạm vào âm đạo hoặc các bề mặt không vô khuẩn.</p>

9	<i>Bước 4:</i> hút thai: Lắp ống hút vào bơm hút, mở van, hút các chất chứa trong TC bằng cách xoay và di chuyển nhẹ nhàng ống hút trong buồng TC.	Lấy hết các tổ chức thai từ buồng TC ra.	Thực hiện nhẹ nhàng; Không rút ống hút ra khỏi buồng TC trong quá trình hút. Không hút quá lâu ở cùng 1 vị trí; Không đưa ống hút quá chiều sâu của buồng TC đã được đo trước đó.
10	<i>Bước 5:</i> Đảm bảo buồng TC đã sạch: Nhìn thấy bọt đỏ, hồng trong ống hút theo ra bơm; Không thấy các mô ra thêm nữa; Cảm giác gọn khi đưa nhẹ ống hút qua mặt trong TC; Cảm giác TC co bóp quanh ống hút; Tháo bơm khỏi ống hút và rút ống hút; Sát khuẩn lại CTC, âm đạo và tháo kìm Pozzi.	Đảm bảo lấy hết tổ chức trong buồng TC.	Nhận định đúng cảm giác buồng TC sạch.
11	<i>Bước 6:</i> Kiểm tra các mô đã được hút ra ngay khi KH còn nằm trên bàn; Xét nghiệm giải phẫu bệnh và tổ chức mô (nếu cần).	Đảm bảo các tổ chức của thai đã được hút ra hết; Giúp phát hiện thai ngoài TC nếu không hút được các tổ chức thai.	Cẩn thận, chính xác, nhận định đúng; Tiến hành hút lại ngay nếu nghi ngờ còn sót tổ chức thai trong buồng TC.
12	Tháo găng, thu dọn dụng cụ, rửa tay.	Kết thúc thủ thuật.	Đúng quy trình (bảng kiểm riêng).

13	<p>Tư vấn sau hút thai:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kết quả hút thai; - Các biểu hiện bình thường sau hút thai; - Các dấu hiệu bất thường sau hút thai và cách xử trí; - Chế độ thuốc, ăn uống, sinh hoạt sau phá thai; - Khả năng có thai trở lại sau phá thai và các BPTT phù hợp. 	<p>KH biết kết quả hút thai, biết cách tự theo dõi và chăm sóc sau phá thai.</p>	<p>Cung cấp thông tin đầy đủ, rõ ràng, dễ hiểu (có bảng kiểm riêng); KH chấp nhận sử dụng BPTT phù hợp.</p>
14	<p>Ghi chép hồ sơ, kê đơn, hướng dẫn những dấu hiệu bất thường cần tái khám và lịch tái khám.</p>	<p>Hoàn thành thủ tục hồ sơ bệnh án, theo dõi biến chứng sau thủ thuật.</p>	<p>Rõ ràng, đầy đủ, KH biết những dấu hiệu cần tái khám.</p>

Chương 6

BỆNH LÝ SẢN PHỤ KHOA

CHẢY MÁU SẢN KHOA 3 THÁNG ĐẦU

DỌA SẢY THAI - SẢY THAI

MỤC TIÊU

1. Đề xuất cách chẩn đoán, xử trí và phòng bệnh cho một trường hợp dọa sảy thai.
2. Nhận thức được tầm quan trọng của việc chẩn đoán, xử trí và phòng dọa sảy thai.

TÌNH HUỐNG 13

BN S. 28 tuổi, có thai lần thứ hai. Đến khám bệnh với lý do tắt kinh 2 tháng đau bụng vùng dưới rốn từng cơn.

1. Là một bác sỹ ở tuyến huyện, bạn cần khai thác những triệu chứng gì giúp chẩn đoán bệnh cho chị S?
2. Sau khi thăm khám thấy: TC to bằng thai 2 tháng, có cơn co TC, (đau bụng) ra huyết âm đạo số lượng ít, tiền sử kinh nguyệt bình thường, thai nghén lần thứ nhất sảy thai ở tuổi thai 3 tháng. Khám: CTC còn dài, đóng kín. Bạn nghĩ tới BN bị bệnh gì? Cần đề xuất thêm xét nghiệm cận lâm sàng nào?
3. Nếu BN được chẩn đoán là thai > 1 tháng dọa sảy. Hãy đưa ra hướng điều trị cho chị S.
4. Những vấn đề cần tư vấn cho người bệnh để đề phòng dọa sảy thai tái phát.

TÌNH HUỐNG 14

Chị A 20 tuổi, có thai lần đầu được gia đình đưa đến trung tâm y tế. Chị có thể tự đi với sự giúp đỡ của em gái và chồng. Chị A nói chị có thai 14 - 15 tuần, 3 ngày nay bị cứng bụng và ra vài giọt máu. Tuy nhiên, 6 - 8 giờ qua chị thấy ra máu nhiều, chị chưa điều trị thuốc gì, đến bệnh viện khám và điều trị ngay.

- Bạn nghĩ tới bệnh gì?
- Bạn sẽ làm gì đầu tiên?

Chẩn đoán

Khi thăm khám thấy HA 100/60mmHg, mạch 100 lần/phút, thở 24 lần/phút, tỉnh táo. Da không lạnh và ẩm ướt. Bạn thấy máu đỏ thấm qua quần.

- Chị A có bị sốc không?
- Bạn sẽ làm gì tiếp theo?
- Bạn sẽ hỏi câu hỏi nào?
- Bạn có thể xác định chị A đang mong muốn có thai, không có dấu hiệu của bạo lực, khó thấm ướt sau 4 - 5 phút, không choáng nhưng cảm thấy mệt, ra máu cục và có lẫn tổ chức màng nhầy. Bạn sẽ làm gì tiếp theo, tại sao?

Xử trí

Qua thăm khám bạn xác định: TC mềm có cơn co nhẹ, khám âm đạo kết hợp sờ nắn ngoài thấy CTC mở 2cm, thể tích TC tương đương với thai 12 tuần, và không có tổ chức rau qua CTC. Bạn chẩn đoán là gì?

Phòng thủ thuật đang thực hiện một ca hút thai khác, cần chờ đợi 30 phút.

- Bạn sẽ làm gì?

Sau khi tiêm ergometrin 15 phút, chị A vẫn tiếp tục chảy máu nhiều, HA 98/60 mmHg, mạch 104 lần/phút

- Bạn sẽ làm gì?

Sau 2 lần tiêm ergometrin máu chảy hơn. Thủ thuật hút thai bằng bơm hút chân không được thực hiện 30 phút sau đó và lấy hết tổ chức trong TC.

- Bạn sẽ làm gì?

Sau 6 giờ, các chỉ số sinh tồn ổn định và không chảy máu. Chị A muốn trở về nhà.

- Bạn sẽ làm gì trước khi cho chị A về?

TÌNH HUỐNG 15

Giáo viên chọn 3 sinh viên thực hành đóng vai: CBYT, phụ nữ có thai và chồng cô ta. Để thực hành đóng vai 3 sinh viên đóng vai cần đọc trước tình huống và xây dựng kịch bản đóng vai. Những sinh viên còn lại sẽ quan sát đóng vai cho nhận xét sau buổi đóng vai.

Mục đích của đóng vai là tạo cơ hội cho sinh viên nâng cao kỹ năng giao tiếp khi tiếp xúc với người phụ nữ có kinh nghiệm về thai nghén và thai nghén có nguy cơ.

* Phân công đóng vai

CBYT: CBYT là một bác sĩ có kinh nghiệm và kỹ năng giao tiếp tốt.

BN: cô A 25 tuổi, có thai lần 2 thai 12 tuần, đã có một con gái 3 tuổi khỏe mạnh.

Chồng BN: ông A 25 tuổi là lái xe của một cơ quan nhà nước

* Tình huống đóng vai:

BN A được chồng đưa đến phòng khám cấp cứu bệnh viện huyện vì bị chảy máu âm đạo. Chị A đã được bác sĩ thăm khám và truyền dịch thay thế lượng máu mất. Chị A được chẩn đoán là sảy thai không hoàn toàn, không có dấu hiệu của choáng, tuy nhiên, cả chị A và chồng đều rất lo lắng về bệnh lý của mình. Chị A có thai trong kế hoạch, 2 vợ chồng chị đang mong muốn có đứa con thứ 2. Bác sĩ cần thông báo cho chị A cần thiết phải hút buồng TC và giải thích các bước của thủ thuật và những nguy cơ có thể gặp.

* Những điểm chú ý khi đóng vai

Điểm chú ý khi đóng vai là cần thể hiện sự tương tác giữa thầy thuốc và BN thông qua kỹ năng giao tiếp bằng lời và không lời.

* Câu hỏi thảo luận

Sau buổi đóng vai giảng viên có thể sử dụng một số câu hỏi cho sinh viên thảo luận:

1. Bác sĩ đã giải thích cho vợ chồng chị A về thủ thuật và những yếu tố nguy cơ như thế nào?

2. Những ngôn ngữ không lời nào bác sĩ đã sử dụng để khuyến khích sự tương tác với vợ chồng BN A.

3. Làm thế nào thầy thuốc đảm bảo rằng vợ chồng cô A hiểu những điều mà thầy thuốc đã giải thích.

TÌNH HUỐNG 16

Mục tiêu

- 1. Đề xuất được các bước thăm khám, chẩn đoán cho một trường hợp chảy máu trong 3 tháng đầu của thai nghén.*
- 2. Ra được quyết định chăm sóc và xử trí đối với trường hợp chảy máu trong 3 tháng đầu của thai nghén.*

Tình huống

Chị A 28 tuổi, có thai 12 tuần, chị đến phòng khám sản với dấu hiệu ra máu đỏ tươi ở âm đạo, chị có thai trong kế hoạch và sức khỏe bình thường.

Đánh giá (tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, xét nghiệm)

1. Những nội dung cần thăm khám cho chị A là gì, tại sao?
2. Những dấu hiệu khám thực thể nào giúp bạn chẩn đoán bệnh cho chị A, tại sao?
3. Những nguyên nhân chảy máu nào bạn cần nghĩ tới?

Chẩn đoán:

Sau khi thăm khám cho chị A, bạn xác định: nhiệt độ 36,8⁰C, mạch 82 lần/phút; HA 110/70mmHg. Da không xanh, không vã mồ hôi, đau nhẹ vùng bụng dưới, ra ít máu đỏ ở âm đạo. TC to tương đương tuổi thai, ấn bụng không đau, CTC còn dài, đóng kín.

4. Dựa trên những dấu hiệu thăm khám, chị A được chẩn đoán bệnh gì, vì sao?

Chăm sóc:

5. Dựa vào chẩn đoán? Kế hoạch chăm sóc cho chị A là gì, vì sao?

Đánh giá:

Chị A quay lại phòng khám sau 3 ngày, chị kể lại tối qua máu ra nhiều hơn kèm theo có đau bụng vùng hạ vị, thúc xuống dưới. Chị A không thấy ra tổ chức thai, TC to tương ứng tuổi thai, CTC đã mở, không có dấu hiệu của choáng. Chị A rất buồn vì khả năng đã bị sảy thai.

6. Dựa trên những dấu hiệu đã phát hiện, kế hoạch chăm sóc tiếp theo cho chị A là gì, tại sao?

THAI CHẾT LƯU

MỤC TIÊU

1. Đề xuất cách chẩn đoán, xử trí và phòng bệnh cho một trường hợp thai chết lưu.
2. Nhận thức được tầm quan trọng của việc chẩn đoán thai chết lưu.

TÌNH HUỐNG 17

BN A: 28 tuổi, có thai lần thứ hai. Đến khám bệnh với lý do tắt kinh 2 tháng, ra huyết đen ở âm đạo.

1. Bạn cần thực hiện hỏi bệnh, thăm khám gì giúp chẩn đoán bệnh cho chị A?
2. Sau khi thăm khám thấy: ra huyết đen tự nhiên từ buồng TC, không đau bụng, tiền sử kinh nguyệt và thai nghén lần thứ nhất bình thường. CTC đóng kín, TC to không tương xứng với tuổi thai. Bạn nghĩ tới BN bị bệnh gì? Cần đề xuất thêm xét nghiệm cận lâm sàng nào?
3. Nếu BN được chẩn đoán là thai > 1 tháng chết lưu. Những thông tin gì cần được khai thác để tìm nguyên nhân hoặc các yếu tố thuận lợi gây nên thai chết lưu.

4. Nếu BN được chẩn đoán là thai > 1 tháng chết lưu. Theo bạn biện pháp điều trị nào được áp dụng cho BN.
5. Những vấn đề cần tư vấn cho người bệnh để đề phòng thai chết lưu cho thai nghén lần sau.

CHỮA TRỨNG

MỤC TIÊU

1. Đề xuất cách chẩn đoán, cách xử trí và phòng bệnh cho một trường hợp chữa trứng.
2. Nhận thức được tầm quan trọng của việc xử trí và theo dõi sau nạo trứng.

TÌNH HUỐNG 18

BN S. 22 tuổi, có thai lần thứ nhất. Đến khám bệnh với lý do tắt kinh >1 tháng ra huyết ở âm đạo, nghén nhiều.

1. Bạn cần thực hiện hỏi bệnh, thăm khám gì giúp chẩn đoán bệnh?
2. Sau khi thăm khám thấy: ra huyết đen loãng từ buồng TC, không đau bụng, tiền sử kinh nguyệt bình thường. CTC đóng kín, TC to bằng thai > 2 tháng. Bạn nghĩ tới BN bị bệnh gì? Cần đề xuất thêm xét nghiệm cận lâm sàng nào?
3. Nếu BN được chẩn đoán là chữa trứng. Những thông tin gì cần được khai thác để tìm nguyên nhân hoặc các yếu tố thuận lợi gây nên chữa trứng.
4. Nếu BN được chẩn đoán là chữa trứng. Theo bạn biện pháp điều trị nào được áp dụng cho BN.
5. Những vấn đề cần tư vấn cho người bệnh theo dõi sau nạo trứng.

THAI NGOÀI TỬ CUNG

TÌNH HUỐNG 19

Mục tiêu

1. Áp dụng đưa ra chẩn đoán, cách xử trí và phòng bệnh cho một trường hợp thai ngoài TC.
2. Nhận thức được tầm quan trọng của việc chẩn đoán sớm thai ngoài TC.

Tình huống

BN M: 32 tuổi, có thai lần thứ hai. Đến khám bệnh với lý do chậm kinh 15 ngày ra huyết đen ở âm đạo kèm theo đau bụng.

1. Bạn cần thực hiện hỏi bệnh, thăm khám gì giúp chẩn đoán bệnh?

2. Sau khi thăm khám thấy: ra huyết đen tự nhiên từ buồng TC, đau bụng, tiền sử kinh nguyệt và thai nghén lần thứ nhất bình thường. CTC đóng kín, TC to không tương xứng với tuổi thai. Cùng đồ có phản ứng khi thăm khám. Bạn nghĩ tới BN bị bệnh gì? Cần đề xuất thêm xét nghiệm cận lâm sàng nào?
3. Nếu BN được chẩn đoán là thai ngoài TC chưa vỡ. Theo bạn biện pháp điều trị nào được áp dụng cho BN.
4. Những vấn đề cần tư vấn cho người bệnh để đề phòng thai ngoài TC cho thai nghén lần sau.

TÌNH HUỐNG 20

Chị B. 20 tuổi, đã đến phòng khám 2 ngày trước với dấu hiệu ra máu âm đạo và đau bụng dưới. Chị đã được xét nghiệm chẩn đoán có thai, chị B được khuyên hạn chế quan hệ tình dục và quay lại phòng khám ngay nếu các dấu nặng lên. Hôm nay, chị B trở lại phòng khám vì vẫn chảy máu và cách đây 2 giờ xuất hiện đau bụng dữ dội.

Đánh giá (tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, xét nghiệm)

- Những nội dung cần hỏi bệnh, thăm khám cho chị là gì? Tại sao?
- Những dấu hiệu khám thực thể nào giúp bạn chẩn đoán bệnh cho chị B? Tại sao?
- Để chẩn đoán cho chị B, cần xét nghiệm thăm dò nào (có thể) và tại sao?

