

TRUNG TÂM ĐÀO TẠO BỒI DƯỠNG CÁN BỘ Y TẾ TP.HCM
ĐƠN VỊ SKILLSLAB



SKILLSLAB

TÀI LIỆU HUẤN LUYỆN
KỸ NĂNG Y KHOA TIỀN LÂM SÀNG
(CHƯƠNG TRÌNH HUẤN LUYỆN THÍ ĐIỂM)
(Tập 2)



LƯU HÀNH NỘI BỘ
NĂM 2005

CHỦ BIÊN

TS.BS CAO VĂN THỊNH

BIÊN SOẠN VỚI SỰ HƯỚNG DẪN CỦA BAN CHỦ NHIỆM CÁC BỘ MÔN:

NỘI TỔNG QUÁT, NGOẠI TỔNG QUÁT, SỨC KHỎE PHỤ NỮ, SỨC KHỎE TRẺ EM, KHOA HỌC-HÀNH VI, GÂY MÊ HỒI SỨC, PHẪU THUẬT THỰC HÀNH, CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH, SINH LÝ, SINH HÓA, TAI MŨI HỌNG, NGOẠI NIỆU, CHẤN THƯƠNG CHÍNH HÌNH.

THAM GIA BIÊN SOẠN:

18. KS PHAN THỊ DIỆU UYÊN VÀ CS.
19. CN HỒ THỊ NGA VÀ CS.
20. Ths TRẦN THIỆN HÒA VÀ CS.
21. Ths BÙI VĂN KIẾT VÀ CS.
22. TS NGUYỄN TUẤN VŨ VÀ CS.
23. Bs NGUYỄN DUY THẠCH VÀ CS.
24. Ths PHẠM HIẾU LIÊM VÀ CS.
25. Bs HỒ VIỆT THU VÀ CS.
26. Bs LÊ MINH NGUYỆT VÀ CS.
27. Bs NGUYỄN THỊ TRÚC HÀ VÀ CS.
28. Ths TRẦN THỊ KIM XUYẾN VÀ CS.
29. Bs LÊ THANH HÙNG VÀ CS.
30. Ths NGUYỄN PHI MẠNH VÀ CS.
31. Ths HỒ THỊ DIỄM THU VÀ CS.
32. Ths NGUYỄN THỊ XUÂN ĐÀO VÀ CS.
33. Bs CHÂU THỊ MỸ AN VÀ CS.
34. Bs TRẦN VIỆT LUÂN VÀ CS.

THƯ KÝ BIÊN SOẠN VÀ HIỆU ĐÍNH:

- Ths NGUYỄN NGỌC PHƯƠNG THƯ.
- Ths ĐẶNG NGUYỄN KHÔI.
- Bs PHẠM ĐÌNH DUY.

LỜI MỞ ĐẦU

Huấn luyện kỹ năng Y khoa tiền lâm sàng là một nội dung huấn luyện quan trọng trong đào tạo Bác sĩ Y khoa. Hiện nay hầu hết các Trường/Khoa Y trong cả nước và trên thế giới đều có những đầu tư thích đáng nhằm phát triển của SkillsLab.

Đi từ những ý tưởng ban đầu đến sự hoàn thiện và phát triển qua nhiều giai đoạn, việc huấn luyện các kỹ năng Y khoa tiền lâm sàng hướng tới các kỹ năng : Giao tiếp, thăm khám, thủ thuật, xét nghiệm và điều trị. Y học càng phát triển, thực tiễn càng phong phú thì các nội dung huấn luyện tại SkillsLab cần được đáp ứng sẽ càng thiết thực hơn.

Xuất phát từ nhu cầu đào tạo Bác sĩ Y khoa trong giai đoạn hiện nay, cùng với sự cố gắng của các cấp lãnh đạo và khoa phòng chức năng, bộ môn liên quan ... Đơn vị SkillsLab – Trung tâm Đào tạo Bồi dưỡng Cán bộ Y Tế TP.HCM đã ra đời vào tháng 3/2005 nhằm đáp ứng những yêu cầu trên.

