

SỞ Y TẾ THÁI BÌNH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỲNH PHỤ



QUY TRÌNH KỸ THUẬT
CHUYÊN NGÀNH SẢN PHỤ KHOA
QT.SPK.01 – 50

(QĐ số 1637/QĐ- BVĐK ngày 07/11/2024)

	Người viết	Người kiểm tra	Người phê duyệt
Họ và tên	BSCKI: Nguyễn Hải Phong BS Phạm Thị Hường	Trưởng khoa BSCKI Vũ Văn Nhân	GIÁM ĐỐC BS CKII Nguyễn Đông Dương

BVĐK QUỖNH PHỤ	QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHUYÊN NGÀNH SẢN PHỤ KHOA	Mã tài liệu: QT.SPK.01- 50 Ngày ban hành: 07/11/2024 Lần ban hành: Lần 2.0
---------------------------	---	---

1. Người có liên quan phải nghiên cứu và thực hiện đúng các nội dung của quy trình này.

2. Nội dung trong quy trình này có hiệu lực thi hành như sự chỉ đạo của Giám đốc bệnh viện.

3. Mỗi đơn vị được phát 01 bản (có đóng dấu kiểm soát). Các đơn vị khi có nhu cầu bổ sung thêm tài liệu, đề nghị liên hệ với phòng QLCL để có bản đóng dấu kiểm soát.

NƠI NHẬN

x	Giám đốc	x	Khoa Ngoại – CT	x	Khoa Nội
x	Phó giám đốc	x	Khoa Sản Phụ	x	Khoa HSCCĐ- TNT
x	Phòng KHN	x	Khoa Mắt	x	Khoa Nhi
x	Phòng Điều dưỡng	x	Khoa TMH	x	Khoa Đông y
x	Phòng QLCL&CTXH	x	Khoa RHM	x	Khoa Truyền nhiễm

THEO DÕI TÌNH TRẠNG SỬA ĐỔI (tình trạng sửa đổi so với bản trước đó)

Trang	Hạng mục sửa đổi	Tóm tắt nội dung hạng mục sửa đổi
.....		

QĐ số 1637/QĐ-BVĐK, ngày ban hành 07/11/2024

Trang ii

SỞ Y TẾ TỈNH THÁI BÌNH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỲNH PHỤ

Số: 1637/QĐ-BVĐK

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Quỳnh Phụ, ngày 07 tháng 11 năm 2024

QUYẾT ĐỊNH

V/v Ban hành Quy trình kỹ thuật chuyên ngành sản phụ khoa

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỲNH PHỤ

Căn cứ Luật khám chữa bệnh số 15/2023/QH15

Căn cứ Quyết định số 457/2022/QĐ-UBND ngày 01/3/2022 của UBND tỉnh Thái Bình quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bệnh viện đa khoa huyện Quỳnh Phụ trực thuộc Sở y tế;

Thông tư số 32/2023/TT-BYT TT quy định chi tiết một số điều của Luật khám bệnh, chữa bệnh;

Quyết định 3023/QĐ- BYT Ngày 28/7/2023 về việc ban hành đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh;

Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản;

Căn cứ các thông tư, quyết định, hướng dẫn và các văn bản hiện hành có liên quan;

Căn cứ họp hội đồng khoa học kỹ thuật ngày 18/ 9/2024;

Theo đề nghị của Trưởng phòng QLCL&CTXH - Bệnh viện đa khoa Quỳnh Phụ;

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1: Ban hành kèm theo quyết định này Quy trình chuyên ngành Sản phụ khoa gồm 50 quy trình kỹ thuật (QT.SPK. 01-50) có danh mục kèm theo;

Điều 2: Các Quy trình chuyên ngành Phụ Sản - áp dụng tại bệnh viện đa khoa Quỳnh Phụ.

Điều 3: Khoa Sản phụ và các khoa, phòng liên quan có trách nhiệm triển khai và nghiêm túc thực hiện các quy trình này.

Quyết định này có hiệu lực từ ngày ký và thay thế các văn bản trước đó.

Nơi nhận:

- BGĐ (b/c)
- Các khoa/phòng (T/h)
- Lưu VT. QLCL

GIÁM ĐỐC

Nguyễn Đông Dương

I. MỤC ĐÍCH:

Quy trình này thống nhất cách bước thực hiện quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh thực hiện tại Sản phụ khoa - Bệnh viện đa khoa Quỳnh Phụ.

II. PHẠM VI ÁP DỤNG

Áp dụng tại khoa Phụ Sản - Bệnh viện đa khoa Quỳnh Phụ

III. TÀI LIỆU VIỆN DẪN:

- Quy chế bệnh viện ban hành kèm theo quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế, số 1895/1997/BYT-QĐ, ngày 19 tháng 09 năm 2001;
- Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện;
- Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản.
- Quyết định số 1351/1999 /QĐ-BYT ngày 04/5/1999 của Bộ Y tế về hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện tập I
- Quyết định số 4590/2000//QĐ-BYT ngày 19/02/2000 của Bộ Y tế về hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện tập II
- Quyết định số 3715/QĐ-BYT ngày 10/10/2005 của Bộ Y tế về hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện tập III

IV. THUẬT NGỮ VÀ TỪ VIẾT TẮT

a. Giải thích thuật ngữ: không có

b. Từ viết tắt:

- | | |
|---------|-------------------|
| - BYT: | Bộ Y tế |
| - CLS: | Cận lâm sàng |
| - DD: | Điều dưỡng |
| - HSBA: | Hồ sơ bệnh án |
| - KHCS: | Kế hoạch chăm sóc |
| - LS: | Lâm sàng |
| - NB: | Người bệnh |

DANH MỤC QUY TRÌNH CHUYÊN NGÀNH SẢN PHỤ KHOA
(Ban hành theo quyết định số 1637/QĐ- BVĐK ngày 07 tháng 11 năm 2024
của Giám đốc BVĐK Quỳnh Phụ)

01. XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN III CUỘC CHUYỂN ĐẠ (13.35).....	1
02. CẮT VÀ KHÂU TẦNG SINH MÔN (13.34)	3
03. KHÂU PHỤC HỒI RÁCH ÂM ĐẠO (13.30).....	5
04. KHÂUPHỤC HỒI RÁCH CỔ TỬ CUNG (13.30).....	7
05. ĐỖ ĐẼ THƯỜNG NGÔI CHỖM (13.33)	8
06 Đỡ đẻ ngôi ngược (*) (13.24).....	12
07. ĐỖ ĐẼ TỪ SINH ĐÔI TRỞ LÊN (13.26).....	16
08. BÓC RAU NHÂN TẠO (13.38).....	18
09. KIỂM SOÁT TỬ CUNG (13.37).....	20
10. NẠO SÓT THAI, NẠO SÓT RAU SAU SẤY, SAU ĐẼ (13.49).....	22
11. KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG (13.52).....	24
12. PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG VÀ THẮT ĐỘNG MẠCH HẠ VỊ.....	26
DO CHẢY MÁU THỨ PHÁT SAU PHẪU THUẬT SẢN KHOA (13.10)	26
13. BÓC NHÂN XƠ VÚ.....	27
14. TRÍCH ÁP XE VÚ (13.163)	29
15. PHẪU THUẬT MỎ BỤNG CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN (13.70)	31
16. PHẪU THUẬT MỎ BỤNG CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN (13.68).....	32
17. PHẪU THUẬT MỎ BỤNG BÓC U XƠ TỬ CUNG (13.71).....	34
18. PHẪU THUẬT MỎ BỤNG.....	36
CẮT U BUỒNG TRỨNG HOẶC CẮT PHẦN PHỤ (13.72)	36
19. PHẪU THUẬT NỘI SOI BÓC U XƠ TỬ CUNG (13.65).....	38
20. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U BUỒNG TRỨNG VÀ PHẦN PHỤ (13.83).....	41
21. PHẪU THUẬT NỘI SOI THAI NGOÀI TỬ CUNG CHƯA VỠ (13.90).....	43
22. PHẪU THUẬT NỘI SOI XỬ TRÍ VIÊM PHÚC MẠC TIỂU KHUNG, ...	46
VIÊM PHẦN PHỤ, Ứ MỦ VỎI TRỨNG (13.73).....	46
23. PHẪU THUẬT NỘI SOI	48
LẤY DỤNG CỤ TỬ CUNG TRONG Ổ BỤNG (13.221)	48
24. PHẪU THUẬT NỘI SOI TRIỆT SẢN NỮ (13.223)	50
25. PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN ĐẦU (13.7)	52
26. PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN HAI TRỞ LÊN (13.2)	54
27. PHẪU THUẬT LẤY THAI DO BỆNH LÝ SẢN KHOA(RAU TIỀN ĐẠO, RAU BONG NON, TIỀN SẢN GIẬT, SẢN GIẬT) (13.5).....	56
28. PHẪU THUẬT LẤY THAI CÓ KÈM CÁC KỸ THUẬT CẦM MÁU.....	58
(thắt động mạch tử cung, mũi khâu B – lynch) (13.8).....	58
29. CHỌC DÒ TÚI CÙNG DOUGLAS (13.160)	61
30. SOI CỔ TỬ CUNG (13.166)	62

31. LẤY KHỐI MÁU TỤ ÂM ĐẠO, TÀNG SINH MÔN (13.32).....	63
32. TRÍCH ÁP XE TUYẾN BARTHOLIN (13.151)	65
33. QUY TRÌNH PHẪU THUẬT CHỮA NGOÀI TỬ CUNG VỖ CÓ CHOÁNG(13.91).....	66
34. PHẪU THUẬT CHỮA NGOÀI TỬ CUNG KHÔNG CÓ CHOÁNG(13.92).....	68
35. KHÂU RÁCH CÙNG ĐỒ ÂM ĐẠO (13.149).....	70
36. Phẫu thuật làm lại tầng sinh môn và cơ vòng do rách phức tạp	72
37. BÓC NANG TUYẾN BARTHOLIN (13.152)	74
38. NẠO HÚT THAI TRỨNG (13.158).....	76
39. HÚT BUỒNG TỬ CUNG DO RONG KINH RONG HUYẾT (13.157)	78
40. PORCEPS (13.27).....	80
41. TẮM SƠ SINH (13.198).....	82
42. CHĂM SÓC RÓN SƠ SINH (13.197).....	84
43. HỒI SỨC SƠ SINH NGẠT SAU SINH (13.201)	85
44. PHÁ THAI TỪ TUẦN 6 ĐẾN HẾT 12 TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT CHÂN KHÔNG (13.238)	88
45. ĐẶT VÀ THÁO DỤNG CỤ TỬ CUNG (13.228)	90
46. THỦ THUẬT XOẢN POLIP CỔ TỬ CUNG, ÂM ĐẠO (13.144).....	93
47. QUY TRÌNH TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG LAO.....	94
48. QUY TRÌNH KHÁM THAI (13.41).....	111
49 PHẪU THUẬT NỘI SOI THAI NGOÀI TỬ CUNG VỖ (13.88)	115
50. QUY TRÌNH KỸ THUẬT HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG BẰNG MÁY PLASMAMED.....	118
MỔ BÓC NHÂN XƠ VÚ 03.2736.0591	120
MỔ BÓC NHÂN XƠ VÚ 12.0268.0591	122
18A. Phẫu thuật mở bụng cắt u buồng trứng hoặc cắt phần phụ [gây tê] 13.0072.0683_GT	124
34A. Phẫu thuật chữa ngoài tử cung không có choáng [gây tê] 13.0092.0683_GT.....	126
25A. Phẫu thuật lấy thai lần đầu [gây tê] 13.0007.0671_GT	128
26A. Phẫu thuật lấy thai lần hai trở lên [gây tê] 13.0002.0672_GT.....	130
27A. Phẫu thuật lấy thai do bệnh lý sản khoa (rau tiền đạo, rau bong non, tiền sản giật, sản giật...) [gây tê] 13.0005.0675_GT.....	132
17A. Phẫu thuật mở bụng bóc u xơ tử cung [gây tê] 13.0071.0679_GT	134
15A. Phẫu thuật mở bụng cắt tử cung bán phần [gây tê] 13.0070.0681_GT	136
18A. Phẫu thuật mở bụng cắt u buồng trứng hoặc cắt phần phụ [gây tê] 03.2732.0683_GT	138
35A. Khâu rách cùng đồ âm đạo[gây tê] 03.2263.0624_GT.....	140
31A. Lấy khối máu tụ âm đạo, tầng sinh môn[gây tê] 13.0032.0632_GT	142
28A. Phẫu thuật lấy thai có kèm các kỹ thuật cầm máu (thắt động mạch tử cung, mũi khâu B-lynch...)[gây tê] 13.0008.0670_GT	144
16A. Phẫu thuật mở bụng cắt tử cung hoàn toàn[gây tê] 13.0068.0681_GT	147

01. XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN III CUỘC CHUYỂN DẠ (13.35)

1. ĐẠI CƯƠNG	Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ là các thao tác chủ động của người đỡ đẻ tác động giai đoạn sau khi sổ thai để giúp rau bong và sổ ra ngoài nhanh hơn, nhằm phòng ngừa chảy máu sau đẻ
2. CHỈ ĐỊNH	Cho mọi trường hợp đẻ đường dưới, khi thai vừa mới sổ ra ngoài và chắc chắn không còn thai nào trong tử cung.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	Rau bám chặt, nghi ngờ rau cài răng lược, rau tiền đạo...
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sĩ, hộ sinh đỡ đẻ b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	- Oxytocin 10 đv, các thuốc tăng co, cầm máu khác, thuốc tiền mê, giảm đau
5.3. Vật tư	- Bơm tiêm 5ml, 10ml, dây truyền, kim lườn số lượng tùy tình hình - Găng tay vô khuẩn
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- 01 bộ dụng cụ đỡ đẻ, 01 bộ dụng cụ kiểm tra cổ tử cung - Săng vô khuẩn, gạc thấm máu, povidin...
5.5. Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...: Giải thích công việc sẽ tiến hành để lấy rau sau khi thai ra ngoài cho sản phụ yên tâm và hợp tác với nhân viên y tế
5.6. Hồ sơ bệnh án	- Bệnh án sản khoa theo quy định, có khám lâm sàng và xét nghiệm, siêu âm, điện tim, giấy tờ liên quan đầy đủ
5.7. Thời gian	5-10 phút
5.8. Địa điểm	Tại phòng đẻ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: tư thế sản khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: Bệnh án đầy đủ xét nghiệm - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật - Thì 1. Sử dụng ngay Oxytocin: - Sau khi sổ thai, trẻ khóc tốt đặt trẻ lên bụng người mẹ đã được trải sẵn sàng và hai tay người mẹ ôm lấy trẻ. - Người phụ đỡ đẻ sờ nắn bụng sản phụ để chắc chắn không còn thai trong tử cung. - Người phụ đỡ đẻ tiến hành tiêm bắp 10 đơn vị Oxytocin vào mặt trước đùi sản phụ. - Chỉ sau khi đã tiêm Oxytocin, người đỡ đẻ tiến hành cặp dây rốn và cắt rốn cho trẻ. Khi cặp dây rốn chú ý cặp sát vào âm hộ sản phụ. - Người phụ đỡ đẻ đưa trẻ ra bàn làm rốn và chăm sóc trẻ, nhanh chóng lau khô, hút nhớt, làm rốn, quấn tã lót và đưa trẻ cho sản phụ để cho bú sớm nếu thích hợp. - Thì 2. Kéo dây rốn có kiểm soát để lấy rau: - Người đỡ đẻ đứng bên cạnh hoặc ở giữa hai chân sản phụ thực hiện các công việc sau: - Đặt bàn tay lên bụng dưới sản phụ đánh giá co hồi tử cung. Chỉ khi tử cung đã co lại tốt (chắc như trái bưởi) mới thực hiện các bước tiếp theo. - Một tay cầm panh và dây rốn. Giữ căng dây rốn. Bàn tay còn lại đặt lên bụng sản phụ ngay vùng trên xương vẹo, giữ và ấn tử cung theo hướng ngược lên về phía xương ức trong khi tay cầm panh kẹp dây rốn kéo với lực vừa phải và kéo theo hướng của cơ chế đẻ (lúc đầu kéo xuống, tiếp đến kéo ngang và cuối cùng kéo lên). Động tác này nhằm đề phòng lộn tử cung và để rau sổ theo hướng độ cong của khung chậu.

	- Khi bánh rau đã ra đến lỗ ngoài âm đạo thì tay giữ dây rốn hạ thấp xuống cho trọng lượng bánh ra kéo màng ra theo. Nếu màng không ra thì hai tay người đỡ giữ bánh rau xoắn theo 1 chiều để màng rau thoát ra ngoài. - Nếu kéo dây rốn trong 30 - 40 giây mà bánh rau không tụt xuống thấp (nghĩa là không có dấu hiệu bong rau) thì dừng lại không tiếp tục kéo dây rốn nữa. - Lúc này chỉ giữ dây rốn và chờ đến lúc tử cung co bóp trở lại. - Tiếp tục lặp lại động tác kéo dây rốn vừa phải cùng với ấn ngược tử cung khi có cơn co. - Khi kéo, nếu thấy dây rốn dài ra, khó thao tác có thể cuộn dây rốn vào panh (kẹp dây rốn) cho ngắn lại, nếu cần thiết thì dùng panh cặp lại dây rốn sát vào âm hộ. Chú ý: - Động tác kéo dây rốn, không được làm quá thô bạo. - Không được kéo dây rốn mà không dùng bàn tay thứ hai đẩy tử cung theo chiều ngược lên về phía xương ức Thì 3. Xoa tử cung: - Ngay lập tức sau khi rau sổ phải xoa tử cung cho đến khi tử cung co chặt. - Cứ 15 phút xoa tử cung một lần trong vòng 2 giờ đầu - Bảo đảm tử cung vẫn co tốt sau khi kết thúc xoa tử cung Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Các bước tiếp theo thực hiện như trước, tức là phải kiểm tra bánh rau, màng rau để đảm bảo không sót rau hay sót màng. Nếu tiếp tục chảy máu, phải tìm các nguyên nhân khác gây băng huyết sau đẻ (rách đường sinh dục, sót rau) và thực hiện xử trí phù hợp với từng nguyên nhân. - Nếu chỉ có 1 bác sỹ/nữ hộ sinh tham gia đỡ đẻ thì các bước thực hiện đến khi thai sổ, người đỡ đẻ giao bé cho mẹ ôm trong khi chuẩn bị tiến hành lấy rau. Các bước lấy rau tiếp tục tiến hành như hướng dẫn cho đến khi rau và màng rau đã sổ ra. Lúc này, người đỡ đẻ hướng dẫn và giám sát sản phụ tự xoa tử cung 15 phút/lần qua thành bụng cho đến khi tử cung co tốt. Người đỡ đẻ tiến hành làm rốn và mặc áo cho trẻ sơ sinh và đặt trẻ lên bụng mẹ để mẹ cho bú sớm.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	- Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

02. CẮT VÀ KHÂU TẦNG SINH MÔN (13.34)

1. ĐẠI CƯƠNG	Mục đích cắt chủ động tầng sinh môn để thai sổ ra dễ dàng, không làm rách tầng sinh môn và vết khâu liền tốt.
2. CHỈ ĐỊNH	1. Cắt tầng sinh môn vì lý do người mẹ - Tầng sinh môn cứng, dày, hẹp, âm hộ và tầng sinh môn phù nề do chuyển dạ kéo dài, thăm khám nhiều. - Trong các bệnh lý của mẹ cần cho thai phải sổ nhanh để đảm bảo sức khỏe cho người mẹ: như suy tim, tiền sản giật, cao huyết áp. 2. Cắt tầng sinh môn vì lý do thai nhi - Thai to toàn bộ hoặc đầu to. - Các kiểu sổ bất thường như sổ chằm cùng, ngôi mặt, ngôi mông. - Thai non tháng, thai có nguy cơ bị ngạt. 3. Cắt tầng sinh môn khi làm các thủ thuật như forceps, đỡ đẻ ngôi mông...
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	Chống chỉ định cắt tầng sinh môn khi không lấy thai được đường dưới
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sĩ sản khoa, nữ hộ sinh b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	- 2-4 ống Lidocain 2% - 01 ống nước cất 5-10ml - Povidin 10%: 100ml
5.3. Vật tư	- 1 bơm tiêm 10ml - Găng tay vô khuẩn 05 đôi
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ cắt khâu tầng sinh môn bao gồm: 1 kéo thẳng đầu tù, 1 kìm cặp kim, 1 panh đỡ kim, 1 panh sát trùng, 1 cốc đựng dung dịch sát trùng. - Chỉ khâu (chỉ vicryl rapid hoặc chỉ cat gut, lanh,...). - Săng gạc vô khuẩn - 10ml dung dịch sát trùng: povidin hoặc polyvidin...
5.5. Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Kiểm tra toàn trạng, mạch, huyết áp, máu âm đạo. Phải chắc chắn không còn sót rau, tử cung co tốt, không rách âm đạo mới tiến hành khâu tầng sinh môn.
5.6. Hồ sơ BA	Bệnh án sản khoa theo quy định, có khám lâm sàng và xét nghiệm.
5.7. Thời gian	5-30 phút, có thể lâu hơn nếu rách phức tạp
5.8. Địa điểm	Phòng đẻ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: sản khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: Đúng bệnh án, bệnh án đầy đủ xét nghiệm - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, ... Thì 1. Sát trùng vùng âm hộ tầng sinh môn Thì 2. Gây tê vùng tầng sinh môn định cắt bằng Lidocain 2% 4ml + 5ml nước cất. Nếu người bệnh đã được gây tê ngoài màng cứng để giảm đau rồi thì không cần gây tê tại chỗ nữa. Thì 3. Cắt tầng sinh môn: - Kỹ thuật mà nhiều người áp dụng là cắt chéo 45° tại vị trí 7 giờ. Sản phụ nằm tư thế đẻ thường, trong cơn co tử cung, khi tầng sinh môn và âm hộ phồng căng hoặc khi kéo forceps, giác hút dùng một kéo thẳng và sắc cắt chéo 45° từ mép sau của âm hộ (thường cắt ở bên phải của sản phụ). Cắt 2 – 4 cm tùy mức

	độ cần thiết. Đường cắt này sẽ cắt các cơ thắt âm hộ, cơ ngang nông và sâu, cùng với thành âm đạo và da dùng tầng sinh môn. - Không cắt sâu tới cơ nâng hậu môn. - Không cắt ngang vị trí 9 giờ để tránh vào những tổ chức dễ chảy máu như tuyến Bartholin, các tổ chức xốp vùng âm hộ và cũng không cắt theo đường giữa để tránh nút thớ trung tâm vùng sinh môn, cơ thắt hậu môn và trực tràng. - Thường cắt 1 bên là đủ, nếu cần thiết thì cắt cả 2 bên. Thì 4. Khâu tầng sinh môn: - Chỉ khâu tầng sinh môn khi chắc chắn rau thai đã sổ, không sót rau, đã kiểm soát được đờ tử cung và các sang chấn đường sinh dục. - Nếu đường cắt tầng sinh môn không rách thêm, chúng ta sẽ thực hiện 3 mũi khâu vắt bằng chỉ vicryl rapid: + Mũi khâu vắt thứ nhất bắt đầu từ trên vết cắt trong âm đạo 0,5cm ra tới góc của màng trinh phía ngoài; khâu hết đến tận đáy kéo hai mép của âm đạo góc của màng trinh sát vào nhau. + Mũi khâu vắt thứ hai: bắt đầu từ đỉnh của vết cắt tầng sinh môn phía ngoài vào tới góc của màng trinh phía trong. Khâu từ phần dưới da cho đến góc của màng trinh phía trong. + Khâu vắt dưới da hoặc trong da để tạo cho sẹo tầng sinh môn nhỏ và mềm mại. (Ở những cơ sở y tế không có chỉ đảm bảo cho khâu vắt chúng ta có thể khâu mũi rời với 3 thì khâu như trên. Lớp ngoài cùng nên khâu mũi rời bằng chỉ không tiêu và sẽ cắt chỉ ngoài da sau 5 ngày). Nếu vết rách sau ở trong âm đạo và rách sâu ở tầng sinh môn thì chúng ta phải khâu mũi rời. Khâu da nên khâu luôn trong da bằng chỉ vicryl rapid để cho sẹo nhỏ và mềm mại Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. Theo dõi - Giữ vết khâu sạch và khô. Cắt chỉ vào ngày thứ 5 nếu khâu da bằng chỉ không tiêu. - Nếu vết khâu không liền do nhiễm khuẩn phải xử trí tại chỗ, không khâu lại ngay. 2. Xử trí tai biến - Chảy máu do có khoảng trống giữa các lớp khâu: khâu lại cho các lớp liền và ép vào nhau. - Nhiễm khuẩn: + Cắt chỉ tầng sinh môn cách quãng, rửa sạch, kháng sinh tại chỗ và toàn thân. + Vệ sinh, rửa bằng dung dịch sát trùng, sử dụng kháng sinh điều trị.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản Phụ

03. KHÂU PHỤC HÔI RÁCH ÂM ĐẠO (13.30)

1. ĐẠI CƯƠNG	Rách âm đạo thường xảy ra sau đẻ thường hoặc đẻ thủ thuật như forceps... Rách âm đạo thường kèm theo rách tầng sinh môn. Tùy theo tổn thương, rách âm đạo được chia ra 3 loại: - Rách âm đạo ở mức thấp: là loại rách ở 1/3 dưới âm đạo, thường kèm theo rách âm hộ và tầng sinh môn. - Rách âm đạo ở phần giữa: ít gặp hơn, tổn thương nặng, chảy máu nhiều hơn và khó phát hiện nếu không bộc lộ rõ. - Rách âm đạo cao: là rách ở 1/3 trên âm đạo, ít gặp thường kèm theo rách cùng đồ. Rách âm đạo nếu không được phát hiện xử trí kịp thời có thể gây mất máu cấp, gây choáng và có khi tử vong. 2) Triệu chứng - Ra máu âm đạo nhiều hay ít tùy theo tổn thương - Tổn thương rách ở âm đạo có thể ở thành phải, thành trái hoặc thành sau âm đạo. Cần phải dùng 2 van âm đạo bộc lộ từng phần của âm đạo: mặt dưới, mặt bên phải, mặt bên trái, phía trên và cùng đồ để đánh giá và phân loại tổn thương mới có thể có thái độ xử trí đúng đắn.
2. CHỈ ĐỊNH	Chỉ định khâu phục hồi âm đạo phải được thực hiện ngay sau khi chẩn đoán tổn thương âm đạo để tránh mất máu cho sản phụ.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Tùy theo mức độ rách nông, rách sâu, rách ở ngoài, hay ở trong. - Rách ở 1/3 ngoài, rách nông: NHS có kinh nghiệm, BS sản khoa. - Rách 1/3 ngoài, rách sâu, rách ở trong, rách 1/3 trên: nữ hộ sinh có kinh nghiệm hoặc bác sỹ sản khoa phụ. b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý
5.2. Thuốc	- lidocain 2%: 2-4 ống, thuốc đặt giảm đau - Thuốc tiền mê, giảm đau: pethidin 1 ống - Nước cất 5-10ml 01 ống
5.3. Vật tư	- Bơm tiêm 10ml 1 cái - Vật tư khác tùy tình hình
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- 2 van âm đạo - 2 panh hình tim cặp CTC - 1 panh sát trùng - 1 kéo thẳng đầu tù, sắc - 1 panh cặp kim - 1 panh đỡ kim - 1 cốc đựng dung dịch sát trùng - 1 đến 2 sợi chỉ vicryl số 1, hoặc catgut số 1 - 1 bơm tiêm 10ml - 50ml dung dịch polydin hoặc polyvidin.
5.5. Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...: - Đánh giá toàn trạng người bệnh: lượng máu mất, mạch, huyết áp, toàn trạng, mức độ co tử cung sau đẻ (nếu co kém cần dùng thuốc co tử cung); các bệnh của người mẹ đặc biệt các bệnh có liên quan đến đông cầm máu như giảm tiểu cầu, APTT kéo dài, giảm fibrinogen... - Cần hỏi người bệnh và kiểm tra bệnh án để không bỏ sót các ca dị ứng với các thuốc gây tê, giảm đau, kháng sinh

5.6. Hồ sơ BA	Bệnh án sản khoa theo quy định, đầy đủ xét nghiệm
5.7. Thời gian	10- 30 phút, lâu hơn tùy tình hình
5.8. Địa điểm	Phòng đẻ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: sản khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: Đúng hồ sơ, bệnh án đầy đủ xét nghiệm - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh,... - Sát trùng âm đạo TSM, thông tiểu, người phụ giữ van bộc lộ âm đạo. - Giảm đau bằng gây tê tại chỗ Lidocain 2% 4ml +5ml nước cất (trừ khi thai phụ đã được gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong và sau đẻ), có thể kết hợp thuốc tiền mê, giảm đau khác - Khâu lại vết rách . + Khâu từ trên xuống dưới. + Khâu 1 lớp khâu vết (bằng chỉ vicryl hay chỉ tự tiêu khác) nếu rách nông. + Khâu nhiều lớp, khâu mũi rời bằng chỉ tự tiêu nếu rách sâu, phức tạp. Lớp trên khâu chồng lên lớp dưới để tránh máu tụ, lớp dưới phải khâu sâu đảm bảo vừa sát qua đáy của tổn thương để đề phòng máu tụ mà lại không vào trực tràng. + Sát trùng âm đạo sau khi khâu xong. + Cho 1 ngón tay vào hậu môn kiểm tra xem có khâu vào trực tràng không, nếu có phải cắt chỉ khâu lại. + Sát trùng hậu môn Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp. - Theo dõi chảy máu âm đạo: nếu chảy máu phải kiểm tra khâu lại. - Theo dõi tụ máu: có khối máu tụ, thai phụ thường tức vùng âm đạo, có cảm giác chèn ở vùng hậu môn trực tràng và có cảm giác mót rặn. Kiểm tra âm đạo và cắt chỉ lấy hết máu tụ, khâu lại cho hết phần đáy, khâu mũi rời nhiều lớp tránh để khe hở. - Theo dõi lượng máu mất và các xét nghiệm hồng cầu, hemoglobin khi cần thiết phải truyền máu. - Dùng kháng sinh 5 ngày sau khi khâu
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

04. KHÂUPHỤC HỒI RÁCH CỔ TỬ CUNG (13.30)

1. ĐẠI CƯƠNG	Rách cổ tử cung (CTC) là thương tổn thường gặp có hoặc không kèm theo rách âm đạo và tầng sinh môn. Tùy theo tổn thương để phân loại độ rách. Rách CTC dưới chỗ bám của thành âm đạo, tổn thương nhẹ, chảy máu ít nhiều tùy theo vị trí rách. Rách CTC trên chỗ bám của thành âm đạo, tổn thương nhẹ, chảy máu ít, nhiều tùy theo vị trí rách. Rách CTC thường gây chảy máu nhiều nhưng không được phát hiện và xử trí kịp thời có thể gây choáng và gây tử vong. *NGUYÊN NHÂN - CTC xơ cứng do có sẹo, do rách cũ, mổ cắt cụt CTC, viêm nhiễm CTC đã đốt điện nhiều lần. - CTC phù nề do chuyển dạ lâu, thăm khám nhiều lần. - Rặn quá sớm khi CTC chưa mở hết, đầu chưa lọt. - Sau khi làm thủ thuật fooc xép, giác hút... * TRIỆU CHỨNG, CHẨN ĐOÁN - Chảy máu ít hay nhiều tùy theo thương tổn rách. - Tử cung vẫn co tốt. - Cần dùng 2 van âm đạo bọc lộ rõ âm đạo, CTC. Dùng 2 kẹp hình tim cặp từng phần CTC để phát hiện tổn thương giữa 2 cặp, đánh giá tất cả các vết rách để xử trí kịp thời có hiệu quả.
2. CHỈ ĐỊNH	Chỉ định khâu phục hồi cổ tử cung phải được thực hiện ngay sau khi chẩn đoán có tổn thương cổ tử cung để tránh mất máu cho sản phụ.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Một Bác sĩ sản khoa có kinh nghiệm, 1 Bác sĩ sản khoa hoặc 1 nữ hộ sinh có kinh nghiệm phụ. b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc tiền mê giảm đau; pethidin 100mg - Thuốc gây tê tại chỗ: lidocain 2% 2-4ml - Nước cất: 5-10ml
5.3. Vật tư	Bơm tiêm 5-10ml 1-2 cái
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- 2 van âm đạo - 2 panh hình tim cặp CTC - 1 panh sát trùng - 1 kéo thẳng đầu tù, sắc - 1 panh cặp kim - 1 panh đỡ kim - 1 cốc đựng dung dịch sát trùng - 1 đến hai sợi chỉ vicryl số 1, hoặc catgut - 1 bơm tiêm 10ml - 50ml dung dịch polydin hoặc polyvidin.
5.5 Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...: - Người bệnh phải được đánh giá toàn diện: lượng máu mất, mạch, huyết áp, toàn trạng, mức độ co chắc của tử cung sau đẻ (nếu co kém cần dùng thuốc co tử cung); các bệnh của người mẹ đặc biệt các bệnh có liên quan đến đông cầm máu như giảm tiểu cầu, APTT kéo dài, giảm fibrinogen... - Chúng ta cần hỏi người bệnh và kiểm tra bệnh án để không bỏ sót các ca

	dùng với các thuốc gây tê, giảm đau, kháng sinh.
5.6. Hồ sơ BA	Bệnh án sản khoa theo quy định, có khám lâm sàng và xét nghiệm.
5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật	10-30 phút, có thể lâu hơn tùy tình hình thực tế
5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật	Phòng đẻ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Sản khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: Đúng hồ sơ, bệnh án đầy đủ xét nghiệm - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh,... Tiến hành - Giảm đau cho sản phụ (nếu chưa có gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong và sau đẻ). - Khâu vùng rách cổ tử cung. Chú ý quan sát rõ hai mép rách để khâu và tránh khâu nhầm môi dưới và môi trên ở hai bên. Khâu bằng chỉ tự tiêu. - Khâu lại vết rách ngoài tử cung (cùng đồ nếu có) bằng chỉ tiêu mũi rời. Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp. - Theo dõi chảy máu: nếu chảy máu phải kiểm tra kỹ khâu lại. - Theo dõi lượng máu mất, các xét nghiệm hồng cầu, hemoglobin, khi cần thiết phải truyền máu. - Dùng kháng sinh 5 ngày sau khi khâu
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

05. ĐỒ ĐỀ THƯỜNG NGÔI CHỜM (13.33)

1.ĐẠI CƯƠNG	Ngôi chỏm là ngôi đầu cúi, thường gặp nhất trong các ngôi ở thời kỳ chuyển dạ. Với ngôi chỏm đa số có thể đẻ thường, song nếu ngôi cúi không tốt, kiểu thể sau hoặc những sự cố bất thường nào khác ở tử cung hay phần phụ đều có thể gây đẻ khó Đỡ đẻ thường ngôi chỏm là thủ thuật tác động vào thì sổ thai để giúp cuộc đẻ được an toàn theo đường âm đạo mà không cần can thiệp, ngoại trừ một số trường hợp cần cắt tầng sinh môn
2. CHỈ ĐỊNH	- Thai ngôi chỏm, cổ tử cung mở hết, ối vỡ, đầu đã lọt thấp thấp thò ở âm hộ và chuẩn bị sổ
3.CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Thai tiền lượng không có khả năng đẻ được theo đường dưới. - Ngôi chỏm chưa lọt.
4.THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Một kíp đỡ đẻ ngôi chỏm cần có 1-2 người: 01 bác sĩ, 01 hộ sinh b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc gây tê: lidocain 2% 2-4 ống - Thuốc tăng co tử cung: oxytocin 10đv, thuốc tăng co khác: methylergometrin, hemotocin, thuốc cầm máu, dịch truyền ... - Nước cất 5-10ml
5.3 5.3. Vật tư	- Bơm tiêm 5ml, 10ml, găng tay vô khuẩn, dây truyền kim luồn...
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Súng vô khuẩn - Dung dịch sát trùng Povidine 10% (50ml). - Ống thông bàng quang 01 cái. - Hộp dụng cụ cắt – khâu TSM. - Hộp dụng cụ đỡ đẻ. - Máy hút dịch. - Ống hút nhót trẻ sơ sinh (01 cái). - Dụng cụ và thuốc hồi sức sơ sinh (01 hộp
5.5 Người bệnh	- Được động viên, hướng dẫn cách thở, rặn đẻ và thư giãn ngoài cơn rặn, được thông đái, sát khuẩn vùng sinh dục ngoài, trải súng vô khuẩn
5.6. Hồ sơ BA	- Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án sản khoa và các xét nghiệm cơ bản, siêu âm để có thể chuyển sang mổ cấp cứu khi cần.
5.7. Thời gian	2 phút-01h
5.8. Địa điểm	Phòng đẻ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Sản khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: đầy đủ bệnh án, xét nghiệm cần thiết - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh A. Kỹ thuật đỡ đẻ ngôi chỏm kiểu chằm vệ 1. Thời điểm đỡ đẻ CTC mở hết Ói đã vỡ (chưa vỡ thì bấm ói); Ngôi thai đã lọt và thấp 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.

2. Kỹ thuật đỡ đẻ

Đỡ đầu

Giúp đầu cúi tốt: ấn nhẹ nhàng vào vùng cằm 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 cằm 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.

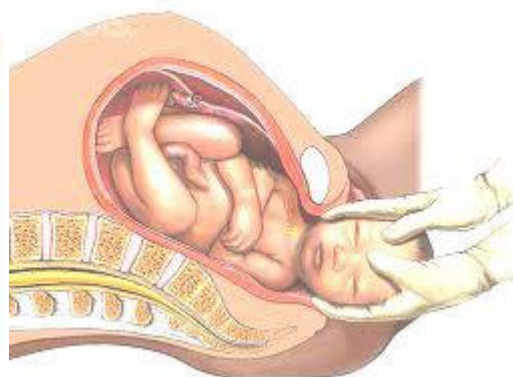


Place a clean pad over the back passage (anus). If a bowel movement occurs wipe it from front to back to avoid soiling the birth canal.

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



Đỡ thân, mông và chi

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

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

	B. 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 chòm 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. Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	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. Cách xử trí một số tai biến sau đẻ Ngay sau khi sổ thai, rau bong dở đang 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 chờ 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.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	- Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản; - Quyết định số 4128/ QĐ-BYT ngày 29/7/2016 về việc phê duyệt tài liệu “hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản”

06 Đỡ đẻ ngôi ngược (*) (13.24)

1. ĐẠI CƯƠNG	Ngôi mông là một ngôi đẻ khó, nhưng vẫn có thể đẻ đường dưới được. Ngôi mông có tần suất 2 - 6% trong tổng số các cuộc chuyển dạ. Ngôi mông có tỷ lệ rất cao ở các ca đẻ non.
2. CHỈ ĐỊNH	Có thể lựa chọn cho đẻ đường âm đạo dưới các ca sau: - Ngôi mông hoàn toàn hoặc không hoàn toàn kiểu mông. - Tuổi thai > 34 tuần. - Trọng lượng thai dự đoán 2500 -3000g. - Đầu thai nhi cúi tốt. - Khung chậu người mẹ rộng - Không có chỉ định mổ lấy thai cả về phía mẹ hoặc con. - Biểu hiện của mẹ trong quá trình chuyển dạ thuận lợi, không có tình trạng nguy hiểm cho mẹ và con. - Xác định các dị tật có thể làm thai chết.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	1. Chống chỉ định về phía mẹ: - Bất thường khung chậu. - Có khối u tiền đạo. - Có sẹo mổ cũ ở tử cung. - Tổn thương ở vùng chậu và tầng sinh môn. - Các bệnh lý của mẹ lúc mang thai (đái đường, cao huyết áp...) - Các bệnh lý tim mạch, suy hô hấp. 2. Chống chỉ định do phần phụ của thai: - Rau tiền đạo. - Đa ối. - Dây rốn ngắn hoặc dây rốn quấn cổ. 3. Chống chỉ định về phía thai: - Suy thai mãn. - Đầu ngửa nguyên phát. - Đẻ non, thai 1500-2500 gr. - Trọng lượng thai dự đoán > 3000gr. - Thai già tháng. - Đa thai có hơn 1 thai là ngôi mông
4. ĐIỀU KIỆN	1. Đỡ đẻ ngôi mông đường âm đạo được thực hiện do một người có kinh nghiệm sẽ an toàn và khả thi với những điều kiện sau đây: - Ngôi mông hoàn toàn hoặc ngôi mông không hoàn toàn. - Khung chậu bình thường. - Thai nhi không quá lớn. - Không có sẹo mổ cũ ở tử cung. - Đầu thai nhi cúi tốt. - Khám sản phụ thường xuyên và ghi lại quá trình chuyển dạ trên biểu đồ chuyển dạ. - Nếu ối vỡ, khám sản phụ ngay lập tức để loại trừ sa dây rốn. Lưu ý: - Không được bấm ối. - Nếu có sa dây rốn và cuộc đẻ không xảy ra ngay lập tức, chỉ định mổ lấy thai. - Nếu nhịp tim thai bất thường (<100 hoặc >180 lần/phút) hoặc chuyển dạ kéo dài, chỉ định mổ lấy thai. - Phân su thường gặp trong ngôi mông và đó không phải là dấu hiệu suy thai nếu nhịp tim thai bình thường. - Sản phụ không được rặn cho đến khi cổ tử cung mở hết. Phải khám âm đạo để xác định cổ tử cung mở hết.

5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Một kíp đỡ đẻ ngôi mông cần có 1-2 người - Chỉ nên cho đỡ đường âm đạo ở những nơi có điều kiện phẫu thuật và hồi sức sơ sinh tốt. - Khi quyết định cho đỡ đường âm đạo trong ngôi mông, nên chọn bác sĩ sản khoa có kinh nghiệm đỡ đẻ ngôi mông. - Một người gây mê có khả năng hồi sức sơ sinh hoặc triển khai nhanh cuộc mổ cấp cứu. - Có sẵn kíp gây mê, bác sĩ nhi khoa để hỗ trợ khi cần. - b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc gây tê: lidocain 2% 2-4 ống - Thuốc tăng co tử cung: oxytocin 10đv, thuốc tăng co khác: methylergometrin, hemotocin, dịch truyền ... - Nước cất 5-10ml
5.3 5.3. Vật tư	- Bơm tiêm 5ml, 10ml, găng tay vô khuẩn, dây truyền kim luôn
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Một bộ khăn vải vô trùng (04 cái). - Găng tay vô khuẩn (04 đôi). - Dung dịch Glucose 5%, Glucose 10%, Bicarbonate natri 4,2%. - Dây truyền dịch (01 bộ). - Thuốc Oxytocin 5 đơn vị (2 – 4 ống), thuốc tê Lidocain 2%. - Bơm tiêm (03 cái). - Dung dịch sát trùng Povidine 10% (50ml). - ống thông bàng quang 01 cái. - Forcep Piper để lấy đầu hậu. - Hộp dụng cụ cắt – khâu TSM. - Hộp dụng cụ đỡ đẻ. - Máy hút dịch. - ống hút nhót trẻ sơ sinh (01 cái). - Dụng cụ và thuốc hồi sức sơ sinh (01 hộp)
5.5 Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...: Sản phụ phải được tư vấn về thuận lợi và nguy cơ của sinh ngôi mông đường âm đạo, cách rặn để đỡ phối hợp với bác sĩ trong quá trình rặn sổ thai. Lựa chọn đỡ đường âm đạo khi có các điều kiện sau: - Cổ tử cung đã mở hết. - Con co tử cung phải hiệu quả, không có nguy cơ gián đoạn chuyển dạ. - Luôn luôn theo dõi, kiểm tra chuyển dạ ngay khi có sự xoá mở cổ tử cung. - Chuẩn bị sẵn forceps để lấy thai khi cần thiết.
5.6. Hồ sơ BA	Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án sản khoa và các xét nghiệm cơ bản, siêu âm để có thể chuyển sang mổ cấp cứu khi cần.
5.7. Thời gian	10’ - 01h tùy tình hình thực tế
5.8. Địa điểm	Phòng đẻ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: sản khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: đầy đủ bệnh án, xét nghiệm cần thiết - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh Giai đoạn cho sản phụ rặn để chỉ được tiến hành khi có đủ các điều kiện sau đây: - Cổ tử cung đã mở hết và ngôi thai đã xuống sát với tầng sinh môn. - Chỉ cho sản phụ rặn khi có cơn co tử cung.

	- Đảm bảo cơ co tử cung có hiệu quả, truyền nhỏ giọt Oxytocin có hệ thống từ lúc bắt đầu cho sản phụ rặn. - Cắt tầng sinh môn chủ động có hệ thống khi tầng sinh môn giãn căng. - Không dùng bất cứ một thủ thuật nào khi sổ thai cho tới khi xuất hiện đỉnh của xương bả vai thai nhi. 1) Đỡ đẻ * Đỡ đẻ ngôi mông theo phương pháp Vermelin - Đỡ thai nhi sổ tự do do sự kết hợp của cơ co tử cung và sức rặn của mẹ. - Khi mông hoặc chân chuẩn bị sổ thì cắt tầng sinh môn. - Trải một khăn vải ở dưới tầng sinh môn. - Khi thai sổ đến bụng, người đỡ đẻ luôn ngón tay nói lỏng dây rốn. - Đẩy trên bụng mẹ ở phía đáy tử cung. - Giúp cho đầu hậu sổ kịp thời tránh cho trẻ hít phải nước ối. - Người thầy thuốc sản khoa là người quan sát tích cực, không vội vã, càng ít đụng chạm vào thai nhi càng tốt. * Đỡ đẻ ngôi mông theo phương pháp Sôvianốp (ngôi mông không hoàn toàn). - Khi mông sổ hai bàn tay người đỡ đẻ ôm lấy đùi và hông thai, các ngón cái ở phía đùi các ngón khác phía xương cụt. - Trong cơn rặn hướng cho khối thai ra trước và giữ cho chi dưới của thai luôn áp sát vào bụng và ngực. - Khi sổ vai tiêm thuốc Oxytocin. - Giúp sổ đầu hậu đồng thời hướng thai ra trước cho lưng thai sát vào phần trước âm hộ, lật ngửa thai lên bụng mẹ cho sổ đầu (giống như thủ thuật Bracht). * Đỡ đẻ ngôi mông hoàn toàn theo phương pháp Sôvianốp: - Giữ không cho chân và mông không sổ sớm: dùng gạc lớn đặt trước âm hộ và lấy lòng bàn tay đè lên gạc trong cơn co. - Hướng dẫn sản phụ rặn thật tốt. - Thời gian giữ từ vài phút đến 15 – 20 phút cho tới khi tầng sinh môn giãn hết mức. - Lúc không thể giữ nữa và bắt đầu cho rặn sổ. - Các động tác đỡ thai khác tuân tự được tiến hành như khi đỡ ngôi mông theo đường dưới một cách tự nhiên. 2) Các thủ thuật thường dùng khi đỡ đẻ ngôi mông * Các thủ thuật đỡ đầu hậu - Thủ thuật Bracht: + Người đỡ đẻ giữ thai với hai bàn tay: các ngón tay cái vào mặt trước đùi, bằng các động tác phối hợp đưa thai ra trước, lên trên và lật ngửa thai lên bụng mẹ, không được lôi kéo vào thai. + Người đỡ phụ ấn tay vào đáy tử cung giúp cho đầu thai ra dễ dàng hơn. + Khi thai đã sổ qua cằm, người đỡ có thể luôn ngón tay vào miệng thai nhi giúp đầu cúi để sổ dễ hơn. - Thủ thuật Mauriceau: Thủ thuật này thường chỉ định cho các sản phụ đẻ con so, thai có thể hơi to, tầng sinh môn rắn, cần tiên lượng những khó khăn và nếu thấy có chỉ định thì làm ngay thủ thuật Mauriceau. Thời điểm bắt đầu làm Mauriceau là khi vai và 2 chi trên đã sổ hẳn ra ngoài âm hộ. Cách làm: - Cho thai nhi cưỡi lên cẳng tay người đỡ đẻ. - Hai ngón tay trở và giữa cho vào miệng của thai đến tận đáy lưỡi ấn cho cằm sát vào ngực giúp cho đầu cúi thêm. - Bàn tay ngoài đặt trên lưng, sát vai dùng các ngón ấn vào vùng cằm để phối hợp cùng lúc với bàn tay bên trong làm cho đầu cúi.
--	--

	- Sau đó dùng các ngón bàn tay ngoài ôm lấy 2 vai và kẹp ngón trỏ – giữa ôm lấy gáy thai rồi phối hợp với tay trong kéo thai xuống, đưa đầu về chằm – vệ, hướng thai ra ngoài lật lên phía bụng mẹ. - Người phụ đẩy vào tử cung giúp cho đầu sổ dễ hơn. - Cắt nới rộng tầng sinh môn * Các thủ thuật hạ tay - Thủ thuật LOVSET + Khi thai nhi sổ đến mỏm xương bả vai, người đỡ đỡ đưa ngón tay lên kiểm tra xem tay thai nhi có bị گیر lên cao hay không. Nếu tay bị گیر cao thì bắt đầu ngay thủ thuật hạ tay. + Người đỡ đỡ nắm giữ thai nhi bằng 2 bàn tay, ngón cái ở vùng thắt lưng, long bàn tay ở 2 hông, các ngón tay khác ở phía bụng. + Thực hiện vòng quay đầu tiên 90° cho lưng thai quay sang phải để cánh tay trước của thai xuống dưới xương vệ sẽ sổ. + Sau đó tiến hành vòng quay thứ 2, 180° theo hướng ngược lại để đưa tay sau ra trước, khuỷu tay sẽ xuất hiện ở âm hộ. + Tiếp đó thai sẽ được hạ xuống, cố định chằm dưới khớp vệ cho đầu sổ. - Hạ tay theo phương pháp cổ điển: + Bao giờ cũng phải hạ tay sau xuống trước. + Một bàn tay cầm chân thai nhắc lên và về phía đối diện với lưng của thai. + Bàn tay còn lại luồn vào âm đạo theo ngực cầm đi dần lên. + 2 ngón tay trỏ và giữa đi dọc theo cánh tay tìm đến nếp khuỷu thì ấn vào nếp đó để căng tay gấp lại và bàn tay vượt qua mặt thai nhi để đưa xuống dưới. Động tác này người ta ví như mèo rửa mặt + Khi tay đã xuống, vào tới âm đạo thì gỡ dần ra theo mép sau âm hộ. + Đối với tay trước, lại luồn tay lên làm các thao tác như trên. + Ca không thể luồn tay lên được thì phải xoay 180° biến tay trước thành tay sau. Nếu tay đó chưa sổ thì làm thao tác gỡ tay sau như đã mô tả trên. Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Nếu đầu bị ngửa hay không quay về chằm vệ thì thời gian kéo đầu thai nhi quá lâu làm thai nhi bị ngạt hay bị sang chấn sọ não. - Tầng sinh môn có thể bị rách rộng khi đầu thai sổ, nên cắt nới tầng sinh môn trước để thai sổ dễ dàng.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản Phụ

07. ĐỖ ĐẼ TỪ SINH ĐÔI TRỞ LÊN (13.26)

1. ĐẠI CƯƠNG	Sinh đôi là thai nghén có nguy cơ cao. Đặc điểm "nguy cơ cao" xảy ra ngay cả trong thời kỳ mang thai cũng như trong chuyển dạ đẻ. Thành công hay thất bại khi đỡ đẻ song thai tùy thuộc vào chẩn đoán chính xác các ngôi, thể của hai thai, sự chuẩn bị tốt các phương tiện chăm sóc, hồi sức cho mẹ và thai nhi, vào kiến thức, kỹ năng cũng như kinh nghiệm của người đỡ đẻ. Nguy cơ gặp trong cuộc đẻ song thai thường là suy thai, ngôi bất thường, sang chấn cho thai.
2. CHỈ ĐỊNH	Các ca chuyển dạ sinh đôi và cuộc chuyển dạ tiến triển thuận lợi.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Sinh đôi hai thai dính nhau. - Sinh đôi hai thai mắc nhau: thai thứ nhất là ngôi mông, thai thứ hai ngôi đầu do đó khi xuống hai thai có thể mắc nhau. - Thai 1 ngôi bất thường, ngôi vai. - Suy thai, sa dây rốn... - Tử cung có sẹo mổ cũ, rau tiền đạo, sản phụ sinh con so lớn tuổi. - Mẹ bị các bệnh lý không được đề đường âm đạo: bệnh tim mạch, cao huyết áp, tiền sản giật nặng... - Nơi không có phòng mổ, thiếu các phương tiện theo dõi, hồi sức cho sản phụ và trẻ sơ sinh
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Kíp đỡ đẻ có 2-3 người: 1 bác sĩ, 1-2 hộ sinh b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý
5.2. Thuốc	Thuốc co hồi tử cung: Oxytocin 10đv, Ergometrine, Alsoben, Duratocin, thuốc cầm máu transamin...
5.3. Vật tư	- Bơm kim tiêm 5-10ml, dây truyền, kim luồn...
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Hai hộp đỡ đẻ - Hai bộ làm rốn - Hai bộ khăn bông, áo tã cho trẻ sơ sinh - Hai bộ dụng cụ hồi sức sơ sinh. - Bộ băng trải bàn vô khuẩn: 5 cái - Găng vô khuẩn: ít nhất 5 cặp - Dịch truyền, các phương tiện để hồi sức mẹ và sơ sinh
5.5. Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: - Sản phụ được tư vấn trước sinh về thuận lợi và khó khăn trong cuộc đẻ sinh đôi. - Thụt tháo, thông tiểu, vệ sinh âm hộ âm đạo
5.6. Hồ sơ BA	Ngoài các thủ tục của một bệnh án thông thường nên ghi rõ tình trạng của hai thai : ngôi thể của hai thai, dự kiến trọng lượng thai, tình trạng ối, dây rốn (xác định qua khám lâm sàng và siêu âm thai)
5.7. Thời gian	10'-01h
5.8. Địa điểm	Phòng đẻ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: b) Đặt tư thế người bệnh: Sản khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: đầy đủ bệnh án, xét nghiệm cần thiết - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh 1. Nguyên tắc: Luôn theo dõi tình trạng sức khỏe của người mẹ và hai thai, nhất là thai nhi thứ hai. Phát hiện kịp thời nguy cơ suy thai và có biện pháp xử trí thích hợp. - Do tử cung quá căng nên cơn co tử cung thường yếu và thưa, cổ tử cung mở chậm. Nếu đủ điều kiện có thể bấm ối cho tử cung bớt căng, điều chỉnh cơn co tử cung để chuyển dạ tiến triển tốt hơn.

	- Nên đặt một đường truyền tĩnh mạch để điều chỉnh cơn co tử cung và có thể hồi sức ngay cho mẹ và thai khi cần. - Kiểm tra, bổ xung hồ sơ đầy đủ trước khi đỡ đẻ. - Chuẩn bị đầy đủ các trang thiết cần thiết cho cuộc đẻ, cho mẹ và trẻ sơ sinh 2. Các bước tiến hành - Thì 1: đỡ đẻ thai nhi thứ nhất: Thai thứ nhất thường là ngôi thuận, đôi khi là ngôi mông. Thường ngôi lọt chậm, cơn co yếu. Nếu là ngôi chồm thì đỡ đẻ như bình thường, chú ý khi ối vỡ dễ gây sa dây rốn. Sau khi thai sổ kẹp chặt dây rốn về phía bánh rau trước khi cắt để ngăn ngừa mất máu của thai thứ hai nếu có tuần hoàn nối thông. - Thì 2: kiểm tra ngay ngôi, thể và tim thai của thai thứ hai: + Chú ý thai thứ hai luôn bị đe dọa trước nguy cơ thiếu oxy. Sau khi thai thứ nhất sổ, buồng tử cung trở thành quá rộng làm cho thai thứ hai không bình chỉnh tốt, dễ sinh ra ngôi bất thường như ngôi vai, ngôi ngược. + Lập tức khám ngay (khám ngoài và khám âm đạo) để kiểm tra ngôi, thể, kiểu thể của thai thứ hai. + Nếu đang truyền Oxytocin mà tử cung co mạnh, bóp chặt, khó xác định được ngôi, phải tạm thời ngừng truyền để tử cung bớt co, xác định được ngôi thai và cũng để thuận lợi hơn cho việc xoay thai trong nếu thai thứ hai ngôi bất thường. + Giai đoạn này cần nhanh, chính xác nhưng không vội vàng. Phải xác định rõ ngôi thai thứ hai trước khi quyết định. - Thì 3: đỡ đẻ thai thứ hai Tùy theo thai thứ hai là ngôi gì mà có hướng xử trí thích hợp: + Nếu ngôi đầu: tiếp tục truyền Oxytocin, chờ có cơn co tử cung rồi bấm ối, cố định ngôi và đỡ đẻ như thường lệ. + Nếu ngôi mông: đỡ đẻ như ngôi mông. + Nếu ngôi bất thường: ngôi vai, ngôi trán, thì phải bấm ối ngay và nội xoay thai thành ngôi mông. Sau đó đỡ đẻ ngôi mông như thường hoặc đại kéo thai ngay. + Trong song thai, thai nhi thường nhỏ, hơn nữa sau khi đẻ thai 1, buồng tử cung rộng nên việc xoay thai có thể tiến hành thuận lợi. Nếu quá chậm cô tử cung sẽ co lại, bong rau nên thai thứ hai dễ bị suy. Chú ý: + Chỉ tiến hành xoay thai thứ hai trong đẻ song thai với điều kiện ối còn, thai nhỏ, tử cung không co cứng bóp chặt phần thai, không bị ngôi vai sa tay. Nếu không đủ điều kiện phải mổ lấy thai. + Nếu nội xoay thai không đúng chỉ định và kỹ thuật dễ xảy ra tai biến như vỡ tử cung, thai bị sang chấn, bong rau, suy thai... - Thì 4: sổ rau; Sau khi thai sổ thai hai tiến hành xử trí tích cực giai đoạn 3, trong thời kỳ sổ nhau để có biến chứng chảy máu do dờ tử cung, do đó phải dùng thuốc co bóp tử cung ngay và duy trì nhỏ giọt tĩnh mạch. Kết thúc quy trình: - Đánh giá tình trạng người bệnh - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Nguy cơ sau khi thai sổ là dờ tử cung, do đó cần dự phòng bằng các thuốc tăng co tử cung, xoa tử cung đảm bảo tử cung co thành khối an toàn. - Cần theo dõi sát sản phụ những giờ đầu sau đẻ vì dễ xảy ra chảy máu do dờ tử cung thứ phát. Bảo đảm tốt chế độ dinh dưỡng để tạo cho sản phụ khả năng nhanh chóng phục hồi sức khỏe và có đủ sữa nuôi hai con.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	QĐ số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành HD QTKT khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

08. BÓC RAU NHÂN TẠO (13.38)

1.ĐẠI CƯƠNG	Bóc rau nhân tạo là cho tay vào buồng tử cung để lấy rau còn sót trong buồng tử cung ra sau khi thai đã sổ.	
2. CHỈ ĐỊNH	- Rau chậm bong: thường thì sau khi sổ thai 15 - 20 phút thì rau sẽ tự bong, nếu quá 30 phút rau không tự bong phải bóc rau - Chảy máu trong thời kỳ sổ rau khi rau còn nằm trong buồng tử cung - Những trường hợp cần kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung sau khi sổ thai, phải bóc rau nhân tạo ngay để kiểm soát buồng tử cung, như nghi vỡ tử cung sau khi làm thủ thuật đường dưới khó khăn (fooc-xếp cao, nội xoay thai, cắt thai hoặc sẹo mổ cũ ở tử cung...)	
3.CHỐNG CHỈ ĐỊNH	Sản phụ đang choáng, phải hồi sức rồi mới bóc rau nhân tạo.	
4.THẬN TRỌNG		
5. CHUẨN BỊ		
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản, hộ sinh - Thủ thuật viên rửa tay, đi găng tay vô khuẩn như trong phẫu thuật. b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý	
5.2. Thuốc	- Thuốc giảm đau Dolosal 0,10g hay Fentanyl, pethidin 50mg - Dịch truyền glucose 5%, natriclorid 0.9%, còn 70*	
5.3. Vật tư	- Găng tay vô khuẩn: 03 đôi - Găng tay kiểm soát tử cung: 01 đôi - Bơm kim tiêm, dây truyền, kim luân	
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Sàng gạc vô khuẩn	
5.5 Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...: - Được tư vấn và giải thích phải bóc rau để khỏi chảy máu và động viên sản phụ, thở đều, không co cứng bụng. - Thông tiểu, sát khuẩn tầng sinh môn, âm đạo, trải khăn vô khuẩn.	
5.6. Hồ sơ BA	Bệnh án sản khoa theo quy định, có khám lâm sàng và xét nghiệm đầy đủ	
5.7. Thời gian	- 03-10 phút	
5.8. Địa điểm	- Phòng đẻ	
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: sản khoa	
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: đầy đủ bệnh án, xét nghiệm cần thiết - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh 1. Nguyên tắc: - Phải bóc bằng hai tay - Phải làm trong điều kiện vô trùng 2. Các bước tiến hành - Bước 1. Tay trái đặt lên thành bụng để cố định đáy tử cung. - Bước 2. Tay phải cho vào âm đạo, qua cổ tử cung còn mở và lần theo dây rốn đến vùng rau bám. - Bước 3. Bóc bánh rau bằng cách dùng bờ trụ của bàn tay để lách giữa bánh rau và thành tử cung. Bóc từ dưới, từ ngoài rìa bánh rau rồi vòng lên tận bờ trên bánh rau để tránh sót rau, sót màng rau. - Bước 4. Khi rau bong hết thì tay trong tử cung kéo đẩy bánh rau ra ngoài, nhưng không rút tay ra khỏi tử cung, nếu cần tay trái kéo dây rốn lấy rau ra. - Bước 5. Khi bánh rau ra ngoài phải kiểm tra cả hai mặt bánh rau: mặt màng và mặt múi. - Bước 6. Sau khi bóc rau phải tiến hành kiểm soát buồng tử cung ngay.	

	* Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. Theo dõi - Mạch, huyết áp, toàn trạng và phản ứng của sản phụ. - Lượng máu chảy từ tử cung ra 2. Tai biến, dự phòng - Choáng do đau và sợ hãi khi cho tay vào bóc rau: vấn đề hồi sức trước và sau bóc rau là vô cùng quan trọng. - Sử dụng các thuốc giảm đau trước khi làm thủ thuật - Sử dụng thuốc co hồi tử cung sau bóc rau.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

09. KIỂM SOÁT TỬ CUNG (13.37)

1. ĐẠI CƯƠNG	Kiểm soát tử cung là thủ thật tiến hành sau khi rau đã sổ hoặc ngay khi bóc rau nhân tạo để kiểm tra xem có sót rau hoặc sót màng hay không và kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung.	
2. CHỈ ĐỊNH	- Chảy máu khi sổ rau. - Kiểm tra rau còn thiếu rau sau khi sổ, thấy nghi ngờ còn sót một phần của múi rau. Sốt 1/3 hay 1/4 màng rau. - Rau sổ kiểu múi (Duncan) mặt múi ra trước, hay gây sót rau, nên có chỉ định kiểm soát tử cung. - Kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung xem có vỡ tử cung không sau các thủ thuật khó khăn (foóc xép, nội xoay, cắt thai...) hoặc trên tử cung có sẹo phẫu thuật lấy thai cũ.	
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	Sản phụ đang choáng phải hồi sức sau đó mới kiểm soát tử cung	
4. THẬN TRỌNG		
5. CHUẨN BỊ		
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản, hộ sinh - Thủ thuật viên rửa tay, đội mũ, mặc áo đi găng tay vô khuẩn như trong phẫu thuật. b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý	
5.2. Thuốc	+ Thuốc tiền mê, giảm đau: pethidin 100mg + Thuốc hồi sức, trợ tim đề phòng choáng, thuốc co bóp tử cung: Oxytocin, Ergometrine	
5.3. Vật tư	- Bơm kim tiêm 5-10ml, dây truyền kim luôn... - Găng tay vô khuẩn: 02 đôi, găng tay kiểm soát tử cung 01 đôi	
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Săng vô khuẩn, bông, băng, cùn gạc...	
5.5. Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiền lượng...: - Giải thích cho sản phụ hiểu và nằm thoải mái, không co cứng thành bụng. - Giảm đau cho sản phụ bằng Dolargan, pethidin.. - Cho tay vào buồng tử cung lấy máu cục, rau, màng rau sót - Sát trùng	
5.6. Hồ sơ BA	- Bệnh án sản khoa theo quy định, có khám lâm sàng và xét nghiệm đầy đủ	
5.7. Thời gian	05 phút	
5.8. Địa điểm	Bàn đẻ trong phòng đẻ	
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật c) Đặt tư thế người bệnh: Sản khoa	
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: đầy đủ thông tin, xét nghiệm... - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh 1. Nguyên tắc: Thủ thuật được tiến hành ngay sau khi có chỉ định 2. Các bước Nếu kiểm soát tử cung sau khi bóc rau nhân tạo: sau khi bóc rau, không rút bàn tay phải ra khỏi tử cung âm đạo, mà dùng luôn bàn tay đó để kiểm soát tử cung. Bước 1. Tay trái đặt lên thành bụng nắm đáy tử cung để cố định tử cung Bước 2. Tay phải cho vào âm đạo, qua cổ tử cung, vào buồng tử cung tới tận đáy tử cung, Bước 3. Kiểm tra lần lượt đáy tử cung, mặt trước, mặt sau, hai bờ và hai sừng tử cung bằng các đầu ngón tay. Bình thường buồng tử cung phải nhẵn, không sần sùi. Nếu thấy các mảnh rau và các màng rau thì vét nhẹ nhàng, đồng thời kiểm	

	tra xem tử cung có bị rạn nứt không. Bước 4. Kiểm tra xong mới rút tay ra, tránh đưa tay vào nhiều lần để nhiễm khuẩn và choáng. Bước 5. Sau khi kiểm soát nếu tử cung co hồi chưa tốt thì dùng tay trong buồng tử cung nâng đáy tử cung lên sát thành bụng để người phụ tiêm 5 đơn vị Oxytocin vào cơ tử cung qua thành bụng, sau đó mới rút bàn tay ra. Bước 6. Sau khi bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung phải tiêm hoặc cho uống kháng sinh 5 ngày. * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. Theo dõi - Sau bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung phải đo lại mạch, huyết áp, - Theo dõi sự co hồi của tử cung - Mức độ chảy máu trong buồng tử cung. 2. Tai biến và dự phòng Đôi khi không thể cho tay vào buồng tử cung được vì eo tử cung bóp chặt lại. Khi đó thủ thuật viên phải chờ, rồi nong dần cổ tử cung bằng tay đồng thời tiêm thuốc giảm co bóp tử cung. Nếu không bóc được bánh rau vì rau bám chặt hoặc cài răng lược thì không nên cố sức bóc vì sẽ làm đứt cơ tử cung gây chảy máu nhiều: <u>phải cắt tử cung bán phần.</u>
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

10. NẠO SÓT THAI, NẠO SÓT RAU SAU SẤY, SAU ĐẺ (13.49)

1.ĐẠI CƯƠNG	Là thủ thuật dùng dụng cụ lấy hết phần thai và rau để tránh chảy máu và nhiễm khuẩn sau khi thai đã sảy
2. CHỈ ĐỊNH	- Thai sắp sảy, cổ tử cung xóa gần hết - Thai đang sảy, chảy máu - Thai đã sảy, nhưng đang chảy máu, cổ tử cung còn mở.
3.CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Sảy thai nhiễm khuẩn (chỉ nạo khi đã điều trị kháng sinh) - Sảy thai băng huyết, tụt huyết áp (phải hồi sức tích cực, vừa hồi sức vừa nạo)
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản - Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn. - Giải thích cho người bệnh yên tâm điều trị. b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Nữ hộ sinh, hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc tiền mê: pethidin hoặc dolagan, thuốc giảm tiết, chống dị ứng atropinsulphat, dimedron - Lidocaine 2%, 02 ống để gây tê cổ tử cung. - Dung dịch huyết thanh đẳng trương hoặc đường và các dịch thay thế máu. - Các loại thuốc co hồi tử cung, trợ tim, hồi sức.
5.3 5.3. Vật tư	- Bơm kin tiêm 5-10ml 2-3 cái... - Dây truyền kim luôn 01 bộ
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ nạo sảy và nong Hegar từ cỡ nhỏ đến to. - Săng, bông băng còn gạc...
5.5 Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiền lượng... - Hỏi bệnh, khám toàn thân: đếm mạch, cặp nhiệt độ, đo huyết áp, nghe tim phổi, phát hiện những bệnh lý nội khoa kèm theo. - Khám xác định tuổi thai, tình trạng sảy thai, tư thế tử cung và độ mở của cổ tử cung. Xác định nguy cơ mất máu mất để chuẩn bị hồi sức. - Bệnh nhân nằm tư thế phụ khoa
5.6. Hồ sơ BA	- Bệnh án sản khoa theo quy định, có khám lâm sàng và xét nghiệm đầy đủ
5.7. Thời gian	5- 20 phút tùy tình trạng, diễn biến khi làm thủ thuật
5.8. Địa điểm	Phòng tiểu phẫu, phòng đẻ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Cho nằm tư thế phụ khoa.
6.TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: giải thích cho bệnh nhân, ký cam đoan thủ thuật... - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật - Sát khuẩn âm hộ, vùng tầng sinh môn - Sát khuẩn âm đạo, cổ tử cung - Trải khăn vô khuẩn dưới mông, trên bụng và hai bên đùi - Đeo găng vô khuẩn - Thông tiểu nếu cần - Đặt van, bộc lộ âm đạo, cổ tử cung - Dùng kẹp Pozzi cặp cổ tử cung (tùy tư thế tử cung mà kẹp mép trước hay mép sau cổ tử cung) - Gây tê tại chỗ cổ tử cung bằng Lidocain 2%, 10ml pha nước cất - Đo chiều cao và xác định tư thế tử cung. - Nong cổ tử cung đến số 9-10 nếu cổ tử cung chưa đủ rộng

	- Dùng kẹp hình tim gấp thai và nhau - Nạo kiểm tra bằng thìa cùn đủ 2 mặt trước sau, đáy, 2 bờ và 2 sừng tử cung - Tiêm Oxytocin vào cổ tử cung nếu tử cung co kém, chảy máu - Đo lại buồng tử cung bằng thước đo - Sát khuẩn âm đạo và cổ tử cung. - Lấy tổ chức nạo thử giải phẫu bệnh - Viết hồ sơ bệnh án, cho đơn kháng sinh, dặn người bệnh khám lại nếu có gì bất thường * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	a) Theo dõi - Toàn trạng, mạch, huyết áp, đau bụng, huyết âm đạo. - Thời gian 01 giờ. - Dặn dò các triệu chứng có thể xảy ra. - Hẹn tái khám: 7-10 ngày sau hoặc khi có triệu chứng bất thường phải đi khám ngay. - Cho toa thuốc và hướng dẫn sử dụng: kháng sinh, giảm đau từ 5 – 7 ngày. b) Tai biến 1. Thủng tử cung Nếu khi nạo người bệnh đau chói, máu âm đạo ra nhiều, phải dùng thước đo thăm dò lại buồng tử cung để xem có bị thủng không. Nếu lỗ thủng nhỏ, mạch, huyết áp ổn định và không nhiễm khuẩn có thể điều trị nội khoa thủng tử cung tại bệnh viện. Nếu lỗ thủng to hoặc có dấu hiệu chảy máu trong cần phẫu thuật khâu lỗ thủng hay cắt tử cung tùy theo tổn thương. Khi mổ cần kiểm tra kỹ các tạng trong ổ bụng. 2. Chảy máu Nếu ra máu âm đạo nhiều phải cho thuốc co hồi tử cung, nếu không cầm máu phải kiểm tra lại buồng tử cung để phòng thủng, sót rau, tử cung co hồi kém hoặc chảy máu ở cổ tử cung nơi kẹp kìm Pozzi và xử trí theo tổn thương. 3. Sốc vagal Xảy ra khi không thực hiện thuốc chống sốc, không giảm đau tốt hoặc thực hiện thủ thuật quá thô bạo. Nếu có sốc xảy ra biểu hiện bởi tình trạng mê, khó thở, tím tái, mạch nhanh, huyết áp giảm, phải ngưng ngay thủ thuật, điều trị như một trường hợp sốc + thuốc giảm đau, Atropine 1 hoặc 2 ống pha loãng tiêm mạch chậm. 4. Nhiễm khuẩn Nếu có dấu hiệu nhiễm khuẩn sau nạo, sốt cao, tử cung to, cổ tử cung còn mở, sản dịch hôi nên điều trị kháng sinh liều cao. Chỉ nạo lại buồng tử cung sau khi hạ sốt và nghỉ sốt nhau.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

11. KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG (13.52)

1. ĐẠI CƯƠNG	Là thủ thuật khâu một đường vòng tròn quanh cổ tử cung để thu hẹp lỗ trong cổ tử cung
2. CHỈ ĐỊNH	- Sảy thai liên tiếp do hở eo tử cung. - Trong các trường hợp tiền sử sảy thai từ hai lần trở lên mà nguyên nhân không rõ. - Trong các trường hợp đặc biệt như song thai mà siêu âm đo chiều dài cổ tử cung dưới 25mm
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Tuổi thai trên 26 tuần, tùy từng bệnh viện - Viêm nhiễm âm đạo, cổ tử cung. - Thai chết
4. THẬN TRỌNG	- Khâu những thai to trên 15 tuần
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản đã được đào tạo và cấp trợ thủ. - Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn. b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): nữ hộ sinh, hộ lý phụ giúp
5.2. Thuốc	- Thuốc tiền mê, giảm đau, chống dị ứng, giảm tiết: dolagan hoặc pethidin, atropinsulphat, dimedron... - Thuốc gây tê tại chỗ: lidocain 2%, nước cất... - Dịch truyền G5%, natriclorid 0.9% - Dung dịch betadine.
5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luân - Bơm kim tiêm 5-10ml... - Săng, bông băng, cồn gạc...
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ khâu vòng cổ tử cung: 2 van âm đạo, kim mang kim, kẹp pozzi, phẫu tích cặp kim... - Chỉ perlon. - Kim tròn
5.5. Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra như chảy máu, nguy cơ sảy thai, tiền lượng... - Giải thích mục đích khâu, tai biến có thể xảy ra sau khi khâu.
5.6. Hồ sơ BA	- Bệnh án sản khoa theo quy định, có khám lâm sàng và xét nghiệm đầy đủ
5.7. Thời gian	- 15-30 phút
5.8. Địa điểm	- Phòng tiểu phẫu hoặc phòng đẻ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật c) Đặt tư thế người bệnh: Nằm tư thế phụ khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: đầy đủ xét nghiệm, cam đoan thủ thuật... - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật * Thì 1: Bộc lộ cổ tử cung. Sát trùng, kẹp kéo cổ tử cung ra ngoài, tê tại chỗ * Thì 2: Khâu vòng. - Dùng chỉ perlon bền chọc kim vào vị trí 11 giờ 30, ra ở vị trí 9 giờ 30, rồi tiếp tục chọc vào ở vị trí 8 giờ 30 xuống 7 giờ 30, tiếp tục chọc vào ở vị trí 5 giờ 30 lên 3 giờ 30 và mũi chọc cuối cùng vào vị trí 2 giờ 30 lên 12 giờ 30. - Buộc chỉ ở vị trí 12 giờ. - Cắt đầu chỉ xa nút buộc khoảng 1cm. * Thì 3: Kiểm tra nút chỉ. - Sát trùng âm đạo và cổ tử cung.

	- Khi thắt, hai mũi chỉ sẽ kéo hẹp lỗ cổ tử cung chút lại theo hai chiều đứng và ngang. - Cắt hai đầu chỉ dài khoảng 1- 1.5cm. Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	a) Theo dõi - Để người bệnh nghỉ lại giường sau 3 ngày để theo dõi chảy máu, cơn co tử cung, vỡ ối. - Rút gạc sau 4-6 giờ. - Điều trị kháng sinh (uống) và chống co tử cung. - Thai phụ xuất viện sau 3 ngày và hướng dẫn thai phụ vào viện lại khi có: cơn co tử cung, ra máu đường âm đạo, ra nước ối đường âm đạo, ngày cắt chỉ tính vừa đủ thai 37 tuần. b) TAI BIẾN. - Ra máu: thường hết ra máu (trừ trường hợp bị bệnh về máu không phát hiện trước) sau khi chèn gạc cầm máu từ 3-4 giờ. - Nhiễm trùng: do thủ thuật tiến hành không vô trùng, hoặc do ổ nhiễm trùng đường sinh dục chưa điều trị ổn định. - Gây sảy thai hoặc đẻ non: do có cơn co. - Vỡ ối, hoặc rỉ ối. - Gãy kim vào trong cổ tử cung: nên dùng kim tròn to có độ cong nhỏ.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

**12. PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG VÀ THẮT ĐỘNG MẠCH HẠ VỊ
DO CHẢY MÁU THỨ PHÁT SAU PHẪU THUẬT SẢN KHOA (13.10)**

1. ĐẠI CƯƠNG	Là phẫu thuật cắt tử cung bán phần và thắt động mạch hạ vị trong các trường hợp chảy máu thứ phát trong phẫu thuật sản khoa.
2. CHỈ ĐỊNH	Áp dụng phẫu thuật này trong trường hợp chảy máu thứ phát sau mổ lấy thai.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Không có chống chỉ định
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp Bác sĩ chuyên khoa phụ sản có kinh nghiệm 2-3 người b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Bác sỹ gây mê hồi sức, phụ mê, dụng cụ, hộ lý
5.2. Thuốc	Thuốc gây mê, giảm đau, giãn cơ...
5.3. Vật tư	Bơm kim tiêm 5-10ml, dây truyền kim luôn...
5.4. Trang thiết bị	Bộ phẫu thuật phụ khoa, kim chỉ tốt, bộ sàng mổ
5.5. Người bệnh	- Thăm thuốc giải thích cho NB, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
5.6. Hồ sơ BA	Bệnh án sản khoa theo quy định, có khám lâm sàng và xét nghiệm đầy đủ
5.7. Thời gian	1-2h, lâu hơn tùy tình trạng phẫu thuật
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: b) Đặt tư thế người bệnh: sản khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật. Bước 1: Mổ thành bụng theo đường giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên khớp mu (theo đường rạch của phẫu thuật trước đó) Bước 2 : Cắt dây chằng tròn Bước 3: Bóc tách phúc mạc đoạn dưới tử cung và đẩy xuống dưới, tách bàng quang ra khỏi tử cung. Bước 4: cặp cắt dây chằng thắt lưng buồng trứng (nếu cắt bỏ phần phụ) hoặc cặp cắt dây chằng vòi – buồng trứng nếu để lại phần phụ. Bước 5: cặp cắt các cuống mạch. Cặp cắt động mạch tử cung hai bên ở ngang mức hoặc thấp hơn một chút phần thân tử cung sẽ cắt bỏ (thường cặp cắt ngang phần ranh giới giữa thân tử cung và cổ tử cung). Bước 6: cắt bỏ thân tử cung để lại cổ tử cung. Thường cắt theo hình chêm để khâu cầm máu mỏm cắt cho dễ dàng. Bước 7: Khâu mỏm cắt và phủ phúc mạc mỏm cắt Bước 8: kiểm tra sự chảy máu và niệu quản hai bên Bước 9: đóng thành bụng theo các lớp giải phẫu Bước 10: Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Chảy máu nhất là buộc các cuống mạch không kỹ và rối loạn đông máu do chảy máu kéo dài. Vì vậy cần buộc các cuống mạch thật chắc, truyền máu và các chất tăng đông máu. - Theo dõi sát sao mạch, huyết áp và huyết động sau mổ. - Trong những trường hợp có biểu hiện rối loạn đông máu nên đặt ống dẫn lưu ổ bụng. Nếu chảy máu nhiều, không cầm phải mổ lại để cầm máu.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

13. BÓC NHÂN XƠ VÚ

1. ĐẠI CƯƠNG	Tỷ lệ các tổn thương vú lành tính có thể gặp ở khoảng 50% phụ nữ trong đó nhiều nhất là nang xơ vú và u xơ vú.
2. CHỈ ĐỊNH	- U xơ tuyến vú - Các nang xơ lành tính hoặc nguy cơ thoái triển xấu dẫn đến ung thư. - Người bệnh có nguyện vọng được bóc bỏ. - Tổn thương nghi ngờ khi làm sinh thiết
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Tổn thương nghi bất thường nhiều hơn (ví dụ ung thư). - Người bệnh chưa có con (tương đối), có thể để theo dõi, điều trị nội khoa
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ sản phụ khoa 1-2 người b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Bác sĩ phụ mổ, bs gây mê, phụ mê, dụng cụ, hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc mê đường tĩnh mạch, mê khí... - Thuốc tiền mê, giảm đau, gây tê tại chỗ - Cồn 70* hoặc dung dịch sát trùng như Betadin...
5.3. Vật tư	- Dây truyền, kim lùn - Bơm tiêm 5ml, 10ml...
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ để phẫu thuật - Các khăn trải phẫu thuật vô khuẩn - Bàn phẫu thuật thông thường
5.5. Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Ký cam đoan phẫu thuật
5.6. Hồ sơ BA	Bệnh án phẫu thuật, đủ các xét nghiệm thăm dò, hội chẩn mổ, cam đoan phẫu thuật
5.7. Thời gian	20 phút -01h
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Người bệnh cởi bỏ áo, tư thế nằm ngửa duỗi thẳng
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật * Thì 1. - Sát trùng rộng vùng phẫu thuật từ trong ra ngoài - Dùng khăn vô trùng để bao bọc xung quanh phẫu trường * Thì 2. - Xác định vị trí khối u cần cắt bỏ, nếu nhỏ có thể dùng kim để xác định mốc tốt nhất là làm dưới gây mê, nếu không có điều kiện thì gây tê tại chỗ. - Sau khi rạch qua da và tổ chức dưới da dùng kéo bóc tách để đi thẳng vào khối u tránh làm nát các tổ chức xung quanh gây chảy máu. - Lấy bỏ khối u qua vết rạch sau khi đã bóc tách và cầm máu kỹ các tổ chức xung quanh khối u bằng chỉ tiêu. Nếu khối u ở sâu thì sau đó cần khâu ép lại tổ chức đã rạch sau khi đã kiểm tra kỹ không thấy chảy máu * Thì 3. - Khâu phục hồi lại da bằng chỉ lin hoặc khâu lùn dưới da bằng chỉ tiêu Vicryl 2.0-3.0. Băng lại vết mổ có thể băng ép bằng băng chun quanh ngực nếu nghi ngờ diện bóc tách còn có thể chảy máu, sẽ tháo bỏ sau 12-24 giờ. - Sau khi bóc xong tổ chức bóc bỏ phải được gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh.

	Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	a)THEO DÕI 1. Người bệnh: Được dùng thuốc giảm đau thêm và thuốc kháng sinh và thuốc chống phù nề. 2. Theo dõi chảy máu: Tại vết mổ hoặc có thể gây tụ máu dưới da làm bầm tím cả một vùng vú, trong ca này thì tùy theo mức độ chảy máu mà có thể phải mở vết mổ để cầm máu lại hoặc dùng băng chun băng ép chặt để cầm máu. 3. Người bệnh: Có thể ăn uống trở lại bình thường sau phẫu thuật và xuất viện sau phẫu thuật 5-7 ngày b)TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ 1. Chảy máu; Vì tổ chức vú là tổ chức mỡ lỏng lẻo dễ chảy máu nên trong quá trình phẫu thuật phải vừa bóc tách vừa cầm máu và nên khâu ép hết đáy diện bóc tách. 2. Tụ máu: Cắt chỉ, khâu cầm máu, dùng tiếp kháng sinh. 3. Nhiễm trùng vết mổ Nếu có thường xảy ra vào ngày thứ 4 hoặc thứ 5 sau phẫu thuật với triệu chứng sưng đau đỏ tấy vùng vết mổ. Trong trường hợp này phải dùng thêm kháng sinh và tách vết mổ để mủ chảy ra ngoài rửa vết mổ bằng Betadin hàng ngày
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

14. TRÍCH ÁP XE VÚ (13.163)

1. ĐẠI CƯƠNG	Là tổn thương ổ mủ ở vú do nhiễm trùng hoặc do tắc sữa mà không được điều trị sớm.
2. CHỈ ĐỊNH	Các áp xe đã thành mủ.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	Khối viêm đỏ chưa thành mủ
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sỹ chuyên ngành Phụ- Sản b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ sinh, hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc tiền mê: pethidin hoặc dorlagan... - Thuốc gây tê tại chỗ bằng Lidocain 2% hoặc thuốc tê xịt bề mặt
5.3. Vật tư	- Bơm tiêm 5ml – 10ml - Dây truyền kim lùn - Dung dịch sát trùng như Betadin...
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ để chích áp xe. - Các khăn trải phẫu thuật vô khuẩn - Bàn khám hoặc bàn mổ.
5.5 Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Người bệnh và gia đình: được giải thích lý do phải chích áp xe và ký giấy cam đoan thủ thuật. - Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định - Người bệnh cởi bỏ áo, nằm ngửa, bộc lộ vùng ngực
5.6. Hồ sơ BA	- Bệnh án phẫu thuật theo chương trình, đủ các xét nghiệm thăm dò, hội chẩn mổ, cam đoan phẫu thuật
5.7. Thời gian	5-20 phút
5.8. Địa điểm	Phòng tiểu phẫu, phòng đẻ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chân đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Tư thế nằm ngửa duỗi thẳng
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: Đúng hồ sơ, bệnh án đầy đủ xét nghiệm - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật * Thì 1. - Sát trùng rộng vùng áp xe từ trong ra ngoài - Dùng khăn vô trùng để bao bọc xung quanh vùng thủ thuật. * Thì 2. - Xác định khối áp xe, tìm chỗ da mềm nhất. * Thì 3. - Rạch da ngay trên khối áp xe đường rạch theo đường chéo nan hoa với tâm là núm vú. - Sau khi rạch qua da và tổ chức dưới da đi thẳng vào khối áp xe tránh làm nát các tổ chức xung quanh gây chảy máu. Dùng kẹp nhỏ hoặc đầu ngón tay trở phá các vách của khối áp xe thông nhau để mủ chảy ra - Để da hở, đặt một gạc con trong ổ áp xe để dẫn lưu mủ ra ngoài, rút sau 12 giờ Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

	- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. Theo dõi - Người bệnh được dùng thuốc giảm đau và kháng sinh uống hoặc tiêm trong 5 đến 7 ngày, thuốc chống phù nề. - Theo dõi chảy máu tại vết rạch. 2. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ - Chảy máu: chảy máu tại vùng rạch da hoặc trong ổ áp xe, khâu chỗ chảy máu dùng tiếp kháng sinh - Không thoát mủ: mở thông lại, dùng kháng sinh tiêm
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

15. PHẪU THUẬT MỔ BỤNG CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN (13.70)

1. ĐẠI CƯƠNG	Phẫu thuật cắt tử cung bán phần có nghĩa là cắt bỏ thân tử cung để lại cổ tử cung qua đường bụng.
2. CHỈ ĐỊNH	- Bệnh lý phụ khoa: + Tổn thương ở thân tử cung + Khối u lành tính ở thân tử cung + Phẫu thuật cắt tử cung bán phần khi cổ tử cung hoàn toàn bình thường. - Bệnh lý liên quan đến sản khoa: + Chảy máu ở tử cung sau đẻ do các nguyên nhân khác nhau (đờ tử cung, rau cài răng lược, vỡ tử cung, phong huyết tử cung rau) + Nhiễm trùng tử cung sau đẻ, sau thủ thuật, nếu có chỉ định cắt tử cung. + Đình chỉ thai nghén vì bệnh lý của người mẹ (bệnh tim, huyết áp cao) có chỉ định cắt tử cung bán phần để nguyên thai trong tử cung (cắt tử cung cả khối)
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sỹ : 01 bác sỹ mổ chính, 1-2 bác sỹ phụ - 01 bác sỹ vô cảm, 01 Phụ gây mê, 01 dụng cụ b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý giúp việc
5.2. Thuốc	- Thuốc gây tê, gây mê, giãn cơ...
5.3. Vật tư	- Dây truyền, kim luôn - Bơm kim tiêm 5-10ml
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ cắt tử cung - Bộ phẫu thuật phụ khoa, kim chỉ tốt, bộ băng mổ
5.5. Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... Chuẩn bị như các trường hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thật sạch và sử dụng an thần trước mổ.
5.6. Hồ sơ BA	- Bệnh án phẫu thuật, đủ các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết, hội chẩn mổ, cam đoan phẫu thuật
5.7. Thời gian	45 phút-2h tùy từng trường hợp
5.8. Địa điểm	- Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: tư thế phụ khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật * Thi 1: Mổ thành bụng - Đường rạch ngang Pfannenstiel, đối với những trường hợp khó thì sử dụng đường trắng giữa dưới rốn. - Chèn gạc cách ly tử cung với ruột - Đặt van trên xương vệ và banh thành bụng. - Bộc lộ tử cung, thăm dò phần phụ để xác định chỉ định cắt hay không cắt phần phụ * Thi 2: Bộc lộ tử cung. Cặp tử cung bằng kẹp cặp tử cung hoặc bằng chỉ khâu. Có thể đưa tử cung ra ngoài thành bụng và lệch sang phía đối diện của bên cắt. * Thi 3: Cắt và thắt dây chằng tròn Dùng hai kẹp có răng cặp dây chằng tròn cách xa chỗ tử cung khoảng 2-3 cm

	tùy theo tử cung to hay nhỏ. Dùng kéo cắt dây chằng tròn giữa hai kẹp. Khâu lại cuống mạch. * Thì 4: Tách phúc mạc tử cung- bàng quang - Dùng kéo cong tách phúc mạc ở vùng eo tử cung (nơi phúc mạc di động) và cắt vòng ngang qua mặt trước tử cung, và vòng ra phía sau trên dây chằng tử cung cùng. - Dùng kẹp cặp gạc gấp hình củ ấu nhỏ đẩy phúc mạc * Thì 5: Cặp cắt và thắt dây chằng thắt lưng-vòi tử cung (nếu có chỉ định cắt buồng trứng) - Dùng hai kẹp có răng để kẹp 1/3 trên của dây chằng, kèm theo mạch máu đi sát dây chằng. Nếu để lại buồng trứng thì chú ý không làm tổn thương cuống động mạch buồng trứng. - Cặp kẹp trên trước, sau đó cặp kẹp dưới cách nhau 1 cm. Dùng kéo cắt dây chằng sát với kẹp trên (sát với phần bỏ đi) để mỏm cắt phần dưới dài hơn, tránh tụt chỉ sau khi buộc mỏm cắt. - Nếu cắt cả buồng trứng thì kẹp cặp luôn cả dây chằng vòi tử cung. - Khâu buộc cuống mạch và dây chằng bằng mũi khâu số 8. * Thì 6: Cặp cắt và thắt động mạch tử cung Dùng kéo tách và cắt phúc mạc xiên từ ngoài vào trong và xuống dưới tận 1/3 giữa dây chằng tròn. * Thì 7: Cắt động mạch tử cung - Kẹp thẳng góc mỗi bên động mạch tử cung ngang mức eo tử cung. - Cắt hai động mạch tử cung sát với kẹp phía trên. - Khâu buộc cuống mạch động mạch tử cung * Thì 8: Cắt cổ tử cung - Dùng kéo cong, dao mổ hoặc dao điện cắt vòng quanh cổ tử cung chéo xuống dưới về phía lỗ cổ tử cung tạo thành hình chóp nông. * Thì 9: Khâu mỏm cắt Dùng kim cong sắc và chỉ Vicryl khâu mỏm cắt chữ X hoặc mũi rời. Khâu một lớp từ phải qua trái. * Thì 10: Phủ phúc mạc mỏm cắt và cuống mạch - Dùng kim cong, chỉ tiêu nhỏ khâu lại phúc mạc mỏm cắt - Lau sạch cùng đồ Douglas - Kiểm tra ổ bụng, niệu quản * Thì 11: Đóng thành bụng Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Chảy máu - Nhiễm trùng - Khó máu tụ - Tắc mạch vùng hố chậu hoặc tĩnh mạch chi dưới - Tổn thương niệu quản
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản Phụ

16. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN (13.68)

1. ĐẠI CƯƠNG	Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối tử cung bao gồm thân tử cung, cổ tử cung, vòi tử cung, buồng trứng. Tuy nhiên cũng có những trường hợp cắt tử cung hoàn toàn để lại một hoặc hai phần phụ.
2. CHỈ ĐỊNH	1. Bệnh lý liên quan đến sản khoa - Hầu hết trong phẫu thuật cấp cứu sản khoa thường có chỉ định cắt tử cung bán phần, tuy nhiên trong một số trường hợp đặc biệt phải có chỉ định cắt tử cung hoàn toàn. - Rau tiền đạo trung tâm, rau bám chặt xuống sâu tận cổ tử cung gây chảy máu mà thất động mạch hạ vị không cầm máu được. - Thai ở cổ tử cung bị sảy, chảy máu, sau khi can thiệp các thủ thuật như khâu, đốt nhiệt mà không có kết quả. - Nhiễm trùng sau phẫu thuật lấy thai lan tới buồng tử cung đã bị rách phúc tạp. 2. Bệnh lý liên quan đến phụ khoa - Một số bệnh lý tiền ung thư và ung thư của bộ phận sinh dục (cổ tử cung, tử cung, vòi tử cung, buồng trứng, rau, chửa trứng lớn tuổi...) - Những khối u lành tính ở tử cung có chỉ định cắt tử cung nhưng cổ tử cung không bình thường (tổn thương lành tính hoặc nghi ngờ cổ tử cung)...
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	Không có
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Kíp phẫu thuật; Bác sỹ : 01 bác sỹ mổ chính, 01-02 bác sỹ phụ mổ - Gây mê: 01 Bác sỹ vô cảm: 01. Phụ gây mê - 01 KTV dụng cụ b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc gây tê, gây mê, giãn cơ... - Dịch truyền, các dịch thay thế khác...
5.3. Vật tư	- Dây truyền, kim luân - Bơm kim tiêm 5-10ml...
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ cắt tử cung - Bộ phẫu thuật phụ khoa, kim chỉ tốt, bộ sàng mổ
5.5. Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...: - Được tư vấn về lý do phải mổ cấp cứu và nguy cơ có thể xảy ra, ký giấy cam đoan mổ. - Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông tiểu sát khuẩn thành bụng vùng mổ.
5.6. Hồ sơ BA	- Bệnh án phẫu thuật, đủ các xét nghiệm cận lâm sàng, hội chẩn mổ, cam đoan phẫu thuật
5.7. Thời gian	45'-2h
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật * CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH Thì 1: Mổ thành bụng; Thường sử dụng đường rạch Pfannenstiel, đối với trường hợp cấp cứu hoặc khó khăn thì sử dụng đường trắng giữa dưới rốn. Thì 2: Cắt các dây chằng: Kẹp và cắt dây chằng thất lưng – buồng trứng, tử cung – vòi tử cung và các cuống mạch, cắt dây chằng tròn hai bên, cắt hai lá

	dây chằng rộng. Khâu lại các cuống mạch và mỏm cắt. Thì 3: Tách và cắt phúc mạc tử cung- bàng quang - Dùng kéo mở phúc mạc ngang với chỗ bám di động ở eo tử cung và cắt ngang trước đoạn dưới tử cung. - Dùng gạc đẩy phúc mạc xuống sâu, giúp đẩy bàng quang ra trước, bộc lộ cổ tử cung và túi cùng âm đạo trước. Thì 4: Cắt dây chằng tử cung – cùng và phúc mạc mặt sau. - Kéo tử cung ra trước, bộc lộ hai dây chằng tử cung – cùng và mặt sau cổ tử cung. - Cắt hai dây chằng tử cung – cùng gần chỗ bám ở cổ tử cung - Tách phúc mạc sau vòng quanh cổ tử cung phía trên và đẩy xuống ngang mức cắt âm đạo. Thì 5: Cặp các cuống mạch đi vào tử cung - Cặp các động mạch tử cung từng bên. Cắt và khâu cuống mạch - Cặp nhánh động mạch cổ TC, cắt và khâu cuống mạch. Thì 6: Cắt âm đạo - Tay trái phẫu thuật viên kéo mạnh tử cung lên trên, tay phải dùng kéo mở cùng đồ trước hoặc cùng đồ sau. - Dùng kẹp thẳng cặp mép trước âm đạo để giữ. - Tiếp tục cắt vòng quanh sát với chỗ bám âm đạo và cổ tử cung từ phía trước sang phải, ra sau và qua trái. Thì 7: Đóng âm đạo: Dùng kim cong và chỉ tiêu khâu qua lớp tổ chức dưới niêm mạc và niêm mạc âm đạo bằng mũi khâu vắt hoặc mũi rời chữ X. Thì 8: Phủ phúc mạc tiểu khung: Lau bụng và kiểm tra ổ bụng, kiểm tra niệu quản Thì 9: Đóng thành bụng * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1.Trong phẫu thuật - Chảy máu: do buộc chỉ lỏng hay bị tuột chỉ mỏm cắt và cuống mạch. - Nhiễm trùng: ở vết mổ hoặc mỏm cắt. - Tổn thương bàng quang: do khâu chọc vào bàng quang, cắt vào bàng quang do đẩy phúc mạc tử cung – bàng quang không tốt. - Thắt hoặc cắt vào niệu quản: do dính hoặc thắt động mạch cổ tử cung – âm đạo quá xa bờ ngoài cổ tử cung. 2. Sau phẫu thuật - Tạo thành khối máu tụ - Tắc mạch vùng hố chậu hoặc tĩnh mạch chi dưới - Dò bàng quang
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

17. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG BỐC U XƠ TỬ CUNG (13.71)

1. ĐẠI	Phẫu thuật bóc nhân xơ tử cung đường bụng nhằm mục đích lấy hoàn toàn nhân
---------------	--

CƯỜNG	xơ nằm trong cơ tử cung, bảo tồn tử cung và hai phần phụ.
2. CHỈ ĐỊNH	- Tử cung có nhân xơ phát triển nhanh - Nhân xơ phát triển gây chèn ép làm cho người bệnh đau. - Nhân xơ thoái hóa, gây đau (phát hiện qua siêu âm) - Nhân xơ phát triển vào niêm mạc gây chảy máu, ảnh hưởng đến sức khỏe. - Bóc nhân xơ khi phẫu thuật lấy thai
ĐIỀU KIỆN	- Có nhân xơ rõ, các lớp xơ cơ đồng tâm, xung quanh là các tổ chức lỏng lẻo, dễ tách. Trên hình ảnh siêu âm tạo bờ rõ nét, khác biệt với tổ chức cơ. - Không có quá nhiều nhân vì bóc tách nhiều sẽ gây chảy máu. - Nhân xơ rõ trên tử cung không có dấu hiệu nhiễm trùng (đặc biệt là khi phẫu thuật bóc nhân xơ dưới niêm mạc). - Vị trí nhân xơ cách xa sừng tử cung. - Nhân xơ không quá to, kẹt vào vùng tiểu khung. - Trong các trường hợp cần bảo tồn khả năng sinh sản cần thận trọng trong chỉ định vì có thể thất bại mà phải cắt tử cung
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sỹ : 01 bác sỹ mổ chính, 01-02 bác sỹ phụ - Gây mê: 01 bác sỹ gây mê, 01 KTV phụ mê - Điều dưỡng: 01 dụng cụ viên b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý giúp việc
5.2. Thuốc	- Thuốc gây tê, gây mê, giãn cơ...
5.3. Vật tư	- Dây truyền, kim luôn - Bơm kim tiêm 5-10ml
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ cắt tử cung - Kim chỉ - Săng gạc vô khuẩn...
5.5 Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...: Chuẩn bị như các trường hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thật tháo và sử dụng an thần trước mổ. - Thăm khám, xét nghiệm để tiên lượng trước phẫu thuật vì có những tử cung to, xơ hóa mà không có nhân xơ tách biệt rõ ràng. - Phát hiện các bệnh kết hợp, đặc biệt là nhiễm trùng phụ khoa để điều trị trước phẫu thuật. - Chọn thời điểm sau khi sạch kinh để phẫu thuật.
5.6. Hồ sơ BA	Theo quy định
5.7. Thời gian	45'-02 giờ
5.8. Địa điểm	- Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật c) Đặt tư thế người bệnh: tư thế phụ khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật *Thì 1: Mổ thành bụng Rạch thành bụng theo đường ngang nếu có nhân xơ nhỏ, dễ bóc tách, hoặc đường dọc giữa dưới rốn.

	* Thì 2: Bộc lộ khối u để bóc tách * Thì 3: Dùng dao điện hoặc dao thường - Rạch TC ở vị trí khối xơ đảm bảo yêu cầu + Đường rạch gọn, gần chỗ lõi nhất của khối xơ. + Đường rạch càng gần đường giữa càng đỡ chảy máu + Đường rạch càng xa sừng tử cung càng đỡ dính tắc vòi tử cung + Đường rạch ở vị trí có thể bóc được nhiều nhân xơ. + Đường rạch đủ độ sâu đến vỏ ngoài nhân xơ mới có thể bóc tách được dễ dàng. * Thì 4: Bóc tách khối u - Dùng cái kẹp hoặc sợi chỉ to khâu sâu vào khối u để giữ chắc khối u, vừa kéo vừa tách vỏ khối u bằng mũi kéo. Dùng ngón tay trở thăm dò các vùng dính và tách hẳn khối u ra ngoài. - Có thể sử dụng vết rạch này để bóc các khối u khác. Động tác bóc tách cần nhẹ nhàng, tránh thủng buồng tử cung. - Cầm máu bằng các mũi khâu chữ X hoặc bằng kẹp khi thấy rõ mạch máu. Không nên cặp ngang cơ tử cung vì sẽ làm cho cơ rách, gây chảy máu nhiều. * Thì 5: Khâu kín khoang bóc tách - Khâu từng lớp bằng các mũi chữ X bằng chỉ Vicryl - Lớp đầu tiên đảm bảo lấy hết đáy khoang bóc tách - Các lớp sau đảm bảo khâu chồng qua lớp trước - Đóng các lớp ngoài cùng bằng mũi khâu vắt và lộn méo rạch vào trong. * Thì 6: Đóng bụng - Lau sạch ổ bụng - Kiểm tra niệu quản Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN 1. Chảy máu: tai biến hay gặp nhất - Sử dụng các mũi chữ X cầm máu hoặc bằng kẹp máu tạm thời hoặc chèn gạc tạm thời. - Chảy máu nhiều tiên lượng không cầm máu được phải cắt tử cung bán phần. 2. Thủng khoang bóc tách u xơ thông với buồng tử cung Nguyên nhân: + Động tác bóc tách thô bạo làm rách lớp cơ sâu, kéo theo niêm mạc tử cung. + Do mũi khâu sâu thủng qua niêm mạc tử cung + Trong ca này cần mở rộng buồng tử cung và dùng chỉ khâu lại niêm mạc tử cung.
CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT	1. Đảm bảo sạch máu cục trong âm đạo, tránh nhiễm trùng tử âm đạo ngược lên. 2. Ngồi dậy sớm để tránh biến chứng tắc mạch và nhiễm trùng, gây dính buồng tử cung và vô sinh. 3. Theo dõi chu kỳ kinh sau phẫu thuật, nếu kinh trở lại là biểu hiện sự cân bằng hoạt động nội tiết và niêm mạc tử cung hồi phục bình thường.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

18. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG

CẮT U BUỒNG TRỨNG HOẶC CẮT PHẦN PHỤ (13.72)

1. ĐẠI CƯƠNG	Là phẫu thuật mở ổ bụng để cắt buồng trứng, cắt vòi trứng, hay cắt cả phần phụ trong trường hợp chảy máu, ứ mủ hay xoắn buồng trứng và vòi trứng.
2. CHỈ ĐỊNH	U nang buồng trứng hoặc phần phụ không có chỉ định mổ nội soi
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Người bệnh đang hành kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi - Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu, - Các bệnh nội khoa không có chịu đựng được phẫu thuật
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sỹ : 01 bác sỹ mổ chính, 01-02 bác sỹ phụ - Gây mê: 01 bác sĩ gây mê, 01 KTV phụ mê - Điều dưỡng: 01 dụng cụ viên b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý giúp việc
5.2. Thuốc	Thuốc gây tê, gây mê, giãn cơ...
5.3. Vật tư	- Dây truyền, kim luân - Bơm kim tiêm 5-10ml
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ trung phẫu hoặc đại phẫu phụ khoa - Kim chỉ tiêu: vicryl 1.0, 2.0, 3.0 - Săng gạc vô khuẩn
5.5 Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.... - Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ định. - Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra. - Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần - Vệ sinh tại chỗ, thụt tháo, sát khuẩn vùng bụng - Gây mê nội khí quản
5.6. Hồ sơ bệnh án	Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị theo qui định
5.7. Thời gian	45’-02h
5.8. Địa điểm	- Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: tư thế nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật - Trải khăn vô khuẩn. - Mở bụng theo đường giữa dưới rốn hay đường ngang trên vệ vào ổ bụng. - Bọc mép vết mổ. 1. Cắt khối u buồng trứng - Thăm khám đánh giá tình trạng khối u buồng trứng xem mức độ di động và dính với các tạng xung quanh. - Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để khối u bị vỡ - Chèn gạc xung quanh, tách biệt với khối u - Nếu khối u nhỏ: dùng một (hoặc 2) kim có răng to, chắc khỏe cặp cuống khối u (dây chằng thất lưng – buồng trứng), càng sát khối u càng tốt. - Dùng một (hoặc 2) kim có răng to, chắc khỏe cặp cuống khối u, cách kim trước 1 đến 1,5 cm - Dùng kéo cong cắt bỏ khối u - Khâu móm cắt.

	- Nếu khối u to, sau khi bóc lột kỹ, có thể dùng 2 hoặc 3 kim cặp lõi khối u lên, chọc một lỗ để hút bớt dịch trong khối u, sau đó dùng kim kẹp mép khối u vừa mở, rồi tiến hành cắt khối u như trên. - Trong trường hợp xác định khối u lành tính thì bóc tách khối u để lại phần buồng trứng lành: dùng dao rạch nhẹ trên phần khối u sát với phần buồng trứng lành; dùng kéo cong đầu tù kết hợp với đầu ngón tay để bóc tách phần u buồng trứng ra khỏi phần lành; sau đó cầm máu kỹ. - Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu chỉ chưa được buộc chặt, hoặc khâu chưa hết tổn thương thì phải khâu tăng cường để cầm máu. - Gửi bệnh phẩm xét nghiệm giải phẫu bệnh. - Kiểm tra buồng trứng bên đối diện. Nếu nghi ngờ khối u vừa cắt bị ung thư thì cắt miêng nhỏ buồng trứng đối diện để xét nghiệm mô bệnh học 2. Cắt phần phụ - Thăm khám đánh giá tình trạng phần phụ xem có bị dính với các tạng xung quanh. - Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để vỡ dịch (trong ca ứ mủ VTC) - Dùng một kim có răng to, chắc khỏe cặp dây chằng thất lưng – buồng trứng và dây chằng rộng sát với tử cung - Dùng một kim có răng to, chắc khỏe cặp cách kim trước 1 đến 1,5 cm - Dùng kéo cong cắt bỏ phần phụ - Khâu mỏm cắt bằng mũi thông thường hay mũi khâu số 8. Kiểm tra xem có còn rỉ máu không - Lau sạch ổ bụng - Đóng bụng theo các lớp, đóng da mũi rời hoặc trong da - Sát khuẩn lại và băng vết thương Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Tổn thương mạch máu, hệ tiết niệu, hệ tiêu hóa trong quá trình phẫu thuật. - Nhiễm trùng, chảy máu trong
TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

19. PHẪU THUẬT NỘI SOI BÓC U XƠ TỬ CUNG (13.65)

1. ĐẠI CƯƠNG	Bóc u xơ tử cung qua nội soi là phẫu thuật sử dụng các dụng cụ được đưa vào ổ bụng qua các lỗ chọc ở thành bụng để tiến hành bóc và cắt bỏ khối u xơ để bảo tồn toàn bộ tử cung.
2. CHỈ ĐỊNH	Có chỉ định mổ nội soi U xơ tử cung dưới phúc mạc hoặc trong cơ tử cung.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Ruột chướng - Thoát vị cơ hoành - Các bệnh nhiễm khuẩn, các bệnh về máu. - Các bệnh nội khoa cấp tính đang điều trị chưa can thiệp phẫu thuật được. - Khối u xơ tử cung quá to, u xơ dưới niêm mạc - Thiếu thiết bị gây mê toàn thân
4. THẬN TRỌNG	- Béo phì - Tiền sử phẫu thuật ổ bụng nhiều lần, dính nhiều. - Phẫu thuật viên thiếu kinh nghiệm
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ chuyên khoa sản hay bác sĩ khoa ngoại đã được huấn luyện, đào tạo mổ nội soi và kỹ thuật cắt tử cung qua nội soi. - Bác sĩ đã được đào tạo phụ mổ nội soi. - Bác sĩ, kỹ thuật viên gây mê hồi sức. - Điều dưỡng viên/y tá làm người đưa dụng cụ. b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có):
5.2. Thuốc	- Thuốc gây mê toàn thân, các thuốc hồi sức, dịch truyền thay thế máu và máu nếu có...
5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luôn, bơm kim tiêm 5-10ml
5.4. Trang thiết bị	- Dụng cụ đặt nội khí quản và máy thở. - Dàn máy, hệ thống khí CO₂, màn hình TV - Bộ dụng cụ nội soi
5.5. Người bệnh	- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Người bệnh và gia đình: được giải thích lý do phải phẫu thuật và ký giấy cam đoan đồng ý mổ. - Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định
5.6. Hồ sơ BA	Theo quy định
5.7. Thời gian	45'-02 giờ
5.8. Địa điểm	Phòng mổ bệnh viện
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: tư thế nằm ngửa đầu thấp
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật + Người bệnh được sát khuẩn vùng bụng, đùi. Đặt ống thông tiểu trước khi tiến hành phẫu thuật. + Gây mê toàn thân và thở máy. * Bước 1: Chọc trocar và bơm CO₂ vào ổ bụng - Rạch da trên dưới rốn 5 hoặc 10 mm (phù hợp với đèn soi) - Nâng thành bụng lên cao để chọc kim (hoặc chọc ngay trocar 5 hoặc trocar

	10 nếu phẫu thuật viên có kinh nghiệm), dùng nước nhỏ vào ổ kim kiểm tra xem đầu kim đã nằm trong ổ bụng chưa. - Bơm CO2 vào ổ bụng, tốc độ khí vào thường được đặt là 3- 4 lít/ phút. Cảm ứng tắt tự động nếu áp lực bơm trên 15-20 mm Hg - Đưa đèn soi. Kiểm tra xem trocar đã nằm trong ổ bụng chưa. - Chọc 2 hoặc 3 trocar 5 ở hai bên hố chậu, gần mào chậu, hoặc trên xương vệ, chú ý tránh chọc vào mạch máu * Bước 2: Kiểm tra tử cung và các tạng xung quanh Quan sát tử cung, hai phần phụ, tiểu khung, kiểm tra dạ dày và gan. Đánh giá u xơ tử cung: kích thước, vị trí để xem khả năng có thể bóc bỏ được tử cung không. * Bước 3: Bóc khối u xơ Dùng dao một cực rạch một đường ở khối u theo chiều dọc tử cung, chiều dài đường rạch vừa đủ để bóc khối u. bóc khối u và cầm máu diện cắt bằng dao hai cực. Khâu cầm máu diện bóc tách từ đáy diện bóc tách ra ngoài Bước 4: Kiểm tra, cầm máu và tháo CO2 - Rửa lại ổ bụng vùng tiểu khung, xem dịch nước rửa trong, kiểm tra diện khâu bóc tách không chảy máu, nước rửa trong. - Tháo CO2, rút 2 trocar ở hố chậu trước, trocar ở rốn có đèn soi rút sau cùng. Chú ý xem tình trạng huyết áp của người bệnh tại thời điểm kiểm tra cầm máu. - Khâu da Bước 5: Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Chảy máu sau mổ có thể do tuột chỉ hoặc lỏng nút buộc. Dấu hiệu choáng tụt huyết áp, tình trạng thiếu máu cấp, ổ bụng có dịch... phải mổ lại để cầm máu đồng thời hồi sức tích cực, điều chỉnh rối loạn đông máu, bồi phụ thể tích tuần hoàn. - Viêm phúc mạc sau mổ hiếm gặp, phải tiến hành hồi sức, điều trị bằng kháng sinh phối hợp, liều cao và mổ lại để rửa ổ bụng, dẫn lưu.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

20. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U BUỒNG TRỨNG VÀ PHẦN PHỤ (13.83)

1. ĐẠI CƯƠNG	Hiện nay nội soi đang dần chiếm ưu thế trong phẫu thuật cắt u buồng trứng hoặc phần phụ, tuy nhiên không phải tất cả vẫn các ca đều mổ nội soi được mà bắt buộc phải phải mở bụng để thực hiện các phẫu thuật trên vì dính hoặc mổ cũ nhiều lần hoặc có những chống chỉ định cho nội soi.
2. CHỈ ĐỊNH	- U buồng trứng không nghi ngờ ác tính và không quá to, không quá dính. - Nang nước cạnh vòi trứng. - Viêm ú mủ vòi trứng. - Ung thư vú có chỉ định cắt buồng trứng.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Người bệnh đang trong chu kỳ kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi. - Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu. - Các bệnh nội khoa và các trường hợp có chống chỉ định mổ nội soi. - Khó u dính nhiều, phẫu thuật ổ bụng nhiều lần. - Ung thư buồng trứng.
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi 2-3 người - Bác sĩ gây mê hồi sức, phụ mê, dụng cụ viên - Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn. b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý giúp việc
5.2. Thuốc	- Thuốc gây mê toàn thân, các thuốc hồi sức, dịch truyền thay thế máu và máu nếu có...
5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luân, bơm kim tiêm 5-10ml
5.4. Trang thiết bị	- Dụng cụ đặt nội khí quản và máy thở. - Dàn máy, hệ thống khí CO₂, màn hình TV - Bộ dụng cụ nội soi
5.5. Người bệnh	- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - NB và gia đình: được giải thích lý do phải phẫu thuật và ký giấy cam đoan đồng ý mổ. - Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ định. - Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần - Vệ sinh tại chỗ, thụt tháo. - Sát khuẩn vùng bụng, trải khăn vô khuẩn - Gây mê nội khí quản
5.6. Hồ sơ BA	Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị theo qui định
5.7. Thời gian	45'-02 giờ
5.8. Địa điểm	Phòng mổ bệnh viện
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa đầu thấp
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật - Bước 1: Vào các trocar và bơm CO₂ ổ bụng - Rạch da trên dưới rốn 5 hoặc 10 mm (phù hợp với đèn soi) - Nâng thành bụng lên cao để chọc kim (hoặc chọc ngay trocar 5 hoặc trocar 10 nếu phẫu thuật viên có kinh nghiệm), dùng nước nhỏ vào đốc kim kiểm tra xem đầu kim đã nằm trong ổ bụng chưa. - Bơm CO₂ vào ổ bụng, tốc độ khí vào thường được đặt là 3- 4 lít/ phút. Cảm ứng tắt tự động nếu áp lực bơm trên 15-20 mm Hg

	- Đưa đèn soi. Kiểm tra xem trocar đã nằm trong ổ bụng chưa. - Chọc 2 hoặc 3 trocar 5 ở hai bên hố chậu, gần mào chậu, hoặc trên xương vẹt, chú ý tránh chọc vào mạch máu Bước 2: Cắt khối u buồng trứng qua nội soi - Thăm khám đánh giá tình trạng khối u buồng trứng xem mức độ di động và dính với các tạng xung quanh. - Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để khối u bị vỡ. - Nếu dính nhiều tiền lượng khó khăn khi cắt bằng nội soi thì phải chuyển sang mổ mở • Bóc u nang buồng trứng - Dùng dao một cực rạch trên mặt khối u dài khoảng 2cm sát với buồng trứng lành - Dùng forcep nhỏ cặp một bên mép của vết rạch khối u và kéo lên cao - Dùng que gậy, bóc tách dần khối u khỏi vỏ u - Khi đã đến đáy (cuống) khối u, tùy thuộc vào tình trạng của khối u: + Nếu u nhỏ, tiền lượng không chảy máu thì bóc lấy hết khối u. + Nếu nguy cơ chảy máu ở cuống khối u thì dùng dao điện 2 cực đốt tổ chức dưới đáy khối u, dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u. - Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý. - Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực. - Rút các trocar, khâu lại chỗ rạch bụng • Cắt khối u - Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u từ dây chằng thất lưng - buồng trứng - Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u - Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý. - Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực. - Kiểm tra buồng trứng bên đối diện. Nếu nghi ngờ khối u vừa cắt bị ung thư thì cắt miếng nhỏ (sinh thiết) buồng trứng đối diện để xét nghiệm mô bệnh học - Rút các trocar, khâu lại chỗ rạch bụng Ghi chú: Nếu khối u to, chọc hút bớt dịch rồi tiến hành như trên Bước 3: Cắt phần phụ - Thăm khám đánh giá tình trạng phần phụ xem có bị dính với các tạng xung quanh. - Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để vỡ dịch (trong ứ mủ VTC) - Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u bao gồm dây chằng rộng và mạc treo vòi - buồng trứng - Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống dây chằng thất lưng buồng trứng và dây chằng rộng - Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý. - Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực. - Rút các trocar, khâu lại chỗ rạch bụng Bước 4: Kết thúc quy trình;- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. THEO DÕI: Theo dõi xem băng có bị thấm máu không - Vết mổ có bị bầm tím do máu - Sưng đỏ do viêm nhiễm - Theo dõi tình trạng nước tiểu: có máu không và số lượng trong 24 giờ - Cắt chỉ sau mổ 5 ngày - Bình thường ra viện sau 24 hoặc 48 giờ 2. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ - Chảy máu diện bóc tách, tổn thương hệ tiêu hóa, tiết niệu, xử trí mổ lại - Nếu chảy máu không cầm được thì phải chuyển mổ mở
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản Phụ

21. PHẪU THUẬT NỘI SOI THAI NGOÀI TỬ CUNG CHƯA VỠ (13.90)

1. ĐẠI CƯƠNG	Chửa ngoài tử cung là hiện tượng trứng đã thụ tinh làm tổ ở ngoài buồng tử cung. Các vị trí của chửa ngoài tử cung: vòi tử cung (chiếm 95 – 98%), buồng trứng, ống cổ tử cung, ổ bụng. Phẫu thuật nội soi chữa ngoài tử cung là một phương pháp dùng để chẩn đoán sớm và điều trị có hiệu quả các trường hợp chửa ngoài tử cung chưa vỡ hoặc chửa ngoài tử cung vỡ với lượng máu trong ổ bụng chưa nhiều, chưa ảnh hưởng đến toàn trạng của người bệnh																											
2. CHỈ ĐỊNH	- Chửa ngoài tử cung với huyết động ổn định. - Chẩn đoán các trường hợp nghi ngờ chửa ngoài tử cung - Các yếu tố nguy cơ của Bruhat: <table><tr><th>STT</th><th>Yếu tố nguy cơ</th><th>Số điểm</th></tr><tr><td>1</td><td>Tiền sử chửa ngoài tử cung</td><td>2</td></tr><tr><td>2</td><td>Sau đó mỗi lần chửa ngoài tử cung thêm</td><td>1</td></tr><tr><td>3</td><td>Tiền sử gõ dính qua nội soi</td><td>1</td></tr><tr><td>4</td><td>Tiền sử mổ vi phẫu vòi tử cung</td><td>2</td></tr><tr><td>5</td><td>Chỉ có 1 vòi tử cung</td><td>2</td></tr><tr><td>6</td><td>Tiền sử viêm vòi tử cung</td><td>1</td></tr><tr><td>7</td><td>Có dính cùng bên</td><td>1</td></tr><tr><td>8</td><td>Có dính bên đối diện</td><td>1</td></tr></table> - Căn cứ vào tổng số điểm để có phương pháp điều trị: ☐ Từ 0-3 điểm: Nội soi bảo tồn vòi tử cung, nếu người bệnh còn nhu cầu sinh đẻ ☐ 4 điểm : Nội soi cắt vòi tử cung ☐ ≥ 5 điểm : Nội soi cắt vòi tử cung và triệt sản bên đối diện.	STT	Yếu tố nguy cơ	Số điểm	1	Tiền sử chửa ngoài tử cung	2	2	Sau đó mỗi lần chửa ngoài tử cung thêm	1	3	Tiền sử gõ dính qua nội soi	1	4	Tiền sử mổ vi phẫu vòi tử cung	2	5	Chỉ có 1 vòi tử cung	2	6	Tiền sử viêm vòi tử cung	1	7	Có dính cùng bên	1	8	Có dính bên đối diện	1
STT	Yếu tố nguy cơ	Số điểm																										
1	Tiền sử chửa ngoài tử cung	2																										
2	Sau đó mỗi lần chửa ngoài tử cung thêm	1																										
3	Tiền sử gõ dính qua nội soi	1																										
4	Tiền sử mổ vi phẫu vòi tử cung	2																										
5	Chỉ có 1 vòi tử cung	2																										
6	Tiền sử viêm vòi tử cung	1																										
7	Có dính cùng bên	1																										
8	Có dính bên đối diện	1																										
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Các trường hợp có chống chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng - Chửa ngoài tử cung vỡ gây trụ mạch. - Không bảo tồn vòi tử cung trong trường hợp huyết tụ thành nang hoặc đã có hoạt động tim thai.																											
4. THẬN TRỌNG																												
5. CHUẨN BỊ																												
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi 2-3 người - Bác sĩ gây mê hồi sức, phụ mê, dụng cụ viên - Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn. b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý giúp việc																											
5.2. Thuốc	- Thuốc gây mê toàn thân, các thuốc hồi sức, dịch truyền thay thế máu và máu nếu có...																											
5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luồn, bơm kim tiêm 5-10ml																											
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Dụng cụ đặt nội khí quản và máy thở. - Dàn máy, hệ thống khí CO2, màn hình TV - Bộ dụng cụ nội soi																											
5.5. Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Người bệnh và gia đình: được giải thích lý do phải phẫu thuật và ký giấy cam đoan phẫu thuật - Khám toàn thân và khám chuyên khoa để đánh giá toàn trạng bệnh nhân có chỉ định mổ nội soi không - Tư vấn cho người bệnh về lý do phẫu thuật, các nguy cơ của phẫu thuật, tương lai sinh sản sau này, các biện pháp tránh thai có thể được áp dụng và nguy cơ																											

	chửa ngoài tử cung tái phát - Người bệnh, người nhà ký cam đoan phẫu thuật - Thụt tháo - Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông đái, sát khuẩn thành bụng vùng mổ - Gây mê nội khí quản
5.6. Hồ sơ BA	Hồ sơ phẫu thuật theo quy định.
5.7. Thời gian	45'-02h
5.8. Địa điểm	- Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa đầu thấp
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật ➤ Bước 1: Chọc trocar và Bơm CO₂ - Rạch da trên dưới rốn 5 hoặc 10 mm (phù hợp với đèn soi) - Nâng thành bụng lên cao để chọc kim (hoặc chọc ngay trocar 5 hoặc trocar 10 nếu phẫu thuật viên có kinh nghiệm), dùng nước nhỏ vào đốc kim kiểm tra xem đầu kim đã nằm trong ổ bụng chưa. - Bơm CO₂ vào ổ bụng, tốc độ khí vào thường được đặt là 3- 4 lít/ phút. Cảm ứng tắt tự động nếu áp lực bơm trên 15-20 mm Hg - Đưa đèn soi. Kiểm tra xem trocar đã nằm trong ổ bụng chưa. - Chọc 2 hoặc 3 trocar 5 ở hai bên hố chậu, gần mào chậu, hoặc trên xương vè, chú ý tránh chọc vào mạch máu ➤ Bước 2: Đánh giá ổ bụng và tiểu khung - Hút hết máu, rửa ổ bụng, đánh giá toàn bộ ổ bụng và tiểu khung đặc biệt là vị trí, tình trạng khối chứa và vòi tử cung bên đối diện. ➤ Bước 3: Phẫu thuật: tùy thuộc tổn thương - Cắt vòi tử cung triệt để + Cắt vòi tử cung từ eo đến loa hoặc ngược lại + Kẹp vòi tử cung chỗ tiếp giáp giữa eo và bóng để bộc lộ đoạn eo + Đưa dao điện 2 cực vào trocar bên đối diện với khối chứa, cầm máu từ eo vòi tử cung, vừa cầm máu vừa cắt bằng kéo hoặc dao điện 1 cực dọc theo bờ mạc treo vòi tử cung về phía loa, cần chú ý nhánh nối giữa động mạch buồng trứng và động mạch tử cung. + Lấy bệnh phẩm: phần vòi tử cung cắt bỏ được cho vào túi nội soi sau đó lấy ra ngoài qua thành bụng, có thể lấy từng phần qua trocar to nhưng không nên vì đề phòng sót nguyên bào nuôi trong ổ bụng sẽ dẫn đến biến chứng nguyên bào nuôi tồn tại sau mổ. + Rửa ổ bụng và kiểm tra lần cuối - Bảo tồn VTC + Mở VTC Rạch bờ tự do của VTC khoảng 1 – 2 cm ở chỗ phồng nhất bằng dao điện 1 cực, có thể rạch rộng hơn để có thể lấy hết khối chứa một cách dễ dàng + Lấy khối thai ra khỏi VTC Đưa ống hút qua vết rạch vào lòng VTC để hút máu cục và nguyên bào nuôi. Đưa đèn soi lại gần để xác định đã lấy hết nguyên bào nuôi chưa và có chảy máu không? + Kiểm tra tình trạng chảy máu và cầm máu Thông thường máu hay chảy ở mép vết rạch VTC hay ở vị trí rau bám. Nếu có

	chảy máu thì dùng dao điện 2 cực cầm máu nhẹ nhàng tránh làm tổn thương vùng xung quanh, có thể ngâm toàn bộ VTC trong nước ấm cũng có tác dụng cầm máu và tránh làm khô VTC + Lấy bệnh phẩm Tổ chức rau thai sau đó được cho vào túi nội soi và lấy ra ngoài ổ bụng. Cần chú ý lấy hết tổ chức vì nếu để sót có thể dẫn đến hậu quả nguyên bào nuôi tiếp tục làm tổ và phát triển trong ổ phúc mạc + Kết thúc cuộc mổ ✓ Kiểm tra lại VTC ✓ Rửa vùng tiểu khung ✓ Đánh giá lại VTC đối diện cũng như toàn bộ tiểu khung ✓ Không cần thiết đặt dẫn lưu + Một số kỹ thuật kết hợp ✓ Gỡ dính ✓ Tạo hình loa vòi ✓ Mở thông VTC ✓ Lộn loa vòi ✓ Cắt VTC Bước 4: Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. Tai biến của phẫu thuật nội soi nói chung - Tổn thương đường tiêu hóa - Tổn thương hệ tiết niệu - Tổn thương vòi tử cung - Bỏng do điện - Chảy máu trong mổ 2. Tai biến của nội soi điều trị chữa ngoài tử cung - Ngoài các tai biến, biến chứng chung của soi ổ bụng can thiệp, soi ổ bụng điều trị chữa ngoài tử cung có một số tai biến đặc trưng như: - Điều trị bảo tồn VTC + Chảy máu: chủ yếu là chảy máu ở diện rau bám trong mổ và sau mổ dẫn tới phải cắt vòi tử cung + Chấn thương vòi tử cung: thường do phẫu thuật viên thiếu kinh nghiệm + Nguyên bào nuôi tồn tại - Điều trị triệt để cắt VTC + Chảy máu: trong lúc gỡ dính, cầm máu không tốt, tổn thương mạc treo vòi tử cung, các nhánh nối giữa động mạch buồng trứng và động mạch tử cung + Chấn thương các cơ quan khác: do khó chữa dính với ruột, thành chậu hông + Tổn thương ruột: do dính nhiều và chảy máu nhiều + Tồn tại nguyên bào nuôi: do lấy bệnh phẩm không hết để các nguyên bào nuôi rơi vào trong bụng và tiếp tục phát triển
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24 tháng 4 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế

**22. PHẪU THUẬT NỘI SOI XỬ TRÍ VIÊM PHÚC MẠC TIỂU KHUNG,
VIÊM PHÂN PHỤ, Ứ MỮ VỖI TRỨNG (13.73)**

1. ĐẠI CƯƠNG	Viêm vùng chậu là nguyên nhân phổ biến gây đau vùng chậu và vô sinh, các biến chứng cấp tính gồm áp xe vòi tử cung, buồng trứng và viêm phúc mạc tiểu khung. Phần lớn nguyên nhân viêm vùng chậu là do viêm nhiễm đường sinh dục dưới.
2. CHỈ ĐỊNH	- Viêm cấp phần phụ đã được điều trị nội khoa từ 48 đến 72 giờ. - Áp xe phần phụ cần dẫn lưu hoặc cắt bỏ khối áp-xe phần phụ. - Viêm dính gây đau vùng chậu mạn tính. - Vỡ khối áp xe phần phụ, viêm phúc mạc tiểu khung.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Có tiền sử phẫu thuật ổ phúc mạc như phẫu thuật ruột, sửa chữa thoát vị rốn, viêm ruột thừa vỡ, tiền sử xạ trị... gây tình trạng dính nặng ổ phúc mạc hoặc làm thay đổi các cấu trúc giải phẫu trong hố chậu. - Rối loạn huyết động, rối loạn đông chảy máu. - Viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng thành bụng. - Bệnh lý tim mạch, phổi, gan cấp tính. - Lao phúc mạc. - Tắc hoặc liệt ruột. - Chống chỉ định tương đối trong béo phì, thai nghén.
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - BS chuyên ngành sản phụ khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi 2-3 người - Bác sĩ gây mê hồi sức, phụ mê, dụng cụ viên - Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn. b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý giúp việc
5.2. Thuốc	- Thuốc gây mê toàn thân, các thuốc hồi sức, dịch truyền thay thế máu và máu nếu có...
5.3. 5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luồn, bơm kim tiêm 5-10ml
5.4. Trang thiết bị	- Dụng cụ đặt nội khí quản và máy thở. - Dàn máy, hệ thống khí CO2, màn hình TV - Bộ dụng cụ nội soi
5.5. Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Người bệnh được giải thích đầy đủ các lợi ích, nguy cơ có thể xảy ra trong phẫu thuật và có thể chuyển sang phẫu thuật mở bụng. - Chuẩn bị xét nghiệm, khám phụ khoa, cấy dịch âm đạo. - Vệ sinh, thụt tháo. - Kháng sinh đã được sử dụng theo đúng phác đồ. - Đặt thông Foley bàng quang.
5.6. Hồ sơ BA	Hồ sơ bệnh án phẫu thuật theo qui định.
5.7. Thời gian	45'-02h
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa, đầu thấp
6. TIẾN	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật,

HÀNH QTKT	- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật Bước 1: Chọc trocar và bơm khí - Rạch da trên dưới rốn 5 hoặc 10 mm (phù hợp với đèn soi) - Nâng thành bụng lên cao để chọc kim (hoặc chọc ngay trocar 5 hoặc trocar 10 nếu phẫu thuật viên có kinh nghiệm), dùng nước nhỏ vào ổ kim kiểm tra xem đầu kim đã nằm trong ổ bụng chưa. - Bơm CO₂ vào ổ bụng, tốc độ khí vào thường được đặt là 3- 4 lít/ phút. Cảm ứng tắt tự động nếu áp lực bơm trên 15-20 mm Hg - Đưa đèn soi. Kiểm tra xem trocar đã nằm trong ổ bụng chưa. - Chọc 2 hoặc 3 trocar 5 ở hai bên hố chậu, gần mào chậu, hoặc trên xương vè, chú ý tránh chọc vào mạch máu Bước 2: Quan sát ổ phúc mạc - Quan sát toàn bộ ổ phúc mạc. - Đặt người bệnh ở tư thế Trendelenburg chọc thêm 2 – 3 trocar ở 2 hố chậu, trên vè. - Đánh giá tổn thương, lấy dịch ổ phúc mạc làm xét nghiệm. - Giải phóng các dải dính. Bước 3: Xử trí nguyên nhân : Nếu viêm phúc mạc do áp xe phần phụ, ứ mủ vòi tử cung: - Người bệnh dưới 40 tuổi, còn có nguyên vọng sinh đẻ, có thể thực hiện: + Bộc lộ khối áp xe. + Dùng dao điện đơn cực mở ổ áp xe ở bờ tự do vòi tử cung, dẫn lưu mủ, đốt cầm máu diện rạch. Trong quá trình thao tác hạn chế phát tán thêm mủ, dịch viêm vào ổ phúc mạc. + Rửa ổ phúc mạc. + Đặt dẫn lưu - Người bệnh trên 40 tuổi, đủ con: cắt phần phụ bị tổn thương. - Nếu những trường hợp nội soi khó khăn, chuyển mổ mở. Bước 4: Làm sạch khoang bụng - Lấy bỏ các giả mạc. - Rửa bằng dung dịch Ringer Lactat hoặc dung dịch muối sinh lý làm ấm. Bước 5: Đặt dẫn lưu - Dùng ống dẫn lưu mềm đặt túi cùng sau trong trường hợp cần thiết - Kết thúc phẫu thuật, lấy bệnh phẩm, tháo CO₂, đóng bụng - Có thể chụp ảnh, ghi hình để thông báo cho người bệnh, lưu thông tin để theo dõi điều trị. Bước 6: Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. THEO DÕI - Điều trị nội khoa sau mổ dựa vào kháng sinh đồ (nếu có). - Theo dõi cải thiện các triệu chứng lâm sàng - Nuôi dưỡng. - Chăm sóc tại chỗ ống dẫn lưu (nếu có). - Vận động sớm. - Phát hiện biến chứng 2. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ: Tổn thương các tạng rỗng và mạch máu khi chọc trocar. - Tổn thương đường tiết niệu, tiêu hóa.
8. TÀI LIỆU THAM	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng

23. PHẪU THUẬT NỘI SOI

LẤY DỤNG CỤ TỬ CUNG TRONG Ổ BỤNG (13.221)

1. ĐẠI CƯƠNG	Dụng cụ tử cung là một phương pháp tránh thai khá phổ biến ở nước ta. Có thể gặp tai biến dụng cụ tử cung chui qua cơ tử cung vào ổ bụng 1. Lâm sàng - Đau lưng, đau bụng - Khám bằng mỏ vịt: không thấy dây DCTC ở CTC - Thăm dò BTC bằng móc vòng không thấy DCTC. 2. Cận lâm sàng - Siêu âm: không thấy DCTC trong BTC
2. CHỈ ĐỊNH	- Người bệnh được chẩn đoán DCTC nằm trong ổ bụng - Không có chống chỉ định của phẫu thuật nội soi - Trước đây khi chưa có nội soi phải lấy DCTC qua mở bụng nhưng gặp nhiều khó khăn do phẫu trường hẹp, xác định vị trí DCTC khó khăn, do DCTC bị mạc nối lớn bao bọc và di chuyển không nằm trong tiêu khung. Từ khi có nội soi dễ dàng bao quát được toàn bộ ổ bụng, xác định vị trí DCTC dễ dàng hơn và ít gây sang chấn
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi 2-3 người - Bác sĩ gây mê hồi sức, phụ mê, dụng cụ viên - Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn. b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý giúp việc
5.2. Thuốc	- Thuốc gây mê toàn thân, các thuốc hồi sức, dịch truyền thay thế máu và máu nếu có...
5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luồn, bơm kim tiêm 5-10ml
5.4 Trang thiết bị	- Dụng cụ đặt nội khí quản và máy thở. - Dàn máy, hệ thống khí CO2, màn hình TV - Bộ dụng cụ nội soi
5.5 Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Khám toàn thân và khám chuyên khoa - Tư vấn cho người bệnh về lý do phẫu thuật, các nguy cơ của phẫu thuật. - Người bệnh ký cam đoan phẫu thuật - Thụt tháo - Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông đái, sát khuẩn thành bụng vùng mổ
5.6. Hồ sơ BA	Hồ sơ phẫu thuật theo quy định, có duyệt mổ của lãnh đạo khoa, bệnh viện và phân công phẫu thuật viên.
5.7. Thời gian	30 phút – 01h
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: tư thế nằm ngửa
6. TIẾN	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật

HÀNH QTKT	- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật ➤ Thì 1: chọc troaca và bơm CO₂ ổ bụng - Rạch da trên dưới rốn 5 hoặc 10 mm (phù hợp với đèn soi) - Nâng thành bụng lên cao để chọc kim (hoặc chọc ngay trocar 5 hoặc trocar 10 nếu phẫu thuật viên có kinh nghiệm), dùng nước nhỏ vào đốc kim kiểm tra xem đầu kim đã nằm trong ổ bụng chưa. - Bơm CO₂ vào ổ bụng, tốc độ khí vào thường được đặt là 3- 4 lít/ phút. Cảm ứng tắt tự động nếu áp lực bơm trên 15-20 mm Hg - Đưa đèn soi. Kiểm tra xem trocar đã nằm trong ổ bụng chưa. - Chọc 2 hoặc 3 trocar 5 ở hai bên hố chậu, gần mào chậu, hoặc trên xương vè, chú ý tránh chọc vào mạch máu ➤ Thì 2: Đánh giá ổ bụng và tiểu khung Quan sát toàn bộ ổ bụng tìm vị trí DCTC đặc biệt chú ý khi DCTC nằm gần các vị trí nguy hiểm như mạch máu lớn. Có những trường hợp DCTC bị mạc nối lớn cuốn vào nên rất khó tìm hoặc có cả trường hợp DCTC nằm ở trên gan vì vậy phải rất kiên nhẫn trong khi tìm kiếm. Gỡ dính và bộc lộ DCTC ➤ Thì 3. Lấy DCTC ra ngoài Khi thấy DCTC trong ổ bụng thì dùng kẹp nhẹ nhàng lấy DCTC ra ngoài, chú ý không làm tổn thương các tạng lân cận ➤ Thì 5. Tháo hết CO₂ và khâu lại lỗ chọc trocar Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Tổn thương đường tiêu hoá - Tổn thương hệ tiết niệu - Tổn thương mạch máu - Bỏng do điện - Chảy máu trong mổ
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản Phụ

24. PHẪU THUẬT NỘI SOI TRIỆT SẢN NỮ (13.223)

1. ĐẠI CƯƠNG	- Phẫu thuật này đã được Blundell (Anh) đề xuất từ năm 1827. Năm 1880, Lundgren (Mỹ) thực hiện ca triệt sản đầu tiên sau khi phẫu thuật mổ lấy thai lần 2. - Triệt sản nữ (thắt vòi tử cung) là biện pháp tránh thai hiệu quả nhất, an toàn, kinh tế, đơn giản NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ - Làm tắc thắt vòi tử cung bằng cách thắt và cắt thắt vòi tử cung - Đảm bảo tuần hoàn nuôi dưỡng cho thắt vòi tử cung và buồng trứng
2. CHỈ ĐỊNH	- Do nguyên nhân y tế đơn thuần: bệnh lý mẹ - Do nguyên nhân y tế - xã hội: đẻ nhiều lần, đời sống kinh tế khó khăn, nguyện vọng người mẹ không muốn đẻ thêm nữa. - Do nguyên nhân xã hội hoàn toàn: không muốn có con nữa, phụ thuộc vào nguyện vọng của người phụ nữ hoặc cặp vợ chồng - Do yêu cầu của vận động kế hoạch hóa gia đình nhằm giảm dân số
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	Không có
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi 2-3 người - Bác sĩ gây mê hồi sức, phụ mê, dụng cụ viên - Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc gây mê toàn thân, các thuốc hồi sức, dịch truyền...
5.3. Vật tư	- Dây truyền dịch, kim luồn, bơm kim tiêm 5-10ml
5.4. Trang thiết bị/ vật tư	- Dụng cụ đặt nội khí quản và máy thở. - Dàn máy phẫu thuật nội soi, hệ thống khí CO₂, màn hình TV - Bộ dụng cụ nội soi
5.5 Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...: Khám toàn thân và khám chuyên khoa để đánh giá bệnh lý phối hợp - Tư vấn cho người bệnh về lý do phẫu thuật, các nguy cơ của phẫu thuật. - Người bệnh ký cam đoan phẫu thuật - Thụt tháo - Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông đại, sát khuẩn thành bụng vùng mổ
5.6. Hồ sơ BA	Hồ sơ phẫu thuật theo quy định, đầy đủ xét nghiệm, có biên bản hội chẩn, cam đoan phẫu thuật
5.7. Thời gian	30 phút- 01h
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH Thì 1: chọc troca và bơm CO₂ ổ bụng

	- Rạch da trên dưới rốn 5 hoặc 10 mm (phù hợp với đèn soi) - Nâng thành bụng lên cao để chọc kim (hoặc chọc ngay trocar 5 hoặc trocar 10 nếu phẫu thuật viên có kinh nghiệm), dùng nước nhỏ vào đốc kim kiểm tra xem đầu kim đã nằm trong ổ bụng chưa. - Bơm CO₂ vào ổ bụng, tốc độ khí vào thường được đặt là 3- 4 lít/ phút. Cảm ứng tắt tự động nếu áp lực bơm trên 15-20 mm Hg - Đưa đèn soi. Kiểm tra xem trocar đã nằm trong ổ bụng chưa. - Chọc 2 hoặc 3 trocar 5 ở hai bên hố chậu, gần mào chậu, hoặc trên xương vè, chú ý tránh chọc vào mạch máu Thì 2: Bộc lộ đánh giá toàn bộ tiểu khung, quan sát tử cung, vòi tử cung Thì 3: Triệt sản - Đốt vòi tử cung bằng dao 2 cực, ở vị trí sát 2 tai vòi - Dùng dao 1 cực cắt đôi vòi tử cung ở vị trí vừa đốt bằng dao 2 cực - Sau đó dùng dao 2 cực đốt lại 2 đầu mỏm cắt vòi tử cung. Thì 4: Rửa ổ bụng nếu cần và kiểm tra lại lần cuối Thì 5: Rút trocar, khâu da Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Tồn thương hệ tiêu hóa - Tồn thương hệ tiết niệu - Tồn thương mạch máu - Bỏng do điện - Chảy máu trong ổ - Có thai lại sau triệt sản
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

25. PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN ĐẦU (13.7)

1.ĐẠI CƯƠNG	Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung
2. CHỈ ĐỊNH	1) Do nguyên nhân từ thai. - Các chỉ định do ngôi thai bất thường. - Thai to - Thai suy - Bệnh lý của thai có chống chỉ định đẻ đường âm đạo: 2) Do nguyên nhân phần phụ của thai. 3) Do nguyên nhân đường sinh dục. 4) Do bệnh lý của mẹ 5) Những chỉ định khác
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	Trường hợp bệnh cấp tính kèm theo, bệnh nội khoa nặng, tiền sử bệnh nội khoa, những lần mang thai trước
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Kíp gây mê hồi sức. - Kíp phẫu thuật. - Nữ hộ sinh đón bé, chăm sóc sơ sinh b) Nhân lực hỗ trợ : Hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc gây tê, gây mê... - Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tùy sống, gây mê toàn thân. - Các thuốc để hồi sức và các thuốc dùng trong sản khoa.
5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luôn, bơm kim tiêm 5-10ml - Bóng bóp sơ sinh
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ mổ lấy thai đã tiệt trùng - Kim chỉ tiêu - Phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh
5.5 Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...:Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật. - Thông đài, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.
5.6. Hồ sơ BA	- Bệnh án sản khoa theo quy định, có khám lâm sàng và xét nghiệm, siêu âm, điện tim, giấy tờ liên quan đầy đủ
5.7. Thời gian	- Thời gian thực hiện phẫu thuật 30’- 1h, trong trường hợp xảy ra cấp cứu, chảy máu, băng huyết... thời gian phẫu thuật có thể kéo dài thêm 1-2h tùy tình hình
5.8. Địa điểm	- Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật * Thì 1. Mở bụng: - Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu. - Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ. * Thì 2. Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung.

	* Thì 3. Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối: - Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới. - Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm . * Thì 4. Lấy thai và rau: - Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại. - Dùng miếng gạc mỏng lau nhót miệng trẻ. - Kẹp và cắt dây rốn. - Tiêm tĩnh mạch chậm(quả dây truyền) 10 đơn vị oxytocin. Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đẩy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần. - Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy. * Thì 5. Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc: - Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1. Có thể bằng mũi rời hay khâu vắt có khóa hay không có khóa. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung. Không nên khâu cả lớp nội mạc tử cung. Thông thường khâu một lớp là đủ. Nếu cần thì khâu vắt lớp thứ hai để cầm máu và che phủ lớp khâu thứ nhất. - Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung bắt buộc khi có nguy cơ nhiễm khuẩn. * Thì 6. Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, đếm đủ gạc: * Thì 7: Đóng thành bụng theo từng lớp. * Thì 8: Lấy máu và lau âm đạo. * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	A) THEO DÕI - Theo dõi sau phẫu thuật. - Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu. - Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ tử cung ra. - Vết mổ thành bụng. - Trung tiện. - Chăm sóc. - Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật. - Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện). - Vận động sớm. - Cho con bú sớm. - Kháng sinh điều trị (nếu cần). B). BIẾN CHỨNG - Trong phẫu thuật; - Chảy máu - Chấn thương thai nhi - Chấn thương ruột - Rạch vào bàng quang - Thắt vào niệu quản - Sau phẫu thuật - Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết. - Chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung
8. TÀI LIỆU THAM	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng

26. PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN HAI TRỞ LÊN (13.2)

1. ĐẠI CƯƠNG	Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung. Phẫu thuật lấy thai lần 2 là phẫu thuật lấy thai ra khỏi tử cung trên bệnh nhân đã có sẹo mổ đẻ cũ ở tử cung
2. CHỈ ĐỊNH	- Bệnh nhân đã có sẹo mổ đẻ lần 1 ở tử cung: - Mổ lần đầu vì lý do tuyệt đối: khung chậu hẹp, méo , lệch. - Tiền sử mổ lấy thai do nguy cơ vỡ tử cung cao trong chuyển dạ. - Lần đầu mổ thân tử cung, mổ dọa vỡ tử cung, hoặc vỡ tử cung khâu bảo tồn. - Hậu phẫu lần trước bị nhiễm trùng tử cung. - Lần này thai già tháng. - Khoảng cách giữa 2 lần mổ trước với lần này < 18 tháng
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Kíp phẫu thuật: 01 bác sĩ mổ chính, 01 bác sĩ phụ mổ - Kíp gây mê hồi sức: 01 bs gây mê, 01 KTV phụ mê - 01 KTV dụng cụ - Nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý
5.2. Thuốc	- Các thuốc gây tê tủy sống, gây mê, giãn cơ.... - Các thuốc để hồi sức và các thuốc tăng co, cầm máu dùng trong sản khoa.
5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luân, bơm kim tiêm 5-10ml
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tủy sống, gây mê toàn thân. - Bộ dụng cụ mổ lấy thai đã tiệt trùng. - Chỉ tiêu: vycryl 1.0, 3.0...chỉ không tiêu - Phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh.
5.5 Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật. - Thông đại, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.
5.6. Hồ sơ BA	Hồ sơ phẫu thuật theo quy định, có đầy đủ xét nghiệm cần thiết
5.7. Thời gian	30 phút -01h
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: tư thế nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật - Giảm đau vùng (gây tê tủy sống hay gây tê ngoài màng cứng) là ưu tiên. Có thể gây mê nội khí quản khi giảm đau vùng có chống chỉ định Thì 1. Mở bụng: - Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu tùy theo sẹo mổ cũ lần trước - Gỡ dính(nếu có)

	- Bộc lộ vùng mổ: chèn gác, đặt van vệ. Thì 2. Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung Thì 3. Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối: - Mổ đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). - Mổ rộng vết rạch tử cung sang hai bên, đường mổ tử cung song song với đường mổ phúc mạc đoạn dưới. - Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm . Thì 4. Lấy thai và rau: - Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại. - Dùng miếng gác mỏng lau nhót miệng trẻ. - Kẹp và cắt dây rốn. - Tiêm tĩnh mạch chậm(quả dây truyền) 10 đơn vị oxytocin, tiêm cơ tử cung 10đv oxytocin + 0.2mg methyl ergometrin - Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần. - Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy. Thì 5. Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc: - Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1 mũi vắt 1 lớp, kiểm tra có chảy máu không, nếu có khâu cầm máu - Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung Thì 6. Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, đếm đủ gác Thì 7: Đóng thành bụng theo từng lớp. Thì 8: Lấy máu và lau âm đạo. Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. Theo dõi sau phẫu thuật. - Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu. - Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ âm đạo, cổ tử cung. - Vết mổ thành bụng. - Trung tiện. 2. Chăm sóc. - Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật. - Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện). - Vận động sớm. - Cho con bú sớm. - Kháng sinh điều trị VI. BIẾN CHỨNG 1. Trong phẫu thuật - Chảy máu - Chấn thương thai nhi - Chấn thương ruột - Rạch vào bàng quang, Thắt vào niệu quản 2. Sau phẫu thuật - Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

27. PHẪU THUẬT LẤY THAI DO BỆNH LÝ SẢN KHOA(RAU TIỀN ĐẠO, RAU BONG NON, TIỀN SẢN GIẬT, SẢN GIẬT) (13.5)

1. ĐẠI CƯƠNG	- Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung do các bệnh lý sản khoa không có chỉ định đẻ đường âm đạo hoặc khó đẻ đường âm đạo như: rau tiền đạo, rong bong non, tiền sản giật, sản giật...
2. CHỈ ĐỊNH	- Bệnh lý sản khoa: rau tiền đạo đủ tháng hoặc chảy máu nhiều, rau bong non, sản giật, tiền sản giật...
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Kíp phẫu thuật: Bs mổ chính, phụ mổ - Kíp gây mê hồi sức: Bác sĩ gây mê, KTV phụ mê - 01 KTV dụng cụ - Nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc gây tê, gây mê, giãn cơ... - Các thuốc đề hồi sức và các thuốc dùng trong sản khoa và các bệnh lý toàn thân.
5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luân, bơm kim tiêm 5-10ml
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tùy sống, hoặc gây mê toàn thân tùy từng tình trạng bệnh. - Bộ dụng cụ mổ lấy thai đã tiệt trùng. - Phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh
5.5 Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật. - Thông đại, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.
5.6. Hồ sơ BA	Hồ sơ phẫu thuật theo quy định, đầy đủ xét nghiệm, biên bản hội chẩn, cam đoan mổ
5.7. Thời gian	30 phút – 2h tùy tình trạng
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật Thì 1. Mở bụng: - Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu. - Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ. Thì 2. Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung. Thì 3. Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối: - Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới. - Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm .

	Thì 4. Lấy thai và rau: - Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại. - Dùng miếng gạc mỏng lau nhót miệng trẻ. - Kẹp và cắt dây rốn. - Tiêm tĩnh mạch chậm 10 đơn vị oxytocin, tiêm cơ tử cung 10đv oxytocin + 0.2mg vingomin - Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần. - Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy. Thì 5. Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc: - Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1 mũi vắt 01 lớp - Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung Thì 6. Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, đếm đủ gạc: Thì 7: Đóng thành bụng theo từng lớp. Thì 8: Lấy máu và lau âm đạo. Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. Theo dõi sau phẫu thuật. - Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu. - Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ tử cung ra. - Vết mổ thành bụng. - Trung tiện. 2. Chăm sóc. - Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật và các thuốc điều trị bệnh toàn thân. - Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện). - Vận động sớm. - Cho con bú sớm. - Kháng sinh điều trị (nếu cần). V. BIẾN CHỨNG 1. Trong phẫu thuật - Chảy máu - Chấn thương thai nhi - Chấn thương ruột - Rạch vào bàng quang - Thắt vào niệu quản 2. Sau phẫu thuật - Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết. - Chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung - Chấn thương ruột - Rạch vào bàng quang, Thắt vào niệu quản 2. Sau phẫu thuật - Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết - Chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

28. PHẪU THUẬT LẤY THAI CÓ KÈM CÁC KỸ THUẬT CÀM MÁU**(thắt động mạch tử cung, mũi khâu B – lynch) (13.8)**

1. ĐẠI CƯƠNG	Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung.
2. CHỈ ĐỊNH	1) Do nguyên nhân từ thai. - Các chỉ định do ngôi thai bất thường. - Thai to - Thai suy - Bệnh lý của thai có chống chỉ định đẻ đường âm đạo: 2) Do nguyên nhân phần phụ của thai. 3) Do nguyên nhân đường sinh dục. 4) Do bệnh lý của mẹ 5) Những chỉ định khác
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Kíp gây mê hồi sức; 01 bác sĩ mê, 01 KTV mê - Kíp phẫu thuật: 01 bác sĩ mổ chính, 01 bác sĩ phụ mổ - 01 KTV dụng cụ - Nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc gây tê, gây mê, giãn cơ... - Các thuốc để hồi sức và các thuốc dùng trong sản khoa...
5.3 5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luôn - Bơm kim tiêm 5-10ml
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tủy sống, gây mê toàn thân. - Bộ dụng cụ mổ lấy thai đã tiệt trùng. - Phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh.
5.5 Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật. - Thông đại, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.
5.6. Hồ sơ BA	Hồ sơ phẫu thuật theo quy định, có duyệt mổ của lãnh đạo khoa, bệnh viện và phân công phẫu thuật viên.
5.7. Thời gian	30’-2h
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật Thì 1. Mở bụng: - Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu. - Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ.

	Thì 2. Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung. Thì 3. Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối: - Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới. - Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm . Thì 4. Lấy thai và rau: - Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại. - Dùng miếng gạc mỏng lau nhót miệng trẻ. - Kẹp và cắt dây rốn. - Tiêm tĩnh mạch chậm 10 đơn vị oxytocin, tiêm cơ tử cung 10đv oxytocin + 0.2mg vingomin - Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần. - Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy. Thì 5. Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc: - Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1 mũi vắt 01 lớp - Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung B. KỸ THUẬT CẦM MÁU. - Chảy máu ở buồng tử cung do những nguyên nhân khác nhau. - Chảy máu ở vùng rau bám trong rau tiền đạo. - Đờ tử cung. Thất động mạch tử cung là thủ thuật làm tắc nghẽn luồng máu chảy trong động mạch tử cung, do đó làm giảm lưu lượng máu tới tử cung. I. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH * Thì 1. Mở phúc mạc đoạn dưới. Đường rạch ngang đoạn dưới ở thì phẫu thuật lấy thai. * Thì 2. Bóc tách lá phúc mạc trước và sau, bộc lộ động mạch tử cung ở vị trí động mạch đổi hướng từ đáy dây chằng rộng quạt ngược lên mặt bên thân tử cung. * Thì 3. Thất động mạch tử cung. Thất động mạch tử cung bằng cách khâu cả tổ chức quanh động mạch bằng chỉ safyl 1.0. * Thì 4. Khâu phúc mạc rồi tiếp tục thất động mạch đối diện. Nếu khâu mũi Blynch: (Blynch cải tiến BV Hùng Vương) bao gồm hai mũi dọc dọc thân tử cung, mũi 1 bắt đầu từ bờ trên cách mép trên vết mổ 1-1.5cm đi ra sau tử cung, vòng lên đáy tử cung, buộc chỉ tại vị trí mép trên vết mổ. Mũi 2 làm tương tự Thì 6. Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, đếm đủ gạc: Thì 7: Đóng thành bụng theo từng lớp. Thì 8: Lấy máu và lau âm đạo. Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. Theo dõi sau phẫu thuật. - Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu. - Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ tử cung ra. - Vết mổ thành bụng. - Trung tiện.

	2. Chăm sóc. - Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật. - Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện). - Vận động sớm. - Cho con bú sớm. - Kháng sinh điều trị D. BIẾN CHỨNG 1. Trong phẫu thuật - Chảy máu - Chấn thương thai nhi - Chấn thương ruột - Rạch vào bàng quang - Thắt vào niệu quản 2. Sau phẫu thuật - Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

29. CHỌC DÒ TÚI CÙNG DOUGLAS (13.160)

1. ĐẠI CƯƠNG	Chọc dò túi cùng sau là một thủ thuật nhằm xác định túi cùng Douglas có dịch, máu hay mủ.
2. CHỈ ĐỊNH	- Nghi thai ngoài tử cung vỡ, chảy máu do vỡ nang Degraff - Lấy dịch ổ bụng làm xét nghiệm. - Nghi có ổ áp xe phần phụ hoặc áp xe Douglas.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sĩ sản b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ sinh, hộ lý
5.2. Thuốc	+ Lidocain, nước cất.
5.3. Vật tư	+ Bơm tiêm 5-10 ml, + Kim chọc dò tùy sống..
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	+ Bộ khám phụ khoa: 01 van âm đạo, 01 panh sát khuẩn, 01 kẹp pozzi + Các dung dịch sát khuẩn + Săng vô khuẩn, bông băng còn gạc
5.5 Người bệnh	+ Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... + Động viên, hỗ trợ tinh thần, vệ sinh cơ quan sinh dục ngoài và đi tiểu tiện.
5.6. Hồ sơ BA	Đầy đủ hồ sơ, xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết
5.7. Thời gian	5-10 phút
5.8. Địa điểm	Phòng đẻ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: có hồ sơ, chỉ định cần thiết - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật Bước 1: Sát khuẩn rộng vùng âm hộ, Bước 2: Đặt van âm đạo tiếp tục sát khuẩn phần trong âm đạo và túi cùng sau, sát khuẩn âm đạo. Bước 3: Dùng kẹp Pozzi kẹp mép sau cổ tử cung, kéo nhẹ theo hướng ra ngoài và lên trên, bộc lộ túi cùng sau âm đạo. Bước 4: Lắp kim vào bơm tiêm. Bước 5: Chọc nhanh kim vào túi cùng sau ở dưới mép sau cổ tử cung Bước 6: Kéo nòng bơm tiêm từ từ để hút dịch ở túi cùng Douglas. Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản Phụ

30. SOI CỔ TỬ CUNG (13.166)

1. ĐẠI CƯƠNG (Định nghĩa, nguyên lý, mục đích của kỹ thuật)	Soi cổ tử cung là phương pháp kiểm tra kỹ vùng cổ tử cung, âm đạo và âm hộ để phát hiện các bệnh viêm nhiễm, lộ tuyến, ung thư cổ tử cung... Soi cổ tử cung là một trong những khâu cần thiết trong khám phụ khoa. Mục đích của phương pháp này là nhằm phát hiện nguyên nhân, các yếu tố gây viêm nhiễm phụ khoa, lộ tuyến cổ tử cung,... Từ đó, giúp người bệnh có thể ngăn ngừa và điều trị kịp thời những ảnh hưởng do các bệnh phụ khoa gây ra
2. CHỈ ĐỊNH	Soi cổ tử cung là một trong những thủ thuật trong quá trình tầm soát các bệnh phụ khoa theo định kỳ. Tuy nhiên, thủ thuật này cũng có thể tách riêng và áp dụng đối với các trường hợp: - Viêm nhiễm âm đạo, cổ tử cung - Tầm soát ung thư cổ tử cung
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : BS sản phụ khoa đã được đào tạo về soi cổ tử cung, Hộ sinh b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	- Các thuốc, hóa chất soi cổ tử cung: nước muối sinh lý, acid acetic 3%, lugol 3%
5.3. Vật tư	- Săng, gạc chấm acid acetic, lugol, bông sát khuẩn...
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Máy soi cổ tử cung, máy tính, máy in - Bộ dụng cụ soi cổ tử cung: 01 mỏ vịt, panh sát khuẩn, trụ cắm panh, cốc inox đựng bông soi, bông sát khuẩn, cốc inox đựng acid, lugol
5.5. Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... Bệnh nhân ngoài chu kỳ kinh nguyệt
5.6. Hồ sơ BA	- Hồ sơ khám bệnh, có chỉ định soi cổ tử cung
5.7. Thời gian	2 -5 phút
5.8. Địa điểm	Phòng khám, có máy soi cổ tử cung, trang thiết bị cần thiết
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, hồ sơ khám có chỉ định soi cổ tử cung - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh - Các bước tiến hành Bước 1: Bác sĩ dùng mỏ vịt để cho vào âm đạo và cổ tử cung, Bước 2: Hướng máy soi vào và quan sát từ âm hộ, âm đạo, cổ tử cung . Bước 3: Thực hiện soi: soi trước nhuộm hóa chất, sau nhuộm acid acetic 3%, sau nhuộm lugol 3%, tại cổ tử cung để phát hiện các bất thường nếu có Bước 4: Phân tích kết quả và đọc kết quả, chẩn đoán bệnh * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ, kết quả trả người bệnh - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	Chảy máu cổ tử cung: Đối với trường hợp viêm lộ tuyến cổ tử cung rộng động tác đặt mỏ vịt âm đạo có thể gây tổn thương thêm cổ tử cung gây chảy máu. Vì vậy động tác cần phải nhẹ nhàng. Khi có biểu hiện chảy máu cần nhét gạc cầm máu và dặn bệnh nhân tái khám.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

31. LẤY KHỐI MÁU TỤ ÂM ĐẠO, TÀNG SINH MÔN (13.32)

1. ĐẠI CƯƠNG	Huyết tụ là những biến chứng chảy máu và tụ máu thành một khối máu trên đường thai sổ qua âm đạo, chấn thương âm đạo, tầng sinh môn. Tùy theo khối huyết tụ mà ta chia ra: - Huyết tụ âm đạo. - Huyết tụ âm hộ Cả hai loại sau đều ở dưới cơ nâng hậu môn, có thể phối hợp với nhau và có tiên lượng giống nhau.
2. CHỈ ĐỊNH	Chỉ định lấy khối máu tụ âm hộ , âm đạo phải được thực hiện ngay sau khi chẩn đoán có khối máu tụ ở âm hộ, âm đạo hình thành mỗi lúc một to dần lên, người bệnh đau nhiều không chịu đựng được .
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sĩ chuyên khoa sản, hộ sinh - Khám lại toàn thân, tư vấn cho người bệnh và gia đình - Rửa tay, đội mũ , đeo khẩu trang đã tiệt khuẩn như làm phẫu thuật b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	- Các thuốc gây tê, gây mê, tiền mê giảm đau... - Các thuốc gây tê tại chỗ: lidocain 2%, nước cất
5.3. Vật tư	- Bơm kim tiêm 5-10ml, dây truyền kim luôn...
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- 2 van âm đạo - 2 panh hình tim - 1 panh sát trùng - 1 kéo thẳng đầu tù, sắc - 1 kìm mang kim - 1 phẫu tích mang kim - 1 cốc đựng dung dịch sát trùng - 1 đến hai sợi chỉ vicryl số 1, 2
5.5. Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... Người bệnh phải được đánh giá toàn diện: lượng máu mất, mạch, huyết áp, toàn trạng, đặc biệt các bệnh có liên quan đến đông cầm máu như giảm tiểu cầu, APTT kéo dài, giảm fibrinogen...tiền sử dị ứng thuốc
5.6. Hồ sơ BA	Đầy đủ hồ sơ bệnh án, các xét nghiệm cần thiết
5.7. Thời gian	20 phút – 01 giờ
5.8. Địa điểm	Phòng đẻ, phòng mổ tùy theo mức độ khối máu tụ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, ký cam kết thực hiện thủ thuật, đầy đủ xét nghiệm cần thiết - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật - Giảm đau cho người bệnh - Sát khuẩn tại chỗ - Rửa da nặn hết máu cục đến đáy tổn thương, tìm điểm chảy máu, khâu cầm máu mũi chữ X, điểm khâu trên vị trí chảy máu, tránh tụ máu lại - Khâu phục hồi tổn thương - Đóng da chỉ lín - Sát khuẩn

	* Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp. - Theo dõi chảy máu: nếu chảy máu phải kiểm tra kỹ khâu lại. - Theo dõi lượng máu mất, các xét nghiệm hồng cầu, hemoglobin, khi cần thiết phải truyền máu. - Dùng kháng sinh 5 ngày sau khi khâu.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

32. TRÍCH ÁP XE TUYẾN BARTHOLIN (13.151)

1. ĐẠI CƯƠNG	Áp xe tuyến Bartholin là tình trạng viêm tuyến thường do E. Coli và các vi khuẩn lây qua đường tình dục gây ra, thường chỉ xuất hiện ở một bên của âm đạo, áp xe được hình thành rất nhanh chóng, khoảng từ 2 - 4 ngày, và gây đau đớn cho NB.
2. CHỈ ĐỊNH	Áp xe đã thành mủ.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Khô viêm đỏ chưa thành mủ
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : 01 Bác sĩ sản khoa và 01 Nữ hộ sinh phụ b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc giảm đau, tiền mê, gây tê tại chỗ, nước cất
5.3. Vật tư	- Bơm kim tiêm 5-10ml, dây truyền kim lùn...
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ để chích áp xe. - Các khăn trải phẫu thuật vô khuẩn, bông băng còn gạc... - Bàn khám hoặc bàn mổ.
5.5. Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiền lượng... - NB và gia đình: được giải thích lý do phải trích áp xe và ký giấy cam đoan đồng thủ thuật. - Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định
5.6. Hồ sơ BA	- Hồ sơ BA đầy đủ, đủ các xét nghiệm cần thiết, cam đoan thực hiện thủ thuật
5.7. Thời gian	5-15 phút
5.8. Địa điểm	- Phòng đẻ, phòng tiểu phẫu
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: b) Đặt tư thế người bệnh: Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ bệnh án đầy đủ xét nghiệm, cam đoan thủ thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh * Thì 1. - Sát trùng rộng vùng áp xe từ trong ra ngoài - Dùng khăn vô trùng để bao bọc xung quanh vùng thủ thuật. * Thì 2. Xác định khối áp xe, tìm chỗ da mềm, mỏng nhất. * Thì 3. - Rạch da ngay trên khối áp xe chỗ da mềm mỏng nhất, đường rạch nhỏ khoảng 1cm - Sau khi rạch qua da và tổ chức dưới da đi thẳng vào khối áp xe tránh làm nát các tổ chức xung quanh gây chảy máu. Dùng kẹp nhỏ hoặc đầu ngón tay trở phá các vách của khối áp xe thông nhau để mủ chảy ra - Để da hở, đặt một gạc con hoặc ống thông trong ổ áp xe để dẫn lưu mủ ra ngoài, rút sau 12 giờ. * Kết thúc quy trình; - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. THEO DÕI; - Người bệnh được dùng thuốc giảm đau và kháng sinh uống hoặc tiêm trong 5 đến 7 ngày, thuốc chống phù nề. - Theo dõi chảy máu tại vết rạch. - Vệ sinh tầng sinh môn bằng dung dịch betadin - Theo dõi nguy cơ tụ máu sau khi làm thủ thuật và nguy cơ nhiễm khuẩn 2. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ; - Chảy máu: chảy máu tại vùng rạch da hoặc trong ổ áp xe, khâu chỗ chảy máu dùng tiếp kháng sinh - Không thoát mủ: mở thông lại, dùng kháng sinh tiêm.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