Chẩn đoán

Sau khi thăm khám cho chị B, bạn xác định: mạch 130 lần/phút yếu; HA 85/60mmHg, nhịp thở 20 lần/phút, nhiệt độ 36^o8. Da xanh, vã mồ hôi. Chị B đau bụng dữ dội vùng hố chậu, bụng cứng và có phản ứng thành bụng, Ra ít máu âm đạo, CTC đóng kín.

- Dựa trên những dấu hiệu thăm khám được, chị B được chẩn đoán là gì? Vì sao?

Kế hoạch chăm sóc

- Dựa vào chẩn đoán? Kế hoạch chăm sóc cho chị B là gì? Vì sao?

Đánh giá

Chị B đã phục hồi tốt sau phẫu thuật. Hiện tại chị đã tỉnh táo, xét nghiệm Hb 9g/dL. Chị cũng cho biết, chị muốn có thai lại nhưng ít nhất sau 1 năm nữa.

- Dựa trên những dấu hiệu đã phát hiện, kế hoạch chăm sóc tiếp theo cho chị B là gì? Tại sao?

CHẢY MÁU SẢN KHOA 3 THÁNG CUỐI

RAU TIỀN ĐẠO

MỤC TIÊU

- 1. Đề xuất được cách chẩn đoán và xử trí rau tiền đạo.*
- 2. Nhận thức được tầm quan trọng của việc chẩn đoán và xử trí rau tiền đạo.*

TÌNH HUỐNG 21

BN B. 28 tuổi, có thai lần thứ hai. Đến khám bệnh với lý do thai 8 tháng ra huyết.

1. Bạn cần thực hiện hỏi bệnh, thăm khám gì giúp chẩn đoán bệnh?

Sau khi thăm khám thấy:

- Ra huyết đỏ tươi, lẫn cục, số lượng vừa, chảy ra từ buồng TC, không đau bụng;
- Tiền sử kinh nguyệt và thai nghén lần thứ nhất đẻ đường dưới có sót rau sau đẻ;
- Thai chưa thuận, tim thai 145 lần/phút. Thai phát triển bình thường;
- CTC đóng kín.

2. Bạn nghĩ tới BN bị bệnh gì? Cần đề xuất thêm xét nghiệm cận lâm sàng nào?

3. Nếu BN được chẩn đoán là thai 32 tuần rau tiền đạo bám thấp hiện tại không chảy máu. Theo bạn biện pháp điều trị nào được áp dụng cho BN.

Những vấn đề cần tư vấn cho chị B để đề phòng rau tiền đạo.

TÌNH HUỐNG 22

Chị D 20 tuổi, khỏe mạnh có thai lần thứ nhất, quá trình phát triển thai bình thường không có biến chứng. Hiện tại thai được 38 tuần, chị được chồng đưa đến phòng cấp cứu bệnh viện huyện. Chị nói rằng chị không đau bụng, ra huyết đỏ tươi cách đây 2 giờ. Chị đã đi khám thai 3 lần trong quá trình mang thai. Ở lần khám cuối cách đây 2 tuần không phát hiện dấu hiệu gì bất thường.

Đánh giá, thăm khám

1. Chị D cần được hỏi bệnh, thăm khám và tư vấn những vấn đề gì? Tại sao?
2. Thăm khám lâm sàng nào giúp bạn chẩn đoán xác định tình trạng bệnh lý cho chị D, vì sao?

Chẩn đoán

Sau khi thăm khám cho chị D có một số triệu chứng chính sau:

Mạch 88 lần/phút, HA 110/80mmHg, nhịp thở 16 lần/phút, nhiệt độ 37⁰C.

Huyết âm đạo màu đỏ lẫn máu cục, và đã thấm ướt 12 khô trước khi nhập viện.

TC mềm, không đau bụng, ngôi dọc, đầu ở dưới, đầu cao trên khớp vệ.

Không làm được siêu âm thai.

3. Dựa trên những triệu chứng trên, bạn chẩn đoán là gì? Vì sao?

Chăm sóc

4. Dựa vào chẩn đoán, kế hoạch chăm sóc cho chị D như thế nào? Vì sao?

DẠ ĐỂ NON

MỤC TIÊU

- 1. Đề xuất cách chẩn đoán và ra quyết định xử trí được dọa đẻ non.*
- 2. Nhận thức tầm quan trọng của việc chẩn đoán và xử trí dọa đẻ non.*

TÌNH HUỐNG 23

Chị Đ 18 tuổi người dân tộc thiểu số ở một xã vùng xa, chị có thai lần đầu, hiện tại thai khoảng 7 tháng, chị chưa đi khám thai lần nào chị vẫn lao động và sinh hoạt bình thường vì chị cảm thấy khỏe mạnh. Chị vẫn cùng chồng đi làm nương ở xa nhà, ngày hôm qua sau buổi đi làm nương về chị đeo một gùi ngô về nhà, tối về thấy lâm râm đau bụng, chị cố gắng làm nốt một số công việc gia đình rồi mới đi nghỉ, lúc này chị cảm thấy đau bụng nhiều hơn, đau từng cơn. Chị trần trở, xoa vào bụng cho đỡ đau nhưng vẫn không đỡ. Chồng chị lo lắng giúp vợ xoa lưng, xoa bụng, bôi dầu cho đỡ đau nhưng tình trạng đau của chị Đ vẫn không đỡ.

1. Bạn hãy phân tích và bàn luận tình huống của chị Đ.
2. Sáng hôm sau chồng chị quyết định đưa chị Đ đến khám ở trạm y tế. Đến trạm, chị Đ được bác sỹ khám, cho uống 2 viên thuốc giảm đau rồi cho chị Đ chuyển lên bệnh viện huyện, mặc dù vợ chồng chị Đ muốn ở lại trạm y tế điều trị cho gần nhà. Bạn hãy phân tích và bàn luận tình huống này?
3. Tại bệnh viện huyện, chị Đ được thăm khám thấy: chị Đ có thai 28 tuần, ngôi chưa thuận, tim thai 150 lần/phút, có cơn co TC rõ, 1 - 2 cơn co trong 10 phút. Thăm âm đạo CTC ngắn, đóng kín không có huyết, không có nước theo tay. Bạn hãy đưa ra chẩn đoán và điều trị phù hợp với tình trạng của chị Đ và giải thích.

4. Sau 5 ngày điều trị tại bệnh viện huyện, chị Đ đã hết đau bụng, người khỏe mạnh. Bác sỹ cho chị Đ ra viện. Bạn hãy đưa ra những vấn đề cần căn dặn chị Đ trước khi ra viện?

RAU BONG NON

MỤC TIÊU

1. Đề xuất cách chẩn đoán và ra được quyết định xử trí rau bong non.
2. Nhận thức được tầm quan trọng của rau bong non.

TÌNH HUỐNG 24

Tại khoa sản bệnh viện tỉnh X, chị H 28 tuổi đang được theo dõi chuyển dạ. Chị H vào viện 2 ngày nay vì có thai 9 tháng, phù 2 chân, HA 150/100mmHg, đau bụng. Khám cao TC 28cm, vòng bụng 90cm, tim thai đều 140 lần/phút. Kèm theo có đau bụng liên tục không thành cơn, bụng cứng. Qua 2 ngày theo dõi tại bệnh viện vì dấu hiệu chuyển dạ chưa rõ ràng. Chị H thấy người mệt mỏi, đau đầu, đau bụng vùng thượng vị có ra ít huyết đen ở âm đạo, CTC vẫn đóng kín.

1. Thai nghén của chị H có yếu tố nguy cơ gì? Bạn nghĩ chị H bị bệnh lý gì? Vì sao? Bạn cần đề xuất thăm dò cận lâm sàng gì để chẩn đoán tình trạng bệnh lý của chị H?
2. Qua theo dõi 4 giờ tại phòng đẻ, chị H đau bụng nhiều hơn, đau liên tục không thành cơn. Khám TC cứng, cao TC 30cm, nghe tim thai khó, tần số 170 chu kỳ/phút. Thăm âm đạo CTC mở 4cm ối căng, bấm ối ra nước ối màu nâu đỏ.
Bạn hãy đưa ra chẩn đoán và cách xử trí phù hợp cho chị H.

SẢN KHỐ - SẢN BỆNH

NGÔI BÁT THƯỜNG

MỤC TIÊU

1. Ra được quyết định xử trí ngôi mông khi có thai và khi chuyển dạ.
2. Nhận thức được tầm quan trọng của việc chẩn đoán ngôi bất thường.

TÌNH HUỐNG 25

Chị K 33 tuổi có thai lần thứ 3, tiền sử 2 lần trước đẻ thường, ngày 28-07-2013 đến khám thai tại trạm y tế, CTC hỏi bệnh và khám thấy: kỳ kinh cuối cùng là 12 đến 15-01-2013, TC hình trụ, sờ cực dưới thấy khối tròn mềm, cực trên có khối rắn, nghe tim thai rõ trên khớp vệ khoảng 20cm, cao TC 26cm, vòng bụng 88cm, không phù, HA: 120/80mmHg.

1. Bạn hãy chẩn đoán sơ bộ tình trạng của chị K, hướng xử trí tiếp theo của chị K là gì?
2. Sau 2 lần khám thai tại bệnh viện huyện, hôm nay chị K trở lại bệnh viện huyện khám vì đau bụng, ra nước âm đạo đã 6 giờ, gia đình định cho chị đẻ tại nhà vì 2 lần trước chị đẻ rất dễ nhưng vỡ ối đã lâu mà chưa đẻ được gia đình mới đưa chị đến bệnh viện.

Bạn hãy bàn luận tình huống này và xử trí như thế nào? Vì sao?

Sau khi thăm khám thấy nhịp tim thai 150 lần/phút, CTC mở 2cm, dày, ối vỡ hoàn toàn, nước ối có phân su, qua CTC thấy chân thai nhi, không sờ thấy dây rau. Hướng xử trí tiếp tục cho chị K là gì? Vì sao?

CHUYỂN DẠ ĐỂ VỚI SỢO MỔ CŨ Ở TỬ CUNG

MỤC TIÊU

1. Ra được quyết định xử trí chuyển dạ đẻ với sẹo mổ cũ tại TC.
2. Nhận thức được tầm quan trọng của việc xử trí chuyển dạ đẻ với sẹo mổ cũ tại TC.

TÌNH HUỐNG 26

Chị T 23 tuổi có thai lần thứ 2, ở xã YL, huyện PL, lần thứ nhất chị mổ lấy thai tại bệnh viện huyện, thai lần này được 5 tháng. Chị đến Trạm y tế khám thai lần đầu.

1. Bạn hãy bàn luận về vấn đề thai nghén và quản lý thai nghén của chị T?

2. Là bác sĩ ở tuyến xã, bạn thực hiện thăm khám cho chị T về những vấn đề gì giúp chẩn đoán thai nghén, tiên lượng cuộc đẻ?
3. Sau khám và hỏi bệnh thấy chị T có thai 23 tuần, thai phát triển bình thường, mổ lần trước cách đây 26 tháng vì ối vỡ sớm, tim thai suy, bé trai nặng 2900g, hiện tại khỏe mạnh. Bạn hãy nêu những nội dung cần tư vấn cho chị T về quản lý thai nghén?
4. Sau thời gian 4 tháng, chị T vào trạm y tế với dấu hiệu đau bụng từng cơn đã được 3 giờ, khám xác định đã chuyển dạ giai đoạn Ia, CTC mở 2cm, tim thai tốt, ngôi thuận, ối chưa vỡ, trọng lượng thai khoảng 3000g. Bạn hãy bàn luận tình huống này? Bạn sẽ xử trí trường hợp này như thế nào? Theo bạn hướng xử trí của tuyến trên trong trường hợp này như thế nào là phù hợp nhất?

CHẢY MÁU SAU ĐẼ

MỤC TIÊU

1. Áp dụng phát hiện và phân tích triệu chứng của chảy máu sau đẻ.
2. Ra được quyết định xử trí chảy máu sau đẻ cho tình huống cụ thể.
3. Nhận thức được tầm quan trọng của việc xử trí chảy máu sau đẻ.

TÌNH HUỐNG 27

Chị B 24 tuổi, sau 7 giờ chuyển dạ. vừa sinh cháu gái khỏe mạnh. Sau đẻ đã xử trí tích cực giai đoạn 3, rau và màng rau đủ. Người nữ hộ sinh đỡ đẻ cho chị ở lại bệnh viện theo dõi. Sau khoảng 30 phút, y tá báo với bạn Chị B bị chảy máu nhiều.

1. Bạn sẽ hỏi bệnh thăm khám gì giúp chẩn đoán tình trạng của chị B?
2. Khi thăm khám thấy sản phụ mệt, HA 86/60mmHg, mạch 120 lần/phút lâm tẩm mồ hôi. Bạn hãy nhận định tình trạng của chị B? Bạn sẽ làm gì trong tình huống này?
3. Khám thấy TC của chị B mềm, không có cơn co. Bạn sẽ làm gì trong tình huống này?
4. Sau 5 phút, khám TC chị B đã co hồi tốt nhưng máu vẫn tiếp tục chảy nhiều. Bạn sẽ làm gì trong tình huống này?
5. Sau khi thăm khám thấy không sót rau và màng rau, CTC có vết rách đang chảy máu nhiều. Bạn sẽ làm gì?
6. Sau khâu vết rách CTC 45 phút, chị B ngủ thiếp, HA 100/60mmHg, mạch 100 lần/phút, nhịp thở 24 lần/phút. Bạn sẽ làm gì?

TIÊM OXYTOCIN VÀO CƠ TỬ CUNG VÀ TRUYỀN NHỎ GIỌT TĨNH MẠCH

TÌNH HUỐNG 28

Sản phụ Nguyễn Thị Lâm có thai lần đầu, thai 39 tuần xuất hiện đau bụng kèm theo ra nước âm đạo sau 3 giờ chị Lâm được gia đình đưa đến bệnh viện theo dõi và điều trị. Là bác sỹ tuyến huyện bạn sẽ hỏi bệnh, thăm khám gì giúp chẩn đoán bệnh cho chị Lâm?

Sau khi thăm khám thấy:

- Ra nước số lượng vừa, màu trong, chảy ra từ buồng TC;
- Cơ co TC tần số 1 - 2;
- Tim thai 140 lần/phút;
- Thai phát triển bình thường;
- CTC mở 2cm, sờ thấy ngòi đầu.

Bạn hãy xác định tình trạng của chị Lâm? Cần đề xuất thêm xét nghiệm cận lâm sàng nào? Theo bạn có nên mổ lấy thai luôn không?

Sau 30 phút nhập viện: kết quả siêu âm và monitoring: Biểu đồ tim thai bình thường, tim thai 146 lần/phút, cơ co TC: 10 đến 15 phút có một cơn co, sản phụ đau ít, trọng lượng thai ước lượng 3000g, khám khung chậu mẹ bình thường. Bạn làm gì để thúc đẩy quá trình chuyển dạ? vì sao?

Bạn hãy ra chỉ định xử trí và theo dõi cho chị Lâm?

THAI ĐÔI

MỤC TIÊU

1. *Áp dụng phát hiện được các yếu tố nguy cơ có thai đôi với mẹ và thai.*
2. *Thực hiện được tư vấn và xử trí ban đầu với thai phụ có thai đôi.*
3. *Nhận thức được các nguy cơ của thai đôi trong khi có thai và trong chuyển dạ.*

TÌNH HUỐNG 29

Thai phụ Hoàng Thị M, 28 tuổi, có thai lần 2.

Đến khám với lý do:

- Thai đôi hơn 7 tháng;
- Phù nhẹ 2 chân;
- Đau tức bụng;

- Mệt mỏi.
1. Anh/chị đề xuất những nội dung cần thăm khám, tư vấn và xử trí như thế nào?
 2. Kết quả khám thấy:
 - Lâm sàng: HA 115/85mmHg, phù nhẹ 2 chi dưới, sờ nắn rõ có 2 cực đầu, nghe có 2 ổ tim thai...
 - Siêu âm: có 2 thai trong TC, dư ối...
 - Xét nghiệm có thiếu máu nhẹ (Hb 10,5g/Dl, MCH 26pg, thăm dò tim phổi giới hạn bình thường... Protein niệu có vết...).
 3. Yêu cầu khám và xác định thêm?
 4. Không phát hiện thấy bệnh lý phù, mệt mỏi và khó thở khi gắng sức.