So với các Đơn vị SkillsLab của 8/10 Trường/Khoa Y trong cả nước, đơn vị SkillsLab TTĐT có những thuận lợi nhất định và cũng có nhiều thách thức. Việc áp dụng chương trình “*huấn luyện thí điểm*” ngay tại niên khóa 2005–2006 trong hoàn cảnh còn thiếu thốn nhiều về cơ sở vật chất, mô hình và trang thiết bị dạy học, nhân sự là một bước đi ban đầu cần thiết nhưng đòi hỏi phải có sự vận động tích cực của Đơn vị với hy vọng gặt hái được những kinh nghiệm bổ ích cho giai đoạn triển khai chính thức chương trình huấn luyện kỹ năng Y Khoa tiền lâm sàng của Trường.

Để chuẩn bị và phục vụ tốt cho chương trình thí điểm trong niên khóa 2005–2006, việc biên soạn tài liệu cần được thực hiện sớm. Mặc dù về nội dung và kế hoạch bài giảng chi tiết chưa thật hoàn chỉnh, xong điều đó vẫn cho phép cả “*Thầy và Trò*” có sự hứng khởi và quyết tâm hoàn thành tốt công tác được giao. Bên cạnh những điều được ghi nhận chắc chắn sẽ còn những tồn tại cần khắc phục, Ban biên tập mong nhận được sự góp ý xây dựng của các cấp quản lý, các đồng nghiệp và tập thể các em học sinh, sinh viên để công tác huấn luyện kỹ năng Y khoa tiền lâm sàng tại TTĐT sẽ trở thành khả thi và gặt hái được những thành công nhất định.

Do tính linh hoạt của chương trình huấn luyện thí điểm và để phục vụ một cách thuận lợi nhất cho sinh viên, tài liệu huấn luyện sẽ được biên soạn thành hai tập: Tập I bao gồm những kỹ năng sẽ huấn luyện cho các sinh viên khối Y1, Y2, Y3. Tập II gồm các kỹ năng huấn luyện cho các sinh viên khối Y4, Y5. Với các lớp Y6 và Chuyên tu 4, niên khóa 2005–2006 chưa đưa vào chương trình huấn luyện kỹ năng điều trị, tuy nhiên tại “phòng tự học” sẽ có những phần chương trình phù hợp phục vụ cho đối tượng này.

Trân trọng cảm ơn sự giúp đỡ của Ban Giám Đốc, Các phòng ban chức năng, Các bộ môn liên quan và nhiều Đồng nghiệp đã ủng hộ vì sự ổn định và phát triển của SkillsLab thuộc TTĐT.

CÁC TÁC GIẢ

MỤC LỤC

a . b

TẬP 1:

KỸ NĂNG XÉT NGHIỆM.....	1
CHO BỆNH NHÂN THỞ OXY BẰNG ỚNG THÔNG MŨI.....	6
NGHE TIM.....	10
KHÁM BỤNG.....	14
ĐIỆN TÂM ĐỒ (ECG).....	37
KỸ THUẬT ĐẶT THÔNG NIỆU ĐẠO.....	50
THĂM KHÁM VÙNG VAI VÀ CÁNH TAY.....	55
THĂM KHÁM VÙNG KHUỖY VÀ CẰNG TAY.....	58
THĂM KHÁM VÙNG CỔ TAY, BÀN TAY.....	60
THĂM KHÁM VÙNG HÁNG VÀ ĐÙI.....	62
THĂM KHÁM VÙNG GỐI VÀ CẰNG CHÂN.....	65
THĂM KHÁM VÙNG CỔ CHÂN VÀ BÀN CHÂN.....	67

TẬP 2:

KỸ NĂNG TIẾP XÚC, KHAI THÁC BỆNH SỬ VÀ LÀM BỆNH ÁN.....	1
THỰC HÀNH ĐÓNG VAI, KỸ NĂNG GIAO TIẾP VỚI SẢN PHỤ.....	16
QUI TRÌNH KHÁM THAI.....	19
TÓM TẮT CHÍN BƯỚC THĂM THAI.....	27
BIỂU ĐỒ CHUYỂN DẠ.....	29
CHĂM SÓC TRONG ĐỂ TƯ VẤN CHO SẢN PHỤ TRONG CHUYỂN DẠ.....	37
CHẨN ĐOÁN VÀ THEO DÕI CHUYỂN DẠ ĐỂ THƯỜNG.....	49
KỸ NĂNG ĐỠ SANH THƯỜNG NGÔI CHỖM.....	62
CẮT MAY TĂNG SINH MÔN.....	75
KỸ NĂNG CẮT RỖN, LÀM RỖN CHO TRỂ SƠ SINH.....	81
THĂM KHÁM, ĐÁNH GIÁ, PHÂN LOẠI TIÊU CHẢY.....	85
DỤNG CỤ PHẪU THUẬT CƠ BẢN.....	87
KỸ THUẬT KHẤU NỘI ỚNG TIÊU HÓA, CÁC MŨI KHẤU CƠ BẢN.....	96
CÁCH RỬA TAY, MẶC ỚO, MANG GẮNG.....	101
CÁC KỸ THUẬT CỘT CHỈ BẰNG TAY.....	104
GIÁO DỤC SỨC KHỎE CHO CÁ NHÂN.....	106
CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN-HỚ HẤP.....	110
KỸ THUẬT ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN.....	115
KỸ THUẬT CHỌC DỜ TUỖ SỚNG.....	120
CÁCH KHÁM TAI MŨI HỌNG.....	123

KỸ NĂNG TIẾP XÚC, KHAI THÁC BỆNH SỬ VÀ LÀM BỆNH ÁN

A. MỤC TIÊU BÀI GIẢNG:

- Trình bày được 5 kỹ năng giao tiếp với sản phụ.
- Kể được các bước hỏi về tiền sử và thai kỳ hiện tại.
- Kể được trình tự của bệnh án sản khoa.

B. NỘI DUNG BÀI GIẢNG:

I. KỸ NĂNG GIAO TIẾP:

I.1. Quan hệ:

Ngay phút đầu gặp gỡ phải xây dựng cảnh quan hệ thân ái, bình đẳng, nhiệt tình, sẵn sàng giúp đỡ, cởi mở nhưng không quá xuồng xả mà phải chân thành, lịch thiệp chu đáo quan tâm đến khách hàng.

I.2. Hỏi: Để việc thăm hỏi có hiệu quả:

- Tạo cảm giác thoải mái, hết sức tránh cảm giác bị phỏng vấn.
- Sử dụng từ đơn giản dễ hiểu, tránh những từ chuyên môn phức tạp hoặc những câu hỏi tối nghĩa làm sản phụ khó hiểu.
- Khi hỏi tỏ ra chân thành, thiện cảm không để sản phụ phải lo lắng.

I.3. Lắng nghe:

Nghe thường bao giờ cũng đi kèm với quan sát, nghe chăm chú là rất quan trọng. Nó không những chỉ biểu lộ sự tôn trọng sản phụ mà còn nhận được những thông tin và thấu hiểu được những lo lắng thắc mắc của sản phụ và cũng chứng tỏ sự quan tâm của ta. Muốn lắng nghe có hiệu quả cần:

- Chăm chú tỏ ra quan tâm đến vấn đề mà sản phụ đang nói.
- Tránh tỏ ra buồn chán, thờ ơ không chú ý những gì sản phụ đang nói.
- Giúp sản phụ làm sáng tỏ những ý nghĩ của mình hoặc gợi ý những điều mà sản phụ muốn biết.
- Phải nhạy cảm với những xúc cảm, những lo lắng tâm tư và nguyện vọng của sản phụ.
- Hãy tự đặt mình vào vị trí và hoàn cảnh của sản phụ, vì vậy không phải chỉ lắng nghe những điều họ nói mà còn phải lắng nghe những cảm xúc, những từ ngữ trong giọng nói và cử chỉ của khách hàng.