33. QUY TRÌNH PHẪU THUẬT CHỮA NGOÀI TỬ CUNG VỖ CÓ CHOÁNG(13.91)

1. ĐẠI CƯƠNG	Chửa ngoài tử cung là hiện tượng trứng đã thụ tinh làm tổ ở ngoài buồng tử cung (ở vòi trứng, buồng trứng, ổ bụng,...). Khi thai phát triển to lên, vòi trứng, buồng trứng sẽ nứt vỡ gây chảy máu trong ổ bụng gọi là chửa ngoài tử cung vỡ, cần phải phẫu thuật cấp cứu. Các vị trí của chửa ngoài tử cung: vòi tử cung (chủ yếu), buồng trứng, ống cổ tử cung, ổ bụng. Thai ngoài tử cung vỡ có choáng biểu hiện: da xanh, niêm mạc nhợt, mạch nhanh huyết áp tụt, vã mồ hôi, chân tay lạnh... NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ : Mô cấp cứu, hồi sức tích cực trước, trong và sau phẫu thuật
2. CHỈ ĐỊNH	- Người bệnh có choáng hoặc huyết động không ổn định - Việc tiếp cận nội soi quá khó khăn như dính nhiều vùng tiểu khung.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ chuyên khoa sản mổ chính, phụ mổ. - Bác sĩ, KTV gây mê hồi sức - KTV dụng cụ - Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý
5.2. Thuốc	- Các loại dịch, dịch truyền thay máu và các thuốc hồi sức. - Thuốc tiền mê, gây tê, mê nội khí quản... - Máu cùng loại trong ca mất máu nhiều cần truyền máu cấp cứu.
5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luồn, bơm kim tiêm 5-10ml
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tùy sống, hoặc gây mê toàn thân tùy từng tình trạng bệnh. - Bộ dụng cụ gây mê nội khí quản, bóng bóp - Bộ dụng cụ mổ phụ khoa đã tiệt trùng.
5.5. Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Được tư vấn về lý do phải mổ cấp cứu và nguy cơ có thể xảy ra, ký giấy cam đoan mổ. - Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông tiểu sát khuẩn thành bụng vùng mổ. - Tiền mê, hồi sức tích cực trong ca choáng mất máu nặng. - Gây mê nội khí quản để chủ động về hô hấp và tuần hoàn trong khi mổ
5.6. Hồ sơ BA	Bệnh án phẫu thuật , đủ các xét nghiệm cần thiết.
5.7. Thời gian	30 phút – 1h
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chân đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật - Bước 1 Rạch bụng đường giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ, qua các lớp da, cân, cơ, phúc mạc để vào ổ bụng. - Bước 2: Dùng 2 panh kẹp nhấc phúc mạc lên cao và mở phúc mạc - Bước 3; Đặt van vệ, bóc lộ phẫu trường, hút bớt máu trong ổ bụng, chèn gạc ổ bụng - Bước 4: Cho tay vào tìm đáy tử cung kẹp kéo lên cao kiểm tra 2 bên vòi tử

	cung, buồng trứng tìm chỗ vòi trứng tổn thương kẹp lại cầm máu. - Bước 5: Nếu vòi tử cung bị vỡ, máu chảy nhiều nên cắt bỏ vòi tử cung cầm máu, dùng kim có máu kẹp sát với tử cung, nơi mạc treo vòi ít mạch máu, dùng kéo cắt khối chứa tới sát tai vòi tử cung. - Bước 6: Nếu tổn thương ở vòi tử cung có thể bảo tồn thì lấy khối thai, khâu phục hồi vòi trứng khi người bệnh trẻ, chưa đủ con, khâu cuốn mạc bên vòi tử cung bị cắt bằng chỉ tự tiêu và buộc chặt cầm máu. - Bước 7: Nếu chứa ở đoạn kẽ, góc sừng tử cung thì có thể cắt góc tử cung, hoặc khâu góc tử cung, lấy khối chứa và khâu phục hồi, trường hợp không cầm máu, bệnh nhân đủ con có thể cắt tử cung bán phần - Bước 8: Nếu chứa ngoài tử cung ở buồng trứng thì cắt vùng buồng trứng tổn thương, khâu cầm máu bằng chỉ tự tiêu mũi vát cầm máu. - Bước 9: Chứa trong ổ bụng, quai ruột... lấy khối chứa, khâu cầm máu, phục hồi tổn thương - Bước 10: Cho nằm đầu cao, lau sạch ổ bụng, kiểm tra lại tiểu khung, 2 vòi tử cung, buồng trứng, cùng đồ và các tạng lân cận. - Bước 11: Không đặt dẫn lưu - Bước 12: Đóng thành bụng theo lớp giải phẫu.. - Bước 13: Truyền máu hoặc dịch thay máu và máu tươi nếu cần. * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Chảy máu sau phẫu thuật: trong 6 giờ đầu phải theo dõi mạch, huyết áp và toàn trạng tại phòng hồi tỉnh (chăm sóc cấp I). Nếu mạch nhanh, huyết áp giảm, bụng gõ đục, siêu âm có nhiều dịch tự do, phải nghĩ đến chảy máu trong, có thể do tuột chỉ khâu diện cắt vòi tử cung. Cần phải phẫu thuật lại ngay để cầm máu. - Nhiễm khuẩn: trong khi phẫu thuật phải lau sạch lấy hết máu đọng và máu cục trong ổ bụng để tránh nhiễm khuẩn. Tuy nhiên tránh lau kỹ quá gây dính ổ bụng vì thanh mạc bị tổn thương. Phải cho kháng sinh toàn thân liều điều trị để dự phòng nhiễm khuẩn
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

34. PHẪU THUẬT CHỮA NGOÀI TỬ CUNG KHÔNG CÓ CHOÁNG(13.92)

1. ĐẠI CƯƠNG	- Chửa ngoài tử cung là hiện tượng trứng đã thụ tinh làm tổ ở ngoài buồng tử cung (ở vòi trứng, buồng trứng, ổ bụng,...). Khi thai phát triển to lên, vòi trứng, buồng trứng sẽ nứt vỡ gây chảy máu trong ổ bụng gọi là chửa ngoài tử cung vỡ, cần phải phẫu thuật cấp cứu. Các vị trí của chửa ngoài tử cung: vòi tử cung (chủ yếu), buồng trứng, ống cổ tử cung, ổ bụng. * NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ - Mổ cấp cứu càng sớm càng tốt - Luôn kiểm soát tốt huyết động
2. CHỈ ĐỊNH	- Người bệnh được chẩn đoán thai ngoài tử cung vỡ - Việc tiếp cận nội soi quá khó khăn như dính nhiều vùng tiểu khung.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ chuyên khoa sản đã từng làm phẫu thuật trong sản phụ khoa. - Bác sỹ, KTV gây mê hồi sức - KTV dụng cụ - Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn b) Nhân lực hỗ trợ : Hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc tiền mê, gây mê, nội khí quản. - Dịch truyền thay thế máu - Máu cùng loại trong ca mất máu nhiều cần truyền máu cấp cứu.
5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luồn, bơm kim tiêm 5-10ml
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tùy sống, hoặc gây mê toàn thân tùy từng tình trạng bệnh. - Bộ dụng cụ gây mê nội khí quản, bóng bóp - Bộ dụng cụ mổ phụ khoa đã tiệt trùng.
5.5. Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Được tư vấn về lý do phải mổ cấp cứu và nguy cơ có thể xảy ra, ký giấy cam đoan mổ. - Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông tiểu sát khuẩn thành bụng vùng mổ. - Gây mê nội khí quản để chủ động về hô hấp và tuần hoàn trong khi mổ
5.6. Hồ sơ BA	- Bệnh án phẫu thuật, đủ các xét nghiệm cần thiết.
5.7. Thời gian	30'-01h
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa
6. TIỀN HÀNH QTKT	Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật - Rạch bụng đường giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ, qua các lớp da, cân, cơ, phúc mạc để vào ổ bụng. - Dùng 2 panh kẹp nhấc phúc mạc lên cao và mở phúc mạc - Đặt van vệ, bộc lộ phẫu trường, hút bớt máu trong ổ bụng, chèn gạc ổ bụng - Cho tay vào tìm đáy tử cung kẹp kéo lên cao kiểm tra 2 bên vòi tử cung, buồng trứng tìm chỗ vòi trứng tổn thương kẹp lại cầm máu. - Nếu vòi tử cung bị vỡ, máu chảy nhiều nên cắt bỏ vòi tử cung cầm máu,

	dùng kim có mẫu kẹp sát với tử cung, nơi mạc treo vòi ít mạch máu, dùng kéo cắt khối chứa tới sát tại vòi tử cung. - Nếu tổn thương ở vòi tử cung có thể bảo tồn thì lấy khối thai, khâu phục hồi vòi trứng khi người bệnh trẻ, chưa đủ con, khâu cuống mạch bên vòi tử cung bị cắt bằng chỉ tự tiêu và buộc chặt cầm máu. - Nếu chữa ở đoạn kẽ, góc sừng tử cung thì có thể cắt góc tử cung, hoặc khâu góc tử cung, lấy khối chứa và khâu phục hồi, trường hợp không cầm máu, bệnh nhân đủ con có thể cắt tử cung bán phần - Nếu chữa ngoài tử cung ở buồng trứng thì cắt vùng buồng trứng tổn thương, khâu cầm máu bằng chỉ tự tiêu mũi vát cầm máu. - Chữa trong ổ bụng, quai ruột... lấy khối chứa, khâu cầm máu, phục hồi tổn thương - Cho nằm đầu cao, lau sạch ổ bụng, kiểm tra lại tiểu khung, 2 vòi tử cung, buồng trứng, cùng đồ và các tạng lân cận. - Không đặt dẫn lưu - Đóng thành bụng theo lớp giải phẫu.. - Truyền máu hoặc dịch thay máu và máu tươi nếu cần * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Chảy máu sau phẫu thuật: trong 6 giờ đầu phải theo dõi mạch, huyết áp và toàn trạng tại phòng hồi tỉnh. Nếu mạch nhanh, huyết áp giảm, bụng gõ đục, siêu âm có nhiều dịch tự do, phải nghĩ đến chảy máu trong, có thể do tuột chỉ khâu diện cắt vòi tử cung. Cần phải phẫu thuật lại ngay để cầm máu. - Nhiễm khuẩn: trong khi phẫu thuật phải lau sạch lấy hết máu đọng và máu cục trong ổ bụng để tránh nhiễm khuẩn. Tuy nhiên tránh lau kỹ quá gây dính ổ bụng vì thanh, mạc bị tổn thương. Phải cho kháng sinh toàn thân liều điều trị để dự phòng nhiễm khuẩn
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản

35. KHÂU RÁCH CÙNG ĐỒ ÂM ĐẠO (13.149)

1. ĐẠI CƯƠNG	Một trong những chấn thương âm đạo khi quan hệ thường xảy ra nhất đó là thủng cùng đồ. Cùng đồ là nơi âm đạo bám vào tử cung theo một đường vòng. Các đường vòng đó tạo ra các cùng đồ với tên gọi: cùng đồ trước, cùng đồ sau và cùng đồ hai bên. Dưới tác động của một lực nào đó, các cùng đồ này có thể bị rách và khi đó người ta gọi là thủng cùng đồ.
2. CHỈ ĐỊNH	Chỉ định khâu phục hồi cùng đồ âm đạo phải được thực hiện ngay sau khi chẩn đoán để tránh mất máu cho bệnh nhân.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sỹ sản khoa, nữ hộ sinh có kinh nghiệm phụ. b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	- Thốc tiền mê, giảm đau: pethidin, dimedron, atropinsulphat - Thuốc gây tê tại chỗ: lidocain 2%, nước cất
5.3. Vật tư	• 1-2 sợi chỉ tiêu số 2-3 • 1 bơm tiêm 10ml • Băng băng còn gạc, dung dịch povidin
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	• 2 van âm đạo • 2 panh hình tim • 1 panh sát trùng • 1 kéo thẳng đầu tù, sắc • 1 panh cặp kim • 1 kẹp pozi • 1 panh đỡ kim • 1 cốc đựng dung dịch sát trùng
5.5 Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiền lượng... - Đánh giá toàn trạng người bệnh: lượng máu mất, mạch, huyết áp, toàn trạng, các bệnh của người mẹ đặc biệt các bệnh có liên quan đến đông cầm máu như giảm tiểu cầu, APTT kéo dài, giảm fibrinogen... - Cần hỏi người bệnh và kiểm tra bệnh án để không bỏ sót các ca dị ứng với các thuốc gây tê, giảm đau, kháng sinh
5.6. Hồ sơ BA	Bệnh án phụ khoa, đầy đủ các xét nghiệm cần thiết, cam đoan thủ thuật...
5.7. Thời gian	30 phút
5.8. Địa điểm	Phòng đẻ, phòng thủ thuật
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh:
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: Đầy đủ xét nghiệm, cam kết thủ thuật... - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh - Sát trùng âm hộ, âm đạo thông tiểu, người phụ giữ van bộc lộ âm đạo - Giảm đau bằng tiền mê, gây tê tại chỗ Lidocain 2% - Dùng panh hình tim hoặc kẹp pozzi cặp CTC bộc lộ vết rách cùng đồ. - Khâu lại vết rách bằng mũi rời chữ X bằng chỉ vicryl 2- 3.0 hay chỉ tự tiêu khác từ mép vết rách bên này sang bên còn lại. - Kiểm tra cầm máu kỹ. Nếu còn chảy máu thì khâu tăng cường. - Sát trùng âm đạo sau khi khâu xong Kết thúc quy trình

	- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp - Theo dõi chảy máu âm đạo: nếu chảy máu phải kiểm tra khâu lại - Theo dõi lượng máu mất và các xét nghiệm hồng cầu, hemoglobin khi cần thiết phải truyền máu - Dùng kháng sinh 5 ngày sau khi khâu
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

36. Phẫu thuật làm lại tầng sinh môn và cơ vòng do rách phức tạp

1. ĐẠI CƯƠNG	Phẫu thuật làm lại tầng sinh môn và cơ vòng hậu môn là phương pháp khâu phục hồi tầng sinh môn và cơ vòng hậu môn theo đúng giải phẫu đã bị rách trong cuộc đẻ.
2. CHỈ ĐỊNH	Chấn thương tầng sinh môn phức tạp trong đó có rách cơ vòng hậu môn.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	Không có chống chỉ định
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sĩ chuyên khoa phụ sản, hộ sinh b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý
5.2. Thuốc	- Thốc tiền mê, giảm đau: pethidin, dimedron, atropinsulphat - Thuốc gây tê tại chỗ: lidocain 2%, nước cất
5.3. Vật tư	• 1-2 sợi chỉ tiêu số 1-2 • 1 bơm tiêm 10ml • Băng băng cùn gạc, dung dịch povidin
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	• 1 panh sát trùng • 1 kéo thẳng đầu tù sắc, 01 kéo nhỏ đầu nhọn bóc tách • 3 panh đầu nhỏ • 1 panh cặp kim • 1 kẹp pozi • 1 panh đỡ kim • 1 cốc đựng dung dịch sát trùng
5.5 Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Được khám kỹ để phát hiện các tổn thương ở tầng sinh môn và cơ vòng hậu môn
5.6. Hồ sơ BA	- Bệnh án theo quy định, có khám lâm sàng và xét nghiệm đầy đủ
5.7. Thời gian	30'-01h
5.8. Địa điểm	Phòng đẻ hoặc phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: tư thế sản khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: Đầy đủ hồ sơ, xét nghiệm... - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh Thì 1: Rạch da - Dùng dao rạch vòng cung phía trên đường ranh giới giữa hậu môn và âm đạo - khoảng 15-25 mm, từ hai mép bên rạch thẳng vào âm đạo tạo thành hình thang, đỉnh tròn. - Mép phải và trái đường rạch xuống gần mặt bên hậu môn để có thể tách vào hố bên hậu môn tìm hai đầu cơ bị đứt của cơ vòng hậu môn. Thì 2: Bóc tách mảnh niêm mạc âm đạo đến mặt trước cơ nâng hậu môn ở phía trên và đầu đứt của vòng hậu môn phía dưới, Thì 3: Khâu cơ vòng hậu môn bằng hai mũi chỉ tiêu hình chữ U. Thì 4: cắt mảnh niêm mạc âm đạo và khâu tầng sinh môn sau - Khâu bờ trong và sâu của hai bó cơ nâng hậu môn bằng chỉ không tiêu - Khâu niêm mạc âm đạo từ trên xuống bằng chỉ vicryl mũi rời. - Khâu tổ chức dưới da và cân tầng sinh môn bằng chỉ vicryl số 2.0 - Mũi khâu tăng cường cuối cùng bằng chỉ vicryl xuyên từ da qua tổ chức dưới da - Đến hai đầu cơ vòng bị đứt, sẽ làm tăng độ chắc của cơ vòng hậu môn. Kết thúc quy trình

	- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Theo dõi như các trường hợp mổ sản phụ khoa khác ở đáy chậu và tầng sinh môn TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ - Khỏi máu tụ và chảy máu khi bóc tách niêm mạc âm đạo: lấy hết khối máu tụ và cầm máu kỹ. - Nhiễm trùng vết mổ: Cho kháng sinh, sát trùng âm đạo hàng ngày.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

37. BÓC NANG TUYẾN BARTHOLIN (13.152)

1. ĐẠI CƯƠNG	- U nang tuyến batholin là tổn thương dạng nang ở các tuyến batholin, các tuyến này nằm ở mỗi bên của âm hộ, có chức năng tiết dịch, giữ ẩm cho môi bé khi quan hệ tình dục
2. CHỈ ĐỊNH	- Viêm tuyến Bartholin có rò hoặc không rò. - Nang tuyến Bartholin
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	Nang tuyến Bartholin đang trong giai đoạn viêm (sưng, nóng, đỏ, đau)
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sỹ chuyên ngành Phụ- Sản b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ sinh, Hộ lý
5.2. Thuốc	- Thốc tiền mê, giảm đau: pethidin 100mg, dimedron, atropinsulphat - Thuốc gây tê tại chỗ: lidocain 2%, nước cất
5.3. Vật tư	• 1 sợi chỉ tiêu số 1, 01-2 sợi tiêu số 3 • 1 bơm tiêm 10ml, 01 bơm 5ml, day truyền, kim lùn • Bông băng cotton gạc, dung dịch povidin
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	Bộ dụng cụ mổ phụ khoa: • 01 lưỡi dao, 01 cán dao • 1 panh sát trùng • 1 kéo thẳng đầu tù sắc, 01 kéo nhỏ đầu nhọn bóc tách • 3 panh đầu nhỏ • 3 kẹp sığ • 1 panh cặp kim • 1 panh đỡ kim • 1 cốc đựng dung dịch sát trùng
5.5. Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Bệnh nhân đồng ý làm thủ thuật, có giấy cam đoan
5.6. Hồ sơ BA	- Hoàn thiện hồ sơ gồm: khám, hội chẩn, hoàn thiện bộ xét nghiệm máu
5.7. Thời gian	30' -1.5h
5.8. Địa điểm	- Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: nằm
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh Thì 1. Rạch da - Có thể sử dụng các đường rạch để vào tuyến tùy theo tác giả. + Đường rạch giữa nếp gấp môi lớn và môi bé. + Đường rạch ở mặt ngoài môi lớn (đường Halban) + Đường rạch bờ môi lớn chỗ căng phồng của tuyến dọc theo cả chiều dài của khối u (Lieftring). Thì 2. Bóc tách tuyến. - Bờ trên ngoài của tuyến thường dính nên khó bóc tách hơn mặt trong dưới niêm mạc - Bóc tách phải rất cẩn thận tránh vỡ khối viêm hoặc để dịch mủ thoát ra ngoài qua lỗ tiết của tuyến, vì vậy khi bóc tách đến lỗ tuyến nên cặp cổ tuyến bằng kẹp. Thì 3. Cầm máu. Nên sử dụng dao điện cầm máu hoặc khâu qua đáy khoang bóc tách bằng chỉ

	Vicryl. Trường hợp chảy máu nhiều hoặc có mũ nên đặt mảnh cao su dẫn lưu. Thì 4. Khâu niêm mạc. Thắt các mũi khâu cầm máu qua khoang bóc tách sẽ làm khít hai mép rạch hoặc có thể khâu niêm mạc bằng mũi rời. Nếu sử dụng chỉ không tiêu thì cắt chỉ sau 7 ngày * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Sử dụng kháng sinh ít nhất 5 ngày sau khi làm thủ thuật - Vệ sinh tầng sinh môn bằng dung dịch betadin hoặc các dung dịch sát trùng khác. - Theo dõi nguy cơ tụ máu sau khi làm thủ thuật và nguy cơ nhiễm khuẩn
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

38. NẠO HÚT THAI TRỨNG (13.158)

1. ĐẠI CƯƠNG	Là một thủ thuật đưa ống hút vào buồng tử cung, dưới áp lực âm hút tổ chức trứng, rau thai trong buồng tử cung. Hút thai trứng nguy hiểm hơn hút thai thường vì tử cung to và mềm nên nguy cơ chảy máu và thủng tử cung, sót trứng cao
2. CHỈ ĐỊNH	Thai trứng toàn phần và bán phần còn nguyên vọng có con
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	Thiếu máu nặng, người bệnh không có nguyên vọng có con
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sỹ sản phụ khoa, hộ sinh - Rửa tay theo quy định - Đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn - b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc: Misoprostol, Ecgonometrin, Oxytocin. - Thuốc giảm đau: tiêm tĩnh mạch pethidin 100mg, giảm tiết chống dị ứng atropin, dimedron, thuốc gây tê ở cổ tử cung; lidocain 2%, nước cất, dịch truyền...
5.3. Vật tư	- Găng tay vô khuẩn: 2-3 đôi. - Áo, mũ, khẩu trang vô khuẩn. - Bơm kim tiêm, dây truyền, kim luồn...
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Bơm hút trứng loại 1 van hoặc 2 van. Nếu cần thiết sử dụng máy hút. - Khăn vải trải vô khuẩn: trải ở mông, trên bụng và 2 đùi - Bộ dụng cụ: + Gắp hình tim, thìa cùn nạo buồng tử cung.. + Kẹp sát trùng: 2 + Van âm đạo: 1 + Kẹp cổ tử cung: 1 + Thước đo tử cung. + Ống hút: cỡ 6 đến 12 + Dụng dịch sát khuẩn, bông hoặc gạc sát khuẩn
5.5. Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...: + Tình trạng bệnh: tai biến , biến chứng thành ác tính có thể gặp. + Quá trình thực hiện thủ thuật: các bước thực hiện thủ thuật, tai biến có thể gặp trong khi làm thủ thuật và sau thủ thuật. + Theo dõi sau hút thai trứng, thời gian và khả năng có thai lại. - Chuẩn bị: khám toàn trạng(mạch, nhiệt độ, huyết áp). - Làm mềm cổ tử cung bằng Misopristol đặt âm đạo trước khi tiến hành thủ thuật 1-2 giờ. - Cầm đường truyền tĩnh mạch bằng dung dịch muối hoặc đường đẳng trương có pha 5đơn vị Oxytocin - Nếu sử dụng tiền mê tĩnh mạch: tiêm thuốc tiền mê.
5.6. Hồ sơ BA	Hồ sơ bệnh án đầy đủ, các xét nghiệm cận lâm sàng, cam đoan thủ thuật...
5.7. Thời gian	5-15 phút
5.8. Địa điểm	- Phòng đẻ, phòng thủ thuật
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết thủ thuật, - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh Bước 1: Trải khăn vải vô khuẩn.

	Bước 2: Sát khuẩn vùng âm hộ, âm đạo. Bước 3: Đặt van âm đạo: sát khuẩn lại âm đạo, sát khuẩn cổ tử cung. Bước 4: Kẹp cổ tử cung và đo buồng tử cung. Bước 5: Hút trứng bằng bơm hoặc máy hút. Bước 6: Đo lại buồng tử cung. Bước 7: Lau và sát khuẩn lại âm đạo, cổ tử cung bằng 1 kẹp sát khuẩn mới. Bước 8: Tháo dụng cụ. Bước 9: Lấy bệnh phẩm hút ra gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh. Bước 10: Trao đổi với người bệnh về kết quả thủ thuật. Bước 11: Ghi chép hồ sơ. Bước 12: Chỉ định điều trị thích hợp: kháng sinh, thuốc co tử cung * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	a) Theo dõi người bệnh sau hút 3 giờ - Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp. - Theo dõi co hồi tử cung và ra máu âm đạo. b). Tai biến và xử trí - Chảy máu: nếu đang hút thì hồi sức và hút nhanh, lấy hết trứng để tử cung co lại sẽ giảm chảy máu và dùng thuốc co tử cung Oxytocin, Ecgotamin, Misoprostol, hemotocin... - Thủng tử cung: mổ cấp cứu + Nếu người bệnh còn nguyện vọng có con: sau khi mở bụng, cầm tử cung trong tay, người khác tiếp tục hút trứng dưới tay phẫu thuật viên, hút sạch buồng tử cung và khâu lại lỗ thủng. + Nếu người bệnh không muốn có con nữa: cắt tử cung hoàn toàn, cắt 2 phần phụ nếu người bệnh lớn tuổi. - Sốt trứng: tiếp tục dùng kháng sinh, thuốc co tử cung và hút lại buồng tử cung
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

39. HÚT BUỒNG TỬ CUNG DO RONG KINH RONG HUYẾT (13.157)

1. ĐẠI CƯƠNG	Là một thủ thuật đưa ống hút vào buồng tử cung, dưới áp lực âm hút tổ chức tử cung ra
2. CHỈ ĐỊNH	- Rong huyết kéo dài đã loại trừ có thai - Mãn kinh ra máu - Rong huyết trong u xơ tử cung - Rong huyết không rõ nguyên nhân
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Thiếu máu nặng, thể trạng người bệnh chưa cho phép tiến hành thủ thuật.
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ sản phụ khoa có kinh nghiệm, hộ sinh b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc: Misopristol, Ecgometrin, Oxytoxin. - Thuốc giảm đau tiền mê pethidin 100mg, thuốc chống dị ứng, giảm tiết: dimedron, atropin, thuốc gây tê ở cổ tử cung lidocain 2%
5.3. 5.3. Vật tư	- Găng tay vô khuẩn: 2-3 đôi. - Áo, mũ, khẩu trang vô khuẩn. - Bơm kim tiêm 5-10ml, dây truyền, kim luồn...
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Bơm hút chân không bằng tay loại 1 van. - Khăn vải trải vô khuẩn: trải ở mông, trên bụng và 2 đùi - Bộ dụng cụ: + Kẹp sát trùng: 2 + Van âm đạo: 1 + Kẹp cổ tử cung: 1 + Thuốc đo tử cung. + Ống hút: cỡ số 4,5 + Dụng dịch sát khuẩn, bông hoặc gạc sát khuẩn.
5.5. Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiền lượng...: - Tư vấn: + Tình trạng bệnh lý phải chỉ định hút buồng tử cung. + Quá trình thực hiện thủ thuật: các bước thực hiện thủ thuật, tai biến có thể gặp trong khi làm thủ thuật và sau thủ thuật. Theo dõi sau hút buồng tử cung. - Chuẩn bị: khám toàn trạng(mạch, nhiệt độ, huyết áp). - Giảm đau bằng tiền mê tĩnh mạch: tiêm thuốc tiền mê.
5.6. Hồ sơ BA	- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, các xét nghiệm cận lâm sàng, cam đoan thủ thuật..
5.7. Thời gian	5-15 phút
5.8. Địa điểm t	- Phòng đẻ, phòng tiểu phẫu
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: hồ sơ bệnh án đầy đủ xét nghiệm, cam đoan thủ thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh - Sát khuẩn vùng âm hộ và hai bên đùi. - Trải khăn vải vô khuẩn. - Sát khuẩn vùng âm hộ, âm đạo. - Đặt van âm đạo: sát khuẩn lại âm đạo, sát khuẩn cổ tử cung. - Kẹp cổ tử cung và đo buồng tử cung. - Hút buồng tử cung bằng bơm hút hoặc máy hút. - Đo lại buồng tử cung.

	- Lau và sát khuẩn lại âm đạo, cổ tử cung bằng 1 kẹp sát khuẩn mới. - Tháo dụng cụ. - Lấy bệnh phẩm hút ra gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh - Trao đổi với người bệnh về kết quả thủ thuật. - Ghi chép hồ sơ. - Chỉ định điều trị thích hợp: kháng sinh, thuốc co tử cung * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	a) Theo dõi người bệnh sau hút 3 giờ - Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp. - Theo dõi ra máu âm đạo. b) Tai biến và xử trí - Chảy máu: loại trừ tổn thương tử cung, dùng thuốc co tử cung Oxytocin, Ecgotamin, Misoprostol và kháng sinh. - Thủng tử cung: mổ cấp cứu - Nếu người bệnh nguyện vọng còn có con, hút sạch buồng tử cung, khâu lại chỗ thủng. Sau hút nên dùng thuốc tạo vòng kinh nhân tạo
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản Phụ

40. PORCEPS (13.27)

1. ĐẠI CƯƠNG	Là thủ thuật sử dụng hai cành forceps cặp hai bên đầu thai nhi hỗ trợ giúp đầu thai nhi sổ ra ngoài.
2. CHỈ ĐỊNH	1) Về phía mẹ - Mẹ rặn không sổ. - Mẹ có chống chỉ định cho rặn: bệnh lý nội khoa (tim, phổi, thận, thần kinh), tử cung có sẹo mổ cũ, tiền sản giật nặng, sản giật... - Tầng sinh môn rặn, không giãn nở. 2) Về phía thai. - Thai suy. - Forceps đầu hậu trong ngôi môn. 3) Điều kiện. - Thai đẻ được đường dưới - Đầu lọt trung bình hoặc thấp - Cổ tử cung mở hết - Ối vỡ hoàn toàn hoặc bám ối
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ chuyên khoa phụ sản, hộ sinh - Khám lại toàn thân, tư vấn cho người mẹ và gia đình. - Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đeo găng đã được tiệt khuẩn như làm phẫu thuật b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc: Misopristol, Ecgometrin, Oxytocin. - Thuốc thuốc gây tê cổ tử cung lidocain 2% - Thuốc tiền mê, giảm đau
5.3. Vật tư	- Bơm kim tiêm 5-10ml, dây truyền kim luôn, găng tay vô khuẩn
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ forceps, bộ dụng cụ đỡ đẻ và bộ khâu tầng sinh môn, bộ kiểm tra cổ tử cung. - Các phương tiện để hồi sức sơ sinh.
5.5. Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiền lượng...: - Động viên sản phụ nằm yên, thở đều, không rặn. - Sát khuẩn rộng vùng âm hộ, tầng sinh môn. - Thông đái. - Trải khăn vô khuẩn như phẫu thuật đường dưới. - Nếu mẹ được chỉ định forceps vì bệnh tim, tăng huyết áp, tiền sản giật... thì phải điều trị nội khoa thích hợp trước khi làm thủ thuật. - Nên giảm đau bằng gây tê tại chỗ hoặc gây tê ngoài màng cứng hoặc gây tê tủy sống. - Chỉ rặn khi hai búi đỉnh đã ra khỏi âm hộ nếu không phải trường hợp chỉ định vì không được cho sản phụ rặn. - Theo dõi mạch, huyết áp, chảy máu
5.6. Hồ sơ BA	- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, các xét nghiệm cận lâm sàng, cam đoan thủ thuật..
5.7. Thời gian	15'-01h
5.8. Địa điểm	Phòng đẻ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: - Đặt sản phụ ở tư thế sản khoa, mở rộng hai đùi.

6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: Hồ sơ bệnh án đầy đủ - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh * Thì 1: Xác định ngôi, thế, kiểu thế, độ lọt và điều kiện làm forceps. * Thì 2: Đặt hai cánh forceps. - Đặt cánh trái: + Dùng hai ngón tay phải đưa vào bên trái khung chậu (giữa đầu thai nhi và âm đạo), nhằm mục đích bảo vệ và hướng dẫn khi đặt cánh forcep. + Cầm cánh trái bằng tay trái, đưa nhẹ nhàng cán và thân foóc xép vào vị trí giữa đầu thai nhi và hai ngón tay phải. Lúc đầu cánh forceps ở tư thế thẳng đứng, sau khi cán đã ôm đầu thai nhi thì chuyển hướng thành ngang. + Đưa cánh trái forcep cho người phụ giữ. + Đặt cánh phải: Đặt tiếp cánh phải, đối xứng để khớp với cánh trái. Nếu không khớp, cần đặt lại. * Thì 3: Khớp cánh và kéo. - Khớp hai cánh với nhau. - Kéo từ từ theo cơ chế đẻ bằng sức của cẳng tay, tốt nhất trong con co phối hợp với sức rặn của người mẹ, trừ trường hợp có chống chỉ định rặn. - Cắt tầng sinh môn giữa hai cánh forceps. * Thì 4: Tháo cánh forceps. - Khi đường kính lớn nhất của đầu thai nhi (lưỡng đỉnh) qua âm hộ thì ngừng kéo để tháo cánh. Cánh đặt sau lấy ra trước, cánh đặt trước lấy ra sau. - Đỡ thai nhi như đỡ đẻ thường. - Đỡ rau như thường lệ bằng phương pháp xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ. - Kiểm tra tổn thương cổ tử cung âm đạo và tầng sinh môn. - Khâu tầng sinh môn và các vết rách * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. Theo dõi - Tình trạng sản phụ: huyết áp, nhịp tim, nhịp thở, nhiệt độ - Lượng máu mất, thường do chấn thương đường sinh dục U 2. TAI BIẾN 1. Sản phụ - Chấn thương tầng sinh môn: Tai biến thường gặp hàng đầu sau can thiệp forceps. Đối với forceps eo dưới, tỷ lệ rách tầng sinh môn độ 3 và 4 chiếm 13%. - Són tiểu không tự chủ - Do chấn thương cơ đáy chậu và các đám rối thần kinh - Mất máu sau can thiệp bằng forceps: + Thường là hậu quả của tình trạng chấn thương tầng sinh môn nặng nề + Tỷ lệ truyền máu sau sinh cao hơn nhiều (4,2%) so với mổ lấy thai không biến chứng (1,4%) và đẻ thường (0,4%). + Nếu nặng có thể dẫn tới shock giảm thể tích. - Nhiễm trùng hậu sản 2. Thai nhi - Đẻ bằng forceps có thể gây tai biến nặng nề cho sản phụ nhưng ít gây ảnh hưởng xấu trên thai nhi. Các tai biến có thể gặp bao gồm tụ máu dưới da đầu, liệt dây thần kinh sọ VII, liệt đám rối thần kinh cánh tay.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

41. TẮM SƠ SINH (13.198)

1. ĐẠI CƯƠNG	Tắm cho trẻ sơ sinh là một chăm sóc cần thiết giúp làm sạch da và phòng chống các bệnh lý về da vốn rất hay gặp trong giai đoạn sơ sinh
2. CHỈ ĐỊNH	- Trẻ sơ sinh có sức khỏe ổn định: sau đẻ 6 giờ - Trẻ sơ sinh có mẹ HIV: tắm ngay sau khi sinh
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Trẻ dưới 6 giờ đầu sau đẻ. - Trẻ mắc bệnh nặng đang cần bất động, chăm sóc tại chỗ
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Nữ hộ sinh, điều dưỡng b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có):
5.2. Thuốc	- Các dung dịch tắm cho trẻ sơ sinh
5.3. Vật tư	
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Phòng tắm: ấm, đảm bảo nhiệt độ phòng tắm từ 28 – 30°C, kín không có gió lùa. - 2 chậu: 1 chậu dùng tắm, 1 chậu dùng tráng lại. - Nước tắm: dùng nước sạch, đổ nước nguội vào chậu trước, nước nóng sau. Nhiệt độ nước tắm thích hợp khoảng 37°C. - Xà phòng (sữa tắm), dầu gội đầu dành cho trẻ sơ sinh. - 2 khăn tắm to; 2 khăn tay nhỏ bằng vải mềm. - Mũ; bao tay, bao chân, quần áo, bím, khăn quấn trẻ. - Bông; cồn, dung dịch betadin nếu rốn chưa rụng.
5.5. Sơ sinh	- Tình trạng ổn định. - Tắm trước bữa ăn
5.6. Hồ sơ BA	- Ghi ngày giờ trẻ được tắm. - Tình trạng trước, sau khi tắm
5.7. Thời gian	2-5 phút
5.8. Địa điểm	Phòng tắm bé
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng sơ sinh, đúng sản phụ, vòng định danh..., đúng chỉ định. b) Đặt tư thế sơ sinh:
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: bệnh án, chỉ định tắm bé - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đối chiếu thông tin trên vòng định danh của mẹ và bé, đúng chỉ định. 1. Nguyên tắc - Rửa tay trước khi tắm cho mỗi trẻ. - Tránh hạ thân nhiệt: phòng tắm và nước tắm ấm, tắm từng phần và lau khô ngay vùng đã tắm, giữ ấm trẻ ngay sau tắm. - Trình tự tắm: vùng sạch trước, vùng bẩn sau. - Chỉ nên đặt trẻ vào chậu nước khi rốn đã rụng. - Tránh làm ướt da vùng đang lưu kim, vết mổ. - Dụng cụ sạch dành riêng cho mỗi trẻ. 2. Các bước tắm - Bước 1: Cởi bỏ toàn bộ quần áo, mũ, bao tay, bao chân của trẻ, sau đó quấn trẻ trong 1 khăn tắm sạch, ấm. - Bước 2: Bế trẻ trên tay đúng tư thế: cánh tay đỡ lưng, bàn tay đỡ đầu. Bước 3: Rửa mặt theo thứ tự: mắt, mũi, tai mồm: - Dùng bông nhúng vào nước sạch lau nhẹ mắt từ góc trong của mắt ra ngoài sau đó lấy cục bông khác lau tiếp mắt bên kia theo trình tự tương tự. - Sau đó dùng 1 khăn tay nhỏ bằng vải mềm lau mặt từ giữa dọc theo mũi ra 2 bên tai, tránh đưa sâu vào trong tai, chú ý lau kỹ vùng sau tai và nếp gấp cổ.

	Bước 4: gội đầu: làm ướt tóc, xoa xà phòng (dầu gội đầu) từ trước ra sau đầu trẻ. Dùng nước gội sạch, lau khô ngay đầu trẻ. Bước 5: tắm trẻ: tắm từng phần hoặc tắm toàn thân tùy thuộc rốn chưa rụng hoặc đã rụng. Nếu tắm từng phần thì che ấm phần chưa tắm, phần nào tắm xong được lau khô ngay. Cả 2 ca đều theo thứ tự sau: - Tắm cổ, nách, cánh tay, ngực, bụng. - Tắm lưng, mông, chân. - Tắm bộ phận sinh dục. Bước 6: lau khô toàn thân. Bước 7: mặc áo, quần tã, giữ ấm. Bước 8: chăm sóc rốn nếu cuống rốn chưa rụng (xem bài chăm sóc rốn). Bước 9: đặt trẻ vào giường, ủ ấm. Bước 10: thu dọn dụng cụ và ghi phiếu chăm sóc theo dõi. * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	a) THEO DÕI - Tình trạng toàn thân, chú ý thân nhiệt. - Cho trẻ ăn sữa sau khi đã hoàn thành việc tắm. b) TAI BIẾN VÀ CÁCH ĐỀ PHÒNG 1. Bỏng: Cần kiểm tra nhiệt độ của nước trước khi tắm trẻ; cho nước lạnh vào chậu trước sau đó mới cho rót nước nóng vào cho tới khi đạt được nhiệt độ thích hợp để tránh không làm cho thành chậu bị nóng. 2. Hạ thân nhiệt: Phòng tắm ấm, không có gió lùa; nước tắm ấm; tắm nhanh; thời gian một lần tắm không quá 10 phút.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản Phụ

42. CHĂM SÓC RỒN SƠ SINH (13.197)

1. ĐẠI CƯƠNG	Rồn thường rụng vào ngày thứ 7 đến ngày thứ 10, các mạch máu đóng về mặt chức năng nhưng vẫn tồn tại dạng giải phẫu trong vòng 20 ngày. Trong thời gian này rồn vẫn có thể là đường vào của vi khuẩn, vì vậy cần thiết phải chăm sóc và giữ vệ sinh rồn, tránh nhiễm khuẩn.
2. CHỈ ĐỊNH	Trẻ sơ sinh chưa rụng cuống rốn Trẻ đã rụng cuống rốn nhưng rồn còn tiết dịch hoặc rồn nhiễm trùng
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Không có chống chỉ định.
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sỹ hoặc điều dưỡng, nữ hộ sinh b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có):
5.2. Thuốc	- Cồn trắng 70 độ
5.3. Vật tư	- Bông cotton sát khuẩn
5.4. Trang thiết bị	- Găng tay, panh vô trùng
5.5. Người bệnh	- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Trẻ sơ sinh: Đã được tắm sạch (tắm, rửa); thay áo, tã mới sạch. + Bộc lộ vùng rồn, nếu rồn ướt hoặc nhiễm trùng vào ngày thứ 3 trở đi có thể tháo kẹp nhựa để chăm sóc rồn
5.6. Hồ sơ BA	- Ghi hồ sơ bệnh án giờ/ngày cháu được chăm sóc - Tình trạng rồn: khô, ướt hoặc dịch tiết, màu sắc, sưng tấy hay không, mùi hôi
5.7. Thời gian	2-3 phút
5.8. Địa điểm	Phòng đẻ, phòng tắm bé
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: b) Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, chỉ định - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, vòng định danh... 6.1. Bước 1: Rửa tay bằng xà phòng với nước sạch 6.2. Bước 2: Lau khô tay bằng khăn sạch hoặc để khô tự nhiên. 6.3. Bước 3: Bộc lộ rồn 6.4. Bước 4: Quan sát rồn, da quanh rồn xem có mủ, máu, tấy đỏ, mùi hôi không? 6.5. Bước 5: Sát khuẩn sạch rồn từ trung tâm ra ngoại vi, dây rốn, kẹp rốn, mặt cắt (chú ý lau sạch các khe kẽ, làm sạch tất cả các chất tiết). 6.6. Bước 6: Lau lại 2 lần, để rồn khô tự nhiên và lau rồn như vậy 1-2 lần/ngày. 6.7. Bước 7: Để hở rồn giúp rồn mau khô và dễ rụng 6.8. Bước 8: Quấn tã dưới rồn. 6.9. Bước 9: Chú ý không bôi bất kỳ chất gì lên rồn ngoài các dịch sát trùng rồn. 6.10. Bước 10: Sau khi rồn rụng tiếp tục chăm sóc tới khi chân rồn khô. 6.11. Kết thúc quy trình;- Đánh giá tình trạng người bệnh - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Nhiễm khuẩn rồn: nên chăm sóc rồn nhiều lần trong ngày, tùy theo mức độ nặng mà cho dùng kháng sinh toàn thân (nếu có nhiễm trùng mạch máu rồn) - Chảy máu rồn: thường xảy ra trong vài ngày đầu khi rồn còn tươi hoặc khi rụng cuống rồn, nếu cuống rồn còn tươi nên buộc lại bằng chỉ vô trùng, nếu cuống rồn rụng nên lau sạch bằng dung dịch sát khuẩn và dùng gạc vô khuẩn băng ép - Tồn tại lõi rồn (chồi rồn): chấm Nitrate bạc hàng ngày hoặc đốt điện nếu lõi rồn to
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản Phụ

43. HỒI SỨC SƠ SINH NGẠT SAU SINH (13201)

1. ĐẠI CƯƠNG	Ngạt là tình trạng trẻ đẻ ra không thở, không khóc làm cho trẻ bị thiếu oxy, thừa CO ₂ . Để đánh giá mức độ ngạt, người ta dựa vào 2 chỉ số APGAR và SIGTUNA ở phút thứ 1, 5 và 10 sau đẻ. Trẻ bị ngạt khi có điểm APGAR<8 và SIGTUNA<4. Hồi sức sơ sinh bị ngạt đòi hỏi sự khẩn trương, đúng kỹ thuật để giảm tử vong và di chứng cho trẻ.
2. CHỈ ĐỊNH	- Trước tất cả các cuộc đẻ đều phải sẵn sàng cho việc hồi sức sơ sinh - Sơ sinh có điểm APGAR<8 và SIGTUNA<4 - Sơ sinh có khả năng sống cao (có tuổi thai>25 tuần)
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Không hồi sức hoặc ngừng hồi sức với thai <23 tuần hoặc <400gr - Trẻ sinh ra không có nhịp tim, sau hồi sức 10 phút vẫn không có nhịp tim, nên cân nhắc ngừng hồi sức
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sĩ, nữ hộ sinh b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có):
5.2. Thuốc	+ Adrenalin 1% + Dung dịch NaCl 9%, Ringer lactat - Dụng cụ khác: + Bàn sưởi ấm + Ống nghe + Catheter rốn + Bông cotton, băng dính
5.3 5.3. Vật tư	- Dây truyền, kim lùn, bơm kim tiêm 1-5ml
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	Trang bị hút: + Máy hút + Ống hút số 6, 8, 10 - Trang bị bóng và mặt nạ: + Bóng hồi sức sơ sinh có van giảm áp + Mặt nạ sơ sinh các cỡ + Oxy và ống dẫn - Trang bị đặt nội khí quản: + Đèn soi thanh quản với lưỡi thẳng số 0 (non tháng), số 1 (đủ tháng) + Ống nội khí quản các cỡ: 2,5- 3,0- 3,5- 4,0
5.5 Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Sơ sinh được đặt lên bàn đã sưởi ấm từ trước - Sau mỗi bước hồi sức đều được đánh giá về hô hấp, nhịp tim và màu da để quyết định bước tiếp theo
5.6. Hồ sơ BA	- Ghi điểm APGAR, tình trạng của trẻ khi ra đời - Ghi cụ thể các việc hồi sức đã làm cho trẻ, tình trạng của trẻ sau khi hồi sức - Đánh giá tuổi thai, cân nặng, tình trạng nước ối và các nguy cơ khác (tình trạng bệnh lý và thai nghén của người mẹ)
5.7. Thời gian	5-01h
5.8. Địa điểm	Phòng đẻ, phòng hồi sức...
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chân đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Nằm ngửa
6. TIẾN	- Kiểm tra hồ sơ:

HÀNH QTKT	- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh... - Khai thông đường thở - Khởi động thở - Đảm bảo tuần hoàn - Sử dụng thuốc 2. Các bước hồi sức - Tất cả trẻ sơ sinh đẻ ra đều được lau khô và đánh giá tình trạng để quyết định việc hồi sức Bước 1: Đặt trẻ đúng tư thế - Đặt trẻ nằm trên một mặt phẳng - Kê dưới vai một cuộn khăn nhỏ để giữ đầu hơi ngửa Bước 2: Làm thông đường thở: - Lau sạch mũi, miệng. Hút dịch khi có dấu hiệu tắc nghẽn hoặc nước ối bắn ở trẻ không khỏe - Hút miệng trước (ống hút không sâu quá 5cm), mũi sau (ống hút không quá 3cm) Bước 3: Hỗ trợ hô hấp: - Khi 1 trong 3 dấu hiệu được đánh giá là không tốt. Áp dụng các phương pháp sau: ☐ Kích thích xúc giác: ☐ Vỗ, búng vào gan bàn chân hoặc cọ xát mạnh và nhanh vào lưng trẻ (không quá 2 lần) ☐ Cung cấp oxy cho trẻ qua mặt nạ ☐ Hô hấp nhân tạo bằng bóng và mặt nạ: khi kích thích xúc giác không thành công ☐ Mặt nạ che kín mũi và miệng trẻ ☐ Một tay giữ mặt nạ, một tay bóp bóng với tần số 40-60 lần/phút ☐ Đảm bảo lồng ngực của trẻ phồng lên theo nhịp bóp bóng ☐ Đặt ống nội khí quản (xem bài Đặt nội khí quản) khi: ☐ Thông khí bằng bóng và mặt nạ không hiệu quả ☐ Cần hút dịch khí quản ☐ Thông khí áp lực dương kéo dài ☐ Thoát vị cơ hoành Bước 4 : Ép tim ngoài lồng ngực ☐ Chỉ định: sau 30 giây thông khí áp lực dương đúng kỹ thuật với oxy 100% mà nhịp tim: ☐ Dưới 60 lần/phút ☐ Từ 60-80 lần/phút và không tăng lên ☐ Vị trí ép tim: 1/3 dưới xương ức hoặc điểm xương ức dưới đường nối 2 núm vú ☐ Kỹ thuật: - 2 phương pháp ☐ Phương pháp ngón tay cái: 2 ngón cái đặt lên vị trí ép tim, 2 bàn tay ôm lấy thân trên của trẻ, các ngón khác đỡ sau lưng trẻ ☐ Phương pháp 2 ngón tay: ngón trỏ và ngón giữa đặt lên xương ức, bàn tay kia đỡ lưng trẻ ☐ Áp lực ép: ấn sâu 1/3 chiều dày lồng ngực ☐ Tần số ép: 120-140 lần/phút ☐ Luôn phối hợp cùng với bóp bóng theo tỷ số 3/1 (3lần ép tim, 1 lần bóp bóng) ☐ Sau 30 giây nếu nhịp tim >80 lần/phút: ngừng ép tim, tiếp tục thông khí đến khi nhịp tim >100 lần/phút hoặc trẻ tự thở. ☐ Nếu nhịp tim vẫn <80 lần/phút: tiếp tục ép tim, bóp bóng và dùng thuốc Bước 5: Thuốc - Adrenalin 1/10.000: cho 0,1-0,2ml/kg nhỏ vào nội khí quản hoặc đường tĩnh
------------------	---

	mạch. Có thể nhắc lại sau 3-5 phút - Chỉ định: nhịp tim là 0 hoặc <80 lần/phút dù đã được thông khí và ép tim 30 giây - Bù dịch: khi nghi ngờ có giảm thể tích tuần hoàn: dung dịch NaCl 0,9% hoặc Ringer Lactat 10ml/kg cho đường tĩnh mạch tốc độ 5-10 phút Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	a) Theo dõi - Nếu có dấu hiệu khó thở hoặc da tím tái: dùng các phương pháp hô hấp hỗ trợ (CPAP, máy thở, Oxy) - Nếu tình trạng xấu: chuyển tuyến lên cơ sở y tế cao hơn, đảm bảo chuyển tuyến an toàn - Nếu tình trạng trẻ ổn định, không khó thở: cho tiếp xúc da kề da với mẹ và theo dõi sát các dấu hiệu sinh tồn b) Tai biến và xử trí - Tràn khí màng phổi: do thông khí không đúng kỹ thuật: cần đảm bảo bóp bóng đúng áp lực, bóng có van an toàn - Chấn thương hầu họng do đặt nội khí quản: người làm hồi sức phải thành thạo, động tác nhẹ nhàng. Nếu chưa đặt vào được cần rút đèn ra, thông khí bằng bóng- mặt nạ cho trẻ rồi mới đặt lại - Gãy xương sườn do ép tim không đúng vị trí và kỹ thuật: cần xác định đúng vị trí trên xương ức, không nhắc ngón tay khỏi vị trí trong suốt quá trình ép tim
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

44. PHÁ THAI TỪ TUẦN 6 ĐẾN HẾT 12 TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP**HÚT CHÂN KHÔNG (13.238)**

1. ĐẠI CƯƠNG	Phá thai bằng phương pháp hút chân không là phương pháp chấm dứt thai nghén bằng cách dùng bơm hút chân không để hút thai trong tử cung từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12
2. CHỈ ĐỊNH	Phá thai từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Không có chống chỉ định tuyệt đối - Thận trọng đối với trường hợp đang bị viêm cấp tính đường sinh dục cần được điều trị hoặc chuyển tuyến - Chú ý: không được làm thủ thuật tại tuyến xã những ca sau: + U xơ tử cung to + Vết mổ ở tử cung + Sau đẻ dưới 6 tháng + Dị dạng đường sinh dục + Các bệnh lý nội – ngoại khoa
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sỹ, nữ hộ sinh được đào tạo về phá thai bằng phương pháp hút chân không. Thủ thuật viên và người phụ rửa tay, mặc áo, đội mũ, khẩu trang, đeo găng vô khuẩn và kính bảo vệ mắt. b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	- Các thuốc tiền mê, giảm đau: pethidin 100mg dùng đường tĩnh mạch - Thuốc gây tê cổ tử cung: lidocain 2%, nước cất
5.3 5.3. Vật tư	- Bơm kim tiêm 5-10ml
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ hút chân không gồm: Bơm hút một van, bơm hút hai van, bơm hút MVA plus, các ống hút và dầu bôi trơn - Hai kẹp sát khuẩn ngoài và trong - Van hoặc mỏ vịt - Kẹp cổ tử cung - Nén nong - Bơm, kim tiêm gây tê tại cổ tử cung - Bông gạc và dung dịch sát khuẩn - Thuốc giảm đau: Paracetamol 500mg, Ibuprophen 400 mg. Thuốc gây tê tại chỗ Lidocain 1% hoặc Xylocain 1% thuốc co hồi tử cung, hộp chống choáng. - Bộ dụng cụ kiểm tra mô sau hút - Các phương tiện xử lý dụng cụ và xử lý chất thải
5.5 Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiền lượng.... - Hỏi tiền sử về các bệnh nội ngoại khoa - Khám toàn thân - Khám phụ khoa - Làm test thử thai - Siêu âm (nếu cần) - Tính tuổi thai - Tư vấn - Khách hàng ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ) - Thai từ 9 đến 12 tuần nên chuẩn bị cổ tử cung bằng cách cho ngâm dưới lưỡi 400mcg Misoprostol, 3 giờ trước khi làm thủ thuật.
5.6. Hồ sơ BA	- Đầy đủ hồ sơ bệnh án, xét nghiệm cần thiết

5.7. Thời gian	- 5-15 phút
5.8. Địa điểm	- Phòng đẻ, phòng thủ thuật
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: tư thế sản khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết thủ thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí thủ thuật - Tiền mê, giảm đau, hoặc cho uống thuốc giảm đau và kháng sinh 30 phút trước khi làm thủ thuật - Khám xác định kích thước và tư thế tử cung - Thay găng vô khuẩn - Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông - Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo - Kẹp cổ tử cung - Gây tê cạnh cổ tử cung bằng dung dịch Lidocain 2% - Đo buồng tử cung bằng ống hút - Nong cổ tử cung (nếu cần) - Hút thai - Kiểm tra chất hút - Đánh giá thủ thuật đã hoàn thành - Có thể đặt dụng cụ tử cung ngay sau khi hút thau nếu đảm bảo buồng tử cung sạch, không có chống chỉ định và khách hàng lựa chọn biện pháp này. - Sát khuẩn âm đạo cổ tử cung - Gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý những ca kiểm tra mô không thấy rau thai Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. Theo dõi - Theo dõi mạch, huyết áp và ra máu âm đạo ít nhất 30 phút sau thủ thuật - Kê đơn kháng sinh - Tư vấn sau thủ thuật - Hẹn khám lại sau hai tuần 2. Tai biến và xử trí - Tai biến sớm: choáng, chảy máu, thủng tử cung, rách cổ tử cung - Tai biến muộn: nhiễm khuẩn, sót thai, sót rau, dính buồng tử cung - Xử trí: + Xử trí theo phác đồ cho từng tai biến + Thủng tử cung: nếu lỗ thủng nhỏ, không chảy máu, đảm bảo buồng tử cung sạch, cho kháng sinh, thuốc co hồi tử cung, theo dõi toàn trạng. + Nếu lỗ thủng to, có chảy máu trong hoặc chảy máu ra ngoài nhiều kèm theo tổn thương các tạng trong ổ bụng phải phẫu thuật khâu lỗ thủng, phục hồi tổn thương các tạng (nếu có) + Rách cổ tử cung : chèn bác gạc hoặc khâu vết rách + Nhiễm khuẩn sau hút thai : điều trị kháng sinh + Sót rau, sót thai : hút lại buồng TC, điều trị kháng sinh + Dính buồng tử cung sau hút: phải nong buồng TC, cho vòng kinh nhân tạo, đặt vòng chống dính hoặc phẫu thuật để tách dính
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

45. ĐẶT VÀ THÁO DỤNG CỤ TỬ CUNG (13.228)

1. ĐẠI CƯƠNG	Dụng cụ tử cung là một biện pháp tránh thai tạm thời và hiệu quả. Dụng cụ tử cung có hai loại: - Loại dụng cụ tử cung có chứa đồng (TCu 380A có tác dụng tránh thai 8- 10 năm và Mutiload 375 có tác dụng trong 5 năm) - Loại dụng cụ TC giải phóng Levonogestrel chứa 52 mg Levonogestrel, giải phóng 20mcg hoạt chất/ngày tác dụng tối đa 5 năm
2. CHỈ ĐỊNH	- Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ muốn áp dụng một biện pháp tránh thai tạm thời, dài hạn hiệu quả cao và không có chống chỉ định - Phụ nữ đang đặt DCTC muốn tháo để sinh đẻ hoặc chuyển BPTT khác
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	1. Tuyệt đối - Có thai - Nhiễm khuẩn hậu sản - Ngay sau sảy thai nhiễm khuẩn - Ra máu âm đạo chưa rõ nguyên nhân - Ung thư cổ tử cung, ung thư niêm mạc tử cung - U xơ tử cung hoặc các dị dạng khác làm biến dạng buồng tử cung - Đang viêm tiểu khung, nhiễm khuẩn đường sinh sản - Bệnh huyết áp cao, bệnh gan, bệnh thận, bệnh tim nặng - Lao vùng chậu
4. THẬN TRỌNG	Chống chỉ định tương đối - Có nguy cơ bị nhiễm khuẩn đường sinh sản hoặc nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục cao - Có tiền sử thai ngoài tử cung - Trong thời gian từ 48 giờ đến 4 tuần sau đẻ - Tháo dụng cụ tử cung theo yêu cầu của người bệnh hoặc của cán bộ y tế không có chống chỉ định - Đang bị bệnh lupus ban đỏ hệ thống ,hoặc có giảm tiểu cầu trầm trọng - Bệnh nguyên bào nuôi lành tính có nồng độ β hCG giảm dần - Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong 5 năm trở lại (chỉ với vòng levonogestrel) - Bệnh AIDs đang không ổn định - Đang bị thuyên tắc mạch (chỉ chống chỉ định với levonogestrel) - Đang hoặc đã bị thiếu máu cơ tim
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sĩ chuyên khoa phụ sản, hộ sinh - Người làm thủ thuật: rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang, đeo găng vô khuẩn b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	
5.3. Vật tư	
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Dụng cụ tử cung - Ván hoặc mỏ vịt - Kẹp pozzi - 2 panh sát khuẩn - Dung dịch sát khuẩn, khăn vô khuẩn, găng, bông gạc vô khuẩn.
5.5 Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng....

	- Được tư vấn và giới thiệu về loại dụng cụ tử cung hiện có, hướng dẫn cụ thể về loại dụng cụ tử cung người bệnh sẽ dùng. - Giới thiệu và giải thích về ưu nhược điểm của loại dụng cụ tử cung mà người bệnh đó chọn. - Cách theo dõi sau đặt và tháo dụng cụ tử cung - Cho khách hàng đi tiểu
5.6. Hồ sơ BA	- Có chỉ định đặt vòng
5.7. Thời gian	2-5 phút
5.8. Địa điểm	- Phòng đẻ, phòng khám, phòng thủ thuật
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Để khách hàng nằm trên bàn theo tư thế phụ khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: có chỉ định đặt vòng - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí thủ thuật 1) Thời điểm đặt dụng cụ tử cung a) Dụng cụ tử cung có chứa đồng (Tcu 380A và Multiload 375) - Đặt dụng cụ tử cung sau sạch kinh 2 ngày chưa giao hợp là thuận lợi nhất - Ở bất kỳ thời điểm nào nếu biết chắc chắn là không có thai, không cần sử dụng biện pháp tránh thai hỗ trợ - Bất kỳ lúc nào trong vòng 12 ngày đầu của kỳ kinh (chưa giao hợp). b) Dụng cụ tử cung giải phóng Levonogestrel - Trong vòng 7 ngày đầu kể từ ngày kinh đầu tiên - Ở bất kỳ thời điểm nào nếu biết chắc chắn là không có thai, - Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm biện pháp tránh thai hỗ trợ trong vòng 7 ngày kế tiếp. - Vô kinh; bất cứ thời điểm nào nếu khẳng định không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm biện pháp tránh thai hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp. - Sau sinh 4-6 tuần trở đi (kể cả sau phẫu thuật lấy thai) - Sau phá thai ba tháng đầu và ba tháng giữa, trừ nhiễm khuẩn sau phá thai. 2) Kỹ thuật a) Đặt dụng cụ tử cung Tcu 380A và Multiload 375 - Khám trong để xác định tư thế, thể tích tử cung. - Thay găng vô khuẩn - Sát khuẩn bộ phận sinh dục ngoài (kẹp sát khuẩn 1) - Trải khăn vô khuẩn - Bộc lộ cổ tử cung - Sát khuẩn cổ tử cung và túi cùng âm đạo bằng Betadin (kẹp sát khuẩn 2) - Cặp cổ tử cung bằng pozzi - Đo buồng tử cung - Lắp dụng cụ tử cung vào ống đặt - Đưa dụng cụ tử cung vào trong tử cung. Cắt dây dụng cụ tử cung để lại từ 2– 3 cm và gập vào túi cùng sau âm đạo. b) Đặt dụng cụ tử cung giải phóng Levonogestrel - Các bước như với dụng cụ tử cung Tcu 380A và Multiload 375 - Chú ý: thao tác thành thạo kỹ thuật đặt theo từng bước 3) Tháo dụng cụ tử cung * Vì lý do y tế - Có thai - Ra máu nhiều - Đau bụng dưới nhiều - Nhiễm khuẩn tử cung hoặc tiểu khung

	- Dụng cụ tử cung bị tụt thấp - Đã mãn kinh (sau khi mất kinh từ tháng 12 trở lên) - Dụng cụ tử cung đã hết hạn * Vì lý do cá nhân - Muốn có thai trở lại - Muốn dùng một biện pháp tránh thai khác - Không cần dùng biện pháp tránh thai khác * Cách tháo dụng cụ tử cung Cả 3 loại dụng cụ tử cung (Tcu 380A, Multiload 375 và Mirena) đều có dây nên chỉ cần dùng kẹp cặp vào 2 dây nhẹ nhàng kéo ra là được. Nếu không thấy dây phải nong cổ tử cung dùng panh hình tim hoặc panh dài không có răng cặp và kéo dụng cụ tử cung. * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. Theo dõi - Sau khi đặt dụng cụ tử cung cho người bệnh nằm theo dõi 30 phút, uống thuốc kháng sinh 5 ngày tránh viêm nhiễm, uống thuốc giảm co bóp tử cung, làm việc nhẹ. - Kiên giao hợp 1 tuần - Khám lại vào các thời điểm + Một tháng sau khi đặt + Ba tháng sau khi đặt + Một năm kiểm tra lại một lần * Khám lại ngay khi chưa có dấu hiệu bất thường như đau bụng nhiều, ra máu nhiều kéo dài, âm đạo ra dịch hôi... 2. Xử trí tai biến Biến chứng do đặt và tháo dụng cụ tử cung rất ít. Tuy nhiên một số biến chứng có thể gặp trong khi đặt và tháo dụng cụ tử cung như : thủng tử cung, nhiễm khuẩn, chảy máu nhiều.... - Thủng tử cung phẫu thuật khâu lỗ thủng - Nhiễm khuẩn: điều trị kháng sinh - Ra máu nhiều có thể phải lấy dụng cụ tử cung
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

46. THỦ THUẬT XOĂN POLIP CỔ TỬ CUNG, ÂM ĐẠO (13144)

1. ĐẠI CƯƠNG (Định nghĩa, nguyên lý, mục đích của kỹ thuật)	Polyp cổ tử cung là khối u lành tính phát triển từ mô đệm cổ tử cung và được che phủ bởi biểu mô, xuất phát từ ống cổ tử cung, có chân hoặc không có chân, kích thước có thể thay đổi từ vài mm đến vài cm, thường gặp ở phụ nữ sinh đẻ nhiều lần. Người bệnh có polyp cổ tử cung thường không có triệu chứng nhưng cũng có thể ra khí hư nhiều, rong huyết, ra máu sau giao hợp. Thường lành tính, nhưng khoảng 1% các ca có chuyển dạng ác tính.
2. CHỈ ĐỊNH	- Polyp cổ tử cung to. - Polyp cổ tử cung có triệu chứng: ra khí hư nhiều, rong huyết, ra máu sau giao hợp - Polip lành tính
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Đang viêm âm đạo: trì hoãn đến khi điều trị khỏi viêm âm đạo - Tổn thương nghi ung thư cổ tử cung
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sĩ sản phụ khoa, hộ sinh b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc cầm máu trong trường hợp chảy máu từ chân cuống polip
5.3. Vật tư	- Săng gạc, bông băng thuốc sát khuẩn...
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ xoắn polip; van âm đạo hoặc mỏ vịt, panh sát khuẩn, kẹp hình tim, panh thẳng hoặc cong
5.5. Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Đã được xét nghiệm tế bào cổ tử cung /mô bệnh học để loại trừ các tổn thương tiền ung thư/ung thư.
5.6. Hồ sơ BA	- Chỉ định xoắn polip, các xét nghiệm cần thiết
5.7. Thời gian	3-15 phút
5.8. Địa điểm	Phòng tiểu phẫu, phòng đẻ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: tư thế phụ khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: đầy đủ chỉ định cắt polip - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí thủ thuật CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH Bước 1. Sát khuẩn âm đạo, bộc lộ cổ tử cung, xác định chân polyp: có cuống, không có cuống, xuất phát từ cổ ngoài hay ống cổ tử cung. - Bước 2. Dùng kẹp hình tim kẹp polyp và xoắn quanh cuống cho đến khi cuống đứt. Nếu polyp to không có cuống cần dùng dao điện cắt bỏ ở chân. - Bước 3. Đốt điện hoặc ép vào vị trí cuống/điện cắt để cầm máu, có thể nhét gạc âm đạo cầm máu. - Bước 4. Sát khuẩn lại âm đạo. Gửi bệnh phẩm xét nghiệm mô bệnh học * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Chảy máu chân polyp: đốt điểm chảy máu, khâu cầm máu, nhét gạc cầm máu, rút gạc sau 12-24h - Khâu hai động mạch cổ tử cung âm đạo: hai mũi ở vị trí 9 và 3 giờ nếu chảy máu nhiều, nếu không cầm cần phải mổ cắt tử cung
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

47. QUY TRÌNH TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG LAO

1. ĐẠI CƯƠNG (Định nghĩa, nguyên lý, mục đích của kỹ thuật)	Bệnh lao do trực khuẩn lao có tên là Mycobacterium Tuberculosis (MTB) gây ra. Đây là loại trực khuẩn có thể lây truyền qua không khí, tức là nếu hít chung bầu không khí với người bị mắc bệnh lao thì nguy cơ mắc lao cao. Khi nhiễm vi khuẩn lao, bệnh nhân dễ bị các biến chứng về phổi, và cũng có thể lây lan sang xương, hạch bạch huyết, hệ thần kinh, tim, màng não và các cơ quan khác. Ở giai đoạn chưa có vắc xin ngừa lao, với tỷ lệ tử vong cao, thế giới từng xem bệnh lao là “tứ chứng nan y”. Theo hướng dẫn của Bộ Y tế, trẻ vừa mới sinh ra chưa tiếp xúc với trực khuẩn lao thì nên tiêm vắc xin ngay trong 24h đầu tiên để tập dượt cho hệ miễn dịch nhanh chóng nhận diện, cô lập trực khuẩn lao tấn công cơ thể non nớt của trẻ.
2. CHỈ ĐỊNH	Vắc xin BCG được chỉ định cho tất cả trẻ sơ sinh chưa bị nhiễm lao, sức khỏe tốt và không mắc các bệnh lý suy giảm miễn dịch.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	3.1 Các trường hợp chống chỉ định tiêm phòng lao BCG bao gồm: - Không tiêm vắc xin BCG cho trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV mà mẹ không được điều trị dự phòng tốt lây truyền từ mẹ sang con. - Các trường hợp chống chỉ định khác theo hướng dẫn của nhà sản xuất vắc xin lao. 3.2 Các trường hợp hoãn tiêm chủng BCG phòng lao: - Đang mắc các bệnh nhiễm trùng cấp tính, đang sốt. - Đang hoặc mới kết thúc đợt điều trị corticoid liều cao. - Cân nặng dưới 2.000g. - Trẻ có tuổi thai < 34 tuần tạm hoãn tiêm vắc xin BCG. Tiêm chủng khi trẻ đủ 34 tuần tuổi (tính cả tuổi thai).
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sỹ và Cán bộ tiêm chủng (có danh sách kèm theo đã được tập huấn về an toàn tiêm chủng cho cán bộ y tế tại các cơ sở y tế có phòng sinh trên địa bàn tỉnh Thái Bình năm 2023) b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có):
5.2. Thuốc	
5.3. Vật tư	* Dụng cụ vô khuẩn: - Bơm tiêm 1ml - Khay tiêm: hộp bông cồn 70°, pank sát khuẩn - Hộp chống sốc
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Trang thiết bị: dụng cụ, vật tư tiêu hao cho tiêm chủng, biểu mẫu tiêm chủng và đảm bảo thực hiện ứng dụng CNTT, phích vắc xin, vắc xin.... - Các phương tiện: Sát khuẩn tay nhanh, bàn tiêm chủng, hồ sơ, giấy tờ, tài liệu chuyên môn...
5.5. Người bệnh (sơ sinh)	- Bác sỹ giải thích cho người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...: - Chuẩn bị người bệnh (sơ sinh): Xác định chính xác người bệnh (Hỏi người nhà sơ sinh, đối chiếu vòng định danh và đối chiếu với HSBA) - Nhận định sơ sinh/người bệnh; - Thông báo, giải thích, hướng dẫn cho người nhà thời gian ăn sau tiêm. - Hướng dẫn tư thế thích hợp, thuận tiện cho kỹ thuật.
5.6. Hồ sơ BA	Theo quy định
5.7. Thời gian	1-2'
5.8. Địa điểm	Phòng tiêm chủng
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, Hỏi người nhà sơ sinh, đối chiếu vòng định danh và đối

	chiều với HSBA. b) Đặt tư thế người bệnh: Hộ sinh, người nhà bế sơ sinh
6. TIẾN HÀNH QTKT	6.1 Kiểm tra: đối chiếu sơ sinh, hồ sơ bệnh án 6.2 Kiểm tra vắc xin và dung môi. 1) Kiểm tra nhãn lọ vắc xin, dung môi. Nếu không có nhãn phải hủy bỏ. 2) Kiểm tra hạn sử dụng lọ vắc xin và dung môi. Nếu quá hạn sử dụng phải hủy bỏ. 3) Kiểm tra lọ vắc xin, hủy vắc xin nếu có thay đổi về màu sắc hoặc bất kỳ sự thay đổi bất thường nào khác. 4) Sử dụng đúng loại vắc xin cần tiêm cho trẻ. 6.3 Pha hồi chỉnh vắc xin đông khô. Vắc xin BCG cần phải pha hồi chỉnh trước khi tiêm. Chỉ pha hồi chỉnh vắc xin khi có đối tượng đến tiêm chủng. 1. Kiểm tra nhãn của dung môi và vắc xin để đảm bảo chắc chắn dung môi của đúng nhà sản xuất, của đúng loại vắc xin. Không dùng dung môi của vắc xin này pha cho vắc xin khác, không dùng nước cất thay thế cho dung môi. 2. Kiểm tra hạn sử dụng của dung môi và vắc xin để đảm bảo còn hạn sử dụng. 3. Dung môi phải được bảo quản lạnh ở nhiệt độ +2°C đến + 8°C trước khi pha hồi chỉnh ít nhất 24 giờ. 4. Mở ống dung môi và vắc xin: Mở phần giữa của nắp lọ vắc xin hay lọ dung môi nơi có vòng tròn nhỏ, hoặc dùng cưa để mở. 5. Sử dụng 1 bơm kim tiêm (5ml) vô trùng cho mỗi lần pha hồi chỉnh. 6. Hút toàn bộ dung môi trong lọ vào bơm kim tiêm vô trùng sau đó bơm toàn bộ dung môi vào lọ/ống vắc xin. Trộn dung môi và vắc xin bằng cách hút từ từ dung môi vào bơm tiêm sau đó bơm trở lại một vài lần cho đến khi bột vắc xin tan hết. 7. Không lưu kim tiêm trên nắp lọ vắc xin. 8. Vắc xin sau khi pha hồi chỉnh bảo quản trên miếng xốp trong phích vắc xin. 9. Hủy bỏ tất cả vắc xin đã pha hồi chỉnh ngay cuối buổi tiêm chủng hoặc trong vòng 6 giờ. 10. Sử dụng 1 bơm kim tiêm tự khoá để hút vắc xin và sử dụng chính bơm kim tiêm đó để tiêm vắc xin cho trẻ. 6.4 Kỹ thuật tiêm vắc xin Bước 1: Rửa tay bằng nước sạch và xà phòng. Bước 2: - Thực hiện 5 đúng; (Đúng người được chỉ định tiêm chủng, đúng vắc xin, đúng liều, đúng đường dùng, đúng thời điểm) - Kiểm tra lọ/ống vắc xin: loại vắc xin/dung môi, tình trạng của lọ/ống, màu sắc, nhãn, chỉ thị nhiệt độ, hạn sử dụng. Bước 3: Mở lọ/ống vắc xin; dung môi. Bước 4: Pha hồi chỉnh. Bước 5: Lấy 0,1ml vắc xin. Bước 6: Đẩy pít tông đuổi khí trong bơm tiêm. Lưu ý: - Sử dụng một bơm kim tiêm vô trùng cho mỗi lần pha hồi chỉnh. - Sử dụng 1 bơm kim tiêm vô trùng còn hạn sử dụng cho mỗi mũi tiêm. - Khi lấy vắc xin vào bơm tiêm không chạm vào nút cao su và/hoặc kim tiêm, không để kim tiêm chạm vào bất cứ thứ gì. - Không lấy không khí vào bơm tiêm trước khi hút vắc xin. - Khi dùng bơm tiêm tự khóa không kéo pít tông lại phía sau để xem có máu không.

	- Bơm kim tiêm vào hộp an toàn ngay sau khi dùng, không đặt lại nắp kim - Không tiêm quá 1 liều của cùng 1 loại vắc xin trong cùng thời gian - Nếu nơi tiêm chảy máu dùng bông khô sạch ấn vào nơi tiêm. - Không chà mạnh vào chỗ vừa tiêm. 6.4.1 Kỹ thuật tiêm vắc xin BCG (tiêm trong da cơ Delta cánh tay trái) 1) Mẹ bế trẻ trong lòng cởi áo để lộ tay và vai trái của trẻ. 2) Mẹ đỡ đầu và giữ chặt cánh tay trẻ. Cán bộ y tế cầm bơm tiêm sao cho mặt vát của kim tiêm ngửa lên trên. 3) Ngón cái và ngón trỏ làm căng da tại nơi tiêm. 4) Đặt bơm tiêm và kim tiêm gần như dọc theo cánh tay trẻ. Đâm mũi kim vào dưới bề mặt da nhưng vẫn ở trong da, chỉ đâm quá đầu vát của kim một chút. 5) Giữ cho kim song song với mặt da. 6) Không đẩy quá sâu, không chúc mũi kim xuống làm như vậy kim tiêm sẽ đi xuống dưới da và sẽ là tiêm dưới da thay vì tiêm trong da. 7) Giữ kim đúng vị trí, đặt ngón tay cái lên phần đầu của bơm tiêm gần kim tiêm, không được chạm vào kim tiêm. 8) Dùng ngón trỏ và ngón giữa cầm phần cuối của bơm tiêm. Dùng ngón cái bàn tay phải ấn pít tông đẩy vắc xin vào. 9) Tiêm 0,1 ml vắc xin và rút kim ra. * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng sơ sinh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	Sau khi tiêm chủng: Theo dõi người được tiêm chủng ít nhất 30 phút sau tiêm chủng và hướng dẫn gia đình hoặc đối tượng tiêm chủng để tiếp tục theo dõi ít nhất 24 giờ sau tiêm chủng PHẢN ỨNG PHỤ SAU TIÊM Giống như các loại vắc xin khác, BCG có thể gây ra một số tác dụng phụ. Nếu sau tiêm trẻ bị sốt nhẹ, sưng hạch ở hõm nách bên cánh tay được tiêm thuốc, có quầng đỏ ở vị trí tiêm, loét nhẹ và để lại sẹo (trong vòng 6 tuần sau tiêm) thì đó là những phản ứng bình thường, cho thấy trẻ đã đáp ứng miễn dịch. Trong trường hợp các phản ứng sau tiêm trầm trọng như sốt cao, bỏ bú... kéo dài 1-2 ngày; vết tiêm sưng to, hạch sưng to, hạch kéo dài hơn 6 tuần thì cần đưa trẻ đi khám. Đối với những trường hợp trẻ sốt cao, khóc nhiều không dứt, mệt lả, da tím tái, co giật, liệt, hôn mê... phải cấp cứu ngay. Để đảm bảo an toàn trong tiêm chủng, gia đình cần thông báo cho cán bộ tiêm chủng biết tình trạng sức khỏe của trẻ, tiêm xong cần nán lại cơ sở tiêm 30 phút để theo dõi phản ứng sau tiêm. Khi về nhà, trong vòng 48 giờ sau tiêm vẫn cần theo dõi những biểu hiện bất thường của trẻ để kịp thời xử lý những tình huống xấu nếu không may xảy ra. * Dấu hiệu bất thường • Sốt cao > 39 độ C, khó đáp ứng thuốc hạ sốt, sốt kéo dài trên 24 giờ, sốt xuất hiện sau 12 giờ tiêm chủng • Quấy khóc kéo dài, kém tương tác cha mẹ, trẻ mệt xỉu, li bì và hôn mê • Co giật • Nôn trớ, bú kém, bỏ bú • Phát ban • Thở nhanh, khó thở co kéo hõm ức, thở rên, thở ậm ạch, tím môi và chi • Chi lạnh, da nổi vân tím • Hoặc có các dấu hiệu bất thường khác khiến cha mẹ trẻ lo lắng
8. TÀI LIỆU THAM	- Căn cứ Nghị định số 104/2016/NĐ-CP ngày 1/7/2016 của Chính phủ quy định

KHẢO	về hoạt động tiêm chủng; - Căn cứ Thông tư số 34/2018/TT-BYT ngày 12/11/2018 của Bộ Y tế quy định chi tiết một số điều của Nghị định 104/2016/NĐ-CP ngày 1/7/2016 của Chính phủ quy định về hoạt động tiêm chủng; - Căn cứ công văn số 1568/VSDTTU'-BTN về việc triển khai tiêm vắc xin phòng lao trong bệnh viện 7 tỉnh năm - Căn cứ công văn 1688 /SYT-NVY về việc triển khai tiêm vắc xin phòng lao trong bệnh viện - Căn cứ kế hoạch số 130 /KH-SYT về triển khai tiêm vắc xin phòng bệnh lao trong bệnh viện trên địa bàn tỉnh Thái Bình
------	--

BẢNG KIỂM
TRƯỚC TIÊM CHỦNG ĐỐI VỚI TRẺ DƯỚI 1 THÁNG TUỔIHọ và tên trẻ:..... Nam ☐ Nữ ☐

Sinh: giờ ngày..... tháng năm Tuổi thai khi sinh:

Địa chỉ:

Họ tên bố/mẹ: Điện thoại:

Cân nặng:.....g Thân nhiệt:.....,.....°C

Mẹ đã xét nghiệm HbsAg: Không ☐ Có ☐ Kết quả: Dương tính ☐ Âm tính ☐**I. Khám sàng lọc:**

Các dấu hiệu hiện tại:

1. Tình trạng sức khỏe chưa ổn định	Không ☐	Có ☐
2. Sốt/Hạ thân nhiệt (Sốt: nhiệt độ $\geq 38^{\circ}\text{C}$; Hạ thân nhiệt: nhiệt độ $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$)	Không ☐	Có ☐
3. Khóc bé hoặc không khóc	Không ☐	Có ☐
4. Da, môi không hồng	Không ☐	Có ☐
5. Bú kém hoặc bỏ bú	Không ☐	Có ☐
6. Tuổi thai < 28 tuần	Không ☐	Có ☐
7. Tuổi thai < 34 tuần*	Không ☐	Có ☐
8. Suy giảm miễn dịch chưa xác định mức độ hoặc mức độ nặng, có biểu hiện lâm sàng nghi nhiễm HIV*	Không ☐	Có ☐
9. Các chống chỉ định khác, nếu có ghi rõ	Không ☐	Có ☐

* Chỉ áp dụng với vắc xin phòng lao (BCG)

- Khám sàng lọc theo chuyên khoa: Không ☐ Có ☐, chuyên khoa:

+ Lý do:

+ Kết quả:

+ Kết luận:

II. Kết luận:- Đủ điều kiện tiêm chủng ngay (Tất cả đều **KHÔNG** có điểm bất thường) ☐

Loại vắc xin tiêm chủng lần này:

- Chống chỉ định tiêm chủng (Khi **CÓ** điểm bất thường tại mục 9) ☐- Tạm hoãn tiêm chủng (Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 1,2,3,4,5,6,7,8) ☐

.....giờ phút, ngày....tháng....năm.....

Người thực hiện sàng lọc

(ký, ghi rõ họ và tên)

BẢNG KIỂM
TRƯỚC TIÊM CHỦNG ĐỐI VỚI ĐỐI TƯỢNG TỪ 1 THÁNG TUỔI TRỞ LÊNHọ và tên trẻ: Nam ☐ Nữ ☐

Tuổi: sinh ngày tháng năm

Địa chỉ:

Họ tên bố/mẹ: Điện thoại:

Cân nặng: kg Thân nhiệt: °C

I. Khám sàng lọc:

1. Phản ứng phản vệ mức độ III trở lên sau lần tiêm chủng trước	Không ☐	Có ☐
2. Đang mắc bệnh cấp tính hoặc bệnh mạn tính tiến triển*	Không ☐	Có ☐
3. Đang hoặc mới kết thúc đợt điều trị corticoid liều cao (tương đương prednison >2mg/kg/ngày), hóa trị, xạ trị, gammaglobulin**	Không ☐	Có ☐
4. Sốt/Hạ thân nhiệt (Sốt: nhiệt độ $\geq 38^{\circ}\text{C}$; Hạ thân nhiệt: nhiệt độ $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$)	Không ☐	Có ☐
5. Suy giảm miễn dịch chưa xác định mức độ hoặc mức độ nặng, có biểu hiện lâm sàng nghi nhiễm HIV	Không ☐	Có ☐
6. Nghe tim bất thường***	Không ☐	Có ☐
7. Nhịp thở, nghe phổi bất thường***	Không ☐	Có ☐
8. Tri giác bất thường (li bì hoặc kích thích)	Không ☐	Có ☐
9. Các chống chỉ định khác, nếu có ghi rõ:	Không ☐	Có ☐

*: Chỉ định tiêm vắc xin nếu trẻ có bệnh nhẹ (ho, sổ mũi, tiêu chảy mức độ nhẹ..... và không sốt), bú tốt, ăn tốt

**: Trừ kháng huyết thanh viêm gan B

***: Nếu khám chuyên khoa không cần xử trí cấp cứu thì chỉ định tiêm chủng

- Khám sàng lọc theo chuyên khoa: Không ☐ Có ☐, chuyên khoa:

+ Lý do:

+ Kết quả:

+ Kết luận:

II. Kết luận:- Đủ điều kiện tiêm chủng ngay (Tất cả đều **KHÔNG** có điểm bất thường) ☐

Loại vắc xin tiêm chủng lần này:

- Chống chỉ định tiêm chủng (Khi **CÓ** điểm bất thường tại mục 1,9) ☐- Tạm hoãn tiêm chủng (Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 2,3,4,5,6,7,8) ☐

.....giờ phút, ngày.....tháng.....năm.....

Người thực hiện sàng lọc

(ký, ghi rõ họ và tên)

48. QUY TRÌNH KHÁM THAI (13.41)**Lịch khám thai**

1. Ba tháng đầu (tính từ ngày đầu kinh cuối đến 13 tuần 6 ngày).
 - Khám lần đầu: sau trễ kinh 2-3 tuần.
 - Khám lần 2: lúc thai 11-13 tuần 6 ngày để đo độ mờ da gáy.
2. Ba tháng giữa (tính từ tuần 14 đến 28 tuần 6 ngày): 1 tháng khám 1 lần.
3. Ba tháng cuối: (tính từ tuần 29 đến tuần 40) tái khám
 - Tuần 29-32: khám 1 lần.
 - Tuần 33-35: 2 tuần khám 1 lần.
 - Tuần 36-41: 1 tuần khám 1 lần.

Chú ý

4. Lịch khám thai sẽ thay đổi khi có dấu hiệu bất thường (đau bụng, ra nước, ra huyết...).
5. Hướng dẫn thai phụ về dinh dưỡng, vệ sinh, sinh hoạt, tái khám và chích ngừa uốn ván rốn.
6. Bổ sung sắt, canxi và các vi chất khác.
 - Cung cấp sắt và acid folic suốt thai kỳ.
 - Sắt 30-60 mg/ngày uống lúc bụng đói.
 - Acid folic 400-1000 mcg/ngày.
 - Cung cấp Canxi 1000 mg-1500 mg/ngày

I. KHÁM THAI TRONG 3 THÁNG ĐẦU (TỪ KHI CÓ THAI ĐẾN 13 TUẦN 6 NGÀY)**1.1. Mục đích**

- Xác định có thai – tình trạng thai.
 - Xác định tuổi thai – tính ngày dự sinh: Tính ngày dự sinh theo kinh chót và siêu âm 3 tháng đầu:
 - Chênh lệch < 5 ngày: tính dự sinh theo kinh chót.
 - Chênh lệch ≥ 5 ngày: tính dự sinh theo siêu âm (tuổi thai 7-8 tuần)
- Tính tuổi thai theo siêu âm theo Khuyến cáo của Hiệp hội sản phụ khoa Canada (SOGC), 333333332014:
- + Chiều dài đầu mông (CRL) ở quý 1: có giá trị nhất trong việc xác định tuổi thai và nên thực hiện bất cứ lúc nào khi quan sát được phôi/thai trong quý 1. (I-A)
 - + Nếu sản phụ siêu âm nhiều lần trong quý 1: chọn kết quả siêu âm tối thiểu gần với thời điểm 7 tuần nhất (CRL = 10mm) để tính tuổi thai. (III-B)
 - + Thai 12-14 tuần, CRL và BPD có độ chính xác tương đương nhau trong việc xác định tuổi thai, nên sử dụng CRL lớn nhất là 84mm, nếu CRL > 84 mm nên sử dụng BPD. (II-1A)
 - + Nếu sử dụng siêu âm quý 2 hoặc quý 3 có thể xác định tuổi thai: cần tổng hợp các thông số sinh học (BPD, HC, AC và FL) để xác định tuổi thai. (II-1A)
 - Đánh giá sức khỏe của mẹ: bệnh lý nội, ngoại khoa và thai nghén.