TIỀN SẢN GIẬT

MỤC TIÊU

1. Đề xuất cách thăm khám chẩn đoán và xử trí TSG.
2. Nhận thức được tầm quan trọng của việc chẩn đoán và xử trí TSG.

TÌNH HUỐNG 30

BN S. 36 tuổi, có thai lần thứ nhất. Đến khám bệnh với lý do thai 8 tháng nặng 2 chân, đau đầu.

1. Bạn cần hỏi bệnh, thăm khám gì giúp chẩn đoán bệnh?
2. Sau khi thăm khám thấy: phù hai chân không liên quan đến chế độ nghỉ ngơi, HA 150/100mmHg, nước tiểu kết tủa ở nhiệt độ sôi. Thai: ngôi thuận, tim thai 140 lần/phút, thai phát triển bình thường. Bạn nghĩ tới BN bị bệnh gì?
3. Nếu BN được chẩn đoán là TSG thể trung bình. Theo bạn biện pháp điều trị nào được áp dụng cho BN.
4. Những vấn đề cần tư vấn cho người bệnh để đề phòng TSG.

KHỐI U SINH DỤC

U XƠ TỬ CUNG

MỤC TIÊU

1. Áp dụng phát hiện và phân tích triệu chứng của u xơ TC.
2. Ra được quyết định xử trí u xơ TC cho tình huống cụ thể.
3. Nhận thức được tầm quan trọng của việc chẩn đoán u xơ TC.

TÌNH HUỐNG 31

Chị M 40 tuổi đã có 2 con, mấy tháng gần đây chị thấy đau tức nặng vùng bụng dưới, kèm theo hay táo bón. Mấy chu kỳ kinh nguyệt gần đây kéo dài, rong huyết. Thấy vậy chị đã đi khám.

1. Là bác sỹ tiếp nhận bạn sẽ hỏi bệnh, thăm khám gì giúp chẩn đoán?
.....
2. Sau khi thăm khám thấy: TC to bằng thai 2 tháng, mật độ chắc, gồ ghề. CTC không viêm, âm đạo có ít khí hư loãng. Bạn nghĩ tới BN bị bệnh gì? Cần phân biệt với bệnh gì?
.....
3. Cần đề xuất thêm xét nghiệm cận lâm sàng nào?
.....
4. Kết quả siêu âm: TC kích thước to hơn bình thường, mặt sau TC có 1 khối tăng âm vang kích thước 5 x 6cm, niêm mạc TC mỏng, phần phụ 2 bên bình thường.
CTM: Hồng cầu 3,2 triệu, huyết sắc tố 80g/l
Bạn cho biết bệnh đã gây biến chứng gì?
.....
5. Bạn cho hướng xử trí và nêu lý do mà bạn chọn
.....

U NANG BUỒNG TRỨNG

MỤC TIÊU

- 1. Áp dụng phát hiện và phân tích triệu chứng của u nang buồng trứng.*
- 2. Ra được quyết định xử trí u nang buồng trứng cho tình huống cụ thể.*
- 3. Nhận thức được tầm quan trọng của việc chẩn đoán u nang buồng trứng.*

TÌNH HUỐNG 32

Chị L 29 tuổi, đã có 1 con 5 tuổi. Cách đây 2 ngày chị khám sức khỏe ở cơ quan, qua siêu âm phát hiện ở buồng trứng phải có khối trống âm kích thước 40x45cm. Chị rất lo lắng, đến phòng khám của bệnh viện huyện khám và xin mổ.

1. Là bác sỹ chuyên khoa Sản tại phòng khám, bạn cần thăm khám những nội dung gì và tư vấn cho chị L như thế nào?
2. Sau 1 tháng chị L trở lại phòng khám theo hẹn, bạn sẽ hỏi bệnh và chỉ định theo dõi gì cho chị L?
3. Kết quả thăm khám sức khỏe của chị L vẫn bình thường đã có kinh nguyệt và sạch kinh được 3 ngày, siêu âm không phát hiện khối u tại buồng trứng. Bạn giải thích tình huống này và tư vấn cho chị L?

TÌNH HUỐNG 33

Chị V 30 tuổi, có 2 con, kinh nguyệt không đều, gần đây chị thấy bụng to, tức nặng, chị nghĩ mình tăng cân. Đồng nghiệp nghĩ chị có thai và khuyên chị đi khám. Chị đến cơ sở y tế khám.

1. Là bác sỹ chuyên khoa Sản ở phòng khám, bạn sẽ thăm khám và đề xuất những xét nghiệm gì giúp chẩn đoán cho chị L?
2. Sau khi thăm khám, hỏi bệnh, xét nghiệm thấy:
 - Tiền sử kinh nguyệt bình thường, đau bụng khi hành kinh;
 - Sắp đến ngày kinh;
 - Bụng mềm, vùng hạ vị có khối căng, di động được;
 - Thăm âm đạo: CTC bình thường. Tiểu khung có một khối di động được, biệt lập với TC;
 - Siêu âm cạnh TC có vùng trống âm đồng nhất, kích thước 60 x 80mm, không có vách, cùng đồ không có dịch;
 - HCG âm tính.

- 2.1. Bạn nghĩ BN bị bệnh gì? Vì sao? Bạn cần phân biệt với các bệnh lý gì khác?
- 2.2. Nếu BN được chẩn đoán là u buồng trứng. Hướng xử trí là gì? Vì sao?

NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG SINH DỤC

MỤC TIÊU

1. Đề xuất được cách thăm khám lâm sàng và xét nghiệm chẩn đoán xác định bệnh.
2. Ra quyết định điều trị và tư vấn được các biện pháp phòng nhiễm khuẩn đường sinh dục.
3. Nhận thức được tầm quan trọng của việc chẩn đoán nhiễm khuẩn đường sinh dục.

TÌNH HUỐNG 34

Chị S 35 tuổi, là công nhân nhà máy may, chị phải làm ca 12 giờ/ngày. Chị đã có 2 con, tiền sử hút thai 2 lần. Gần đây chị cảm thấy khó chịu vì khí hư ra nhiều hơn, không có mùi nhưng ngứa. Chị đã hỏi bạn bè và tự mua thuốc điều trị nhưng không đỡ, sau nhiều lần cân nhắc hôm nay chị quyết định đến khám tại cơ sở y tế.

1. Bạn cần hỏi thêm gì về tiền sử, bệnh sử, khám và đề xuất những xét nghiệm gì giúp chẩn đoán xác định, chẩn đoán nguyên nhân, chẩn đoán phân biệt?
2. Sau khám và làm xét nghiệm, kết quả:
 - Chị S đang sử dụng BPTT đặt DCTC được 18 tháng;
 - Thỉnh thoảng vệ sinh, thay khó trong những ngày hành kinh tại phân xưởng. Một số chị em trong phân xưởng cũng phàn nàn giống chị S;
 - Chồng chị S vẫn khỏe mạnh, không có biểu hiện khác thường ở đường sinh dục;
 - Khám khí hư trắng, đặc dính, bám vào thành âm đạo và cùng đồ;
 - Soi tươi có hình ảnh sợi, có đốt, chồi nhỏ xen lẫn bạch cầu.

Bạn đưa ra hướng chẩn đoán cho chị S và giải thích?

3. Nếu chị S được chẩn đoán là viêm âm đạo do nấm, bạn hãy kê đơn và hướng dẫn cách điều trị cho chị S?

TÌNH HUỐNG 35

Chị M 25 tuổi, làm ruộng. Chị đã có 1 con, tiền sử hút thai 1 lần. Gần đây chị cảm thấy khó chịu vì khí hư ra nhiều, mùi hôi, không ngứa. Chị đã hỏi hàng xóm và rửa, ngâm bộ phận sinh dục bằng một số loại thuốc lá nhưng không đỡ, sau nhiều lần do dự, hôm nay chị quyết định đến khám tại cơ sở y tế.

1. Bạn cần hỏi thêm gì về tiền sử, bệnh sử, khám và đề xuất những xét nghiệm gì giúp chẩn đoán xác định, chẩn đoán nguyên nhân, chẩn đoán phân biệt?
2. Sau khám và làm xét nghiệm, kết quả:
 - Chị M không sử dụng BPTT nào;
 - Nước sinh hoạt hàng ngày là nước máy, đựng trong vại, không có nắp đậy;
 - Chồng chị S vẫn khỏe mạnh, không có biểu hiện khác thường ở đường sinh dục;
 - Khám khí hư trắng đục hoặc vàng nhạt, loãng, nhiều bọt;
 - Soi tươi có hình ảnh vi khuẩn hình hạt chanh, có đuôi, di động, xen lẫn bạch cầu.Bạn đưa ra hướng chẩn đoán cho chị S và giải thích?
3. Nếu chị M được chẩn đoán là viêm âm đạo do trùng roi, bạn hãy kê đơn và hướng dẫn cách điều trị cho chị M?

PHẦN HƯỚNG DẪN TRẢ LỜI TÌNH HUỐNG

TÌNH HUỐNG 1, 2, 3, 4: sinh viên thảo luận tự trả lời

TÌNH HUỐNG 5

Sản phụ Lê Thị Minh, 30 tuổi, chuyển dạ đẻ lần 2 giờ thứ 7, tiền sử đẻ lần trước thai nặng 3200g. Thăm khám thấy:

- Toàn trạng bình thường, cao 152cm, khung chậu bình thường;
- Cao TC 34cm, vòng bụng 98cm, trọng lượng thai ước lượng khoảng 3800g;
- CTC mềm mỏng mở 3cm, ối còn, đầu ối phòng;
- Ngôi chỏm cao lỏng.

1. Là bác sỹ khoa phụ sản ở tuyến huyện, anh/chị cần thăm khám lâm sàng và ra chỉ định xét nghiệm bổ sung gì? Vì sao?

Gợi ý trả lời:

- *Giải thích cho chị Minh và gia đình những khó khăn có thể xảy ra trong cuộc đẻ, động viên cho chị Minh yên tâm.*
- *Nghe tim thai đánh giá tình trạng tim thai, siêu âm đánh giá trọng lượng thai, tình trạng thai, nước ối, bánh rau.*
- *Làm các xét nghiệm cơ bản.*

2. Sau khi khám và làm xét nghiệm thấy: nghe tim thai 145 lần/phút đều, rõ; siêu âm thai ước khoảng 3900 gram, rau bám đáy, ối bình thường, tim thai 150 lần/phút. Các xét nghiệm cơ bản trong giới hạn bình thường. Bạn hãy đưa ra chẩn đoán và hướng xử trí cho chị Minh? vì sao?

Gợi ý trả lời:

- *Chẩn đoán: thai 39 tuần chuyển dạ giai đoạn Ia giờ thứ 7, theo dõi thai to.*
- *Hướng xử trí: làm NPLNC.*

Vì có thai to khung chậu bình thường.

Đủ điều kiện: bệnh viện huyện có khả năng phẫu thuật, ngôi chỏm, ối còn, đã chuyển dạ thật sự.

Không có chống chỉ định: tim thai bình thường, tiền sử đẻ lần trước đẻ đường âm đạo, rau bám đúng chỗ.

3. Bạn ra y lệnh làm NPLNC và theo dõi cho trường hợp của chị Minh?

Gợi ý trả lời:

- *Bấm ối.*
- *Theo dõi: cơn co TC, tim thai, độ mở của CTC, tiến triển của ngôi thai 30 phút/lần.*

4. Sau bấm ối 30 phút, khám cơn co TC tần số 1 - 2, tim thai 150 lần/phút, CTC mở 3cm, ngôi chúc. Bạn sẽ làm gì? Vì sao?

Gợi ý trả lời:

- *Giải thích động viên chị Minh và gia đình.*
- *Chỉ định truyền oxytocin 5 đơn vị pha trong 500 ml dung dịch Dextrose 5%*
- *8 - 10 giọt/phút.*
- *Lập bảng theo dõi truyền oxytocin về: cơn co TC, tim thai, độ mở của CTC, tiến triển của ngôi thai 15 phút/lần*

5. Sau 2 giờ truyền oxytocin khám thấy:

- *Chị Minh đau bụng nhiều hơn, mệt mỏi, lo lắng. Mạch 73 lần/phút, HA 120/75mmHg, không sốt;*
- *Cơn co TC tần số 3, tim thai 155 lần/phút. CTC mềm mỏng mở 5cm, ngôi chỏm đầu chúc có búi thanh huyết.*

Bạn làm gì? Vì sao?

Gợi ý trả lời:

- *Giải thích cho chị Minh khả năng đẻ đường dưới khó khăn vì sau 2 giờ truyền oxytocin cơn co TC đã đáp ứng nhưng ngôi chưa lọt, có thể do nguyên nhân thai to - Chị Minh và gia đình cần chấp nhận chỉ định mổ lấy thai.*
- *Ra chỉ định và làm các thủ tục cần thiết để mổ lấy thai cho chị Minh.*

TÌNH HUỐNG 6

Sản phụ Lèng Thị M 40 tuổi PARA 3123. Người dân tộc Dao vừa sinh con lần thứ tư được 8 giờ, trẻ gái nặng 3400g. Chị được đưa về phòng hậu sản hiện tại chị còn mệt, chưa cho con bú.

1. Hãy khai thác tiền sử bệnh sử, tìm những yếu tố nguy cơ cần phải theo dõi:

Gợi ý trả lời:

- *Hỏi: trọng lượng trẻ những lần đẻ trước? Giới tính của trẻ.*

- *Lần này có được khám thai hay không? Số lần khám thai? Kết quả khám thai?*
- *Chuyển dạ mấy tiếng, trong cuộc đẻ có phải can thiệp gì?*
- *Sau đẻ đã thay khó mấy lần, đã tự đi tiểu chưa?*
- *Hiện tại có đau bụng không? đau như thế nào? Trẻ đã được bú mẹ hay ăn sữa ngoài?*

2. Sau khi khai thác thông tin được biết các lần trước chị đều đẻ tại nhà, không biết con nặng bao nhiêu, các con đều là gái.

Có thai lần này chị không đi khám thai vì trạm y tế xa nhà và cảm thấy xấu hổ vì già rồi.

Chị đau bụng 2 ngày từ trạm y tế mới được chuyển tới bệnh viện huyện, tại bệnh viện huyện, chị được theo dõi 7 tiếng thì đẻ được.

Sau đẻ chị đã thay khó 2 lần, chưa tự đi tiểu.

Hiện tại chị thấy hơi mệt, không đau bụng, cháu bé chưa được ăn gì.

Bạn hãy xác định các yếu tố nguy cơ của thai phụ này?

Gợi ý trả lời:

- *Sau khi khai thác thông tin được biết các **lần trước chị đều đẻ tại nhà**, chị đẻ lần 4, tại nhà, không được theo dõi.*
- *Lần này có thai chị **không đi khám thai** vì trạm y tế xa nhà và xấu hổ vì già rồi.*
- *Chuyển dạ kéo dài, chị **đau bụng 2 ngày** từ trạm y tế mới được chuyển tới bệnh viện huyện, tại bệnh viện huyện chị được theo dõi 7 tiếng thì đẻ được.*
- *Sau đẻ chị đã **thay khó 2 lần**, chưa tự đi tiểu.*
- *Hiện tại chị thấy **hơi mệt, không đau bụng, cháu bé chưa được ăn gì.***

3. Bạn cần khám cho chị M và cháu bé những nội dung gì để xác định tình trạng hiện tại?

Gợi ý trả lời:

- *Đo mạch, HA;*
- *Khám xác định cầu bàng quang, TC (co hồi, mật độ);*
- *Khám khó;*
- *Khám vú;*
- *Khám trẻ sơ sinh: toàn trạng, dị tật bẩm sinh...*

4. Kết quả thăm khám:

Mạch: 95 lần/phút, HA 100/65mmHg.

Không có cầu bàng quang, TC trên khớp vệ 16cm, mềm. Khổ có máu đỏ.

Vú bình thường chưa tiết sữa.