I.4. Quan sát:

Là hành động nhìn để tìm hiểu nhận biết một cái gì quan sát trong lúc sản phụ nói, cách diễn đạt, các cử chỉ, cách ăn mặc, tình trạng sức khỏe, bệnh tật. Quan sát

cần phải khách quan, chăm chú, tế nhị, đừng để sản phụ cảm thấy đang bị dò la theo dõi. Quan sát diễn ra trong suốt quá trình tiếp xúc thăm khám và làm bệnh án, nhờ quan sát giúp ta hiểu thêm những thắc mắc lo âu của sản phụ.

I.5. Giải thích:

Rất quan trọng vì nó cho phép ta cung cấp những thông tin mà trong quá trình lắng nghe quan sát những thắc mắc, lo lắng của sản phụ, qua đó ta cung cấp những thông tin, xóa bỏ những quan niệm sai lầm giúp cho sản phụ hiểu thêm những vấn đề mới nếu sản phụ chưa biết.

Từ những sinh viên y khoa cho đến thầy thuốc luôn luôn phải biết phối hợp với nhau 5 kỹ năng trên trong suốt quá trình tiếp xúc, hỏi han, thăm khám cho bất kỳ một sản phụ hay tất cả các bệnh nhân khác.

II. KHAI THÁC TIỀN SỬ THAI KỲ HIỆN TẠI:

II.1. Hỏi về bản thân:

- Họ và tên
- Tuổi
- Nghề, điều kiện lao động (có tiếp xúc với các yếu tố độc hại)
- Địa chỉ (chú ý vùng sâu, vùng xa)
- Dân tộc
- Trình độ văn hóa
- Tôn giáo
- Điều kiện sinh hoạt, kinh tế (chú ý ăn kiêng, ăn chay, thiếu ăn)

II.2. Hỏi về sức khỏe:

(a) Hiện mắc bệnh gì?

Nếu có mắc từ bao giờ, diễn biến thế nào, đã điều trị gì?

(b) Tiền sử mắc bệnh gì?

Tiền sử mắc bệnh gì phải nằm bệnh viện, phẫu thuật, truyền máu, các tai nạn, dị ứng, có nghiện rượu, thuốc ma túy, các bệnh đặc hiệu như đái tháo đường, bệnh tim mạch, bệnh tâm thần, nội tiết, rối loạn đông máu, bệnh thận...

(c) Hỏi về gia đình

Sức khỏe, tuổi cha mẹ, anh chị em có bệnh tật gì không. Có ai bệnh ung thư, tim mạch, tăng huyết áp, đái tháo đường, thận, tâm thần, lao, đẻ con dị dạng, dị ứng, bệnh máu.

Gia đình bên chồng: có ai bị dị tật hoặc sinh con dị tật không.

(d) Hỏi về kinh nguyệt

Có kinh lần đầu năm bao nhiêu tuổi, chu kỳ, số ngày, số lượng, màu sắc. Kinh cuối từ ngày.....đến..... ngày.....(không hỏi mất kinh tháng nào).

(e) Hỏi về tiền sử hôn nhân và hoạt động tình dục

- Lấy chồng năm bao nhiêu tuổi
- Hôn nhân lần thứ mấy?
- Họ tên, tuổi, nghề nghiệp, sức khỏe bệnh tật của chồng. Về tình dục cần khai thác bắt đầu có quan hệ tình dục từ tuổi nào, có bao nhiêu bạn tình, các vấn đề tình dục.

(f) Hỏi về tiền sử sản khoa (PARA)

- Đã có thai bao nhiêu lần.
- Số đầu là số sanh đủ tháng.
- Số thứ hai là số lần sanh non.
- Số thứ ba là số lần đã sảy thai và phá thai.
- Số thứ tư là số con hiện sống.