1.2. Các việc phải làm

- Hỏi bệnh
 - Tiền sử bản thân
 - + Sản – phụ khoa, PARA.
 - + Nội – ngoại khoa.
 - Tiền sử gia đình.

- Về lần mang thai này

- Khám tổng quát: cân nặng – mạch, huyết áp – tim phổi.
- Khám sản phụ khoa: khám âm đạo, đặt mỏ vịt khám âm đạo lần khám đầu tiên, đo bề cao tử cung...
- Tầm soát một số bệnh lý: cho thai (lệch bội nhiễm sắc thể...) và cho mẹ (thiếu máu tán huyết di truyền, tiền sản giật,...).
- Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu (khi xác định có tim thai qua siêu âm).

- Huyết đồ, HbsAg, HIV, đường huyết khi đói.

- Nhóm máu, Rhesus.

- Rubella: IgM, IgG; với trường hợp tiền sử sảy thai liên tiếp thử thêm: CMV, Toxoplasma.

- Nước tiểu: 10 thông số.

- Siêu âm (lần 1): bắt buộc, để xác định

- Vị trí thai: thai trong hoặc thai ngoài tử cung.

- Tuổi thai.

- Dấu sinh tồn của thai: có tim thai chưa?

- Tình trạng thai: thai trứng, đa thai, dọa sảy, thai lưu...

- Siêu âm đo độ mờ gáy (thai 11 tuần đến 13 tuần 6 ngày), siêu âm Doppler màu đo chỉ số xung (PI) động mạch tử cung.

- Xét nghiệm Combined test (sau khi đo độ mờ gáy) và xét nghiệm máu PlGF.

Tiêm VAT: 2 lần cách nhau 1 tháng

Lịch tiêm VAT/thai phụ

- ☐ VAT 1: càng sớm càng tốt.
- ☐ VAT 2: cách VAT 1 tối thiểu 1 tháng (≥ 30 ngày) và trước sinh 1 tháng.
- ☐ VAT 3: ở thai kỳ sau, cách VAT 2 tối thiểu 6 tháng (≥ 180 ngày)
- ☐ VAT 4: ở thai kỳ sau, cách VAT 3 tối thiểu 1 năm.
- ☐ VAT 5: ở thai kỳ sau, cách VAT 4 tối thiểu 1 năm.
- ☐ Tiêm phòng VAT 2 mũi cho những thai phụ chưa tiêm ngừa lần nào hoặc từ bé có tiêm chủng bạch hầu, ho gà, uốn ván.
- ☐ Với những phụ nữ đã tiêm đủ 5 mũi VAT, nếu mũi tiêm cuối cùng > 10 năm, thì cần nhắc lại 1 mũi.

II. KHÁM THAI TRONG 3 THÁNG GIỮA (TỪ 14 ĐẾN 28 TUẦN 6 NGÀY)

2.1. Các việc cần làm

- ☐ Theo dõi sự phát triển của thai: đo bề cao tử cung, nghe tim thai.
- ☐ Phát hiện những bất thường của thai kỳ: đa ối, đa thai, nhau tiền đạo, tiền sản giật...
- ☐ Khám, hội chẩn tiền sản cho những thai phụ có kết quả xét nghiệm sàng lọc thuộc nhóm nguy cơ cao hoặc siêu âm thai có phát hiện bất thường.
- ☐ Phát hiện bất thường của mẹ
- Hở eo tử cung: dựa vào tiền căn, lâm sàng và siêu âm.
- Tiền sản giật: HA cao, Protein niệu.
- Dọa sảy thai to hoặc dọa sinh non.
- ☐ Hướng dẫn về dinh dưỡng, vệ sinh, sinh hoạt, tái khám và chích ngừa uốn ván rốn.
- ☐ Hướng dẫn các sản phụ tham dự lớp “Chăm sóc sức khỏe bà mẹ”.

2.2. Cận lâm sàng

- ☐ Nghiệm pháp dung nạp đường ở tuổi thai từ 24-28 tuần tầm soát đái tháo đường thai kỳ.
- ☐ Triple test: thực hiện ở tuổi thai 14-21 tuần, đối với những trường hợp chưa thực hiện sàng lọc lệch bội trong 3 tháng đầu thai kỳ.
- ☐ Tổng phân tích nước tiểu (mỗi lần khám).
- ☐ Siêu âm: Siêu âm hình thái học (hoặc 3D, 4D) tối thiểu 1 lần ở tuổi thai 20-25 tuần khảo sát hình thái thai nhi, tuổi thai, sự phát triển thai, nhau, ối.
- ☐ Siêu âm hình thái học hoặc siêu âm màu theo dõi thai dị tật bẩm sinh (không có chỉ định chấm dứt thai kỳ) mỗi 2-4 tuần.
- ☐ Siêu âm màu theo dõi song thai một bánh nhau, thai dị tật bẩm sinh (không có chỉ định chấm dứt thai kỳ) có nguy cơ gây chậm tăng trưởng thai (thoát vị rốn, hẹp tá tràng, hẹp thực quản, dị tật tim,...)

III. KHÁM THAI TRONG 3 THÁNG CUỐI (TỪ 29 ĐẾN 40 TUẦN)

3.1. Các việc cần làm

1. Ngoài những phần khám tương tự 3 tháng giữa thai kỳ, từ tuần 36 trở đi cần xác định thêm

- ☐ Ngôi thai.
- ☐ Ước lượng cân thai.
- ☐ Khung chậu.
- ☐ Tiên lượng sinh thường hay sinh khó.

2. Hướng dẫn sản phụ

- ☐ Đếm cử động thai.

Lưu ý các triệu chứng bất thường

- ☐ Ra huyết âm đạo.
- ☐ Ra nước ối.
- ☐ Đau bụng từng cơn.
- ☐ Phù, nhức đầu, chóng mặt.
- ☐ Chuẩn bị đồ đạc cho mẹ và trẻ sơ sinh khi đi sinh.

3. Tư vấn thai phụ phù hợp với tình trạng thai.

4. Phân loại thai kỳ nguy cơ cao.

3.2. Cận lâm sàng

1. Tổng phân tích nước tiểu (mỗi lần khám).

2. Siêu âm

- ☐ Siêu âm tối thiểu 1 lần lúc thai 32 tuần để xác định ngôi thai, lượng ối, vị trí nhau, đánh giá sự phát triển thai nhi. Có thể lặp lại mỗi 4 tuần.

- ☐ Siêu âm màu (thai ≥ 28 tuần) khi:

- Nghi ngờ thai chậm tăng trưởng trong tử cung (mẹ tăng cân chậm, BCTC không tăng, các số đo sinh học thai nhi không tăng sau 2 tuần)

- Tăng huyết áp thai kỳ

- Song thai một bánh nhau

- Đái tháo đường thai kỳ

- Bất thường hình thái thai có nguy cơ gây chậm tăng trưởng thai.

- Mạch máu tiền đạo, dây rốn bám rìa.

Lặp lại sau mỗi 2 tuần hoặc khi có chỉ định.

3. Non – stress test: thực hiện khi có chỉ định.

4. Xét nghiệm tầm soát liên cầu khuẩn nhóm B (GBS – Group B streptococcus): đối với thai từ 35-37 tuần.

họng,...), cần nhắc chụp MRI trong nhau tiền đạo có cài răng lược.

Một số lưu ý chung

1. Sau mỗi lần khám đều phải có chẩn đoán rõ ràng

2. Có thể siêu âm nhiều lần hơn nếu cần

3. Những XN chuyên biệt được chỉ định theo y lệnh bác sĩ: bệnh tim, bệnh thận, tuyến giáp...

4. Khâu vòng cổ tử cung dự phòng: từ 12-14 tuần.

5. Thời điểm nhập viện trong trường hợp thai quá ngày dự sinh:

☐ Nếu sức khỏe mẹ và thai ổn định: nhập viện khi thai ≥ 41 tuần

☐ Thai từ 40 tuần 1 ngày $\rightarrow$ 40 tuần 6 ngày: khám ngoại trú.

- Tái khám và NST mỗi 3 ngày.

- Hướng dẫn sản phụ các dấu hiệu cần nhập viện ngay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị Sản phụ khoa Bệnh viện Từ Dũ 2019.

QT. 49 PHẪU THUẬT NỘI SOI THAI NGOÀI TỬ CUNG VỠ (13.88)

1. ĐẠI CƯƠNG	Chửa ngoài tử cung là hiện tượng trứng đã thụ tinh làm tổ ở ngoài buồng tử cung. Các vị trí của chửa ngoài tử cung: vòi tử cung (chiếm 95 – 98%), buồng trứng, ống cổ tử cung, ổ bụng. Phẫu thuật nội soi chửa ngoài tử cung là một phương pháp dùng để chẩn đoán sớm và điều trị có hiệu quả các trường hợp chửa ngoài tử cung chưa vỡ hoặc chửa ngoài tử cung vỡ với lượng máu trong ổ bụng chưa nhiều, chưa ảnh hưởng đến toàn trạng của người bệnh																											
2. CHỈ ĐỊNH	- Chửa ngoài tử cung với huyết động ổn định. - Chẩn đoán các trường hợp nghi ngờ chửa ngoài tử cung - Các yếu tố nguy cơ của Bruhat: <table><tr><th>STT</th><th>Yếu tố nguy cơ</th><th>Số điểm</th></tr><tr><td>1</td><td>Tiền sử chửa ngoài tử cung</td><td>2</td></tr><tr><td>2</td><td>Sau đó mỗi lần chửa ngoài tử cung thêm</td><td>1</td></tr><tr><td>3</td><td>Tiền sử gõ dính qua nội soi</td><td>1</td></tr><tr><td>4</td><td>Tiền sử mổ vì phẫu vòi tử cung</td><td>2</td></tr><tr><td>5</td><td>Chỉ có 1 vòi tử cung</td><td>2</td></tr><tr><td>6</td><td>Tiền sử viêm vòi tử cung</td><td>1</td></tr><tr><td>7</td><td>Có dính cùng bên</td><td>1</td></tr><tr><td>8</td><td>Có dính bên đối diện</td><td>1</td></tr></table> - Căn cứ vào tổng số điểm để có phương pháp điều trị: ☐ Từ 0-3 điểm: Nội soi bảo tồn vòi tử cung, nếu người bệnh còn nhu cầu sinh đẻ ☐ 4 điểm : Nội soi cắt vòi tử cung ☐ ≥ 5 điểm : Nội soi cắt vòi tử cung và triệt sản bên đối diện.	STT	Yếu tố nguy cơ	Số điểm	1	Tiền sử chửa ngoài tử cung	2	2	Sau đó mỗi lần chửa ngoài tử cung thêm	1	3	Tiền sử gõ dính qua nội soi	1	4	Tiền sử mổ vì phẫu vòi tử cung	2	5	Chỉ có 1 vòi tử cung	2	6	Tiền sử viêm vòi tử cung	1	7	Có dính cùng bên	1	8	Có dính bên đối diện	1
STT	Yếu tố nguy cơ	Số điểm																										
1	Tiền sử chửa ngoài tử cung	2																										
2	Sau đó mỗi lần chửa ngoài tử cung thêm	1																										
3	Tiền sử gõ dính qua nội soi	1																										
4	Tiền sử mổ vì phẫu vòi tử cung	2																										
5	Chỉ có 1 vòi tử cung	2																										
6	Tiền sử viêm vòi tử cung	1																										
7	Có dính cùng bên	1																										
8	Có dính bên đối diện	1																										
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Các trường hợp có chống chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng - Chửa ngoài tử cung vỡ gây trụ mạch. - Không bảo tồn vòi tử cung trong trường hợp huyết tụ thành nang hoặc đã có hoạt động tim thai.																											
4. THẬN TRỌNG																												
5. CHUẨN BỊ																												
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi 2-3 người, hoặc bác sỹ ngoại khoa được đào tạo phẫu thuật nội soi - Bác sĩ gây mê hồi sức, phụ mê, dụng cụ viên - Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn. b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý giúp việc																											
5.2. Thuốc	- Thuốc gây mê toàn thân, các thuốc hồi sức, dịch truyền thay thế máu và máu nếu có...																											
5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luân, bơm kim tiêm 5-10ml																											
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Dụng cụ đặt nội khí quản và máy thở. - Dẫn máy, hệ thống khí CO2, màn hình TV - Bộ dụng cụ nội soi																											
5.5 Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Người bệnh và gia đình: được giải thích lý do phải phẫu thuật và ký giấy cam đoan phẫu thuật - Khám toàn thân và khám chuyên khoa để đánh giá toàn trạng bệnh nhân có chỉ định mổ nội soi không - Tư vấn cho người bệnh về lý do phẫu thuật, các nguy cơ của phẫu thuật, tương lai sinh sản sau này, các biện pháp tránh thai có thể được áp dụng và nguy cơ chửa ngoài tử cung tái phát																											

	- Người bệnh, người nhà ký cam đoan phẫu thuật - Thụt tháo - Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông đái, sát khuẩn thành bụng vùng mổ - Gây mê nội khí quản
5.6. Hồ sơ BA	Hồ sơ phẫu thuật theo quy định.
5.7. Thời gian	45’-02h
5.8. Địa điểm	- Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa đầu thấp
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật ➤ Bước 1: Chọc trocra và Bơm CO₂ - Rạch da trên dưới rốn 5 hoặc 10 mm (phù hợp với đèn soi) - Nâng thành bụng lên cao để chọc kim (hoặc chọc ngay trocar 5 hoặc trocar 10 nếu phẫu thuật viên có kinh nghiệm), dùng nước nhỏ vào đốc kim kiểm tra xem đầu kim đã nằm trong ổ bụng chưa. - Bơm CO₂ vào ổ bụng, tốc độ khí vào thường được đặt là 3- 4 lít/ phút. Cảm ứng tắt tự động nếu áp lực bơm trên 15-20 mm Hg - Đưa đèn soi. Kiểm tra xem trocar đã nằm trong ổ bụng chưa. - Chọc 2 hoặc 3 trocar 5 ở hai bên hố chậu, gần mào chậu, hoặc trên xương vệ, chú ý tránh chọc vào mạch máu ➤ Bước 2: Đánh giá ổ bụng và tiểu khung - Hút hết máu, rửa ổ bụng, đánh giá toàn bộ ổ bụng và tiểu khung đặc biệt là vị trí, tình trạng khối chứa và vòi tử cung bên đối diện. ➤ Bước 3: Phẫu thuật: tùy thuộc tổn thương - Cắt vòi tử cung triệt để + Cắt vòi tử cung từ eo đến loa hoặc ngược lại + Kẹp vòi tử cung chỗ tiếp giáp giữa eo và bóng để bộc lộ đoạn eo + Đưa dao điện 2 cực vào trocar bên đối diện với khối chứa, cầm máu từ eo vòi tử cung, vừa cầm máu vừa cắt bằng kéo hoặc dao điện 1 cực dọc theo bờ mạc treo vòi tử cung về phía loa, cần chú ý nhánh nối giữa động mạch buồng trứng và động mạch tử cung. + Lấy bệnh phẩm: phần vòi tử cung cắt bỏ được cho vào túi nội soi sau đó lấy ra ngoài qua thành bụng, có thể lấy từng phần qua trocar to nhưng không nên vì dễ phòng sót nguyên bào nuôi trong ổ bụng sẽ dẫn đến biến chứng nguyên bào nuôi tồn tại sau mổ. + Rửa ổ bụng và kiểm tra lần cuối - Bảo tồn VTC + Mở VTC - Rạch bờ tự do của VTC khoảng 1 – 2 cm ở chỗ phồng nhất bằng dao điện 1 cực, có thể rạch rộng hơn để có thể lấy hết khối chứa một cách dễ dàng + Lấy khối thai ra khỏi VTC - Đưa ống hút qua vết rạch vào lòng VTC để hút máu cục và nguyên bào nuôi. Đưa đèn soi lại gần để xác định đã lấy hết nguyên bào nuôi chưa và có chảy máu không? + Kiểm tra tình trạng chảy máu và cầm máu - Thông thường máu hay chảy ở mép vết rạch VTC hay ở vị trí rau bám. Nếu có chảy máu thì dùng dao điện 2 cực cầm máu nhẹ nhàng tránh làm tổn thương vùng xung quanh, có thể ngâm toàn bộ VTC trong nước ấm cũng có tác dụng cầm máu và tránh làm khô VTC + Lấy bệnh phẩm

	Tổ chức rau thai sau đó được cho vào túi nội soi và lấy ra ngoài ổ bụng. Cần chú ý lấy hết tổ chức vì nếu để sót có thể dẫn đến hậu quả nguyên bào nuôi tiếp tục làm tổ và phát triển trong ổ phúc mạc + Kết thúc cuộc mổ ✓ Kiểm tra lại VTC ✓ Rửa vùng tiểu khung ✓ Đánh giá lại VTC đôi diện cũng như toàn bộ tiểu khung ✓ Không cần thiết đặt dẫn lưu + Một số kỹ thuật kết hợp ✓ Gỡ dính ✓ Tạo hình loa vòi ✓ Mở thông VTC ✓ Lộn loa vòi ✓ Cắt VTC Bước 4: Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. Tai biến của phẫu thuật nội soi nói chung - Tổn thương đường tiêu hoá - Tổn thương hệ tiết niệu - Tổn thương vòi tử cung - Bỏng do điện - Chảy máu trong mổ 2. Tai biến của nội soi điều trị chữa ngoài tử cung - Ngoài các tai biến, biến chứng chung của soi ổ bụng can thiệp, soi ổ bụng điều trị chữa ngoài tử cung có một số tai biến đặc trưng như: - Điều trị bảo tồn VTC + Chảy máu: chủ yếu là chảy máu ở diện rau bám trong mổ và sau mổ dẫn tới phải cắt vòi tử cung + Chấn thương vòi tử cung: thường do phẫu thuật viên thiếu kinh nghiệm + Nguyên bào nuôi tồn tại - Điều trị triệt để cắt VTC + Chảy máu: trong lúc gỡ dính, cầm máu không tốt, tổn thương mạc treo vòi tử cung, các nhánh nối giữa động mạch buồng trứng và động mạch tử cung + Chấn thương các cơ quan khác: do khối chứa dính với ruột, thành chậu hông + Tổn thương ruột: do dính nhiều và chảy máu nhiều + Tồn tại nguyên bào nuôi: do lấy bệnh phẩm không hết để các nguyên bào nuôi rơi vào trong bụng và tiếp tục phát triển
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24 tháng 4 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế

50. QUY TRÌNH KỸ THUẬT HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG BẰNG MÁY PLASMA MED

1. ĐẠI CƯƠNG	PlasmaMed là máy phát tia plasma lạnh. Tia plasma lạnh gồm nhiều thành phần hoạt chất chứa oxi, hoạt chất chứa nitơ, ion, electron, bức xạ UV,... có tác dụng phá vỡ hoặc xâm nhập qua màng tế bào, tiêu diệt hoặc ức chế hoạt động của vi khuẩn, vi rút và nấm Mặt khác, plasma lạnh xúc tác cho phản ứng của N₂ với O₂ có trong không khí NO₂- và NO₃-trong dịch cơ thể thành NO, đóng vai trò quan trọng trong quá trình liền thương của cơ thể: NO kích thích sự phát triển của các tế bào sừng và nguyên bào sợi, kích thích tái tạo biểu mô và sự hình thành tân mạch giúp liền thương nhanh. Plasma lạnh tác động lên cơ thể không có tính đâm xuyên mà chỉ giới hạn trên vài micro mét (1.10-6met) bề mặt nên không gây tổn hại tế bào. Tia Plasma khi được phát ra có màu sáng tím. Khi cự ly chiếu (là khoảng cách từ đầu phát (đầu bút) tia Plasma đến bề mặt vết thương) 0,5cm (có tác dụng diệt khuẩn đường kính khoảng 1cm) được gọi là chế độ diệt khuẩn; Khi cự ly chiếu 1 cm (tạo được vùng tác động đường kính khoảng 1cm), được gọi là chế độ liền thương Vì vậy, tia Plasma lạnh hỗ trợ điều trị vết thương vì có tác dụng: - Diệt vi khuẩn hoặc ức chế vi khuẩn bao gồm cả một số vi khuẩn kháng thuốc, vi rút và nấm; - Kích thích tăng sinh tế bào, tái sinh mô, hình thành tân mạch trong quá trình liền thương.
2. CHỈ ĐỊNH	Người bệnh có chỉ định thay băng, gồm: - Vết thương lâu lành; - Vết thương nhiễm trùng; - Vết thương hoại tử; - Vết loét do tì đè (vùng gan bàn chân, vùng gót chân, vùng cùi chỏ, vùng bả vai, vùng chằm); - Vết thương mới có nguy cơ nhiễm trùng, lâu lành như: vết thương đung dập nhiều, mất da rải rác, vết thương bỏng, vết thương phù nề, vết thương/người bệnh đái tháo đường, suy kiệt cơ thể... - Vết thương do bỏng.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Người bệnh đang sử dụng máy tạo nhịp tim hoặc máy khử rung tim, - Người bệnh có chống chỉ định thay băng thông thường (đang có dấu hiệu suy hô hấp hoặc trụy tim mạch, sốc...), - Vết thương vùng mắt.
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - 01 Bác sỹ, - 01 Điều dưỡng. b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có):
5.2. Thuốc	- Dung dịch natriclorid 0,9%, dung dịch adrenalin 1/200.000,
5.3. Vật tư	- Băng, băng, gạc vô khuẩn; băng cuộn, băng dính, - Găng tay phẫu thuật, găng tay sạch,
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Máy PlasmaMed, - Bộ dụng cụ thay băng: kéo cong, panh, phẫu tích có máu, không máu, - Dụng cụ đựng chất thải y tế (thay băng, rửa vết thương).
5.5 Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...: người bệnh yên tâm, phối hợp điều trị
5.6. Hồ sơ BA	Theo quy định

5.7. Thời gian	Từ 3-10 phút tùy người bệnh.
5.8. Địa điểm	Tại buồng phẫu thuật, thủ thuật, buồng thay băng hoặc tại buồng bệnh sạch
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... c) Đặt tư thế người bệnh: tư thế phụ khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: y lệnh thay băng, chiếu plasma trong tờ điều trị và ghi thực hiện y lệnh trong phiếu chăm sóc. - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật Bước 1: Tư thế người bệnh và thầy thuốc: - Người bệnh nằm hoặc ngồi để có tư thế thuận lợi cho việc thay băng và làm thủ thuật. - Bác sỹ lựa chọn tư thế thuận lợi để làm thủ thuật, máy PlasmaMed cùng bên bác sỹ. Bước 2: Bộc lộ vết thương: thực hiện như kỹ thuật thay băng thông thường Bước 3: Làm sạch vết thương - Dùng gạc mềm vô khuẩn thấm dung dịch natriclorid 0,9% để rửa vết thương, - Lấy bỏ giả mạc, dị vật, cắt lọc hoại tử (nếu có), - Dùng gạc vô khuẩn thấm khô vết thương, - Nếu vết thương sâu, bị che phủ: phải bộc lộ vết thương vùng định chiếu tia plasma. Bước 4: Chiếu tia plasma: - Bật công tắc nguồn, - Chọn chế độ điều trị tự động hoặc bán tự động của máy PlasmaMed - Ấn Pedal để khởi động hoặc phát tia plasma, - Đưa đầu chiếu tia Plasma vào vùng vết thương theo nguyên tắc vùng sâu chiếu trước, vùng nông chiếu sau, chiếu từ trung tâm vết thương ra ngoài. (Thời gian chiếu và cách di chuyển đầu chiếu: ít nhất 10 giây trên điểm tổn thương: dịch chuyển chậm (5mm/s) đầu chiếu tia Plasma trên vết thương theo hình xoáy tròn ốc hoặc theo hình chữ chữ chi, hoặc đường thẳng tùy theo hình thể vết thương. Tần suất chiếu: 1 lần/ngày). Bước 5: Băng vết thương và đưa người bệnh về giường. Tùy theo tính chất từng vết thương mà sau khi chiếu tia plasma băng kín hay để hở. Nếu băng kín thì không băng quá chặt ảnh hưởng đến sự lưu thông tuần hoàn. Bước 6: Thu dọn, vệ sinh dụng cụ, rửa tay. * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. Toàn thân: Theo dõi tình trạng toàn thân: hô hấp, mạch, huyết áp, nhiệt độ. 2. Tại chỗ: - Chảy máu trong khi làm sạch vết thương: đắp gạc thấm dung dịch natriclorid 0,9% hoặc thấm dung dịch adrenalin 1/200.000 trên vùng chảy máu. - Rát, đau, ngứa (hiếm gặp): giảm thời gian chiếu tia và giảm tần suất chiếu tia plasma (2 ngày/lần)/.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản Phụ Sản Quyết định số 898/QĐ-BYT ngày 15/3/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn quy trình kỹ thuật hỗ trợ điều trị vết thương bằng máy plasmamed

MỒ BỐC NHÂN XƠ VÚ 03.2736.0591

1. ĐẠI CƯƠNG	Tỷ lệ các tổn thương vú lành tính có thể gặp ở khoảng 50% phụ nữ trong đó nhiều nhất là nang xơ vú và u xơ vú.
2. CHỈ ĐỊNH	- U xơ tuyến vú - Các nang xơ lành tính hoặc nguy cơ thoái triển xấu dẫn đến ung thư. - Người bệnh có nguyện vọng được bóc bỏ. - Tổn thương nghi ngờ khi làm sinh thiết
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Tổn thương nghi bất thường nhiều hơn (ví dụ ung thư). - Người bệnh chưa có con (tương đối), có thể đẻ theo dõi, điều trị nội khoa
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ sản phụ khoa 1-2 người - Bác sĩ gây mê, phụ mê, dụng cụ b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc mê đường tĩnh mạch, mê khí... - Thuốc tiền mê, giảm đau, gây tê tại chỗ - Cồn 70* hoặc dung dịch sát trùng như Betadin...
5.3. Vật tư	- Dây truyền, kim luân - Bơm tiêm 5ml, 10ml...
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ để phẫu thuật - Các khăn trải phẫu thuật vô khuẩn - Bàn phẫu thuật thông thường
5.5. Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Ký cam đoan phẫu thuật
5.6. Hồ sơ BA	Bệnh án phẫu thuật, đủ các xét nghiệm thăm dò, hội chẩn mổ, cam đoan phẫu thuật
5.7. Thời gian	20 phút -01h
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Người bệnh cởi bỏ áo, tư thế nằm ngửa duỗi thẳng
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật * Thì 1. - Sát trùng rộng vùng phẫu thuật từ trong ra ngoài - Dùng khăn vô trùng để bao bọc xung quanh phẫu trường * Thì 2. - Xác định vị trí khối u cần cắt bỏ, nếu nhỏ có thể dùng kim để xác định mốc tốt nhất là làm dưới gây mê, nếu không có điều kiện thì gây tê tại chỗ. - Sau khi rạch qua da và tổ chức dưới da dùng kéo bóc tách để đi thẳng vào khối u tránh làm nát các tổ chức xung quanh gây chảy máu. - Lấy bỏ khối u qua vết rạch sau khi đã bóc tách và cầm máu kỹ các tổ chức xung quanh khối u bằng chỉ tiêu. Nếu khối u ở sâu thì sau đó cần khâu ép lại tổ chức đã rạch sau khi đã kiểm tra kỹ không thấy chảy máu * Thì 3. - Khâu phục hồi lại da bằng chỉ lin hoặc khâu luân dưới da bằng chỉ tiêu Vicryl 2.0-3.0. Băng lại vết mổ có thể băng ép bằng băng chun quanh ngực nếu nghi ngờ diện bóc tách còn có thể chảy máu, sẽ tháo bỏ sau 12-24 giờ. - Sau khi bóc xong tổ chức bóc bỏ phải được gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh. Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

	- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	a)THEO DÕI 1. Người bệnh: Được dùng thuốc giảm đau thêm và thuốc kháng sinh và thuốc chống phù nề. 2. Theo dõi chảy máu: Tại vết mổ hoặc có thể gây tụ máu dưới da làm bầm tím cả một vùng vú, trong ca này thì tùy theo mức độ chảy máu mà có thể phải mở vết mổ để cầm máu lại hoặc dùng băng chun băng ép chặt để cầm máu. 3. Người bệnh: Có thể ăn uống trở lại bình thường sau phẫu thuật và xuất viện sau phẫu thuật 5-7 ngày b)TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ 1. Chảy máu; Vì tổ chức vú là tổ chức mỡ lỏng lẻo dễ chảy máu nên trong quá trình phẫu thuật phải vừa bóc tách vừa cầm máu và nên khâu ép hết đáy diện bóc tách. 2. Tụ máu: Cắt chỉ, khâu cầm máu, dùng tiếp kháng sinh. 3. Nhiễm trùng vết mổ Nếu có thường xảy ra vào ngày thứ 4 hoặc thứ 5 sau phẫu thuật với triệu chứng sưng đau đỏ tấy vùng vết mổ. Trong trường hợp này phải dùng thêm kháng sinh và tách vết mổ để mủ chảy ra ngoài rửa vết mổ bằng Betadin hàng ngày
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

MỔ BÓC NHÂN XƠ VÚ 12.0268.0591

1. ĐẠI CƯƠNG	Tỷ lệ các tổn thương vú lành tính có thể gặp ở khoảng 50% phụ nữ trong đó nhiều nhất là nang xơ vú và u xơ vú.
2. CHỈ ĐỊNH	- U xơ tuyến vú - Các nang xơ lành tính hoặc nguy cơ thoái triển xấu dẫn đến ung thư. - Người bệnh có nguyện vọng được bóc bỏ. - Tổn thương nghi ngờ khi làm sinh thiết
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Tổn thương nghi bất thường nhiều hơn (ví dụ ung thư). - Người bệnh chưa có con (tương đối), có thể đẻ theo dõi, điều trị nội khoa
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ sản phụ khoa 1-2 người - Bác sĩ gây mê, phụ mê, dụng cụ b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc mê đường tĩnh mạch, mê khí... - Thuốc tiền mê, giảm đau, gây tê tại chỗ - Cồn 70* hoặc dung dịch sát trùng như Betadin...
5.3. Vật tư	- Dây truyền, kim luân - Bơm tiêm 5ml, 10ml...
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ để phẫu thuật - Các khăn trải phẫu thuật vô khuẩn - Bàn phẫu thuật thông thường
5.5 Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Ký cam đoan phẫu thuật
5.6. Hồ sơ BA	Bệnh án phẫu thuật, đủ các xét nghiệm thăm dò, hội chẩn mổ, cam đoan phẫu thuật
5.7 Thời gian	20 phút -01h
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Người bệnh cởi bỏ áo, tư thế nằm ngửa duỗi thẳng
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật * Thì 1. - Sát trùng rộng vùng phẫu thuật từ trong ra ngoài - Dùng khăn vô trùng để bao bọc xung quanh phẫu trường * Thì 2. - Xác định vị trí khối u cần cắt bỏ, nếu nhỏ có thể dùng kim để xác định mốc tốt nhất là làm dưới gây mê, nếu không có điều kiện thì gây tê tại chỗ. - Sau khi rạch qua da và tổ chức dưới da dùng kéo bóc tách để đi thẳng vào khối u tránh làm nát các tổ chức xung quanh gây chảy máu. - Lấy bỏ khối u qua vết rạch sau khi đã bóc tách và cầm máu kỹ các tổ chức xung quanh khối u bằng chỉ tiêu. Nếu khối u ở sâu thì sau đó cần khâu ép lại tổ chức đã rạch sau khi đã kiểm tra kỹ không thấy chảy máu * Thì 3. - Khâu phục hồi lại da bằng chỉ lín hoặc khâu luân dưới da bằng chỉ tiêu Vicryl 2.0-3.0. Băng lại vết mổ có thể băng ép bằng băng chun quanh ngực nếu nghi ngờ diện bóc tách còn có thể chảy máu, sẽ tháo bỏ sau 12-24 giờ. - Sau khi bóc xong tổ chức bóc bỏ phải được gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh. Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

	- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	a)THEO DÕI 1. Người bệnh: Được dùng thuốc giảm đau thêm và thuốc kháng sinh và thuốc chống phù nề. 2. Theo dõi chảy máu: Tại vết mổ hoặc có thể gây tụ máu dưới da làm bầm tím cả một vùng vú, trong ca này thì tùy theo mức độ chảy máu mà có thể phải mở vết mổ để cầm máu lại hoặc dùng băng chun băng ép chặt để cầm máu. 3. Người bệnh: Có thể ăn uống trở lại bình thường sau phẫu thuật và xuất viện sau phẫu thuật 5-7 ngày b)TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ 1. Chảy máu; Vì tổ chức vú là tổ chức mỡ lỏng lẻo dễ chảy máu nên trong quá trình phẫu thuật phải vừa bóc tách vừa cầm máu và nên khâu ép hết đáy diện bóc tách. 2. Tụ máu: Cắt chỉ, khâu cầm máu, dùng tiếp kháng sinh. 3. Nhiễm trùng vết mổ Nếu có thường xảy ra vào ngày thứ 4 hoặc thứ 5 sau phẫu thuật với triệu chứng sưng đau đỏ tấy vùng vết mổ. Trong trường hợp này phải dùng thêm kháng sinh và tách vết mổ để mủ chảy ra ngoài rửa vết mổ bằng Betadin hàng ngày
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

18A. Phẫu thuật mở bụng cắt u buồng trứng hoặc cắt phần phụ [gây tê]**13.0072.0683_GT**

1. ĐẠI CƯƠNG	Là phẫu thuật mở ổ bụng để cắt buồng trứng, cắt vòi trứng, hay cắt cả phần phụ trong trường hợp chảy máu, ứ mủ hay xoắn buồng trứng và vòi trứng.
2. CHỈ ĐỊNH	U nang buồng trứng hoặc phần phụ không có chỉ định mổ nội soi
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Người bệnh đang hành kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi - Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu, - Các bệnh nội khoa không có chịu đựng được phẫu thuật
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sỹ : 01 bác sỹ mổ chính, 01-02 bác sỹ phụ - Gây mê: 01 bác sỹ gây mê, 01 KTV phụ mê - Điều dưỡng: 01 dụng cụ viên b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý giúp việc
5.2. Thuốc	Thuốc gây tê, gây mê, giãn cơ...
5.3. Vật tư	- Dây truyền, kim luân - Bơm kim tiêm 5-10ml
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ trung phẫu hoặc đại phẫu phụ khoa - Kim chỉ tiêu: vicryl 1.0, 2.0, 3.0 - Săng gạc vô khuẩn
5.5 Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...: - Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ định. - Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra. - Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần - Vệ sinh tại chỗ, thực tháo, sát khuẩn vùng bụng - Gây mê nội khí quản
5.6. Hồ sơ bệnh án	Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị theo qui định
5.7. Thời gian	45’-02h
5.8. Địa điểm	- Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: tư thế nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật - Trải khăn vô khuẩn. - Mở bụng theo đường giữa dưới rốn hay đường ngang trên vệ vào ổ bụng. - Bọc mép vết mổ. 1. Cắt khối u buồng trứng - Thăm khám đánh giá tình trạng khối u buồng trứng xem mức độ di động và dính với các tạng xung quanh. - Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để khối u bị vỡ - Chèn gạc xung quanh, tách biệt với khối u - Nếu khối u nhỏ: dùng một (hoặc 2) kim có răng to, chắc khỏe cặp cuống khối u (dây chằng thắt lưng – buồng trứng), càng sát khối u càng tốt. - Dùng một (hoặc 2) kim có răng to, chắc khỏe cặp cuống khối u, cách kim trước 1 đến 1,5 cm - Dùng kéo cong cắt bỏ khối u - Khâu móm cắt.

	- Nếu khối u to, sau khi bóc lột kỹ, có thể dùng 2 hoặc 3 kim cặp lôi khối u lên, chọc một lỗ để hút bớt dịch trong khối u, sau đó dùng kim kẹp mép khối u vừa mở, rồi tiến hành cắt khối u như trên. - Trong trường hợp xác định khối u lành tính thì bóc tách khối u để lại phần buồng trứng lành: dùng dao rạch nhẹ trên phần khối u sát với phần buồng trứng lành; dùng kéo cong đầu tù kết hợp với đầu ngón tay để bóc tách phần u buồng trứng ra khỏi phần lành; sau đó cầm máu kỹ. - Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu chỉ chưa được buộc chặt, hoặc khâu chưa hết tổn thương thì phải khâu tăng cường để cầm máu. - Gửi bệnh phẩm xét nghiệm giải phẫu bệnh. - Kiểm tra buồng trứng bên đối diện. Nếu nghi ngờ khối u vừa cắt bị ung thư thì cắt miếng nhỏ buồng trứng đối diện để xét nghiệm mô bệnh học 2. Cắt phần phụ - Thăm khám đánh giá tình trạng phần phụ xem có bị dính với các tạng xung quanh. - Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để vỡ dịch (trong ca ứ mủ VTC) - Dùng một kim có răng to, chắc khỏe cặp dây chằng thất lưng – buồng trứng và dây chằng rộng sát với tử cung - Dùng một kim có răng to, chắc khỏe cặp cách kim trước 1 đến 1,5 cm - Dùng kéo cong cắt bỏ phần phụ - Khâu móm cắt bằng mũi thông thường hay mũi khâu số 8. Kiểm tra xem có còn rỉ máu không - Lau sạch ổ bụng - Đóng bụng theo các lớp, đóng da mũi rời hoặc trong da - Sát khuẩn lại và băng vết thương Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Tổn thương mạch máu, hệ tiết niệu, hệ tiêu hóa trong quá trình phẫu thuật. - Nhiễm trùng, chảy máu trong
TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản Phụ

34A. Phẫu thuật chữa ngoài tử cung không có choáng [gây tê]**13.0092.0683_GT**

1. ĐẠI CƯƠNG	- Chửa ngoài tử cung là hiện tượng trứng đã thụ tinh làm tổ ở ngoài buồng tử cung (ở vòi trứng, buồng trứng, ổ bụng,...). Khi thai phát triển to lên, vòi trứng, buồng trứng sẽ nứt vỡ gây chảy máu trong ổ bụng gọi là chửa ngoài tử cung vỡ, cần phải phẫu thuật cấp cứu. Các vị trí của chửa ngoài tử cung: vòi tử cung (chủ yếu), buồng trứng, ống cổ tử cung, ổ bụng. * NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ - Mô cấp cứu càng sớm càng tốt - Luôn kiểm soát tốt huyết động
2. CHỈ ĐỊNH	- Người bệnh được chẩn đoán thai ngoài tử cung vỡ - Việc tiếp cận nội soi quá khó khăn như dính nhiều vùng tiểu khung.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ chuyên khoa sản 2 người - Bác sĩ gây mê, KTV gây mê hồi sức - KTV dụng cụ - Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn b) Nhân lực hỗ trợ : Hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc tiền mê, gây mê, nội khí quản. - Dịch truyền thay thế máu - Máu cùng loại trong ca mất máu nhiều cần truyền máu cấp cứu.
5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luân, bơm kim tiêm 5-10ml
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tùy sống, hoặc gây mê toàn thân tùy từng tình trạng bệnh. - Bộ dụng cụ gây mê nội khí quản, bóng bóp - Bộ dụng cụ mổ phụ khoa đã tiệt trùng.
5.5. Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Được tư vấn về lý do phải mổ cấp cứu và nguy cơ có thể xảy ra, ký giấy cam đoan mổ. - Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông tiểu sát khuẩn thành bụng vùng mổ. - Gây mê nội khí quản để chủ động về hô hấp và tuần hoàn trong khi mổ
5.6. Hồ sơ BA	- Bệnh án phẫu thuật, đủ các xét nghiệm cần thiết.
5.7. Thời gian	30'-01h
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật - Rạch bụng đường giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ, qua các lớp da, cân, cơ, phúc mạc để vào ổ bụng. - Dùng 2 panh kẹp nhấc phúc mạc lên cao và mở phúc mạc - Đặt van vệ, bộc lộ phẫu trường, hút bớt máu trong ổ bụng, chèn gạc ổ bụng - Cho tay vào tìm đáy tử cung kẹp kéo lên cao kiểm tra 2 bên vòi tử cung, buồng trứng tìm chỗ vòi trứng tổn thương kẹp lại cầm máu. - Nếu vòi tử cung bị vỡ, máu chảy nhiều nên cắt bỏ vòi tử cung cầm máu, dùng kim có máu kẹp sát với tử cung, nơi mạc treo vòi ít mạch máu, dùng kéo

	cắt khối chứa tới sát tai vòi tử cung. - Nếu tổn thương ở vòi tử cung có thể bảo tồn thì lấy khối thai, khâu phục hồi vòi trứng khi người bệnh trẻ, chưa đủ con, khâu cuống mạch bên vòi tử cung bị cắt bằng chỉ tự tiêu và buộc chặt cầm máu. - Nếu chứa ở đoạn kẽ, góc sừng tử cung thì có thể cắt góc tử cung, hoặc khâu góc tử cung, lấy khối chứa và khâu phục hồi, trường hợp không cầm máu, bệnh nhân đủ con có thể cắt tử cung bán phần - Nếu chứa ngoài tử cung ở buồng trứng thì cắt vùng buồng trứng tổn thương, khâu cầm máu bằng chỉ tự tiêu mũi vát cầm máu. - Chứa trong ổ bụng, quai ruột... lấy khối chứa, khâu cầm máu, phục hồi tổn thương - Cho nằm đầu cao, lau sạch ổ bụng, kiểm tra lại tiểu khung, 2 vòi tử cung, buồng trứng, cùng đồ và các tạng lân cận. - Không đặt dẫn lưu - Đóng thành bụng theo lớp giải phẫu.. - Truyền máu hoặc dịch thay máu và máu tươi nếu cần * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Chảy máu sau phẫu thuật: trong 6 giờ đầu phải theo dõi mạch, huyết áp và toàn trạng tại phòng hồi tỉnh. Nếu mạch nhanh, huyết áp giảm, bụng gõ đục, siêu âm có nhiều dịch tự do, phải nghĩ đến chảy máu trong, có thể do tuột chỉ khâu diện cắt vòi tử cung. Cần phải phẫu thuật lại ngay để cầm máu. - Nhiễm khuẩn: trong khi phẫu thuật phải lau sạch lấy hết máu đọng và máu cục trong ổ bụng để tránh nhiễm khuẩn. Tuy nhiên tránh lau kỹ quá gây dính ổ bụng vì thanh, mạc bị tổn thương. Phải cho kháng sinh toàn thân liều điều trị để dự phòng nhiễm khuẩn
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

25A. Phẫu thuật lấy thai lần đầu [gây tê] 13.0007.0671_GT

1. ĐẠI CƯƠNG	Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung
2. CHỈ ĐỊNH	1) Do nguyên nhân từ thai. - Các chỉ định do ngôi thai bất thường. - Thai to - Thai suy - Bệnh lý của thai có chống chỉ định đẻ đường âm đạo: 2) Do nguyên nhân phần phụ của thai. 3) Do nguyên nhân đường sinh dục. 4) Do bệnh lý của mẹ 5) Những chỉ định khác
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	Trường hợp bệnh cấp tính kèm theo, bệnh nội khoa nặng, tiền sử bệnh nội khoa, những lần mang thai trước
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ sản phụ khoa 2-3 người - Kíp gây mê hồi sức: 1 bác sĩ, 01 KTV gây mê, 01 KTV dụng cụ - Nữ hộ sinh đón bé, chăm sóc sơ sinh b) Nhân lực hỗ trợ : Hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc gây tê, gây mê... - Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tùy sống, gây mê toàn thân. - Các thuốc để hồi sức và các thuốc dùng trong sản khoa.
5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luồn, bơm kim tiêm 5-10ml - Bóng bóp sơ sinh
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ mổ lấy thai đã tiệt trùng - Kim chỉ tiêu - Phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh
5.5 Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật. - Thông đái, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.
5.6. Hồ sơ BA	- Bệnh án sản khoa theo quy định, có khám lâm sàng và xét nghiệm, siêu âm, điện tim, giấy tờ liên quan đầy đủ
5.7. Thời gian	- Thời gian thực hiện phẫu thuật 30’- 1h, trong trường hợp xảy ra cấp cứu, chảy máu, băng huyết... thời gian phẫu thuật có thể kéo dài thêm 1-2h tùy tình hình
5.8. Địa điểm	- Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	-Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật * Thi 1. Mở bụng: - Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu. - Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ. * Thi 2. Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung. * Thi 3. Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối: - Mổ đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mổ tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới.

	- Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm . * Thì 4. Lấy thai và rau: - Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại. - Dùng miếng gạc mỏng lau nhót miệng trẻ. - Kẹp và cắt dây rốn. - Tiêm tĩnh mạch chậm(quả dây truyền) 10 đơn vị oxytocin. Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần. - Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy. * Thì 5. Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc: - Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1. Có thể bằng mũi rời hay khâu vắt có khóa hay không có khóa. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung. Không nên khâu cả lớp nội mạc tử cung. Thông thường khâu một lớp là đủ. Nếu cần thì khâu vắt lớp thứ hai để cầm máu và che phủ lớp khâu thứ nhất. - Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung bắt buộc khi có nguy cơ nhiễm khuẩn. * Thì 6. Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, đếm đủ gạc: * Thì 7: Đóng thành bụng theo từng lớp. * Thì 8: Lấy máu và lau âm đạo. * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	A) THEO DÕI 1. Theo dõi sau phẫu thuật. - Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu. - Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ tử cung ra. - Vết mổ thành bụng. - Trung tiện. 2. Chăm sóc. - Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật. - Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện). - Vận động sớm. - Cho con bú sớm. - Kháng sinh điều trị (nếu cần). B). BIẾN CHỨNG 1. Trong phẫu thuật; - Chảy máu - Chấn thương thai nhi - Chấn thương ruột - Rạch vào bàng quang - Thắt vào niệu quản 2. Sau phẫu thuật - Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết. - Chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

26A. Phẫu thuật lấy thai lần hai trở lên [gây tê] 13.0002.0672_GT

1. ĐẠI CƯƠNG	Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung. Phẫu thuật lấy thai lần 2 là phẫu thuật lấy thai ra khỏi tử cung trên bệnh nhân đã có sẹo mổ đẻ cũ ở tử cung
2. CHỈ ĐỊNH	- Bệnh nhân đã có sẹo mổ đẻ lần 1 ở tử cung: - Mổ lần đầu vì lý do tuyệt đối: khung chậu hẹp, méo , lệch. - Tiền sử mổ lấy thai do nguy cơ vỡ tử cung cao trong chuyển dạ. - Lần đầu mổ thân tử cung, mổ dọa vỡ tử cung, hoặc vỡ tử cung khâu bảo tồn. - Hậu phẫu lần trước bị nhiễm trùng tử cung. - Lần này thai già tháng. - Khoảng cách giữa 2 lần mổ trước với lần này < 18 tháng
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Kíp phẫu thuật: 01 bác sĩ mổ chính, 01 bác sĩ phụ mổ - Kíp gây mê hồi sức: 01 bs gây mê, 01 KTV phụ mê - 01 KTV dụng cụ - Nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý
5.2. Thuốc	- Các thuốc gây tê tùy sống, gây mê, giãn cơ.... - Các thuốc để hồi sức và các thuốc tăng co, cầm máu dùng trong sản khoa.
5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luồn, bơm kim tiêm 5-10ml
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tùy sống, gây mê toàn thân. - Bộ dụng cụ mổ lấy thai đã tiệt trùng. - Chỉ tiêu: vycryl 1.0, 3.0...chỉ không tiêu - Phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh.
5.5. Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật. - Thông đại, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.
5.6. Hồ sơ BA	Hồ sơ phẫu thuật theo quy định, có đầy đủ xét nghiệm cần thiết
5.7. Thời gian	30 phút -01h
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: tư thế nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật - Giảm đau vùng (gây tê tùy sống hay gây tê ngoài màng cứng) là ưu tiên. Có thể gây mê nội khí quản khi giảm đau vùng có chống chỉ định Thì 1. Mở bụng: - Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu tùy theo sẹo mổ cũ lần trước - Gỡ dính(nếu có) - Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ. Thì 2. Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung Thì 3. Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối: - Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). - Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên, đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới.

	- Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm . Thì 4. Lấy thai và rau: - Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại. - Dùng miếng gạc mỏng lau nhót miệng trẻ. - Kẹp và cắt dây rốn. - Tiêm tĩnh mạch chậm(quả dây truyền) 10 đơn vị oxytocin, tiêm cơ tử cung 10đv oxytocin + 0.2mg methyl ergometrin - Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần. - Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy. Thì 5. Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc: - Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1 mũi vắt 1 lớp, kiểm tra có chảy máu không, nếu có khâu cầm máu - Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung Thì 6. Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, đếm đủ gạc Thì 7: Đóng thành bụng theo từng lớp. Thì 8: Lấy máu và lau âm đạo. Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. Theo dõi sau phẫu thuật. - Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu. - Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ âm đạo, cổ tử cung. - Vết mổ thành bụng. - Trung tiện. 2. Chăm sóc. - Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật. - Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện). - Vận động sớm. - Cho con bú sớm. - Kháng sinh điều trị VI. BIẾN CHỨNG 1. Trong phẫu thuật - Chảy máu - Chấn thương thai nhi - Chấn thương ruột - Rạch vào bàng quang, Thắt vào niệu quản 2. Sau phẫu thuật - Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

27A. Phẫu thuật lấy thai do bệnh lý sản khoa (rau tiền đạo, rau bong non, tiền sản giật, sản giật...) [gây tê] 13.0005.0675_GT

1. ĐẠI CƯƠNG	- Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung do các bệnh lý sản khoa không có chỉ định đẻ đường âm đạo hoặc khó đẻ đường âm đạo như: rau tiền đạo, rong bong non, tiền sản giật, sản giật...
2. CHỈ ĐỊNH	- Bệnh lý sản khoa: rau tiền đạo đủ tháng hoặc chảy máu nhiều, rau bong non, sản giật, tiền sản giật...
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Kíp phẫu thuật: Bs mổ chính, phụ mổ - Kíp gây mê hồi sức: Bác sĩ gây mê, KTV phụ mê - 01 KTV dụng cụ - Nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc gây tê, gây mê, giãn cơ... - Các thuốc để hồi sức và các thuốc dùng trong sản khoa và các bệnh lý toàn thân.
5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luân, bơm kim tiêm 5-10ml
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tùy sống, hoặc gây mê toàn thân tùy từng tình trạng bệnh. - Bộ dụng cụ mổ lấy thai đã tiệt trùng. - Phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh
5.5. Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật. - Thông đại, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.
5.6. Hồ sơ BA	Hồ sơ phẫu thuật theo quy định, đầy đủ xét nghiệm, biên bản hội chẩn, cam đoan mổ
5.7. Thời gian	30 phút – 2h tùy tình trạng
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật Thì 1. Mở bụng: - Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu. - Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ. Thì 2. Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung. Thì 3. Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối: - Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới. - Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm . Thì 4. Lấy thai và rau: - Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại. - Dùng miếng gạc mỏng lau nhót miệng trẻ. - Kẹp và cắt dây rốn. - Tiêm tĩnh mạch chậm 10 đơn vị oxytocin, tiêm cơ tử cung 10đv oxytocin +

	0.2mg vingomin - Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần. - Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy. Thì 5. Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc: - Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1 mũi vắt 01 lớp - Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung Thì 6. Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, đếm đủ gạc: Thì 7: Đóng thành bụng theo từng lớp. Thì 8: Lấy máu và lau âm đạo. Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. Theo dõi sau phẫu thuật. - Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu. - Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ tử cung ra. - Vết mổ thành bụng. - Trung tiện. 2. Chăm sóc. - Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật và các thuốc điều trị bệnh toàn thân. - Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện). - Vận động sớm. - Cho con bú sớm. - Kháng sinh điều trị (nếu cần). V. BIẾN CHỨNG 1. Trong phẫu thuật - Chảy máu - Chấn thương thai nhi - Chấn thương ruột - Rạch vào bàng quang - Thắt vào niệu quản 2. Sau phẫu thuật - Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết. - Chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung - Chấn thương ruột - Rạch vào bàng quang, Thắt vào niệu quản 2. Sau phẫu thuật - Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết - Chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

17A. Phẫu thuật mở bụng bóc u xơ tử cung [gây tê] 13.0071.0679_GT

1. ĐẠI CƯƠNG	Phẫu thuật bóc nhân xơ tử cung đường bụng nhằm mục đích lấy hoàn toàn nhân xơ nằm trong cơ tử cung, bảo tồn tử cung và hai phần phụ.
2. CHỈ ĐỊNH	- Tử cung có nhân xơ phát triển nhanh - Nhân xơ phát triển gây chèn ép làm cho người bệnh đau. - Nhân xơ thoái hóa, gây đau (phát hiện qua siêu âm) - Nhân xơ phát triển vào niêm mạc gây chảy máu, ảnh hưởng đến sức khỏe. - Bóc nhân xơ khi phẫu thuật lấy thai
ĐIỀU KIỆN	- Có nhân xơ rõ, các lớp xơ cơ đồng tâm, xung quanh là các tổ chức lỏng lẻo, dễ tách. Trên hình ảnh siêu âm tạo bờ rõ nét, khác biệt với tổ chức cơ. - Không có quá nhiều nhân vì bóc tách nhiều sẽ gây chảy máu. - Nhân xơ rõ trên tử cung không có dấu hiệu nhiễm trùng (đặc biệt là khi phẫu thuật bóc nhân xơ dưới niêm mạc). - Vị trí nhân xơ cách xa sừng tử cung. - Nhân xơ không quá to, kẹt vào vùng tiểu khung. - Trong các trường hợp cần bảo tồn khả năng sinh sản cần thận trọng trong chỉ định vì có thể thất bại mà phải cắt tử cung
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sỹ : 01 bác sỹ mổ chính, 01-02 bác sỹ phụ - Gây mê: 01 bác sỹ gây mê, 01 KTV phụ mê - Điều dưỡng: 01 dụng cụ viên b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý giúp việc
5.2. Thuốc	- Thuốc gây tê, gây mê, giãn cơ...
5.3. Vật tư	- Dây truyền, kim luồn - Bơm kim tiêm 5-10ml
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ cắt tử cung - Kim chỉ - Săng gạc vô khuẩn...
5.5 Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... Chuẩn bị như các trường hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thật tháo và sử dụng an thần trước mổ. - Thăm khám, xét nghiệm để tiên lượng trước phẫu thuật vì có những tử cung to, xơ hóa mà không có nhân xơ tách biệt rõ ràng. - Phát hiện các bệnh kết hợp, đặc biệt là nhiễm trùng phụ khoa để điều trị trước phẫu thuật. - Chọn thời điểm sau khi sạch kinh để phẫu thuật.
5.6. Hồ sơ BA	Theo quy định
5.7. Thời gian	45'-02 giờ
5.8. Địa điểm	- Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật c) Đặt tư thế người bệnh: tư thế phụ khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật *Thì 1: Mở thành bụng Rạch thành bụng theo đường ngang nếu có nhân xơ nhỏ, dễ bóc tách, hoặc đường dọc giữa dưới rốn. * Thì 2: Bộc lộ khối u để bóc tách

	* Thi 3: Dùng dao điện hoặc dao thường Rạch TC ở vị trí khối xơ đảm bảo yêu cầu + Đường rạch gọn, gần chỗ lõi nhất của khối xơ. + Đường rạch càng gần đường giữa càng đỡ chảy máu + Đường rạch càng xa sừng tử cung càng đỡ dính tắc vòi tử cung + Đường rạch ở vị trí có thể bóc được nhiều nhân xơ. + Đường rạch đủ độ sâu đến vỏ ngoài nhân xơ mới có thể bóc tách được dễ dàng. * Thi 4: Bóc tách khối u - Dùng cái kẹp hoặc sợi chỉ to khâu sâu vào khối u để giữ chắc khối u, vừa kéo vừa tách vỏ khối u bằng mũi kéo. Dùng ngón tay trở thăm dò các vùng dính và tách hẳn khối u ra ngoài. - Có thể sử dụng vết rạch này để bóc các khối u khác. Động tác bóc tách cần nhẹ nhàng, tránh thủng buồng tử cung. - Cầm máu bằng các mũi khâu chữ X hoặc bằng kẹp khi thấy rõ mạch máu. Không nên cặp ngang cơ tử cung vì sẽ làm cho cơ rách, gây chảy máu nhiều. * Thi 5: Khâu kín khoang bóc tách - Khâu từng lớp bằng các mũi chữ X bằng chỉ Vicryl - Lớp đầu tiên đảm bảo lấy hết đáy khoang bóc tách - Các lớp sau đảm bảo khâu chồng qua lớp trước - Đóng các lớp ngoài cùng bằng mũi khâu vắt và lộn méo rạch vào trong. * Thi 6: Đóng bụng - Lau sạch ổ bụng - Kiểm tra niệu quản Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN 1. Chảy máu: tai biến hay gặp nhất - Sử dụng các mũi chữ X cầm máu hoặc bằng kẹp máu tạm thời hoặc chèn gạc tạm thời. - Chảy máu nhiều tiên lượng không cầm máu được phải cắt tử cung bán phần. 2. Thủng khoang bóc tách u xơ thông với buồng tử cung Nguyên nhân: + Động tác bóc tách thô bạo làm rách lớp cơ sâu, kéo theo niêm mạc tử cung. + Do mũi khâu sâu thủng qua niêm mạc tử cung + Trong ca này cần mở rộng buồng tử cung và dùng chỉ khâu lại niêm mạc tử cung.
CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT	1. Đảm bảo sạch máu cục trong âm đạo, tránh nhiễm trùng từ âm đạo ngược lên. 2. Ngồi dậy sớm để tránh biến chứng tắc mạch và nhiễm trùng, gây dính buồng tử cung và vô sinh. 3. Theo dõi chu kỳ kinh sau phẫu thuật, nếu kinh trở lại là biểu hiện sự cân bằng hoạt động nội tiết và niêm mạc tử cung hồi phục bình thường.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

15A. Phẫu thuật mổ bụng cắt tử cung bán phần [gây tê] 13.0070.0681_GT

1. ĐẠI CƯƠNG	Phẫu thuật cắt tử cung bán phần có nghĩa là cắt bỏ thân tử cung để lại cổ tử cung qua đường bụng.
2. CHỈ ĐỊNH	- Bệnh lý phụ khoa: + Tổn thương ở thân tử cung + Khối u lành tính ở thân tử cung + Phẫu thuật cắt tử cung bán phần khi cổ tử cung hoàn toàn bình thường. - Bệnh lý liên quan đến sản khoa: + Chảy máu ở tử cung sau đẻ do các nguyên nhân khác nhau (đờ tử cung, rau cài răng lược, vỡ tử cung, phong huyết tử cung rau) + Nhiễm trùng tử cung sau đẻ, sau thủ thuật, nếu có chỉ định cắt tử cung. + Đình chỉ thai nghén vì bệnh lý của người mẹ (bệnh tim, huyết áp cao) có chỉ định cắt tử cung bán phần để nguyên thai trong tử cung (cắt tử cung cả khối)
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ : 01 bác sĩ mổ chính, 1-2 bác sĩ phụ - 01 bác sĩ vô cảm, 01 Phụ gây mê, 01 dụng cụ b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý giúp việc
5.2. Thuốc	- Thuốc gây tê, gây mê, giãn cơ...
5.3. Vật tư	- Dây truyền, kim luân - Bơm kim tiêm 5-10ml
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ cắt tử cung - Bộ phẫu thuật phụ khoa, kim chỉ tốt, bộ băng mổ
5.5. Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... Chuẩn bị như các trường hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thật tháo và sử dụng an thần trước mổ.
5.6. Hồ sơ BA	- Bệnh án phẫu thuật, đủ các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết, hội chẩn mổ, cam đoan phẫu thuật
5.7. Thời gian	45 phút-2h tùy từng trường hợp
5.8. Địa điểm	- Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: tư thế phụ khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật * Thì 1: Mở thành bụng - Đường rạch ngang Pfannenstiel, đối với những trường hợp khó thì sử dụng đường trắng giữa dưới rốn. - Chèn gạc cách ly tử cung với ruột - Đặt van trên xương vệ và banh thành bụng. - Bộc lộ tử cung, thăm dò phần phụ để xác định chỉ định cắt hay không cắt phần phụ * Thì 2: Bộc lộ tử cung. - Cặp tử cung bằng kẹp cặp tử cung hoặc bằng chỉ khâu. Có thể đưa tử cung ra ngoài thành bụng và lệch sang phía đối diện của bên cắt. * Thì 3: Cắt và thắt dây chằng tròn - Dùng hai kẹp có răng cặp dây chằng tròn cách xa chỗ tử cung khoảng 2-3 cm tùy theo tử cung to hay nhỏ. Dùng kéo cắt dây chằng tròn giữa hai kẹp. Khâu lại cuống mạch. * Thì 4: Tách phúc mạc tử cung- bàng quang - Dùng kéo cong tách phúc mạc ở vùng eo tử cung (nơi phúc mạc di động) và

	cắt vòng ngang qua mặt trước tử cung, và vòng ra phía sau trên dây chằng tử cung cùng. - Dùng kẹp cặp gạc gấp hình củ ấu nhỏ đẩy phúc mạc * Thì 5: Cặp cắt và thắt dây chằng thắt lưng-vòi tử cung (nếu có chỉ định cắt buồng trứng) - Dùng hai kẹp có răng để kẹp 1/3 trên của dây chằng, kèm theo mạch máu đi sát dây chằng. Nếu để lại buồng trứng thì chú ý không làm tổn thương cuống động mạch buồng trứng. - Cặp kẹp trên trước, sau đó cặp kẹp dưới cách nhau 1 cm. Dùng kéo cắt dây chằng sát với kẹp trên (sát với phần bỏ đi) để móm cắt phần dưới dài hơn, tránh tụt chỉ sau khi buộc móm cắt. - Nếu cắt cả buồng trứng thì kẹp cặp luôn cả dây chằng vòi tử cung. - Khâu buộc cuống mạch và dây chằng bằng mũi khâu số 8. * Thì 6: Cặp cắt và thắt động mạch tử cung Dùng kéo tách và cắt phúc mạc xiên từ ngoài vào trong và xuống dưới tận 1/3 giữa dây chằng tròn. * Thì 7: Cắt động mạch tử cung - Kẹp thẳng góc mỗi bên động mạch tử cung ngang mức eo tử cung. - Cắt hai động mạch tử cung sát với kẹp phía trên. - Khâu buộc cuống mạch động mạch tử cung * Thì 8: Cắt cổ tử cung - Dùng kéo cong, dao mổ hoặc dao điện cắt vòng quanh cổ tử cung chéo xuống dưới về phía lỗ cổ tử cung tạo thành hình chóp nông. * Thì 9: Khâu móm cắt Dùng kim cong sắc và chỉ Vicryl khâu móm cắt chữ X hoặc mũi rời. Khâu một lớp từ phải qua trái. * Thì 10: Phủ phúc mạc móm cắt và cuống mạch - Dùng kim cong, chỉ tiêu nhỏ khâu lại phúc mạc móm cắt - Lau sạch cùng đồ Douglas - Kiểm tra ổ bụng, niệu quản * Thì 11: Đóng thành bụng Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Chảy máu - Nhiễm trùng - Khỏi máu tụ - Tắc mạch vùng hố chậu hoặc tĩnh mạch chi dưới - Tổn thương niệu quản
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản Phụ

18A. Phẫu thuật mở bụng cắt u buồng trứng hoặc cắt phần phụ [gây tê]**03.2732.0683_GT**

1. ĐẠI CƯƠNG	Là phẫu thuật mở ổ bụng để cắt buồng trứng, cắt vòi trứng, hay cắt cả phần phụ trong trường hợp chảy máu, ứ mủ hay xoắn buồng trứng và vòi trứng.
2. CHỈ ĐỊNH	U nang buồng trứng hoặc phần phụ không có chỉ định mổ nội soi
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Người bệnh đang hành kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi - Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu, - Các bệnh nội khoa không có chịu đựng được phẫu thuật
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ : 01 bác sĩ mổ chính, 01-02 bác sĩ phụ - Gây mê: 01 bác sĩ gây mê, 01 KTV phụ mê - Điều dưỡng: 01 dụng cụ viên b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý giúp việc
5.2. Thuốc	Thuốc gây tê, gây mê, giãn cơ...
5.3. Vật tư	- Dây truyền, kim luồn - Bơm kim tiêm 5-10ml
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ trung phẫu hoặc đại phẫu phụ khoa - Kim chỉ tiêu: vicryl 1.0, 2.0, 3.0 - Săng gạc vô khuẩn
5.5 Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...: - Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ định. - Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra. - Nền mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần - Vệ sinh tại chỗ, thực tháo, sát khuẩn vùng bụng - Gây mê nội khí quản
5.6. Hồ sơ bệnh án	Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị theo qui định
5.7. Thời gian	45’-02h
5.8. Địa điểm	- Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: tư thế nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật - Trải khăn vô khuẩn. - Mở bụng theo đường giữa dưới rốn hay đường ngang trên vệ vào ổ bụng. - Bọc mép vết mổ. 1. Cắt khối u buồng trứng - Thăm khám đánh giá tình trạng khối u buồng trứng xem mức độ di động và dính với các tạng xung quanh. - Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để khối u bị vỡ - Chèn gạc xung quanh, tách biệt với khối u - Nếu khối u nhỏ: dùng một (hoặc 2) kim có răng to, chắc khỏe cặp cuống khối u (dây chằng thắt lưng – buồng trứng), càng sát khối u càng tốt. - Dùng một (hoặc 2) kim có răng to, chắc khỏe cặp cuống khối u, cách kim trước 1 đến 1,5 cm - Dùng kéo cong cắt bỏ khối u - Khâu móm cắt.

	- Nếu khối u to, sau khi bóc lột kỹ, có thể dùng 2 hoặc 3 kim cặp lôi khối u lên, chọc một lỗ để hút bớt dịch trong khối u, sau đó dùng kim kẹp mép khối u vừa mở, rồi tiến hành cắt khối u như trên. - Trong trường hợp xác định khối u lành tính thì bóc tách khối u để lại phần buồng trứng lành: dùng dao rạch nhẹ trên phần khối u sát với phần buồng trứng lành; dùng kéo cong đầu tù kết hợp với đầu ngón tay để bóc tách phần u buồng trứng ra khỏi phần lành; sau đó cầm máu kỹ. - Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu chỉ chưa được buộc chặt, hoặc khâu chưa hết tổn thương thì phải khâu tăng cường để cầm máu. - Gửi bệnh phẩm xét nghiệm giải phẫu bệnh. - Kiểm tra buồng trứng bên đối diện. Nếu nghi ngờ khối u vừa cắt bị ung thư thì cắt miếng nhỏ buồng trứng đối diện để xét nghiệm mô bệnh học 2. Cắt phần phụ - Thăm khám đánh giá tình trạng phần phụ xem có bị dính với các tạng xung quanh. - Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để vỡ dịch (trong ca ứ mủ VTC) - Dùng một kim có răng to, chắc khỏe cặp dây chằng thất lưng – buồng trứng và dây chằng rộng sát với tử cung - Dùng một kim có răng to, chắc khỏe cặp cách kim trước 1 đến 1,5 cm - Dùng kéo cong cắt bỏ phần phụ - Khâu móm cắt bằng mũi thông thường hay mũi khâu số 8. Kiểm tra xem có còn rỉ máu không - Lau sạch ổ bụng - Đóng bụng theo các lớp, đóng da mũi rời hoặc trong da - Sát khuẩn lại và băng vết thương Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Tổn thương mạch máu, hệ tiết niệu, hệ tiêu hóa trong quá trình phẫu thuật. - Nhiễm trùng, chảy máu trong
TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản Phụ

35A. Khâu rách cùng đồ âm đạo[gây tê] 03.2263.0624_GT

1. ĐẠI CƯƠNG	Một trong những chấn thương âm đạo khi quan hệ thường xảy ra nhất đó là thủng cùng đồ. Cùng đồ là nơi âm đạo bám vào tử cung theo một đường vòng. Các đường vòng đó tạo ra các cùng đồ với tên gọi: cùng đồ trước, cùng đồ sau và cùng đồ hai bên. Dưới tác động của một lực nào đó, các cùng đồ này có thể bị rách và khi đó người ta gọi là thủng cùng đồ.
2. CHỈ ĐỊNH	Chỉ định khâu phục hồi cùng đồ âm đạo phải được thực hiện ngay sau khi chẩn đoán để tránh mất máu cho bệnh nhân.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sỹ sản khoa, nữ hộ sinh có kinh nghiệm phụ. b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	- Thốc tiền mê, giảm đau: pethidin, dimedron, atropinsulphat - Thuốc gây tê tại chỗ: lidocain 2%, nước cất
5.3. Vật tư	• 1-2 sợi chỉ tiêu số 2-3 • 1 bơm tiêm 10ml • Bông băng cotton gạc, dung dịch povidin
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	• 2 van âm đạo • 2 panh hình tim • 1 panh sát trùng • 1 kéo thẳng đầu tù, sắc • 1 panh cặp kim • 1 kẹp pozi • 1 panh đỡ kim • 1 cốc đựng dung dịch sát trùng
5.5 Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiền lượng... - Đánh giá toàn trạng người bệnh: lượng máu mất, mạch, huyết áp, toàn trạng, các bệnh của người mẹ đặc biệt các bệnh có liên quan đến đông cầm máu như giảm tiểu cầu, APTT kéo dài, giảm fibrinogen... - Cần hỏi người bệnh và kiểm tra bệnh án để không bỏ sót các ca dị ứng với các thuốc gây tê, giảm đau, kháng sinh
5.6. Hồ sơ BA	Bệnh án phụ khoa, đầy đủ các xét nghiệm cần thiết, cam đoan thủ thuật...
5.7. Thời gian	30 phút
5.8. Địa điểm	Phòng đẻ, phòng thủ thuật
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh:
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: Đầy đủ xét nghiệm, cam kết thủ thuật... - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh - Sát trùng âm hộ, âm đạo thông tiểu, người phụ giữ van bộc lộ âm đạo - Giảm đau bằng tiền mê, gây tê tại chỗ Lidocain 2% - Dùng panh hình tim hoặc kẹp pozzi cặp CTC bộc lộ vết rách cùng đồ. - Khâu lại vết rách bằng mũi rời chữ X bằng chỉ vicryl 2- 3.0 hay chỉ tự tiêu khác từ mép vết rách bên này sang bên còn lại. - Kiểm tra cầm máu kỹ. Nếu còn chảy máu thì khâu tăng cường. - Sát trùng âm đạo sau khi khâu xong Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp - Theo dõi chảy máu âm đạo: nếu chảy máu phải kiểm tra khâu lại - Theo dõi lượng máu mất và các xét nghiệm hồng cầu, hemoglobin khi cần thiết phải truyền máu - Dùng kháng sinh 5 ngày sau khi khâu
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

31A. Lấy khối máu tụ âm đạo, tăng sinh môn[gây tê] 13.0032.0632_GT

1. ĐẠI CƯƠNG	Huyết tụ là những biến chứng chảy máu và tụ máu thành một khối máu trên đường thai sổ qua âm đạo, chấn thương âm đạo, tăng sinh môn. Tùy theo khối huyết tụ mà ta chia ra: - Huyết tụ âm đạo. - Huyết tụ âm hộ Cả hai loại sau đều ở dưới cơ nâng hậu môn, có thể phối hợp với nhau và có tiên lượng giống nhau.
2. CHỈ ĐỊNH	Chỉ định lấy khối máu tụ âm hộ , âm đạo phải được thực hiện ngay sau khi chẩn đoán có khối máu tụ ở âm hộ, âm đạo hình thành mỗi lúc một to dần lên, người bệnh đau nhiều không chịu đựng được .
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sĩ chuyên khoa sản, hộ sinh - Khám lại toàn thân, tư vấn cho người bệnh và gia đình - Rửa tay, đội mũ , đeo khẩu trang đã tiệt khuẩn như làm phẫu thuật b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	- Các thuốc gây tê, gây mê, tiền mê giảm đau... - Các thuốc gây tê tại chỗ: lidocain 2%, nước cất
5.3. Vật tư	- Bơm kim tiêm 5-10ml, dây truyền kim luồn...
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- 2 van âm đạo - 2 panh hình tim - 1 panh sát trùng - 1 kéo thẳng đầu tù, sắc - 1 kìm mang kim - 1 phẫu tích mang kim - 1 cốc đựng dung dịch sát trùng - 1 đến hai sợi chỉ vicryl số 1, 2
5.5 Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... Người bệnh phải được đánh giá toàn diện: lượng máu mất, mạch, huyết áp, toàn trạng, đặc biệt các bệnh có liên quan đến đông cầm máu như giảm tiểu cầu, APTT kéo dài, giảm fibrinogen... tiền sử dị ứng thuốc
5.6. Hồ sơ BA	Đầy đủ hồ sơ bệnh án, các xét nghiệm cần thiết
5.7. Thời gian	20phút – 01 giờ
5.8. Địa điểm	Phòng đẻ, phòng mổ tùy theo mức độ khối máu tụ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, ký cam kết thực hiện thủ thuật, đầy đủ xét nghiệm cần thiết - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật - Giảm đau cho người bệnh - Sát khuẩn tại chỗ - Rửa da nặn hết máu cục đến đáy tổn thương, tìm điểm chảy máu, khâu cầm máu mũi chữ X, điểm khâu trên vị trí chảy máu, tránh tụ máu lại - Khâu phục hồi tổn thương - Đóng da chỉ lìn - Sát khuẩn * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

	- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp. - Theo dõi chảy máu: nếu chảy máu phải kiểm tra kỹ khâu lại. - Theo dõi lượng máu mất, các xét nghiệm hồng cầu, hemoglobin, khi cần thiết phải truyền máu. - Dùng kháng sinh 5 ngày sau khi khâu.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

28A. Phẫu thuật lấy thai có kèm các kỹ thuật cầm máu (thắt động mạch tử cung, mũ khâu B-lynch...)[gây tê] 13.0008.0670_GT

1. ĐẠI CƯƠNG	Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung. Phẫu thuật lấy thai có kèm theo các kỹ thuật cầm máu là một hình thức mổ lấy thai (mổ bắt con qua đường bụng và tử cung) được thực hiện đồng thời với một hoặc nhiều kỹ thuật chuyên biệt nhằm kiểm soát chảy máu trong hoặc sau khi lấy thai, nhằm đảm bảo an toàn cho mẹ, đặc biệt trong các tình huống nguy cơ băng huyết cao như: • Đờ tử cung • Nhau cài răng lược • Mổ lấy thai lần 2, 3... • Thai to, đa thai • Bất thường đông máu Các kỹ thuật cầm máu có thể dự phòng (thực hiện trước khi chảy máu nặng) hoặc xử trí khi chảy máu đã xảy ra.
2. CHỈ ĐỊNH	1) Do nguyên nhân từ thai. - Các chỉ định do ngôi thai bất thường. - Thai to - Thai suy - Bệnh lý của thai có chống chỉ định đẻ đường âm đạo: 2) Do nguyên nhân phần phụ của thai. 3) Do nguyên nhân đường sinh dục. 4) Do bệnh lý của mẹ 5) Những chỉ định khác 6) Chỉ định cầm máu khâu B.lynch, thắt động mạch tử cung • Đờ tử cung • Nhau cài răng lược • Mổ lấy thai lần 2, 3... • Thai to, đa thai • Bất thường đông máu
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Kíp gây mê hồi sức; 01 bác sĩ mê, 01 KTV mê - Kíp phẫu thuật: 01 bác sĩ mổ chính, 01 bác sĩ phụ mổ - 01 KTV dụng cụ - Nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc gây tê, gây mê, giãn cơ... - Các thuốc để hồi sức và các thuốc dùng trong sản khoa...
5.3 5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luôn - Bơm kim tiêm 5-10ml
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tủy sống, gây mê toàn thân. - Bộ dụng cụ mổ lấy thai đã tiệt trùng. - Phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh.
5.5 Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật. - Thông đại, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.
5.6. Hồ sơ BA	Hồ sơ phẫu thuật theo quy định, có duyệt mổ của lãnh đạo khoa, bệnh viện và phân công phẫu thuật viên.