Khám trẻ: da hồng, phản xạ sơ sinh tốt, đã đi ngoài phân su.

Bạn sơ bộ chẩn đoán cho trường hợp này, lý do bạn đưa ra chẩn đoán là gì?

Gợi ý trả lời:

Đờ TC sau đẻ (chưa có choáng) vì:

- *Đẻ lần 4;*
- *Chuyển dạ kéo dài;*
- *Thay khổ 2 lần trong vòng 8 giờ sau đẻ;*
- *TC co hồi chậm;*
- *Yếu tố thuận lợi khác: tuổi cao, chưa cho con bú.*

5. Bạn hãy đề xuất cách theo dõi và xử trí cho chị M?

Gợi ý trả lời:

- *Xoa đáy TC.*
- *Cho con bú.*
- *Theo dõi toàn thân, sản dịch nếu máu vẫn chảy dùng thuốc tang co bóp TC.*
- *Khuyến khích chị M đi tiểu.*
- *Nhắc nhở chị và gia đình những dấu hiệu cần báo thầy thuốc xử trí.*

TÌNH HUỐNG 7

Sản phụ A 25 tuổi, para 0000, được chỉ định mổ lấy thai vì thai 39 tuần, ối vỡ sớm, tim thai suy. Sau khi mổ, sản phụ được chuyển về phòng hậu phẫu theo dõi tiếp.

1. Anh chị hãy nêu ra y lệnh chăm sóc sản phụ sau mổ lấy thai trong 24 giờ đầu

Gợi ý trả lời:

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">- <i>Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, HA, nhịp thở;</i>- <i>Tình trạng vết mổ;</i>- <i>Sản dịch;</i>- <i>Co hồi TC;</i>- <i>Tình trạng trẻ sơ sinh;</i>- <i>Nước tiểu qua sonde.</i> | } | <p><i>2 giờ đầu -> 15 phút/lần</i></p> <p><i>4 giờ tiếp -> 30 phút/lần</i></p> <p><i>6 giờ tiếp -> 1 giờ/lần</i></p> <p><i>Những giờ sau -> 3 giờ/lần</i></p> |
|--|---|---|

2. Trong quá trình theo dõi sản phụ, giờ thứ 3 thấy huyết ra âm đạo nhiều, màu đỏ tươi, đã thay ướt 1 khổ. Anh chị cần hỏi bệnh và thăm khám gì để giúp cho chẩn đoán?

Gợi ý trả lời:

- Hỏi xem có mệt mỏi, hoa mắt, chóng mặt.
- Động viên an ủi chị A và gia đình.
- Nhìn màu sắc da, đo mạch, HA.
- Khám co hồi TC.
- Nước tiểu qua sonde.
- Tình trạng vết mổ.
- Khám khô nhận định số lượng máu mất.
- Cần cho thêm xét nghiệm CTM để đánh giá tình trạng mất máu.

3. Kết quả thăm khám: sản phụ mệt mỏi, không hoa mắt chóng mặt, mạch 80 lần/phút; HA 110/70mmHg co hồi TC kém, nước tiểu qua sonde 300ml, không có cầu bàng quang, vết mổ không có máu thấm băng. Trẻ hồng hào, phản xạ tốt. Anh chị hãy nêu chẩn đoán và xử trí hiện tại?

Gợi ý trả lời:

Chẩn đoán: sau mổ lấy thai vì ối vỡ sớm, tim thai suy hiện tại giờ thứ 3 mẹ có biến chứng đờ TC, con tạm ổn định.

Xử trí:

- Xoa đáy TC.
- Dùng thuốc tăng co TC (Oxytocin, Ergometrin, Misoprostol, Duratocin..) thậm chí có thể dùng phối hợp thuốc bằng đường truyền tĩnh mạch, ngâm hoặc đặt trực tràng.
- Kiểm tra nước tiểu qua sonde: nếu có cầu bàng quang thay sonde và cho nước tiểu chảy ra.

4. Sau khi xử trí tích cực, hiện tại sản phụ toàn trạng tinh táo, TC co trung bình, sản dịch vừa màu đỏ thẫm, nước tiểu qua sonde trong số lượng 300ml. Trẻ sơ sinh hồng hào, phản xạ tốt.

Anh chị hãy tư vấn cho bà mẹ cách tự theo dõi và chăm sóc sau mổ lấy thai?

Gợi ý trả lời:

- Toàn trạng (mệt mỏi, hoa mắt chóng mặt);
- Sản dịch (lượng huyết ra âm đạo, màu sắc, mùi);

- Tự xoa đáy TC;
- Hướng dẫn cho trẻ bú mẹ (càng sớm càng tốt);
- Theo dõi tình trạng vết mổ (tình trạng chảy máu, chảy dịch, đau nhức...);
- Sau 24 giờ hướng dẫn sản phụ tự ngồi dậy, vận động nhẹ nhàng và ăn nhẹ (cháo) hồi TC.

5. Ngày thứ 4 sau mổ, BN đau nhức ở vết mổ, khám thấy vết mổ nề, có dịch vàng thấm băng. TC co chắc, không đau, sản dịch bình thường.

Anh chị hãy khám và đưa ra hướng xử trí tiếp theo.

Gợi ý trả lời:

Khám:

- *Vết mổ: sưng nề, chùng mép, tiết dịch, máu như thế nào, mùi?*
- *Lấy chỉ số sinh tồn (nhiệt độ, mạch, HA....).*

Xử trí:

- *Cho tăng liều kháng sinh, tốt nhất dùng kháng sinh phối hợp, thuốc giảm phù nề;*
- *Tại chỗ vệ sinh, ấn dịch ra ngoài tối đa, vệ sinh thay băng vết mổ ngày 2 lần.*

TÌNH HUỐNG 8, 9, 10, 11, 12: sinh viên tự trả lời

TÌNH HUỐNG 13

BN S. 28 tuổi, có thai lần thứ hai. Đến khám bệnh với lý do tắt kinh 2 tháng đau bụng vùng dưới rốn từng cơn.

1. Bạn cần hỏi bệnh, thăm khám gì giúp chẩn đoán bệnh?

Gợi ý trả lời:

- *Hỏi tính chất đau bụng: vị trí, tính chất, hướng lan, liên quan của đau bụng với chế độ nghỉ ngơi, dấu hiệu kèm theo với đau bụng: ra huyết, mệt mỏi...*
- *Hỏi tiền sử kinh nguyệt và thai nghén lần thứ nhất.*
- *Động viên an ủi cho BN và gia đình, giải thích cho BN những vấn đề cần thăm khám.*
- *Khám: đánh giá tình trạng ra huyết, tình trạng CTC, TC và phần phụ hai bên.*

2. Sau khi thăm khám thấy: TC to bằng thai 2 tháng, có cơn co TC (đau bụng) ra huyết âm đạo số lượng ít, tiền sử kinh nguyệt và thai nghén lần thứ nhất sảy thai ở tuổi thai 3

tháng. CTC còn dài, đóng kín. Bạn nghĩ tới BN bị bệnh gì? Cần đề xuất thêm xét nghiệm cận lâm sàng nào?

Gợi ý trả lời:

- *Thai 7 tuần dọa sảy thai chưa rõ nguyên nhân*
- *Định tính hoặc định lượng β HCG; siêu âm: đánh giá tình trạng thai và phần phụ.*

3. Nếu BN được chẩn đoán là thai > 1 tháng dọa sảy. Theo bạn biện pháp điều trị nào được áp dụng cho BN.

Gợi ý trả lời:

- *Nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường.*
- *Điều trị nội khoa: giảm co bóp TC, ức chế TC co bóp (salbutamol) - Dùng nội tiết nếu cần.*
- *Khâu vòng CTC nếu có hở eo TC (khi đã điều trị ổn định).*

4. Những vấn đề cần tư vấn cho người bệnh để đề phòng dọa sảy thai tái phát

Gợi ý trả lời:

- *Thực hiện chế độ vệ sinh thai nghén: vận động nghỉ ngơi, ăn uống hợp lý - Tránh tiếp xúc với các yếu tố có hại cho sức khỏe của mẹ và thai nghén.*
- *Thận trọng khi sử dụng các loại thuốc trong khi mang thai.*
- *Quản lý thai nghén chặt chẽ tại cơ sở y tế.*

TÌNH HUỐNG 14

Chị A 20 tuổi, có thai lần đầu được gia đình đưa đến trung tâm y tế. Chị có thể tự đi với sự giúp đỡ của em gái và chồng. Chị A nói chị có thai 14 - 15 tuần, vài ngày nay bị cứng bụng và ra vài giọt máu. Tuy nhiên, 6 - 8 giờ qua chị thấy ra máu nhiều, chị chưa dùng thuốc gì đến viện khám ngay.

1. Bạn nghĩ tới bệnh gì? Bạn sẽ làm gì đầu tiên?

Gợi ý trả lời

- *Trước tiên cần xác định xem chị A có trong tình trạng sốc không?*
- *Đánh giá nhanh tình trạng chung: nhiệt độ, mạch, HA, nhịp thở, mức độ tỉnh táo, màu sắc và nhiệt độ da.*
- *Giải thích cho chị A và gia đình những vấn đề gì đã xảy ra, lắng nghe và trả lời những câu hỏi liên quan.*

2. Khi thăm khám cho chị A: tỉnh táo, HA 100/60mmHg, mạch 100 lần/phút, thở 24 lần/phút. Da không lạnh và ẩm ướt, thấy máu đỏ thấm qua quần.

Chị A có bị sốc không?

Bạn sẽ làm gì tiếp theo?

Bạn sẽ hỏi câu hỏi nào?

Gợi ý trả lời:

- Chị A không bị sốc.
- Truyền tĩnh mạch dung dịch lactat Ringer.
- Hỏi chị A có vấn đề gì tác động làm chị bị chảy máu?
- Bao nhiêu lâu phải thay khóa.
- Chị A có thấy ra tổ chức, mảnh gì không?
- Hỏi xem chị có mệt mỏi không?

3. Bạn có thể xác định chị A đang mong muốn có thai, không có dấu hiệu của bạo lực, khô thấm ướt sau 4 - 5 phút, chị không choáng nhưng cảm thấy mệt, chị thấy ra máu cục và có lẫn tổ chức mô.

Bạn sẽ làm gì tiếp theo, và tại sao?

Gợi ý trả lời:

- Sờ nắn bụng xác định kích thước TC, mật độ. Kiểm tra phần phụ 2 bên để loại trừ thai ngoài TC, kiểm tra xem TC có to hơn tuổi thai để loại trừ thai trứng.
- Khám bằng 2 tay để loại trừ sảy thai tự nhiên hoặc sảy thai không hoàn toàn.
- Đo nhiệt độ để loại trừ nhiễm trùng.

4. Qua thăm khám bạn xác định: TC mềm có con co nhẹ, khám âm đạo kết hợp sờ nắn ngoài thấy CTC mở 2cm, thể tích TC nhỏ hơn thai 12 tuần, và không có tổ chức rau qua CTC.

Bạn chẩn đoán là gì?

Gợi ý trả lời:

- Chị A bị sảy thai không hoàn toàn

Tại sao bạn loại trừ chửa ngoài TC? Có chảy máu nhiều, khám bụng và âm đạo không phát hiện được dấu hiệu phản ứng ở phần phụ, CTC mở, không có tiền sử choáng/ngất.

5. Bạn sẽ làm gì?

Gợi ý trả lời:

- *Giải thích kết quả thăm khám cho chị A và gia đình.*
- *Chuẩn bị bộ hút thai bằng bơm hút chân không.*

6. Phòng thủ thuật đang thực hiện một ca hút thai khác, cần chờ đợi 30 phút. Bạn sẽ làm gì?

Gợi ý trả lời:

- *Giải thích cho chị A và gia đình yên tâm.*
- *Duy trì truyền tĩnh mạch.*
- *Tiêm bắp 1 ống oxytocin hoặc ngậm 2 viên Misoproston.*
- *Tiếp tục theo dõi lượng máu mất, mạch và HA.*

7. Sau khi tiêm oxytocin 15 phút, chị A vẫn tiếp tục chảy máu nhiều, HA 98/60mmHg, mạch 104 lần/phút.

Bạn sẽ làm gì?

Gợi ý trả lời:

- *Tiêm nhắc lại 1 ống oxytocin (tiêm bắp).*
- *Tiếp tục truyền dịch tĩnh mạch.*
- *Tiếp tục theo dõi chảy máu, mạch, HA.*
- *Định nhóm máu và thử phản ứng chéo trong trường hợp cần thiết.*

8. Sau 2 lần tiêm ergometrin máu chảy hơn. Thủ thuật hút thai bằng bơm hút chân không được thực hiện 30 phút sau đó và lấy hết tổ chức trong TC.

Bạn sẽ làm gì?

Gợi ý trả lời:

- *Theo dõi dấu hiệu sinh tồn và lượng máu mất.*
- *Đảm bảo chị A được nghỉ ngơi trong phòng sạch, yên tĩnh, thoải mái.*
- *Động viên chị A ăn uống những thứ chị thích.*

9. Sau 6 giờ, các chỉ số sinh tồn ổn định và không chảy máu. Chị A muốn trở về nhà. Bạn sẽ làm gì trước khi cho chị A về?

Gợi ý trả lời:

- *Hỏi chị A về vấn đề KHHGD và tư vấn, cung cấp một số dịch vụ KHHGD trong trường hợp cần thiết.*

- Tư vấn quản lý thai nghén cho những lần có thai sau.
- Khuyến chị A tới cơ sở y tế khi có các dấu hiệu sau: đau bụng, chảy máu kéo dài hoặc ra máu nhiều hơn hành kinh, đau tăng lên, sốt, ớn lạnh, dịch âm đạo có mùi hôi.
- Nói cho cô ấy và chồng chị ấy về tình dục an toàn.
- Hỏi về việc tiêm phòng uốn ván và tiêm phòng uốn ván cho chị ấy nếu cần thiết.

TÌNH HUỐNG 15

Bác sỹ đã giải thích cho vợ chồng chị A về thủ thuật và những yếu tố nguy cơ như thế nào?

1. Những ngôn ngữ không lời nào bác sỹ đã sử dụng để khuyến khích sự tương tác với vợ chồng BN A.
2. Làm thế nào thầy thuốc đảm bảo rằng vợ chồng cô A hiểu những điều mà thầy thuốc đã giải thích.

Những gợi ý trả lời sau đóng vai

Giảng viên có thể đưa ra những gợi ý trả lời câu hỏi thảo luận sau buổi đóng vai.

1. Bác sỹ cần giải thích nhẹ nhàng, thuyết phục sử dụng những từ dễ hiểu.
2. Sử dụng ngôn ngữ không lời như gật đầu, mỉm cười để biết được vợ chồng chị A nghe và hiểu được.
3. Để đảm bảo vợ chồng chị A hiểu được những điều giải thích, bác sỹ phải yêu cầu chị A/chồng nhắc lại những điểm chính mà họ đã được giải thích.

TÌNH HUỐNG 16

Chị A 28 tuổi, có thai 12 tuần, chị đến phòng khám sản với dấu hiệu ra máu đỏ tươi ở âm đạo, chị có thai trong kế hoạch và sức khỏe bình thường.

Đánh giá (tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, xét nghiệm)

1. Những nội dung cần hỏi bệnh, thăm khám cho chị A là gì? Tại sao?

Gợi ý trả lời:

- Chào hỏi chị A một cách thân thiện và lịch sự.
- Cần giải thích bạn sẽ thăm khám gì cho chị A và lắng nghe và trả lời câu hỏi của chị A một cách thấu đáo.
- Xác định nhanh các chỉ số sinh tồn xem chị A có trong tình trạng sốc và cần xử trí cấp cứu không (mạch nhanh, yếu; HA tối đa <90mmHg, da xanh, lạnh và vã mồ hôi, thở nhanh) hoặc bất tỉnh.

2. Những dấu hiệu khám thực thể nào giúp bạn chẩn đoán bệnh cho chị A? Tại sao?

Gợi ý trả lời:

Thăm khám bụng xác định dấu hiệu bụng chướng hoặc phản ứng thành bụng, xác định thể tích, tư thế và mật độ của TC. Thăm âm đạo xác định dấu hiệu phản ứng ở cùng đồ trong trường hợp CTC đóng và nhận định xem có tổ chức rau thai lẫn máu chảy ra từ buồng TC.