Ví dụ: 2012 có nghĩa là: đã sanh đủ tháng 2 lần, không sanh non, 1 lần sảy, hiện 2 con sống.

Với từng lần có thai:

- Thời điểm kết thúc.
- Thai bao nhiêu tuần kết thúc.
- Nơi sanh: bệnh viện, trạm xá, tại nhà, đẻ rớt...
- Thời gian chuyển dạ.
- Cách đẻ: thường, khó (kèm, giác hút, mổ lấy thai...).
- Các bất thường:

Khi mang thai: ra máu, tiền sản giật.

Khi đẻ: Ngôi bất thường.

Sau đẻ: băng huyết, nhiễm khuẩn.

- Cân nặng con khi sanh.
- Giới tính con.
- Tình trạng con khi sanh ra: khóc ngay, ngạt, chết...
- Nếu thai nghén kết thúc sớm thì cũng phải mô tả chi tiết về lý do, cách kết thúc, các vấn đề xảy ra khi kết thúc thai nghén.

(g) Hỏi về tiền sử sản khoa

Có điều trị vô sinh, điều trị nội tiết, có các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản, bệnh lây truyền qua đường tình dục, các khối u phụ khoa, các phẫu thuật phụ khoa.

(h) Hỏi về các biện pháp tránh thai đã sử dụng:

- Các biện pháp tránh thai đã dùng
- Loại biện pháp tránh thai.

Thời gian sử dụng từng biện pháp.

Tác dụng phụ của từng biện pháp.

Lý do ngừng sử dụng.

- Biện pháp tránh thai dùng trước khi có thai lần này

Nếu có dùng, tại sao mang thai (chủ động có thai hay thất bại của biện pháp tránh thai).

(i) Hỏi về lần có thai này

- Ngày đầu kinh cuối (từ ngày này cho đến dự kiến đẻ là 280 ngày).
 - Các triệu chứng nghén.
 - Ngày thai máy: từ ngày này cho đến khi sinh là 140 ngày cho con so và 154 ngày cho con rạ (con rạ có kinh nghiệm, có thể nhận biết thai máy sớm hơn).
 - Sụt bụng: Xuất hiện một tháng trước sinh, do đầu chuẩn bị lọt. Chiều cao tử cung xuống thấp hơn – lúc này thai phụ dễ thở hơn vì cơ hoành đỡ bị tử cung chèn ép nhưng bàng quang lại bị ảnh hưởng của đầu dẫn đến tiểu nhiều lần.
 - Các dấu hiệu bất thường:
 - Đau bụng, ra máu, dịch tiết âm đạo tăng.
 - Mệt mỏi, uể oải, đau đầu, ăn kém ngon (dấu hiệu thiếu máu).
 - Nhức đầu, hoa mắt, đau thượng vị (dấu hiệu tiền sản giật).
 - Dự tính ngày sinh theo ngày đầu kinh cuối:
 - Theo dương lịch: Lấy ngày đầu kinh cuối +7, tháng cuối +9 hoặc -3 (nếu +9 quá 12)
 - Thí dụ: Ngày kinh cuối: 15/02/1999: dự kiến đẻ: 22/11/1999.
 - Theo âm lịch: ngày đầu kinh cuối + 15, tháng kinh cuối +9 hoặc -3
 - Thí dụ: ngày kinh cuối 5/8 (âm lịch), dự kiến đẻ: 20/05 năm âm lịch năm sau.
- Nếu có tháng nhuận, lấy tháng kinh cuối +8 hoặc trừ 4.

III. BỆNH ÁN SẢN KHOA:

1/ HÀNH CHÁNH:

1. Họ tên:, tuổi....., PARA.....
2. Nghề nghiệp:.....
3. Trình độ văn hóa:....., Tôn giáo.....
4. Kinh tế:.....
5. Địa chỉ:.....
6. Ngày giờ khám: nhập viện lúc:.....