5.7. Thời gian	30'-2h
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật Thì 1. Mở bụng: - Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu. - Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ. Thì 2. Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung. Thì 3. Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối: - Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới. - Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm . Thì 4. Lấy thai và rau: - Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại. - Dùng miếng gạc mỏng lau nhót miệng trẻ. - Kẹp và cắt dây rốn. - Tiêm tĩnh mạch chậm 10 đơn vị oxytocin, tiêm cơ tử cung 10đv oxytocin + 0.2mg vingomin - Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần. - Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy. Thì 5. Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc: - Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1 mũi vắt 01 lớp - Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung B. KỸ THUẬT CÀM MÁU. - Chảy máu ở buồng tử cung do những nguyên nhân khác nhau. - Chảy máu ở vùng rau bám trong rau tiền đạo. - Đờ tử cung. Thất động mạch tử cung là thủ thuật làm tắc nghẽn luồng máu chảy trong động mạch tử cung, do đó làm giảm lưu lượng máu tới tử cung. I. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH * Thì 1. Mở phúc mạc đoạn dưới. Đường rạch ngang đoạn dưới ở thì phẫu thuật lấy thai. * Thì 2. Bóc tách lá phúc mạc trước và sau, bộc lộ động mạch tử cung ở vị trí động mạch đối hướng từ dây chằng rộng quạt ngược lên mặt bên thân tử cung. * Thì 3. Thất động mạch tử cung. Thất động mạch tử cung bằng cách khâu cả tổ chức quanh động mạch bằng chỉ safyl 1.0. * Thì 4. Khâu phúc mạc rồi tiếp tục thất động mạch đối diện. Nếu khâu mũi Blynch: (Blynch cải tiến BV Hùng Vương) bao gồm hai mũi dọc dọc thân tử cung, mũi 1 bắt đầu từ bờ trên cách mép trên vết mổ 1-1.5cm đi ra sau tử cung, vòng lên đáy tử cung, buộc chỉ tại vị trí mép trên vết mổ. Mũi 2 làm tương tự Thì 6. Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, đếm đủ gạc: Thì 7: Đóng thành bụng theo từng lớp. Thì 8: Lấy máu và lau âm đạo. Kết thúc quy trình

	- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. Theo dõi sau phẫu thuật. - Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu. - Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ tử cung ra. - Vết mổ thành bụng. - Trung tiện. 2. Chăm sóc. - Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật. - Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện). - Vận động sớm. - Cho con bú sớm. - Kháng sinh điều trị D. BIẾN CHỨNG 1. Trong phẫu thuật - Chảy máu - Chấn thương thai nhi - Chấn thương ruột - Rạch vào bàng quang - Thắt vào niệu quản 2. Sau phẫu thuật - Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

16A. Phẫu thuật mở bụng cắt tử cung hoàn toàn[gây tê]**13.0068.0681_GT**

1. ĐẠI CƯƠNG	Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối tử cung bao gồm thân tử cung, cổ tử cung, vòi tử cung, buồng trứng. Tuy nhiên cũng có những trường hợp cắt tử cung hoàn toàn để lại một hoặc hai phần phụ.
2. CHỈ ĐỊNH	3. Bệnh lý liên quan đến sản khoa - Hầu hết trong phẫu thuật cấp cứu sản khoa thường có chỉ định cắt tử cung bán phần, tuy nhiên trong một số trường hợp đặc biệt phải có chỉ định cắt tử cung hoàn toàn. - Rau tiền đạo trung tâm, rau bám chặt xuống sâu tận cổ tử cung gây chảy máu mà thắt động mạch hạ vị không cầm máu được. - Thai ở cổ tử cung bị sảy, chảy máu, sau khi can thiệp các thủ thuật như khâu, đốt nhiệt mà không có kết quả. - Nhiễm trùng sau phẫu thuật lấy thai lan tới buồng tử cung đã bị rách phức tạp. 4. Bệnh lý liên quan đến phụ khoa - Một số bệnh lý tiền ung thư và ung thư của bộ phận sinh dục (cổ tử cung, tử cung, vòi tử cung, buồng trứng, rau, chửa trứng lớn tuổi...) - Những khối u lành tính ở tử cung có chỉ định cắt tử cung nhưng cổ tử cung không bình thường (tổn thương lành tính hoặc nghi ngờ cổ tử cung)...
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	Không có
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Kíp phẫu thuật; Bác sỹ : 01 bác sỹ mổ chính, 01-02 bác sỹ phụ mổ - Gây mê: 01 Bác sỹ vô cảm: 01. Phụ gây mê - 01 KTV dụng cụ b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc gây tê, gây mê, giãn cơ... - Dịch truyền, các dịch thay thế khác...
5.3. Vật tư	- Dây truyền, kim luồn - Bơm kim tiêm 5-10ml...
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ cắt tử cung - Bộ phẫu thuật phụ khoa, kim chỉ tốt, bộ băng mổ
5.5 Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...: - Được tư vấn về lý do phải mổ cấp cứu và nguy cơ có thể xảy ra, ký giấy cam đoan mổ. - Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông tiểu sát khuẩn thành bụng vùng mổ.
5.6. Hồ sơ BA	- Bệnh án phẫu thuật, đủ các xét nghiệm cận lâm sàng, hội chẩn mổ, cam đoan phẫu thuật
5.7. Thời gian	45'-2h
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật * CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH Thì 1: Mở thành bụng; Thường sử dụng đường rạch Pfannenstiel, đối với trường hợp cấp cứu hoặc khó khăn thì sử dụng đường trắng giữa dưới rốn. Thì 2: Cắt các dây chằng: Kẹp và cắt dây chằng thắt lưng – buồng trứng, tử cung – vòi tử cung và các cuống mạch, cắt dây chằng tròn hai bên, cắt hai lá

	dây chằng rộng. Khâu lại các cuống mạch và mỏm cắt. Thì 3: Tách và cắt phúc mạc tử cung- bàng quang - Dùng kéo mở phúc mạc ngang với chỗ bám đi động ở eo tử cung và cắt ngang trước đoạn dưới tử cung. - Dùng gạc đẩy phúc mạc xuống sâu, giúp đẩy bàng quang ra trước, bộc lộ cổ tử cung và túi cùng âm đạo trước. Thì 4: Cắt dây chằng tử cung – cùng và phúc mạc mặt sau. - Kéo tử cung ra trước, bộc lộ hai dây chằng tử cung – cùng và mặt sau cổ tử cung. - Cắt hai dây chằng tử cung – cùng gần chỗ bám ở cổ tử cung - Tách phúc mạc sau vòng quanh cổ tử cung phía trên và đẩy xuống ngang mức cắt âm đạo. Thì 5: Cặp các cuống mạch đi vào tử cung - Cặp các động mạch tử cung từng bên. Cắt và khâu cuống mạch - Cặp nhánh động mạch cổ TC, cắt và khâu cuống mạch. Thì 6: Cắt âm đạo - Tay trái phẫu thuật viên kéo mạnh tử cung lên trên, tay phải dùng kéo mở cùng đồ trước hoặc cùng đồ sau. - Dùng kẹp thẳng cặp mép trước âm đạo để giữ. - Tiếp tục cắt vòng quanh sát với chỗ bám âm đạo và cổ tử cung từ phía trước sang phải, ra sau và qua trái. Thì 7: Đóng âm đạo: Dùng kim cong và chỉ tiêu khâu qua lớp tổ chức dưới niêm mạc và niêm mạc âm đạo bằng mũi khâu vắt hoặc mũi rời chữ X. Thì 8: Phủ phúc mạc tiểu khung: Lau bụng và kiểm tra ổ bụng, kiểm tra niệu quản Thì 9: Đóng thành bụng * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1.Trong phẫu thuật - Chảy máu: do buộc chỉ lỏng hay bị tuột chỉ mỏm cắt và cuống mạch. - Nhiễm trùng: ở vết mổ hoặc mỏm cắt. - Tổn thương bàng quang: do khâu chọc vào bàng quang, cắt vào bàng quang do đẩy phúc mạc tử cung – bàng quang không tốt. - Thắt hoặc cắt vào niệu quản: do dính hoặc thắt động mạch cổ tử cung – âm đạo quá xa bờ ngoài cổ tử cung. 2. Sau phẫu thuật - Tạo thành khối máu tụ - Tắc mạch vùng hố chậu hoặc tĩnh mạch chi dưới - Dò bàng quang
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản Phụ Sản

DANH MỤC QUY TRÌNH CHUYÊN NGÀNH SẢN PHỤ KHOA
(Ban hành theo quyết định số 1637/QĐ- BVĐK ngày 07 tháng 11 năm 2024
của Giám đốc BVĐK Quỳnh Phụ)

01. XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN III CUỘC CHUYỂN ĐẠ (13.35).....	1
02. CẮT VÀ KHÂU TẦNG SINH MÔN (13.34)	3
03. KHÂU PHỤC HỒI RÁCH ÂM ĐẠO (13.30).....	5
04. KHÂUPHỤC HỒI RÁCH CỔ TỬ CUNG (13.30).....	7
05. ĐỖ ĐẼ THƯỜNG NGÔI CHỖM (13.33)	8
06 Đỡ đẻ ngôi ngược (*) (13.24).....	12
07. ĐỖ ĐẼ TỪ SINH ĐÔI TRỞ LÊN (13.26).....	16
08. BÓC RAU NHÂN TẠO (13.38).....	18
09. KIỂM SOÁT TỬ CUNG (13.37).....	20
10. NẠO SÓT THAI, NẠO SÓT RAU SAU SẴY, SAU ĐẼ (13.49).....	22
11. KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG (13.52).....	24
12. PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG VÀ THẮT ĐỘNG MẠCH HẠ VỊ.....	26
DO CHẢY MÁU THỨ PHÁT SAU PHẪU THUẬT SẢN KHOA (13.10)	26
13. BÓC NHÂN XƠ VÚ.....	27
14. TRÍCH ÁP XE VÚ (13.163)	29
15. PHẪU THUẬT MỔ BỤNG CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN (13.70).....	31
16. PHẪU THUẬT MỔ BỤNG CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN (13.68).....	32
17. PHẪU THUẬT MỔ BỤNG BÓC U XƠ TỬ CUNG (13.71).....	34
18. PHẪU THUẬT MỔ BỤNG.....	36
CẮT U BUỒNG TRỨNG HOẶC CẮT PHẦN PHỤ (13.72)	36
19. PHẪU THUẬT NỘI SOI BÓC U XƠ TỬ CUNG (13.65).....	38
20. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U BUỒNG TRỨNG VÀ PHẦN PHỤ (13.83).....	41
21. PHẪU THUẬT NỘI SOI THAI NGOÀI TỬ CUNG CHƯA VỠ (13.90).....	43
22. PHẪU THUẬT NỘI SOI XỬ TRÍ VIÊM PHÚC MẠC TIỂU KHUNG, ...	46
VIÊM PHẦN PHỤ, Ứ MỦ VỎI TRỨNG (13.73).....	46
23. PHẪU THUẬT NỘI SOI.....	48
LẤY DỤNG CỤ TỬ CUNG TRONG Ổ BỤNG (13.221).....	48
24. PHẪU THUẬT NỘI SOI TRIỆT SẢN NỮ (13.223)	50
25. PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN ĐẦU (13.7)	52
26. PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN HAI TRỞ LÊN (13.2)	54
27. PHẪU THUẬT LẤY THAI DO BỆNH LÝ SẢN KHOA(RAU TIỀN ĐẠO, RAU BONG NON, TIỀN SẢN GIẬT, SẢN GIẬT) (13.5).....	56
28. PHẪU THUẬT LẤY THAI CÓ KÈM CÁC KỸ THUẬT CẦM MÁU.....	58
(thắt động mạch tử cung, mũi khâu B – lynch) (13.8).....	58
29. CHỌC DÒ TÚI CÙNG DOUGLAS (13.160)	61
30. SOI CỔ TỬ CUNG (13.166)	62

31. LẤY KHỐI MÁU TỤ ÂM ĐẠO, TÀNG SINH MÔN (13.32).....	63
32. TRÍCH ÁP XE TUYẾN BARTHOLIN (13.151)	65
33. QUY TRÌNH PHẪU THUẬT CHỮA NGOÀI TỬ CUNG VỖ CÓ CHOÁNG(13.91).....	66
34. PHẪU THUẬT CHỮA NGOÀI TỬ CUNG KHÔNG CÓ CHOÁNG(13.92).....	68
35. KHÂU RÁCH CÙNG ĐỒ ÂM ĐẠO (13.149).....	70
36. Phẫu thuật làm lại tầng sinh môn và cơ vòng do rách phức tạp	72
37. BÓC NANG TUYẾN BARTHOLIN (13.152)	74
38. NẠO HÚT THAI TRỨNG (13.158).....	76
39. HÚT BUỒNG TỬ CUNG DO RONG KINH RONG HUYẾT (13.157)	78
40. PORCEPS (13.27).....	80
41. TẮM SƠ SINH (13.198)	82
42. CHĂM SÓC RÓN SƠ SINH (13.197).....	84
43. HỒI SỨC SƠ SINH NGẠT SAU SINH (13.201)	85
44. PHÁ THAI TỪ TUẦN 6 ĐẾN HẾT 12 TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT CHÂN KHÔNG (13.238)	88
45. ĐẶT VÀ THÁO DỤNG CỤ TỬ CUNG (13.228)	90
46. THỦ THUẬT XOẢN POLIP CỔ TỬ CUNG, ÂM ĐẠO (13.144).....	93
47. QUY TRÌNH TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG LAO.....	94
48. QUY TRÌNH KHÁM THAI (13.41).....	111
49 PHẪU THUẬT NỘI SOI THAI NGOÀI TỬ CUNG VỖ (13.88)	115
50. QUY TRÌNH KỸ THUẬT HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG BẰNG MÁY PLASMAMED.....	118
MỔ BÓC NHÂN XƠ VÚ 03.2736.0591	120
MỔ BÓC NHÂN XƠ VÚ 12.0268.0591	122
18A. Phẫu thuật mở bụng cắt u buồng trứng hoặc cắt phần phụ [gây tê] 13.0072.0683_GT	124
34A. Phẫu thuật chữa ngoài tử cung không có choáng [gây tê] 13.0092.0683_GT.....	126
25A. Phẫu thuật lấy thai lần đầu [gây tê] 13.0007.0671_GT	128
26A. Phẫu thuật lấy thai lần hai trở lên [gây tê] 13.0002.0672_GT.....	130
27A. Phẫu thuật lấy thai do bệnh lý sản khoa (rau tiền đạo, rau bong non, tiền sản giật, sản giật...) [gây tê] 13.0005.0675_GT.....	132
17A. Phẫu thuật mở bụng bóc u xơ tử cung [gây tê] 13.0071.0679_GT	134
15A. Phẫu thuật mở bụng cắt tử cung bán phần [gây tê] 13.0070.0681_GT	136
18A. Phẫu thuật mở bụng cắt u buồng trứng hoặc cắt phần phụ [gây tê] 03.2732.0683_GT	138
35A. Khâu rách cùng đồ âm đạo[gây tê] 03.2263.0624_GT.....	140
31A. Lấy khối máu tụ âm đạo, tầng sinh môn[gây tê] 13.0032.0632_GT	142
28A. Phẫu thuật lấy thai có kèm các kỹ thuật cầm máu (thắt động mạch tử cung, mũi khâu B-lynch...)[gây tê] 13.0008.0670_GT	144
16A. Phẫu thuật mở bụng cắt tử cung hoàn toàn[gây tê] 13.0068.0681_GT	147
Phẫu thuật cắt âm vật phì đại[gây tê] 13.0110.0651_GT.....	149

01. XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN III CUỘC CHUYỂN DẠ (13.35)

1. ĐẠI CƯƠNG	Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ là các thao tác chủ động của người đỡ đẻ tác động giai đoạn sau khi sổ thai để giúp rau bong và sổ ra ngoài nhanh hơn, nhằm phòng ngừa chảy máu sau đẻ
2. CHỈ ĐỊNH	Cho mọi trường hợp đẻ đường dưới, khi thai vừa mới sổ ra ngoài và chắc chắn không còn thai nào trong tử cung.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	Rau bám chặt, nghi ngờ rau cài răng lược, rau tiền đạo...
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sĩ, hộ sinh đỡ đẻ b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	- Oxytocin 10 đv, các thuốc tăng co, cầm máu khác, thuốc tiền mê, giảm đau
5.3. Vật tư	- Bơm tiêm 5ml, 10ml, dây truyền, kim lườn số lượng tùy tình hình - Găng tay vô khuẩn
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- 01 bộ dụng cụ đỡ đẻ, 01 bộ dụng cụ kiểm tra cổ tử cung - Săng vô khuẩn, gạc thấm máu, povidin...
5.5. Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...: Giải thích công việc sẽ tiến hành để lấy rau sau khi thai ra ngoài cho sản phụ yên tâm và hợp tác với nhân viên y tế
5.6. Hồ sơ bệnh án	- Bệnh án sản khoa theo quy định, có khám lâm sàng và xét nghiệm, siêu âm, điện tim, giấy tờ liên quan đầy đủ
5.7. Thời gian	5-10 phút
5.8. Địa điểm	Tại phòng đẻ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: tư thế sản khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: Bệnh án đầy đủ xét nghiệm - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật - Thì 1. Sử dụng ngay Oxytocin: - Sau khi sổ thai, trẻ khóc tốt đặt trẻ lên bụng người mẹ đã được trải sẵn sàng và hai tay người mẹ ôm lấy trẻ. - Người phụ đỡ đẻ sờ nắn bụng sản phụ để chắc chắn không còn thai trong tử cung. - Người phụ đỡ đẻ tiến hành tiêm bắp 10 đơn vị Oxytocin vào mặt trước đùi sản phụ. - Chỉ sau khi đã tiêm Oxytocin, người đỡ đẻ tiến hành cặp dây rốn và cắt rốn cho trẻ. Khi cặp dây rốn chú ý cặp sát vào âm hộ sản phụ. - Người phụ đỡ đẻ đưa trẻ ra bàn làm rốn và chăm sóc trẻ, nhanh chóng lau khô, hút nhớt, làm rốn, quấn tã lót và đưa trẻ cho sản phụ để cho bú sớm nếu thích hợp. - Thì 2. Kéo dây rốn có kiểm soát để lấy rau: - Người đỡ đẻ đứng bên cạnh hoặc ở giữa hai chân sản phụ thực hiện các công việc sau: - Đặt bàn tay lên bụng dưới sản phụ đánh giá co hồi tử cung. Chỉ khi tử cung đã co lại tốt (chắc như trái bưởi) mới thực hiện các bước tiếp theo. - Một tay cầm panh và dây rốn. Giữ căng dây rốn. Bàn tay còn lại đặt lên bụng sản phụ ngay vùng trên xương vè, giữ và ấn tử cung theo hướng ngược lên về phía xương ức trong khi tay cầm panh kẹp dây rốn kéo với lực vừa phải và kéo theo hướng của cơ chế đẻ (lúc đầu kéo xuống, tiếp đến kéo ngang và cuối cùng kéo lên). Động tác này nhằm đề phòng lộn tử cung và để rau sổ theo hướng độ cong của khung chậu.

	- Khi bánh rau đã ra đến lỗ ngoài âm đạo thì tay giữ dây rốn hạ thấp xuống cho trọng lượng bánh ra kéo màng ra theo. Nếu màng không ra thì hai tay người đỡ giữ bánh rau xoắn theo 1 chiều để màng rau thoát ra ngoài. - Nếu kéo dây rốn trong 30 - 40 giây mà bánh rau không tụt xuống thấp (nghĩa là không có dấu hiệu bong rau) thì dừng lại không tiếp tục kéo dây rốn nữa. - Lúc này chỉ giữ dây rốn và chờ đến lúc tử cung co bóp trở lại. - Tiếp tục lặp lại động tác kéo dây rốn vừa phải cùng với ấn ngược tử cung khi có cơn co. - Khi kéo, nếu thấy dây rốn dài ra, khó thao tác có thể cuộn dây rốn vào panh (kẹp dây rốn) cho ngắn lại, nếu cần thiết thì dùng panh cặp lại dây rốn sát vào âm hộ. Chú ý: - Động tác kéo dây rốn, không được làm quá thô bạo. - Không được kéo dây rốn mà không dùng bàn tay thứ hai đẩy tử cung theo chiều ngược lên về phía xương ức Thì 3. Xoa tử cung: - Ngay lập tức sau khi rau sổ phải xoa tử cung cho đến khi tử cung co chặt. - Cứ 15 phút xoa tử cung một lần trong vòng 2 giờ đầu - Bảo đảm tử cung vẫn co tốt sau khi kết thúc xoa tử cung Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Các bước tiếp theo thực hiện như trước, tức là phải kiểm tra bánh rau, màng rau để đảm bảo không sót rau hay sót màng. Nếu tiếp tục chảy máu, phải tìm các nguyên nhân khác gây băng huyết sau đẻ (rách đường sinh dục, sót rau) và thực hiện xử trí phù hợp với từng nguyên nhân. - Nếu chỉ có 1 bác sỹ/nữ hộ sinh tham gia đỡ đẻ thì các bước thực hiện đến khi thai sổ, người đỡ đẻ giao bé cho mẹ ôm trong khi chuẩn bị tiến hành lấy rau. Các bước lấy rau tiếp tục tiến hành như hướng dẫn cho đến khi rau và màng rau đã sổ ra. Lúc này, người đỡ đẻ hướng dẫn và giám sát sản phụ tự xoa tử cung 15 phút/lần qua thành bụng cho đến khi tử cung co tốt. Người đỡ đẻ tiến hành làm rốn và mặc áo cho trẻ sơ sinh và đặt trẻ lên bụng mẹ để mẹ cho bú sớm.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	- Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

02. CẮT VÀ KHÂU TẦNG SINH MÔN (13.34)

1. ĐẠI CƯƠNG	Mục đích cắt chủ động tầng sinh môn để thai sổ ra dễ dàng, không làm rách tầng sinh môn và vết khâu liền tốt.
2. CHỈ ĐỊNH	1. Cắt tầng sinh môn vì lý do người mẹ - Tầng sinh môn cứng, dày, hẹp, âm hộ và tầng sinh môn phù nề do chuyển dạ kéo dài, thăm khám nhiều. - Trong các bệnh lý của mẹ cần cho thai phải sổ nhanh để đảm bảo sức khỏe cho người mẹ: như suy tim, tiền sản giật, cao huyết áp. 2. Cắt tầng sinh môn vì lý do thai nhi - Thai to toàn bộ hoặc đầu to. - Các kiểu sổ bất thường như sổ chằm cùng, ngôi mặt, ngôi mông. - Thai non tháng, thai có nguy cơ bị ngạt. 3. Cắt tầng sinh môn khi làm các thủ thuật như forceps, đỡ đẻ ngôi mông...
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	Chống chỉ định cắt tầng sinh môn khi không lấy thai được đường dưới
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sĩ sản khoa, nữ hộ sinh b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	- 2-4 ống Lidocain 2% - 01 ống nước cất 5-10ml - Povidin 10%: 100ml
5.3. Vật tư	- 1 bơm tiêm 10ml - Găng tay vô khuẩn 05 đôi
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ cắt khâu tầng sinh môn bao gồm: 1 kéo thẳng đầu tù, 1 kìm cặp kim, 1 panh đỡ kim, 1 panh sát trùng, 1 cốc đựng dung dịch sát trùng. - Chỉ khâu (chỉ vicryl rapid hoặc chỉ cat gut, lanh,...). - Săng gạc vô khuẩn - 10ml dung dịch sát trùng: povidin hoặc polyvidin...
5.5. Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Kiểm tra toàn trạng, mạch, huyết áp, máu âm đạo. Phải chắc chắn không còn sót rau, tử cung co tốt, không rách âm đạo mới tiến hành khâu tầng sinh môn.
5.6. Hồ sơ BA	Bệnh án sản khoa theo quy định, có khám lâm sàng và xét nghiệm.
5.7. Thời gian	5-30 phút, có thể lâu hơn nếu rách phức tạp
5.8. Địa điểm	Phòng đẻ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: sản khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: Đúng bệnh án, bệnh án đầy đủ xét nghiệm - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, ... Thì 1. Sát trùng vùng âm hộ tầng sinh môn Thì 2. Gây tê vùng tầng sinh môn định cắt bằng Lidocain 2% 4ml + 5ml nước cất. Nếu người bệnh đã được gây tê ngoài màng cứng để giảm đau rồi thì không cần gây tê tại chỗ nữa. Thì 3. Cắt tầng sinh môn: - Kỹ thuật mà nhiều người áp dụng là cắt chéo 45° tại vị trí 7 giờ. Sản phụ nằm tư thế đẻ thường, trong cơn co tử cung, khi tầng sinh môn và âm hộ phồng căng hoặc khi kéo forceps, giác hút dùng một kéo thẳng và sắc cắt chéo 45° từ mép sau của âm hộ (thường cắt ở bên phải của sản phụ). Cắt 2 – 4 cm tùy mức

	độ cần thiết. Đường cắt này sẽ cắt các cơ thắt âm hộ, cơ ngang nông và sâu, cùng với thành âm đạo và da dùng tầng sinh môn. - Không cắt sâu tới cơ nâng hậu môn. - Không cắt ngang vị trí 9 giờ để tránh vào những tổ chức dễ chảy máu như tuyến Bartholin, các tổ chức xốp vùng âm hộ và cũng không cắt theo đường giữa để tránh nút thớ trung tâm vùng sinh môn, cơ thắt hậu môn và trực tràng. - Thường cắt 1 bên là đủ, nếu cần thiết thì cắt cả 2 bên. Thì 4. Khâu tầng sinh môn: - Chỉ khâu tầng sinh môn khi chắc chắn rau thai đã sổ, không sót rau, đã kiểm soát được đờ tử cung và các sang chấn đường sinh dục. - Nếu đường cắt tầng sinh môn không rách thêm, chúng ta sẽ thực hiện 3 mũi khâu vắt bằng chỉ vicryl rapid: + Mũi khâu vắt thứ nhất bắt đầu từ trên vết cắt trong âm đạo 0,5cm ra tới góc của màng trinh phía ngoài; khâu hết đến tận đáy kéo hai mép của âm đạo góc của màng trinh sát vào nhau. + Mũi khâu vắt thứ hai: bắt đầu từ đỉnh của vết cắt tầng sinh môn phía ngoài vào tới góc của màng trinh phía trong. Khâu từ phần dưới da cho đến góc của màng trinh phía trong. + Khâu vắt dưới da hoặc trong da để tạo cho sẹo tầng sinh môn nhỏ và mềm mại. (Ở những cơ sở y tế không có chỉ đảm bảo cho khâu vắt chúng ta có thể khâu mũi rời với 3 thì khâu như trên. Lớp ngoài cùng nên khâu mũi rời bằng chỉ không tiêu và sẽ cắt chỉ ngoài da sau 5 ngày). Nếu vết rách sau ở trong âm đạo và rách sâu ở tầng sinh môn thì chúng ta phải khâu mũi rời. Khâu da nên khâu luôn trong da bằng chỉ vicryl rapid để cho sẹo nhỏ và mềm mại Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. Theo dõi - Giữ vết khâu sạch và khô. Cắt chỉ vào ngày thứ 5 nếu khâu da bằng chỉ không tiêu. - Nếu vết khâu không liền do nhiễm khuẩn phải xử trí tại chỗ, không khâu lại ngay. 2. Xử trí tai biến - Chảy máu do có khoảng trống giữa các lớp khâu: khâu lại cho các lớp liền và ép vào nhau. - Nhiễm khuẩn: + Cắt chỉ tầng sinh môn cách quãng, rửa sạch, kháng sinh tại chỗ và toàn thân. + Vệ sinh, rửa bằng dung dịch sát trùng, sử dụng kháng sinh điều trị.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản Phụ

03. KHÂU PHỤC HÔI RÁCH ÂM ĐẠO (13.30)

1. ĐẠI CƯƠNG	Rách âm đạo thường xảy ra sau đẻ thường hoặc đẻ thủ thuật như forceps... Rách âm đạo thường kèm theo rách tầng sinh môn. Tùy theo tổn thương, rách âm đạo được chia ra 3 loại: - Rách âm đạo ở mức thấp: là loại rách ở 1/3 dưới âm đạo, thường kèm theo rách âm hộ và tầng sinh môn. - Rách âm đạo ở phần giữa: ít gặp hơn, tổn thương nặng, chảy máu nhiều hơn và khó phát hiện nếu không bộc lộ rõ. - Rách âm đạo cao: là rách ở 1/3 trên âm đạo, ít gặp thường kèm theo rách cùng đồ. Rách âm đạo nếu không được phát hiện xử trí kịp thời có thể gây mất máu cấp, gây choáng và có khi tử vong. 2) Triệu chứng - Ra máu âm đạo nhiều hay ít tùy theo tổn thương - Tổn thương rách ở âm đạo có thể ở thành phải, thành trái hoặc thành sau âm đạo. Cần phải dùng 2 van âm đạo bộc lộ từng phần của âm đạo: mặt dưới, mặt bên phải, mặt bên trái, phía trên và cùng đồ để đánh giá và phân loại tổn thương mới có thể có thái độ xử trí đúng đắn.
2. CHỈ ĐỊNH	Chỉ định khâu phục hồi âm đạo phải được thực hiện ngay sau khi chẩn đoán tổn thương âm đạo để tránh mất máu cho sản phụ.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Tùy theo mức độ rách nông, rách sâu, rách ở ngoài, hay ở trong. - Rách ở 1/3 ngoài, rách nông: NHS có kinh nghiệm, BS sản khoa. - Rách 1/3 ngoài, rách sâu, rách ở trong, rách 1/3 trên: nữ hộ sinh có kinh nghiệm hoặc bác sỹ sản khoa phụ. b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý
5.2. Thuốc	- lidocain 2%: 2-4 ống, thuốc đặt giảm đau - Thuốc tiền mê, giảm đau: pethidin 1 ống - Nước cất 5-10ml 01 ống
5.3. Vật tư	- Bơm tiêm 10ml 1 cái - Vật tư khác tùy tình hình
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- 2 van âm đạo - 2 panh hình tim cặp CTC - 1 panh sát trùng - 1 kéo thẳng đầu tù, sắc - 1 panh cặp kim - 1 panh đỡ kim - 1 cốc đựng dung dịch sát trùng - 1 đến 2 sợi chỉ vicryl số 1, hoặc catgut số 1 - 1 bơm tiêm 10ml - 50ml dung dịch polydin hoặc polyvidin.
5.5. Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...: - Đánh giá toàn trạng người bệnh: lượng máu mất, mạch, huyết áp, toàn trạng, mức độ co tử cung sau đẻ (nếu co kém cần dùng thuốc co tử cung); các bệnh của người mẹ đặc biệt các bệnh có liên quan đến đông cầm máu như giảm tiểu cầu, APTT kéo dài, giảm fibrinogen... - Cần hỏi người bệnh và kiểm tra bệnh án để không bỏ sót các ca dị ứng với các thuốc gây tê, giảm đau, kháng sinh

5.6. Hồ sơ BA	Bệnh án sản khoa theo quy định, đầy đủ xét nghiệm
5.7. Thời gian	10- 30 phút, lâu hơn tùy tình hình
5.8. Địa điểm	Phòng đẻ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: sản khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: Đúng hồ sơ, bệnh án đầy đủ xét nghiệm - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh,... - Sát trùng âm đạo TSM, thông tiểu, người phụ giữ van bộc lộ âm đạo. - Giảm đau bằng gây tê tại chỗ Lidocain 2% 4ml +5ml nước cất (trừ khi thai phụ đã được gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong và sau đẻ), có thể kết hợp thuốc tiền mê, giảm đau khác - Khâu lại vết rách . + Khâu từ trên xuống dưới. + Khâu 1 lớp khâu vắt (bằng chỉ vicryl hay chỉ tự tiêu khác) nếu rách nông. + Khâu nhiều lớp, khâu mũi rời bằng chỉ tự tiêu nếu rách sâu, phức tạp. Lớp trên khâu chồng lên lớp dưới để tránh máu tụ, lớp dưới phải khâu sâu đảm bảo vừa sát qua đáy của tổn thương để đề phòng máu tụ mà lại không vào trực tràng. + Sát trùng âm đạo sau khi khâu xong. + Cho 1 ngón tay vào hậu môn kiểm tra xem có khâu vào trực tràng không, nếu có phải cắt chỉ khâu lại. + Sát trùng hậu môn Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp. - Theo dõi chảy máu âm đạo: nếu chảy máu phải kiểm tra khâu lại. - Theo dõi tụ máu: có khối máu tụ, thai phụ thường tức vùng âm đạo, có cảm giác chèn ở vùng hậu môn trực tràng và có cảm giác mót rặn. Kiểm tra âm đạo và cắt chỉ lấy hết máu tụ, khâu lại cho hết phần đáy, khâu mũi rời nhiều lớp tránh để khe hở. - Theo dõi lượng máu mất và các xét nghiệm hồng cầu, hemoglobin khi cần thiết phải truyền máu. - Dùng kháng sinh 5 ngày sau khi khâu
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

04. KHÂUPHỤC HỒI RÁCH CỔ TỬ CUNG (13.30)

1. ĐẠI CƯƠNG	Rách cổ tử cung (CTC) là thương tổn thường gặp có hoặc không kèm theo rách âm đạo và tầng sinh môn. Tùy theo tổn thương để phân loại độ rách. Rách CTC dưới chỗ bám của thành âm đạo, tổn thương nhẹ, chảy máu ít nhiều tùy theo vị trí rách. Rách CTC trên chỗ bám của thành âm đạo, tổn thương nhẹ, chảy máu ít, nhiều tùy theo vị trí rách. Rách CTC thường gây chảy máu nhiều nhưng không được phát hiện và xử trí kịp thời có thể gây choáng và gây tử vong. *NGUYÊN NHÂN - CTC xơ cứng do có sẹo, do rách cũ, mổ cắt cụt CTC, viêm nhiễm CTC đã đốt điện nhiều lần. - CTC phù nề do chuyển dạ lâu, thăm khám nhiều lần. - Rặn quá sớm khi CTC chưa mở hết, đầu chưa lọt. - Sau khi làm thủ thuật fooc xép, giác hút... * TRIỆU CHỨNG, CHẨN ĐOÁN - Chảy máu ít hay nhiều tùy theo thương tổn rách. - Tử cung vẫn co tốt. - Cần dùng 2 van âm đạo bọc lộ rõ âm đạo, CTC. Dùng 2 kẹp hình tim cặp từng phần CTC để phát hiện tổn thương giữa 2 cặp, đánh giá tất cả các vết rách để xử trí kịp thời có hiệu quả.
2. CHỈ ĐỊNH	Chỉ định khâu phục hồi cổ tử cung phải được thực hiện ngay sau khi chẩn đoán có tổn thương cổ tử cung để tránh mất máu cho sản phụ.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Một Bác sĩ sản khoa có kinh nghiệm, 1 Bác sĩ sản khoa hoặc 1 nữ hộ sinh có kinh nghiệm phụ. b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc tiền mê giảm đau; pethidin 100mg - Thuốc gây tê tại chỗ: lidocain 2% 2-4ml - Nước cất: 5-10ml
5.3. Vật tư	Bơm tiêm 5-10ml 1-2 cái
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- 2 van âm đạo - 2 panh hình tim cặp CTC - 1 panh sát trùng - 1 kéo thẳng đầu tù, sắc - 1 panh cặp kim - 1 panh đỡ kim - 1 cốc đựng dung dịch sát trùng - 1 đến hai sợi chỉ vicryl số 1, hoặc catgut - 1 bơm tiêm 10ml - 50ml dung dịch polydin hoặc polyvidin.
5.5 Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...: - Người bệnh phải được đánh giá toàn diện: lượng máu mất, mạch, huyết áp, toàn trạng, mức độ co chắc của tử cung sau đẻ (nếu co kém cần dùng thuốc co tử cung); các bệnh của người mẹ đặc biệt các bệnh có liên quan đến đông cầm máu như giảm tiểu cầu, APTT kéo dài, giảm fibrinogen... - Chúng ta cần hỏi người bệnh và kiểm tra bệnh án để không bỏ sót các ca

	dùng với các thuốc gây tê, giảm đau, kháng sinh.
5.6. Hồ sơ BA	Bệnh án sản khoa theo quy định, có khám lâm sàng và xét nghiệm.
5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật	10-30 phút, có thể lâu hơn tùy tình hình thực tế
5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật	Phòng đẻ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Sản khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: Đúng hồ sơ, bệnh án đầy đủ xét nghiệm - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh,... Tiến hành - Giảm đau cho sản phụ (nếu chưa có gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong và sau đẻ). - Khâu vùng rách cổ tử cung. Chú ý quan sát rõ hai mép rách để khâu và tránh khâu nhầm môi dưới và môi trên ở hai bên. Khâu bằng chỉ tự tiêu. - Khâu lại vết rách ngoài tử cung (cùng đồ nếu có) bằng chỉ tiêu mũi rời. Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp. - Theo dõi chảy máu: nếu chảy máu phải kiểm tra kỹ khâu lại. - Theo dõi lượng máu mất, các xét nghiệm hồng cầu, hemoglobin, khi cần thiết phải truyền máu. - Dùng kháng sinh 5 ngày sau khi khâu
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

05. ĐỒ ĐỀ THƯỜNG NGÔI CHỖM (13.33)

1.ĐẠI CƯƠNG	Ngôi chỏm là ngôi đầu cúi, thường gặp nhất trong các ngôi ở thời kỳ chuyển dạ. Với ngôi chỏm đa số có thể đẻ thường, song nếu ngôi cúi không tốt, kiểu thể sau hoặc những sự cố bất thường nào khác ở tử cung hay phần phụ đều có thể gây đẻ khó Đỡ đẻ thường ngôi chỏm là thủ thuật tác động vào thì sổ thai để giúp cuộc đẻ được an toàn theo đường âm đạo mà không cần can thiệp, ngoại trừ một số trường hợp cần cắt tầng sinh môn
2. CHỈ ĐỊNH	- Thai ngôi chỏm, cổ tử cung mở hết, ối vỡ, đầu đã lọt thấp thấp thò ở âm hộ và chuẩn bị sổ
3.CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Thai tiên lượng không có khả năng đẻ được theo đường dưới. - Ngôi chỏm chưa lọt.
4.THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Một kíp đỡ đẻ ngôi chỏm cần có 1-2 người: 01 bác sĩ, 01 hộ sinh b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc gây tê: lidocain 2% 2-4 ống - Thuốc tăng co tử cung: oxytocin 10đv, thuốc tăng co khác: methylergometrin, hemotocin, thuốc cầm máu, dịch truyền ... - Nước cất 5-10ml
5.3 5.3. Vật tư	- Bơm tiêm 5ml, 10ml, găng tay vô khuẩn, dây truyền kim luồn...
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Súng vô khuẩn - Dung dịch sát trùng Povidine 10% (50ml). - Ống thông bàng quang 01 cái. - Hộp dụng cụ cắt – khâu TSM. - Hộp dụng cụ đỡ đẻ. - Máy hút dịch. - Ống hút nhót trẻ sơ sinh (01 cái). - Dụng cụ và thuốc hồi sức sơ sinh (01 hộp
5.5 Người bệnh	- Được động viên, hướng dẫn cách thở, rặn đẻ và thư giãn ngoài cơn rặn, được thông đái, sát khuẩn vùng sinh dục ngoài, trải súng vô khuẩn
5.6. Hồ sơ BA	- Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án sản khoa và các xét nghiệm cơ bản, siêu âm để có thể chuyển sang mổ cấp cứu khi cần.
5.7. Thời gian	2 phút-01h
5.8. Địa điểm	Phòng đẻ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Sản khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: đầy đủ bệnh án, xét nghiệm cần thiết - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh A. Kỹ thuật đỡ đẻ ngôi chỏm kiểu chằm vệ 1. Thời điểm đỡ đẻ CTC mở hết Ói đã vỡ (chưa vỡ thì bấm ói); Ngôi thai đã lọt và thấp 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.

2. Kỹ thuật đỡ đẻ

Đỡ đầu

Giúp đầu cúi tốt: ấn nhẹ nhàng vào vùng cằm 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 cằm 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.

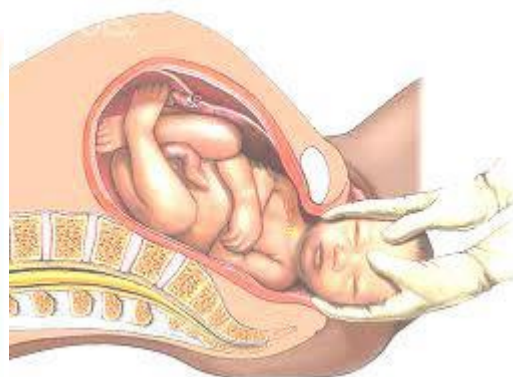


Place a clean pad over the back passage (anus). If a bowel movement occurs wipe it from front to back to avoid soiling the birth canal.

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



Đỡ thân, mông và chi

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

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

	B. 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 chòm 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 rốn 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. Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	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. Cách xử trí một số tai biến sau đẻ Ngay sau khi sổ thai, rau bong dở đang 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 chờ 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.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	- Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản; - Quyết định số 4128/ QĐ-BYT ngày 29/7/2016 về việc phê duyệt tài liệu “hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản”

06 Đỡ đẻ ngôi ngược (*) (13.24)

1.ĐẠI CƯƠNG	Ngôi mông là một ngôi đẻ khó, nhưng vẫn có thể đẻ đường dưới được. Ngôi mông có tần suất 2 - 6% trong tổng số các cuộc chuyển dạ. Ngôi mông có tỷ lệ rất cao ở các ca đẻ non.
2. CHỈ ĐỊNH	Có thể lựa chọn cho đẻ đường âm đạo dưới các ca sau: - Ngôi mông hoàn toàn hoặc không hoàn toàn kiểu mông. - Tuổi thai > 34 tuần. - Trọng lượng thai dự đoán 2500 -3000g. - Đầu thai nhi cúi tốt. - Khung chậu người mẹ rộng - Không có chỉ định mổ lấy thai cả về phía mẹ hoặc con. - Biểu hiện của mẹ trong quá trình chuyển dạ thuận lợi, không có tình trạng nguy hiểm cho mẹ và con. - Xác định các dị tật có thể làm thai chết.
3.CHỐNG CHỈ ĐỊNH	1. Chống chỉ định về phía mẹ: - Bất thường khung chậu. - Có khối u tiền đạo. - Có sẹo mổ cũ ở tử cung. - Tổn thương ở vùng chậu và tầng sinh môn. - Các bệnh lý của mẹ lúc mang thai(đái đường, cao huyết áp...) - Các bệnh lý tim mạch, suy hô hấp. 2. Chống chỉ định do phần phụ của thai: - Rau tiền đạo. - Đa ối. - Dây rốn ngắn hoặc dây rốn quấn cổ. 3. Chống chỉ định về phía thai: - Suy thai mãn. - Đầu ngửa nguyên phát. - Đẻ non, thai 1500-2500 gr. - Trọng lượng thai dự đoán > 3000gr. - Thai già tháng. - Đa thai có hơn 1 thai là ngôi mông
4. ĐIỀU KIỆN	1. Đỡ đẻ ngôi mông đường âm đạo được thực hiện do một người có kinh nghiệm sẽ an toàn và khả thi với những điều kiện sau đây: - Ngôi mông hoàn toàn hoặc ngôi mông không hoàn toàn. - Khung chậu bình thường. - Thai nhi không quá lớn. - Không có sẹo mổ cũ ở tử cung. - Đầu thai cúi tốt. - Khám sản phụ thường xuyên và ghi lại quá trình chuyển dạ trên biểu đồ chuyển dạ. - Nếu ối vỡ, khám sản phụ ngay lập tức để loại trừ sa dây rốn. Lưu ý: - Không được bấm ối. - Nếu có sa dây rốn và cuộc đẻ không xảy ra ngay lập tức, chỉ định mổ lấy thai. - Nếu nhịp tim thai bất thường (<100 hoặc >180 lần/phút) hoặc chuyển dạ kéo dài, chỉ định mổ lấy thai. - Phân su thường gặp trong ngôi mông và đó không phải là dấu hiệu suy thai nếu nhịp tim thai bình thường. - Sản phụ không được rặn cho đến khi cổ tử cung mở hết. Phải khám âm đạo để xác định cổ tử cung mở hết.

5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Một kíp đỡ đẻ ngôi mông cần có 1-2 người - Chỉ nên cho đỡ đường âm đạo ở những nơi có điều kiện phẫu thuật và hồi sức sơ sinh tốt. - Khi quyết định cho đỡ đường âm đạo trong ngôi mông, nên chọn bác sĩ sản khoa có kinh nghiệm đỡ đẻ ngôi mông. - Một người gây mê có khả năng hồi sức sơ sinh hoặc triển khai nhanh cuộc mổ cấp cứu. - Có sẵn kíp gây mê, bác sĩ nhi khoa để hỗ trợ khi cần. - b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc gây tê: lidocain 2% 2-4 ống - Thuốc tăng co tử cung: oxytocin 10đv, thuốc tăng co khác: methylergometrin, hemotocin, dịch truyền ... - Nước cất 5-10ml
5.3 5.3. Vật tư	- Bơm tiêm 5ml, 10ml, găng tay vô khuẩn, dây truyền kim luôn
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Một bộ khăn vải vô trùng (04 cái). - Găng tay vô khuẩn (04 đôi). - Dung dịch Glucose 5%, Glucose 10%, Bicarbonate natri 4,2%. - Dây truyền dịch (01 bộ). - Thuốc Oxytocin 5 đơn vị (2 – 4 ống), thuốc tê Lidocain 2%. - Bơm tiêm (03 cái). - Dung dịch sát trùng Povidine 10% (50ml). - ống thông bàng quang 01 cái. - Forcep Piper để lấy đầu hậu. - Hộp dụng cụ cắt – khâu TSM. - Hộp dụng cụ đỡ đẻ. - Máy hút dịch. - ống hút nhót trẻ sơ sinh (01 cái). - Dụng cụ và thuốc hồi sức sơ sinh (01 hộp)
5.5 Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...: Sản phụ phải được tư vấn về thuận lợi và nguy cơ của sinh ngôi mông đường âm đạo, cách rặn để phối hợp với bác sĩ trong quá trình rặn sổ thai. Lựa chọn đỡ đường âm đạo khi có các điều kiện sau: - Cổ tử cung đã mở hết. - Con co tử cung phải hiệu quả, không có nguy cơ gián đoạn chuyển dạ. - Luôn luôn theo dõi, kiểm tra chuyển dạ ngay khi có sự xoá mở cổ tử cung. - Chuẩn bị sẵn forceps để lấy thai khi cần thiết.
5.6. Hồ sơ BA	Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án sản khoa và các xét nghiệm cơ bản, siêu âm để có thể chuyển sang mổ cấp cứu khi cần.
5.7. Thời gian	10’ - 01h tùy tình hình thực tế
5.8. Địa điểm	Phòng đẻ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: sản khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: đầy đủ bệnh án, xét nghiệm cần thiết - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh Giai đoạn cho sản phụ rặn để chỉ được tiến hành khi có đủ các điều kiện sau đây: - Cổ tử cung đã mở hết và ngôi thai đã xuống sát với tầng sinh môn. - Chỉ cho sản phụ rặn khi có cơn co tử cung.

	- Đảm bảo cơ cấu tử cung có hiệu quả, truyền nhỏ giọt Oxytocin có hệ thống từ lúc bắt đầu cho sản phụ rặn. - Cắt tầng sinh môn chủ động có hệ thống khi tầng sinh môn giãn căng. - Không dùng bất cứ một thủ thuật nào khi sổ thai cho tới khi xuất hiện đỉnh của xương bả vai thai nhi. 1) Đỡ đẻ * Đỡ đẻ ngôi mông theo phương pháp Vermelin - Đỡ thai nhi sổ tự do do sự kết hợp của cơ cấu tử cung và sức rặn của mẹ. - Khi mông hoặc chân chuẩn bị sổ thì cắt tầng sinh môn. - Trải một khăn vải ở dưới tầng sinh môn. - Khi thai sổ đến bụng, người đỡ đẻ luôn ngón tay nói lỏng dây rốn. - Đẩy trên bụng mẹ ở phía đáy tử cung. - Giúp cho đầu hậu sổ kịp thời tránh cho trẻ hít phải nước ối. - Người thầy thuốc sản khoa là người quan sát tích cực, không vội vã, càng ít đụng chạm vào thai nhi càng tốt. * Đỡ đẻ ngôi mông theo phương pháp Sôvianốp (ngôi mông không hoàn toàn). - Khi mông sổ hai bàn tay người đỡ đẻ ôm lấy đùi và hông thai, các ngón cái ở phía đùi các ngón khác phía xương cụt. - Trong cơn rặn hướng cho khối thai ra trước và giữ cho chi dưới của thai luôn áp sát vào bụng và ngực. - Khi sổ vai tiêm thuốc Oxytocin. - Giúp sổ đầu hậu đồng thời hướng thai ra trước cho lưng thai sát vào phần trước âm hộ, lật ngửa thai lên bụng mẹ cho sổ đầu (giống như thủ thuật Bracht). * Đỡ đẻ ngôi mông hoàn toàn theo phương pháp Sôvianốp: - Giữ không cho chân và mông không sổ sớm: dùng gạc lớn đặt trước âm hộ và lấy lòng bàn tay đè lên gạc trong cơn co. - Hướng dẫn sản phụ rặn thật tốt. - Thời gian giữ từ vài phút đến 15 – 20 phút cho tới khi tầng sinh môn giãn hết mức. - Lúc không thể giữ nữa và bắt đầu cho rặn sổ. - Các động tác đỡ thai khác tuân tự được tiến hành như khi đỡ ngôi mông theo đường dưới một cách tự nhiên. 2) Các thủ thuật thường dùng khi đỡ đẻ ngôi mông * Các thủ thuật đỡ đầu hậu - Thủ thuật Bracht: + Người đỡ đẻ giữ thai với hai bàn tay: các ngón tay cái vào mặt trước đùi, bằng các động tác phối hợp đưa thai ra trước, lên trên và lật ngửa thai lên bụng mẹ, không được lôi kéo vào thai. + Người đỡ phụ ấn tay vào đáy tử cung giúp cho đầu thai ra dễ dàng hơn. + Khi thai đã sổ qua cằm, người đỡ có thể luôn ngón tay vào miệng thai nhi giúp đầu cúi để sổ dễ hơn. - Thủ thuật Mauriceau: Thủ thuật này thường chỉ định cho các sản phụ đẻ con so, thai có thể hơi to, tầng sinh môn rắn, cần tiên lượng những khó khăn và nếu thấy có chỉ định thì làm ngay thủ thuật Mauriceau. Thời điểm bắt đầu làm Mauriceau là khi vai và 2 chi trên đã sổ hẳn ra ngoài âm hộ. Cách làm: - Cho thai nhi cưỡi lên cẳng tay người đỡ đẻ. - Hai ngón tay trở và giữa cho vào miệng của thai đến tận đáy lưỡi ấn cho cằm sát vào ngực giúp cho đầu cúi thêm. - Bàn tay ngoài đặt trên lưng, sát vai dùng các ngón ấn vào vùng cằm để phối hợp cùng lúc với bàn tay bên trong làm cho đầu cúi.
--	--

	- Sau đó dùng các ngón bàn tay ngoài ôm lấy 2 vai và kẹp ngón trỏ – giữa ôm lấy gáy thai rồi phối hợp với tay trong kéo thai xuống, đưa đầu về chằm – vệ, hướng thai ra ngoài lật lên phía bụng mẹ. - Người phụ đẩy vào tử cung giúp cho đầu sổ dễ hơn. - Cắt nới rộng tầng sinh môn * Các thủ thuật hạ tay - Thủ thuật LOVSET + Khi thai nhi sổ đến mỏm xương bả vai, người đỡ đỡ đưa ngón tay lên kiểm tra xem tay thai nhi có bị گیر lên cao hay không. Nếu tay bị گیر cao thì bắt đầu ngay thủ thuật hạ tay. + Người đỡ đỡ nắm giữ thai nhi bằng 2 bàn tay, ngón cái ở vùng thắt lưng, long bàn tay ở 2 hông, các ngón tay khác ở phía bụng. + Thực hiện vòng quay đầu tiên 90° cho lưng thai quay sang phải để cánh tay trước của thai xuống dưới xương vệ sẽ sổ. + Sau đó tiến hành vòng quay thứ 2, 180° theo hướng ngược lại để đưa tay sau ra trước, khuỷu tay sẽ xuất hiện ở âm hộ. + Tiếp đó thai sẽ được hạ xuống, cố định chằm dưới khớp vệ cho đầu sổ. - Hạ tay theo phương pháp cổ điển: + Bao giờ cũng phải hạ tay sau xuống trước. + Một bàn tay cầm chân thai nhấc lên và về phía đối diện với lưng của thai. + Bàn tay còn lại luồn vào âm đạo theo ngực cầm đi dần lên. + 2 ngón tay trỏ và giữa đi dọc theo cánh tay tìm đến nếp khuỷu thì ấn vào nếp đó để căng tay gấp lại và bàn tay vượt qua mặt thai nhi để đưa xuống dưới. Động tác này người ta ví như mèo rửa mặt + Khi tay đã xuống, vào tới âm đạo thì gỡ dần ra theo mép sau âm hộ. + Đối với tay trước, lại luồn tay lên làm các thao tác như trên. + Ca không thể luồn tay lên được thì phải xoay 180° biến tay trước thành tay sau. Nếu tay đó chưa sổ thì làm thao tác gỡ tay sau như đã mô tả trên. Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Nếu đầu bị ngửa hay không quay về chằm vệ thì thời gian kéo đầu thai nhi quá lâu làm thai nhi bị ngạt hay bị sang chấn sọ não. - Tầng sinh môn có thể bị rách rộng khi đầu thai sổ, nên cắt nới tầng sinh môn trước để thai sổ dễ dàng.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản Phụ

07. ĐỖ ĐẼ TỪ SINH ĐÔI TRỞ LÊN (13.26)

1. ĐẠI CƯƠNG	Sinh đôi là thai nghén có nguy cơ cao. Đặc điểm "nguy cơ cao" xảy ra ngay cả trong thời kỳ mang thai cũng như trong chuyển dạ đẻ. Thành công hay thất bại khi đỡ đẻ song thai tùy thuộc vào chẩn đoán chính xác các ngôi, thể của hai thai, sự chuẩn bị tốt các phương tiện chăm sóc, hồi sức cho mẹ và thai nhi, vào kiến thức, kỹ năng cũng như kinh nghiệm của người đỡ đẻ. Nguy cơ gặp trong cuộc đẻ song thai thường là suy thai, ngôi bất thường, sang chấn cho thai.
2. CHỈ ĐỊNH	Các ca chuyển dạ sinh đôi và cuộc chuyển dạ tiến triển thuận lợi.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Sinh đôi hai thai dính nhau. - Sinh đôi hai thai mắc nhau: thai thứ nhất là ngôi mông, thai thứ hai ngôi đầu do đó khi xuống hai thai có thể mắc nhau. - Thai 1 ngôi bất thường, ngôi vai. - Suy thai, sa dây rốn... - Tử cung có sẹo mổ cũ, rau tiền đạo, sản phụ sinh con so lớn tuổi. - Mẹ bị các bệnh lý không được đề đường âm đạo: bệnh tim mạch, cao huyết áp, tiền sản giật nặng... - Nơi không có phòng mổ, thiếu các phương tiện theo dõi, hồi sức cho sản phụ và trẻ sơ sinh
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Kíp đỡ đẻ có 2-3 người: 1 bác sĩ, 1-2 hộ sinh b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý
5.2. Thuốc	Thuốc co hồi tử cung: Oxytocin 10đv, Ergometrine, Alsoben, Duratocin, thuốc cầm máu transamin...
5.3. Vật tư	- Bơm kim tiêm 5-10ml, dây truyền, kim luồn...
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Hai hộp đỡ đẻ - Hai bộ làm rốn - Hai bộ khăn bông, áo tã cho trẻ sơ sinh - Hai bộ dụng cụ hồi sức sơ sinh. - Bộ sàng trải bàn vô khuẩn: 5 cái - Găng vô khuẩn: ít nhất 5 cặp - Dịch truyền, các phương tiện để hồi sức mẹ và sơ sinh
5.5. Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: - Sản phụ được tư vấn trước sinh về thuận lợi và khó khăn trong cuộc đẻ sinh đôi. - Thụt tháo, thông tiểu, vệ sinh âm hộ âm đạo
5.6. Hồ sơ BA	Ngoài các thủ tục của một bệnh án thông thường nên ghi rõ tình trạng của hai thai : ngôi thể của hai thai, dự kiến trọng lượng thai, tình trạng ối, dây rốn (xác định qua khám lâm sàng và siêu âm thai)
5.7. Thời gian	10'-01h
5.8. Địa điểm	Phòng đẻ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: b) Đặt tư thế người bệnh: Sản khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: đầy đủ bệnh án, xét nghiệm cần thiết - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh 1. Nguyên tắc: Luôn theo dõi tình trạng sức khỏe của người mẹ và hai thai, nhất là thai nhi thứ hai. Phát hiện kịp thời nguy cơ suy thai và có biện pháp xử trí thích hợp. - Do tử cung quá căng nên cơn co tử cung thường yếu và thưa, cổ tử cung mở chậm. Nếu đủ điều kiện có thể bấm ối cho tử cung bớt căng, điều chỉnh cơn co tử cung để chuyển dạ tiến triển tốt hơn.

	- Nên đặt một đường truyền tĩnh mạch để điều chỉnh cơn co tử cung và có thể hồi sức ngay cho mẹ và thai khi cần. - Kiểm tra, bổ xung hồ sơ đầy đủ trước khi đỡ đẻ. - Chuẩn bị đầy đủ các trang thiết cần thiết cho cuộc đẻ, cho mẹ và trẻ sơ sinh 2. Các bước tiến hành - Thì 1: đỡ đẻ thai nhi thứ nhất: Thai thứ nhất thường là ngôi thuận, đôi khi là ngôi mông. Thường ngôi lọt chậm, cơn co yếu. Nếu là ngôi chồm thì đỡ đẻ như bình thường, chú ý khi ối vỡ dễ gây sa dây rốn. Sau khi thai sổ kẹp chặt dây rốn về phía bánh rau trước khi cắt để ngăn ngừa mất máu của thai thứ hai nếu có tuần hoàn nối thông. - Thì 2: kiểm tra ngay ngôi, thể và tim thai của thai thứ hai: + Chú ý thai thứ hai luôn bị đe dọa trước nguy cơ thiếu oxy. Sau khi thai thứ nhất sổ, buồng tử cung trở thành quá rộng làm cho thai thứ hai không bình chỉnh tốt, dễ sinh ra ngôi bất thường như ngôi vai, ngôi ngược. + Lập tức khám ngay (khám ngoài và khám âm đạo) để kiểm tra ngôi, thể, kiểu thể của thai thứ hai. + Nếu đang truyền Oxytocin mà tử cung co mạnh, bóp chặt, khó xác định được ngôi, phải tạm thời ngừng truyền để tử cung bớt co, xác định được ngôi thai và cũng để thuận lợi hơn cho việc xoay thai trong nếu thai thứ hai ngôi bất thường. + Giai đoạn này cần nhanh, chính xác nhưng không vội vàng. Phải xác định rõ ngôi thai thứ hai trước khi quyết định. - Thì 3: đỡ đẻ thai thứ hai Tùy theo thai thứ hai là ngôi gì mà có hướng xử trí thích hợp: + Nếu ngôi đầu: tiếp tục truyền Oxytocin, chờ có cơn co tử cung rồi bấm ối, cố định ngôi và đỡ đẻ như thường lệ. + Nếu ngôi mông: đỡ đẻ như ngôi mông. + Nếu ngôi bất thường: ngôi vai, ngôi trán, thì phải bấm ối ngay và nội xoay thai thành ngôi mông. Sau đó đỡ đẻ ngôi mông như thường hoặc đại kéo thai ngay. + Trong song thai, thai nhi thường nhỏ, hơn nữa sau khi đẻ thai 1, buồng tử cung rộng nên việc xoay thai có thể tiến hành thuận lợi. Nếu quá chậm cô tử cung sẽ co lại, bong rau nên thai thứ hai dễ bị suy. Chú ý: + Chỉ tiến hành xoay thai thứ hai trong đẻ song thai với điều kiện ối còn, thai nhỏ, tử cung không co cứng bóp chặt phần thai, không bị ngôi vai sa tay. Nếu không đủ điều kiện phải mổ lấy thai. + Nếu nội xoay thai không đúng chỉ định và kỹ thuật dễ xảy ra tai biến như vỡ tử cung, thai bị sang chấn, bong rau, suy thai... - Thì 4: sổ rau; Sau khi thai sổ thai hai tiến hành xử trí tích cực giai đoạn 3, trong thời kỳ sổ nhau để có biến chứng chảy máu do dờ tử cung, do đó phải dùng thuốc co bóp tử cung ngay và duy trì nhỏ giọt tĩnh mạch. Kết thúc quy trình: - Đánh giá tình trạng người bệnh - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Nguy cơ sau khi thai sổ là dờ tử cung, do đó cần dự phòng bằng các thuốc tăng co tử cung, xoa tử cung đảm bảo tử cung co thành khối an toàn. - Cần theo dõi sát sản phụ những giờ đầu sau đẻ vì dễ xảy ra chảy máu do dờ tử cung thứ phát. Bảo đảm tốt chế độ dinh dưỡng để tạo cho sản phụ khả năng nhanh chóng phục hồi sức khỏe và có đủ sữa nuôi hai con.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	QĐ số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành HD QTKT khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

08. BÓC RAU NHÂN TẠO (13.38)

1. ĐẠI CƯƠNG	Bóc rau nhân tạo là cho tay vào buồng tử cung để lấy rau còn sót trong buồng tử cung ra sau khi thai đã sổ.	
2. CHỈ ĐỊNH	- Rau chậm bong: thường thì sau khi sổ thai 15 - 20 phút thì rau sẽ tự bong, nếu quá 30 phút rau không tự bong phải bóc rau - Chảy máu trong thời kỳ sổ rau khi rau còn nằm trong buồng tử cung - Những trường hợp cần kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung sau khi sổ thai, phải bóc rau nhân tạo ngay để kiểm soát buồng tử cung, như nghi vỡ tử cung sau khi làm thủ thuật đường dưới khó khăn (fooc-xếp cao, nội xoay thai, cắt thai hoặc sẹo mổ cũ ở tử cung...)	
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	Sản phụ đang choáng, phải hồi sức rồi mới bóc rau nhân tạo.	
4. THẬN TRỌNG		
5. CHUẨN BỊ		
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản, hộ sinh - Thủ thuật viên rửa tay, đi găng tay vô khuẩn như trong phẫu thuật. b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý	
5.2. Thuốc	- Thuốc giảm đau Dolosal 0,10g hay Fentanyl, pethidin 50mg - Dịch truyền glucose 5%, natriclorid 0.9%, còn 70*	
5.3. Vật tư	- Găng tay vô khuẩn: 03 đôi - Găng tay kiểm soát tử cung: 01 đôi - Bơm kim tiêm, dây truyền, kim luân	
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Sàng gác vô khuẩn	
5.5 Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...: - Được tư vấn và giải thích phải bóc rau để khỏi chảy máu và động viên sản phụ, thở đều, không co cứng bụng. - Thông tiểu, sát khuẩn tầng sinh môn, âm đạo, trải khăn vô khuẩn.	
5.6. Hồ sơ BA	Bệnh án sản khoa theo quy định, có khám lâm sàng và xét nghiệm đầy đủ	
5.7. Thời gian	- 03-10 phút	
5.8. Địa điểm	- Phòng đẻ	
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: sản khoa	
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: đầy đủ bệnh án, xét nghiệm cần thiết - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh 1. Nguyên tắc: - Phải bóc bằng hai tay - Phải làm trong điều kiện vô trùng 2. Các bước tiến hành - Bước 1. Tay trái đặt lên thành bụng để cố định đáy tử cung. - Bước 2. Tay phải cho vào âm đạo, qua cổ tử cung còn mở và lần theo dây rốn đến vùng rau bám. - Bước 3. Bóc bánh rau bằng cách dùng bờ trụ của bàn tay để lách giữa bánh rau và thành tử cung. Bóc từ dưới, từ ngoài rìa bánh rau rồi vòng lên tận bờ trên bánh rau để tránh sót rau, sót màng rau. - Bước 4. Khi rau bong hết thì tay trong tử cung kéo đẩy bánh rau ra ngoài, nhưng không rút tay ra khỏi tử cung, nếu cần tay trái kéo dây rốn lấy rau ra. - Bước 5. Khi bánh rau ra ngoài phải kiểm tra cả hai mặt bánh rau: mặt màng và mặt múi. - Bước 6. Sau khi bóc rau phải tiến hành kiểm soát buồng tử cung ngay.	

	* Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. Theo dõi - Mạch, huyết áp, toàn trạng và phản ứng của sản phụ. - Lượng máu chảy từ tử cung ra 2. Tai biến, dự phòng - Choáng do đau và sợ hãi khi cho tay vào bóc rau: vấn đề hồi sức trước và sau bóc rau là vô cùng quan trọng. - Sử dụng các thuốc giảm đau trước khi làm thủ thuật - Sử dụng thuốc co hồi tử cung sau bóc rau.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

09. KIỂM SOÁT TỬ CUNG (13.37)

1. ĐẠI CƯƠNG	Kiểm soát tử cung là thủ thật tiến hành sau khi rau đã sổ hoặc ngay khi bóc rau nhân tạo để kiểm tra xem có sót rau hoặc sót màng hay không và kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung.	
2. CHỈ ĐỊNH	- Chảy máu khi sổ rau. - Kiểm tra rau còn thiếu rau sau khi sổ, thấy nghi ngờ còn sót một phần của múi rau. Sốt 1/3 hay 1/4 màng rau. - Rau sổ kiểu múi (Duncan) mặt múi ra trước, hay gây sót rau, nên có chỉ định kiểm soát tử cung. - Kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung xem có vỡ tử cung không sau các thủ thuật khó khăn (foóc xép, nội xoay, cắt thai...) hoặc trên tử cung có sẹo phẫu thuật lấy thai cũ.	
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	Sản phụ đang choáng phải hồi sức sau đó mới kiểm soát tử cung	
4. THẬN TRỌNG		
5. CHUẨN BỊ		
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản, hộ sinh - Thủ thuật viên rửa tay, đội mũ, mặc áo đi găng tay vô khuẩn như trong phẫu thuật. b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý	
5.2. Thuốc	+ Thuốc tiền mê, giảm đau: pethidin 100mg + Thuốc hồi sức, trợ tim đề phòng choáng, thuốc co bóp tử cung: Oxytocin, Ergometrine	
5.3. Vật tư	- Bơm kim tiêm 5-10ml, dây truyền kim luôn... - Găng tay vô khuẩn: 02 đôi, găng tay kiểm soát tử cung 01 đôi	
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Săng vô khuẩn, bông, băng, cùn gạc...	
5.5. Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiền lượng...: - Giải thích cho sản phụ hiểu và nằm thoải mái, không co cứng thành bụng. - Giảm đau cho sản phụ bằng Dolargan, pethidin.. - Cho tay vào buồng tử cung lấy máu cục, rau, màng rau sót - Sát trùng	
5.6. Hồ sơ BA	- Bệnh án sản khoa theo quy định, có khám lâm sàng và xét nghiệm đầy đủ	
5.7. Thời gian	05 phút	
5.8. Địa điểm	Bàn đẻ trong phòng đẻ	
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật c) Đặt tư thế người bệnh: Sản khoa	
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: đầy đủ thông tin, xét nghiệm... - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh 1. Nguyên tắc: Thủ thuật được tiến hành ngay sau khi có chỉ định 2. Các bước Nếu kiểm soát tử cung sau khi bóc rau nhân tạo: sau khi bóc rau, không rút bàn tay phải ra khỏi tử cung âm đạo, mà dùng luôn bàn tay đó để kiểm soát tử cung. Bước 1. Tay trái đặt lên thành bụng nắm đáy tử cung để cố định tử cung Bước 2. Tay phải cho vào âm đạo, qua cổ tử cung, vào buồng tử cung tới tận đáy tử cung, Bước 3. Kiểm tra lần lượt đáy tử cung, mặt trước, mặt sau, hai bờ và hai sừng tử cung bằng các đầu ngón tay. Bình thường buồng tử cung phải nhẵn, không sần sùi. Nếu thấy các mảnh rau và các màng rau thì vét nhẹ nhàng, đồng thời kiểm	

	tra xem tử cung có bị rạn nứt không. Bước 4. Kiểm tra xong mới rút tay ra, tránh đưa tay vào nhiều lần dễ nhiễm khuẩn và choáng. Bước 5. Sau khi kiểm soát nếu tử cung co hồi chưa tốt thì dùng tay trong buồng tử cung nâng đáy tử cung lên sát thành bụng để người phụ tiêm 5 đơn vị Oxytocin vào cơ tử cung qua thành bụng, sau đó mới rút bàn tay ra. Bước 6. Sau khi bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung phải tiêm hoặc cho uống kháng sinh 5 ngày. * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. Theo dõi - Sau bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung phải đo lại mạch, huyết áp, - Theo dõi sự co hồi của tử cung - Mức độ chảy máu trong buồng tử cung. 2. Tai biến và dự phòng Đôi khi không thể cho tay vào buồng tử cung được vì eo tử cung bóp chặt lại. Khi đó thủ thuật viên phải chờ, rồi nong dần cổ tử cung bằng tay đồng thời tiêm thuốc giảm co bóp tử cung. Nếu không bóc được bánh rau vì rau bám chặt hoặc cài răng lược thì không nên cố sức bóc vì sẽ làm đứt cơ tử cung gây chảy máu nhiều: <u>phải cắt tử cung bán phần.</u>
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

10. NẠO SÓT THAI, NẠO SÓT RAU SAU SẤY, SAU ĐẺ (13.49)

1.ĐẠI CƯƠNG	Là thủ thuật dùng dụng cụ lấy hết phần thai và rau để tránh chảy máu và nhiễm khuẩn sau khi thai đã sảy
2. CHỈ ĐỊNH	- Thai sắp sảy, cổ tử cung xóa gần hết - Thai đang sảy, chảy máu - Thai đã sảy, nhưng đang chảy máu, cổ tử cung còn mở.
3.CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Sảy thai nhiễm khuẩn (chỉ nạo khi đã điều trị kháng sinh) - Sảy thai băng huyết, tụt huyết áp (phải hồi sức tích cực, vừa hồi sức vừa nạo)
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản - Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn. - Giải thích cho người bệnh yên tâm điều trị. b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Nữ hộ sinh, hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc tiền mê: pethidin hoặc dolagan, thuốc giảm tiết, chống dị ứng atropinsulphat, dimedron - Lidocaine 2%, 02 ống để gây tê cổ tử cung. - Dung dịch huyết thanh đẳng trương hoặc đường và các dịch thay thế máu. - Các loại thuốc co hồi tử cung, trợ tim, hồi sức.
5.3 5.3. Vật tư	- Bơm kin tiêm 5-10ml 2-3 cái... - Dây truyền kim luồn 01 bộ
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ nạo sảy và nong Hegar từ cỡ nhỏ đến to. - Săng, bông băng còn gạc...
5.5 Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Hỏi bệnh, khám toàn thân: đếm mạch, cặp nhiệt độ, đo huyết áp, nghe tim phổi, phát hiện những bệnh lý nội khoa kèm theo. - Khám xác định tuổi thai, tình trạng sảy thai, tư thế tử cung và độ mở của cổ tử cung. Xác định nguy cơ mất máu mất để chuẩn bị hồi sức. - Bệnh nhân nằm tư thế phụ khoa
5.6. Hồ sơ BA	- Bệnh án sản khoa theo quy định, có khám lâm sàng và xét nghiệm đầy đủ
5.7. Thời gian	5- 20 phút tùy tình trạng, diễn biến khi làm thủ thuật
5.8. Địa điểm	Phòng tiểu phẫu, phòng đẻ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Cho nằm tư thế phụ khoa.
6.TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: giải thích cho bệnh nhân, ký cam đoan thủ thuật... - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật - Sát khuẩn âm hộ, vùng tầng sinh môn - Sát khuẩn âm đạo, cổ tử cung - Trải khăn vô khuẩn dưới mông, trên bụng và hai bên đùi - Đeo găng vô khuẩn - Thông tiểu nếu cần - Đặt van, bộc lộ âm đạo, cổ tử cung - Dùng kẹp Pozzi cặp cổ tử cung (tùy tư thế tử cung mà kẹp mép trước hay mép sau cổ tử cung) - Gây tê tại chỗ cổ tử cung bằng Lidocain 2%, 10ml pha nước cất - Đo chiều cao và xác định tư thế tử cung. - Nong cổ tử cung đến số 9-10 nếu cổ tử cung chưa đủ rộng

	- Dùng kẹp hình tim gấp thai và nhau - Nạo kiểm tra bằng thìa cùn đủ 2 mặt trước sau, đáy, 2 bờ và 2 sừng tử cung - Tiêm Oxytocin vào cổ tử cung nếu tử cung co kém, chảy máu - Đo lại buồng tử cung bằng thước đo - Sát khuẩn âm đạo và cổ tử cung. - Lấy tổ chức nạo thử giải phẫu bệnh - Viết hồ sơ bệnh án, cho đơn kháng sinh, dặn người bệnh khám lại nếu có gì bất thường * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	a) Theo dõi - Toàn trạng, mạch, huyết áp, đau bụng, huyết âm đạo. - Thời gian 01 giờ. - Dặn dò các triệu chứng có thể xảy ra. - Hẹn tái khám: 7-10 ngày sau hoặc khi có triệu chứng bất thường phải đi khám ngay. - Cho toa thuốc và hướng dẫn sử dụng: kháng sinh, giảm đau từ 5 – 7 ngày. b) Tai biến 1. Thủng tử cung Nếu khi nạo người bệnh đau chói, máu âm đạo ra nhiều, phải dùng thước đo thăm dò lại buồng tử cung để xem có bị thủng không. Nếu lỗ thủng nhỏ, mạch, huyết áp ổn định và không nhiễm khuẩn có thể điều trị nội khoa thủng tử cung tại bệnh viện. Nếu lỗ thủng to hoặc có dấu hiệu chảy máu trong cần phẫu thuật khâu lỗ thủng hay cắt tử cung tùy theo tổn thương. Khi mổ cần kiểm tra kỹ các tạng trong ổ bụng. 2. Chảy máu Nếu ra máu âm đạo nhiều phải cho thuốc co hồi tử cung, nếu không cầm máu phải kiểm tra lại buồng tử cung để phòng thủng, sót rau, tử cung co hồi kém hoặc chảy máu ở cổ tử cung nơi kẹp kìm Pozzi và xử trí theo tổn thương. 3. Sốc vagal Xảy ra khi không thực hiện thuốc chống sốc, không giảm đau tốt hoặc thực hiện thủ thuật quá thô bạo. Nếu có sốc xảy ra biểu hiện bởi tình trạng mê, khó thở, tím tái, mạch nhanh, huyết áp giảm, phải ngưng ngay thủ thuật, điều trị như một trường hợp sốc + thuốc giảm đau, Atropine 1 hoặc 2 ống pha loãng tiêm mạch chậm. 4. Nhiễm khuẩn Nếu có dấu hiệu nhiễm khuẩn sau nạo, sốt cao, tử cung to, cổ tử cung còn mở, sản dịch hôi nên điều trị kháng sinh liều cao. Chỉ nạo lại buồng tử cung sau khi hạ sốt và nghỉ sốt nhau.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

11. KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG (13.52)

1. ĐẠI CƯƠNG	Là thủ thuật khâu một đường vòng tròn quanh cổ tử cung để thu hẹp lỗ trong cổ tử cung
2. CHỈ ĐỊNH	- Sảy thai liên tiếp do hở eo tử cung. - Trong các trường hợp tiền sử sảy thai từ hai lần trở lên mà nguyên nhân không rõ. - Trong các trường hợp đặc biệt như song thai mà siêu âm đo chiều dài cổ tử cung dưới 25mm
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Tuổi thai trên 26 tuần, tùy từng bệnh viện - Viêm nhiễm âm đạo, cổ tử cung. - Thai chết
4. THẬN TRỌNG	- Khâu những thai to trên 15 tuần
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản đã được đào tạo và cấp trợ thủ. - Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn. b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): nữ hộ sinh, hộ lý phụ giúp
5.2. Thuốc	- Thuốc tiền mê, giảm đau, chống dị ứng, giảm tiết: dolagan hoặc pethidin, atropinsulphat, dimedron... - Thuốc gây tê tại chỗ: lidocain 2%, nước cất... - Dịch truyền G5%, natriclorid 0.9% - Dung dịch betadine.
5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luân - Bơm kim tiêm 5-10ml... - Săng, bông băng, cồn gạc...
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ khâu vòng cổ tử cung: 2 van âm đạo, kim mang kim, kẹp pozzi, phẫu tích cặp kim... - Chỉ perlon. - Kim tròn
5.5. Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra như chảy máu, nguy cơ sảy thai, tiền lượng... - Giải thích mục đích khâu, tai biến có thể xảy ra sau khi khâu.
5.6. Hồ sơ BA	- Bệnh án sản khoa theo quy định, có khám lâm sàng và xét nghiệm đầy đủ
5.7. Thời gian	- 15-30 phút
5.8. Địa điểm	- Phòng tiểu phẫu hoặc phòng đẻ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật c) Đặt tư thế người bệnh: Nằm tư thế phụ khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: đầy đủ xét nghiệm, cam đoan thủ thuật... - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật * Thì 1: Bộc lộ cổ tử cung. Sát trùng, kẹp kéo cổ tử cung ra ngoài, tê tại chỗ * Thì 2: Khâu vòng. - Dùng chỉ perlon bền chọc kim vào vị trí 11 giờ 30, ra ở vị trí 9 giờ 30, rồi tiếp tục chọc vào ở vị trí 8 giờ 30 xuống 7 giờ 30, tiếp tục chọc vào ở vị trí 5 giờ 30 lên 3 giờ 30 và mũi chọc cuối cùng vào vị trí 2 giờ 30 lên 12 giờ 30. - Buộc chỉ ở vị trí 12 giờ. - Cắt đầu chỉ xa nút buộc khoảng 1cm. * Thì 3: Kiểm tra nút chỉ. - Sát trùng âm đạo và cổ tử cung.

	- Khi thắt, hai mũi chỉ sẽ kéo hẹp lỗ cổ tử cung chút lại theo hai chiều đứng và ngang. - Cắt hai đầu chỉ dài khoảng 1- 1.5cm. Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	a) Theo dõi - Để người bệnh nghỉ lại giường sau 3 ngày để theo dõi chảy máu, cơn co tử cung, vỡ ối. - Rút gạc sau 4-6 giờ. - Điều trị kháng sinh (uống) và chống co tử cung. - Thai phụ xuất viện sau 3 ngày và hướng dẫn thai phụ vào viện lại khi có: cơn co tử cung, ra máu đường âm đạo, ra nước ối đường âm đạo, ngày cắt chỉ tính vừa đủ thai 37 tuần. b) TAI BIẾN. - Ra máu: thường hết ra máu (trừ trường hợp bị bệnh về máu không phát hiện trước) sau khi chèn gạc cầm máu từ 3-4 giờ. - Nhiễm trùng: do thủ thuật tiến hành không vô trùng, hoặc do ổ nhiễm trùng đường sinh dục chưa điều trị ổn định. - Gây sảy thai hoặc đẻ non: do có cơn co. - Vỡ ối, hoặc rỉ ối. - Gãy kim vào trong cổ tử cung: nên dùng kim tròn to có độ cong nhỏ.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

**12. PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG VÀ THẮT ĐỘNG MẠCH HẠ VỊ
DO CHẢY MÁU THỨ PHÁT SAU PHẪU THUẬT SẢN KHOA (13.10)**

1. ĐẠI CƯƠNG	Là phẫu thuật cắt tử cung bán phần và thắt động mạch hạ vị trong các trường hợp chảy máu thứ phát trong phẫu thuật sản khoa.
2. CHỈ ĐỊNH	Áp dụng phẫu thuật này trong trường hợp chảy máu thứ phát sau mổ lấy thai.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Không có chống chỉ định
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp Bác sĩ chuyên khoa phụ sản có kinh nghiệm 2-3 người b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Bác sỹ gây mê hồi sức, phụ mê, dụng cụ, hộ lý
5.2. Thuốc	Thuốc gây mê, giảm đau, giãn cơ...
5.3. Vật tư	Bơm kim tiêm 5-10ml, dây truyền kim luôn...
5.4. Trang thiết bị	Bộ phẫu thuật phụ khoa, kim chỉ tốt, bộ sàng mổ
5.5. Người bệnh	- Thăm thuốc giải thích cho NB, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
5.6. Hồ sơ BA	Bệnh án sản khoa theo quy định, có khám lâm sàng và xét nghiệm đầy đủ
5.7. Thời gian	1-2h, lâu hơn tùy tình trạng phẫu thuật
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: b) Đặt tư thế người bệnh: sản khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật. Bước 1: Mổ thành bụng theo đường giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên khớp mu (theo đường rạch của phẫu thuật trước đó) Bước 2 : Cắt dây chằng tròn Bước 3: Bóc tách phúc mạc đoạn dưới tử cung và đẩy xuống dưới, tách bàng quang ra khỏi tử cung. Bước 4: cặp cắt dây chằng thắt lưng buồng trứng (nếu cắt bỏ phần phụ) hoặc cặp cắt dây chằng vòi – buồng trứng nếu để lại phần phụ. Bước 5: cặp cắt các cuống mạch. Cặp cắt động mạch tử cung hai bên ở ngang mức hoặc thấp hơn một chút phần thân tử cung sẽ cắt bỏ (thường cặp cắt ngang phần ranh giới giữa thân tử cung và cổ tử cung). Bước 6: cắt bỏ thân tử cung để lại cổ tử cung. Thường cắt theo hình chêm để khâu cầm máu mỏm cắt cho dễ dàng. Bước 7: Khâu mỏm cắt và phủ phúc mạc mỏm cắt Bước 8: kiểm tra sự chảy máu và niệu quản hai bên Bước 9: đóng thành bụng theo các lớp giải phẫu Bước 10: Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Chảy máu nhất là buộc các cuống mạch không kỹ và rối loạn đông máu do chảy máu kéo dài. Vì vậy cần buộc các cuống mạch thật chắc, truyền máu và các chất tăng đông máu. - Theo dõi sát sao mạch, huyết áp và huyết động sau mổ. - Trong những trường hợp có biểu hiện rối loạn đông máu nên đặt ống dẫn lưu ổ bụng. Nếu chảy máu nhiều, không cầm phải mổ lại để cầm máu.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

13. BÓC NHÂN XƠ VÚ

1. ĐẠI CƯƠNG	Tỷ lệ các tổn thương vú lành tính có thể gặp ở khoảng 50% phụ nữ trong đó nhiều nhất là nang xơ vú và u xơ vú.
2. CHỈ ĐỊNH	- U xơ tuyến vú - Các nang xơ lành tính hoặc nguy cơ thoái triển xấu dẫn đến ung thư. - Người bệnh có nguyện vọng được bóc bỏ. - Tổn thương nghi ngờ khi làm sinh thiết
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Tổn thương nghi bất thường nhiều hơn (ví dụ ung thư). - Người bệnh chưa có con (tương đối), có thể để theo dõi, điều trị nội khoa
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ sản phụ khoa 1-2 người b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Bác sĩ phụ mổ, bs gây mê, phụ mê, dụng cụ, hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc mê đường tĩnh mạch, mê khí... - Thuốc tiền mê, giảm đau, gây tê tại chỗ - Cồn 70* hoặc dung dịch sát trùng như Betadin...
5.3. Vật tư	- Dây truyền, kim luân - Bơm tiêm 5ml, 10ml...
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ để phẫu thuật - Các khăn trải phẫu thuật vô khuẩn - Bàn phẫu thuật thông thường
5.5. Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Ký cam đoan phẫu thuật
5.6. Hồ sơ BA	Bệnh án phẫu thuật, đủ các xét nghiệm thăm dò, hội chẩn mổ, cam đoan phẫu thuật
5.7. Thời gian	20 phút -01h
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Người bệnh cởi bỏ áo, tư thế nằm ngửa duỗi thẳng
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật * Thì 1. - Sát trùng rộng vùng phẫu thuật từ trong ra ngoài - Dùng khăn vô trùng để bao bọc xung quanh phẫu trường * Thì 2. - Xác định vị trí khối u cần cắt bỏ, nếu nhỏ có thể dùng kim để xác định mốc tốt nhất là làm dưới gây mê, nếu không có điều kiện thì gây tê tại chỗ. - Sau khi rạch qua da và tổ chức dưới da dùng kéo bóc tách để đi thẳng vào khối u tránh làm nát các tổ chức xung quanh gây chảy máu. - Lấy bỏ khối u qua vết rạch sau khi đã bóc tách và cầm máu kỹ các tổ chức xung quanh khối u bằng chỉ tiêu. Nếu khối u ở sâu thì sau đó cần khâu ép lại tổ chức đã rạch sau khi đã kiểm tra kỹ không thấy chảy máu * Thì 3. - Khâu phục hồi lại da bằng chỉ lin hoặc khâu luân dưới da bằng chỉ tiêu Vicryl 2.0-3.0. Băng lại vết mổ có thể băng ép bằng băng chun quanh ngực nếu nghi ngờ diện bóc tách còn có thể chảy máu, sẽ tháo bỏ sau 12-24 giờ. - Sau khi bóc xong tổ chức bóc bỏ phải được gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh.

	Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	a)THEO DÕI 1. Người bệnh: Được dùng thuốc giảm đau thêm và thuốc kháng sinh và thuốc chống phù nề. 2. Theo dõi chảy máu: Tại vết mổ hoặc có thể gây tụ máu dưới da làm bầm tím cả một vùng vú, trong ca này thì tùy theo mức độ chảy máu mà có thể phải mở vết mổ để cầm máu lại hoặc dùng băng chun băng ép chặt để cầm máu. 3. Người bệnh: Có thể ăn uống trở lại bình thường sau phẫu thuật và xuất viện sau phẫu thuật 5-7 ngày b)TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ 1. Chảy máu; Vì tổ chức vú là tổ chức mỡ lỏng lẻo dễ chảy máu nên trong quá trình phẫu thuật phải vừa bóc tách vừa cầm máu và nên khâu ép hết đáy diện bóc tách. 2. Tụ máu: Cắt chỉ, khâu cầm máu, dùng tiếp kháng sinh. 3. Nhiễm trùng vết mổ Nếu có thường xảy ra vào ngày thứ 4 hoặc thứ 5 sau phẫu thuật với triệu chứng sưng đau đỏ tấy vùng vết mổ. Trong trường hợp này phải dùng thêm kháng sinh và tách vết mổ để mủ chảy ra ngoài rửa vết mổ bằng Betadin hàng ngày
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

14. TRÍCH ÁP XE VÚ (13.163)

1. ĐẠI CƯƠNG	Là tổn thương ổ mủ ở vú do nhiễm trùng hoặc do tắc sữa mà không được điều trị sớm.
2. CHỈ ĐỊNH	Các áp xe đã thành mủ.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	Khối viêm đỏ chưa thành mủ
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sỹ chuyên ngành Phụ- Sản b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ sinh, hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc tiền mê: pethidin hoặc dorlagan... - Thuốc gây tê tại chỗ bằng Lidocain 2% hoặc thuốc tê xịt bề mặt
5.3. Vật tư	- Bơm tiêm 5ml – 10ml - Dây truyền kim lùn - Dung dịch sát trùng như Betadin...
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ để chích áp xe. - Các khăn trải phẫu thuật vô khuẩn - Bàn khám hoặc bàn mổ.
5.5 Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Người bệnh và gia đình: được giải thích lý do phải chích áp xe và ký giấy cam đoan thủ thuật. - Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định - Người bệnh cởi bỏ áo, nằm ngửa, bộc lộ vùng ngực
5.6. Hồ sơ BA	- Bệnh án phẫu thuật theo chương trình, đủ các xét nghiệm thăm dò, hội chẩn mổ, cam đoan phẫu thuật
5.7. Thời gian	5-20 phút
5.8. Địa điểm	Phòng tiểu phẫu, phòng đẻ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Tư thế nằm ngửa duỗi thẳng
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: Đúng hồ sơ, bệnh án đầy đủ xét nghiệm - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật * Thì 1. - Sát trùng rộng vùng áp xe từ trong ra ngoài - Dùng khăn vô trùng để bao bọc xung quanh vùng thủ thuật. * Thì 2. - Xác định khối áp xe, tìm chỗ da mềm nhất. * Thì 3. - Rạch da ngay trên khối áp xe đường rạch theo đường chéo nan hoa với tâm là núm vú. - Sau khi rạch qua da và tổ chức dưới da đi thẳng vào khối áp xe tránh làm nát các tổ chức xung quanh gây chảy máu. Dùng kẹp nhỏ hoặc đầu ngón tay trở phá các vách của khối áp xe thông nhau để mủ chảy ra - Để da hở, đặt một gạc con trong ổ áp xe để dẫn lưu mủ ra ngoài, rút sau 12 giờ Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

	- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. Theo dõi - Người bệnh được dùng thuốc giảm đau và kháng sinh uống hoặc tiêm trong 5 đến 7 ngày, thuốc chống phù nề. - Theo dõi chảy máu tại vết rạch. 2. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ - Chảy máu: chảy máu tại vùng rạch da hoặc trong ổ áp xe, khâu chỗ chảy máu dùng tiếp kháng sinh - Không thoát mủ: mở thông lại, dùng kháng sinh tiêm
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

15. PHẪU THUẬT MỔ BỤNG CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN (13.70)

1. ĐẠI CƯƠNG	Phẫu thuật cắt tử cung bán phần có nghĩa là cắt bỏ thân tử cung để lại cổ tử cung qua đường bụng.
2. CHỈ ĐỊNH	- Bệnh lý phụ khoa: + Tổn thương ở thân tử cung + Khối u lành tính ở thân tử cung + Phẫu thuật cắt tử cung bán phần khi cổ tử cung hoàn toàn bình thường. - Bệnh lý liên quan đến sản khoa: + Chảy máu ở tử cung sau đẻ do các nguyên nhân khác nhau (đờ tử cung, rau cài răng lược, vỡ tử cung, phong huyết tử cung rau) + Nhiễm trùng tử cung sau đẻ, sau thủ thuật, nếu có chỉ định cắt tử cung. + Đình chỉ thai nghén vì bệnh lý của người mẹ (bệnh tim, huyết áp cao) có chỉ định cắt tử cung bán phần để nguyên thai trong tử cung (cắt tử cung cả khối)
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sỹ : 01 bác sỹ mổ chính, 1-2 bác sỹ phụ - 01 bác sỹ vô cảm, 01 Phụ gây mê, 01 dụng cụ b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý giúp việc
5.2. Thuốc	- Thuốc gây tê, gây mê, giãn cơ...
5.3. Vật tư	- Dây truyền, kim luôn - Bơm kim tiêm 5-10ml
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ cắt tử cung - Bộ phẫu thuật phụ khoa, kim chỉ tốt, bộ băng mổ
5.5. Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Chuẩn bị như các trường hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thật sạch và sử dụng an thần trước mổ.
5.6. Hồ sơ BA	- Bệnh án phẫu thuật, đủ các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết, hội chẩn mổ, cam đoan phẫu thuật
5.7. Thời gian	45 phút-2h tùy từng trường hợp
5.8. Địa điểm	- Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: tư thế phụ khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật * Thì 1: Mổ thành bụng - Đường rạch ngang Pfannenstiel, đối với những trường hợp khó thì sử dụng đường trắng giữa dưới rốn. - Chèn gạc cách ly tử cung với ruột - Đặt van trên xương vệ và banh thành bụng. - Bộc lộ tử cung, thăm dò phần phụ để xác định chỉ định cắt hay không cắt phần phụ * Thì 2: Bộc lộ tử cung. - Cắt tử cung bằng kẹp cắt tử cung hoặc bằng chỉ khâu. Có thể đưa tử cung ra ngoài thành bụng và lệch sang phía đối diện của bên cắt. * Thì 3: Cắt và thắt dây chằng tròn - Dùng hai kẹp có răng cặp dây chằng tròn cách xa chỗ tử cung khoảng 2-3 cm

	tùy theo tử cung to hay nhỏ. Dùng kéo cắt dây chằng tròn giữa hai kẹp. Khâu lại cuống mạch. * Thì 4: Tách phúc mạc tử cung- bàng quang - Dùng kéo cong tách phúc mạc ở vùng eo tử cung (nơi phúc mạc di động) và cắt vòng ngang qua mặt trước tử cung, và vòng ra phía sau trên dây chằng tử cung cùng. - Dùng kẹp cặp gạc gấp hình củ ấu nhỏ đẩy phúc mạc * Thì 5: Cặp cắt và thắt dây chằng thắt lưng-vòi tử cung (nếu có chỉ định cắt buồng trứng) - Dùng hai kẹp có răng để kẹp 1/3 trên của dây chằng, kèm theo mạch máu đi sát dây chằng. Nếu để lại buồng trứng thì chú ý không làm tổn thương cuống động mạch buồng trứng. - Cặp kẹp trên trước, sau đó cặp kẹp dưới cách nhau 1 cm. Dùng kéo cắt dây chằng sát với kẹp trên (sát với phần bỏ đi) để mỏm cắt phần dưới dài hơn, tránh tụt chỉ sau khi buộc mỏm cắt. - Nếu cắt cả buồng trứng thì kẹp cặp luôn cả dây chằng vòi tử cung. - Khâu buộc cuống mạch và dây chằng bằng mũi khâu số 8. * Thì 6: Cặp cắt và thắt động mạch tử cung Dùng kéo tách và cắt phúc mạc xiên từ ngoài vào trong và xuống dưới tận 1/3 giữa dây chằng tròn. * Thì 7: Cắt động mạch tử cung - Kẹp thẳng góc mỗi bên động mạch tử cung ngang mức eo tử cung. - Cắt hai động mạch tử cung sát với kẹp phía trên. - Khâu buộc cuống mạch động mạch tử cung * Thì 8: Cắt cổ tử cung - Dùng kéo cong, dao mổ hoặc dao điện cắt vòng quanh cổ tử cung chéo xuống dưới về phía lỗ cổ tử cung tạo thành hình chóp nông. * Thì 9: Khâu mỏm cắt Dùng kim cong sắc và chỉ Vicryl khâu mỏm cắt chữ X hoặc mũi rời. Khâu một lớp từ phải qua trái. * Thì 10: Phủ phúc mạc mỏm cắt và cuống mạch - Dùng kim cong, chỉ tiêu nhỏ khâu lại phúc mạc mỏm cắt - Lau sạch cùng đồ Douglas - Kiểm tra ổ bụng, niệu quản * Thì 11: Đóng thành bụng Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Chảy máu - Nhiễm trùng - Khó máu tụ - Tắc mạch vùng hố chậu hoặc tĩnh mạch chi dưới - Tổn thương niệu quản
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản Phụ

16. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN (13.68)

1. ĐẠI CƯƠNG	Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối tử cung bao gồm thân tử cung, cổ tử cung, vòi tử cung, buồng trứng. Tuy nhiên cũng có những trường hợp cắt tử cung hoàn toàn để lại một hoặc hai phần phụ.
2. CHỈ ĐỊNH	1. Bệnh lý liên quan đến sản khoa - Hầu hết trong phẫu thuật cấp cứu sản khoa thường có chỉ định cắt tử cung bán phần, tuy nhiên trong một số trường hợp đặc biệt phải có chỉ định cắt tử cung hoàn toàn. - Rau tiền đạo trung tâm, rau bám chặt xuống sâu tận cổ tử cung gây chảy máu mà thất động mạch hạ vị không cầm máu được. - Thai ở cổ tử cung bị sảy, chảy máu, sau khi can thiệp các thủ thuật như khâu, đốt nhiệt mà không có kết quả. - Nhiễm trùng sau phẫu thuật lấy thai lan tới buồng tử cung đã bị rách phúc tạp. 2. Bệnh lý liên quan đến phụ khoa - Một số bệnh lý tiền ung thư và ung thư của bộ phận sinh dục (cổ tử cung, tử cung, vòi tử cung, buồng trứng, rau, chửa trứng lớn tuổi...) - Những khối u lành tính ở tử cung có chỉ định cắt tử cung nhưng cổ tử cung không bình thường (tổn thương lành tính hoặc nghi ngờ cổ tử cung)...
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	Không có
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Kíp phẫu thuật; Bác sỹ : 01 bác sỹ mổ chính, 01-02 bác sỹ phụ mổ - Gây mê: 01 Bác sỹ vô cảm: 01. Phụ gây mê - 01 KTV dụng cụ b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc gây tê, gây mê, giãn cơ... - Dịch truyền, các dịch thay thế khác...
5.3. Vật tư	- Dây truyền, kim lườn - Bơm kim tiêm 5-10ml...
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ cắt tử cung - Bộ phẫu thuật phụ khoa, kim chỉ tốt, bộ sàng mổ
5.5. Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...: - Được tư vấn về lý do phải mổ cấp cứu và nguy cơ có thể xảy ra, ký giấy cam đoan mổ. - Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông tiểu sát khuẩn thành bụng vùng mổ.
5.6. Hồ sơ BA	- Bệnh án phẫu thuật, đủ các xét nghiệm cận lâm sàng, hội chẩn mổ, cam đoan phẫu thuật
5.7. Thời gian	45'-2h
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật * CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH Thì 1: Mổ thành bụng; Thường sử dụng đường rạch Pfannenstiel, đối với trường hợp cấp cứu hoặc khó khăn thì sử dụng đường trắng giữa dưới rốn. Thì 2: Cắt các dây chằng: Kẹp và cắt dây chằng thất lưng – buồng trứng, tử cung – vòi tử cung và các cuống mạch, cắt dây chằng tròn hai bên, cắt hai lá

	dây chằng rộng. Khâu lại các cuống mạch và mỏm cắt. Thì 3: Tách và cắt phúc mạc tử cung- bàng quang - Dùng kéo mở phúc mạc ngang với chỗ bám di động ở eo tử cung và cắt ngang trước đoạn dưới tử cung. - Dùng gạc đẩy phúc mạc xuống sâu, giúp đẩy bàng quang ra trước, bộc lộ cổ tử cung và túi cùng âm đạo trước. Thì 4: Cắt dây chằng tử cung – cùng và phúc mạc mặt sau. - Kéo tử cung ra trước, bộc lộ hai dây chằng tử cung – cùng và mặt sau cổ tử cung. - Cắt hai dây chằng tử cung – cùng gần chỗ bám ở cổ tử cung - Tách phúc mạc sau vòng quanh cổ tử cung phía trên và đẩy xuống ngang mức cắt âm đạo. Thì 5: Cặp các cuống mạch đi vào tử cung - Cặp các động mạch tử cung từng bên. Cắt và khâu cuống mạch - Cặp nhánh động mạch cổ TC, cắt và khâu cuống mạch. Thì 6: Cắt âm đạo - Tay trái phẫu thuật viên kéo mạnh tử cung lên trên, tay phải dùng kéo mở cùng đồ trước hoặc cùng đồ sau. - Dùng kẹp thẳng cặp mép trước âm đạo để giữ. - Tiếp tục cắt vòng quanh sát với chỗ bám âm đạo và cổ tử cung từ phía trước sang phải, ra sau và qua trái. Thì 7: Đóng âm đạo: Dùng kim cong và chỉ tiêu khâu qua lớp tổ chức dưới niêm mạc và niêm mạc âm đạo bằng mũi khâu vắt hoặc mũi rời chữ X. Thì 8: Phủ phúc mạc tiểu khung: Lau bụng và kiểm tra ổ bụng, kiểm tra niệu quản Thì 9: Đóng thành bụng * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1.Trong phẫu thuật - Chảy máu: do buộc chỉ lỏng hay bị tuột chỉ mỏm cắt và cuống mạch. - Nhiễm trùng: ở vết mổ hoặc mỏm cắt. - Tổn thương bàng quang: do khâu chọc vào bàng quang, cắt vào bàng quang do đẩy phúc mạc tử cung – bàng quang không tốt. - Thắt hoặc cắt vào niệu quản: do dính hoặc thắt động mạch cổ tử cung – âm đạo quá xa bờ ngoài cổ tử cung. 2. Sau phẫu thuật - Tạo thành khối máu tụ - Tắc mạch vùng hố chậu hoặc tĩnh mạch chi dưới - Dò bàng quang
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

17. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG BÓC U XƠ TỬ CUNG (13.71)

1. ĐẠI	Phẫu thuật bóc nhân xơ tử cung đường bụng nhằm mục đích lấy hoàn toàn nhân
---------------	--

CƯỜNG	xơ nằm trong cơ tử cung, bảo tồn tử cung và hai phần phụ.
2. CHỈ ĐỊNH	- Tử cung có nhân xơ phát triển nhanh - Nhân xơ phát triển gây chèn ép làm cho người bệnh đau. - Nhân xơ thoái hóa, gây đau (phát hiện qua siêu âm) - Nhân xơ phát triển vào niêm mạc gây chảy máu, ảnh hưởng đến sức khỏe. - Bóc nhân xơ khi phẫu thuật lấy thai
ĐIỀU KIỆN	- Có nhân xơ rõ, các lớp xơ cơ đồng tâm, xung quanh là các tổ chức lỏng lẻo, dễ tách. Trên hình ảnh siêu âm tạo bờ rõ nét, khác biệt với tổ chức cơ. - Không có quá nhiều nhân vì bóc tách nhiều sẽ gây chảy máu. - Nhân xơ rõ trên tử cung không có dấu hiệu nhiễm trùng (đặc biệt là khi phẫu thuật bóc nhân xơ dưới niêm mạc). - Vị trí nhân xơ cách xa sừng tử cung. - Nhân xơ không quá to, kẹt vào vùng tiểu khung. - Trong các trường hợp cần bảo tồn khả năng sinh sản cần thận trọng trong chỉ định vì có thể thất bại mà phải cắt tử cung
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sỹ : 01 bác sỹ mổ chính, 01-02 bác sỹ phụ - Gây mê: 01 bác sỹ gây mê, 01 KTV phụ mê - Điều dưỡng: 01 dụng cụ viên b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý giúp việc
5.2. Thuốc	- Thuốc gây tê, gây mê, giãn cơ...
5.3. Vật tư	- Dây truyền, kim luôn - Bơm kim tiêm 5-10ml
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ cắt tử cung - Kim chỉ - Săng gạc vô khuẩn...
5.5 Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...: Chuẩn bị như các trường hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thật tháo và sử dụng an thần trước mổ. - Thăm khám, xét nghiệm để tiên lượng trước phẫu thuật vì có những tử cung to, xơ hóa mà không có nhân xơ tách biệt rõ ràng. - Phát hiện các bệnh kết hợp, đặc biệt là nhiễm trùng phụ khoa để điều trị trước phẫu thuật. - Chọn thời điểm sau khi sạch kinh để phẫu thuật.
5.6. Hồ sơ BA	Theo quy định
5.7. Thời gian	45'-02 giờ
5.8. Địa điểm	- Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật c) Đặt tư thế người bệnh: tư thế phụ khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật *Thì 1: Mổ thành bụng Rạch thành bụng theo đường ngang nếu có nhân xơ nhỏ, dễ bóc tách, hoặc đường dọc giữa dưới rốn.

	* Thì 2: Bộc lộ khối u để bóc tách * Thì 3: Dùng dao điện hoặc dao thường Rạch TC ở vị trí khối xơ đảm bảo yêu cầu + Đường rạch gọn, gần chỗ lõi nhất của khối xơ. + Đường rạch càng gần đường giữa càng đỡ chảy máu + Đường rạch càng xa sừng tử cung càng đỡ dính tắc vòi tử cung + Đường rạch ở vị trí có thể bóc được nhiều nhân xơ. + Đường rạch đủ độ sâu đến vỏ ngoài nhân xơ mới có thể bóc tách được dễ dàng. * Thì 4: Bóc tách khối u - Dùng cái kẹp hoặc sợi chỉ to khâu sâu vào khối u để giữ chắc khối u, vừa kéo vừa tách vỏ khối u bằng mũi kéo. Dùng ngón tay trở thăm dò các vùng dính và tách hẳn khối u ra ngoài. - Có thể sử dụng vết rạch này để bóc các khối u khác. Động tác bóc tách cần nhẹ nhàng, tránh thủng buồng tử cung. - Cầm máu bằng các mũi khâu chữ X hoặc bằng kẹp khi thấy rõ mạch máu. Không nên cặp ngang cơ tử cung vì sẽ làm cho cơ rách, gây chảy máu nhiều. * Thì 5: Khâu kín khoang bóc tách - Khâu từng lớp bằng các mũi chữ X bằng chỉ Vicryl - Lớp đầu tiên đảm bảo lấy hết đáy khoang bóc tách - Các lớp sau đảm bảo khâu chồng qua lớp trước - Đóng các lớp ngoài cùng bằng mũi khâu vắt và lộn méo rạch vào trong. * Thì 6: Đóng bụng - Lau sạch ổ bụng - Kiểm tra niệu quản Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN 1. Chảy máu: tai biến hay gặp nhất - Sử dụng các mũi chữ X cầm máu hoặc bằng kẹp máu tạm thời hoặc chèn gạc tạm thời. - Chảy máu nhiều tiên lượng không cầm máu được phải cắt tử cung bán phần. 2. Thủng khoang bóc tách u xơ thông với buồng tử cung Nguyên nhân: + Động tác bóc tách thô bạo làm rách lớp cơ sâu, kéo theo niêm mạc tử cung. + Do mũi khâu sâu thủng qua niêm mạc tử cung + Trong ca này cần mở rộng buồng tử cung và dùng chỉ khâu lại niêm mạc tử cung.
CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT	1. Đảm bảo sạch máu cục trong âm đạo, tránh nhiễm trùng tử âm đạo ngược lên. 2. Ngồi dậy sớm để tránh biến chứng tắc mạch và nhiễm trùng, gây dính buồng tử cung và vô sinh. 3. Theo dõi chu kỳ kinh sau phẫu thuật, nếu kinh trở lại là biểu hiện sự cân bằng hoạt động nội tiết và niêm mạc tử cung hồi phục bình thường.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

18. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG

CẮT U BUỒNG TRỨNG HOẶC CẮT PHẦN PHỤ (13.72)

1. ĐẠI CƯƠNG	Là phẫu thuật mở ổ bụng để cắt buồng trứng, cắt vòi trứng, hay cắt cả phần phụ trong trường hợp chảy máu, ứ mủ hay xoắn buồng trứng và vòi trứng.
2. CHỈ ĐỊNH	U nang buồng trứng hoặc phần phụ không có chỉ định mổ nội soi
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Người bệnh đang hành kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi - Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu, - Các bệnh nội khoa không có chịu đựng được phẫu thuật
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sỹ : 01 bác sỹ mổ chính, 01-02 bác sỹ phụ - Gây mê: 01 bác sĩ gây mê, 01 KTV phụ mê - Điều dưỡng: 01 dụng cụ viên b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý giúp việc
5.2. Thuốc	Thuốc gây tê, gây mê, giãn cơ...
5.3. Vật tư	- Dây truyền, kim luân - Bơm kim tiêm 5-10ml
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ trung phẫu hoặc đại phẫu phụ khoa - Kim chỉ tiêu: vicryl 1.0, 2.0, 3.0 - Săng gạc vô khuẩn
5.5 Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.... - Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ định. - Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra. - Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần - Vệ sinh tại chỗ, thụt tháo, sát khuẩn vùng bụng - Gây mê nội khí quản
5.6. Hồ sơ bệnh án	Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị theo qui định
5.7. Thời gian	45’-02h
5.8. Địa điểm	- Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: tư thế nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật - Trải khăn vô khuẩn. - Mở bụng theo đường giữa dưới rốn hay đường ngang trên vệ vào ổ bụng. - Bọc mép vết mổ. 1. Cắt khối u buồng trứng - Thăm khám đánh giá tình trạng khối u buồng trứng xem mức độ di động và dính với các tạng xung quanh. - Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để khối u bị vỡ - Chèn gạc xung quanh, tách biệt với khối u - Nếu khối u nhỏ: dùng một (hoặc 2) kim có răng to, chắc khỏe cặp cuống khối u (dây chằng thất lưng – buồng trứng), càng sát khối u càng tốt. - Dùng một (hoặc 2) kim có răng to, chắc khỏe cặp cuống khối u, cách kim trước 1 đến 1,5 cm - Dùng kéo cong cắt bỏ khối u - Khâu móm cắt.

	- Nếu khối u to, sau khi bóc lột kỹ, có thể dùng 2 hoặc 3 kim cặp lõi khối u lên, chọc một lỗ để hút bớt dịch trong khối u, sau đó dùng kim kẹp mép khối u vừa mở, rồi tiến hành cắt khối u như trên. - Trong trường hợp xác định khối u lành tính thì bóc tách khối u để lại phần buồng trứng lành: dùng dao rạch nhẹ trên phần khối u sát với phần buồng trứng lành; dùng kéo cong đầu tù kết hợp với đầu ngón tay để bóc tách phần u buồng trứng ra khỏi phần lành; sau đó cầm máu kỹ. - Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu chỉ chưa được buộc chặt, hoặc khâu chưa hết tổn thương thì phải khâu tăng cường để cầm máu. - Gửi bệnh phẩm xét nghiệm giải phẫu bệnh. - Kiểm tra buồng trứng bên đối diện. Nếu nghi ngờ khối u vừa cắt bị ung thư thì cắt miêng nhỏ buồng trứng đối diện để xét nghiệm mô bệnh học 2. Cắt phần phụ - Thăm khám đánh giá tình trạng phần phụ xem có bị dính với các tạng xung quanh. - Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để vỡ dịch (trong ca ứ mủ VTC) - Dùng một kim có răng to, chắc khỏe cặp dây chằng thất lưng – buồng trứng và dây chằng rộng sát với tử cung - Dùng một kim có răng to, chắc khỏe cặp cách kim trước 1 đến 1,5 cm - Dùng kéo cong cắt bỏ phần phụ - Khâu mỏm cắt bằng mũi thông thường hay mũi khâu số 8. Kiểm tra xem có còn rỉ máu không - Lau sạch ổ bụng - Đóng bụng theo các lớp, đóng da mũi rời hoặc trong da - Sát khuẩn lại và băng vết thương Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Tổn thương mạch máu, hệ tiết niệu, hệ tiêu hóa trong quá trình phẫu thuật. - Nhiễm trùng, chảy máu trong
TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

19. PHẪU THUẬT NỘI SOI BÓC U XƠ TỬ CUNG (13.65)

1. ĐẠI CƯƠNG	Bóc u xơ tử cung qua nội soi là phẫu thuật sử dụng các dụng cụ được đưa vào ổ bụng qua các lỗ chọc ở thành bụng để tiến hành bóc và cắt bỏ khối u xơ để bảo tồn toàn bộ tử cung.
2. CHỈ ĐỊNH	Có chỉ định mổ nội soi U xơ tử cung dưới phúc mạc hoặc trong cơ tử cung.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Ruột chướng - Thoát vị cơ hoành - Các bệnh nhiễm khuẩn, các bệnh về máu. - Các bệnh nội khoa cấp tính đang điều trị chưa can thiệp phẫu thuật được. - Khối u xơ tử cung quá to, u xơ dưới niêm mạc - Thiếu thiết bị gây mê toàn thân
4. THẬN TRỌNG	- Béo phì - Tiền sử phẫu thuật ổ bụng nhiều lần, dính nhiều. - Phẫu thuật viên thiếu kinh nghiệm
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ chuyên khoa sản hay bác sĩ khoa ngoại đã được huấn luyện, đào tạo mổ nội soi và kỹ thuật cắt tử cung qua nội soi. - Bác sĩ đã được đào tạo phụ mổ nội soi. - Bác sĩ, kỹ thuật viên gây mê hồi sức. - Điều dưỡng viên/y tá làm người đưa dụng cụ. b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có):
5.2. Thuốc	- Thuốc gây mê toàn thân, các thuốc hồi sức, dịch truyền thay thế máu và máu nếu có...
5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luôn, bơm kim tiêm 5-10ml
5.4. Trang thiết bị	- Dụng cụ đặt nội khí quản và máy thở. - Dàn máy, hệ thống khí CO₂, màn hình TV - Bộ dụng cụ nội soi
5.5. Người bệnh	- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Người bệnh và gia đình: được giải thích lý do phải phẫu thuật và ký giấy cam đoan đồng ý mổ. - Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định
5.6. Hồ sơ BA	Theo quy định
5.7. Thời gian	45'-02 giờ
5.8. Địa điểm	Phòng mổ bệnh viện
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: tư thế nằm ngửa đầu thấp
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật + Người bệnh được sát khuẩn vùng bụng, đùi. Đặt ống thông tiểu trước khi tiến hành phẫu thuật. + Gây mê toàn thân và thở máy. * Bước 1: Chọc trocar và bơm CO₂ vào ổ bụng - Rạch da trên dưới rốn 5 hoặc 10 mm (phù hợp với đèn soi) - Nâng thành bụng lên cao để chọc kim (hoặc chọc ngay trocar 5 hoặc trocar

	10 nếu phẫu thuật viên có kinh nghiệm), dùng nước nhỏ vào ổ kim kiểm tra xem đầu kim đã nằm trong ổ bụng chưa. - Bơm CO₂ vào ổ bụng, tốc độ khí vào thường được đặt là 3- 4 lít/ phút. Cảm ứng tắt tự động nếu áp lực bơm trên 15-20 mm Hg - Đưa đèn soi. Kiểm tra xem trocar đã nằm trong ổ bụng chưa. - Chọc 2 hoặc 3 trocar 5 ở hai bên hố chậu, gần mào chậu, hoặc trên xương vệ, chú ý tránh chọc vào mạch máu * Bước 2: Kiểm tra tử cung và các tạng xung quanh Quan sát tử cung, hai phần phụ, tiểu khung, kiểm tra dạ dày và gan. Đánh giá u xơ tử cung: kích thước, vị trí để xem khả năng có thể bóc bỏ được tử cung không. * Bước 3: Bóc khối u xơ Dùng dao một cực rạch một đường ở khối u theo chiều dọc tử cung, chiều dài đường rạch vừa đủ để bóc khối u. bóc khối u và cầm máu diện cắt bằng dao hai cực. Khâu cầm máu diện bóc tách từ đáy diện bóc tách ra ngoài Bước 4: Kiểm tra, cầm máu và tháo CO₂ - Rửa lại ổ bụng vùng tiểu khung, xem dịch nước rửa trong, kiểm tra diện khâu bóc tách không chảy máu, nước rửa trong. - Tháo CO₂, rút 2 trocar ở hố chậu trước, trocar ở rốn có đèn soi rút sau cùng. Chú ý xem tình trạng huyết áp của người bệnh tại thời điểm kiểm tra cầm máu. - Khâu da Bước 5: Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Chảy máu sau mổ có thể do tuột chỉ hoặc lỏng nút buộc. Dấu hiệu choáng tụt huyết áp, tình trạng thiếu máu cấp, ổ bụng có dịch... phải mổ lại để cầm máu đồng thời hồi sức tích cực, điều chỉnh rối loạn đông máu, bồi phụ thể tích tuần hoàn. - Viêm phúc mạc sau mổ hiếm gặp, phải tiến hành hồi sức, điều trị bằng kháng sinh phối hợp, liều cao và mổ lại để rửa ổ bụng, dẫn lưu.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản Phụ

20. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U BUỒNG TRỨNG VÀ PHẦN PHỤ (13.83)

1. ĐẠI CƯƠNG	Hiện nay nội soi đang dần chiếm ưu thế trong phẫu thuật cắt u buồng trứng hoặc phần phụ, tuy nhiên không phải tất cả vẫn các ca đều mổ nội soi được mà bắt buộc phải phải mổ bụng để thực hiện các phẫu thuật trên vì dính hoặc mổ cũ nhiều lần hoặc có những chống chỉ định cho nội soi.
2. CHỈ ĐỊNH	- U buồng trứng không nghi ngờ ác tính và không quá to, không quá dính. - Nang nước cạnh vòi trứng. - Viêm ú mủ vòi trứng. - Ung thư vú có chỉ định cắt buồng trứng.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Người bệnh đang trong chu kỳ kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi. - Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu. - Các bệnh nội khoa và các trường hợp có chống chỉ định mổ nội soi. - Khó u dính nhiều, phẫu thuật ổ bụng nhiều lần. - Ung thư buồng trứng.
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi 2-3 người - Bác sĩ gây mê hồi sức, phụ mê, dụng cụ viên - Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn. b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý giúp việc
5.2. Thuốc	- Thuốc gây mê toàn thân, các thuốc hồi sức, dịch truyền thay thế máu và máu nếu có...
5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luân, bơm kim tiêm 5-10ml
5.4. Trang thiết bị	- Dụng cụ đặt nội khí quản và máy thở. - Dàn máy, hệ thống khí CO2, màn hình TV - Bộ dụng cụ nội soi
5.5. Người bệnh	- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - NB và gia đình: được giải thích lý do phải phẫu thuật và ký giấy cam đoan đồng ý mổ. - Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ định. - Nén mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần - Vệ sinh tại chỗ, thụt tháo. - Sát khuẩn vùng bụng, trải khăn vô khuẩn - Gây mê nội khí quản
5.6. Hồ sơ BA	Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị theo qui định
5.7. Thời gian	45'-02 giờ
5.8. Địa điểm	Phòng mổ bệnh viện
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa đầu thấp
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật - Bước 1: Vào các trocar và bơm CO2 ổ bụng - Rạch da trên dưới rốn 5 hoặc 10 mm (phù hợp với đèn soi) - Nâng thành bụng lên cao để chọc kim (hoặc chọc ngay trocar 5 hoặc trocar 10 nếu phẫu thuật viên có kinh nghiệm), dùng nước nhỏ vào đốc kim kiểm tra xem đầu kim đã nằm trong ổ bụng chưa. - Bơm CO2 vào ổ bụng, tốc độ khí vào thường được đặt là 3- 4 lít/ phút. Cảm ứng tắt tự động nếu áp lực bơm trên 15-20 mm Hg

	- Đưa đèn soi. Kiểm tra xem trocar đã nằm trong ổ bụng chưa. - Chọc 2 hoặc 3 trocar 5 ở hai bên hố chậu, gần mào chậu, hoặc trên xương vẹo, chú ý tránh chọc vào mạch máu Bước 2: Cắt khối u buồng trứng qua nội soi - Thăm khám đánh giá tình trạng khối u buồng trứng xem mức độ di động và dính với các tạng xung quanh. - Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để khối u bị vỡ. - Nếu dính nhiều tiền lượng khó khăn khi cắt bằng nội soi thì phải chuyển sang mổ mở • Bóc u nang buồng trứng - Dùng dao một cực rạch trên mặt khối u dài khoảng 2cm sát với buồng trứng lành - Dùng forcep nhỏ cặp một bên mép của vết rạch khối u và kéo lên cao - Dùng que gậy, bóc tách dần khối u khỏi vỏ u - Khi đã đến đáy (cuống) khối u, tùy thuộc vào tình trạng của khối u: + Nếu u nhỏ, tiền lượng không chảy máu thì bóc lấy hết khối u. + Nếu nguy cơ chảy máu ở cuống khối u thì dùng dao điện 2 cực đốt tổ chức dưới đáy khối u, dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u. - Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý. - Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực. - Rút các trocar, khâu lại chỗ rạch bụng • Cắt khối u - Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u từ dây chằng thất lưng - buồng trứng - Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u - Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý. - Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực. - Kiểm tra buồng trứng bên đối diện. Nếu nghi ngờ khối u vừa cắt bị ung thư thì cắt miếng nhỏ (sinh thiết) buồng trứng đối diện để xét nghiệm mô bệnh học - Rút các trocar, khâu lại chỗ rạch bụng Ghi chú: Nếu khối u to, chọc hút bớt dịch rồi tiến hành như trên Bước 3: Cắt phần phụ - Thăm khám đánh giá tình trạng phần phụ xem có bị dính với các tạng xung quanh. - Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để vỡ dịch (trong ứ mủ VTC) - Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u bao gồm dây chằng rộng và mạc treo vòi - buồng trứng - Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống dây chằng thất lưng buồng trứng và dây chằng rộng - Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý. - Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực. - Rút các trocar, khâu lại chỗ rạch bụng Bước 4: Kết thúc quy trình;- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. THEO DÕI: Theo dõi xem băng có bị thấm máu không - Vết mổ có bị bầm tím do máu - Sưng đỏ do viêm nhiễm - Theo dõi tình trạng nước tiểu: có máu không và số lượng trong 24 giờ - Cắt chỉ sau mổ 5 ngày - Bình thường ra viện sau 24 hoặc 48 giờ 2. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ - Chảy máu diện bóc tách, tổn thương hệ tiêu hóa, tiết niệu, xử trí mổ lại - Nếu chảy máu không cầm được thì phải chuyển mổ mở
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản Phụ

21. PHẪU THUẬT NỘI SOI THAI NGOÀI TỬ CUNG CHƯA VỠ (13.90)

1. ĐẠI CƯƠNG	Chửa ngoài tử cung là hiện tượng trứng đã thụ tinh làm tổ ở ngoài buồng tử cung. Các vị trí của chửa ngoài tử cung: vòi tử cung (chiếm 95 – 98%), buồng trứng, ống cổ tử cung, ổ bụng. Phẫu thuật nội soi chữa ngoài tử cung là một phương pháp dùng để chẩn đoán sớm và điều trị có hiệu quả các trường hợp chửa ngoài tử cung chưa vỡ hoặc chửa ngoài tử cung vỡ với lượng máu trong ổ bụng chưa nhiều, chưa ảnh hưởng đến toàn trạng của người bệnh																											
2. CHỈ ĐỊNH	- Chửa ngoài tử cung với huyết động ổn định. - Chẩn đoán các trường hợp nghi ngờ chửa ngoài tử cung - Các yếu tố nguy cơ của Bruhat: <table><tr><th>STT</th><th>Yếu tố nguy cơ</th><th>Số điểm</th></tr><tr><td>1</td><td>Tiền sử chửa ngoài tử cung</td><td>2</td></tr><tr><td>2</td><td>Sau đó mỗi lần chửa ngoài tử cung thêm</td><td>1</td></tr><tr><td>3</td><td>Tiền sử gõ dính qua nội soi</td><td>1</td></tr><tr><td>4</td><td>Tiền sử mổ vi phẫu vòi tử cung</td><td>2</td></tr><tr><td>5</td><td>Chỉ có 1 vòi tử cung</td><td>2</td></tr><tr><td>6</td><td>Tiền sử viêm vòi tử cung</td><td>1</td></tr><tr><td>7</td><td>Có dính cùng bên</td><td>1</td></tr><tr><td>8</td><td>Có dính bên đối diện</td><td>1</td></tr></table> - Căn cứ vào tổng số điểm để có phương pháp điều trị: ☐ Từ 0-3 điểm: Nội soi bảo tồn vòi tử cung, nếu người bệnh còn nhu cầu sinh đẻ ☐ 4 điểm : Nội soi cắt vòi tử cung ☐ ≥ 5 điểm : Nội soi cắt vòi tử cung và triệt sản bên đối diện.	STT	Yếu tố nguy cơ	Số điểm	1	Tiền sử chửa ngoài tử cung	2	2	Sau đó mỗi lần chửa ngoài tử cung thêm	1	3	Tiền sử gõ dính qua nội soi	1	4	Tiền sử mổ vi phẫu vòi tử cung	2	5	Chỉ có 1 vòi tử cung	2	6	Tiền sử viêm vòi tử cung	1	7	Có dính cùng bên	1	8	Có dính bên đối diện	1
STT	Yếu tố nguy cơ	Số điểm																										
1	Tiền sử chửa ngoài tử cung	2																										
2	Sau đó mỗi lần chửa ngoài tử cung thêm	1																										
3	Tiền sử gõ dính qua nội soi	1																										
4	Tiền sử mổ vi phẫu vòi tử cung	2																										
5	Chỉ có 1 vòi tử cung	2																										
6	Tiền sử viêm vòi tử cung	1																										
7	Có dính cùng bên	1																										
8	Có dính bên đối diện	1																										
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Các trường hợp có chống chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng - Chửa ngoài tử cung vỡ gây trụ mạch. - Không bảo tồn vòi tử cung trong trường hợp huyết tụ thành nang hoặc đã có hoạt động tim thai.																											
4. THẬN TRỌNG																												
5. CHUẨN BỊ																												
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi 2-3 người - Bác sĩ gây mê hồi sức, phụ mê, dụng cụ viên - Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn. b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý giúp việc																											
5.2. Thuốc	- Thuốc gây mê toàn thân, các thuốc hồi sức, dịch truyền thay thế máu và máu nếu có...																											
5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luồn, bơm kim tiêm 5-10ml																											
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Dụng cụ đặt nội khí quản và máy thở. - Dàn máy, hệ thống khí CO2, màn hình TV - Bộ dụng cụ nội soi																											
5.5. Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Người bệnh và gia đình: được giải thích lý do phải phẫu thuật và ký giấy cam đoan phẫu thuật - Khám toàn thân và khám chuyên khoa để đánh giá toàn trạng bệnh nhân có chỉ định mổ nội soi không - Tư vấn cho người bệnh về lý do phẫu thuật, các nguy cơ của phẫu thuật, tương lai sinh sản sau này, các biện pháp tránh thai có thể được áp dụng và nguy cơ																											

	chữa ngoài tử cung tái phát - Người bệnh, người nhà ký cam đoan phẫu thuật - Thụt tháo - Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông đại, sát khuẩn thành bụng vùng mổ - Gây mê nội khí quản
5.6. Hồ sơ BA	Hồ sơ phẫu thuật theo quy định.
5.7. Thời gian	45'-02h
5.8. Địa điểm	- Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa đầu thấp
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật ➤ Bước 1: Chọc trocar và Bơm CO₂ - Rạch da trên dưới rốn 5 hoặc 10 mm (phù hợp với đèn soi) - Nâng thành bụng lên cao để chọc kim (hoặc chọc ngay trocar 5 hoặc trocar 10 nếu phẫu thuật viên có kinh nghiệm), dùng nước nhỏ vào đốc kim kiểm tra xem đầu kim đã nằm trong ổ bụng chưa. - Bơm CO ₂ vào ổ bụng, tốc độ khí vào thường được đặt là 3- 4 lít/ phút. Cảm ứng tắt tự động nếu áp lực bơm trên 15-20 mm Hg - Đưa đèn soi. Kiểm tra xem trocar đã nằm trong ổ bụng chưa. - Chọc 2 hoặc 3 trocar 5 ở hai bên hố chậu, gần mào chậu, hoặc trên xương vè, chú ý tránh chọc vào mạch máu ➤ Bước 2: Đánh giá ổ bụng và tiểu khung - Hút hết máu, rửa ổ bụng, đánh giá toàn bộ ổ bụng và tiểu khung đặc biệt là vị trí, tình trạng khối chứa và vòi tử cung bên đối diện. ➤ Bước 3: Phẫu thuật: tùy thuộc tổn thương - Cắt vòi tử cung triệt để + Cắt vòi tử cung từ eo đến loa hoặc ngược lại + Kẹp vòi tử cung chỗ tiếp giáp giữa eo và bóng để bộc lộ đoạn eo + Đưa dao điện 2 cực vào trocar bên đối diện với khối chứa, cầm máu từ eo vòi tử cung, vừa cầm máu vừa cắt bằng kéo hoặc dao điện 1 cực dọc theo bờ mạc treo vòi tử cung về phía loa, cần chú ý nhánh nối giữa động mạch buồng trứng và động mạch tử cung. + Lấy bệnh phẩm: phần vòi tử cung cắt bỏ được cho vào túi nội soi sau đó lấy ra ngoài qua thành bụng, có thể lấy từng phần qua trocar to nhưng không nên vì đề phòng sót nguyên bào nuôi trong ổ bụng sẽ dẫn đến biến chứng nguyên bào nuôi tồn tại sau mổ. + Rửa ổ bụng và kiểm tra lần cuối - Bảo tồn VTC + Mở VTC Rạch bờ tự do của VTC khoảng 1 – 2 cm ở chỗ phồng nhất bằng dao điện 1 cực, có thể rạch rộng hơn để có thể lấy hết khối chứa một cách dễ dàng + Lấy khối thai ra khỏi VTC Đưa ống hút qua vết rạch vào lòng VTC để hút máu cục và nguyên bào nuôi. Đưa đèn soi lại gần để xác định đã lấy hết nguyên bào nuôi chưa và có chảy máu không? + Kiểm tra tình trạng chảy máu và cầm máu Thông thường máu hay chảy ở mép vết rạch VTC hay ở vị trí rau bám. Nếu có

	chảy máu thì dùng dao điện 2 cực cầm máu nhẹ nhàng tránh làm tổn thương vùng xung quanh, có thể ngâm toàn bộ VTC trong nước ấm cũng có tác dụng cầm máu và tránh làm khô VTC + Lấy bệnh phẩm Tổ chức rau thai sau đó được cho vào túi nội soi và lấy ra ngoài ổ bụng. Cần chú ý lấy hết tổ chức vì nếu để sót có thể dẫn đến hậu quả nguyên bào nuôi tiếp tục làm tổ và phát triển trong ổ phúc mạc + Kết thúc cuộc mổ ✓ Kiểm tra lại VTC ✓ Rửa vùng tiểu khung ✓ Đánh giá lại VTC đối diện cũng như toàn bộ tiểu khung ✓ Không cần thiết đặt dẫn lưu + Một số kỹ thuật kết hợp ✓ Gỡ dính ✓ Tạo hình loa vòi ✓ Mở thông VTC ✓ Lộn loa vòi ✓ Cắt VTC Bước 4: Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. Tai biến của phẫu thuật nội soi nói chung - Tổn thương đường tiêu hóa - Tổn thương hệ tiết niệu - Tổn thương vòi tử cung - Bỏng do điện - Chảy máu trong mổ 2. Tai biến của nội soi điều trị chữa ngoài tử cung - Ngoài các tai biến, biến chứng chung của soi ổ bụng can thiệp, soi ổ bụng điều trị chữa ngoài tử cung có một số tai biến đặc trưng như: - Điều trị bảo tồn VTC + Chảy máu: chủ yếu là chảy máu ở diện rau bám trong mổ và sau mổ dẫn tới phải cắt vòi tử cung + Chấn thương vòi tử cung: thường do phẫu thuật viên thiếu kinh nghiệm + Nguyên bào nuôi tồn tại - Điều trị triệt để cắt VTC + Chảy máu: trong lúc gỡ dính, cầm máu không tốt, tổn thương mạc treo vòi tử cung, các nhánh nối giữa động mạch buồng trứng và động mạch tử cung + Chấn thương các cơ quan khác: do khó chữa dính với ruột, thành chậu hông + Tổn thương ruột: do dính nhiều và chảy máu nhiều + Tồn tại nguyên bào nuôi: do lấy bệnh phẩm không hết để các nguyên bào nuôi rơi vào trong bụng và tiếp tục phát triển
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24 tháng 4 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế

**22. PHẪU THUẬT NỘI SOI XỬ TRÍ VIÊM PHÚC MẠC TIỂU KHUNG,
VIÊM PHÂN PHỤ, Ứ MỮ VỎI TRỨNG (13.73)**

1. ĐẠI CƯƠNG	Viêm vùng chậu là nguyên nhân phổ biến gây đau vùng chậu và vô sinh, các biến chứng cấp tính gồm áp xe vòi tử cung, buồng trứng và viêm phúc mạc tiểu khung. Phần lớn nguyên nhân viêm vùng chậu là do viêm nhiễm đường sinh dục dưới.
2. CHỈ ĐỊNH	- Viêm cấp phần phụ đã được điều trị nội khoa từ 48 đến 72 giờ. - Áp xe phần phụ cần dẫn lưu hoặc cắt bỏ khối áp-xe phần phụ. - Viêm dính gây đau vùng chậu mạn tính. - Vỡ khối áp xe phần phụ, viêm phúc mạc tiểu khung.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Có tiền sử phẫu thuật ổ phúc mạc như phẫu thuật ruột, sửa chữa thoát vị rốn, viêm ruột thừa vỡ, tiền sử xạ trị... gây tình trạng dính nặng ổ phúc mạc hoặc làm thay đổi các cấu trúc giải phẫu trong hố chậu. - Rối loạn huyết động, rối loạn đông chảy máu. - Viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng thành bụng. - Bệnh lý tim mạch, phổi, gan cấp tính. - Lao phúc mạc. - Tắc hoặc liệt ruột. - Chống chỉ định tương đối trong béo phì, thai nghén.
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - BS chuyên ngành sản phụ khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi 2-3 người - Bác sĩ gây mê hồi sức, phụ mê, dụng cụ viên - Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn. b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý giúp việc
5.2. Thuốc	- Thuốc gây mê toàn thân, các thuốc hồi sức, dịch truyền thay thế máu và máu nếu có...
5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luồn, bơm kim tiêm 5-10ml
5.4. Trang thiết bị	- Dụng cụ đặt nội khí quản và máy thở. - Dàn máy, hệ thống khí CO₂, màn hình TV - Bộ dụng cụ nội soi
5.5. Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Người bệnh được giải thích đầy đủ các lợi ích, nguy cơ có thể xảy ra trong phẫu thuật và có thể chuyển sang phẫu thuật mở bụng. - Chuẩn bị xét nghiệm, khám phụ khoa, cấy dịch âm đạo. - Vệ sinh, thụt tháo. - Kháng sinh đã được sử dụng theo đúng phác đồ. - Đặt thông Foley bàng quang.
5.6. Hồ sơ BA	Hồ sơ bệnh án phẫu thuật theo qui định.
5.7. Thời gian	45'-02h
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa, đầu thấp
6. TIẾN	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật,

HÀNH QTKT	- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật Bước 1: Chọc trocar và bơm khí - Rạch da trên dưới rốn 5 hoặc 10 mm (phù hợp với đèn soi) - Nâng thành bụng lên cao để chọc kim (hoặc chọc ngay trocar 5 hoặc trocar 10 nếu phẫu thuật viên có kinh nghiệm), dùng nước nhỏ vào ổ kim kiểm tra xem đầu kim đã nằm trong ổ bụng chưa. - Bơm CO₂ vào ổ bụng, tốc độ khí vào thường được đặt là 3- 4 lít/ phút. Cảm ứng tắt tự động nếu áp lực bơm trên 15-20 mm Hg - Đưa đèn soi. Kiểm tra xem trocar đã nằm trong ổ bụng chưa. - Chọc 2 hoặc 3 trocar 5 ở hai bên hố chậu, gần mào chậu, hoặc trên xương vè, chú ý tránh chọc vào mạch máu Bước 2: Quan sát ổ phúc mạc - Quan sát toàn bộ ổ phúc mạc. - Đặt người bệnh ở tư thế Trendelenburg chọc thêm 2 – 3 trocar ở 2 hố chậu, trên vè. - Đánh giá tổn thương, lấy dịch ổ phúc mạc làm xét nghiệm. - Giải phóng các dải dính. Bước 3: Xử trí nguyên nhân : Nếu viêm phúc mạc do áp xe phần phụ, ứ mủ vòi tử cung: - Người bệnh dưới 40 tuổi, còn có nguyên vọng sinh đẻ, có thể thực hiện: + Bộc lộ khối áp xe. + Dùng dao điện đơn cực mở ổ áp xe ở bờ tự do vòi tử cung, dẫn lưu mủ, đốt cầm máu diện rạch. Trong quá trình thao tác hạn chế phát tán thêm mủ, dịch viêm vào ổ phúc mạc. + Rửa ổ phúc mạc. + Đặt dẫn lưu - Người bệnh trên 40 tuổi, đủ con: cắt phần phụ bị tổn thương. - Nếu những trường hợp nội soi khó khăn, chuyển mổ mở. Bước 4: Làm sạch khoang bụng - Lấy bỏ các giả mạc. - Rửa bằng dung dịch Ringer Lactat hoặc dung dịch muối sinh lý làm ấm. Bước 5: Đặt dẫn lưu - Dùng ống dẫn lưu mềm đặt túi cùng sau trong trường hợp cần thiết - Kết thúc phẫu thuật, lấy bệnh phẩm, tháo CO₂, đóng bụng - Có thể chụp ảnh, ghi hình để thông báo cho người bệnh, lưu thông tin để theo dõi điều trị. Bước 6: Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. THEO DÕI - Điều trị nội khoa sau mổ dựa vào kháng sinh đồ (nếu có). - Theo dõi cải thiện các triệu chứng lâm sàng - Nuôi dưỡng. - Chăm sóc tại chỗ ống dẫn lưu (nếu có). - Vận động sớm. - Phát hiện biến chứng 2. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ: Tổn thương các tạng rỗng và mạch máu khi chọc trocar. - Tổn thương đường tiết niệu, tiêu hóa.
8. TÀI LIỆU THAM	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng

23. PHẪU THUẬT NỘI SOI

LẤY DỤNG CỤ TỬ CUNG TRONG Ổ BỤNG (13.221)

1. ĐẠI CƯƠNG	Dụng cụ tử cung là một phương pháp tránh thai khá phổ biến ở nước ta. Có thể gặp tai biến dụng cụ tử cung chui qua cơ tử cung vào ổ bụng 1. Lâm sàng - Đau lưng, đau bụng - Khám bằng mỏ vịt: không thấy dây DCTC ở CTC - Thăm dò BTC bằng móc vòng không thấy DCTC. 2. Cận lâm sàng - Siêu âm: không thấy DCTC trong BTC
2. CHỈ ĐỊNH	- Người bệnh được chẩn đoán DCTC nằm trong ổ bụng - Không có chống chỉ định của phẫu thuật nội soi - Trước đây khi chưa có nội soi phải lấy DCTC qua mở bụng nhưng gặp nhiều khó khăn do phẫu trường hẹp, xác định vị trí DCTC khó khăn, do DCTC bị mạc nối lớn bao bọc và di chuyển không nằm trong tiêu khung. Từ khi có nội soi dễ dàng bao quát được toàn bộ ổ bụng, xác định vị trí DCTC dễ dàng hơn và ít gây sang chấn
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi 2-3 người - Bác sĩ gây mê hồi sức, phụ mê, dụng cụ viên - Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn. b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý giúp việc
5.2. Thuốc	- Thuốc gây mê toàn thân, các thuốc hồi sức, dịch truyền thay thế máu và máu nếu có...
5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luồn, bơm kim tiêm 5-10ml
5.4. Trang thiết bị	- Dụng cụ đặt nội khí quản và máy thở. - Dẫn máy, hệ thống khí CO₂, màn hình TV - Bộ dụng cụ nội soi
5.5. Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Khám toàn thân và khám chuyên khoa - Tư vấn cho người bệnh về lý do phẫu thuật, các nguy cơ của phẫu thuật. - Người bệnh ký cam đoan phẫu thuật - Thụt tháo - Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông đái, sát khuẩn thành bụng vùng mổ
5.6. Hồ sơ BA	Hồ sơ phẫu thuật theo quy định, có duyệt mổ của lãnh đạo khoa, bệnh viện và phân công phẫu thuật viên.
5.7. Thời gian	30 phút – 01h
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: tư thế nằm ngửa
6. TIẾN	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật

HÀNH QTKT	- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật ➤ Thì 1: chọc troaca và bơm CO₂ ổ bụng - Rạch da trên dưới rốn 5 hoặc 10 mm (phù hợp với đèn soi) - Nâng thành bụng lên cao để chọc kim (hoặc chọc ngay trocar 5 hoặc trocar 10 nếu phẫu thuật viên có kinh nghiệm), dùng nước nhỏ vào đốc kim kiểm tra xem đầu kim đã nằm trong ổ bụng chưa. - Bơm CO₂ vào ổ bụng, tốc độ khí vào thường được đặt là 3- 4 lít/ phút. Cảm ứng tắt tự động nếu áp lực bơm trên 15-20 mm Hg - Đưa đèn soi. Kiểm tra xem trocar đã nằm trong ổ bụng chưa. - Chọc 2 hoặc 3 trocar 5 ở hai bên hố chậu, gần mào chậu, hoặc trên xương vè, chú ý tránh chọc vào mạch máu ➤ Thì 2: Đánh giá ổ bụng và tiểu khung Quan sát toàn bộ ổ bụng tìm vị trí DCTC đặc biệt chú ý khi DCTC nằm gần các vị trí nguy hiểm như mạch máu lớn. Có những trường hợp DCTC bị mạc nối lớn cuốn vào nên rất khó tìm hoặc có cả trường hợp DCTC nằm ở trên gan vì vậy phải rất kiên nhẫn trong khi tìm kiếm. Gỡ dính và bộc lộ DCTC ➤ Thì 3. Lấy DCTC ra ngoài Khi thấy DCTC trong ổ bụng thì dùng kẹp nhẹ nhàng lấy DCTC ra ngoài, chú ý không làm tổn thương các tạng lân cận ➤ Thì 5. Tháo hết CO₂ và khâu lại lỗ chọc trocar Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Tổn thương đường tiêu hoá - Tổn thương hệ tiết niệu - Tổn thương mạch máu - Bỏng do điện - Chảy máu trong mổ
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản Phụ

24. PHẪU THUẬT NỘI SOI TRIỆT SẢN NỮ (13.223)

1. ĐẠI CƯƠNG	- Phẫu thuật này đã được Blundell (Anh) đề xuất từ năm 1827. Năm 1880, Lundgren (Mỹ) thực hiện ca triệt sản đầu tiên sau khi phẫu thuật mổ lấy thai lần 2. - Triệt sản nữ (thắt vòi tử cung) là biện pháp tránh thai hiệu quả nhất, an toàn, kinh tế, đơn giản NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ - Làm tắc thắt vòi tử cung bằng cách thắt và cắt thắt vòi tử cung - Đảm bảo tuần hoàn nuôi dưỡng cho thắt vòi tử cung và buồng trứng
2. CHỈ ĐỊNH	- Do nguyên nhân y tế đơn thuần: bệnh lý mẹ - Do nguyên nhân y tế - xã hội: đẻ nhiều lần, đời sống kinh tế khó khăn, nguyện vọng người mẹ không muốn đẻ thêm nữa. - Do nguyên nhân xã hội hoàn toàn: không muốn có con nữa, phụ thuộc vào nguyện vọng của người phụ nữ hoặc cặp vợ chồng - Do yêu cầu của vận động kế hoạch hóa gia đình nhằm giảm dân số
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	Không có
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi 2-3 người - Bác sĩ gây mê hồi sức, phụ mê, dụng cụ viên - Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc gây mê toàn thân, các thuốc hồi sức, dịch truyền...
5.3. Vật tư	- Dây truyền dịch, kim luồn, bơm kim tiêm 5-10ml
5.4. Trang thiết bị/ vật tư	- Dụng cụ đặt nội khí quản và máy thở. - Dây máy phẫu thuật nội soi, hệ thống khí CO₂, màn hình TV - Bộ dụng cụ nội soi
5.5 Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...: Khám toàn thân và khám chuyên khoa để đánh giá bệnh lý phối hợp - Tư vấn cho người bệnh về lý do phẫu thuật, các nguy cơ của phẫu thuật. - Người bệnh ký cam đoan phẫu thuật - Thụt tháo - Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông đại, sát khuẩn thành bụng vùng mổ
5.6. Hồ sơ BA	Hồ sơ phẫu thuật theo quy định, đầy đủ xét nghiệm, có biên bản hội chẩn, cam đoan phẫu thuật
5.7. Thời gian	30 phút- 01h
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH Thì 1: chọc troca và bơm CO₂ ổ bụng

	- Rạch da trên dưới rốn 5 hoặc 10 mm (phù hợp với đèn soi) - Nâng thành bụng lên cao để chọc kim (hoặc chọc ngay trocar 5 hoặc trocar 10 nếu phẫu thuật viên có kinh nghiệm), dùng nước nhỏ vào đốc kim kiểm tra xem đầu kim đã nằm trong ổ bụng chưa. - Bơm CO₂ vào ổ bụng, tốc độ khí vào thường được đặt là 3- 4 lít/ phút. Cảm ứng tắt tự động nếu áp lực bơm trên 15-20 mm Hg - Đưa đèn soi. Kiểm tra xem trocar đã nằm trong ổ bụng chưa. - Chọc 2 hoặc 3 trocar 5 ở hai bên hố chậu, gần mào chậu, hoặc trên xương vè, chú ý tránh chọc vào mạch máu Thì 2: Bộc lộ đánh giá toàn bộ tiểu khung, quan sát tử cung, vòi tử cung Thì 3: Triệt sản - Đốt vòi tử cung bằng dao 2 cực, ở vị trí sát 2 tai vòi - Dùng dao 1 cực cắt đôi vòi tử cung ở vị trí vừa đốt bằng dao 2 cực - Sau đó dùng dao 2 cực đốt lại 2 đầu mỏm cắt vòi tử cung. Thì 4: Rửa ổ bụng nếu cần và kiểm tra lại lần cuối Thì 5: Rút trocar, khâu da Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Tồn thương hệ tiêu hóa - Tồn thương hệ tiết niệu - Tồn thương mạch máu - Bỏng do điện - Chảy máu trong ổ - Có thai lại sau triệt sản
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

25. PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN ĐẦU (13.7)

1. ĐẠI CƯƠNG	Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung
2. CHỈ ĐỊNH	1) Do nguyên nhân từ thai. - Các chỉ định do ngôi thai bất thường. - Thai to - Thai suy - Bệnh lý của thai có chống chỉ định đẻ đường âm đạo: 2) Do nguyên nhân phần phụ của thai. 3) Do nguyên nhân đường sinh dục. 4) Do bệnh lý của mẹ 5) Những chỉ định khác
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	Trường hợp bệnh cấp tính kèm theo, bệnh nội khoa nặng, tiền sử bệnh nội khoa, những lần mang thai trước
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Kíp gây mê hồi sức. - Kíp phẫu thuật. - Nữ hộ sinh đón bé, chăm sóc sơ sinh b) Nhân lực hỗ trợ : Hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc gây tê, gây mê... - Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tùy sống, gây mê toàn thân. - Các thuốc để hồi sức và các thuốc dùng trong sản khoa.
5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luôn, bơm kim tiêm 5-10ml - Bông bóp sơ sinh
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ mổ lấy thai đã tiệt trùng - Kim chỉ tiêu - Phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh
5.5. Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...:Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật. - Thông đại, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.
5.6. Hồ sơ BA	- Bệnh án sản khoa theo quy định, có khám lâm sàng và xét nghiệm, siêu âm, điện tim, giấy tờ liên quan đầy đủ
5.7. Thời gian	- Thời gian thực hiện phẫu thuật 30’- 1h, trong trường hợp xảy ra cấp cứu, chảy máu, băng huyết... thời gian phẫu thuật có thể kéo dài thêm 1-2h tùy tình hình
5.8. Địa điểm	- Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật * Thì 1. Mở bụng: - Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu. - Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ. * Thì 2. Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung.

	* Thì 3. Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối: - Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới. - Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm . * Thì 4. Lấy thai và rau: - Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại. - Dùng miếng gạc mỏng lau nhót miệng trẻ. - Kẹp và cắt dây rốn. - Tiêm tĩnh mạch chậm(quả dây truyền) 10 đơn vị oxytocin. Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đẩy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần. - Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy. * Thì 5. Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc: - Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1. Có thể bằng mũi rời hay khâu vắt có khóa hay không có khóa. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung. Không nên khâu cả lớp nội mạc tử cung. Thông thường khâu một lớp là đủ. Nếu cần thì khâu vắt lớp thứ hai để cầm máu và che phủ lớp khâu thứ nhất. - Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung bắt buộc khi có nguy cơ nhiễm khuẩn. * Thì 6. Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, đếm đủ gạc: * Thì 7: Đóng thành bụng theo từng lớp. * Thì 8: Lấy máu và lau âm đạo. * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	A) THEO DÕI 1. Theo dõi sau phẫu thuật. - Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu. - Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ tử cung ra. - Vết mổ thành bụng. - Trung tiện. 2. Chăm sóc. - Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật. - Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện). - Vận động sớm. - Cho con bú sớm. - Kháng sinh điều trị (nếu cần). B). BIẾN CHỨNG 1. Trong phẫu thuật; - Chảy máu - Chấn thương thai nhi - Chấn thương ruột - Rạch vào bàng quang - Thắt vào niệu quản 2. Sau phẫu thuật - Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết. - Chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung
8. TÀI LIỆU THAM	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng

26. PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN HAI TRỞ LÊN (13.2)

1. ĐẠI CƯƠNG	Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung. Phẫu thuật lấy thai lần 2 là phẫu thuật lấy thai ra khỏi tử cung trên bệnh nhân đã có sẹo mổ đẻ cũ ở tử cung
2. CHỈ ĐỊNH	- Bệnh nhân đã có sẹo mổ đẻ lần 1 ở tử cung: - Mổ lần đầu vì lý do tuyệt đối: khung chậu hẹp, méo , lệch. - Tiền sử mổ lấy thai do nguy cơ vỡ tử cung cao trong chuyển dạ. - Lần đầu mổ thân tử cung, mổ dọa vỡ tử cung, hoặc vỡ tử cung khâu bảo tồn. - Hậu phẫu lần trước bị nhiễm trùng tử cung. - Lần này thai già tháng. - Khoảng cách giữa 2 lần mổ trước với lần này < 18 tháng
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Kíp phẫu thuật: 01 bác sĩ mổ chính, 01 bác sĩ phụ mổ - Kíp gây mê hồi sức: 01 bs gây mê, 01 KTV phụ mê - 01 KTV dụng cụ - Nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý
5.2. Thuốc	- Các thuốc gây tê tùy sống, gây mê, giãn cơ.... - Các thuốc để hồi sức và các thuốc tăng co, cầm máu dùng trong sản khoa.
5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luân, bơm kim tiêm 5-10ml
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tùy sống, gây mê toàn thân. - Bộ dụng cụ mổ lấy thai đã tiệt trùng. - Chỉ tiêu: vycryl 1.0, 3.0...chỉ không tiêu - Phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh.
5.5 Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật. - Thông đại, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.
5.6. Hồ sơ BA	Hồ sơ phẫu thuật theo quy định, có đầy đủ xét nghiệm cần thiết
5.7. Thời gian	30 phút -01h
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: tư thế nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật - Giảm đau vùng (gây tê tùy sống hay gây tê ngoài màng cứng) là ưu tiên. Có thể gây mê nội khí quản khi giảm đau vùng có chống chỉ định Thì 1. Mở bụng: - Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu tùy theo sẹo mổ cũ lần trước - Gỡ dính(nếu có)

	- Bộc lộ vùng mổ: chèn gác, đặt van vệ. Thì 2. Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung Thì 3. Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối: - Mổ đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). - Mổ rộng vết rạch tử cung sang hai bên, đường mổ tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới. - Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm . Thì 4. Lấy thai và rau: - Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại. - Dùng miếng gác mỏng lau nhót miệng trẻ. - Kẹp và cắt dây rốn. - Tiêm tĩnh mạch chậm(quả dây truyền) 10 đơn vị oxytocin, tiêm cơ tử cung 10đv oxytocin + 0.2mg methyl ergometrin - Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần. - Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy. Thì 5. Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc: - Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1 mũi vắt 1 lớp, kiểm tra có chảy máu không, nếu có khâu cầm máu - Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung Thì 6. Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, đếm đủ gác Thì 7: Đóng thành bụng theo từng lớp. Thì 8: Lấy máu và lau âm đạo. Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. Theo dõi sau phẫu thuật. - Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu. - Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ âm đạo, cổ tử cung. - Vết mổ thành bụng. - Trung tiện. 2. Chăm sóc. - Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật. - Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện). - Vận động sớm. - Cho con bú sớm. - Kháng sinh điều trị VI. BIẾN CHỨNG 1. Trong phẫu thuật - Chảy máu - Chấn thương thai nhi - Chấn thương ruột - Rạch vào bàng quang, Thắt vào niệu quản 2. Sau phẫu thuật - Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

27. PHẪU THUẬT LẤY THAI DO BỆNH LÝ SẢN KHOA(RAU TIỀN ĐẠO, RAU BONG NON, TIỀN SẢN GIẬT, SẢN GIẬT) (13.5)

1. ĐẠI CƯƠNG	- Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung do các bệnh lý sản khoa không có chỉ định đẻ đường âm đạo hoặc khó đẻ đường âm đạo như: rau tiền đạo, rong bong non, tiền sản giật, sản giật...
2. CHỈ ĐỊNH	- Bệnh lý sản khoa: rau tiền đạo đủ tháng hoặc chảy máu nhiều, rau bong non, sản giật, tiền sản giật...
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Kíp phẫu thuật: Bs mổ chính, phụ mổ - Kíp gây mê hồi sức: Bác sĩ gây mê, KTV phụ mê - 01 KTV dụng cụ - Nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc gây tê, gây mê, giãn cơ... - Các thuốc đề hồi sức và các thuốc dùng trong sản khoa và các bệnh lý toàn thân.
5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luân, bơm kim tiêm 5-10ml
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tùy sống, hoặc gây mê toàn thân tùy từng tình trạng bệnh. - Bộ dụng cụ mổ lấy thai đã tiệt trùng. - Phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh
5.5 Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật. - Thông đại, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.
5.6. Hồ sơ BA	Hồ sơ phẫu thuật theo quy định, đầy đủ xét nghiệm, biên bản hội chẩn, cam đoan mổ
5.7. Thời gian	30 phút – 2h tùy tình trạng
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật Thì 1. Mở bụng: - Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu. - Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ. Thì 2. Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung. Thì 3. Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối: - Mổ đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới. - Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm .

	Thì 4. Lấy thai và rau: - Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại. - Dùng miếng gạc mỏng lau nhót miệng trẻ. - Kẹp và cắt dây rốn. - Tiêm tĩnh mạch chậm 10 đơn vị oxytocin, tiêm cơ tử cung 10đv oxytocin + 0.2mg vingomin - Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần. - Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy. Thì 5. Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc: - Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1 mũi vắt 01 lớp - Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung Thì 6. Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, đếm đủ gạc: Thì 7: Đóng thành bụng theo từng lớp. Thì 8: Lấy máu và lau âm đạo. Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. Theo dõi sau phẫu thuật. - Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu. - Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ tử cung ra. - Vết mổ thành bụng. - Trung tiện. 2. Chăm sóc. - Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật và các thuốc điều trị bệnh toàn thân. - Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện). - Vận động sớm. - Cho con bú sớm. - Kháng sinh điều trị (nếu cần). V. BIẾN CHỨNG 1. Trong phẫu thuật - Chảy máu - Chấn thương thai nhi - Chấn thương ruột - Rạch vào bàng quang - Thắt vào niệu quản 2. Sau phẫu thuật - Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết. - Chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung - Chấn thương ruột - Rạch vào bàng quang, Thắt vào niệu quản 2. Sau phẫu thuật - Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết - Chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

28. PHẪU THUẬT LẤY THAI CÓ KÈM CÁC KỸ THUẬT CÀM MÁU**(thắt động mạch tử cung, mũi khâu B – lynch) (13.8)**

1. ĐẠI CƯƠNG	Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung.
2. CHỈ ĐỊNH	1) Do nguyên nhân từ thai. - Các chỉ định do ngôi thai bất thường. - Thai to - Thai suy - Bệnh lý của thai có chống chỉ định đẻ đường âm đạo: 2) Do nguyên nhân phần phụ của thai. 3) Do nguyên nhân đường sinh dục. 4) Do bệnh lý của mẹ 5) Những chỉ định khác
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Kíp gây mê hồi sức; 01 bác sĩ mê, 01 KTV mê - Kíp phẫu thuật: 01 bác sĩ mổ chính, 01 bác sĩ phụ mổ - 01 KTV dụng cụ - Nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc gây tê, gây mê, giãn cơ... - Các thuốc để hồi sức và các thuốc dùng trong sản khoa...
5.3 5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luôn - Bơm kim tiêm 5-10ml
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tủy sống, gây mê toàn thân. - Bộ dụng cụ mổ lấy thai đã tiệt trùng. - Phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh.
5.5 Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật. - Thông đại, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.
5.6. Hồ sơ BA	Hồ sơ phẫu thuật theo quy định, có duyệt mổ của lãnh đạo khoa, bệnh viện và phân công phẫu thuật viên.
5.7. Thời gian	30’-2h
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật Thì 1. Mở bụng: - Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu. - Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ.

	Thì 2. Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung. Thì 3. Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối: - Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới. - Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm . Thì 4. Lấy thai và rau: - Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại. - Dùng miếng gạc mỏng lau nhót miệng trẻ. - Kẹp và cắt dây rốn. - Tiêm tĩnh mạch chậm 10 đơn vị oxytocin, tiêm cơ tử cung 10đv oxytocin + 0.2mg vingomin - Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần. - Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy. Thì 5. Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc: - Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1 mũi vắt 01 lớp - Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung B. KỸ THUẬT CẦM MÁU. - Chảy máu ở buồng tử cung do những nguyên nhân khác nhau. - Chảy máu ở vùng rau bám trong rau tiền đạo. - Đờ tử cung. Thất động mạch tử cung là thủ thuật làm tắc nghẽn luồng máu chảy trong động mạch tử cung, do đó làm giảm lưu lượng máu tới tử cung. I. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH * Thì 1. Mở phúc mạc đoạn dưới. Đường rạch ngang đoạn dưới ở thì phẫu thuật lấy thai. * Thì 2. Bóc tách lá phúc mạc trước và sau, bộc lộ động mạch tử cung ở vị trí động mạch đổi hướng từ đáy dây chằng rộng quạt ngược lên mặt bên thân tử cung. * Thì 3. Thất động mạch tử cung. Thất động mạch tử cung bằng cách khâu cả tổ chức quanh động mạch bằng chỉ safyl 1.0. * Thì 4. Khâu phúc mạc rồi tiếp tục thất động mạch đối diện. Nếu khâu mũi Blynch: (Blynch cải tiến BV Hùng Vương) bao gồm hai mũi dọc dọc thân tử cung, mũi 1 bắt đầu từ bờ trên cách mép trên vết mổ 1-1.5cm đi ra sau tử cung, vòng lên đáy tử cung, buộc chỉ tại vị trí mép trên vết mổ. Mũi 2 làm tương tự Thì 6. Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, đếm đủ gạc: Thì 7: Đóng thành bụng theo từng lớp. Thì 8: Lấy máu và lau âm đạo. Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. Theo dõi sau phẫu thuật. - Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu. - Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ tử cung ra. - Vết mổ thành bụng. - Trung tiện.

	2. Chăm sóc. - Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật. - Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện). - Vận động sớm. - Cho con bú sớm. - Kháng sinh điều trị D. BIẾN CHỨNG 1. Trong phẫu thuật - Chảy máu - Chấn thương thai nhi - Chấn thương ruột - Rạch vào bàng quang - Thắt vào niệu quản 2. Sau phẫu thuật - Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

29. CHỌC DÒ TÚI CÙNG DOUGLAS (13.160)

1. ĐẠI CƯƠNG	Chọc dò túi cùng sau là một thủ thuật nhằm xác định túi cùng Douglas có dịch, máu hay mủ.
2. CHỈ ĐỊNH	- Nghi thai ngoài tử cung vỡ, chảy máu do vỡ nang Degraff - Lấy dịch ổ bụng làm xét nghiệm. - Nghi có ổ áp xe phần phụ hoặc áp xe Douglas.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sĩ sản b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ sinh, hộ lý
5.2. Thuốc	+ Lidocain, nước cất.
5.3. Vật tư	+ Bơm tiêm 5-10 ml, + Kim chọc dò tùy sống..
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	+ Bộ khám phụ khoa: 01 van âm đạo, 01 panh sát khuẩn, 01 kẹp pozzi + Các dung dịch sát khuẩn + Săng vô khuẩn, bông băng còn gạc
5.5. Người bệnh	+ Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... + Động viên, hỗ trợ tinh thần, vệ sinh cơ quan sinh dục ngoài và đi tiểu tiện.
5.6. Hồ sơ BA	Đầy đủ hồ sơ, xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết
5.7. Thời gian	5-10 phút
5.8. Địa điểm	Phòng đẻ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: có hồ sơ, chỉ định cần thiết - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật Bước 1: Sát khuẩn rộng vùng âm hộ, Bước 2: Đặt van âm đạo tiếp tục sát khuẩn phần trong âm đạo và túi cùng sau, sát khuẩn âm đạo. Bước 3: Dùng kim Pozzi kẹp mép sau cổ tử cung, kéo nhẹ theo hướng ra ngoài và lên trên, bộc lộ túi cùng sau âm đạo. Bước 4: Lắp kim vào bơm tiêm. Bước 5: Chọc nhanh kim vào túi cùng sau ở dưới mép sau cổ tử cung Bước 6: Kéo nòng bơm tiêm từ từ để hút dịch ở túi cùng Douglas. Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản Phụ

30. SOI CỔ TỬ CUNG (13.166)

1. ĐẠI CƯƠNG (Định nghĩa, nguyên lý, mục đích của kỹ thuật)	Soi cổ tử cung là phương pháp kiểm tra kỹ vùng cổ tử cung, âm đạo và âm hộ để phát hiện các bệnh viêm nhiễm, lộ tuyến, ung thư cổ tử cung... Soi cổ tử cung là một trong những khâu cần thiết trong khám phụ khoa. Mục đích của phương pháp này là nhằm phát hiện nguyên nhân, các yếu tố gây viêm nhiễm phụ khoa, lộ tuyến cổ tử cung,... Từ đó, giúp người bệnh có thể ngăn ngừa và điều trị kịp thời những ảnh hưởng do các bệnh phụ khoa gây ra
2. CHỈ ĐỊNH	Soi cổ tử cung là một trong những thủ thuật trong quá trình tầm soát các bệnh phụ khoa theo định kỳ. Tuy nhiên, thủ thuật này cũng có thể tách riêng và áp dụng đối với các trường hợp: - Viêm nhiễm âm đạo, cổ tử cung - Tầm soát ung thư cổ tử cung
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : BS sản phụ khoa đã được đào tạo về soi cổ tử cung, Hộ sinh b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	- Các thuốc, hóa chất soi cổ tử cung: nước muối sinh lý, acid acetic 3%, lugol 3%
5.3. Vật tư	- Săng, gạc chấm acid acetic, lugol, bông sát khuẩn...
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Máy soi cổ tử cung, máy tính, máy in - Bộ dụng cụ soi cổ tử cung: 01 mỏ vịt, panh sát khuẩn, trụ cắm panh, cốc inox đựng bông soi, bông sát khuẩn, cốc inox đựng acid, lugol
5.5. Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... Bệnh nhân ngoài chu kỳ kinh nguyệt
5.6. Hồ sơ BA	- Hồ sơ khám bệnh, có chỉ định soi cổ tử cung
5.7. Thời gian	2 -5 phút
5.8. Địa điểm	Phòng khám, có máy soi cổ tử cung, trang thiết bị cần thiết
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, hồ sơ khám có chỉ định soi cổ tử cung - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh - Các bước tiến hành Bước 1: Bác sỹ dùng mỏ vịt để cho vào âm đạo và cổ tử cung, Bước 2: Hướng máy soi vào và quan sát từ âm hộ, âm đạo, cổ tử cung . Bước 3: Thực hiện soi: soi trước nhuộm hóa chất, sau nhuộm acid acetic 3%, sau nhuộm lugol 3%, tại cổ tử cung để phát hiện các bất thường nếu có Bước 4: Phân tích kết quả và đọc kết quả, chẩn đoán bệnh * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ, kết quả trả người bệnh - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	Chảy máu cổ tử cung: Đối với trường hợp viêm lộ tuyến cổ tử cung rộng động tác đặt mỏ vịt âm đạo có thể gây tổn thương thêm cổ tử cung gây chảy máu. Vì vậy động tác cần phải nhẹ nhàng. Khi có biểu hiện chảy máu cần nhét gạc cầm máu và dặn bệnh nhân tái khám.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

31. LẤY KHỐI MÁU TỤ ÂM ĐẠO, TÀNG SINH MÔN (13.32)

1. ĐẠI CƯƠNG	Huyết tụ là những biến chứng chảy máu và tụ máu thành một khối máu trên đường thai sổ qua âm đạo, chấn thương âm đạo, tầng sinh môn. Tùy theo khối huyết tụ mà ta chia ra: - Huyết tụ âm đạo. - Huyết tụ âm hộ Cả hai loại sau đều ở dưới cơ nâng hậu môn, có thể phối hợp với nhau và có tiên lượng giống nhau.
2. CHỈ ĐỊNH	Chỉ định lấy khối máu tụ âm hộ , âm đạo phải được thực hiện ngay sau khi chẩn đoán có khối máu tụ ở âm hộ, âm đạo hình thành mỗi lúc một to dần lên, người bệnh đau nhiều không chịu đựng được .
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sĩ chuyên khoa sản, hộ sinh - Khám lại toàn thân, tư vấn cho người bệnh và gia đình - Rửa tay, đội mũ , đeo khẩu trang đã tiệt khuẩn như làm phẫu thuật b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	- Các thuốc gây tê, gây mê, tiền mê giảm đau... - Các thuốc gây tê tại chỗ: lidocain 2%, nước cất
5.3. Vật tư	- Bơm kim tiêm 5-10ml, dây truyền kim luôn...
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- 2 van âm đạo - 2 panh hình tim - 1 panh sát trùng - 1 kéo thẳng đầu tù, sắc - 1 kìm mang kim - 1 phẫu tích mang kim - 1 cốc đựng dung dịch sát trùng - 1 đến hai sợi chỉ vicryl số 1, 2
5.5. Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... Người bệnh phải được đánh giá toàn diện: lượng máu mất, mạch, huyết áp, toàn trạng, đặc biệt các bệnh có liên quan đến đông cầm máu như giảm tiểu cầu, APTT kéo dài, giảm fibrinogen...tiền sử dị ứng thuốc
5.6. Hồ sơ BA	Đầy đủ hồ sơ bệnh án, các xét nghiệm cần thiết
5.7. Thời gian	20 phút – 01 giờ
5.8. Địa điểm	Phòng đẻ, phòng mổ tùy theo mức độ khối máu tụ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, ký cam kết thực hiện thủ thuật, đầy đủ xét nghiệm cần thiết - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật - Giảm đau cho người bệnh - Sát khuẩn tại chỗ - Rửa da nặn hết máu cục đến đáy tổn thương, tìm điểm chảy máu, khâu cầm máu mũi chữ X, điểm khâu trên vị trí chảy máu, tránh tụ máu lại - Khâu phục hồi tổn thương - Đóng da chỉ lín - Sát khuẩn

	* Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp. - Theo dõi chảy máu: nếu chảy máu phải kiểm tra kỹ khâu lại. - Theo dõi lượng máu mất, các xét nghiệm hồng cầu, hemoglobin, khi cần thiết phải truyền máu. - Dùng kháng sinh 5 ngày sau khi khâu.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

32. TRÍCH ÁP XE TUYẾN BARTHOLIN (13.151)

1. ĐẠI CƯƠNG	Áp xe tuyến Bartholin là tình trạng viêm tuyến thường do E. Coli và các vi khuẩn lây qua đường tình dục gây ra, thường chỉ xuất hiện ở một bên của âm đạo, áp xe được hình thành rất nhanh chóng, khoảng từ 2 - 4 ngày, và gây đau đớn cho NB.
2. CHỈ ĐỊNH	Áp xe đã thành mủ.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Khô viêm đỏ chưa thành mủ
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : 01 Bác sĩ sản khoa và 01 Nữ hộ sinh phụ b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc giảm đau, tiền mê, gây tê tại chỗ, nước cất
5.3. Vật tư	- Bơm kim tiêm 5-10ml, dây truyền kim luồn...
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ để chích áp xe. - Các khăn trải phẫu thuật vô khuẩn, bông băng còn gạc... - Bàn khám hoặc bàn mổ.
5.5. Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiền lượng... - NB và gia đình: được giải thích lý do phải trích áp xe và ký giấy cam đoan đồng thủ thuật. - Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định
5.6. Hồ sơ BA	- Hồ sơ BA đầy đủ, đủ các xét nghiệm cần thiết, cam đoan thực hiện thủ thuật
5.7. Thời gian	5-15 phút
5.8. Địa điểm	- Phòng đẻ, phòng tiểu phẫu
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: b) Đặt tư thế người bệnh: Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ bệnh án đầy đủ xét nghiệm, cam đoan thủ thuật - Kiểm tra người bệnh: đứng người bệnh, đứng bệnh * Thì 1. - Sát trùng rộng vùng áp xe từ trong ra ngoài - Dùng khăn vô trùng để bao bọc xung quanh vùng thủ thuật. * Thì 2. Xác định khối áp xe, tìm chỗ da mềm, mỏng nhất. * Thì 3. - Rạch da ngay trên khối áp xe chỗ da mềm mỏng nhất, đường rạch nhỏ khoảng 1cm - Sau khi rạch qua da và tổ chức dưới da đi thẳng vào khối áp xe tránh làm nát các tổ chức xung quanh gây chảy máu. Dùng kẹp nhỏ hoặc đầu ngón tay trở phá các vách của khối áp xe thông nhau để mủ chảy ra - Để da hở, đặt một gạc con hoặc ống thông trong ổ áp xe để dẫn lưu mủ ra ngoài, rút sau 12 giờ. * Kết thúc quy trình; - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. THEO DÕI; - Người bệnh được dùng thuốc giảm đau và kháng sinh uống hoặc tiêm trong 5 đến 7 ngày, thuốc chống phù nề. - Theo dõi chảy máu tại vết rạch. - Vệ sinh tầng sinh môn bằng dung dịch betadin - Theo dõi nguy cơ tụ máu sau khi làm thủ thuật và nguy cơ nhiễm khuẩn 2. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ; - Chảy máu: chảy máu tại vùng rạch da hoặc trong ổ áp xe, khâu chỗ chảy máu dùng tiếp kháng sinh - Không thoát mủ: mở thông lại, dùng kháng sinh tiêm.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

33. QUY TRÌNH PHẪU THUẬT CHỮA NGOÀI TỬ CUNG VỖ CÓ CHOÁNG(13.91)

1. ĐẠI CƯƠNG	Chửa ngoài tử cung là hiện tượng trứng đã thụ tinh làm tổ ở ngoài buồng tử cung (ở vòi trứng, buồng trứng, ổ bụng,...). Khi thai phát triển to lên, vòi trứng, buồng trứng sẽ nứt vỡ gây chảy máu trong ổ bụng gọi là chửa ngoài tử cung vỡ, cần phải phẫu thuật cấp cứu. Các vị trí của chửa ngoài tử cung: vòi tử cung (chủ yếu), buồng trứng, ống cổ tử cung, ổ bụng. Thai ngoài tử cung vỡ có choáng biểu hiện: da xanh, niêm mạc nhợt, mạch nhanh huyết áp tụt, vã mồ hôi, chân tay lạnh... NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ : Mô cấp cứu, hồi sức tích cực trước, trong và sau phẫu thuật
2. CHỈ ĐỊNH	- Người bệnh có choáng hoặc huyết động không ổn định - Việc tiếp cận nội soi quá khó khăn như dính nhiều vùng tiểu khung.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ chuyên khoa sản mổ chính, phụ mổ. - Bác sĩ, KTV gây mê hồi sức - KTV dụng cụ - Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý
5.2. Thuốc	- Các loại dịch, dịch truyền thay máu và các thuốc hồi sức. - Thuốc tiền mê, gây tê, mê nội khí quản... - Máu cùng loại trong ca mất máu nhiều cần truyền máu cấp cứu.
5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luồn, bơm kim tiêm 5-10ml
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tùy sống, hoặc gây mê toàn thân tùy từng tình trạng bệnh. - Bộ dụng cụ gây mê nội khí quản, bóng bóp - Bộ dụng cụ mổ phụ khoa đã tiệt trùng.
5.5. Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Được tư vấn về lý do phải mổ cấp cứu và nguy cơ có thể xảy ra, ký giấy cam đoan mổ. - Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông tiểu sát khuẩn thành bụng vùng mổ. - Tiền mê, hồi sức tích cực trong ca choáng mất máu nặng. - Gây mê nội khí quản để chủ động về hô hấp và tuần hoàn trong khi mổ
5.6. Hồ sơ BA	Bệnh án phẫu thuật , đủ các xét nghiệm cần thiết.
5.7. Thời gian	30 phút – 1h
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chân đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật - Bước 1 Rạch bụng đường giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ, qua các lớp da, cân, cơ, phúc mạc để vào ổ bụng. - Bước 2: Dùng 2 panh kẹp nhấc phúc mạc lên cao và mở phúc mạc - Bước 3; Đặt van vệ, bóc lộ phẫu trường, hút bớt máu trong ổ bụng, chèn gạc ổ bụng - Bước 4: Cho tay vào tìm đáy tử cung kẹp kéo lên cao kiểm tra 2 bên vòi tử

	cung, buồng trứng tìm chỗ vòi trứng tổn thương kẹp lại cầm máu. - Bước 5: Nếu vòi tử cung bị vỡ, máu chảy nhiều nên cắt bỏ vòi tử cung cầm máu, dùng kim có máu kẹp sát với tử cung, nơi mạc treo vòi ít mạch máu, dùng kéo cắt khối chứa tới sát tại vòi tử cung. - Bước 6: Nếu tổn thương ở vòi tử cung có thể bảo tồn thì lấy khối thai, khâu phục hồi vòi trứng khi người bệnh trẻ, chưa đủ con, khâu cuống mạch bên vòi tử cung bị cắt bằng chỉ tự tiêu và buộc chặt cầm máu. - Bước 7: Nếu chứa ở đoạn kẽ, góc sừng tử cung thì có thể cắt góc tử cung, hoặc khâu góc tử cung, lấy khối chứa và khâu phục hồi, trường hợp không cầm máu, bệnh nhân đủ con có thể cắt tử cung bán phần - Bước 8: Nếu chứa ngoài tử cung ở buồng trứng thì cắt vùng buồng trứng tổn thương, khâu cầm máu bằng chỉ tự tiêu mũi vát cầm máu. - Bước 9: Chứa trong ổ bụng, quai ruột... lấy khối chứa, khâu cầm máu, phục hồi tổn thương - Bước 10: Cho nằm đầu cao, lau sạch ổ bụng, kiểm tra lại tiểu khung, 2 vòi tử cung, buồng trứng, cùng đồ và các tạng lân cận. - Bước 11: Không đặt dẫn lưu - Bước 12: Đóng thành bụng theo lớp giải phẫu.. - Bước 13: Truyền máu hoặc dịch thay máu và máu tươi nếu cần. * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Chảy máu sau phẫu thuật: trong 6 giờ đầu phải theo dõi mạch, huyết áp và toàn trạng tại phòng hồi tỉnh (chăm sóc cấp I). Nếu mạch nhanh, huyết áp giảm, bụng gõ đục, siêu âm có nhiều dịch tự do, phải nghĩ đến chảy máu trong, có thể do tuột chỉ khâu diện cắt vòi tử cung. Cần phải phẫu thuật lại ngay để cầm máu. - Nhiễm khuẩn: trong khi phẫu thuật phải lau sạch lấy hết máu đọng và máu cục trong ổ bụng để tránh nhiễm khuẩn. Tuy nhiên tránh lau kỹ quá gây dính ổ bụng vì thanh mạc bị tổn thương. Phải cho kháng sinh toàn thân liều điều trị để dự phòng nhiễm khuẩn
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