3. Những nguyên nhân chảy máu nào bạn cần nghĩ tới?

Gợi ý trả lời:

- Sảy thai (dọa sảy, ..., sảy hoàn toàn, sảy không hoàn toàn).
- Thai ngoài TC.
- Thai trứng.

Chẩn đoán

Sau khi thăm khám cho chị A, bạn xác định: nhiệt độ 36^o8, mạch 82 lần/phút; HA 110/70mmHg. Da không xanh, không vã mồ hôi, đau nhẹ vùng bụng dưới, ra ít máu đỏ ở âm đạo. TC to tương đương tuổi thai, ấn bụng không đau, CTC còn dài, đóng kín.

4. Dựa trên những dấu hiệu thăm khám, chị A được chẩn đoán bệnh gì? Vì sao?

Gợi ý trả lời:

Những triệu chứng của chị A (ra ít máu, CTC đóng, TC to tương đương tuổi thai) phù hợp với chẩn đoán ĐOÀ SẢY THAI

Chăm sóc:

5. Dựa vào chẩn đoán? Kế hoạch chăm sóc cho chị A là gì? Vì sao?

Gợi ý trả lời:

- Hiện tại chưa cần dùng thuốc gì.
- Khuyến chị A tránh quan hệ tình dục.
- Khuyến chị A yên tâm, tin tưởng. Tư vấn nghỉ ngơi, dinh dưỡng và những dấu hiệu nguy hiểm nhấn mạnh dấu hiệu ra máu âm đạo.
- Nếu cầm được máu, chị A cần tuân thủ quản lý thai nghén tại y tế cơ sở.
- Nếu máu vẫn tiếp tục chảy, chị A cần quay lại viện để thăm khám.

Đánh giá:

6. Chị A quay lại phòng khám sau 3 ngày, chị kể lại tối qua máu ra nhiều hơn kèm theo có đau bụng vùng hạ vị, thúc xuống dưới. Chị A không thấy ra tổ chức thai, TC to tương ứng tuổi thai, CTC đã mở, không có dấu hiệu của choáng. Chị A rất buồn vì khả năng đã bị sảy thai.

Dựa trên những dấu hiệu đã phát hiện, kế hoạch chăm sóc tiếp theo cho chị A là gì?
Tại sao?

Gợi ý trả lời:

- Những triệu chứng của chị A nghĩ tới sảy thai không giữ được.
- Chị A cần được tư vấn về dấu hiệu của sảy thai, và được động viên chia sẻ.
- Vì tuổi thai <16 tuần, nên có thể sử dụng thủ thuật bơm hút chân không.
- Nếu chưa chuẩn bị được ngay bơm hút chân không có thể tiêm bắp 0,2mg ergometrin và nhắc lại sau 15 phút, uống 2 viên Misoprosone và nhắc lại sau 4 giờ trong trường hợp cần thiết.
- Chuẩn bị thủ thuật hút thai càng nhanh càng tốt.
- Động viên, hỗ trợ chị A, giải thích, chú ý lắng nghe và trả lời mọi lo lắng của chị.
- Sau thủ thuật chị A cần được giải thích cơ hội khả năng thành công ở lần có thai sau và khuyến khích cô ta chỉ nên có thai lại khi sức khỏe đã bình phục hoàn toàn.
- Tư vấn và cung cấp các BPTT phù hợp.
- Khuyến khích chị A cần quay trở lại phòng khám ngay khi có các dấu hiệu:
 - + Đau bụng kéo dài;
 - + Chảy máu kéo dài (hơn 2 tuần);
 - + Đau bụng tăng lên;
 - + Sốt hoặc gai rét.

Xem chị A có cần cung cấp các thông tin về chăm sóc SKSS.

TÌNH HUỐNG 17

BN A: 28 tuổi, có thai lần thứ hai. Đến khám bệnh với lý do tắt kinh 2 tháng ra huyết đen ở âm đạo.

1. Bạn cần hỏi bệnh, thăm khám gì giúp chẩn đoán bệnh?

Gợi ý trả lời:

- Hỏi tính chất ra huyết: số lượng, màu sắc, liên quan của ra huyết với chế độ nghỉ ngơi, dấu hiệu kèm theo với ra huyết: đau bụng, mệt mỏi...
- Hỏi tiền sử kinh nguyệt và thai nghén lần thứ nhất.
- Động viên an ủi cho BN và gia đình, giải thích cho BN những vấn đề cần thăm khám.
- Khám: đánh giá tình trạng ra huyết, tình trạng CTC, TC và phần phụ hai bên.

2. Sau khi thăm khám thấy: ra huyết đen tự nhiên từ buồng TC, không đau bụng, tiền sử kinh nguyệt và thai nghén lần thứ nhất bình thường. CTC đóng kín, TC to không tương xứng với tuổi thai. Bạn nghĩ tới BN bị bệnh gì? Cần đề xuất thêm xét nghiệm cận lâm sàng nào?

Gợi ý trả lời:

- *Thai chết lưu.*
- *Định tính hoặc định lượng β HCG; siêu âm tính chất phân phụ.*
- *Định lượng sợi huyết.*

3. Nếu BN được chẩn đoán là thai > 1 tháng chết lưu. Những thông tin gì cần được khai thác để tìm nguyên nhân hoặc các yếu tố thuận lợi gây nên thai chết.

Gợi ý trả lời:

- *Nghề nghiệp, bệnh tật của người mẹ khi có thai và sử dụng thuốc trong khi có thai.*
- *Tiền sử gia đình có người hút thuốc, nghiện rượu.*
- *Tiếp xúc với thuốc trừ sâu, thuốc bảo vệ thực vật.*
- *Yếu tố môi trường tại nhà ở và xung quanh: nước, không khí...*
- *Tiền sử gia đình nội ngoại có các bệnh di truyền...*

4. Nếu BN được chẩn đoán là thai > 1 tháng chết lưu. Theo bạn biện pháp điều trị nào được áp dụng cho BN.

Gợi ý trả lời:

- *Điều trị nội khoa để phòng rối loạn chức năng đông máu.*
- *Nạo thai, làm giải phẫu bệnh tổ chức nạo.*
- *Dùng kháng sinh.*

5. Những vấn đề cần tư vấn cho người bệnh để đề phòng thai chết lưu cho thai nghén lần sau.

Gợi ý trả lời:

- *Điều trị tích cực bệnh lý tại chỗ và toàn thân trước khi muốn có thai.*
- *Tránh tiếp xúc với các yếu tố có hại cho sức khỏe của mẹ và thai nghén.*
- *Thận trọng khi sử dụng các loại thuốc trong khi mang thai.*
- *Quản lý thai nghén chặt chẽ tại cơ sở y tế.*

TÌNH HUỐNG 18:

BN S. 22 tuổi, có thai lần thứ nhất. Đến khám bệnh với lý do tắt kinh >1 tháng ra huyết ở âm đạo, nghén nhiều.

1. Bạn cần hỏi bệnh, thăm khám gì giúp chẩn đoán bệnh?

Gợi ý trả lời:

- *Hỏi tính chất ra huyết: số lượng, màu sắc, liên quan của ra huyết với chế độ nghỉ ngơi, dấu hiệu kèm theo với ra huyết: đau bụng, mệt mỏi, nôn nhiều...*
- *Hỏi tiền sử kinh nguyệt và bệnh lý phụ khoa.*
- *Động viên an ủi cho BN và gia đình, giải thích cho BN những vấn đề cần thăm khám.*
- *Khám: đánh giá tình trạng ra huyết, tình trạng CTC, TC và phần phụ hai bên.*

2. Sau khi thăm khám thấy: ra huyết đen loãng từ buồng TC, không đau bụng, tiền sử kinh nguyệt bình thường. CTC đóng kín, TC to bằng thai > 2 tháng. Bạn nghĩ tới BN bị bệnh gì? Cần đề xuất thêm xét nghiệm cận lâm sàng nào?

Gợi ý trả lời:

- *Chửa trứng.*
- *Định tính hoặc định lượng β HCG.*
- *Siêu âm TC phần phụ.*
- *Chụp phổi.*

3. Nếu BN được chẩn đoán là chửa trứng. Những thông tin gì cần được khai thác để tìm nguyên nhân hoặc các yếu tố thuận lợi gây nên chửa trứng?

Gợi ý trả lời:

- *Nghề nghiệp, bệnh tật của người mẹ khi có thai và sử dụng thuốc trong khi có thai.*
- *Tiền sử gia đình có người hút thuốc, nghiện rượu.*
- *Tiếp xúc với thuốc trừ sâu, thuốc bảo vệ thực vật.*
- *Yếu tố môi trường tại nhà ở và xung quanh: nước, không khí...*
- *Tiền sử gia đình nội ngoại có các bệnh di truyền...*

4. Nếu BN được chẩn đoán là chửa trứng. Theo bạn biện pháp điều trị nào được áp dụng cho BN

Gợi ý trả lời:

- *Nạo trứng, làm giải phẫu bệnh tổ chức nạo.*
- *Dùng thuốc tăng co bóp TC.*
- *Dùng kháng sinh.*

5. Những vấn đề cần tư vấn cho người bệnh theo dõi sau nạo trứng.

Gợi ý trả lời:

- *Sự cần thiết phải theo dõi sau khi ra viện trong thời gian 2 năm theo sự chỉ dẫn của thầy thuốc.*
- *Theo dõi β HCG.*
- *Theo dõi sự xuất hiện nang hoàng tuyến (nhân di căn ở phổi hoặc âm hộ âm đạo).*
- *Theo dõi các dấu hiệu toàn thân.*
- *Chỉ nên có thai lại sau 2 năm.*

TÌNH HUỐNG 19

Bệnh nhân M: 32 tuổi, có thai lần thứ hai. Đến khám bệnh với lý do chậm kinh 15 ngày ra huyết đen ở âm đạo kèm theo đau bụng.

1. Bạn cần hỏi bệnh, thăm khám gì giúp chẩn đoán bệnh?

Gợi ý trả lời:

- *Hỏi tính chất ra huyết: số lượng, màu sắc, liên quan của ra huyết với chế độ nghỉ ngơi, dấu hiệu kèm theo với ra huyết: đau bụng, mệt mỏi...*
- *Hỏi tính chất của đau bụng: vị trí, hướng lan...*
- *Hỏi tiền sử kinh nguyệt và thai nghén lần thứ nhất.*
- *Động viên an ủi cho BN và gia đình, giải thích cho BN những vấn đề cần thăm khám.*
- *Khám: đánh giá tình trạng toàn thân (mạch, HA) tình trạng ra huyết, tình trạng CTC, TC, cùng đồ và phần phụ hai bên.*

2. Sau khi thăm khám thấy: ra huyết đen tự nhiên từ buồng TC, đau bụng, tiền sử kinh nguyệt và thai nghén lần thứ nhất bình thường. CTC đóng kín, TC to không tương xứng với tuổi thai. Cùng đồ có phản ứng khi thăm khám. Bạn nghĩ tới BN bị bệnh gì? Cần đề xuất thêm xét nghiệm cận lâm sàng nào?

Gợi ý trả lời:

- *Theo dõi: thai ngoài TC chưa vỡ.*
- *Định tính HCG.*
- *Siêu âm TC phần phụ.*

3. Nếu BN được chẩn đoán là thai ngoài TC chưa vỡ. Theo bạn biện pháp điều trị nào được áp dụng cho BN

Gợi ý trả lời:

- *Nếu ở tuyến cơ sở: chuyển tuyến.*

- Nếu ở tuyến chuyên khoa: mổ cấp cứu tránh biến chứng vỡ. Khi mổ có thể cắt cắt khối chứa ở vòi hoặc bảo tồn vòi TC.

4. Những vấn đề cần tư vấn cho người bệnh để đề phòng thai ngoài TC cho thai nghén lần sau.

Gợi ý trả lời:

- Điều trị tích cực bệnh lý viêm đường sinh dục trước khi muốn có thai.
- Quản lý thai nghén chặt chẽ tại cơ sở y tế.

TÌNH HUỐNG 20

Chị B. 20 tuổi, đã đến phòng khám 2 ngày trước với dấu hiệu ra máu âm đạo và đau bụng dưới. Chị đã được xét nghiệm chẩn đoán có thai, Chị B được khuyên hạn chế quan hệ tình dục và quay lại phòng khám ngay nếu các dấu nặng lên. Hôm nay, chị B trở lại phòng khám vì vẫn chảy máu và cách đây 2 giờ xuất hiện đau bụng dữ dội.

Đánh giá (tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, xét nghiệm)

1. Những nội dung cần thăm khám cho chị là gì? Tại sao?

Gợi ý trả lời:

- Chào hỏi chị B một cách thân thiện và lịch sự.
- Cần giải thích bạn sẽ thăm khám gì cho chị B; lắng nghe và trả lời câu hỏi của chị B một cách thấu đáo.
- Xác định nhanh các chỉ số sinh tồn xem chị B có trong tình trạng sốc và cần xử trí cấp cứu không (mạch nhanh, yếu; HA tối đa <90mmHg, da xanh, lạnh và vã mồ hôi, thở nhanh) hoặc bất tỉnh. Cũng cần xác định xem lượng máu chảy ra âm đạo và có kèm theo tổ chức thai không.

2. Những dấu hiệu khám thực thể nào giúp bạn chẩn đoán bệnh cho chị B? Tại sao?

Gợi ý trả lời:

- Thăm khám bụng xác định dấu hiệu bụng chướng hoặc phản ứng thành bụng, là dấu hiệu nghĩ tới thai ngoài TC. Xem TC mềm, to hơn tuổi thai là dấu hiệu nghĩ tới thai trứng.
- Khám âm đạo nhẹ nhàng có thể kiểm tra tình trạng CTC và phản ứng túi cùng là dấu hiệu nghĩ tới thai ngoài TC; và kiểm tra nếu có tổ chức rau lẫn máu thì nghĩ tới sảy thai không hoàn toàn.

3. Để chẩn đoán cho chị B, cần xét nghiệm thăm dò nào (có thể) và tại sao?

Gợi ý trả lời:

- Siêu âm có thể giúp phân biệt dọa sảy thai hoặc u nang buồng trứng xoắn với thai ngoài TC.

Chẩn đoán:

Sau khi thăm khám cho chị B, bạn xác định: mạch 130 lần/phút yếu; HA 85/60mmHg, nhịp thở 20 lần/phút, nhiệt độ 36,8⁰C. Da xanh, vã mồ hôi. Chị B đau bụng dữ dội vùng hố chậu, bụng cứng và có phản ứng thành bụng, ra ít máu âm đạo, CTC đóng kín.

4. Dựa trên những dấu hiệu thăm khám được, chị B được chẩn đoán là gì? Vì sao?

Gợi ý trả lời:

- *Chị B có dấu hiệu choáng, đau bụng vùng hố chậu, phản ứng thành bụng, ra ít máu âm đạo, CTC đóng kín phù hợp với chẩn đoán thai ngoài TC vỡ gây chảy máu ổ bụng.*

Kế hoạch chăm sóc:

5. Dựa vào chẩn đoán? Kế hoạch chăm sóc cho chị B là gì? Vì sao?

Gợi ý trả lời:

- *Ngay lập tức xử trí choáng.*
- *Đặt nằm nghiêng.*
- *Đảm bảo thông đường thở.*
- *Thở oxy 6 - 8 lần/phút qua mặt nạ hoặc qua sonde.*
- *Ủ ấm.*
- *Nâng cao chân.*
- *Theo dõi mạch, HA, nhịp thở và nhiệt độ.*
- *Lập đường truyền tĩnh mạch tốc độ nhanh (Ringer's lactate 1 lít trong 15 - 20 phút).*
- *Theo dõi lượng nước vào và ra (đặt sonde tiểu để theo dõi lượng nước tiểu).*
- *Xét nghiệm máu Hb, phản ứng chéo để có thể truyền máu sớm.*
- *Chuyển tuyến cấp cứu đến bệnh viện có khả năng phẫu thuật cấp cứu. Vừa phẫu thuật vừa hồi sức truyền dịch.*
- *Tư vấn, giải thích cho chị B và gia đình yên tâm, tin tưởng và trả lời những câu hỏi liên quan.*

Đánh giá

Chị B đã phục hồi tốt sau phẫu thuật.