2/ LÝ DO ĐI KHÁM – NHẬP VIỆN:

3/ TIỀN SỬ:

1/ Bản thân:

a/ Nội khoa: đang mắc bệnh gì? Bệnh khởi phát lúc nào, điều trị bao lâu? Với điều trị hiện tại còn triệu chứng nào của bệnh hay không? (Thí dụ: Cao huyết áp, lao phổi, tiểu đường, sốt rét, viêm gan siêu vi...?)

Từ nhỏ đến giờ có nằm bệnh viện không? Bao nhiêu lần? Bệnh gì?.....

Có chấn thương không nhất là vùng bụng, khung chậu, chi dưới...

b/ Ngoại khoa:

Mổ xẻ ở cơ quan nào? Chú ý vùng bụng tổng quát, nguyên nhân? Thời gian hậu phẫu? Bệnh viện nào? Khai thác kỹ vết mổ liên quan đến sản khoa.

c/ Phụ khoa:

- Kinh nguyệt đầu tiên
- Chu kỳ kinh
- Số ngày có kinh
- Số lượng máu kinh
- Tính chất kinh nguyệt
- Có rối loạn kinh nguyệt nhất là có mất kinh hoặc vô kinh?
- Những bệnh phụ khoa đã mắc và cách điều trị?

d/ Sản khoa: (PARA)

- Lập gia đình năm nào
- Đặc điểm các lần sanh trước:
 - + Sanh thường (con nặng lúc sanh?)
 - + Sanh khó (con nặng lúc sanh?)
 - + Có băng huyết sau sanh không?
 - + Con chết nếu có? Khi nào? Nguyên nhân?
 - + Sanh mổ: nguyên nhân? Năm nào? Hậu phẫu mấy ngày? Con nặng?
 - + Hư thai do sẩy tự nhiên hay do hút nạo phá thai, thai mấy tháng? Có nạo không?

e/ Kế hoạch hóa gia đình:

- Biện pháp gì?
- Thời gian?

2. Gia đình:

Về tiền sử gia đình cần tìm hiểu cha mẹ, anh chị ruột, con, cháu các bệnh có tính di truyền (kể cả gia đình nhà chồng), nếu có người chết hoặc dị tật cần tìm hiểu lý do chết, loại dị tật nào?

4/ BỆNH SỬ:

Ngày đầu của kỳ kinh cuối từ đó tính ngày dự sanh (ngày +7, tháng -3).

Diễn biến thai kỳ? Ghi nhận các triệu chứng nào sản phụ khó chịu nhất:

- 3 tháng đầu
- 3 tháng giữa
- 3 tháng cuối.

Có bệnh lý, triệu chứng nào khác?

Khám thai lần đầu tiên? Khám ở đâu? Đã xử trí gì?

Có ngứa uốn ván chưa? Lần 1? Lần 2?

Triệu chứng nào làm sản phụ phải đi khám? Xảy ra khi nào? Đi khám ở đâu chưa? Có điều trị gì chưa? Thuốc gì?....

Nếu sản phụ đang nhập viện phải ghi nhận chẩn đoán lúc nhập viện và diễn biến tại viện và tình trạng hiện tại....?

5/ THĂM KHÁM:

5.1. Khám tổng quát

- Da niêm:
- Phù:
- Sinh hiệu:
- Chiều cao:
- Cân nặng:
- Tuyến giáp:
- Hạch ngoại vi:
- Tim mạch:
- Hô hấp:
- Tai mũi họng, chú ý các bệnh lý của răng:
- Dáng đi, đứng... chú ý các dị tật cột sống, khung chậu, 2 chi dưới...

5.2. Khám chuyên khoa:

a/ Khám vú: 2 bên có cân đối không? Có phát triển? Quầng vú, chồi montgomery, núm vú lõm hay núm vú thụt vào? Có núm vú không? Có chảy sữa non không? Có sang thương hay sẹo mổ? Có hạch nách 2 bên không?

b/ Khám bụng (nhìn, sờ, gõ, nghe)

- Nhìn:
Hình dạng tử cung.

Sẹo mổ cũ?