34. PHẪU THUẬT CHỮA NGOÀI TỬ CUNG KHÔNG CÓ CHOÁNG(13.92)

1. ĐẠI CƯƠNG	- Chửa ngoài tử cung là hiện tượng trứng đã thụ tinh làm tổ ở ngoài buồng tử cung (ở vòi trứng, buồng trứng, ổ bụng,...). Khi thai phát triển to lên, vòi trứng, buồng trứng sẽ nứt vỡ gây chảy máu trong ổ bụng gọi là chửa ngoài tử cung vỡ, cần phải phẫu thuật cấp cứu. Các vị trí của chửa ngoài tử cung: vòi tử cung (chủ yếu), buồng trứng, ống cổ tử cung, ổ bụng. * NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ - Mổ cấp cứu càng sớm càng tốt - Luôn kiểm soát tốt huyết động
2. CHỈ ĐỊNH	- Người bệnh được chẩn đoán thai ngoài tử cung vỡ - Việc tiếp cận nội soi quá khó khăn như dính nhiều vùng tiểu khung.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ chuyên khoa sản đã từng làm phẫu thuật trong sản phụ khoa. - Bác sỹ, KTV gây mê hồi sức - KTV dụng cụ - Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn b) Nhân lực hỗ trợ : Hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc tiền mê, gây mê, nội khí quản. - Dịch truyền thay thế máu - Máu cùng loại trong ca mất máu nhiều cần truyền máu cấp cứu.
5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luồn, bơm kim tiêm 5-10ml
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tùy sống, hoặc gây mê toàn thân tùy từng tình trạng bệnh. - Bộ dụng cụ gây mê nội khí quản, bóng bóp - Bộ dụng cụ mổ phụ khoa đã tiệt trùng.
5.5. Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Được tư vấn về lý do phải mổ cấp cứu và nguy cơ có thể xảy ra, ký giấy cam đoan mổ. - Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông tiểu sát khuẩn thành bụng vùng mổ. - Gây mê nội khí quản để chủ động về hô hấp và tuần hoàn trong khi mổ
5.6. Hồ sơ BA	- Bệnh án phẫu thuật , đủ các xét nghiệm cần thiết.
5.7. Thời gian	30'-01h
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa
6. TIỀN HÀNH QTKT	Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật - Rạch bụng đường giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ, qua các lớp da, cân, cơ, phúc mạc để vào ổ bụng. - Dùng 2 panh kẹp nhấc phúc mạc lên cao và mở phúc mạc - Đặt van vệ, bộc lộ phẫu trường, hút bớt máu trong ổ bụng, chèn gạc ổ bụng - Cho tay vào tìm đáy tử cung kẹp kéo lên cao kiểm tra 2 bên vòi tử cung, buồng trứng tìm chỗ vòi trứng tổn thương kẹp lại cầm máu. - Nếu vòi tử cung bị vỡ, máu chảy nhiều nên cắt bỏ vòi tử cung cầm máu,

	dùng kim có mấu kẹp sát với tử cung, nơi mạc treo vòi ít mạch máu, dùng kéo cắt khối chứa tới sát tại vòi tử cung. - Nếu tổn thương ở vòi tử cung có thể bảo tồn thì lấy khối thai, khâu phục hồi vòi trứng khi người bệnh trẻ, chưa đủ con, khâu cuống mạch bên vòi tử cung bị cắt bằng chỉ tự tiêu và buộc chặt cầm máu. - Nếu chữa ở đoạn kẽ, góc sừng tử cung thì có thể cắt góc tử cung, hoặc khâu góc tử cung, lấy khối chứa và khâu phục hồi, trường hợp không cầm máu, bệnh nhân đủ con có thể cắt tử cung bán phần - Nếu chữa ngoài tử cung ở buồng trứng thì cắt vùng buồng trứng tổn thương, khâu cầm máu bằng chỉ tự tiêu mũi vát cầm máu. - Chữa trong ổ bụng, quai ruột... lấy khối chứa, khâu cầm máu, phục hồi tổn thương - Cho nằm đầu cao, lau sạch ổ bụng, kiểm tra lại tiểu khung, 2 vòi tử cung, buồng trứng, cùng đồ và các tạng lân cận. - Không đặt dẫn lưu - Đóng thành bụng theo lớp giải phẫu.. - Truyền máu hoặc dịch thay máu và máu tươi nếu cần * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Chảy máu sau phẫu thuật: trong 6 giờ đầu phải theo dõi mạch, huyết áp và toàn trạng tại phòng hồi tỉnh. Nếu mạch nhanh, huyết áp giảm, bụng gõ đục, siêu âm có nhiều dịch tự do, phải nghĩ đến chảy máu trong, có thể do tuột chỉ khâu diện cắt vòi tử cung. Cần phải phẫu thuật lại ngay để cầm máu. - Nhiễm khuẩn: trong khi phẫu thuật phải lau sạch lấy hết máu đọng và máu cục trong ổ bụng để tránh nhiễm khuẩn. Tuy nhiên tránh lau kỹ quá gây dính ổ bụng vì thanh, mạc bị tổn thương. Phải cho kháng sinh toàn thân liều điều trị để dự phòng nhiễm khuẩn
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản

35. KHÂU RÁCH CÙNG ĐỒ ÂM ĐẠO (13.149)

1. ĐẠI CƯƠNG	Một trong những chấn thương âm đạo khi quan hệ thường xảy ra nhất đó là thủng cùng đồ. Cùng đồ là nơi âm đạo bám vào tử cung theo một đường vòng. Các đường vòng đó tạo ra các cùng đồ với tên gọi: cùng đồ trước, cùng đồ sau và cùng đồ hai bên. Dưới tác động của một lực nào đó, các cùng đồ này có thể bị rách và khi đó người ta gọi là thủng cùng đồ.
2. CHỈ ĐỊNH	Chỉ định khâu phục hồi cùng đồ âm đạo phải được thực hiện ngay sau khi chẩn đoán để tránh mất máu cho bệnh nhân.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sỹ sản khoa, nữ hộ sinh có kinh nghiệm phụ. b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	- Thốc tiền mê, giảm đau: pethidin, dimedron, atropinsulphat - Thuốc gây tê tại chỗ: lidocain 2%, nước cất
5.3. Vật tư	• 1-2 sợi chỉ tiêu số 2-3 • 1 bơm tiêm 10ml • Băng băng còn gạc, dung dịch povidin
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	• 2 van âm đạo • 2 panh hình tim • 1 panh sát trùng • 1 kéo thẳng đầu tù, sắc • 1 panh cặp kim • 1 kẹp pozi • 1 panh đỡ kim • 1 cốc đựng dung dịch sát trùng
5.5 Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiền lượng... - Đánh giá toàn trạng người bệnh: lượng máu mất, mạch, huyết áp, toàn trạng, các bệnh của người mẹ đặc biệt các bệnh có liên quan đến đông cầm máu như giảm tiểu cầu, APTT kéo dài, giảm fibrinogen... - Cần hỏi người bệnh và kiểm tra bệnh án để không bỏ sót các ca dị ứng với các thuốc gây tê, giảm đau, kháng sinh
5.6. Hồ sơ BA	Bệnh án phụ khoa, đầy đủ các xét nghiệm cần thiết, cam đoan thủ thuật...
5.7. Thời gian	30 phút
5.8. Địa điểm	Phòng đẻ, phòng thủ thuật
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh:
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: Đầy đủ xét nghiệm, cam kết thủ thuật... - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh - Sát trùng âm hộ, âm đạo thông tiểu, người phụ giữ van bộc lộ âm đạo - Giảm đau bằng tiền mê, gây tê tại chỗ Lidocain 2% - Dùng panh hình tim hoặc kẹp pozzi cặp CTC bộc lộ vết rách cùng đồ. - Khâu lại vết rách bằng mũi rời chữ X bằng chỉ vicryl 2- 3.0 hay chỉ tự tiêu khác từ mép vết rách bên này sang bên còn lại. - Kiểm tra cầm máu kỹ. Nếu còn chảy máu thì khâu tăng cường. - Sát trùng âm đạo sau khi khâu xong Kết thúc quy trình

	- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp - Theo dõi chảy máu âm đạo: nếu chảy máu phải kiểm tra khâu lại - Theo dõi lượng máu mất và các xét nghiệm hồng cầu, hemoglobin khi cần thiết phải truyền máu - Dùng kháng sinh 5 ngày sau khi khâu
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

36. Phẫu thuật làm lại tầng sinh môn và cơ vòng do rách phức tạp

1. ĐẠI CƯƠNG	Phẫu thuật làm lại tầng sinh môn và cơ vòng hậu môn là phương pháp khâu phục hồi tầng sinh môn và cơ vòng hậu môn theo đúng giải phẫu đã bị rách trong cuộc đẻ.
2. CHỈ ĐỊNH	Chấn thương tầng sinh môn phức tạp trong đó có rách cơ vòng hậu môn.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	Không có chống chỉ định
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sĩ chuyên khoa phụ sản, hộ sinh b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý
5.2. Thuốc	- Thốc tiền mê, giảm đau: pethidin, dimedron, atropinsulphat - Thuốc gây tê tại chỗ: lidocain 2%, nước cất
5.3. Vật tư	• 1-2 sợi chỉ tiêu số 1-2 • 1 bơm tiêm 10ml • Băng băng cộn gạc, dung dịch povidin
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	• 1 panh sát trùng • 1 kéo thẳng đầu tù sắc, 01 kéo nhỏ đầu nhọn bóc tách • 3 panh đầu nhỏ • 1 panh cặp kim • 1 kẹp pozi • 1 panh đỡ kim • 1 cốc đựng dung dịch sát trùng
5.5 Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Được khám kỹ để phát hiện các tổn thương ở tầng sinh môn và cơ vòng hậu môn
5.6. Hồ sơ BA	- Bệnh án theo quy định, có khám lâm sàng và xét nghiệm đầy đủ
5.7. Thời gian	30'-01h
5.8. Địa điểm	Phòng đẻ hoặc phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: tư thế sản khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: Đầy đủ hồ sơ, xét nghiệm... - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh Thì 1: Rạch da - Dùng dao rạch vòng cung phía trên đường ranh giới giữa hậu môn và âm đạo - khoảng 15-25 mm, từ hai mép bên rạch thẳng vào âm đạo tạo thành hình thang, đỉnh tròn. - Mép phải và trái đường rạch xuống gần mặt bên hậu môn để có thể tách vào hố bên hậu môn tìm hai đầu cơ bị đứt của cơ vòng hậu môn. Thì 2: Bóc tách mảnh niêm mạc âm đạo đến mặt trước cơ nâng hậu môn ở phía trên và đầu đứt của vòng hậu môn phía dưới, Thì 3: Khâu cơ vòng hậu môn bằng hai mũi chỉ tiêu hình chữ U. Thì 4: cắt mảnh niêm mạc âm đạo và khâu tầng sinh môn sau - Khâu bờ trong và sâu của hai bó cơ nâng hậu môn bằng chỉ không tiêu - Khâu niêm mạc âm đạo từ trên xuống bằng chỉ vicryl mũi rời. - Khâu tổ chức dưới da và cân tầng sinh môn bằng chỉ vicryl số 2.0 - Mũi khâu tăng cường cuối cùng bằng chỉ vicryl xuyên từ da qua tổ chức dưới da - Đến hai đầu cơ vòng bị đứt, sẽ làm tăng độ chắc của cơ vòng hậu môn. Kết thúc quy trình

	- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Theo dõi như các trường hợp mổ sản phụ khoa khác ở đáy chậu và tầng sinh môn TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ - Khỏi máu tụ và chảy máu khi bóc tách niêm mạc âm đạo: lấy hết khối máu tụ và cầm máu kỹ. - Nhiễm trùng vết mổ: Cho kháng sinh, sát trùng âm đạo hàng ngày.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

37. BÓC NANG TUYẾN BARTHOLIN (13.152)

1. ĐẠI CƯƠNG	- U nang tuyến batholin là tổn thương dạng nang ở các tuyến batholin, các tuyến này nằm ở mỗi bên của âm hộ, có chức năng tiết dịch, giữ ẩm cho môi bé khi quan hệ tình dục
2. CHỈ ĐỊNH	- Viêm tuyến Bartholin có rò hoặc không rò. - Nang tuyến Bartholin
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	Nang tuyến Bartholin đang trong giai đoạn viêm (sưng, nóng, đỏ, đau)
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sỹ chuyên ngành Phụ- Sản b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ sinh, Hộ lý
5.2. Thuốc	- Thốc tiền mê, giảm đau: pethidin 100mg, dimedron, atropinsulphat - Thuốc gây tê tại chỗ: lidocain 2%, nước cất
5.3. Vật tư	• 1 sợi chỉ tiêu số 1, 01-2 sợi tiêu số 3 • 1 bơm tiêm 10ml, 01 bơm 5ml, day truyền, kim lùn • Băng băng còn gạc, dung dịch povidin
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	Bộ dụng cụ mổ phụ khoa: • 01 lưỡi dao, 01 cán dao • 1 panh sát trùng • 1 kéo thẳng đầu tù sắc, 01 kéo nhỏ đầu nhọn bóc tách • 3 panh đầu nhỏ • 3 kẹp săng • 1 panh cặp kim • 1 panh đỡ kim • 1 cốc đựng dung dịch sát trùng
5.5. Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Bệnh nhân đồng ý làm thủ thuật, có giấy cam đoan
5.6. Hồ sơ BA	- Hoàn thiện hồ sơ gồm: khám, hội chẩn, hoàn thiện bộ xét nghiệm máu
5.7. Thời gian	30' -1.5h
5.8. Địa điểm	- Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: nằm
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh Thì 1. Rạch da - Có thể sử dụng các đường rạch để vào tuyến tùy theo tác giả. + Đường rạch giữa nếp gấp môi lớn và môi bé. + Đường rạch ở mặt ngoài môi lớn (đường Halban) + Đường rạch bờ môi lớn chỗ căng phồng của tuyến dọc theo cả chiều dài của khối u (Lieftring). Thì 2. Bóc tách tuyến. - Bờ trên ngoài của tuyến thường dính nên khó bóc tách hơn mặt trong dưới niêm mạc - Bóc tách phải rất cẩn thận tránh vỡ khối viêm hoặc để dịch mủ thoát ra ngoài qua lỗ tiết của tuyến, vì vậy khi bóc tách đến lỗ tuyến nên cặp cổ tuyến bằng kẹp. Thì 3. Cầm máu. - Nên sử dụng dao điện cầm máu hoặc khâu qua đáy khoang bóc tách bằng chỉ

	Vicryl. Trường hợp chảy máu nhiều hoặc có mủ nên đặt mảnh cao su dẫn lưu. Thì 4. Khâu niêm mạc. Thắt các mũi khâu cầm máu qua khoang bóc tách sẽ làm khít hai mép rạch hoặc có thể khâu niêm mạc bằng mũi rời. Nếu sử dụng chỉ không tiêu thì cắt chỉ sau 7 ngày * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Sử dụng kháng sinh ít nhất 5 ngày sau khi làm thủ thuật - Vệ sinh tầng sinh môn bằng dung dịch betadin hoặc các dung dịch sát trùng khác. - Theo dõi nguy cơ tụ máu sau khi làm thủ thuật và nguy cơ nhiễm khuẩn
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

38. NẠO HÚT THAI TRỨNG (13.158)

1. ĐẠI CƯƠNG	Là một thủ thuật đưa ống hút vào buồng tử cung, dưới áp lực âm hút tổ chức trứng, rau thai trong buồng tử cung. Hút thai trứng nguy hiểm hơn hút thai thường vì tử cung to và mềm nên nguy cơ chảy máu và thủng tử cung, sót trứng cao
2. CHỈ ĐỊNH	Thai trứng toàn phần và bán phần còn nguyên vọng có con
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	Thiếu máu nặng, người bệnh không có nguyên vọng có con
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sỹ sản phụ khoa, hộ sinh - Rửa tay theo quy định - Đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn - b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc: Misoprostol, Ecgometrin, Oxytocin. - Thuốc giảm đau: tiêm tĩnh mạch pethidin 100mg, giảm tiết chống dị ứng atropin, dimedron, thuốc gây tê ở cổ tử cung; lidocain 2%, nước cất, dịch truyền...
5.3. Vật tư	- Găng tay vô khuẩn: 2-3 đôi. - Áo, mũ, khẩu trang vô khuẩn. - Bơm kim tiêm, dây truyền, kim luồn...
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Bơm hút trứng loại 1 van hoặc 2 van. Nếu cần thiết sử dụng máy hút. - Khăn vải trải vô khuẩn: trải ở mông, trên bụng và 2 đùi - Bộ dụng cụ: + Gắp hình tim, thìa cùn nạo buồng tử cung.. + Kẹp sát trùng: 2 + Van âm đạo: 1 + Kẹp cổ tử cung: 1 + Thước đo tử cung. + Ống hút: cỡ 6 đến 12 + Dụng dịch sát khuẩn, bông hoặc gạc sát khuẩn
5.5. Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...: + Tình trạng bệnh: tai biến , biến chứng thành ác tính có thể gặp. + Quá trình thực hiện thủ thuật: các bước thực hiện thủ thuật, tai biến có thể gặp trong khi làm thủ thuật và sau thủ thuật. + Theo dõi sau hút thai trứng, thời gian và khả năng có thai lại. - Chuẩn bị: khám toàn trạng(mạch, nhiệt độ, huyết áp). - Làm mềm cổ tử cung bằng Misopristol đặt âm đạo trước khi tiến hành thủ thuật 1-2 giờ. - Cầm đường truyền tĩnh mạch bằng dung dịch muối hoặc đường đẳng trương có pha 5đơn vị Oxytocin - Nếu sử dụng tiền mê tĩnh mạch: tiêm thuốc tiền mê.
5.6. Hồ sơ BA	Hồ sơ bệnh án đầy đủ, các xét nghiệm cận lâm sàng, cam đoan thủ thuật...
5.7. Thời gian	5-15 phút
5.8. Địa điểm	- Phòng đẻ, phòng thủ thuật
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết thủ thuật, - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh Bước 1: Trải khăn vải vô khuẩn.

	Bước 2: Sát khuẩn vùng âm hộ, âm đạo. Bước 3: Đặt van âm đạo: sát khuẩn lại âm đạo, sát khuẩn cổ tử cung. Bước 4: Kẹp cổ tử cung và đo buồng tử cung. Bước 5: Hút trứng bằng bơm hoặc máy hút. Bước 6: Đo lại buồng tử cung. Bước 7: Lau và sát khuẩn lại âm đạo, cổ tử cung bằng 1 kẹp sát khuẩn mới. Bước 8: Tháo dụng cụ. Bước 9: Lấy bệnh phẩm hút ra gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh. Bước 10: Trao đổi với người bệnh về kết quả thủ thuật. Bước 11: Ghi chép hồ sơ. Bước 12: Chỉ định điều trị thích hợp: kháng sinh, thuốc co tử cung * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	a) Theo dõi người bệnh sau hút 3 giờ - Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp. - Theo dõi co hồi tử cung và ra máu âm đạo. b). Tai biến và xử trí - Chảy máu: nếu đang hút thì hồi sức và hút nhanh, lấy hết trứng để tử cung co lại sẽ giảm chảy máu và dùng thuốc co tử cung Oxytocin, Ecgotamin, Misoprostol, hemotocin... - Thủng tử cung: mổ cấp cứu + Nếu người bệnh còn nguyện vọng có con: sau khi mở bụng, cầm tử cung trong tay, người khác tiếp tục hút trứng dưới tay phẫu thuật viên, hút sạch buồng tử cung và khâu lại lỗ thủng. + Nếu người bệnh không muốn có con nữa: cắt tử cung hoàn toàn, cắt 2 phần phụ nếu người bệnh lớn tuổi. - Sốt trứng: tiếp tục dùng kháng sinh, thuốc co tử cung và hút lại buồng tử cung
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản Phụ

39. HÚT BUỒNG TỬ CUNG DO RONG KINH RONG HUYẾT (13.157)

1. ĐẠI CƯƠNG	Là một thủ thuật đưa ống hút vào buồng tử cung, dưới áp lực âm hút tổ chức tử cung ra
2. CHỈ ĐỊNH	- Rong huyết kéo dài đã loại trừ có thai - Mãn kinh ra máu - Rong huyết trong u xơ tử cung - Rong huyết không rõ nguyên nhân
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Thiếu máu nặng, thể trạng người bệnh chưa cho phép tiến hành thủ thuật.
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ sản phụ khoa có kinh nghiệm, hộ sinh b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc: Misopristol, Ecgometrin, Oxytoxin. - Thuốc giảm đau tiền mê pethidin 100mg, thuốc chống dị ứng, giảm tiết: dimedron, atropin, thuốc gây tê ở cổ tử cung lidocain 2%
5.3. 5.3. Vật tư	- Găng tay vô khuẩn: 2-3 đôi. - Áo, mũ, khẩu trang vô khuẩn. - Bơm kim tiêm 5-10ml, dây truyền, kim luồn...
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Bơm hút chân không bằng tay loại 1 van. - Khăn vải trải vô khuẩn: trải ở mông, trên bụng và 2 đùi - Bộ dụng cụ: + Kẹp sát trùng: 2 + Van âm đạo: 1 + Kẹp cổ tử cung: 1 + Thuốc đo tử cung. + Ống hút: cỡ số 4,5 + Dụng dịch sát khuẩn, bông hoặc gạc sát khuẩn.
5.5. Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiền lượng...: - Tư vấn: + Tình trạng bệnh lý phải chỉ định hút buồng tử cung. + Quá trình thực hiện thủ thuật: các bước thực hiện thủ thuật, tai biến có thể gặp trong khi làm thủ thuật và sau thủ thuật. Theo dõi sau hút buồng tử cung. - Chuẩn bị: khám toàn trạng(mạch, nhiệt độ, huyết áp). - Giảm đau bằng tiền mê tĩnh mạch: tiêm thuốc tiền mê.
5.6. Hồ sơ BA	- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, các xét nghiệm cận lâm sàng, cam đoan thủ thuật..
5.7. Thời gian	5-15 phút
5.8. Địa điểm t	- Phòng đẻ, phòng tiểu phẫu
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: hồ sơ bệnh án đầy đủ xét nghiệm, cam đoan thủ thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh - Sát khuẩn vùng âm hộ và hai bên đùi. - Trải khăn vải vô khuẩn. - Sát khuẩn vùng âm hộ, âm đạo. - Đặt van âm đạo: sát khuẩn lại âm đạo, sát khuẩn cổ tử cung. - Kẹp cổ tử cung và đo buồng tử cung. - Hút buồng tử cung bằng bơm hút hoặc máy hút. - Đo lại buồng tử cung.

	- Lau và sát khuẩn lại âm đạo, cổ tử cung bằng 1 kẹp sát khuẩn mới. - Tháo dụng cụ. - Lấy bệnh phẩm hút ra gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh - Trao đổi với người bệnh về kết quả thủ thuật. - Ghi chép hồ sơ. - Chỉ định điều trị thích hợp: kháng sinh, thuốc co tử cung * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	a) Theo dõi người bệnh sau hút 3 giờ - Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp. - Theo dõi ra máu âm đạo. b) Tai biến và xử trí - Chảy máu: loại trừ tổn thương tử cung, dùng thuốc co tử cung Oxytocin, Ecgotamin, Misoprostol và kháng sinh. - Thủng tử cung: mổ cấp cứu - Nếu người bệnh nguyện vọng còn có con, hút sạch buồng tử cung, khâu lại chỗ thủng. Sau hút nên dùng thuốc tạo vòng kinh nhân tạo
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

40. PORCEPS (13.27)

1. ĐẠI CƯƠNG	Là thủ thuật sử dụng hai cành forceps cặp hai bên đầu thai nhi hỗ trợ giúp đầu thai nhi sổ ra ngoài.
2. CHỈ ĐỊNH	1) Về phía mẹ - Mẹ rặn không sổ. - Mẹ có chống chỉ định cho rặn: bệnh lý nội khoa (tim, phổi, thận, thần kinh), tử cung có sẹo mổ cũ, tiền sản giật nặng, sản giật... - Tầng sinh môn rặn, không giãn nở. 2) Về phía thai. - Thai suy. - Forceps đầu hậu trong ngôi môn. 3) Điều kiện. - Thai đẻ được đường dưới - Đầu lọt trung bình hoặc thấp - Cổ tử cung mở hết - Ối vỡ hoàn toàn hoặc bám ối
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ chuyên khoa phụ sản, hộ sinh - Khám lại toàn thân, tư vấn cho người mẹ và gia đình. - Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đeo găng đã được tiệt khuẩn như làm phẫu thuật b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc: Misopristol, Ecgometrin, Oxytocin. - Thuốc thuốc gây tê cổ tử cung lidocain 2% - Thuốc tiền mê, giảm đau
5.3. Vật tư	- Bơm kim tiêm 5-10ml, dây truyền kim luôn, găng tay vô khuẩn
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ forceps, bộ dụng cụ đỡ đẻ và bộ khâu tầng sinh môn, bộ kiểm tra cổ tử cung. - Các phương tiện để hồi sức sơ sinh.
5.5. Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiền lượng...: - Động viên sản phụ nằm yên, thở đều, không rặn. - Sát khuẩn rộng vùng âm hộ, tầng sinh môn. - Thông đái. - Trải khăn vô khuẩn như phẫu thuật đường dưới. - Nếu mẹ được chỉ định forceps vì bệnh tim, tăng huyết áp, tiền sản giật... thì phải điều trị nội khoa thích hợp trước khi làm thủ thuật. - Nên giảm đau bằng gây tê tại chỗ hoặc gây tê ngoài màng cứng hoặc gây tê tủy sống. - Chỉ rặn khi hai búi đỉnh đã ra khỏi âm hộ nếu không phải trường hợp chỉ định vì không được cho sản phụ rặn. - Theo dõi mạch, huyết áp, chảy máu
5.6. Hồ sơ BA	- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, các xét nghiệm cận lâm sàng, cam đoan thủ thuật..
5.7. Thời gian	15'-01h
5.8. Địa điểm	Phòng đẻ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: - Đặt sản phụ ở tư thế sản khoa, mở rộng hai đùi.

6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: Hồ sơ bệnh án đầy đủ - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh * Thì 1: Xác định ngôi, thế, kiểu thế, độ lọt và điều kiện làm forceps. * Thì 2: Đặt hai cành forceps. - Đặt cành trái: + Dùng hai ngón tay phải đưa vào bên trái khung chậu (giữa đầu thai nhi và âm đạo), nhằm mục đích bảo vệ và hướng dẫn khi đặt cành forcep. + Cầm cành trái bằng tay trái, đưa nhẹ nhàng cán và thân foóc xép vào vị trí giữa đầu thai nhi và hai ngón tay phải. Lúc đầu cành forceps ở tư thế thẳng đứng, sau khi cán đã ôm đầu thai nhi thì chuyển hướng thành ngang. + Đưa cành trái forcep cho người phụ giữ. + Đặt cành phải: Đặt tiếp cành phải, đối xứng để khớp với cành trái. Nếu không khớp, cần đặt lại. * Thì 3: Khớp cành và kéo. - Khớp hai cành với nhau. - Kéo từ từ theo cơ chế đẻ bằng sức của cẳng tay, tốt nhất trong con co phối hợp với sức rặn của người mẹ, trừ trường hợp có chống chỉ định rặn. - Cắt tầng sinh môn giữa hai cành forceps. * Thì 4: Tháo cành forceps. - Khi đường kính lớn nhất của đầu thai nhi (lưỡng đỉnh) qua âm hộ thì ngừng kéo để tháo cành. Cành đặt sau lấy ra trước, cành đặt trước lấy ra sau. - Đỡ thai nhi như đỡ đẻ thường. - Đỡ rau như thường lệ bằng phương pháp xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ. - Kiểm tra tổn thương cổ tử cung âm đạo và tầng sinh môn. - Khâu tầng sinh môn và các vết rách * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. Theo dõi - Tình trạng sản phụ: huyết áp, nhịp tim, nhịp thở, nhiệt độ - Lượng máu mất, thường do chấn thương đường sinh dục U 2. TAI BIẾN 1. Sản phụ - Chấn thương tầng sinh môn: Tai biến thường gặp hàng đầu sau can thiệp forceps. Đối với forceps eo dưới, tỷ lệ rách tầng sinh môn độ 3 và 4 chiếm 13%. - Són tiểu không tự chủ - Do chấn thương cơ đáy chậu và các đám rối thần kinh - Mất máu sau can thiệp bằng forceps: + Thường là hậu quả của tình trạng chấn thương tầng sinh môn nặng nề + Tỷ lệ truyền máu sau sinh cao hơn nhiều (4,2%) so với mổ lấy thai không biến chứng (1,4%) và đẻ thường (0,4%). + Nếu nặng có thể dẫn tới shock giảm thể tích. - Nhiễm trùng hậu sản 2. Thai nhi - Đẻ bằng forceps có thể gây tai biến nặng nề cho sản phụ nhưng ít gây ảnh hưởng xấu trên thai nhi. Các tai biến có thể gặp bao gồm tụ máu dưới da đầu, liệt dây thần kinh sọ VII, liệt đám rối thần kinh cánh tay.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

41. TẮM SƠ SINH (13.198)

1. ĐẠI CƯƠNG	Tắm cho trẻ sơ sinh là một chăm sóc cần thiết giúp làm sạch da và phòng chống các bệnh lý về da vốn rất hay gặp trong giai đoạn sơ sinh
2. CHỈ ĐỊNH	- Trẻ sơ sinh có sức khỏe ổn định: sau đẻ 6 giờ - Trẻ sơ sinh có mẹ HIV: tắm ngay sau khi sinh
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Trẻ dưới 6 giờ đầu sau đẻ. - Trẻ mắc bệnh nặng đang cần bất động, chăm sóc tại chỗ
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Nữ hộ sinh, điều dưỡng b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có):
5.2. Thuốc	- Các dung dịch tắm cho trẻ sơ sinh
5.3. Vật tư	
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Phòng tắm: ấm, đảm bảo nhiệt độ phòng tắm từ 28 – 30°C, kín không có gió lùa. - 2 chậu: 1 chậu dùng tắm, 1 chậu dùng tráng lại. - Nước tắm: dùng nước sạch, đổ nước nguội vào chậu trước, nước nóng sau. Nhiệt độ nước tắm thích hợp khoảng 37°C. - Xà phòng (sữa tắm), dầu gội đầu dành cho trẻ sơ sinh. - 2 khăn tắm to; 2 khăn tay nhỏ bằng vải mềm. - Mũ; bao tay, bao chân, quần áo, bím, khăn quấn trẻ. - Băng; cồn, dung dịch betadin nếu rốn chưa rụng.
5.5. Sơ sinh	- Tình trạng ổn định. - Tắm trước bữa ăn
5.6. Hồ sơ BA	- Ghi ngày giờ trẻ được tắm. - Tình trạng trước, sau khi tắm
5.7. Thời gian	2-5 phút
5.8. Địa điểm	Phòng tắm bé
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng sơ sinh, đúng sản phụ, vòng định danh..., đúng chỉ định. b) Đặt tư thế sơ sinh:
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: bệnh án, chỉ định tắm bé - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đối chiếu thông tin trên vòng định danh của mẹ và bé, đúng chỉ định. 1. Nguyên tắc - Rửa tay trước khi tắm cho mỗi trẻ. - Tránh hạ thân nhiệt: phòng tắm và nước tắm ấm, tắm từng phần và lau khô ngay vùng đã tắm, giữ ấm trẻ ngay sau tắm. - Trình tự tắm: vùng sạch trước, vùng bẩn sau. - Chỉ nên đặt trẻ vào chậu nước khi rốn đã rụng. - Tránh làm ướt da vùng đang lưu kim, vết mổ. - Dụng cụ sạch dành riêng cho mỗi trẻ. 2. Các bước tắm - Bước 1: Cởi bỏ toàn bộ quần áo, mũ, bao tay, bao chân của trẻ, sau đó quấn trẻ trong 1 khăn tắm sạch, ấm. - Bước 2: Bế trẻ trên tay đúng tư thế: cánh tay đỡ lưng, bàn tay đỡ đầu. Bước 3: Rửa mặt theo thứ tự: mắt, mũi, tai mồm: - Dùng bông nhúng vào nước sạch lau nhẹ mắt từ góc trong của mắt ra ngoài sau đó lấy cục bông khác lau tiếp mắt bên kia theo trình tự tương tự. - Sau đó dùng 1 khăn tay nhỏ bằng vải mềm lau mặt từ giữa dọc theo mũi ra 2 bên tai, tránh đưa sâu vào trong tai, chú ý lau kỹ vùng sau tai và nếp gấp cổ.

	Bước 4: gội đầu: làm ướt tóc, xoa xà phòng (dầu gội đầu) từ trước ra sau đầu trẻ. Dùng nước gội sạch, lau khô ngay đầu trẻ. Bước 5: tắm trẻ: tắm từng phần hoặc tắm toàn thân tùy thuộc rốn chưa rụng hoặc đã rụng. Nếu tắm từng phần thì che ấm phần chưa tắm, phần nào tắm xong được lau khô ngay. Cả 2 ca đều theo thứ tự sau: - Tắm cổ, nách, cánh tay, ngực, bụng. - Tắm lưng, mông, chân. - Tắm bộ phận sinh dục. Bước 6: lau khô toàn thân. Bước 7: mặc áo, quần tã, giữ ấm. Bước 8: chăm sóc rốn nếu cuống rốn chưa rụng (xem bài chăm sóc rốn). Bước 9: đặt trẻ vào giường, ủ ấm. Bước 10: thu dọn dụng cụ và ghi phiếu chăm sóc theo dõi. * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	a) THEO DÕI - Tình trạng toàn thân, chú ý thân nhiệt. - Cho trẻ ăn sữa sau khi đã hoàn thành việc tắm. b) TAI BIẾN VÀ CÁCH ĐỀ PHÒNG 1. Bỏng: Cần kiểm tra nhiệt độ của nước trước khi tắm trẻ; cho nước lạnh vào chậu trước sau đó mới cho rót nước nóng vào cho tới khi đạt được nhiệt độ thích hợp để tránh không làm cho thành chậu bị nóng. 2. Hạ thân nhiệt: Phòng tắm ấm, không có gió lùa; nước tắm ấm; tắm nhanh; thời gian một lần tắm không quá 10 phút.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản Phụ

42. CHĂM SÓC RỒN SƠ SINH (13.197)

1. ĐẠI CƯƠNG	Rồn thường rụng vào ngày thứ 7 đến ngày thứ 10, các mạch máu đóng về mặt chức năng nhưng vẫn tồn tại dạng giải phẫu trong vòng 20 ngày. Trong thời gian này rồn vẫn có thể là đường vào của vi khuẩn, vì vậy cần thiết phải chăm sóc và giữ vệ sinh rồn, tránh nhiễm khuẩn.
2. CHỈ ĐỊNH	Trẻ sơ sinh chưa rụng cuống rốn Trẻ đã rụng cuống rốn nhưng rồn còn tiết dịch hoặc rồn nhiễm trùng
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Không có chống chỉ định.
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sỹ hoặc điều dưỡng, nữ hộ sinh b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có):
5.2. Thuốc	- Cồn trắng 70 độ
5.3. Vật tư	- Bông cotton sát khuẩn
5.4. Trang thiết bị	- Găng tay, panh vô trùng
5.5. Người bệnh	- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Trẻ sơ sinh: Đã được tắm sạch (tắm, rửa); thay áo, tã mới sạch. + Bộc lộ vùng rồn, nếu rồn ướt hoặc nhiễm trùng vào ngày thứ 3 trở đi có thể tháo kẹp nhựa để chăm sóc rồn
5.6. Hồ sơ BA	- Ghi hồ sơ bệnh án giờ/ngày cháu được chăm sóc - Tình trạng rồn: khô, ướt hoặc dịch tiết, màu sắc, sưng tấy hay không, mùi hôi
5.7. Thời gian	2-3 phút
5.8. Địa điểm	Phòng đẻ, phòng tắm bé
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: b) Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, chỉ định - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, vòng định danh... 6.1. Bước 1: Rửa tay bằng xà phòng với nước sạch 6.2. Bước 2: Lau khô tay bằng khăn sạch hoặc để khô tự nhiên. 6.3. Bước 3: Bộc lộ rồn 6.4. Bước 4: Quan sát rồn, da quanh rồn xem có mủ, máu, tấy đỏ, mùi hôi không? 6.5. Bước 5: Sát khuẩn sạch rồn từ trung tâm ra ngoại vi, dây rốn, kẹp rốn, mặt cắt (chú ý lau sạch các khe kẽ, làm sạch tất cả các chất tiết). 6.6. Bước 6: Lau lại 2 lần, để rồn khô tự nhiên và lau rồn như vậy 1-2 lần/ngày. 6.7. Bước 7: Để hở rồn giúp rồn mau khô và dễ rụng 6.8. Bước 8: Quấn tã dưới rồn. 6.9. Bước 9: Chú ý không bôi bất kỳ chất gì lên rồn ngoài các dịch sát trùng rồn. 6.10. Bước 10: Sau khi rồn rụng tiếp tục chăm sóc tới khi chân rồn khô. 6.11. Kết thúc quy trình;- Đánh giá tình trạng người bệnh - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Nhiễm khuẩn rồn: nên chăm sóc rồn nhiều lần trong ngày, tùy theo mức độ nặng mà cho dùng kháng sinh toàn thân (nếu có nhiễm trùng mạch máu rồn) - Chảy máu rồn: thường xảy ra trong vài ngày đầu khi rồn còn tươi hoặc khi rụng cuống rồn, nếu cuống rồn còn tươi nên buộc lại bằng chỉ vô trùng, nếu cuống rồn rụng nên lau sạch bằng dung dịch sát khuẩn và dùng gạc vô khuẩn băng ép - Tồn tại lõi rồn (chồi rồn): chấm Nitrate bạc hàng ngày hoặc đốt điện nếu lõi rồn to
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản Phụ

43. HỒI SỨC SƠ SINH NGẠT SAU SINH (13201)

1. ĐẠI CƯƠNG	Ngạt là tình trạng trẻ đẻ ra không thở, không khóc làm cho trẻ bị thiếu oxy, thừa CO ₂ . Để đánh giá mức độ ngạt, người ta dựa vào 2 chỉ số APGAR và SIGTUNA ở phút thứ 1, 5 và 10 sau đẻ. Trẻ bị ngạt khi có điểm APGAR<8 và SIGTUNA<4. Hồi sức sơ sinh bị ngạt đòi hỏi sự khẩn trương, đúng kỹ thuật để giảm tử vong và di chứng cho trẻ.
2. CHỈ ĐỊNH	- Trước tất cả các cuộc đẻ đều phải sẵn sàng cho việc hồi sức sơ sinh - Sơ sinh có điểm APGAR<8 và SIGTUNA<4 - Sơ sinh có khả năng sống cao (có tuổi thai>25 tuần)
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Không hồi sức hoặc ngừng hồi sức với thai <23 tuần hoặc <400gr - Trẻ sinh ra không có nhịp tim, sau hồi sức 10 phút vẫn không có nhịp tim, nên cân nhắc ngừng hồi sức
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sĩ, nữ hộ sinh b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có):
5.2. Thuốc	+ Adrenalin 1% + Dung dịch NaCl 9%, Ringer lactat - Dụng cụ khác: + Bàn sưởi ấm + Ống nghe + Catheter rốn + Bông cotton, băng dính
5.3 5.3. Vật tư	- Dây truyền, kim lùn, bơm kim tiêm 1-5ml
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	Trang bị hút: + Máy hút + Ống hút số 6, 8, 10 - Trang bị bóng và mặt nạ: + Bóng hồi sức sơ sinh có van giảm áp + Mặt nạ sơ sinh các cỡ + Oxy và ống dẫn - Trang bị đặt nội khí quản: + Đèn soi thanh quản với lưỡi thẳng số 0 (non tháng), số 1 (đủ tháng) + Ống nội khí quản các cỡ: 2,5- 3,0- 3,5- 4,0
5.5 Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Sơ sinh được đặt lên bàn đã sưởi ấm từ trước - Sau mỗi bước hồi sức đều được đánh giá về hô hấp, nhịp tim và màu da để quyết định bước tiếp theo
5.6. Hồ sơ BA	- Ghi điểm APGAR, tình trạng của trẻ khi ra đời - Ghi cụ thể các việc hồi sức đã làm cho trẻ, tình trạng của trẻ sau khi hồi sức - Đánh giá tuổi thai, cân nặng, tình trạng nước ối và các nguy cơ khác (tình trạng bệnh lý và thai nghén của người mẹ)
5.7. Thời gian	5-01h
5.8. Địa điểm	Phòng đẻ, phòng hồi sức...
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chân đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Nằm ngửa
6. TIẾN	- Kiểm tra hồ sơ:

HÀNH QTKT	- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh... - Khai thông đường thở - Khởi động thở - Đảm bảo tuần hoàn - Sử dụng thuốc 2. Các bước hồi sức - Tất cả trẻ sơ sinh đẻ ra đều được lau khô và đánh giá tình trạng để quyết định việc hồi sức Bước 1: Đặt trẻ đúng tư thế - Đặt trẻ nằm trên một mặt phẳng - Kê dưới vai một cuộn khăn nhỏ để giữ đầu hơi ngửa Bước 2: Làm thông đường thở: - Lau sạch mũi, miệng. Hút dịch khi có dấu hiệu tắc nghẽn hoặc nước ối bắn ở trẻ không khỏe - Hút miệng trước (ống hút không sâu quá 5cm), mũi sau (ống hút không quá 3cm) Bước 3: Hỗ trợ hô hấp: - Khi 1 trong 3 dấu hiệu được đánh giá là không tốt. Áp dụng các phương pháp sau: ☐ Kích thích xúc giác: ☐ Vỗ, búng vào gan bàn chân hoặc cọ xát mạnh và nhanh vào lưng trẻ (không quá 2 lần) ☐ Cung cấp oxy cho trẻ qua mặt nạ ☐ Hô hấp nhân tạo bằng bóng và mặt nạ: khi kích thích xúc giác không thành công ☐ Mặt nạ che kín mũi và miệng trẻ ☐ Một tay giữ mặt nạ, một tay bóp bóng với tần số 40-60 lần/phút ☐ Đảm bảo lồng ngực của trẻ phồng lên theo nhịp bóp bóng ☐ Đặt ống nội khí quản (xem bài Đặt nội khí quản) khi: ☐ Thông khí bằng bóng và mặt nạ không hiệu quả ☐ Cần hút dịch khí quản ☐ Thông khí áp lực dương kéo dài ☐ Thoát vị cơ hoành Bước 4 : Ép tim ngoài lồng ngực ☐ Chỉ định: sau 30 giây thông khí áp lực dương đúng kỹ thuật với oxy 100% mà nhịp tim: ☐ Dưới 60 lần/phút ☐ Từ 60-80 lần/phút và không tăng lên ☐ Vị trí ép tim: 1/3 dưới xương ức hoặc điểm xương ức dưới đường nối 2 núm vú ☐ Kỹ thuật: - 2 phương pháp ☐ Phương pháp ngón tay cái: 2 ngón cái đặt lên vị trí ép tim, 2 bàn tay ôm lấy thân trên của trẻ, các ngón khác đỡ sau lưng trẻ ☐ Phương pháp 2 ngón tay: ngón trỏ và ngón giữa đặt lên xương ức, bàn tay kia đỡ lưng trẻ ☐ Áp lực ép: ấn sâu 1/3 chiều dày lồng ngực ☐ Tần số ép: 120-140 lần/phút ☐ Luôn phối hợp cùng với bóp bóng theo tỷ số 3/1 (3lần ép tim, 1 lần bóp bóng) ☐ Sau 30 giây nếu nhịp tim >80 lần/phút: ngừng ép tim, tiếp tục thông khí đến khi nhịp tim >100 lần/phút hoặc trẻ tự thở. ☐ Nếu nhịp tim vẫn <80 lần/phút: tiếp tục ép tim, bóp bóng và dùng thuốc Bước 5: Thuốc - Adrenalin 1/10.000: cho 0,1-0,2ml/kg nhỏ vào nội khí quản hoặc đường tĩnh
------------------	--

	mạch. Có thể nhắc lại sau 3-5 phút - Chỉ định: nhịp tim là 0 hoặc <80 lần/phút dù đã được thông khí và ép tim 30 giây - Bù dịch: khi nghi ngờ có giảm thể tích tuần hoàn: dung dịch NaCl 0,9% hoặc Ringer Lactat 10ml/kg cho đường tĩnh mạch tốc độ 5-10 phút Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	a) Theo dõi - Nếu có dấu hiệu khó thở hoặc da tím tái: dùng các phương pháp hô hấp hỗ trợ (CPAP, máy thở, Oxy) - Nếu tình trạng xấu: chuyển tuyến lên cơ sở y tế cao hơn, đảm bảo chuyển tuyến an toàn - Nếu tình trạng trẻ ổn định, không khó thở: cho tiếp xúc da kề da với mẹ và theo dõi sát các dấu hiệu sinh tồn b) Tai biến và xử trí - Tràn khí màng phổi: do thông khí không đúng kỹ thuật: cần đảm bảo bóp bóng đúng áp lực, bóng có van an toàn - Chấn thương hầu họng do đặt nội khí quản: người làm hồi sức phải thành thạo, động tác nhẹ nhàng. Nếu chưa đặt vào được cần rút đèn ra, thông khí bằng bóng- mặt nạ cho trẻ rồi mới đặt lại - Gãy xương sườn do ép tim không đúng vị trí và kỹ thuật: cần xác định đúng vị trí trên xương ức, không nhắc ngón tay khỏi vị trí trong suốt quá trình ép tim
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

44. PHÁ THAI TỪ TUẦN 6 ĐẾN HẾT 12 TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP**HÚT CHÂN KHÔNG (13.238)**

1. ĐẠI CƯƠNG	Phá thai bằng phương pháp hút chân không là phương pháp chấm dứt thai nghén bằng cách dùng bơm hút chân không để hút thai trong tử cung từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12
2. CHỈ ĐỊNH	Phá thai từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Không có chống chỉ định tuyệt đối - Thận trọng đối với trường hợp đang bị viêm cấp tính đường sinh dục cần được điều trị hoặc chuyển tuyến - Chú ý: không được làm thủ thuật tại tuyến xã những ca sau: + U xơ tử cung to + Vết mổ ở tử cung + Sau đẻ dưới 6 tháng + Dị dạng đường sinh dục + Các bệnh lý nội – ngoại khoa
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sỹ, nữ hộ sinh được đào tạo về phá thai bằng phương pháp hút chân không. Thủ thuật viên và người phụ rửa tay, mặc áo, đội mũ, khẩu trang, đeo găng vô khuẩn và kính bảo vệ mắt. b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	- Các thuốc tiền mê, giảm đau: pethidin 100mg dùng đường tĩnh mạch - Thuốc gây tê cổ tử cung: lidocain 2%, nước cất
5.3 5.3. Vật tư	- Bơm kim tiêm 5-10ml
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ hút chân không gồm: Bơm hút một van, bơm hút hai van, bơm hút MVA plus, các ống hút và dầu bôi trơn - Hai kẹp sát khuẩn ngoài và trong - Van hoặc mỏ vịt - Kẹp cổ tử cung - Nén nóng - Bơm, kim tiêm gây tê tại cổ tử cung - Băng gạc và dung dịch sát khuẩn - Thuốc giảm đau: Paracetamol 500mg, Ibuprophen 400 mg. Thuốc gây tê tại chỗ Lidocain 1% hoặc Xylocain 1% thuốc co hồi tử cung, hộp chống choáng. - Bộ dụng cụ kiểm tra mô sau hút - Các phương tiện xử lý dụng cụ và xử lý chất thải
5.5 Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiền lượng...: - Hỏi tiền sử về các bệnh nội ngoại khoa - Khám toàn thân - Khám phụ khoa - Làm test thử thai - Siêu âm (nếu cần) - Tính tuổi thai - Tư vấn - Khách hàng ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ) - Thai từ 9 đến 12 tuần nên chuẩn bị cổ tử cung bằng cách cho ngâm dưới lưỡi 400mcg Misoprostol, 3 giờ trước khi làm thủ thuật.
5.6. Hồ sơ BA	- Đầy đủ hồ sơ bệnh án, xét nghiệm cần thiết

5.7. Thời gian	- 5-15 phút
5.8. Địa điểm	- Phòng đẻ, phòng thủ thuật
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: tư thế sản khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết thủ thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí thủ thuật - Tiền mê, giảm đau, hoặc cho uống thuốc giảm đau và kháng sinh 30 phút trước khi làm thủ thuật - Khám xác định kích thước và tư thế tử cung - Thay găng vô khuẩn - Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông - Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo - Kẹp cổ tử cung - Gây tê cạnh cổ tử cung bằng dung dịch Lidocain 2% - Đo buồng tử cung bằng ống hút - Nong cổ tử cung (nếu cần) - Hút thai - Kiểm tra chất hút - Đánh giá thủ thuật đã hoàn thành - Có thể đặt dụng cụ tử cung ngay sau khi hút thau nếu đảm bảo buồng tử cung sạch, không có chống chỉ định và khách hàng lựa chọn biện pháp này. - Sát khuẩn âm đạo cổ tử cung - Gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý những ca kiểm tra mô không thấy rau thai Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. Theo dõi - Theo dõi mạch, huyết áp và ra máu âm đạo ít nhất 30 phút sau thủ thuật - Kê đơn kháng sinh - Tư vấn sau thủ thuật - Hẹn khám lại sau hai tuần 2. Tai biến và xử trí - Tai biến sớm: choáng, chảy máu, thủng tử cung, rách cổ tử cung - Tai biến muộn: nhiễm khuẩn, sót thai, sót rau, dính buồng tử cung - Xử trí: + Xử trí theo phác đồ cho từng tai biến + Thủng tử cung: nếu lỗ thủng nhỏ, không chảy máu, đảm bảo buồng tử cung sạch, cho kháng sinh, thuốc co hồi tử cung, theo dõi toàn trạng. + Nếu lỗ thủng to, có chảy máu trong hoặc chảy máu ra ngoài nhiều kèm theo tổn thương các tạng trong ổ bụng phải phẫu thuật khâu lỗ thủng, phục hồi tổn thương các tạng (nếu có) + Rách cổ tử cung : chèn bác gạc hoặc khâu vết rách + Nhiễm khuẩn sau hút thai : điều trị kháng sinh + Sót rau, sót thai : hút lại buồng TC, điều trị kháng sinh + Dính buồng tử cung sau hút: phải nong buồng TC, cho vòng kinh nhân tạo, đặt vòng chống dính hoặc phẫu thuật để tách dính
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

45. ĐẶT VÀ THÁO DỤNG CỤ TỬ CUNG (13.228)

1. ĐẠI CƯƠNG	Dụng cụ tử cung là một biện pháp tránh thai tạm thời và hiệu quả. Dụng cụ tử cung có hai loại: - Loại dụng cụ tử cung có chứa đồng (TCu 380A có tác dụng tránh thai 8- 10 năm và Mutiload 375 có tác dụng trong 5 năm) - Loại dụng cụ TC giải phóng Levonogestrel chứa 52 mg Levonogestrel, giải phóng 20mcg hoạt chất/ngày tác dụng tối đa 5 năm
2. CHỈ ĐỊNH	- Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ muốn áp dụng một biện pháp tránh thai tạm thời, dài hạn hiệu quả cao và không có chống chỉ định - Phụ nữ đang đặt DCTC muốn tháo để sinh đẻ hoặc chuyển BPTT khác
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	1. Tuyệt đối - Có thai - Nhiễm khuẩn hậu sản - Ngay sau sảy thai nhiễm khuẩn - Ra máu âm đạo chưa rõ nguyên nhân - Ung thư cổ tử cung, ung thư niêm mạc tử cung - U xơ tử cung hoặc các dị dạng khác làm biến dạng buồng tử cung - Đang viêm tiểu khung, nhiễm khuẩn đường sinh sản - Bệnh huyết áp cao, bệnh gan, bệnh thận, bệnh tim nặng - Lao vùng chậu
4. THẬN TRỌNG	Chống chỉ định tương đối - Có nguy cơ bị nhiễm khuẩn đường sinh sản hoặc nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục cao - Có tiền sử thai ngoài tử cung - Trong thời gian từ 48 giờ đến 4 tuần sau đẻ - Tháo dụng cụ tử cung theo yêu cầu của người bệnh hoặc của cán bộ y tế không có chống chỉ định - Đang bị bệnh lupus ban đỏ hệ thống ,hoặc có giảm tiểu cầu trầm trọng - Bệnh nguyên bào nuôi lành tính có nồng độ β hCG giảm dần - Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong 5 năm trở lại (chỉ với vòng levonogestrel) - Bệnh AIDs đang không ổn định - Đang bị thuyên tắc mạch (chỉ chống chỉ định với levonogestrel) - Đang hoặc đã bị thiếu máu cơ tim
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sĩ chuyên khoa phụ sản, hộ sinh - Người làm thủ thuật: rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang, đeo găng vô khuẩn b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	
5.3. Vật tư	
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Dụng cụ tử cung - Ván hoặc mỏ vịt - Kẹp pozzi - 2 panh sát khuẩn - Dung dịch sát khuẩn, khăn vô khuẩn, găng, bông gạc vô khuẩn.
5.5 Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng....

	- Được tư vấn và giới thiệu về loại dụng cụ tử cung hiện có, hướng dẫn cụ thể về loại dụng cụ tử cung người bệnh sẽ dùng. - Giới thiệu và giải thích về ưu nhược điểm của loại dụng cụ tử cung mà người bệnh đó chọn. - Cách theo dõi sau đặt và tháo dụng cụ tử cung - Cho khách hàng đi tiểu
5.6. Hồ sơ BA	- Có chỉ định đặt vòng
5.7. Thời gian	2-5 phút
5.8. Địa điểm	- Phòng đẻ, phòng khám, phòng thủ thuật
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Để khách hàng nằm trên bàn theo tư thế phụ khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: có chỉ định đặt vòng - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí thủ thuật 1) Thời điểm đặt dụng cụ tử cung a) Dụng cụ tử cung có chứa đồng (Tcu 380A và Multiload 375) - Đặt dụng cụ tử cung sau sạch kinh 2 ngày chưa giao hợp là thuận lợi nhất - Ở bất kỳ thời điểm nào nếu biết chắc chắn là không có thai, không cần sử dụng biện pháp tránh thai hỗ trợ - Bất kỳ lúc nào trong vòng 12 ngày đầu của kỳ kinh (chưa giao hợp). b) Dụng cụ tử cung giải phóng Levonogestrel - Trong vòng 7 ngày đầu kể từ ngày kinh đầu tiên - Ở bất kỳ thời điểm nào nếu biết chắc chắn là không có thai, - Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm biện pháp tránh thai hỗ trợ trong vòng 7 ngày kế tiếp. - Vô kinh; bất cứ thời điểm nào nếu khẳng định không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm biện pháp tránh thai hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp. - Sau sinh 4-6 tuần trở đi (kể cả sau phẫu thuật lấy thai) - Sau phá thai ba tháng đầu và ba tháng giữa, trừ nhiễm khuẩn sau phá thai. 2) Kỹ thuật a) Đặt dụng cụ tử cung Tcu 380A và Multiload 375 - Khám trong để xác định tư thế, thể tích tử cung. - Thay găng vô khuẩn - Sát khuẩn bộ phận sinh dục ngoài (kẹp sát khuẩn 1) - Trải khăn vô khuẩn - Bộc lộ cổ tử cung - Sát khuẩn cổ tử cung và túi cùng âm đạo bằng Betadin (kẹp sát khuẩn 2) - Cặp cổ tử cung bằng pozzi - Đo buồng tử cung - Lắp dụng cụ tử cung vào ống đặt - Đưa dụng cụ tử cung vào trong tử cung. Cắt dây dụng cụ tử cung để lại từ 2– 3 cm và gập vào túi cùng sau âm đạo. b) Đặt dụng cụ tử cung giải phóng Levonogestrel - Các bước như với dụng cụ tử cung Tcu 380A và Multiload 375 - Chú ý: thao tác thành thạo kỹ thuật đặt theo từng bước 3) Tháo dụng cụ tử cung * Vì lý do y tế - Có thai - Ra máu nhiều - Đau bụng dưới nhiều - Nhiễm khuẩn tử cung hoặc tiểu khung

	- Dụng cụ tử cung bị tụt thấp - Đã mãn kinh (sau khi mất kinh từ tháng 12 trở lên) - Dụng cụ tử cung đã hết hạn * Vì lý do cá nhân - Muốn có thai trở lại - Muốn dùng một biện pháp tránh thai khác - Không cần dùng biện pháp tránh thai khác * Cách tháo dụng cụ tử cung Cả 3 loại dụng cụ tử cung (Tcu 380A, Multiload 375 và Mirena) đều có dây nên chỉ cần dùng kẹp cặp vào 2 dây nhẹ nhàng kéo ra là được. Nếu không thấy dây phải nong cổ tử cung dùng panh hình tim hoặc panh dài không có răng cặp và kéo dụng cụ tử cung. * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. Theo dõi - Sau khi đặt dụng cụ tử cung cho người bệnh nằm theo dõi 30 phút, uống thuốc kháng sinh 5 ngày tránh viêm nhiễm, uống thuốc giảm co bóp tử cung, làm việc nhẹ. - Kiên giao hợp 1 tuần - Khám lại vào các thời điểm + Một tháng sau khi đặt + Ba tháng sau khi đặt + Một năm kiểm tra lại một lần * Khám lại ngay khi chưa có dấu hiệu bất thường như đau bụng nhiều, ra máu nhiều kéo dài, âm đạo ra dịch hôi... 2. Xử trí tai biến Biến chứng do đặt và tháo dụng cụ tử cung rất ít. Tuy nhiên một số biến chứng có thể gặp trong khi đặt và tháo dụng cụ tử cung như : thủng tử cung, nhiễm khuẩn, chảy máu nhiều.... - Thủng tử cung phẫu thuật khâu lỗ thủng - Nhiễm khuẩn: điều trị kháng sinh - Ra máu nhiều có thể phải lấy dụng cụ tử cung
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

46. THỦ THUẬT XOĂN POLIP CỔ TỬ CUNG, ÂM ĐẠO (13144)

1. ĐẠI CƯƠNG (Định nghĩa, nguyên lý, mục đích của kỹ thuật)	Polyp cổ tử cung là khối u lành tính phát triển từ mô đệm cổ tử cung và được che phủ bởi biểu mô, xuất phát từ ống cổ tử cung, có chân hoặc không có chân, kích thước có thể thay đổi từ vài mm đến vài cm, thường gặp ở phụ nữ sinh đẻ nhiều lần. Người bệnh có polyp cổ tử cung thường không có triệu chứng nhưng cũng có thể ra khí hư nhiều, rong huyết, ra máu sau giao hợp. Thường lành tính, nhưng khoảng 1% các ca có chuyển dạng ác tính.
2. CHỈ ĐỊNH	- Polyp cổ tử cung to. - Polyp cổ tử cung có triệu chứng: ra khí hư nhiều, rong huyết, ra máu sau giao hợp - Polip lành tính
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Đang viêm âm đạo: trì hoãn đến khi điều trị khỏi viêm âm đạo - Tổn thương nghi ung thư cổ tử cung
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sĩ sản phụ khoa, hộ sinh b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc cầm máu trong trường hợp chảy máu từ chân cuống polip
5.3. Vật tư	- Săng gạc, bông băng thuốc sát khuẩn...
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ xoắn polip; van âm đạo hoặc mỏ vịt, panh sát khuẩn, kẹp hình tim, panh thẳng hoặc cong
5.5. Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Đã được xét nghiệm tế bào cổ tử cung /mô bệnh học để loại trừ các tổn thương tiền ung thư/ung thư.
5.6. Hồ sơ BA	- Chỉ định xoắn polip, các xét nghiệm cần thiết
5.7. Thời gian	3-15 phút
5.8. Địa điểm	Phòng tiểu phẫu, phòng đẻ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: tư thế phụ khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: đầy đủ chỉ định cắt polip - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí thủ thuật CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH Bước 1. Sát khuẩn âm đạo, bộc lộ cổ tử cung, xác định chân polyp: có cuống, không có cuống, xuất phát từ cổ ngoài hay ống cổ tử cung. - Bước 2. Dùng kẹp hình tim kẹp polyp và xoắn quanh cuống cho đến khi cuống đứt. Nếu polyp to không có cuống cần dùng dao điện cắt bỏ ở chân. - Bước 3. Đốt điện hoặc ép vào vị trí cuống/điện cắt để cầm máu, có thể nhét gạc âm đạo cầm máu. - Bước 4. Sát khuẩn lại âm đạo. Gửi bệnh phẩm xét nghiệm mô bệnh học * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Chảy máu chân polyp: đốt điểm chảy máu, khâu cầm máu, nhét gạc cầm máu, rút gạc sau 12-24h - Khâu hai động mạch cổ tử cung âm đạo: hai mũi ở vị trí 9 và 3 giờ nếu chảy máu nhiều, nếu không cầm cần phải mổ cắt tử cung
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

47. QUY TRÌNH TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG LAO

1. ĐẠI CƯƠNG (Định nghĩa, nguyên lý, mục đích của kỹ thuật)	Bệnh lao do trực khuẩn lao có tên là Mycobacterium Tuberculosis (MTB) gây ra. Đây là loại trực khuẩn có thể lây truyền qua không khí, tức là nếu hít chung bầu không khí với người bị mắc bệnh lao thì nguy cơ mắc lao cao. Khi nhiễm vi khuẩn lao, bệnh nhân dễ bị các biến chứng về phổi, và cũng có thể lây lan sang xương, hạch bạch huyết, hệ thần kinh, tim, màng não và các cơ quan khác. Ở giai đoạn chưa có vắc xin ngừa lao, với tỷ lệ tử vong cao, thế giới từng xem bệnh lao là “tứ chứng nan y”. Theo hướng dẫn của Bộ Y tế, trẻ vừa mới sinh ra chưa tiếp xúc với trực khuẩn lao thì nên tiêm vắc xin ngay trong 24h đầu tiên để tập dượt cho hệ miễn dịch nhanh chóng nhận diện, cô lập trực khuẩn lao tấn công cơ thể non nớt của trẻ.
2. CHỈ ĐỊNH	Vắc xin BCG được chỉ định cho tất cả trẻ sơ sinh chưa bị nhiễm lao, sức khỏe tốt và không mắc các bệnh lý suy giảm miễn dịch.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	3.1 Các trường hợp chống chỉ định tiêm phòng lao BCG bao gồm: - Không tiêm vắc xin BCG cho trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV mà mẹ không được điều trị dự phòng tốt lây truyền từ mẹ sang con. - Các trường hợp chống chỉ định khác theo hướng dẫn của nhà sản xuất vắc xin lao. 3.2 Các trường hợp hoãn tiêm chủng BCG phòng lao: - Đang mắc các bệnh nhiễm trùng cấp tính, đang sốt. - Đang hoặc mới kết thúc đợt điều trị corticoid liều cao. - Cân nặng dưới 2.000g. - Trẻ có tuổi thai < 34 tuần tạm hoãn tiêm vắc xin BCG. Tiêm chủng khi trẻ đủ 34 tuần tuổi (tính cả tuổi thai).
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sỹ và Cán bộ tiêm chủng (có danh sách kèm theo đã được tập huấn về an toàn tiêm chủng cho cán bộ y tế tại các cơ sở y tế có phòng sinh trên địa bàn tỉnh Thái Bình năm 2023) b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có):
5.2. Thuốc	
5.3. Vật tư	* Dụng cụ vô khuẩn: - Bơm tiêm 1ml - Khay tiêm: hộp bông cồn 70°, pank sát khuẩn - Hộp chống sốc
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Trang thiết bị: dụng cụ, vật tư tiêu hao cho tiêm chủng, biểu mẫu tiêm chủng và đảm bảo thực hiện ứng dụng CNTT, phích vắc xin, vắc xin.... - Các phương tiện: Sát khuẩn tay nhanh, bàn tiêm chủng, hồ sơ, giấy tờ, tài liệu chuyên môn...
5.5. Người bệnh (sơ sinh)	- Bác sỹ giải thích cho người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...: - Chuẩn bị người bệnh (sơ sinh): Xác định chính xác người bệnh (Hỏi người nhà sơ sinh, đối chiếu vòng định danh và đối chiếu với HSBA) - Nhận định sơ sinh/người bệnh; - Thông báo, giải thích, hướng dẫn cho người nhà thời gian ăn sau tiêm. - Hướng dẫn tư thế thích hợp, thuận tiện cho kỹ thuật.
5.6. Hồ sơ BA	Theo quy định
5.7. Thời gian	1-2'
5.8. Địa điểm	Phòng tiêm chủng
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, Hỏi người nhà sơ sinh, đối chiếu vòng định danh và đối

	chiều với HSBA. b) Đặt tư thế người bệnh: Hộ sinh, người nhà bế sơ sinh
6. TIẾN HÀNH QTKT	6.1 Kiểm tra: đối chiếu sơ sinh, hồ sơ bệnh án 6.2 Kiểm tra vắc xin và dung môi. 1) Kiểm tra nhãn lọ vắc xin, dung môi. Nếu không có nhãn phải hủy bỏ. 2) Kiểm tra hạn sử dụng lọ vắc xin và dung môi. Nếu quá hạn sử dụng phải hủy bỏ. 3) Kiểm tra lọ vắc xin, hủy vắc xin nếu có thay đổi về màu sắc hoặc bất kỳ sự thay đổi bất thường nào khác. 4) Sử dụng đúng loại vắc xin cần tiêm cho trẻ. 6.3 Pha hồi chỉnh vắc xin đông khô. Vắc xin BCG cần phải pha hồi chỉnh trước khi tiêm. Chỉ pha hồi chỉnh vắc xin khi có đối tượng đến tiêm chủng. 1. Kiểm tra nhãn của dung môi và vắc xin để đảm bảo chắc chắn dung môi của đúng nhà sản xuất, của đúng loại vắc xin. Không dùng dung môi của vắc xin này pha cho vắc xin khác, không dùng nước cất thay thế cho dung môi. 2. Kiểm tra hạn sử dụng của dung môi và vắc xin để đảm bảo còn hạn sử dụng. 3. Dung môi phải được bảo quản lạnh ở nhiệt độ +2°C đến + 8°C trước khi pha hồi chỉnh ít nhất 24 giờ. 4. Mở ống dung môi và vắc xin: Mở phần giữa của nắp lọ vắc xin hay lọ dung môi nơi có vòng tròn nhỏ, hoặc dùng cưa để mở. 5. Sử dụng 1 bơm kim tiêm (5ml) vô trùng cho mỗi lần pha hồi chỉnh. 6. Hút toàn bộ dung môi trong lọ vào bơm kim tiêm vô trùng sau đó bơm toàn bộ dung môi vào lọ/ống vắc xin. Trộn dung môi và vắc xin bằng cách hút từ từ dung môi vào bơm tiêm sau đó bơm trở lại một vài lần cho đến khi bột vắc xin tan hết. 7. Không lưu kim tiêm trên nắp lọ vắc xin. 8. Vắc xin sau khi pha hồi chỉnh bảo quản trên miếng xốp trong phích vắc xin. 9. Hủy bỏ tất cả vắc xin đã pha hồi chỉnh ngay cuối buổi tiêm chủng hoặc trong vòng 6 giờ. 10. Sử dụng 1 bơm kim tiêm tự khoá để hút vắc xin và sử dụng chính bơm kim tiêm đó để tiêm vắc xin cho trẻ. 6.4 Kỹ thuật tiêm vắc xin Bước 1: Rửa tay bằng nước sạch và xà phòng. Bước 2: - Thực hiện 5 đúng; (Đúng người được chỉ định tiêm chủng, đúng vắc xin, đúng liều, đúng đường dùng, đúng thời điểm) - Kiểm tra lọ/ống vắc xin: loại vắc xin/dung môi, tình trạng của lọ/ống, màu sắc, nhãn, chỉ thị nhiệt độ, hạn sử dụng. Bước 3: Mở lọ/ống vắc xin; dung môi. Bước 4: Pha hồi chỉnh. Bước 5: Lấy 0,1ml vắc xin. Bước 6: Đẩy pít tông đuổi khí trong bơm tiêm. Lưu ý: - Sử dụng một bơm kim tiêm vô trùng cho mỗi lần pha hồi chỉnh. - Sử dụng 1 bơm kim tiêm vô trùng còn hạn sử dụng cho mỗi mũi tiêm. - Khi lấy vắc xin vào bơm tiêm không chạm vào nút cao su và/hoặc kim tiêm, không để kim tiêm chạm vào bất cứ thứ gì. - Không lấy không khí vào bơm tiêm trước khi hút vắc xin. - Khi dùng bơm tiêm tự khóa không kéo pít tông lại phía sau để xem có máu không.

	- Bơm kim tiêm vào hộp an toàn ngay sau khi dùng, không đặt lại nắp kim - Không tiêm quá 1 liều của cùng 1 loại vắc xin trong cùng thời gian - Nếu nơi tiêm chảy máu dùng bông khô sạch ấn vào nơi tiêm. - Không chà mạnh vào chỗ vừa tiêm. 6.4.1 Kỹ thuật tiêm vắc xin BCG (tiêm trong da cơ Delta cánh tay trái) 1) Mẹ bế trẻ trong lòng cởi áo để lộ tay và vai trái của trẻ. 2) Mẹ đỡ đầu và giữ chặt cánh tay trẻ. Cán bộ y tế cầm bơm tiêm sao cho mặt vát của kim tiêm ngửa lên trên. 3) Ngón cái và ngón trỏ làm căng da tại nơi tiêm. 4) Đặt bơm tiêm và kim tiêm gần như dọc theo cánh tay trẻ. Đâm mũi kim vào dưới bề mặt da nhưng vẫn ở trong da, chỉ đâm quá đầu vát của kim một chút. 5) Giữ cho kim song song với mặt da. 6) Không đẩy quá sâu, không chúc mũi kim xuống làm như vậy kim tiêm sẽ đi xuống dưới da và sẽ là tiêm dưới da thay vì tiêm trong da. 7) Giữ kim đúng vị trí, đặt ngón tay cái lên phần đầu của bơm tiêm gần kim tiêm, không được chạm vào kim tiêm. 8) Dùng ngón trỏ và ngón giữa cầm phần cuối của bơm tiêm. Dùng ngón cái bàn tay phải ấn pít tông đẩy vắc xin vào. 9) Tiêm 0,1 ml vắc xin và rút kim ra. * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng sơ sinh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	Sau khi tiêm chủng: Theo dõi người được tiêm chủng ít nhất 30 phút sau tiêm chủng và hướng dẫn gia đình hoặc đối tượng tiêm chủng để tiếp tục theo dõi ít nhất 24 giờ sau tiêm chủng PHẢN ỨNG PHỤ SAU TIÊM Giống như các loại vắc xin khác, BCG có thể gây ra một số tác dụng phụ. Nếu sau tiêm trẻ bị sốt nhẹ, sưng hạch ở hõm nách bên cánh tay được tiêm thuốc, có quầng đỏ ở vị trí tiêm, loét nhẹ và để lại sẹo (trong vòng 6 tuần sau tiêm) thì đó là những phản ứng bình thường, cho thấy trẻ đã đáp ứng miễn dịch. Trong trường hợp các phản ứng sau tiêm trầm trọng như sốt cao, bỏ bú... kéo dài 1-2 ngày; vết tiêm sưng to, hạch sưng to, hạch kéo dài hơn 6 tuần thì cần đưa trẻ đi khám. Đối với những trường hợp trẻ sốt cao, khóc nhiều không dứt, mệt lả, da tím tái, co giật, liệt, hôn mê... phải cấp cứu ngay. Để đảm bảo an toàn trong tiêm chủng, gia đình cần thông báo cho cán bộ tiêm chủng biết tình trạng sức khỏe của trẻ, tiêm xong cần nán lại cơ sở tiêm 30 phút để theo dõi phản ứng sau tiêm. Khi về nhà, trong vòng 48 giờ sau tiêm vẫn cần theo dõi những biểu hiện bất thường của trẻ để kịp thời xử lý những tình huống xấu nếu không may xảy ra. * Dấu hiệu bất thường • Sốt cao > 39 độ C, khó đáp ứng thuốc hạ sốt, sốt kéo dài trên 24 giờ, sốt xuất hiện sau 12 giờ tiêm chủng • Quấy khóc kéo dài, kém tương tác cha mẹ, trẻ mệt xỉu, li bì và hôn mê • Co giật • Nôn trớ, bú kém, bỏ bú • Phát ban • Thở nhanh, khó thở co kéo hõm ức, thở rên, thở ậm ạch, tím môi và chi • Chi lạnh, da nổi vân tím • Hoặc có các dấu hiệu bất thường khác khiến cha mẹ trẻ lo lắng
8. TÀI LIỆU THAM	- Căn cứ Nghị định số 104/2016/NĐ-CP ngày 1/7/2016 của Chính phủ quy định

KHẢO	về hoạt động tiêm chủng; - Căn cứ Thông tư số 34/2018/TT-BYT ngày 12/11/2018 của Bộ Y tế quy định chi tiết một số điều của Nghị định 104/2016/NĐ-CP ngày 1/7/2016 của Chính phủ quy định về hoạt động tiêm chủng; - Căn cứ công văn số 1568/VSDTTU'-BTN về việc triển khai tiêm vắc xin phòng lao trong bệnh viện 7 tỉnh năm - Căn cứ công văn 1688 /SYT-NVY về việc triển khai tiêm vắc xin phòng lao trong bệnh viện - Căn cứ kế hoạch số 130 /KH-SYT về triển khai tiêm vắc xin phòng bệnh lao trong bệnh viện trên địa bàn tỉnh Thái Bình
------	---

BẢNG KIỂM
TRƯỚC TIÊM CHỦNG ĐỐI VỚI TRẺ DƯỚI 1 THÁNG TUỔIHọ và tên trẻ:..... Nam ☐ Nữ ☐

Sinh: giờ ngày..... tháng năm Tuổi thai khi sinh:

Địa chỉ:

Họ tên bố/mẹ: Điện thoại:

Cân nặng:.....g Thân nhiệt:.....,.....°C

Mẹ đã xét nghiệm HbsAg: Không ☐ Có ☐ Kết quả: Dương tính ☐ Âm tính ☐**I. Khám sàng lọc:**

Các dấu hiệu hiện tại:

1. Tình trạng sức khỏe chưa ổn định	Không ☐	Có ☐
2. Sốt/Hạ thân nhiệt (Sốt: nhiệt độ $\geq 38^{\circ}\text{C}$; Hạ thân nhiệt: nhiệt độ $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$)	Không ☐	Có ☐
3. Khóc bé hoặc không khóc	Không ☐	Có ☐
4. Da, môi không hồng	Không ☐	Có ☐
5. Bú kém hoặc bỏ bú	Không ☐	Có ☐
6. Tuổi thai < 28 tuần	Không ☐	Có ☐
7. Tuổi thai < 34 tuần*	Không ☐	Có ☐
8. Suy giảm miễn dịch chưa xác định mức độ hoặc mức độ nặng, có biểu hiện lâm sàng nghi nhiễm HIV*	Không ☐	Có ☐
9. Các chống chỉ định khác, nếu có ghi rõ	Không ☐	Có ☐

* Chỉ áp dụng với vắc xin phòng lao (BCG)

- Khám sàng lọc theo chuyên khoa: Không ☐ Có ☐, chuyên khoa:

+ Lý do:

+ Kết quả:

+ Kết luận:

II. Kết luận:- Đủ điều kiện tiêm chủng ngay (Tất cả đều **KHÔNG** có điểm bất thường) ☐

Loại vắc xin tiêm chủng lần này:

- Chống chỉ định tiêm chủng (Khi **CÓ** điểm bất thường tại mục 9) ☐- Tạm hoãn tiêm chủng (Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 1,2,3,4,5,6,7,8) ☐

.....giờ phút, ngày....tháng....năm.....

Người thực hiện sàng lọc

(ký, ghi rõ họ và tên)

BẢNG KIỂM
TRƯỚC TIÊM CHỦNG ĐỐI VỚI ĐỐI TƯỢNG TỪ 1 THÁNG TUỔI TRỞ LÊNHọ và tên trẻ: Nam ☐ Nữ ☐

Tuổi: sinh ngày tháng năm

Địa chỉ:

Họ tên bố/mẹ: Điện thoại:

Cân nặng: kg Thân nhiệt: °C

I. Khám sàng lọc:

1. Phản ứng phản vệ mức độ III trở lên sau lần tiêm chủng trước	Không ☐	Có ☐
2. Đang mắc bệnh cấp tính hoặc bệnh mạn tính tiến triển*	Không ☐	Có ☐
3. Đang hoặc mới kết thúc đợt điều trị corticoid liều cao (tương đương prednison >2mg/kg/ngày), hóa trị, xạ trị, gammaglobulin**	Không ☐	Có ☐
4. Sốt/Hạ thân nhiệt (Sốt: nhiệt độ $\geq 38^{\circ}\text{C}$; Hạ thân nhiệt: nhiệt độ $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$)	Không ☐	Có ☐
5. Suy giảm miễn dịch chưa xác định mức độ hoặc mức độ nặng, có biểu hiện lâm sàng nghi nhiễm HIV	Không ☐	Có ☐
6. Nghe tim bất thường***	Không ☐	Có ☐
7. Nhịp thở, nghe phổi bất thường***	Không ☐	Có ☐
8. Tri giác bất thường (li bì hoặc kích thích)	Không ☐	Có ☐
9. Các chống chỉ định khác, nếu có ghi rõ:	Không ☐	Có ☐

*: Chỉ định tiêm vắc xin nếu trẻ có bệnh nhẹ (ho, sổ mũi, tiêu chảy mức độ nhẹ..... và không sốt), bú tốt, ăn tốt

**: Trừ kháng huyết thanh viêm gan B

***: Nếu khám chuyên khoa không cần xử trí cấp cứu thì chỉ định tiêm chủng

- Khám sàng lọc theo chuyên khoa: Không ☐ Có ☐, chuyên khoa:

+ Lý do:

+ Kết quả:

+ Kết luận:

II. Kết luận:- Đủ điều kiện tiêm chủng ngay (Tất cả đều **KHÔNG** có điểm bất thường) ☐

Loại vắc xin tiêm chủng lần này:

- Chống chỉ định tiêm chủng (Khi **CÓ** điểm bất thường tại mục 1,9) ☐- Tạm hoãn tiêm chủng (Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 2,3,4,5,6,7,8) ☐

.....giờ phút, ngày.....tháng.....năm.....

Người thực hiện sàng lọc

(ký, ghi rõ họ và tên)

48. QUY TRÌNH KHÁM THAI (13.41)**Lịch khám thai**

1. Ba tháng đầu (tính từ ngày đầu kinh cuối đến 13 tuần 6 ngày).
 - Khám lần đầu: sau trễ kinh 2-3 tuần.
 - Khám lần 2: lúc thai 11-13 tuần 6 ngày để đo độ mờ da gáy.
2. Ba tháng giữa (tính từ tuần 14 đến 28 tuần 6 ngày): 1 tháng khám 1 lần.
3. Ba tháng cuối: (tính từ tuần 29 đến tuần 40) tái khám
 - Tuần 29-32: khám 1 lần.
 - Tuần 33-35: 2 tuần khám 1 lần.
 - Tuần 36-41: 1 tuần khám 1 lần.

Chú ý

4. Lịch khám thai sẽ thay đổi khi có dấu hiệu bất thường (đau bụng, ra nước, ra huyết...).
5. Hướng dẫn thai phụ về dinh dưỡng, vệ sinh, sinh hoạt, tái khám và chích ngừa uốn ván rốn.
6. Bổ sung sắt, canxi và các vi chất khác.
 - Cung cấp sắt và acid folic suốt thai kỳ.
 - Sắt 30-60 mg/ngày uống lúc bụng đói.
 - Acid folic 400-1000 mcg/ngày.
 - Cung cấp Canxi 1000 mg-1500 mg/ngày

I. KHÁM THAI TRONG 3 THÁNG ĐẦU (TỪ KHI CÓ THAI ĐẾN 13 TUẦN 6 NGÀY)**1.1. Mục đích**

- Xác định có thai – tình trạng thai.
 - Xác định tuổi thai – tính ngày dự sinh: Tính ngày dự sinh theo kinh chót và siêu âm 3 tháng đầu:
 - Chênh lệch < 5 ngày: tính dự sinh theo kinh chót.
 - Chênh lệch ≥ 5 ngày: tính dự sinh theo siêu âm (tuổi thai 7-8 tuần)
- Tính tuổi thai theo siêu âm theo Khuyến cáo của Hiệp hội sản phụ khoa Canada (SOGC), 333333332014:
- + Chiều dài đầu mông (CRL) ở quý 1: có giá trị nhất trong việc xác định tuổi thai và nên thực hiện bất cứ lúc nào khi quan sát được phôi/thai trong quý 1. (I-A)
 - + Nếu sản phụ siêu âm nhiều lần trong quý 1: chọn kết quả siêu âm tối thiểu gần với thời điểm 7 tuần nhất (CRL = 10mm) để tính tuổi thai. (III-B)
 - + Thai 12-14 tuần, CRL và BPD có độ chính xác tương đương nhau trong việc xác định tuổi thai, nên sử dụng CRL lớn nhất là 84mm, nếu CRL > 84 mm nên sử dụng BPD. (II-1A)
 - + Nếu sử dụng siêu âm quý 2 hoặc quý 3 có thể xác định tuổi thai: cần tổng hợp các thông số sinh học (BPD, HC, AC và FL) để xác định tuổi thai. (II-1A)
 - Đánh giá sức khỏe của mẹ: bệnh lý nội, ngoại khoa và thai nghén.

1.2. Các việc phải làm

- Hỏi bệnh
 - Tiền sử bản thân
 - + Sản – phụ khoa, PARA.
 - + Nội – ngoại khoa.
 - Tiền sử gia đình.

- Về lần mang thai này

- Khám tổng quát: cân nặng – mạch, huyết áp – tim phổi.
- Khám sản phụ khoa: khám âm đạo, đặt mỏ vịt khám âm đạo lần khám đầu tiên, đo bề cao tử cung...
- Tầm soát một số bệnh lý: cho thai (lệch bội nhiễm sắc thể...) và cho mẹ (thiếu máu tán huyết di truyền, tiền sản giật,...).
- Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu (khi xác định có tim thai qua siêu âm).

- Huyết đồ, HbsAg, HIV, đường huyết khi đói.

- Nhóm máu, Rhesus.

- Rubella: IgM, IgG; với trường hợp tiền sử sảy thai liên tiếp thử thêm: CMV, Toxoplasma.

- Nước tiểu: 10 thông số.

- Siêu âm (lần 1): bắt buộc, để xác định

- Vị trí thai: thai trong hoặc thai ngoài tử cung.

- Tuổi thai.

- Dấu sinh tồn của thai: có tim thai chưa?

- Tình trạng thai: thai trứng, đa thai, dọa sảy, thai lưu...

- Siêu âm đo độ mờ gáy (thai 11 tuần đến 13 tuần 6 ngày), siêu âm Doppler màu đo chỉ số xung (PI) động mạch tử cung.

- Xét nghiệm Combined test (sau khi đo độ mờ gáy) và xét nghiệm máu PlGF.

Tiêm VAT: 2 lần cách nhau 1 tháng

Lịch tiêm VAT/thai phụ

☐ VAT 1: càng sớm càng tốt.

☐ VAT 2: cách VAT 1 tối thiểu 1 tháng (≥ 30 ngày) và trước sinh 1 tháng.

☐ VAT 3: ở thai kỳ sau, cách VAT 2 tối thiểu 6 tháng (≥ 180 ngày)

☐ VAT 4: ở thai kỳ sau, cách VAT 3 tối thiểu 1 năm.

☐ VAT 5: ở thai kỳ sau, cách VAT 4 tối thiểu 1 năm.

☐ Tiêm phòng VAT 2 mũi cho những thai phụ chưa tiêm ngừa lần nào hoặc từ bé có tiêm chủng bạch hầu, ho gà, uốn ván.

☐ Với những phụ nữ đã tiêm đủ 5 mũi VAT, nếu mũi tiêm cuối cùng > 10 năm, thì cần nhắc lại 1 mũi.

II. KHÁM THAI TRONG 3 THÁNG GIỮA (TỪ 14 ĐẾN 28 TUẦN 6 NGÀY)

2.1. Các việc cần làm

☐ Theo dõi sự phát triển của thai: đo bề cao tử cung, nghe tim thai.

☐ Phát hiện những bất thường của thai kỳ: đa ối, đa thai, nhau tiền đạo, tiền sản giật...

☐ Khám, hội chẩn tiền sản cho những thai phụ có kết quả xét nghiệm sàng lọc thuộc nhóm nguy cơ cao hoặc siêu âm thai có phát hiện bất thường.

☐ Phát hiện bất thường của mẹ

- Hở eo tử cung: dựa vào tiền căn, lâm sàng và siêu âm.

- Tiền sản giật: HA cao, Protein niệu.

- Dọa sảy thai to hoặc dọa sinh non.

☐ Hướng dẫn về dinh dưỡng, vệ sinh, sinh hoạt, tái khám và chích ngừa uốn ván rốn.

☐ Hướng dẫn các sản phụ tham dự lớp “Chăm sóc sức khỏe bà mẹ”.

2.2. Cận lâm sàng

- ☐ Nghiệm pháp dung nạp đường ở tuổi thai từ 24-28 tuần tầm soát đái tháo đường thai kỳ.
- ☐ Triple test: thực hiện ở tuổi thai 14-21 tuần, đối với những trường hợp chưa thực hiện sàng lọc lệch bội trong 3 tháng đầu thai kỳ.
- ☐ Tổng phân tích nước tiểu (mỗi lần khám).
- ☐ Siêu âm: Siêu âm hình thái học (hoặc 3D, 4D) tối thiểu 1 lần ở tuổi thai 20-25 tuần khảo sát hình thái thai nhi, tuổi thai, sự phát triển thai, nhau, ối.
- ☐ Siêu âm hình thái học hoặc siêu âm màu theo dõi thai dị tật bẩm sinh (không có chỉ định chấm dứt thai kỳ) mỗi 2-4 tuần.
- ☐ Siêu âm màu theo dõi song thai một bánh nhau, thai dị tật bẩm sinh (không có chỉ định chấm dứt thai kỳ) có nguy cơ gây chậm tăng trưởng thai (thoát vị rốn, hẹp tá tràng, hẹp thực quản, dị tật tim,...)