Bây giờ chị đã tỉnh táo, xét nghiệm Hb 9g/dL.

Chỉ cũng cho biết, chị muốn có thai lại nhưng ít nhất sau 1 năm nữa.

6. Dựa trên những dấu hiệu đã phát hiện, kế hoạch chăm sóc tiếp theo cho chị A là gì, tại sao?

Gợi ý trả lời:

- Điều trị thiếu máu cho chị B *ferrous sulfate* hoặc *ferrous fumarate* 60 mg uống bổ sung thêm *folic acid* 400 µg uống hàng ngày trong 6 tháng.
- Tư vấn cho chị B biết về khả năng vô sinh hay thai ngoài TC lặp lại ở lần có thai sau.
- Tư vấn KHHGD và các BPTT.
- Lập kế hoạch thăm khám cho chị B sau 4 tuần và khuyên chị B đến viện nếu có bất kỳ dấu hiệu bất thường nào.

TÌNH HUỐNG 21

Bệnh nhân B. 28 tuổi, có thai lần thứ hai. Đến khám bệnh với lý do thai 8 tháng ra huyết.

1. Bạn cần hỏi bệnh, thăm khám gì giúp chẩn đoán bệnh?

Gợi ý trả lời:

- Hỏi tính chất ra huyết: số lượng, màu sắc, liên quan của ra huyết với chế độ nghỉ ngơi, sự lặp lại của ra huyết, dấu hiệu kèm theo với ra huyết: đau bụng, mệt mỏi...
- Hỏi tiền sử kinh nguyệt và thai nghén lần thứ nhất.
- Khám toàn thân để đánh giá tình trạng thiếu máu.
- Khám: đánh giá tình trạng ra huyết, tình trạng CTC, tình trạng thai: ngôi thai, sự phát triển của thai.

2. Sau khi thăm khám thấy:

- Ra huyết tươi, lẫn cục, số lượng vừa, chảy ra từ buồng TC, không đau bụng,
- Tiền sử kinh nguyệt và thai nghén lần thứ nhất đẻ đường dưới có sót rau sau đẻ.
- Thai chưa thuận, tim thai 145 lần/phút. Thai phát triển bình thường.
- CTC đóng kín.

Bạn nghĩ tới BN bị bệnh gì? Cần đề xuất thêm xét nghiệm cận lâm sàng nào?

Gợi ý trả lời:

- Thai 32 tuần rau tiền đạo chảy máu mức độ trung bình
- Siêu âm.
- Xét nghiệm máu đánh giá tình trạng mất máu.
- Các thăm dò đánh sự phát triển và trưởng thành của thai.

3. Nếu BN được chẩn đoán là thai 32 tuần rau tiền đạo bám thấp, hiện tại không chảy máu. Theo bạn biện pháp điều trị nào được áp dụng cho BN?

Gợi ý trả lời:

- *Nghỉ ngơi tại giường, nằm nghiêng trái.*
- *Giảm co bóp TC.*
- *Tiếp tục theo dõi sự phát triển của thai và biến chứng chảy máu.*

4. Những vấn đề cần tư vấn cho chị B để đề phòng rau tiền đạo

Gợi ý trả lời:

- *Khám phụ khoa định kỳ, điều trị tích cực các viêm nhiễm đường sinh dục và các bệnh LTQĐTD.*
- *Làm tốt công tác sinh đẻ kế hoạch, giảm tỷ lệ nạo phá thai.*
- *Quản lý thai nghén tốt phát hiện sớm rau tiền đạo để có kế hoạch điều trị tránh các biến chứng nặng nề của bệnh.*

TÌNH HUỐNG 22

Chị D 20 tuổi, khỏe mạnh có thai lần thứ nhất, quá trình phát triển thai bình thường không có biến chứng. Hiện tại thai được 38 tuần, chị được chồng đưa đến phòng cấp cứu bệnh viện huyện. Chị nói rằng chị không đau bụng, ra huyết đỏ tươi cách đây 2 giờ. Chị đã đi khám thai 3 lần trong quá trình mang thai. Ở lần khám cuối cách đây 2 tuần không phát hiện dấu hiệu gì bất thường

Đánh giá, thăm khám

1. Chị D cần được hỏi bệnh, thăm khám và tư vấn những vấn đề gì? Tại sao?

Gợi ý trả lời:

- *Cần thăm hỏi chị D và chồng chị một cách ân cần và lịch sự.*
- *Cần nói cho họ bạn sẽ làm gì? Và trả lời những vấn đề họ còn chưa rõ.*
- *Xác định xem chị B có bị sốc không thông qua các dấu hiệu: mạch nhanh, nhỏ, HA tối đa <90mmHg, vã mồ hôi, chân tay lạnh, thở nhanh, không tỉnh táo. Cũng cần xác định lượng máu mất qua đường âm đạo.*
- *Thăm khám âm đạo không nên thực hiện, tuy nhiên khám mở vạt nhẹ nhàng để xác định nguyên nhân gây chảy máu (viêm CTC, chấn thương CTC, polyp CTC).*

2. Thăm khám lâm sàng nào giúp bạn chẩn đoán xác định tình trạng bệnh lý cho chị D? Vì sao?

Gợi ý trả lời:

- Khám bụng để xác định tư thế của thai nhi (ngôi bất thường hoặc ngôi đầu cao liên quan đến rau tiền đạo). TC cứng, sản phụ đau vật vã thường nghĩ tới rau bong non (rau bong non thường có dấu hiệu của TC tăng trương lực, co cứng).
- Nghe tim thai để đánh giá tình trạng thai nhi (tim thai có thể bình thường nếu là rau tiền đạo, nếu là rau bong non nhịp tim thai suy hoặc mất tim thai).

3. Xét nghiệm cận lâm sàng nào cần làm cho chị D? Vì sao?

Gợi ý trả lời:

- Siêu âm để xác định vị trí rau bám.

Chẩn đoán

Sau khi thăm khám cho chị D có một số triệu chứng chính sau:

Mạch 88 lần/phút, HA 110/80mmHg, nhịp thở 16 lần/phút, nhiệt độ 37⁰C.

Huyết âm đạo màu đỏ lẫn máu cục, và đã thấm ướt 12 khô trước khi nhập viện.

TC mềm, không đau bụng, ngôi dọc đầu ở dưới đầu cao trên khớp vệ.

Không làm được siêu âm thai.

4. Dựa trên những triệu chứng trên, bạn chẩn đoán là gì? Vì sao?

Gợi ý trả lời:

- Các triệu chứng của chị D (không đau, ra huyết âm đạo, ngôi đầu cao, tim thai bình thường) phù hợp với chẩn đoán rau tiền đạo.

Chăm sóc

5. Dựa vào chẩn đoán, kế hoạch chăm sóc cho chị D như thế nào? Vì sao?

Gợi ý trả lời:

- Truyền dịch Ringer's lactate để bù lượng máu mất
- Xét nghiệm huyết sắc tố, phản ứng chéo chuẩn bị cho truyền máu nếu cần
- Cần cho chị D nhập viện và theo dõi sát
- Cần làm siêu âm sớm để xác định vị trí bám của bánh rau
- Cho chị D uống viên sắt 60mg/ngày
- Cần giải thích những biến chứng có thể xảy ra cho chị D và chồng.

TÌNH HUỐNG 23

Chị D 18 tuổi người dân tộc thiểu số ở một xã vùng xa, chị có thai lần đầu, hiện tại thai khoảng 7 tháng, chị chưa đi khám thai lần nào chị vẫn lao động và sinh hoạt bình thường vì chị cảm thấy khỏe mạnh. Chị vẫn cùng chồng đi làm nương ở xa nhà, ngày hôm qua sau buổi đi làm nương về chị đeo một gùi ngô về nhà, tối về thấy lâm râm đau bụng, chị cố gắng làm nốt một số công việc gia đình rồi mới đi nghỉ, lúc này chị cảm thấy đau bụng nhiều hơn, đau từng cơn chị trần trở xoa vào bụng cho đỡ đau nhưng vẫn không đỡ. Chồng chị lo lắng giúp vợ xoa lưng, xoa bụng, bôi dầu cho đỡ đau nhưng tình trạng đau của chị D vẫn không đỡ.

1. Bạn hãy phân tích và bàn luận tình huống của chị D.

Gợi ý trả lời:

- *Chị D có thai ở tuổi rất trẻ (18 tuổi), ở vùng xa, chưa được tiếp cận với chăm sóc và bảo vệ thai nghén, chị nghĩ có thai nếu khỏe mạnh thì không cần khám thai. Không biết chế độ lao động cho phụ nữ mang thai nên sau một ngày lao động nặng còn gùi ngô về nhà. Khi bị đau bụng không nghỉ ngơi ngay mà còn cố làm nốt công việc gia đình. Khi bị đau bụng còn xoa bụng, xoa lưng để giảm đau nhưng thực tế động tác xoa bụng sẽ là kích thích cơn co TC.*

2. Sáng hôm sau chồng chị quyết định đưa chị D đến khám ở trạm y tế. Đến trạm chị D được bác sỹ khám, cho uống 2 viên thuốc giảm đau rồi cho chị D chuyển lên bệnh viện huyện, mặc dù vợ chồng chị D muốn ở lại trạm y tế điều trị cho gần nhà. Bạn hãy phân tích và bàn luận tình huống này?

Gợi ý trả lời:

- *Quyết định đi khám của vợ chồng chị D dù muộn nhưng rất đúng.*
- *Cán bộ trạm y tế đã khám, dùng thuốc giảm cơn bóp TC cho chị D, thuyết phục vợ chồng chị D chuyển tuyến huyện là đúng vì tại tuyến xã không đủ điều kiện chăm sóc và điều trị cho chị D và em bé nếu tình trạng đẻ non xảy ra.*

3. Tại bệnh viện huyện, chị D được thăm khám thấy: chị D có thai 28 tuần, ngôi chưa thuận, tim thai 150 lần/phút, có cơn co TC rõ, 1 - 2 cơn co trong 10 phút. Thăm âm đạo CTC ngắn, đóng kín không có huyết, không có nước theo tay. Bạn hãy đưa ra chẩn đoán và điều trị phù hợp với tình trạng của chị D và giải thích.

Gợi ý trả lời:

Chẩn đoán:

- *Dọa đẻ non vì tuổi thai 28 tuần (22 - 36 tuần là đẻ non)*
- *Nguyên nhân: lao động nặng;*

- *Mức độ: có thể điều trị nội khoa vì: CTC đóng kín, không ra nước, không ra huyết.*

Điều trị:

- *Nghỉ ngơi tại giường, nằm nghiêng trái, tránh kích thích vào bụng, đầu vú.*
- *Chế độ ăn dễ tiêu, tránh táo bón.*
- *Nghe tim thai ngày 2 lần.*
- *Theo dõi cơn co TC (đau bụng).*
- *Dùng thuốc giảm co bóp TC: Nospa 0,04g 4 viên/24 giờ uống chia 2 lần 8 giờ và 16 giờ.*
- *Dùng thuốc kích thích trưởng thành phổi thai nhi: Dipropan 5mg+2ml 2 ống tiếp bắp cách 24 giờ.*

4. Sau 5 ngày điều trị tại bệnh viện huyện, chị D đã hết đau bụng, người khỏe mạnh. Bác sĩ cho chị D ra viện. Bạn hãy đưa ra những vấn đề cần căn dặn chị D trước khi ra viện?

Gợi ý trả lời:

- *Chế độ lao động: tránh lao động nặng, tránh đi làm xa nhà.*
- *Ăn uống đủ chất, thức ăn dễ tiêu.*
- *Khám thai tại trạm y tế xã.*
- *Dự kiến ngày sinh, hướng dẫn chuẩn bị cho cuộc đẻ*
- *Kê đơn thuốc giảm co bóp, hướng dẫn mua và sử dụng khi có dấu hiệu đau bụng giống như lần này, nếu không đỡ phải đến cơ sở y tế ngay*

TÌNH HUỐNG 24

Tại khoa sản bệnh viện tỉnh X, chị H 28 tuổi đang được theo dõi chuyển dạ. Chị H vào viện 2 ngày nay vì có thai 9 tháng, phù 2 chân, HA 150/100mmHg, đau bụng. Khám cao TC 28cm, vòng bụng 90cm. tim thai đều 140 lần/phút. Kèm theo có đau bụng liên tục không thành cơn, bụng cứng. Qua 2 ngày theo dõi tại bệnh viện vì dấu hiệu chuyển dạ chưa rõ ràng. Chị H thấy người mệt mỏi, đau đầu, đau bụng vùng thượng vị có ra ít huyết đen ở âm đạo, CTC vẫn đóng kín.

1. Thai nghén của chị H có yếu tố nguy cơ gì? Bạn nghĩ chị H bị bệnh lý gì? Vì sao? Bạn cần đề xuất thăm dò cận lâm sàng gì để chẩn đoán tình trạng bệnh lý của chị H?

Gợi ý trả lời:

- *Các yếu tố nguy cơ: phù, HA cao, đau đầu, đau bụng vùng thượng vị, ra huyết đen ở âm đạo.*

- *Chị H có thể bị: TSG (vì có tăng HA, phù, đau đầu); hội chứng HELLP; rau bong non (vì có bệnh lý TSG, đau bụng liên tục không thành cơn, bụng cứng).*
- *Cần làm xét nghiệm: công thức máu, bộ đông máu, sợi huyết men gan, creatinin, acid uric, protid máu.*
- *Siêu âm tình trạng thai, rau, ối đặc biệt vùng rau bám vào TC.*

2. Qua theo dõi 4 giờ tại phòng đẻ, chị H đau bụng nhiều hơn, đau liên tục không thành cơn. Khám TC cứng, cao TC 30cm, nghe tim thai khó, tần số 170 lần/phút. Thăm âm đạo CTC mở 4cm ối căng, bấm ối ra nước ối màu nâu đỏ.

Gợi ý trả lời:

Bạn hãy đưa ra chẩn đoán và cách xử trí phù hợp cho chị H.

- *Chẩn đoán: rau bong non vì: TC tăng trương lực, cao TC tăng, tim thai suy, nước ối có màu đỏ nâu.*
- *Xử trí:*
 - + *Động viên, giải thích cho chị H và gia đình về tình trạng bệnh lý của chị H.*
 - + *Sự cần thiết phải chỉ định mổ cấp cứu lấy thai, những nguy cơ có thể xảy ra cho mẹ và thai.*
 - + *Hồi sức tim thai.*
 - + *Chỉ định mổ cấp cứu lấy thai chú ý ê kíp hồi sức sơ sinh. Trong khi phẫu thuật đánh giá tổn thương, tùy mức độ tổn thương ở TC mà có thể bảo tồn hay cắt TC.*

TÌNH HUỐNG 25

Chị K 33 tuổi có thai lần thứ 3, tiền sử 2 lần trước đẻ thường, ngày 28-07-2013 đến khám thai tại trạm y tế, CTC hỏi bệnh và khám thấy: kỳ kinh cuối cùng là 12 đến 15-01-2013, TC hình ống, sờ cực dưới thấy khối tròn mềm, cực trên có khối rắn, nghe tim thai rõ trên khớp vệ khoảng 20cm, cao TC 26cm, vòng bụng 88cm, không phù, HA: 120/80mmHg.

1. Bạn hãy chẩn đoán sơ bộ tình trạng của chị K, hướng xử trí tiếp theo của chị K là gì?

Gợi ý trả lời:

- *Chẩn đoán sơ bộ: thai 30 tuần, ngôi mông, thai phát triển bình thường vì: dựa vào ngày đầu của kỳ kinh cuối cùng, nhìn TC hình trụ, sờ nắn; cao TC, vòng bụng tương xứng với tuổi thai, không có dấu hiệu TSG.*

- *Hướng xử trí tiếp theo: tư vấn cho chị K sau 1 tháng khám thai tại bệnh viện huyện vì đây là ngôi bất thường, cần quản lý thai nghén ở nơi có điều kiện phẫu thuật.*

2. Sau 2 lần khám thai tại bệnh viện huyện, hôm nay chị K trở lại bệnh viện huyện khám vì đau bụng, ra nước âm đạo đã 6 giờ, gia đình định cho chị đẻ tại nhà vì 2 lần trước chị đẻ rất dễ nhưng vỡ ối đã lâu mà chưa đẻ được gia đình mới đưa chị đến bệnh viện.