Vết nứt bụng màu gì?

Đường nâu giữa bụng

– Sờ:

Cơ thành bụng

Bề cao tử cung

Vòng bụng

Thủ thuật Leopold

Có cơn co không? (trong 10 phút, tần số, cường độ, trương lực cơ bản: mềm, căng cứng)

– Nghe: tim thai, vị trí? Đều hay không? Bao nhiêu nhịp trong 1 phút, thời điểm là phải nghe lúc cuối cơn co.

c/ Khám bộ phận sinh dục ngoài

d/ Khám âm đạo:

– 3 tháng đầu thai kỳ:

+ Đặt mỏ vịt quan sát thành âm đạo.

+ Màu sắc cổ tử cung, có viêm nhiễm gì không, dịch ở âm đạo.

+ Dấu hiệu noble: độ lớn cổ tử cung.

+ Dấu hiệu hégar: độ mềm của tử cung.

– 3 tháng giữa thai kỳ:

Có bệnh lý hở eo cổ tử cung

– 3 tháng cuối thai kỳ:

+ Thành âm đạo có vách ngăn, có sang thương gì không?

+ Nitrazin test khi có nghi ngờ rỉ ối.

+ Cổ tử cung:

Vị trí: trung gian, chúc trước, chúc sau? Mật độ.

Đóng, hở hay mở, nếu mở thì bao nhiêu cm? Xóa bao nhiêu %.

+ Khi cổ tử cung mở: đã thành lập ối chưa? Ối dẹt, ối sát, ối phòng hay ối hình quả lê.

+ Ngôi gì? Vị trí ngôi thai? Kiểu thế?

+ Khung chậu:

Eo trên: mỏm nhô, gờ vô danh.

Eo giữa: 2 gai hông, độ cong xương cùng.

Eo dưới: khoảng cách 2 ụ ngồi, góc vòm vệ.

+ Mô tả vùng tăng sinh môn – hậu môn.

+ Dịch âm đạo sau khi khám.

6/ CẬN LÂM SÀNG: đã có.

7/ TÓM TẮT BỆNH ÁN:

– Tuổi, PARA, vào viện vì lý do gì?

– Tiền sử, bệnh sử, triệu chứng cơ năng, thực thể và cận lâm sàng có liên quan đến chẩn đoán.

8/ BIỆN LUẬN

9/ CHẨN ĐOÁN

– Sơ bộ

– Phân biệt

10/ CẬN LÂM SÀNG ĐỀ NGHỊ

11/ BIỆN LUẬN SAU KHI CÓ CẬN LÂM SÀNG ĐỀ NGHỊ

12/ CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

13/ XỬ TRÍ

14/ TIÊN LƯỢNG

C/ KẾT LUẬN

BỆNH ÁN MẪU

Họ tên sinh viên:.....

Lớp:.....

Ngày:.....

BỆNH ÁN SẢN

I/ HÀNH CHÁNH:

1. Họ tên sản phụ:.....tuổi.....PARA.....
2. Nghề nghiệp:.....
3. Trình độ văn hóa:.....
4. Thu nhập:.....
5. Địa chỉ:.....
6. Ngày giờ khám (nhập viện):.....

II/ LÝ DO ĐI KHÁM – NHẬP VIỆN:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

III/ TIỀN SỬ:

1./Bản thân

a/Nội khoa:

.....

.....

.....

.....

b/Ngoại khoa

.....

.....

.....
.....
.....
c/Phụ khoa
.....
.....
.....

.....
.....
.....
d/Sản khoa
.....
.....
.....

.....
.....
.....
e/Kế hoạch hóa gia đình
.....
.....

2. Gia đình

.....
.....
.....
.....

IV/ BỆNH SỬ: Kinh cuối:.....Dự sanh:.....