III. KHÁM THAI TRONG 3 THÁNG CUỐI (TỪ 29 ĐẾN 40 TUẦN)

3.1. Các việc cần làm

1. Ngoài những phần khám tương tự 3 tháng giữa thai kỳ, từ tuần 36 trở đi cần xác định thêm

- ☐ Ngôi thai.
- ☐ Ước lượng cân thai.
- ☐ Khung chậu.
- ☐ Tiên lượng sinh thường hay sinh khó.

2. Hướng dẫn sản phụ

- ☐ Đếm cử động thai.

Lưu ý các triệu chứng bất thường

- ☐ Ra huyết âm đạo.
- ☐ Ra nước ối.
- ☐ Đau bụng từng cơn.
- ☐ Phù, nhức đầu, chóng mặt.
- ☐ Chuẩn bị đồ đạc cho mẹ và trẻ sơ sinh khi đi sinh.

3. Tư vấn thai phụ phù hợp với tình trạng thai.

4. Phân loại thai kỳ nguy cơ cao.

3.2. Cận lâm sàng

1. Tổng phân tích nước tiểu (mỗi lần khám).

2. Siêu âm

- ☐ Siêu âm tối thiểu 1 lần lúc thai 32 tuần để xác định ngôi thai, lượng ối, vị trí nhau, đánh giá sự phát triển thai nhi. Có thể lặp lại mỗi 4 tuần.

- ☐ Siêu âm màu (thai ≥ 28 tuần) khi:

- Nghi ngờ thai chậm tăng trưởng trong tử cung (mẹ tăng cân chậm, BCTC không tăng, các số đo sinh học thai nhi không tăng sau 2 tuần)

- Tăng huyết áp thai kỳ

- Song thai một bánh nhau

- Đái tháo đường thai kỳ

- Bất thường hình thái thai có nguy cơ gây chậm tăng trưởng thai.

- Mạch máu tiền đạo, dây rốn bám rìa.

Lặp lại sau mỗi 2 tuần hoặc khi có chỉ định.

3. Non – stress test: thực hiện khi có chỉ định.

4. Xét nghiệm tầm soát liên cầu khuẩn nhóm B (GBS – Group B streptococcus): đối với thai từ 35-37 tuần.

họng,...), cân nhắc chụp MRI trong nhau tiền đạo có cài răng lược.

Một số lưu ý chung

1. Sau mỗi lần khám đều phải có chẩn đoán rõ ràng

2. Có thể siêu âm nhiều lần hơn nếu cần

3. Những XN chuyên biệt được chỉ định theo y lệnh bác sĩ: bệnh tim, bệnh thận, tuyến giáp...

4. Khâu vòng cổ tử cung dự phòng: từ 12-14 tuần.

5. Thời điểm nhập viện trong trường hợp thai quá ngày dự sinh:

☐ Nếu sức khỏe mẹ và thai ổn định: nhập viện khi thai ≥ 41 tuần

☐ Thai từ 40 tuần 1 ngày $\rightarrow$ 40 tuần 6 ngày: khám ngoại trú.

- Tái khám và NST mỗi 3 ngày.

- Hướng dẫn sản phụ các dấu hiệu cần nhập viện ngay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị Sản phụ khoa Bệnh viện Từ Dũ 2019.

QT. 49 PHẪU THUẬT NỘI SOI THAI NGOÀI TỬ CUNG VỠ (13.88)

1. ĐẠI CƯƠNG	Chửa ngoài tử cung là hiện tượng trứng đã thụ tinh làm tổ ở ngoài buồng tử cung. Các vị trí của chửa ngoài tử cung: vòi tử cung (chiếm 95 – 98%), buồng trứng, ống cổ tử cung, ổ bụng. Phẫu thuật nội soi chửa ngoài tử cung là một phương pháp dùng để chẩn đoán sớm và điều trị có hiệu quả các trường hợp chửa ngoài tử cung chưa vỡ hoặc chửa ngoài tử cung vỡ với lượng máu trong ổ bụng chưa nhiều, chưa ảnh hưởng đến toàn trạng của người bệnh																											
2. CHỈ ĐỊNH	- Chửa ngoài tử cung với huyết động ổn định. - Chẩn đoán các trường hợp nghi ngờ chửa ngoài tử cung - Các yếu tố nguy cơ của Bruhat: <table><tr><th>STT</th><th>Yếu tố nguy cơ</th><th>Số điểm</th></tr><tr><td>1</td><td>Tiền sử chửa ngoài tử cung</td><td>2</td></tr><tr><td>2</td><td>Sau đó mỗi lần chửa ngoài tử cung thêm</td><td>1</td></tr><tr><td>3</td><td>Tiền sử gõ dính qua nội soi</td><td>1</td></tr><tr><td>4</td><td>Tiền sử mổ vì phẫu vòi tử cung</td><td>2</td></tr><tr><td>5</td><td>Chỉ có 1 vòi tử cung</td><td>2</td></tr><tr><td>6</td><td>Tiền sử viêm vòi tử cung</td><td>1</td></tr><tr><td>7</td><td>Có dính cùng bên</td><td>1</td></tr><tr><td>8</td><td>Có dính bên đối diện</td><td>1</td></tr></table> - Căn cứ vào tổng số điểm để có phương pháp điều trị: ☐ Từ 0-3 điểm: Nội soi bảo tồn vòi tử cung, nếu người bệnh còn nhu cầu sinh đẻ ☐ 4 điểm : Nội soi cắt vòi tử cung ☐ ≥ 5 điểm : Nội soi cắt vòi tử cung và triệt sản bên đối diện.	STT	Yếu tố nguy cơ	Số điểm	1	Tiền sử chửa ngoài tử cung	2	2	Sau đó mỗi lần chửa ngoài tử cung thêm	1	3	Tiền sử gõ dính qua nội soi	1	4	Tiền sử mổ vì phẫu vòi tử cung	2	5	Chỉ có 1 vòi tử cung	2	6	Tiền sử viêm vòi tử cung	1	7	Có dính cùng bên	1	8	Có dính bên đối diện	1
STT	Yếu tố nguy cơ	Số điểm																										
1	Tiền sử chửa ngoài tử cung	2																										
2	Sau đó mỗi lần chửa ngoài tử cung thêm	1																										
3	Tiền sử gõ dính qua nội soi	1																										
4	Tiền sử mổ vì phẫu vòi tử cung	2																										
5	Chỉ có 1 vòi tử cung	2																										
6	Tiền sử viêm vòi tử cung	1																										
7	Có dính cùng bên	1																										
8	Có dính bên đối diện	1																										
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Các trường hợp có chống chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng - Chửa ngoài tử cung vỡ gây trụ mạch. - Không bảo tồn vòi tử cung trong trường hợp huyết tụ thành nang hoặc đã có hoạt động tim thai.																											
4. THẬN TRỌNG																												
5. CHUẨN BỊ																												
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi 2-3 người, hoặc bác sỹ ngoại khoa được đào tạo phẫu thuật nội soi - Bác sĩ gây mê hồi sức, phụ mê, dụng cụ viên - Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn. b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý giúp việc																											
5.2. Thuốc	- Thuốc gây mê toàn thân, các thuốc hồi sức, dịch truyền thay thế máu và máu nếu có...																											
5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luân, bơm kim tiêm 5-10ml																											
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Dụng cụ đặt nội khí quản và máy thở. - Dân máy, hệ thống khí CO2, màn hình TV - Bộ dụng cụ nội soi																											
5.5 Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Người bệnh và gia đình: được giải thích lý do phải phẫu thuật và ký giấy cam đoan phẫu thuật - Khám toàn thân và khám chuyên khoa để đánh giá toàn trạng bệnh nhân có chỉ định mổ nội soi không - Tư vấn cho người bệnh về lý do phẫu thuật, các nguy cơ của phẫu thuật, tương lai sinh sản sau này, các biện pháp tránh thai có thể được áp dụng và nguy cơ chửa ngoài tử cung tái phát																											

	- Người bệnh, người nhà ký cam đoan phẫu thuật - Thụt tháo - Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông đái, sát khuẩn thành bụng vùng mổ - Gây mê nội khí quản
5.6. Hồ sơ BA	Hồ sơ phẫu thuật theo quy định.
5.7. Thời gian	45’-02h
5.8. Địa điểm	- Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa đầu thấp
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật ➤ Bước 1: Chọc trocra và Bơm CO₂ - Rạch da trên dưới rốn 5 hoặc 10 mm (phù hợp với đèn soi) - Nâng thành bụng lên cao để chọc kim (hoặc chọc ngay trocar 5 hoặc trocar 10 nếu phẫu thuật viên có kinh nghiệm), dùng nước nhỏ vào đốc kim kiểm tra xem đầu kim đã nằm trong ổ bụng chưa. - Bơm CO₂ vào ổ bụng, tốc độ khí vào thường được đặt là 3- 4 lít/ phút. Cảm ứng tắt tự động nếu áp lực bơm trên 15-20 mm Hg - Đưa đèn soi. Kiểm tra xem trocar đã nằm trong ổ bụng chưa. - Chọc 2 hoặc 3 trocar 5 ở hai bên hố chậu, gần mào chậu, hoặc trên xương vệ, chú ý tránh chọc vào mạch máu ➤ Bước 2: Đánh giá ổ bụng và tiểu khung - Hút hết máu, rửa ổ bụng, đánh giá toàn bộ ổ bụng và tiểu khung đặc biệt là vị trí, tình trạng khối chứa và vòi tử cung bên đối diện. ➤ Bước 3: Phẫu thuật: tùy thuộc tổn thương - Cắt vòi tử cung triệt để + Cắt vòi tử cung từ eo đến loa hoặc ngược lại + Kẹp vòi tử cung chỗ tiếp giáp giữa eo và bóng để bộc lộ đoạn eo + Đưa dao điện 2 cực vào trocar bên đối diện với khối chứa, cầm máu từ eo vòi tử cung, vừa cầm máu vừa cắt bằng kéo hoặc dao điện 1 cực dọc theo bờ mạc treo vòi tử cung về phía loa, cần chú ý nhánh nối giữa động mạch buồng trứng và động mạch tử cung. + Lấy bệnh phẩm: phần vòi tử cung cắt bỏ được cho vào túi nội soi sau đó lấy ra ngoài qua thành bụng, có thể lấy từng phần qua trocar to nhưng không nên vì dễ phòng sót nguyên bào nuôi trong ổ bụng sẽ dẫn đến biến chứng nguyên bào nuôi tồn tại sau mổ. + Rửa ổ bụng và kiểm tra lần cuối - Bảo tồn VTC + Mở VTC - Rạch bờ tự do của VTC khoảng 1 – 2 cm ở chỗ phồng nhất bằng dao điện 1 cực, có thể rạch rộng hơn để có thể lấy hết khối chứa một cách dễ dàng + Lấy khối thai ra khỏi VTC - Đưa ống hút qua vết rạch vào lòng VTC để hút máu cục và nguyên bào nuôi. - Đưa đèn soi lại gần để xác định đã lấy hết nguyên bào nuôi chưa và có chảy máu không? + Kiểm tra tình trạng chảy máu và cầm máu - Thông thường máu hay chảy ở mép vết rạch VTC hay ở vị trí rau bám. Nếu có chảy máu thì dùng dao điện 2 cực cầm máu nhẹ nhàng tránh làm tổn thương vùng xung quanh, có thể ngâm toàn bộ VTC trong nước ấm cũng có tác dụng cầm máu và tránh làm khô VTC + Lấy bệnh phẩm

	Tổ chức rau thai sau đó được cho vào túi nội soi và lấy ra ngoài ổ bụng. Cần chú ý lấy hết tổ chức vì nếu để sót có thể dẫn đến hậu quả nguyên bào nuôi tiếp tục làm tổ và phát triển trong ổ phúc mạc + Kết thúc cuộc mổ ✓ Kiểm tra lại VTC ✓ Rửa vùng tiểu khung ✓ Đánh giá lại VTC đôi diện cũng như toàn bộ tiểu khung ✓ Không cần thiết đặt dẫn lưu + Một số kỹ thuật kết hợp ✓ Gỡ dính ✓ Tạo hình loa vòi ✓ Mở thông VTC ✓ Lộn loa vòi ✓ Cắt VTC Bước 4: Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. Tai biến của phẫu thuật nội soi nói chung - Tổn thương đường tiêu hoá - Tổn thương hệ tiết niệu - Tổn thương vòi tử cung - Bỏng do điện - Chảy máu trong mổ 2. Tai biến của nội soi điều trị chữa ngoài tử cung - Ngoài các tai biến, biến chứng chung của soi ổ bụng can thiệp, soi ổ bụng điều trị chữa ngoài tử cung có một số tai biến đặc trưng như: - Điều trị bảo tồn VTC + Chảy máu: chủ yếu là chảy máu ở diện rau bám trong mổ và sau mổ dẫn tới phải cắt vòi tử cung + Chấn thương vòi tử cung: thường do phẫu thuật viên thiếu kinh nghiệm + Nguyên bào nuôi tồn tại - Điều trị triệt để cắt VTC + Chảy máu: trong lúc gỡ dính, cầm máu không tốt, tổn thương mạc treo vòi tử cung, các nhánh nối giữa động mạch buồng trứng và động mạch tử cung + Chấn thương các cơ quan khác: do khối chứa dính với ruột, thành chậu hông + Tổn thương ruột: do dính nhiều và chảy máu nhiều + Tồn tại nguyên bào nuôi: do lấy bệnh phẩm không hết để các nguyên bào nuôi rơi vào trong bụng và tiếp tục phát triển
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24 tháng 4 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế

50. QUY TRÌNH KỸ THUẬT HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG BẰNG MÁY PLASMA MED

1. ĐẠI CƯƠNG	PlasmaMed là máy phát tia plasma lạnh. Tia plasma lạnh gồm nhiều thành phần hoạt chất chứa oxi, hoạt chất chứa nitơ, ion, electron, bức xạ UV,... có tác dụng phá vỡ hoặc xâm nhập qua màng tế bào, tiêu diệt hoặc ức chế hoạt động của vi khuẩn, vi rút và nấm Mặt khác, plasma lạnh xúc tác cho phản ứng của N₂ với O₂ có trong không khí NO₂- và NO₃-trong dịch cơ thể thành NO, đóng vai trò quan trọng trong quá trình liền thương của cơ thể: NO kích thích sự phát triển của các tế bào sừng và nguyên bào sợi, kích thích tái tạo biểu mô và sự hình thành tân mạch giúp liền thương nhanh. Plasma lạnh tác động lên cơ thể không có tính đâm xuyên mà chỉ giới hạn trên vài micro mét (1.10-6met) bề mặt nên không gây tổn hại tế bào. Tia Plasma khi được phát ra có màu sáng tím. Khi cự ly chiếu (là khoảng cách từ đầu phát (đầu bút) tia Plasma đến bề mặt vết thương) 0,5cm (có tác dụng diệt khuẩn đường kính khoảng 1cm) được gọi là chế độ diệt khuẩn; Khi cự ly chiếu 1 cm (tạo được vùng tác động đường kính khoảng 1cm), được gọi là chế độ liền thương Vì vậy, tia Plasma lạnh hỗ trợ điều trị vết thương vì có tác dụng: - Diệt vi khuẩn hoặc ức chế vi khuẩn bao gồm cả một số vi khuẩn kháng thuốc, vi rút và nấm; - Kích thích tăng sinh tế bào, tái sinh mô, hình thành tân mạch trong quá trình liền thương.
2. CHỈ ĐỊNH	Người bệnh có chỉ định thay băng, gồm: - Vết thương lâu lành; - Vết thương nhiễm trùng; - Vết thương hoại tử; - Vết loét do tì đè (vùng gan bàn chân, vùng gót chân, vùng cùi cút, vùng bả vai, vùng chằm); - Vết thương mới có nguy cơ nhiễm trùng, lâu lành như: vết thương đung dập nhiều, mất da rải rác, vết thương bỏng, vết thương phù nề, vết thương/người bệnh đái tháo đường, suy kiệt cơ thể... - Vết thương do bỏng.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Người bệnh đang sử dụng máy tạo nhịp tim hoặc máy khử rung tim, - Người bệnh có chống chỉ định thay băng thông thường (đang có dấu hiệu suy hô hấp hoặc trụy tim mạch, sốc...), - Vết thương vùng mắt.
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - 01 Bác sỹ, - 01 Điều dưỡng. b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có):
5.2. Thuốc	- Dung dịch natriclorid 0,9%, dung dịch adrenalin 1/200.000,
5.3. Vật tư	- Băng, băng, gạc vô khuẩn; băng cuộn, băng dính, - Găng tay phẫu thuật, găng tay sạch,
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Máy PlasmaMed, - Bộ dụng cụ thay băng: kéo cong, panh, phẫu tích có máu, không máu, - Dụng cụ đựng chất thải y tế (thay băng, rửa vết thương).
5.5 Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...: người bệnh yên tâm, phối hợp điều trị
5.6. Hồ sơ BA	Theo quy định

5.7. Thời gian	Từ 3-10 phút tùy người bệnh.
5.8. Địa điểm	Tại buồng phẫu thuật, thủ thuật, buồng thay băng hoặc tại buồng bệnh sạch
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... c) Đặt tư thế người bệnh: tư thế phụ khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: y lệnh thay băng, chiếu plasma trong tờ điều trị và ghi thực hiện y lệnh trong phiếu chăm sóc. - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật Bước 1: Tư thế người bệnh và thầy thuốc: - Người bệnh nằm hoặc ngồi để có tư thế thuận lợi cho việc thay băng và làm thủ thuật. - Bác sỹ lựa chọn tư thế thuận lợi để làm thủ thuật, máy PlasmaMed cùng bên bác sỹ. Bước 2: Bộc lộ vết thương: thực hiện như kỹ thuật thay băng thông thường Bước 3: Làm sạch vết thương - Dùng gạc mềm vô khuẩn tẩm dung dịch natriclorid 0,9% để rửa vết thương, - Lấy bỏ giả mạc, dị vật, cắt lọc hoại tử (nếu có), - Dùng gạc vô khuẩn thấm khô vết thương, - Nếu vết thương sâu, bị che phủ: phải bộc lộ vết thương vùng định chiếu tia plasma. Bước 4: Chiếu tia plasma: - Bật công tắc nguồn, - Chọn chế độ điều trị tự động hoặc bán tự động của máy PlasmaMed - Ấn Pedal để khởi động hoặc phát tia plasma, - Đưa đầu chiếu tia Plasma vào vùng vết thương theo nguyên tắc vùng sâu chiếu trước, vùng nông chiếu sau, chiếu từ trung tâm vết thương ra ngoài. (Thời gian chiếu và cách di chuyển đầu chiếu: ít nhất 10 giây trên điểm tổn thương: dịch chuyển chậm (5mm/s) đầu chiếu tia Plasma trên vết thương theo hình xoáy tròn ốc hoặc theo hình chữ chữ chi, hoặc đường thẳng tùy theo hình thể vết thương. Tần suất chiếu: 1 lần/ngày). Bước 5: Băng vết thương và đưa người bệnh về giường. Tùy theo tính chất từng vết thương mà sau khi chiếu tia plasma băng kín hay để hở. Nếu băng kín thì không băng quá chặt ảnh hưởng đến sự lưu thông tuần hoàn. Bước 6: Thu dọn, vệ sinh dụng cụ, rửa tay. * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. Toàn thân: Theo dõi tình trạng toàn thân: hô hấp, mạch, huyết áp, nhiệt độ. 2. Tại chỗ: - Chảy máu trong khi làm sạch vết thương: đắp gạc tẩm dung dịch natriclorid 0,9% hoặc tẩm dung dịch adrenalin 1/200.000 trên vùng chảy máu. - Rát, đau, ngứa (hiếm gặp): giảm thời gian chiếu tia và giảm tần suất chiếu tia plasma (2 ngày/lần)/.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản Phụ Sản Quyết định số 898/QĐ-BYT ngày 15/3/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn quy trình kỹ thuật hỗ trợ điều trị vết thương bằng máy plasmamed

MỒ BỐC NHÂN XƠ VÚ 03.2736.0591

1. ĐẠI CƯƠNG	Tỷ lệ các tổn thương vú lành tính có thể gặp ở khoảng 50% phụ nữ trong đó nhiều nhất là nang xơ vú và u xơ vú.
2. CHỈ ĐỊNH	- U xơ tuyến vú - Các nang xơ lành tính hoặc nguy cơ thoái triển xấu dẫn đến ung thư. - Người bệnh có nguyện vọng được bóc bỏ. - Tổn thương nghi ngờ khi làm sinh thiết
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Tổn thương nghi bất thường nhiều hơn (ví dụ ung thư). - Người bệnh chưa có con (tương đối), có thể đẻ theo dõi, điều trị nội khoa
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ sản phụ khoa 1-2 người - Bác sĩ gây mê, phụ mê, dụng cụ b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc mê đường tĩnh mạch, mê khí... - Thuốc tiền mê, giảm đau, gây tê tại chỗ - Cồn 70* hoặc dung dịch sát trùng như Betadin...
5.3. Vật tư	- Dây truyền, kim luân - Bơm tiêm 5ml, 10ml...
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ để phẫu thuật - Các khăn trải phẫu thuật vô khuẩn - Bàn phẫu thuật thông thường
5.5 Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Ký cam đoan phẫu thuật
5.6. Hồ sơ BA	Bệnh án phẫu thuật, đủ các xét nghiệm thăm dò, hội chẩn mổ, cam đoan phẫu thuật
5.7 Thời gian	20 phút -01h
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Người bệnh cởi bỏ áo, tư thế nằm ngửa duỗi thẳng
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật * Thì 1. - Sát trùng rộng vùng phẫu thuật từ trong ra ngoài - Dùng khăn vô trùng để bao bọc xung quanh phẫu trường * Thì 2. - Xác định vị trí khối u cần cắt bỏ, nếu nhỏ có thể dùng kim để xác định mốc tốt nhất là làm dưới gây mê, nếu không có điều kiện thì gây tê tại chỗ. - Sau khi rạch qua da và tổ chức dưới da dùng kéo bóc tách để đi thẳng vào khối u tránh làm nát các tổ chức xung quanh gây chảy máu. - Lấy bỏ khối u qua vết rạch sau khi đã bóc tách và cầm máu kỹ các tổ chức xung quanh khối u bằng chỉ tiêu. Nếu khối u ở sâu thì sau đó cần khâu ép lại tổ chức đã rạch sau khi đã kiểm tra kỹ không thấy chảy máu * Thì 3. - Khâu phục hồi lại da bằng chỉ lin hoặc khâu luân dưới da bằng chỉ tiêu Vicryl 2.0-3.0. Băng lại vết mổ có thể băng ép bằng băng chun quanh ngực nếu nghi ngờ diện bóc tách còn có thể chảy máu, sẽ tháo bỏ sau 12-24 giờ. - Sau khi bóc xong tổ chức bóc bỏ phải được gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh. Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

	- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	a)THEO DÕI 1. Người bệnh: Được dùng thuốc giảm đau thêm và thuốc kháng sinh và thuốc chống phù nề. 2. Theo dõi chảy máu: Tại vết mổ hoặc có thể gây tụ máu dưới da làm bầm tím cả một vùng vú, trong ca này thì tùy theo mức độ chảy máu mà có thể phải mở vết mổ để cầm máu lại hoặc dùng băng chun băng ép chặt để cầm máu. 3. Người bệnh: Có thể ăn uống trở lại bình thường sau phẫu thuật và xuất viện sau phẫu thuật 5-7 ngày b)TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ 1. Chảy máu; Vì tổ chức vú là tổ chức mỡ lỏng lẻo dễ chảy máu nên trong quá trình phẫu thuật phải vừa bóc tách vừa cầm máu và nên khâu ép hết đáy diện bóc tách. 2. Tụ máu: Cắt chỉ, khâu cầm máu, dùng tiếp kháng sinh. 3. Nhiễm trùng vết mổ Nếu có thường xảy ra vào ngày thứ 4 hoặc thứ 5 sau phẫu thuật với triệu chứng sưng đau đỏ tấy vùng vết mổ. Trong trường hợp này phải dùng thêm kháng sinh và tách vết mổ để mủ chảy ra ngoài rửa vết mổ bằng Betadin hàng ngày
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

MỔ BÓC NHÂN XƠ VÚ 12.0268.0591

1. ĐẠI CƯƠNG	Tỷ lệ các tổn thương vú lành tính có thể gặp ở khoảng 50% phụ nữ trong đó nhiều nhất là nang xơ vú và u xơ vú.
2. CHỈ ĐỊNH	- U xơ tuyến vú - Các nang xơ lành tính hoặc nguy cơ thoái triển xấu dẫn đến ung thư. - Người bệnh có nguyện vọng được bóc bỏ. - Tổn thương nghi ngờ khi làm sinh thiết
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Tổn thương nghi bất thường nhiều hơn (ví dụ ung thư). - Người bệnh chưa có con (tương đối), có thể đẻ theo dõi, điều trị nội khoa
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ sản phụ khoa 1-2 người - Bác sĩ gây mê, phụ mê, dụng cụ b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc mê đường tĩnh mạch, mê khí... - Thuốc tiền mê, giảm đau, gây tê tại chỗ - Cồn 70* hoặc dung dịch sát trùng như Betadin...
5.3. Vật tư	- Dây truyền, kim luân - Bơm tiêm 5ml, 10ml...
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ để phẫu thuật - Các khăn trải phẫu thuật vô khuẩn - Bàn phẫu thuật thông thường
5.5 Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Ký cam đoan phẫu thuật
5.6. Hồ sơ BA	Bệnh án phẫu thuật, đủ các xét nghiệm thăm dò, hội chẩn mổ, cam đoan phẫu thuật
5.7 Thời gian	20 phút -01h
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Người bệnh cởi bỏ áo, tư thế nằm ngửa duỗi thẳng
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật * Thì 1. - Sát trùng rộng vùng phẫu thuật từ trong ra ngoài - Dùng khăn vô trùng để bao bọc xung quanh phẫu trường * Thì 2. - Xác định vị trí khối u cần cắt bỏ, nếu nhỏ có thể dùng kim để xác định mốc tốt nhất là làm dưới gây mê, nếu không có điều kiện thì gây tê tại chỗ. - Sau khi rạch qua da và tổ chức dưới da dùng kéo bóc tách để đi thẳng vào khối u tránh làm nát các tổ chức xung quanh gây chảy máu. - Lấy bỏ khối u qua vết rạch sau khi đã bóc tách và cầm máu kỹ các tổ chức xung quanh khối u bằng chỉ tiêu. Nếu khối u ở sâu thì sau đó cần khâu ép lại tổ chức đã rạch sau khi đã kiểm tra kỹ không thấy chảy máu * Thì 3. - Khâu phục hồi lại da bằng chỉ lin hoặc khâu luân dưới da bằng chỉ tiêu Vicryl 2.0-3.0. Băng lại vết mổ có thể băng ép bằng băng chun quanh ngực nếu nghi ngờ diện bóc tách còn có thể chảy máu, sẽ tháo bỏ sau 12-24 giờ. - Sau khi bóc xong tổ chức bóc bỏ phải được gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh. Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

	- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	a) THEO DÕI 1. Người bệnh: Được dùng thuốc giảm đau thêm và thuốc kháng sinh và thuốc chống phù nề. 2. Theo dõi chảy máu: Tại vết mổ hoặc có thể gây tụ máu dưới da làm bầm tím cả một vùng vú, trong ca này thì tùy theo mức độ chảy máu mà có thể phải mở vết mổ để cầm máu lại hoặc dùng băng chun băng ép chặt để cầm máu. 3. Người bệnh: Có thể ăn uống trở lại bình thường sau phẫu thuật và xuất viện sau phẫu thuật 5-7 ngày b) TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ 1. Chảy máu; Vì tổ chức vú là tổ chức mỡ lỏng lẻo dễ chảy máu nên trong quá trình phẫu thuật phải vừa bóc tách vừa cầm máu và nên khâu ép hết đáy diện bóc tách. 2. Tụ máu: Cắt chỉ, khâu cầm máu, dùng tiếp kháng sinh. 3. Nhiễm trùng vết mổ Nếu có thương xảy ra vào ngày thứ 4 hoặc thứ 5 sau phẫu thuật với triệu chứng sưng đau đỏ tấy vùng vết mổ. Trong trường hợp này phải dùng thêm kháng sinh và tách vết mổ để mủ chảy ra ngoài rửa vết mổ bằng Betadin hàng ngày
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

18A. Phẫu thuật mở bụng cắt u buồng trứng hoặc cắt phần phụ [gây tê]**13.0072.0683_GT**

1. ĐẠI CƯƠNG	Là phẫu thuật mở ổ bụng để cắt buồng trứng, cắt vòi trứng, hay cắt cả phần phụ trong trường hợp chảy máu, ứ mủ hay xoắn buồng trứng và vòi trứng.
2. CHỈ ĐỊNH	U nang buồng trứng hoặc phần phụ không có chỉ định mổ nội soi
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Người bệnh đang hành kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi - Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu, - Các bệnh nội khoa không có chịu đựng được phẫu thuật
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sỹ : 01 bác sỹ mổ chính, 01-02 bác sỹ phụ - Gây mê: 01 bác sỹ gây mê, 01 KTV phụ mê - Điều dưỡng: 01 dụng cụ viên b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý giúp việc
5.2. Thuốc	Thuốc gây tê, gây mê, giãn cơ...
5.3. Vật tư	- Dây truyền, kim luồn - Bơm kim tiêm 5-10ml
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ trung phẫu hoặc đại phẫu phụ khoa - Kim chỉ tiêu: vicryl 1.0, 2.0, 3.0 - Săng gạc vô khuẩn
5.5 Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...: - Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ định. - Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra. - Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần - Vệ sinh tại chỗ, thực tháo, sát khuẩn vùng bụng - Gây mê nội khí quản
5.6. Hồ sơ bệnh án	Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị theo qui định
5.7. Thời gian	45’-02h
5.8. Địa điểm	- Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: tư thế nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật - Trải khăn vô khuẩn. - Mở bụng theo đường giữa dưới rốn hay đường ngang trên vệ vào ổ bụng. - Bọc mép vết mổ. 1. Cắt khối u buồng trứng - Thăm khám đánh giá tình trạng khối u buồng trứng xem mức độ di động và dính với các tạng xung quanh. - Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để khối u bị vỡ - Chèn gạc xung quanh, tách biệt với khối u - Nếu khối u nhỏ: dùng một (hoặc 2) kim có răng to, chắc khỏe cặp cuống khối u (dây chằng thắt lưng – buồng trứng), càng sát khối u càng tốt. - Dùng một (hoặc 2) kim có răng to, chắc khỏe cặp cuống khối u, cách kim trước 1 đến 1,5 cm - Dùng kéo cong cắt bỏ khối u - Khâu móm cắt.

	- Nếu khối u to, sau khi bóc lột kỹ, có thể dùng 2 hoặc 3 kim cặp lõi khối u lên, chọc một lỗ để hút bớt dịch trong khối u, sau đó dùng kim kẹp mép khối u vừa mở, rồi tiến hành cắt khối u như trên. - Trong trường hợp xác định khối u lành tính thì bóc tách khối u để lại phần buồng trứng lành: dùng dao rạch nhẹ trên phần khối u sát với phần buồng trứng lành; dùng kéo cong đầu tù kết hợp với đầu ngón tay để bóc tách phần u buồng trứng ra khỏi phần lành; sau đó cầm máu kỹ. - Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu chỉ chưa được buộc chặt, hoặc khâu chưa hết tổn thương thì phải khâu tăng cường để cầm máu. - Gửi bệnh phẩm xét nghiệm giải phẫu bệnh. - Kiểm tra buồng trứng bên đối diện. Nếu nghi ngờ khối u vừa cắt bị ung thư thì cắt miếng nhỏ buồng trứng đối diện để xét nghiệm mô bệnh học 2. Cắt phần phụ - Thăm khám đánh giá tình trạng phần phụ xem có bị dính với các tạng xung quanh. - Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để vỡ dịch (trong ca ứ mủ VTC) - Dùng một kim có răng to, chắc khỏe cặp dây chằng thất lưng – buồng trứng và dây chằng rộng sát với tử cung - Dùng một kim có răng to, chắc khỏe cặp cách kim trước 1 đến 1,5 cm - Dùng kéo cong cắt bỏ phần phụ - Khâu móm cắt bằng mũi thông thường hay mũi khâu số 8. Kiểm tra xem có còn rỉ máu không - Lau sạch ổ bụng - Đóng bụng theo các lớp, đóng da mũi rời hoặc trong da - Sát khuẩn lại và băng vết thương Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Tổn thương mạch máu, hệ tiết niệu, hệ tiêu hóa trong quá trình phẫu thuật. - Nhiễm trùng, chảy máu trong
TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản Phụ

34A. Phẫu thuật chữa ngoài tử cung không có choáng [gây tê]**13.0092.0683_GT**

1. ĐẠI CƯƠNG	- Chửa ngoài tử cung là hiện tượng trứng đã thụ tinh làm tổ ở ngoài buồng tử cung (ở vòi trứng, buồng trứng, ổ bụng,...). Khi thai phát triển to lên, vòi trứng, buồng trứng sẽ nứt vỡ gây chảy máu trong ổ bụng gọi là chửa ngoài tử cung vỡ, cần phải phẫu thuật cấp cứu. Các vị trí của chửa ngoài tử cung: vòi tử cung (chủ yếu), buồng trứng, ống cổ tử cung, ổ bụng. * NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ - Mô cấp cứu càng sớm càng tốt - Luôn kiểm soát tốt huyết động
2. CHỈ ĐỊNH	- Người bệnh được chẩn đoán thai ngoài tử cung vỡ - Việc tiếp cận nội soi quá khó khăn như dính nhiều vùng tiểu khung.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ chuyên khoa sản 2 người - Bác sĩ gây mê, KTV gây mê hồi sức - KTV dụng cụ - Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn b) Nhân lực hỗ trợ : Hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc tiền mê, gây mê, nội khí quản. - Dịch truyền thay thế máu - Máu cùng loại trong ca mất máu nhiều cần truyền máu cấp cứu.
5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luồn, bơm kim tiêm 5-10ml
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tùy sống, hoặc gây mê toàn thân tùy từng tình trạng bệnh. - Bộ dụng cụ gây mê nội khí quản, bóng bóp - Bộ dụng cụ mổ phụ khoa đã tiệt trùng.
5.5. Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Được tư vấn về lý do phải mổ cấp cứu và nguy cơ có thể xảy ra, ký giấy cam đoan mổ. - Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông tiểu sát khuẩn thành bụng vùng mổ. - Gây mê nội khí quản để chủ động về hô hấp và tuần hoàn trong khi mổ
5.6. Hồ sơ BA	- Bệnh án phẫu thuật, đủ các xét nghiệm cần thiết.
5.7. Thời gian	30'-01h
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật - Rạch bụng đường giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ, qua các lớp da, cân, cơ, phúc mạc để vào ổ bụng. - Dùng 2 panh kẹp nhấc phúc mạc lên cao và mở phúc mạc - Đặt van vệ, bộc lộ phẫu trường, hút bớt máu trong ổ bụng, chèn gạc ổ bụng - Cho tay vào tìm đáy tử cung kẹp kéo lên cao kiểm tra 2 bên vòi tử cung, buồng trứng tìm chỗ vòi trứng tổn thương kẹp lại cầm máu. - Nếu vòi tử cung bị vỡ, máu chảy nhiều nên cắt bỏ vòi tử cung cầm máu, dùng kim có máu kẹp sát với tử cung, nơi mạc treo vòi ít mạch máu, dùng kéo

	cắt khối chứa tới sát tai vòi tử cung. - Nếu tổn thương ở vòi tử cung có thể bảo tồn thì lấy khối thai, khâu phục hồi vòi trứng khi người bệnh trẻ, chưa đủ con, khâu cuống mạch bên vòi tử cung bị cắt bằng chỉ tự tiêu và buộc chặt cầm máu. - Nếu chứa ở đoạn kẽ, góc sừng tử cung thì có thể cắt góc tử cung, hoặc khâu góc tử cung, lấy khối chứa và khâu phục hồi, trường hợp không cầm máu, bệnh nhân đủ con có thể cắt tử cung bán phần - Nếu chứa ngoài tử cung ở buồng trứng thì cắt vùng buồng trứng tổn thương, khâu cầm máu bằng chỉ tự tiêu mũi vắt cầm máu. - Chứa trong ổ bụng, quai ruột... lấy khối chứa, khâu cầm máu, phục hồi tổn thương - Cho nằm đầu cao, lau sạch ổ bụng, kiểm tra lại tiểu khung, 2 vòi tử cung, buồng trứng, cùng đồ và các tạng lân cận. - Không đặt dẫn lưu - Đóng thành bụng theo lớp giải phẫu.. - Truyền máu hoặc dịch thay máu và máu tươi nếu cần * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Chảy máu sau phẫu thuật: trong 6 giờ đầu phải theo dõi mạch, huyết áp và toàn trạng tại phòng hồi tỉnh. Nếu mạch nhanh, huyết áp giảm, bụng gõ đục, siêu âm có nhiều dịch tự do, phải nghĩ đến chảy máu trong, có thể do tuột chỉ khâu diện cắt vòi tử cung. Cần phải phẫu thuật lại ngay để cầm máu. - Nhiễm khuẩn: trong khi phẫu thuật phải lau sạch lấy hết máu đọng và máu cục trong ổ bụng để tránh nhiễm khuẩn. Tuy nhiên tránh lau kỹ quá gây dính ổ bụng vì thanh, mạc bị tổn thương. Phải cho kháng sinh toàn thân liều điều trị để dự phòng nhiễm khuẩn
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

25A. Phẫu thuật lấy thai lần đầu [gây tê] 13.0007.0671_GT

1. ĐẠI CƯƠNG	Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung
2. CHỈ ĐỊNH	1) Do nguyên nhân từ thai. - Các chỉ định do ngôi thai bất thường. - Thai to - Thai suy - Bệnh lý của thai có chống chỉ định đẻ đường âm đạo: 2) Do nguyên nhân phần phụ của thai. 3) Do nguyên nhân đường sinh dục. 4) Do bệnh lý của mẹ 5) Những chỉ định khác
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	Trường hợp bệnh cấp tính kèm theo, bệnh nội khoa nặng, tiền sử bệnh nội khoa, những lần mang thai trước
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ sản phụ khoa 2-3 người - Kíp gây mê hồi sức: 1 bác sĩ, 01 KTV gây mê, 01 KTV dụng cụ - Nữ hộ sinh đón bé, chăm sóc sơ sinh b) Nhân lực hỗ trợ : Hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc gây tê, gây mê... - Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tủy sống, gây mê toàn thân. - Các thuốc để hồi sức và các thuốc dùng trong sản khoa.
5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luồn, bơm kim tiêm 5-10ml - Bông bóp sơ sinh
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ mổ lấy thai đã tiệt trùng - Kim chỉ tiêu - Phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh
5.5 Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật. - Thông đại, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.
5.6. Hồ sơ BA	- Bệnh án sản khoa theo quy định, có khám lâm sàng và xét nghiệm, siêu âm, điện tim, giấy tờ liên quan đầy đủ
5.7. Thời gian	- Thời gian thực hiện phẫu thuật 30' - 1h, trong trường hợp xảy ra cấp cứu, chảy máu, băng huyết... thời gian phẫu thuật có thể kéo dài thêm 1-2h tùy tình hình
5.8. Địa điểm	- Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	-Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật * Thi 1. Mở bụng: - Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu. - Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ. * Thi 2. Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung. * Thi 3. Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối: - Mổ đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mổ tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới.

	- Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm . * Thì 4. Lấy thai và rau: - Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại. - Dùng miếng gạc mỏng lau nhót miệng trẻ. - Kẹp và cắt dây rốn. - Tiêm tĩnh mạch chậm(quả dây truyền) 10 đơn vị oxytocin. Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần. - Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy. * Thì 5. Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc: - Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1. Có thể bằng mũi rời hay khâu vắt có khóa hay không có khóa. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung. Không nên khâu cả lớp nội mạc tử cung. Thông thường khâu một lớp là đủ. Nếu cần thì khâu vắt lớp thứ hai để cầm máu và che phủ lớp khâu thứ nhất. - Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung bắt buộc khi có nguy cơ nhiễm khuẩn. * Thì 6. Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, đếm đủ gạc: * Thì 7: Đóng thành bụng theo từng lớp. * Thì 8: Lấy máu và lau âm đạo. * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	A) THEO DÕI 1. Theo dõi sau phẫu thuật. - Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu. - Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ tử cung ra. - Vết mổ thành bụng. - Trung tiện. 2. Chăm sóc. - Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật. - Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện). - Vận động sớm. - Cho con bú sớm. - Kháng sinh điều trị (nếu cần). B). BIẾN CHỨNG 1. Trong phẫu thuật; - Chảy máu - Chấn thương thai nhi - Chấn thương ruột - Rạch vào bàng quang - Thắt vào niệu quản 2. Sau phẫu thuật - Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết. - Chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

26A. Phẫu thuật lấy thai lần hai trở lên [gây tê] 13.0002.0672_GT

1. ĐẠI CƯƠNG	Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung. Phẫu thuật lấy thai lần 2 là phẫu thuật lấy thai ra khỏi tử cung trên bệnh nhân đã có sẹo mổ đẻ cũ ở tử cung
2. CHỈ ĐỊNH	- Bệnh nhân đã có sẹo mổ đẻ lần 1 ở tử cung: - Mổ lần đầu vì lý do tuyệt đối: khung chậu hẹp, méo , lệch. - Tiền sử mổ lấy thai do nguy cơ vỡ tử cung cao trong chuyển dạ. - Lần đầu mổ thân tử cung, mổ dọa vỡ tử cung, hoặc vỡ tử cung khâu bảo tồn. - Hậu phẫu lần trước bị nhiễm trùng tử cung. - Lần này thai già tháng. - Khoảng cách giữa 2 lần mổ trước với lần này < 18 tháng
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Kíp phẫu thuật: 01 bác sĩ mổ chính, 01 bác sĩ phụ mổ - Kíp gây mê hồi sức: 01 bs gây mê, 01 KTV phụ mê - 01 KTV dụng cụ - Nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý
5.2. Thuốc	- Các thuốc gây tê tùy sống, gây mê, giãn cơ.... - Các thuốc để hồi sức và các thuốc tăng co, cầm máu dùng trong sản khoa.
5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luồn, bơm kim tiêm 5-10ml
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tùy sống, gây mê toàn thân. - Bộ dụng cụ mổ lấy thai đã tiệt trùng. - Chỉ tiêu: vycryl 1.0, 3.0...chỉ không tiêu - Phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh.
5.5 Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật. - Thông đại, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.
5.6. Hồ sơ BA	Hồ sơ phẫu thuật theo quy định, có đầy đủ xét nghiệm cần thiết
5.7. Thời gian	30 phút -01h
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: tư thế nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật - Giảm đau vùng (gây tê tùy sống hay gây tê ngoài màng cứng) là ưu tiên. Có thể gây mê nội khí quản khi giảm đau vùng có chống chỉ định Thì 1. Mở bụng: - Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu tùy theo sẹo mổ cũ lần trước - Gỡ dính(nếu có) - Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ. Thì 2. Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung Thì 3. Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối: - Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). - Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên, đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới.

	- Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm . Thì 4. Lấy thai và rau: - Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại. - Dùng miếng gạc mỏng lau nhót miệng trẻ. - Kẹp và cắt dây rốn. - Tiêm tĩnh mạch chậm(quả dây truyền) 10 đơn vị oxytocin, tiêm cơ tử cung 10đv oxytocin + 0.2mg methyl ergometrin - Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần. - Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy. Thì 5. Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc: - Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1 mũi vắt 1 lớp, kiểm tra có chảy máu không, nếu có khâu cầm máu - Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung Thì 6. Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, đếm đủ gạc Thì 7: Đóng thành bụng theo từng lớp. Thì 8: Lấy máu và lau âm đạo. Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. Theo dõi sau phẫu thuật. - Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu. - Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ âm đạo, cổ tử cung. - Vết mổ thành bụng. - Trung tiện. 2. Chăm sóc. - Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật. - Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện). - Vận động sớm. - Cho con bú sớm. - Kháng sinh điều trị VI. BIẾN CHỨNG 1. Trong phẫu thuật - Chảy máu - Chấn thương thai nhi - Chấn thương ruột - Rạch vào bàng quang, Thắt vào niệu quản 2. Sau phẫu thuật - Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

27A. Phẫu thuật lấy thai do bệnh lý sản khoa (rau tiền đạo, rau bong non, tiền sản giật, sản giật...) [gây tê] 13.0005.0675_GT

1. ĐẠI CƯƠNG	- Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung do các bệnh lý sản khoa không có chỉ định đẻ đường âm đạo hoặc khó đẻ đường âm đạo như: rau tiền đạo, rong bong non, tiền sản giật, sản giật...
2. CHỈ ĐỊNH	- Bệnh lý sản khoa: rau tiền đạo đủ tháng hoặc chảy máu nhiều, rau bong non, sản giật, tiền sản giật...
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Kíp phẫu thuật: Bs mổ chính, phụ mổ - Kíp gây mê hồi sức: Bác sĩ gây mê, KTV phụ mê - 01 KTV dụng cụ - Nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc gây tê, gây mê, giãn cơ... - Các thuốc để hồi sức và các thuốc dùng trong sản khoa và các bệnh lý toàn thân.
5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luân, bơm kim tiêm 5-10ml
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tùy sống, hoặc gây mê toàn thân tùy từng tình trạng bệnh. - Bộ dụng cụ mổ lấy thai đã tiệt trùng. - Phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh
5.5. Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật. - Thông đại, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.
5.6. Hồ sơ BA	Hồ sơ phẫu thuật theo quy định, đầy đủ xét nghiệm, biên bản hội chẩn, cam đoan mổ
5.7. Thời gian	30 phút – 2h tùy tình trạng
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật Thì 1. Mở bụng: - Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu. - Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ. Thì 2. Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung. Thì 3. Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối: - Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới. - Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm . Thì 4. Lấy thai và rau: - Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại. - Dùng miếng gạc mỏng lau nhót miệng trẻ. - Kẹp và cắt dây rốn. - Tiêm tĩnh mạch chậm 10 đơn vị oxytocin, tiêm cơ tử cung 10đv oxytocin +

	0.2mg vingomin - Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần. - Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy. Thì 5. Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc: - Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1 mũi vắt 01 lớp - Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung Thì 6. Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, đếm đủ gạc: Thì 7: Đóng thành bụng theo từng lớp. Thì 8: Lấy máu và lau âm đạo. Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. Theo dõi sau phẫu thuật. - Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu. - Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ tử cung ra. - Vết mổ thành bụng. - Trung tiện. 2. Chăm sóc. - Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật và các thuốc điều trị bệnh toàn thân. - Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện). - Vận động sớm. - Cho con bú sớm. - Kháng sinh điều trị (nếu cần). V. BIẾN CHỨNG 1. Trong phẫu thuật - Chảy máu - Chấn thương thai nhi - Chấn thương ruột - Rạch vào bàng quang - Thắt vào niệu quản 2. Sau phẫu thuật - Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết. - Chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung - Chấn thương ruột - Rạch vào bàng quang, Thắt vào niệu quản 2. Sau phẫu thuật - Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết - Chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

17A. Phẫu thuật mở bụng bóc u xơ tử cung [gây tê] 13.0071.0679_GT

1. ĐẠI CƯƠNG	Phẫu thuật bóc nhân xơ tử cung đường bụng nhằm mục đích lấy hoàn toàn nhân xơ nằm trong cơ tử cung, bảo tồn tử cung và hai phần phụ.
2. CHỈ ĐỊNH	- Tử cung có nhân xơ phát triển nhanh - Nhân xơ phát triển gây chèn ép làm cho người bệnh đau. - Nhân xơ thoái hóa, gây đau (phát hiện qua siêu âm) - Nhân xơ phát triển vào niêm mạc gây chảy máu, ảnh hưởng đến sức khỏe. - Bóc nhân xơ khi phẫu thuật lấy thai
ĐIỀU KIỆN	- Có nhân xơ rõ, các lớp xơ cơ đồng tâm, xung quanh là các tổ chức lỏng lẻo, dễ tách. Trên hình ảnh siêu âm tạo bờ rõ nét, khác biệt với tổ chức cơ. - Không có quá nhiều nhân vì bóc tách nhiều sẽ gây chảy máu. - Nhân xơ rõ trên tử cung không có dấu hiệu nhiễm trùng (đặc biệt là khi phẫu thuật bóc nhân xơ dưới niêm mạc). - Vị trí nhân xơ cách xa sừng tử cung. - Nhân xơ không quá to, kẹt vào vùng tiểu khung. - Trong các trường hợp cần bảo tồn khả năng sinh sản cần thận trọng trong chỉ định vì có thể thất bại mà phải cắt tử cung
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sỹ : 01 bác sỹ mổ chính, 01-02 bác sỹ phụ - Gây mê: 01 bác sỹ gây mê, 01 KTV phụ mê - Điều dưỡng: 01 dụng cụ viên b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý giúp việc
5.2. Thuốc	- Thuốc gây tê, gây mê, giãn cơ...
5.3. Vật tư	- Dây truyền, kim luồn - Bơm kim tiêm 5-10ml
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ cắt tử cung - Kim chỉ - Săng gạc vô khuẩn...
5.5 Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... Chuẩn bị như các trường hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thật tháo và sử dụng an thần trước mổ. - Thăm khám, xét nghiệm để tiên lượng trước phẫu thuật vì có những tử cung to, xơ hóa mà không có nhân xơ tách biệt rõ ràng. - Phát hiện các bệnh kết hợp, đặc biệt là nhiễm trùng phụ khoa để điều trị trước phẫu thuật. - Chọn thời điểm sau khi sạch kinh để phẫu thuật.
5.6. Hồ sơ BA	Theo quy định
5.7. Thời gian	45'-02 giờ
5.8. Địa điểm	- Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật c) Đặt tư thế người bệnh: tư thế phụ khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật *Thì 1: Mở thành bụng Rạch thành bụng theo đường ngang nếu có nhân xơ nhỏ, dễ bóc tách, hoặc đường dọc giữa dưới rốn. * Thì 2: Bộc lộ khối u để bóc tách

	* Thi 3: Dùng dao điện hoặc dao thường Rạch TC ở vị trí khối xơ đảm bảo yêu cầu + Đường rạch gọn, gần chỗ lõi nhất của khối xơ. + Đường rạch càng gần đường giữa càng đỡ chảy máu + Đường rạch càng xa sừng tử cung càng đỡ dính tắc vòi tử cung + Đường rạch ở vị trí có thể bóc được nhiều nhân xơ. + Đường rạch đủ độ sâu đến vỏ ngoài nhân xơ mới có thể bóc tách được dễ dàng. * Thi 4: Bóc tách khối u - Dùng cái kẹp hoặc sợi chỉ to khâu sâu vào khối u để giữ chắc khối u, vừa kéo vừa tách vỏ khối u bằng mũi kéo. Dùng ngón tay trở thăm dò các vùng dính và tách hẳn khối u ra ngoài. - Có thể sử dụng vết rạch này để bóc các khối u khác. Động tác bóc tách cần nhẹ nhàng, tránh thủng buồng tử cung. - Cầm máu bằng các mũi khâu chữ X hoặc bằng kẹp khi thấy rõ mạch máu. Không nên cặp ngang cơ tử cung vì sẽ làm cho cơ rách, gây chảy máu nhiều. * Thi 5: Khâu kín khoang bóc tách - Khâu từng lớp bằng các mũi chữ X bằng chỉ Vicryl - Lớp đầu tiên đảm bảo lấy hết đáy khoang bóc tách - Các lớp sau đảm bảo khâu chồng qua lớp trước - Đóng các lớp ngoài cùng bằng mũi khâu vắt và lộn méo rạch vào trong. * Thi 6: Đóng bụng - Lau sạch ổ bụng - Kiểm tra niệu quản Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN 1. Chảy máu: tai biến hay gặp nhất - Sử dụng các mũi chữ X cầm máu hoặc bằng kẹp máu tạm thời hoặc chèn gạc tạm thời. - Chảy máu nhiều tiên lượng không cầm máu được phải cắt tử cung bán phần. 2. Thủng khoang bóc tách u xơ thông với buồng tử cung Nguyên nhân: + Động tác bóc tách thô bạo làm rách lớp cơ sâu, kéo theo niêm mạc tử cung. + Do mũi khâu sâu thủng qua niêm mạc tử cung + Trong ca này cần mở rộng buồng tử cung và dùng chỉ khâu lại niêm mạc tử cung.
CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT	1. Đảm bảo sạch máu cục trong âm đạo, tránh nhiễm trùng từ âm đạo ngược lên. 2. Ngồi dậy sớm để tránh biến chứng tắc mạch và nhiễm trùng, gây dính buồng tử cung và vô sinh. 3. Theo dõi chu kỳ kinh sau phẫu thuật, nếu kinh trở lại là biểu hiện sự cân bằng hoạt động nội tiết và niêm mạc tử cung hồi phục bình thường.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

15A. Phẫu thuật mổ bụng cắt tử cung bán phần [gây tê] 13.0070.0681_GT

1. ĐẠI CƯƠNG	Phẫu thuật cắt tử cung bán phần có nghĩa là cắt bỏ thân tử cung để lại cổ tử cung qua đường bụng.
2. CHỈ ĐỊNH	- Bệnh lý phụ khoa: + Tổn thương ở thân tử cung + Khối u lành tính ở thân tử cung + Phẫu thuật cắt tử cung bán phần khi cổ tử cung hoàn toàn bình thường. - Bệnh lý liên quan đến sản khoa: + Chảy máu ở tử cung sau đẻ do các nguyên nhân khác nhau (đờ tử cung, rau cài răng lược, vỡ tử cung, phong huyết tử cung rau) + Nhiễm trùng tử cung sau đẻ, sau thủ thuật, nếu có chỉ định cắt tử cung. + Đình chỉ thai nghén vì bệnh lý của người mẹ (bệnh tim, huyết áp cao) có chỉ định cắt tử cung bán phần để nguyên thai trong tử cung (cắt tử cung cả khối)
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ : 01 bác sĩ mổ chính, 1-2 bác sĩ phụ - 01 bác sĩ vô cảm, 01 Phụ gây mê, 01 dụng cụ b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý giúp việc
5.2. Thuốc	- Thuốc gây tê, gây mê, giãn cơ...
5.3. Vật tư	- Dây truyền, kim luồn - Bơm kim tiêm 5-10ml
5.4. Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ cắt tử cung - Bộ phẫu thuật phụ khoa, kim chỉ tốt, bộ băng mổ
5.5. Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... Chuẩn bị như các trường hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thật tháo và sử dụng an thần trước mổ.
5.6. Hồ sơ BA	- Bệnh án phẫu thuật, đủ các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết, hội chẩn mổ, cam đoan phẫu thuật
5.7. Thời gian	45 phút-2h tùy từng trường hợp
5.8. Địa điểm	- Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: tư thế phụ khoa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật * Thi 1: Mổ thành bụng - Đường rạch ngang Pfannenstiel, đối với những trường hợp khó thì sử dụng đường trắng giữa dưới rốn. - Chèn gạc cách ly tử cung với ruột - Đặt van trên xương vệ và banh thành bụng. - Bộc lộ tử cung, thăm dò phần phụ để xác định chỉ định cắt hay không cắt phần phụ * Thi 2: Bộc lộ tử cung. - Cắt tử cung bằng kẹp cắt tử cung hoặc bằng chỉ khâu. Có thể đưa tử cung ra ngoài thành bụng và lệch sang phía đối diện của bên cắt. * Thi 3: Cắt và thắt dây chằng tròn - Dùng hai kẹp có răng cặp dây chằng tròn cách xa chỗ tử cung khoảng 2-3 cm tùy theo tử cung to hay nhỏ. Dùng kéo cắt dây chằng tròn giữa hai kẹp. Khâu lại cuống mạch. * Thi 4: Tách phúc mạc tử cung- bàng quang - Dùng kéo cong tách phúc mạc ở vùng eo tử cung (nơi phúc mạc di động) và

	cắt vòng ngang qua mặt trước tử cung, và vòng ra phía sau trên dây chằng tử cung cùng. - Dùng kẹp cặp gạc gấp hình củ ấu nhỏ đẩy phúc mạc * Thì 5: Cặp cắt và thắt dây chằng thắt lưng-vòi tử cung (nếu có chỉ định cắt buồng trứng) - Dùng hai kẹp có răng để kẹp 1/3 trên của dây chằng, kèm theo mạch máu đi sát dây chằng. Nếu để lại buồng trứng thì chú ý không làm tổn thương cuống động mạch buồng trứng. - Cặp kẹp trên trước, sau đó cặp kẹp dưới cách nhau 1 cm. Dùng kéo cắt dây chằng sát với kẹp trên (sát với phần bỏ đi) để móm cắt phần dưới dài hơn, tránh tụt chỉ sau khi buộc móm cắt. - Nếu cắt cả buồng trứng thì kẹp cặp luôn cả dây chằng vòi tử cung. - Khâu buộc cuống mạch và dây chằng bằng mũi khâu số 8. * Thì 6: Cặp cắt và thắt động mạch tử cung Dùng kéo tách và cắt phúc mạc xiên từ ngoài vào trong và xuống dưới tận 1/3 giữa dây chằng tròn. * Thì 7: Cắt động mạch tử cung - Kẹp thẳng góc mỗi bên động mạch tử cung ngang mức eo tử cung. - Cắt hai động mạch tử cung sát với kẹp phía trên. - Khâu buộc cuống mạch động mạch tử cung * Thì 8: Cắt cổ tử cung - Dùng kéo cong, dao mổ hoặc dao điện cắt vòng quanh cổ tử cung chéo xuống dưới về phía lỗ cổ tử cung tạo thành hình chóp nông. * Thì 9: Khâu móm cắt Dùng kim cong sắc và chỉ Vicryl khâu móm cắt chữ X hoặc mũi rời. Khâu một lớp từ phải qua trái. * Thì 10: Phủ phúc mạc móm cắt và cuống mạch - Dùng kim cong, chỉ tiêu nhỏ khâu lại phúc mạc móm cắt - Lau sạch cùng đồ Douglas - Kiểm tra ổ bụng, niệu quản * Thì 11: Đóng thành bụng Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Chảy máu - Nhiễm trùng - Khỏi máu tụ - Tắc mạch vùng hố chậu hoặc tĩnh mạch chi dưới - Tổn thương niệu quản
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản Phụ

18A. Phẫu thuật mở bụng cắt u buồng trứng hoặc cắt phần phụ [gây tê]**03.2732.0683_GT**

1. ĐẠI CƯƠNG	Là phẫu thuật mở ổ bụng để cắt buồng trứng, cắt vòi trứng, hay cắt cả phần phụ trong trường hợp chảy máu, ứ mủ hay xoắn buồng trứng và vòi trứng.
2. CHỈ ĐỊNH	U nang buồng trứng hoặc phần phụ không có chỉ định mổ nội soi
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Người bệnh đang hành kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi - Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu, - Các bệnh nội khoa không có chịu đựng được phẫu thuật
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sĩ : 01 bác sĩ mổ chính, 01-02 bác sĩ phụ - Gây mê: 01 bác sĩ gây mê, 01 KTV phụ mê - Điều dưỡng: 01 dụng cụ viên b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý giúp việc
5.2. Thuốc	Thuốc gây tê, gây mê, giãn cơ...
5.3. Vật tư	- Dây truyền, kim luồn - Bơm kim tiêm 5-10ml
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ trung phẫu hoặc đại phẫu phụ khoa - Kim chỉ tiêu: vicryl 1.0, 2.0, 3.0 - Săng gạc vô khuẩn
5.5 Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...: - Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ định. - Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra. - Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần - Vệ sinh tại chỗ, thực tháo, sát khuẩn vùng bụng - Gây mê nội khí quản
5.6. Hồ sơ bệnh án	Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị theo qui định
5.7. Thời gian	45’-02h
5.8. Địa điểm	- Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: tư thế nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật - Trải khăn vô khuẩn. - Mở bụng theo đường giữa dưới rốn hay đường ngang trên vệ vào ổ bụng. - Bọc mép vết mổ. 1. Cắt khối u buồng trứng - Thăm khám đánh giá tình trạng khối u buồng trứng xem mức độ di động và dính với các tạng xung quanh. - Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để khối u bị vỡ - Chèn gạc xung quanh, tách biệt với khối u - Nếu khối u nhỏ: dùng một (hoặc 2) kim có răng to, chắc khỏe cặp cuống khối u (dây chằng thắt lưng – buồng trứng), càng sát khối u càng tốt. - Dùng một (hoặc 2) kim có răng to, chắc khỏe cặp cuống khối u, cách kim trước 1 đến 1,5 cm - Dùng kéo cong cắt bỏ khối u - Khâu móm cắt.

	- Nếu khối u to, sau khi bóc lột kỹ, có thể dùng 2 hoặc 3 kim cặp lôi khối u lên, chọc một lỗ để hút bớt dịch trong khối u, sau đó dùng kim kẹp mép khối u vừa mở, rồi tiến hành cắt khối u như trên. - Trong trường hợp xác định khối u lành tính thì bóc tách khối u để lại phần buồng trứng lành: dùng dao rạch nhẹ trên phần khối u sát với phần buồng trứng lành; dùng kéo cong đầu tù kết hợp với đầu ngón tay để bóc tách phần u buồng trứng ra khỏi phần lành; sau đó cầm máu kỹ. - Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu chỉ chưa được buộc chặt, hoặc khâu chưa hết tổn thương thì phải khâu tăng cường để cầm máu. - Gửi bệnh phẩm xét nghiệm giải phẫu bệnh. - Kiểm tra buồng trứng bên đối diện. Nếu nghi ngờ khối u vừa cắt bị ung thư thì cắt miếng nhỏ buồng trứng đối diện để xét nghiệm mô bệnh học 2. Cắt phần phụ - Thăm khám đánh giá tình trạng phần phụ xem có bị dính với các tạng xung quanh. - Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để vỡ dịch (trong ca ứ mủ VTC) - Dùng một kim có răng to, chắc khỏe cặp dây chằng thất lưng – buồng trứng và dây chằng rộng sát với tử cung - Dùng một kim có răng to, chắc khỏe cặp cách kim trước 1 đến 1,5 cm - Dùng kéo cong cắt bỏ phần phụ - Khâu móm cắt bằng mũi thông thường hay mũi khâu số 8. Kiểm tra xem có còn rỉ máu không - Lau sạch ổ bụng - Đóng bụng theo các lớp, đóng da mũi rời hoặc trong da - Sát khuẩn lại và băng vết thương Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Tổn thương mạch máu, hệ tiết niệu, hệ tiêu hóa trong quá trình phẫu thuật. - Nhiễm trùng, chảy máu trong
TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản Phụ

35A. Khâu rách cùng đồ âm đạo[gây tê] 03.2263.0624_GT

1. ĐẠI CƯƠNG	Một trong những chấn thương âm đạo khi quan hệ thường xảy ra nhất đó là thủng cùng đồ. Cùng đồ là nơi âm đạo bám vào tử cung theo một đường vòng. Các đường vòng đó tạo ra các cùng đồ với tên gọi: cùng đồ trước, cùng đồ sau và cùng đồ hai bên. Dưới tác động của một lực nào đó, các cùng đồ này có thể bị rách và khi đó người ta gọi là thủng cùng đồ.
2. CHỈ ĐỊNH	Chỉ định khâu phục hồi cùng đồ âm đạo phải được thực hiện ngay sau khi chẩn đoán để tránh mất máu cho bệnh nhân.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sỹ sản khoa, nữ hộ sinh có kinh nghiệm phụ. b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	- Thốc tiền mê, giảm đau: pethidin, dimedron, atropinsulphat - Thuốc gây tê tại chỗ: lidocain 2%, nước cất
5.3. Vật tư	• 1-2 sợi chỉ tiêu số 2-3 • 1 bơm tiêm 10ml • Bông băng cotton gạc, dung dịch povidin
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	• 2 van âm đạo • 2 panh hình tim • 1 panh sát trùng • 1 kéo thẳng đầu tù, sắc • 1 panh cặp kim • 1 kẹp pozi • 1 panh đỡ kim • 1 cốc đựng dung dịch sát trùng
5.5 Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiền lượng... - Đánh giá toàn trạng người bệnh: lượng máu mất, mạch, huyết áp, toàn trạng, các bệnh của người mẹ đặc biệt các bệnh có liên quan đến đông cầm máu như giảm tiểu cầu, APTT kéo dài, giảm fibrinogen... - Cần hỏi người bệnh và kiểm tra bệnh án để không bỏ sót các ca dị ứng với các thuốc gây tê, giảm đau, kháng sinh
5.6. Hồ sơ BA	Bệnh án phụ khoa, đầy đủ các xét nghiệm cần thiết, cam đoan thủ thuật...
5.7. Thời gian	30 phút
5.8. Địa điểm	Phòng đẻ, phòng thủ thuật
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh:
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: Đầy đủ xét nghiệm, cam kết thủ thuật... - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh - Sát trùng âm hộ, âm đạo thông tiểu, người phụ giữ van bộc lộ âm đạo - Giảm đau bằng tiền mê, gây tê tại chỗ Lidocain 2% - Dùng panh hình tim hoặc kẹp pozzi cặp CTC bộc lộ vết rách cùng đồ. - Khâu lại vết rách bằng mũi rời chữ X bằng chỉ vicryl 2- 3.0 hay chỉ tự tiêu khác từ mép vết rách bên này sang bên còn lại. - Kiểm tra cầm máu kỹ. Nếu còn chảy máu thì khâu tăng cường. - Sát trùng âm đạo sau khi khâu xong Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp - Theo dõi chảy máu âm đạo: nếu chảy máu phải kiểm tra khâu lại - Theo dõi lượng máu mất và các xét nghiệm hồng cầu, hemoglobin khi cần thiết phải truyền máu - Dùng kháng sinh 5 ngày sau khi khâu
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

31A. Lấy khối máu tụ âm đạo, tầng sinh môn[gây tê] 13.0032.0632_GT

1. ĐẠI CƯƠNG	Huyết tụ là những biến chứng chảy máu và tụ máu thành một khối máu trên đường thai sổ qua âm đạo, chấn thương âm đạo, tầng sinh môn. Tùy theo khối huyết tụ mà ta chia ra: - Huyết tụ âm đạo. - Huyết tụ âm hộ Cả hai loại sau đều ở dưới cơ nâng hậu môn, có thể phối hợp với nhau và có tiên lượng giống nhau.
2. CHỈ ĐỊNH	Chỉ định lấy khối máu tụ âm hộ , âm đạo phải được thực hiện ngay sau khi chẩn đoán có khối máu tụ ở âm hộ, âm đạo hình thành mỗi lúc một to dần lên, người bệnh đau nhiều không chịu đựng được .
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : Bác sĩ chuyên khoa sản, hộ sinh - Khám lại toàn thân, tư vấn cho người bệnh và gia đình - Rửa tay, đội mũ , đeo khẩu trang đã tiệt khuẩn như làm phẫu thuật b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	- Các thuốc gây tê, gây mê, tiền mê giảm đau... - Các thuốc gây tê tại chỗ: lidocain 2%, nước cất
5.3. Vật tư	- Bơm kim tiêm 5-10ml, dây truyền kim luồn...
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- 2 van âm đạo - 2 panh hình tim - 1 panh sát trùng - 1 kéo thẳng đầu tù, sắc - 1 kìm mang kim - 1 phẫu tích mang kim - 1 cốc đựng dung dịch sát trùng - 1 đến hai sợi chỉ vicryl số 1, 2
5.5 Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... Người bệnh phải được đánh giá toàn diện: lượng máu mất, mạch, huyết áp, toàn trạng, đặc biệt các bệnh có liên quan đến đông cầm máu như giảm tiểu cầu, APTT kéo dài, giảm fibrinogen... tiền sử dị ứng thuốc
5.6. Hồ sơ BA	Đầy đủ hồ sơ bệnh án, các xét nghiệm cần thiết
5.7. Thời gian	20phút – 01 giờ
5.8. Địa điểm	Phòng đẻ, phòng mổ tùy theo mức độ khối máu tụ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, ký cam kết thực hiện thủ thuật, đầy đủ xét nghiệm cần thiết - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật - Giảm đau cho người bệnh - Sát khuẩn tại chỗ - Rửa da nặn hết máu cục đến đáy tổn thương, tìm điểm chảy máu, khâu cầm máu mũi chữ X, điểm khâu trên vị trí chảy máu, tránh tụ máu lại - Khâu phục hồi tổn thương - Đóng da chỉ lìn - Sát khuẩn * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

	- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp. - Theo dõi chảy máu: nếu chảy máu phải kiểm tra kỹ khâu lại. - Theo dõi lượng máu mất, các xét nghiệm hồng cầu, hemoglobin, khi cần thiết phải truyền máu. - Dùng kháng sinh 5 ngày sau khi khâu.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

28A. Phẫu thuật lấy thai có kèm các kỹ thuật cầm máu (thắt động mạch tử cung, mũ khâu B-lynch...)[gây tê] 13.0008.0670_GT

1. ĐẠI CƯƠNG	Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung. Phẫu thuật lấy thai có kèm theo các kỹ thuật cầm máu là một hình thức mổ lấy thai (mổ bắt con qua đường bụng và tử cung) được thực hiện đồng thời với một hoặc nhiều kỹ thuật chuyên biệt nhằm kiểm soát chảy máu trong hoặc sau khi lấy thai, nhằm đảm bảo an toàn cho mẹ, đặc biệt trong các tình huống nguy cơ băng huyết cao như: • Đờ tử cung • Nhau cài răng lược • Mổ lấy thai lần 2, 3... • Thai to, đa thai • Bất thường đông máu Các kỹ thuật cầm máu có thể dự phòng (thực hiện trước khi chảy máu nặng) hoặc xử trí khi chảy máu đã xảy ra.
2. CHỈ ĐỊNH	1) Do nguyên nhân từ thai. - Các chỉ định do ngôi thai bất thường. - Thai to - Thai suy - Bệnh lý của thai có chống chỉ định đẻ đường âm đạo: 2) Do nguyên nhân phần phụ của thai. 3) Do nguyên nhân đường sinh dục. 4) Do bệnh lý của mẹ 5) Những chỉ định khác 6) Chỉ định cầm máu khâu B.lynch, thắt động mạch tử cung • Đờ tử cung • Nhau cài răng lược • Mổ lấy thai lần 2, 3... • Thai to, đa thai • Bất thường đông máu
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Kíp gây mê hồi sức; 01 bác sĩ mê, 01 KTV mê - Kíp phẫu thuật: 01 bác sĩ mổ chính, 01 bác sĩ phụ mổ - 01 KTV dụng cụ - Nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc gây tê, gây mê, giãn cơ... - Các thuốc để hồi sức và các thuốc dùng trong sản khoa...
5.3 5.3. Vật tư	- Dây truyền kim luôn - Bơm kim tiêm 5-10ml
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tùy sống, gây mê toàn thân. - Bộ dụng cụ mổ lấy thai đã tiệt trùng. - Phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh.
5.5 Người bệnh	- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật. - Thông đại, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.
5.6. Hồ sơ BA	Hồ sơ phẫu thuật theo quy định, có duyệt mổ của lãnh đạo khoa, bệnh viện và phân công phẫu thuật viên.

5.7. Thời gian	30'-2h
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật c) Đặt tư thế người bệnh: nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật Thì 1. Mở bụng: - Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu. - Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ. Thì 2. Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung. Thì 3. Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối: - Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới. - Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm . Thì 4. Lấy thai và rau: - Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại. - Dùng miếng gạc mỏng lau nhót miệng trẻ. - Kẹp và cắt dây rốn. - Tiêm tĩnh mạch chậm 10 đơn vị oxytocin, tiêm cơ tử cung 10đv oxytocin + 0.2mg vingomin - Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần. - Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy. Thì 5. Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc: - Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1 mũi vắt 01 lớp - Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung B. KỸ THUẬT CÀM MÁU. - Chảy máu ở buồng tử cung do những nguyên nhân khác nhau. - Chảy máu ở vùng rau bám trong rau tiền đạo. - Đờ tử cung. Thất động mạch tử cung là thủ thuật làm tắc nghẽn luồng máu chảy trong động mạch tử cung, do đó làm giảm lưu lượng máu tới tử cung. I. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH * Thì 1. Mở phúc mạc đoạn dưới. Đường rạch ngang đoạn dưới ở thì phẫu thuật lấy thai. * Thì 2. Bóc tách lá phúc mạc trước và sau, bộc lộ động mạch tử cung ở vị trí động mạch đối hướng từ dây chằng rộng quạt ngược lên mặt bên thân tử cung. * Thì 3. Thất động mạch tử cung. Thất động mạch tử cung bằng cách khâu cả tổ chức quanh động mạch bằng chỉ safyl 1.0. * Thì 4. Khâu phúc mạc rồi tiếp tục thất động mạch đối diện. Nếu khâu mũi Blynch: (Blynch cải tiến BV Hùng Vương) bao gồm hai mũi dọc dọc thân tử cung, mũi 1 bắt đầu từ bờ trên cách mép trên vết mổ 1-1.5cm đi ra sau tử cung, vòng lên đáy tử cung, buộc chỉ tại vị trí mép trên vết mổ. Mũi 2 làm tương tự Thì 6. Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, đếm đủ gạc: Thì 7: Đóng thành bụng theo từng lớp. Thì 8: Lấy máu và lau âm đạo. Kết thúc quy trình

	- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. Theo dõi sau phẫu thuật. - Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu. - Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ tử cung ra. - Vết mổ thành bụng. - Trung tiện. 2. Chăm sóc. - Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật. - Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện). - Vận động sớm. - Cho con bú sớm. - Kháng sinh điều trị D. BIẾN CHỨNG 1. Trong phẫu thuật - Chảy máu - Chấn thương thai nhi - Chấn thương ruột - Rạch vào bàng quang - Thắt vào niệu quản 2. Sau phẫu thuật - Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

16A. Phẫu thuật mở bụng cắt tử cung hoàn toàn[gây tê]**13.0068.0681_GT**

1. ĐẠI CƯƠNG	Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối tử cung bao gồm thân tử cung, cổ tử cung, vòi tử cung, buồng trứng. Tuy nhiên cũng có những trường hợp cắt tử cung hoàn toàn để lại một hoặc hai phần phụ.
2. CHỈ ĐỊNH	3. Bệnh lý liên quan đến sản khoa - Hầu hết trong phẫu thuật cấp cứu sản khoa thường có chỉ định cắt tử cung bán phần, tuy nhiên trong một số trường hợp đặc biệt phải có chỉ định cắt tử cung hoàn toàn. - Rau tiền đạo trung tâm, rau bám chặt xuống sâu tận cổ tử cung gây chảy máu mà thắt động mạch hạ vị không cầm máu được. - Thai ở cổ tử cung bị sảy, chảy máu, sau khi can thiệp các thủ thuật như khâu, đốt nhiệt mà không có kết quả. - Nhiễm trùng sau phẫu thuật lấy thai lan tới buồng tử cung đã bị rách phức tạp. 4. Bệnh lý liên quan đến phụ khoa - Một số bệnh lý tiền ung thư và ung thư của bộ phận sinh dục (cổ tử cung, tử cung, vòi tử cung, buồng trứng, rau, chửa trứng lớn tuổi...) - Những khối u lành tính ở tử cung có chỉ định cắt tử cung nhưng cổ tử cung không bình thường (tổn thương lành tính hoặc nghi ngờ cổ tử cung)...
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	Không có
4. THẬN TRỌNG	
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Kíp phẫu thuật; Bác sỹ : 01 bác sỹ mổ chính, 01-02 bác sỹ phụ mổ - Gây mê: 01 Bác sỹ vô cảm: 01. Phụ gây mê - 01 KTV dụng cụ b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Hộ lý
5.2. Thuốc	- Thuốc gây tê, gây mê, giãn cơ... - Dịch truyền, các dịch thay thế khác...
5.3. Vật tư	- Dây truyền, kim luồn - Bơm kim tiêm 5-10ml...
5.4 Trang thiết bị/ phương tiện	- Bộ dụng cụ cắt tử cung - Bộ phẫu thuật phụ khoa, kim chỉ tốt, bộ băng mổ
5.5 Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...: - Được tư vấn về lý do phải mổ cấp cứu và nguy cơ có thể xảy ra, ký giấy cam đoan mổ. - Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông tiểu sát khuẩn thành bụng vùng mổ.
5.6. Hồ sơ BA	- Bệnh án phẫu thuật, đủ các xét nghiệm cận lâm sàng, hội chẩn mổ, cam đoan phẫu thuật
5.7. Thời gian	45'-2h
5.8. Địa điểm	Phòng mổ
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Nằm ngửa
6. TIẾN HÀNH QTKT	- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật * CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH Thì 1: Mở thành bụng; Thường sử dụng đường rạch Pfannenstiel, đối với trường hợp cấp cứu hoặc khó khăn thì sử dụng đường trắng giữa dưới rốn. Thì 2: Cắt các dây chằng: Kẹp và cắt dây chằng thắt lưng – buồng trứng, tử cung – vòi tử cung và các cuống mạch, cắt dây chằng tròn hai bên, cắt hai lá

	dây chằng rộng. Khâu lại các cuống mạch và mỏm cắt. Thì 3: Tách và cắt phúc mạc tử cung- bàng quang - Dùng kéo mở phúc mạc ngang với chỗ bám đi động ở eo tử cung và cắt ngang trước đoạn dưới tử cung. - Dùng gạc đẩy phúc mạc xuống sâu, giúp đẩy bàng quang ra trước, bộc lộ cổ tử cung và túi cùng âm đạo trước. Thì 4: Cắt dây chằng tử cung – cùng và phúc mạc mặt sau. - Kéo tử cung ra trước, bộc lộ hai dây chằng tử cung – cùng và mặt sau cổ tử cung. - Cắt hai dây chằng tử cung – cùng gần chỗ bám ở cổ tử cung - Tách phúc mạc sau vòng quanh cổ tử cung phía trên và đẩy xuống ngang mức cắt âm đạo. Thì 5: Cặp các cuống mạch đi vào tử cung - Cặp các động mạch tử cung từng bên. Cắt và khâu cuống mạch - Cặp nhánh động mạch cổ TC, cắt và khâu cuống mạch. Thì 6: Cắt âm đạo - Tay trái phẫu thuật viên kéo mạnh tử cung lên trên, tay phải dùng kéo mở cùng đồ trước hoặc cùng đồ sau. - Dùng kẹp thẳng cặp mép trước âm đạo để giữ. - Tiếp tục cắt vòng quanh sát với chỗ bám âm đạo và cổ tử cung từ phía trước sang phải, ra sau và qua trái. Thì 7: Đóng âm đạo: Dùng kim cong và chỉ tiêu khâu qua lớp tổ chức dưới niêm mạc và niêm mạc âm đạo bằng mũi khâu vắt hoặc mũi rời chữ X. Thì 8: Phủ phúc mạc tiểu khung: Lau bụng và kiểm tra ổ bụng, kiểm tra niệu quản Thì 9: Đóng thành bụng * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN	1. Trong phẫu thuật - Chảy máu: do buộc chỉ lỏng hay bị tuột chỉ mỏm cắt và cuống mạch. - Nhiễm trùng: ở vết mổ hoặc mỏm cắt. - Tổn thương bàng quang: do khâu chọc vào bàng quang, cắt vào bàng quang do đẩy phúc mạc tử cung – bàng quang không tốt. - Thắt hoặc cắt vào niệu quản: do dính hoặc thắt động mạch cổ tử cung – âm đạo quá xa bờ ngoài cổ tử cung. 2. Sau phẫu thuật - Tạo thành khối máu tụ - Tắc mạch vùng hố chậu hoặc tĩnh mạch chi dưới - Dò bàng quang
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản Phụ Sản

Phẫu thuật cắt âm vật phì đại[gây tê] 13.0110.0651_GT

1. ĐẠI CƯƠNG	Âm vật phì đại là tình trạng âm vật có kích thước lớn bất thường so với tuổi và giới tính, có thể gây khó khăn về mặt thẩm mỹ, tâm lý và chức năng sinh dục. Phẫu thuật cắt âm vật phì đại nhằm mục đích cải thiện hình dạng cơ quan sinh dục ngoài, bảo tồn chức năng cảm giác và đảm bảo thẩm mỹ cho bệnh nhân.
2. CHỈ ĐỊNH	- Âm vật phì đại do tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh. - Âm vật phì đại ảnh hưởng đến tâm lý, thẩm mỹ và chức năng sinh dục. - Yêu cầu từ phía người bệnh sau khi được tư vấn kỹ.
3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	- Nhiễm trùng cấp tính tại vùng sinh dục. - Rối loạn đông máu chưa được kiểm soát. - Bệnh lý nội khoa nặng chưa ổn định.
4. THẬN TRỌNG	- Trẻ nhỏ chưa xác định rõ giới tính cần cân nhắc kỹ. - Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật vùng sinh dục. - Phải bảo tồn tối đa thần kinh cảm giác âm vật.
5. CHUẨN BỊ	
5.1. Người thực hiện	a) Nhân lực trực tiếp : - Bác sỹ : 01 bác sỹ mổ chính, 01-02 bác sỹ phụ - Gây mê: 01 bác sỹ gây mê, 01 KTV phụ mê - Điều dưỡng: 01 dụng cụ viên b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): hộ lý giúp việc
5.2. Thuốc	- Các thuốc gây tê, gây mê, tiền mê giảm đau... - Các thuốc gây tê tại chỗ: lidocain 2%, nước cất
5.3. Vật tư	- Bơm kim tiêm 5-10ml, dây truyền kim luôn...
5.4. Trang thiết bị	- Bàn mổ có thể điều chỉnh tư thế. - Đèn mổ, thiết bị hút dịch. - Thiết bị phẫu thuật (bộ dụng cụ tiểu phẫu). - 2 panh hình tim - 1 panh sát trùng - 1 kéo thẳng đầu tù, sắc - 1 kìm mang kim - 1 phẫu tích mang kim - 1 cốc đựng dung dịch sát trùng - 1 đến hai sợi chỉ vicryl số 1, 2
5.5. Người bệnh	- Bác sỹ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng... - Người bệnh phải được đánh giá toàn diện: lượng máu mất, mạch, huyết áp, toàn trạng, đặc biệt các bệnh có liên quan đến đông cầm máu như giảm tiểu cầu, APTT kéo dài, giảm fibrinogen... tiền sử dị ứng thuốc
5.6. Hồ sơ bệnh án	- Đầy đủ chẩn đoán, chỉ định mổ, kết quả xét nghiệm cần thiết. - Phiếu xét nghiệm đông máu, huyết học, sinh hóa, nước tiểu
5.7. Thời gian	Thực hiện trong khoảng 30 – 60 phút, tùy mức độ phì đại.
5.8. Địa điểm	Phòng mổ vô khuẩn, có đầy đủ phương tiện hồi sức
5.9. Kiểm tra hồ sơ	a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... b) Đặt tư thế người bệnh: Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.
6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT	- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, ký cam kết thực hiện thủ thuật, đầy đủ xét nghiệm cần thiết - Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng vị trí phẫu thuật 1. Tư thế bệnh nhân: Nằm ngửa, dặt hai chân, sát khuẩn và trải sạch vô khuẩn. 2. Gây mê/gây tê: Gây tê vùng hoặc gây mê toàn thân tùy lứa tuổi và mức độ.

	3. Bộc lộ âm vật: Vạch da và mô dưới da bộc lộ trụ âm vật. 4. Xác định thần kinh cảm giác: Cần trọng bảo tồn bó thần kinh lưng âm vật. 5. Cắt bỏ phần phì đại: Cắt phần thân âm vật dư thừa, giữ lại đầu âm vật và bó thần kinh cảm giác. 6. Tạo hình lại âm vật: Tạo hình đầu âm vật thẩm mỹ, khâu cố định vào vị trí giải phẫu. 7. Cầm máu kỹ, khâu da: Sử dụng chỉ tiêu chậm, khâu thẩm mỹ. 8. Kết thúc: - Sát khuẩn - Đặt băng vô khuẩn, theo dõi sau mổ. * Kết thúc quy trình - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo
7. THEO DÕI XỬ TRÍ VÀ TAI BIẾN	- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp. - Theo dõi chảy máu: nếu chảy máu phải kiểm tra kỹ khâu lại, và xử lý kịp thời nếu có tụ máu. - Theo dõi lượng máu mất, các xét nghiệm hồng cầu, hemoglobin, khi cần thiết phải truyền máu. Dùng kháng sinh 5 ngày sau khi khâu. - Nhiễm trùng: Chăm sóc vết mổ hàng ngày, dùng kháng sinh dự phòng. - Mất cảm giác âm vật: Cảnh báo trước mổ, tránh tổn thương thần kinh. - Sẹo xấu: Theo dõi lâu dài, có thể can thiệp tạo hình lại.
8. TÀI LIỆU THAM KHẢO	- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh lý nội tiết sinh dục – Bộ Y tế.