Gợi ý trả lời:

Bạn hãy bàn luận tình huống này và xử trí như thế nào? Vì sao?

- *Chị K đã đến viện muộn do chưa biết hoặc chưa hiểu rõ nguy cơ của việc đẻ tại nhà, đặc biệt trong trường hợp ngôi bất thường.*
- *Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án, động viên, giải thích cho chị K và gia đình yên tâm hợp tác, khám toàn thân, khám sản khoa xác định giai đoạn chuyển dạ, phát hiện các yếu tố nguy cơ (nếu có), chú ý nghe tim thai, thăm âm đạo xác định tình trạng ngôi thai xem có sa dây rau hay không, tình trạng nước ối, cho kháng sinh vì ối đã vỡ trên 6 giờ, hồi sức tim thai.*

3. Sau khi thăm khám thấy nhịp tim thai 150 lần/phút, CTC mở 2cm, dày, ối vỡ hoàn toàn, nước ối có phân su, qua CTC thấy chân thai nhi, không sờ thấy dây rau. Hướng xử trí tiếp tục cho chị K là gì? Vì sao?

Gợi ý trả lời:

- *Giải thích cho chị K và gia đình việc cần thiết phải mổ lấy thai vì ngôi mông cộng với một yếu tố để khó là ối vỡ sớm (khi CTC mở 2cm).*
- *Hoàn chỉnh các thủ tục chuẩn bị mổ về hồ sơ bệnh án: biên bản hội chẩn, hướng dẫn ký giấy cam đoan; về người bệnh: vệ sinh vùng bộ phận sinh dục, đặt sonde tiểu dẫn lưu.*

TÌNH HUỐNG 26

Chị T 23 tuổi có thai lần thứ 2, ở xã YL, huyện PL, lần thứ nhất chị mổ lấy thai tại bệnh viện huyện, thai lần này được 5 tháng. Chị đến trạm y tế khám thai lần đầu.

1. Bạn hãy bàn luận về vấn đề thai nghén và quản lý thai nghén của chị T?

Gợi ý trả lời:

- *Ở tuổi 23, chị T đã có thai 2 lần (đẻ dày, đẻ sớm).*
- *Chị T không thực hiện tốt vấn đề quản lý thai nghén vì khi thai được 5 tháng mới khám thai lần đầu, hơn nữa chị T có tiền sử mổ lấy thai lần đầu.*

2. Là bác sỹ ở tuyến xã, bạn thực hiện thăm khám cho chị T về những vấn đề gì giúp chẩn đoán thai nghén, tiên lượng cuộc đẻ?

Gợi ý trả lời:

- *Hỏi bệnh:*

- + Lần trước mổ khi nào? So sánh với thời gian bắt đầu có thai lần này.
- + Lần trước mổ vì lý do gì?
- + Kết quả thai lần trước?
- + Thời gian nằm viện sau mổ?
- + Giấy chứng nhận phẫu thuật (nếu có)?

- *Thăm khám thai lần này:*

- + Ngày đầu của kỳ kinh cuối cùng (nếu BN nhớ); dấu hiệu thai máy, thai đập; bụng to dần hoặc các triệu chứng bất thường như đau bụng, ra huyết âm đạo.
- + Đo chiều cao TC, vòng bụng để đánh giá sự phát triển của thai.
- + Khám vết mổ thành bụng: vị trí? Sẹo mềm phẳng hay răn rúm?

3. Sau khám và hỏi bệnh thấy chị T có thai 23 tuần, thai phát triển bình thường, mổ lần trước cách đây 26 tháng vì ối vỡ sớm, tim thai suy, bé trai nặng 2900g, hiện tại khỏe mạnh. Bạn hãy nêu những nội dung cần tư vấn cho chị T về quản lý thai nghén?

Gợi ý trả lời:

- *Quản lý thai nghén tại tuyến huyện/tỉnh khi thai trên 28 tuần.*
- *Khám thai 1 tháng 1 lần.*
- *Tiêm phòng uốn ván 1 mũi.*

4. Sau thời gian 4 tháng, chị T vào trạm y tế với dấu hiệu đau bụng từng cơn đã được 3 giờ, khám, đã chuyển dạ giai đoạn Ia, CTC mở 2cm, tim thai tốt, ngôi thuận, ối chưa vỡ, trọng lượng thai khoảng 3000g. Bạn hãy bàn luận tình huống này? Bạn sẽ xử trí trường hợp này như thế nào? Theo bạn hướng xử trí của tuyến trên trong trường hợp này như thế nào là phù hợp nhất?

Gợi ý trả lời:

- *Chị T vào viện muộn vì có vết mổ lấy thai cũ khi có dấu hiệu chuyển dạ được 3 giờ mới vào viện, chị nên vào viện sớm chờ để khi đến dự kiến ngày sinh hoặc đến viện ngay khi bắt đầu có dấu hiệu chuyển dạ. Chị T cần đến thẳng bệnh viện huyện/tỉnh, nơi có thể xử trí các trường hợp chuyển dạ có vết mổ cũ ở TC.*

- *Xử trí:*
 - + Động viên, giải thích cho chị T và gia đình cần chuyển tuyến.
 - + Dùng thuốc giảm co bóp TC, tổ chức chuyển tuyến cho chị T đến tuyến có khả năng phẫu thuật, có NVYT đi kèm, bằng các phương tiện nhẹ nhàng nhất.
- *Hướng xử trí phù hợp của tuyến trên là: hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án, chỉ định mổ lấy thai vì sẹo mổ cũ dưới 24 tháng.*

TÌNH HUỐNG 27

Chị B 24 tuổi sau 7 giờ chuyển dạ, vừa sinh cháu gái khỏe mạnh. Sau đẻ đã xử trí tích cực giai đoạn 3, rau và màng rau đủ. Người nữ hộ sinh đỡ đẻ cho chị ở lại bệnh viện theo dõi. Sau khoảng 30 phút, y tá báo với bạn chị B bị chảy máu nhiều.

1. Bạn sẽ làm gì trong tình huống này?

Gợi ý trả lời:

- *Kêu gọi sự giúp đỡ của các NVYT.*
- *Đo các chỉ số sinh tồn, đánh giá tình trạng toàn thân, dấu hiệu của sốc mất máu.*
- *Động viên giải thích cho chị B giảm bớt lo lắng và yên tâm hợp tác.*

2. Khi thăm khám thấy sản phụ mệt, HA 86/60mmHg, mạch 120 lần/phút lâm tím môi hôi. Bạn hãy nhận định tình trạng của chị B? Bạn sẽ làm gì trong tình huống này?

Gợi ý trả lời:

- *Chị B bị shock do chảy máu sau đẻ. Những dấu hiệu để chẩn đoán sốc: vẻ mặt hốt hoảng lo lắng, da xanh tái, vã mồ hôi, mạch >110 lần/phút; HA tối đa dưới 90mmHg, nhịp thở >30 lần/phút.*
- *Xử trí: kích thích TC co bóp bằng xoa đáy TC.*
- *Truyền dịch ringerlactat pha với 10DV oxytocine tốc độ 1lit trong 15 - 20 phút.*
- *Xét nghiệm máu làm Hb đồng thời thử phản ứng chéo, và xét nghiệm đông máu.*

3. Khám thấy TC của chị B mềm, không có cơn co. Bạn sẽ làm gì trong tình huống này?

Gợi ý trả lời:

- *Xoa đáy TC, kích thích TC co bóp đáy hết máu cục ra ngoài.*
- *Thở oxy 6 - 8 lít/phút.*
- *Đặt sonde bàng quang theo dõi lượng nước tiểu.*

- Ủ ấm.
- Kê cao chân.
- Tiếp tục theo dõi mạch, HA và lượng máu mất.

4. Sau 5 phút, khám TC chị B đã co hồi tốt nhưng máu vẫn tiếp tục chảy nhiều. Bạn sẽ làm gì trong tình huống này?

Gợi ý trả lời:

- Khám CTC, âm đạo xem có tổn thương không.
- Đề nghị nữ hộ sinh kiểm tra bánh rau xem có sót rau hay không.

5. Sau khi thăm khám thấy không sót rau và màng rau, CTC có vết rách đang chảy máu nhiều.

Gợi ý trả lời:

- Chuẩn bị khâu vết rách CTC.
- Giải thích động viên chị B.
- Có một nhân viên theo dõi toàn trạng và các chỉ số sinh tồn.

Câu hỏi thảo luận bổ sung: bạn sẽ làm gì khi kiểm tra bánh rau thấy rau sót

- Giải thích cho BN rau bị sót cần can thiệp thủ thuật lấy hết rau còn sót.
- Giảm đau bằng Pethidin hoặc Seduxen tiêm tĩnh mạch.
- Kiểm soát TC bằng tay hoặc bằng dụng cụ.

6. Sau khâu vết rách CTC 45 phút, chị B ngủ thiếp, HA 100/60mmHg, mạch 100 lần/phút, nhịp thở 24 lần/phút. Bạn sẽ làm gì?

Gợi ý trả lời:

- Giảm tốc độ truyền dịch.
- Tiếp tục kiểm tra lượng máu mất.
- Theo dõi mạch, HA.
- Theo dõi lượng nước tiểu qua sonde đạt $\geq 30\text{ml/giờ}$.
- Tiếp tục chế độ theo dõi sản phụ sau đẻ, khuyến khích sản phụ cho con bú.

TÌNH HUỐNG 28

Sản phụ Nguyễn Thị Lâm có thai lần đầu, thai 39 tuần xuất hiện đau bụng kèm theo ra nước âm đạo sau 3 giờ chị Lâm được gia đình đưa đến bệnh viện theo dõi và điều trị.

1. Bạn cần hỏi bệnh, thăm khám gì giúp chẩn đoán bệnh?

Gợi ý trả lời:

- *Hỏi tính chất đau bụng: số cơn co, thời gian mỗi cơn co...*
- *Hỏi tính chất ra nước âm đạo, số lượng, màu sắc, ra nước có liên quan cơn co TC không, thời gian ra nước.*
- *Khám: đánh giá tình trạng ra nước, tình trạng CTC, tình trạng thai: ngôi thai, sự phát triển của thai.*
- *Giải thích động viên chị Lâm và gia đình.*

2. Sau khi thăm khám thấy:

- *Ra nước số lượng vừa, màu trong, chảy ra từ buồng TC.*
- *Cơn co TC tần số 1 - 2.*
- *Thai ngôi đầu, tim thai 140 lần/phút.*
- *Thai phát triển bình thường.*
- *CTC mở 2cm, sờ thấy ngôi thai.*

Bạn hãy xác định tình trạng của chị Lâm? Cần đề xuất thêm xét nghiệm cận lâm sàng nào?

Gợi ý trả lời:

- *Thai 39 tuần chuyển dạ giai đoạn Ia, ối vỡ sớm giờ thứ 3.*
- *Cần làm siêu âm đánh giá lượng nước ối trong TC, tình trạng tim thai ước lượng trọng lượng thai.*
- *Làm xét nghiệm cơ bản (công thức máu, CRP) xem có nhiễm khuẩn không? Các xét nghiệm thường quy khác.*
- *Sử dụng monitoring theo dõi tim thai và ghi biểu đồ tim thai.*

3. Theo bạn có nên mổ lấy thai luôn không?

Gợi ý trả lời:

- *Chưa mổ ngay (tuy nhiên còn phụ thuộc vào tình trạng mẹ, thai, các yếu tố nguy cơ khác).*

4. Sau 30 phút nhập viện: kết quả siêu âm và monitoring: biểu đồ tim thai bình thường, tim thai 146 lần/phút, con co TC tần số 1 - 2 sản phụ đau ít, trọng lượng thai ước lượng 3000g, khám khung chậu mẹ bình thường, bạn làm gì để thúc đẩy quá trình chuyển dạ? Vì sao?

Gợi ý trả lời:

- *Truyền oxytocin, vì chuyển dạ ối vỡ sớm, con co TC thưa yếu, khung chậu và thai nhi tương xứng, không có suy thai.*

5. Bạn hãy ra chỉ định xử trí, và theo dõi cho chị Lâm?

Gợi ý trả lời:

- *Pha 5 UI oxytocin với 500ml huyết thanh ngọt đẳng trương 5%, truyền với tốc độ 5 đến 7 giọt/phút.*
- *Lập bảng theo dõi truyền oxytocin, điều chỉnh tốc độ truyền cho cơn co TC phù hợp với giai đoạn chuyển dạ.*
- *Theo dõi mạch, HA, cơn co TC, nhịp tim thai, độ xóa mờ CTC, độ tiến triển của ngôi.*
- *Không nên truyền quá 3 giờ*
- *Nếu tim thai suy ngừng truyền và chỉ định mổ lấy thai*
- *Nếu cơn co TC mạnh mà không điều chỉnh tốc độ truyền phải ngừng truyền và mổ lấy thai.*

TÌNH HUỐNG 29

Thai phụ Hoàng Thị M, 28 tuổi, có thai lần 2.

Đến khám với lý do:

- Thai đôi hơn 7 tháng;
- Phù nhẹ 2 chân;
- Đau tức bụng;
- Mệt mỏi.

1. Bạn cần hỏi bệnh, thăm khám gì giúp chẩn đoán bệnh và phát hiện các yếu tố nguy cơ

Gợi ý trả lời:

- *Khai thác những triệu chứng thai đôi, để theo dõi sức khỏe mẹ và sự phát triển của thai.*

- *Hỏi tính chất phù: thời điểm xuất hiện phù, vị trí, liên quan phù với vận động nghỉ ngơi, ăn nhạt, mệt mỏi, đau đầu, số lần và số lượng tiểu...*
- *Hỏi tính chất đau, tức bụng: đau lâm dâm, đau liên tục hay đau thành cơn...*
- *Hỏi tính chất mệt mỏi, mệt mỏi thường xuyên hay tùy lúc. Mệt nhiều khi gắng sức... mệt mỏi có liên quan tới nghỉ ngơi thì đỡ hoặc nằm gối cao đầu đỡ hơn...*

2. Kết quả khám thấy:

- *Lâm sàng: HA 115/85mmHg, phù nhẹ 2 chi dưới, sờ nắn rõ có 2 cục đầu, nghe có 2 ổ tim thai...*
- *Khám siêu âm, có 2 thai, dư ối...*
- *Xét nghiệm có thiếu máu nhẹ (Hb 10,5g/Dl, MCH 26pg, thăm dò tim phổi giới hạn bình thường... Protein niệu có vết...).*

Gợi ý trả lời:

Chẩn đoán thai đôi phát triển, dư ối, hiện tại mẹ và con ổn định, kèm theo:

- *Phù chèn ép.*
- *Không có nhiễm độc thai nghén.*
- *Thiếu máu nhẹ nhược sắc.*

3. Yêu cầu khám và xác định thêm?

Gợi ý trả lời:

- *Theo dõi sát sự phát triển của 2 thai, tình trạng nước ối*
- *Xin khám tuyến trên xác định thai đôi 1 noãn hay 2 noãn, dư ối...*

4. Không phát hiện thấy bệnh lý phù, mệt mỏi và khó thở khi gắng sức.

Gợi ý trả lời:

Tư vấn thai phụ yên tâm, tiếp tục duy trì thói quen ăn uống, bồi dưỡng thật tốt, vận động hợp lý...

- *Nằm đầu cao.*
- *Theo dõi HA 1 lần/ngày, nếu HA tăng bất thường đến viện ngay.*
- *Mỗi 3 - 5 tuần khám và XN lại 1 lần...*
- *Ăn uống bồi dưỡng tốt vì có thai đôi, uống viên sắt đầy đủ...*

TÌNH HUỐNG 30

BN S. 36 tuổi, có thai lần thứ nhất. Đến khám bệnh với lý do thai 8 tháng nặng 2 chân, đau đầu.

1. Bạn cần hỏi bệnh, thăm khám gì giúp chẩn đoán bệnh?

Gợi ý trả lời

- *Hỏi quá trình thai nghén: ngày kinh cuối cùng, quá trình phát triển thai nghén, đã khám thai mấy lần, ở đâu...*
- *Hỏi tiền sử bệnh lý trước khi có thai đặc biệt bệnh lý về thận, HA cao...*
- *Hỏi thời gian xuất hiện, tính chất của phù, liên quan đến chế độ nghỉ ngơi, ăn uống..., vị trí, tính chất của đau đầu, các dấu hiệu kèm theo về màng não và não: buồn nôn, co giật...*
- *Khám: đánh giá tình trạng phù, đo HA, xét nghiệm nước tiểu tìm protein niệu. Khám đánh giá tình trạng thai: đo chiều cao TC, nghe tim thai...*

2. Sau khi thăm khám thấy: phù hai chân không liên quan đến chế độ nghỉ ngơi, HA 150/100mmHg, nước tiểu kết tủa ở nhiệt độ sôi. Thai: ngôi thuận, tim thai 140 lần/phút, thai phát triển bình thường. Bạn nghĩ tới BN bị bệnh gì?

Gợi ý trả lời

- *Tiền sản giật*

3. Nếu BN được chẩn đoán là TSG thể trung bình. Theo bạn biện pháp điều trị nào được áp dụng cho BN.

Gợi ý trả lời:

- *BN cần được theo dõi và điều trị tại bệnh viện*
- *Điều trị nội khoa: an thần, lợi tiểu, hạ áp, chống phù não, kháng sinh...*
- *Tiếp tục theo dõi đánh giá hiệu quả điều trị TSG và sự phát triển của thai*
- *Đình chỉ thai nghén hoặc tiếp tục theo dõi đến khi đủ tháng tùy theo đáp ứng điều trị nội khoa.*

4. Những vấn đề cần tư vấn cho người bệnh để đề phòng TSG

Gợi ý trả lời:

- *Điều trị tích cực bệnh thận, bệnh thiếu máu trước khi có thai.*
- *Bổ sung acid folic trong thời kỳ có thai, tránh lạnh, không ăn quá mặn, tránh các thức ăn dị ứng...*
- *Thận trọng khi sử dụng các loại thuốc trong khi mang thai.*
- *Quản lý thai nghén chặt chẽ tại cơ sở y tế.*

TÌNH HUỐNG 31

Tình huống: chị M 40 tuổi đã có 2 con, mấy tháng gần đây chị thấy đau tức nặng vùng bụng dưới, kèm theo hay táo bón. Mấy chu kỳ kinh nguyệt gần đây kéo dài, rong huyết. Thấy vậy chị đã đi khám.

1. Bạn là bác sỹ tiếp nhận, bạn sẽ làm gì?

Gợi ý trả lời:

- *Hỏi tính chất đau bụng: vị trí, tính chất, hướng lan, liên quan của đau bụng với chế độ nghỉ ngơi, dấu hiệu kèm theo với đau bụng: ra huyết, mệt mỏi...*
- *Hỏi tiền sử kinh nguyệt.*
- *Khám: đánh giá tình trạng CTC, TC và phần phụ hai bên.*

2. Sau khi thăm khám thấy: TC to bằng thai 2 tháng, mật độ chắc, gồ ghề. CTC không viêm, âm đạo có ít khí hư loãng. Bạn nghĩ tới BN bị bệnh gì? Cần phân biệt với bệnh gì?

Gợi ý trả lời:

- *Nghĩ tới u xơ TC*
- *Phân biệt với: u nang buồng trứng, có thai.*

3. Cần đề xuất thêm xét nghiệm cận lâm sàng nào?

Gợi ý trả lời:

- *Siêu âm TC phần phụ.*
- *Xét nghiệm công thức máu.*

4. Kết quả siêu âm: TC kích thước to hơn bình thường, mặt sau TC có 1 khối tăng âm vang kích thước 5 x 6cm, niêm mạc TC mỏng, phần phụ 2 bên bình thường. CTM: Hồng cầu 3,2 triệu, huyết sắc tố 80g/l

Bạn cho biết bệnh đã gây biến chứng gì?

Gợi ý trả lời:

- *Chèn ép.*
- *Thiếu máu.*

5. Bạn cho hướng xử trí và nêu lý do mà bạn chọn

Gợi ý trả lời

- *Phẫu thuật.*
- *Lý do: BN đã đủ con.*

- Kích thước khối u to.
- Đã có biến chứng chèn ép.
- Có biến chứng thiếu máu.

TÌNH HUỐNG 32

Chị L 29 tuổi, đã có 1 con 5 tuổi. Cách đây 2 ngày chị khám sức khỏe ở cơ quan, qua siêu âm phát hiện ở buồng trứng phải có khối trống âm kích thước 40x45cm. Chị rất lo lắng, đến phòng khám của bệnh viện huyện khám và xin mổ.

1. Bạn là bác sỹ chuyên khoa Sản tại phòng khám, bạn cần thăm khám những nội dung gì và tư vấn cho chị L như thế nào?

Gợi ý trả lời:

- Hỏi bệnh tiền sử kinh nguyệt của chị L, dấu hiệu đau tức bụng, sức khỏe nói chung, ăn uống, đại tiểu tiện, hiện tại ngày thứ mấy của vòng kinh? Đã từng siêu âm phát hiện khối u lần nào chưa?
- Với khối u buồng trứng kích thước < 5cm, mới phát hiện, nếu chưa gây biến chứng gì kèm theo, khuyên chị L theo dõi siêu âm lại sau 1 tháng để đánh giá tiến triển khối u.

2. Sau 1 tháng chị L trở lại phòng khám theo hẹn, bạn sẽ hỏi bệnh và chỉ định theo dõi gì cho chị L?

Gợi ý trả lời:

- Hỏi diễn biến các triệu chứng của phần 1 xem có tiến triển gì khác thường không.
- Chỉ định siêu âm tiểu khung cho chị L, so sánh kết quả với lần siêu âm trước.

3. Kết quả thăm khám sức khỏe của chị L vẫn bình thường đã có kinh nguyệt và sạch kinh được 3 ngày, siêu âm không phát hiện khối u tại buồng trứng. Bạn giải thích tình huống này và tư vấn cho chị L?

Gợi ý trả lời:

- Đây là trường hợp u cơ năng vì tiến triển nhanh, tự khối sau 1 vài tháng, không ảnh hưởng tới sức khỏe của chị L, không gây triệu chứng cơ năng gì.
- Động viên, chúc mừng chị L không mắc bệnh, khuyên chị khám phụ khoa định kỳ để phát hiện sớm bệnh lý.

TÌNH HUỐNG 33

Chị V 30 tuổi, có 2 con, kinh nguyệt không đều, gần đây chị thấy bụng to, tức nặng, chị nghĩ mình tăng cân. Đồng nghiệp nghĩ chị có thai và khuyên chị đi khám. Chị đến cơ sở y tế khám.

1. Là bác sỹ chuyên khoa Sản ở phòng khám, bạn sẽ thăm khám và đề xuất những xét nghiệm gì giúp chẩn đoán cho chị L?

Gợi ý trả lời:

- *Hỏi kỹ tình hình kinh nguyệt: tính chất kinh nguyệt, ngày có kinh cuối cùng, tiền sử kinh nguyệt (rong kinh, rong huyết, đau bụng, mất kinh)*
- *Tình hình sử dụng các BPTT.*
- *Khám bụng.*
- *Khám phụ khoa xác định tình trạng âm đạo, CTC, TC, phần phụ 2 bên.*
- *Siêu âm TC phần phụ xác định tình trạng TC, buồng trứng 2 bên, cùng đồ.*
- *Siêu âm ổ bụng xác định thận và các khối u khác trong ổ bụng.*
- *Xét nghiệm HCG nếu kinh nguyệt không đều hoặc có chậm kinh.*

2. Sau khi thăm khám, hỏi bệnh, xét nghiệm thấy:

Gợi ý trả lời:

- *Tiền sử kinh nguyệt bình thường, đau bụng khi hành kinh.*
- *Sắp đến ngày kinh.*
- *Bụng mềm, vùng hạ vị có khối căng, di động được.*
- *Thăm âm đạo: CTC bình thường. Tiểu khung có 1 khối di động được, biệt lập với TC.*
- *Siêu âm cạnh TC có vùng trống âm đồng nhất, kích thước 60 x 80mm, không có vách, cùng đồ không có dịch.*
- *HCG âm tính.*

3. Bạn nghĩ BN bị bệnh gì? Vì sao? Bạn có cần phân biệt với các bệnh lý gì khác?

Gợi ý trả lời:

- *U buồng trứng vì vùng hạ vị có khối căng, di động được, thăm âm đạo khối u di động biệt lập với TC, siêu âm có vùng trống âm đồng nhất, kích thước 60 x 80mm.*
- *U xơ tử cung vì có đau bụng khi hành kinh, khối u ở vùng tiểu khung.*

4. Nếu BN được chẩn đoán là u buồng trứng. Hướng xử trí là gì? Vì sao?

Gợi ý trả lời:

- *Phẫu thuật cắt khối u vì u thực thể, kích thước 60 x 80 mm. Khi phẫu thuật có thể cắt buồng trứng vì chị V đã có 2 con.*
- *Cần xem xét tổn thương kèm theo, buồng trứng bên đối diện.*
- *Sau phẫu thuật gửi bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh để tư vấn theo dõi, điều trị tiếp cho BN.*

TÌNH HUỐNG 34

Chị S 35 tuổi, là công nhân nhà máy may, chị phải làm ca 12 giờ/ngày. Chị đã có 2 con, tiền sử hút thai 2 lần. Gần đây chị cảm thấy khó chịu vì khí hư ra nhiều hơn, không có mùi nhưng ngứa. Chị đã hỏi bạn bè và tự mua thuốc điều trị nhưng không đỡ, sau nhiều lần cân nhắc hôm nay chị quyết định đến khám tại cơ sở y tế.

1. Bạn cần hỏi thêm gì về tiền sử, bệnh sử, khám và đề xuất những xét nghiệm gì giúp chẩn đoán xác định, chẩn đoán nguyên nhân, chẩn đoán phân biệt?

Gợi ý trả lời:

- *Hỏi tiền sử:*
 - + *Thói quen vệ sinh sinh dục.*
 - + *Tính chất dịch thể bệnh lý bạn bè cùng cơ quan, trong gia đình.*
 - + *Tiền sử điều trị bệnh lý đường sinh dục.*
 - + *BPTT đang sử dụng.*
 - + *Tính chất khí hư.*
- *Khám phụ khoa đánh giá tính chất dịch âm đạo, tổn thương ở âm đạo, CTC bằng Lugol.*
- *Đề xuất xét nghiệm soi tươi, nhuộm dịch âm đạo tìm căn nguyên: nấm, trùng roi, tạp khuẩn, lậu cầu...*

2. Sau khám và làm xét nghiệm, kết quả:

- *Chị S đang sử dụng BPTT đặt DCTC được 18 tháng.*
- *Thỉnh thoảng vệ sinh, thay khó trong những ngày hành kinh tại phân xưởng. Một số chị em trong phân xưởng cũng phàn nàn giống chị S.*
- *Chồng chị S vẫn khỏe mạnh, không có biểu hiện khác thường ở đường sinh dục.*

- Khám khí hư trắng, đặc dính, bám vào thành âm đạo và cùng đồ.
- Soi tươi có hình ảnh sợi, có đốt, chồi nhỏ xen lẫn bạch cầu.

Bạn đưa ra hướng chẩn đoán cho chị S và giải thích?

Gợi ý trả lời:

- Viêm âm đạo do nấm vì:
 - + Điều kiện vệ sinh, yếu tố dịch tễ;
 - + Tính chất khí hư;
 - + Kết quả xét nghiệm soi tươi.

3. Nếu chị S được chẩn đoán là viêm âm đạo do nấm, bạn hãy kê đơn và hướng dẫn cách điều trị cho chị S?

Gợi ý trả lời:

- Nistatin, hoặc Sporal x 7 viên.
- Đặt âm đạo 1 viên/ngày vào buổi tối trước khi đi ngủ.
- Vệ sinh đường sinh dục bằng nước chín, dùng chậu riêng.
- Giặt đồ lót riêng, phơi chỗ thoáng, có ánh nắng.
- Sử dụng BPTT bằng bao cao su trong thời gian điều trị.
- Sau điều trị 1 tuần khám lại.

TÌNH HUỐNG 35

Chị M 25 tuổi, làm ruộng. Chị đã có 1 con, tiền sử hút thai 1 lần. Gần đây chị cảm thấy khó chịu vì khí hư ra nhiều, mùi hôi, không ngứa. Chị đã hỏi hàng xóm và rửa, ngâm bộ phận sinh dục bằng 1 số loại thuốc lá nhưng không đỡ, sau nhiều lần do dự, hôm nay chị quyết định đến khám tại cơ sở y tế.

1. Bạn cần hỏi thêm gì về tiền sử, bệnh sử, khám và đề xuất những xét nghiệm gì giúp chẩn đoán xác định, chẩn đoán nguyên nhân, chẩn đoán phân biệt?

Gợi ý trả lời:

- Hỏi tiền sử:
 - + Thói quen vệ sinh sinh dục;
 - + Tính chất dịch tễ bệnh lý trong gia đình;
 - + Tiền sử điều trị bệnh lý đường sinh dục;

- + BPTT đang sử dụng;
- + Tính chất khí hư.
- Khám phụ khoa đánh giá tính chất dịch âm đạo, tổn thương ở âm đạo, CTC bằng Lugol.
- Đề xuất xét nghiệm soi tươi, nhuộm dịch âm đạo tìm căn nguyên: Nấm, trùng roi, tạp khuẩn, lậu cầu...

2. Sau khám và làm xét nghiệm, kết quả:

- Chị M không sử dụng BPTT nào.
- Nước sinh hoạt hàng ngày là nước máy, đựng trong vại, không có nắp đậy.
- Chồng chị S vẫn khỏe mạnh, không có biểu hiện khác thường ở đường sinh dục.
- Khám khí hư trắng đục hoặc vàng nhạt, loãng, nhiều bọt.
- Soi tươi có hình ảnh vi khuẩn hình hạt chanh, có đuôi, di động, xen lẫn bạch cầu.

Bạn đưa ra hướng chẩn đoán cho chị S và giải thích?

Gợi ý trả lời:

- Viêm âm đạo do trùng roi vì:
 - + Điều kiện vệ sinh, yếu tố dịch tễ.
 - + Tính chất khí hư.
 - + Kết quả xét nghiệm soi tươi

3. Nếu chị M được chẩn đoán là viêm âm đạo do trùng roi, bạn hãy kê đơn và hướng dẫn cách điều trị cho chị M?

Gợi ý trả lời:

- Metronidazol 500mg uống 4 viên/ngày trong 7 ngày.
- Đặt âm đạo 1 viên/ngày vào buổi tối trước khi đi ngủ.
- Điều trị cho chồng nếu có dấu hiệu tăng tiết dịch niệu đạo.
- Vệ sinh đường sinh dục bằng nước chín, dung chậu riêng.
- Giặt đồ lót riêng, phơi chỗ thoáng, có ánh nắng.
- Sử dụng BPTT bằng bao cao su trong thời gian điều trị.
- Sau điều trị 1 tuần khám lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn Phụ Sản Trường Đại học Y Hà Nội** (1996), Thủ thuật sản - phụ khoa, *Nhà xuất bản Y học*.
2. **Bộ Y tế** (2007), Sản phụ khoa, *Nhà xuất bản Y học*.
3. **Phan Trường Duyệt** (1998), Phẫu thuật sản phụ khoa, *Nhà xuất bản Y học*.
4. **Phan Trường Duyệt, Đinh Thế Mỹ** (2001), Lâm sàng sản phụ khoa, *Nhà xuất bản Y học*.
5. **Phan Hiếu** (1994), Cấp cứu sản phụ khoa, *Nhà xuất bản Y học*.
6. **Đinh Văn Thắng** (1976), Thủ thuật và phẫu thuật sản phụ khoa, *Nhà xuất bản Y học*.