.....
.....
.....
.....
.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

V/ THĂM KHÁM:

1/Khám tổng quát:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2/Khám chuyên khoa:

a/Khám vú:

b/Khám bụng:

c/Khám bộ phận sinh dục ngoài:

d/Khám âm đạo:

e/Vùng tầng sinh môn, hậu môn:

XI/ BIÊN LUẬN SAU KHI CÓ CÂN LÂM SÀNG ĐỀ NGHỊ:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

XII/ CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:

.....

.....

.....

XIII/ XỬ TRÍ:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

XIV/ TIÊN LƯỢNG:

.....

.....

.....

.....

THỰC HÀNH ĐÓNG VAI, KỸ NĂNG GIAO TIẾP VỚI SẢN PHỤ

Thời gian: 3 tiết

Đối tượng: sinh viên Y4, nhóm 20 người.

Giáo viên: BS. Hồ Việt Thu.

A. MỤC TIÊU BÀI GIẢNG:

- Tiếp xúc được với một sản phụ.
- Hỏi được các triệu chứng, diễn biến thai kỳ hiện tại, các liên quan đến sức khỏe sản phụ trước khi có thai.

B. PHÂN BỐ THỜI GIAN:

STT	NỘI DUNG	THỜI GIAN
1	Ổn định lớp	5 phút
2	Kiểm tra bài cũ	10 phút
3	Tiến trình dạy học	110 phút
4	Tổng kết bài	5 phút
5	Lượng giá sau học	5 phút

C. PHƯƠNG TIỆN DẠY HỌC:

- Over head.
- Diễn viên: giáo viên, sản phụ, sinh viên.
- Bệnh án mẫu.

D. TIẾN TRÌNH DẠY-HỌC:

Nội dung chính	Thời gian	Phương tiện dạy học	Hoạt động của sinh viên	Phản hồi nhanh
Nhắc nội dung bài lý thuyết, mục tiêu	15 phút	– Thuyết trình – Giấy trong	Giáo viên hỏi Sinh viên trả lời, lắng nghe.	
Giáo viên đóng vai bác sĩ và vai sản phụ	20 phút	Đóng vai	Quan sát	Sinh viên quan sát nhận xét
Sinh viên đóng vai bác sĩ và vai sản phụ	75 phút	Đóng vai	Chia nhóm đóng vai quan sát	SV nhận xét, giáo viên hệ thống lại

E. Bài tập đóng vai:

Chị Thắm 26 tuổi. Chưa sanh lần nào, mổ thai ngoài tử cung 1 lần, có chu kỳ kinh đều, không có bệnh lý gì kèm theo. Chị Thắm đến khám vì trễ kinh, thử Quicstick (+). Mấy ngày nay chị bị ói mửa nhiều, không ăn uống được. Chị nghĩ mình có thai và rất sợ sẽ bị thai ngoài tử cung. Hành thai nhiều mệt vì không ăn uống được.

Các em quan sát và lắng nghe buổi nói chuyện giữa BS và chị Thắm.

F. TỔNG KẾT BÀI HỌC:

- Sinh viên tham gia tóm tắt nội dung của bài học
- Nhấn mạnh điểm chính
- Nhận xét vai diễn

F. LƯƠNG GIÁ: 5 phút

G. BẢNG KIỂM VỀ KỸ NĂNG TIẾP XÚC

STT	Nội dung	Có		Không	Ghi chú
		Tốt	Chưa tốt		
	Gặp gỡ	5-10 đ	1-5 đ	0 đ	
1	Tiếp đón, chào hỏi sản phụ niềm nở gây thiện cảm				
2	Mời sản phụ ngồi ngang hàng với thầy thuốc				
3	Tự giới thiệu: tên, nhiệm vụ của Bác Sĩ (Thầy thuốc)				
	Gọi hỏi				
4	Hỏi tên tuổi địa chỉ và lý do đến khám				
5	Hỏi về hoàn cảnh sinh sống, tiền sử bệnh tật và bệnh phụ khoa ... Tiền sử kinh nguyệt				
6	Tình trạng hôn nhân, tiền sử thai nghén				
7	Sử dụng biện pháp tránh thai				

8	Hỏi về tiền sử gia đình (gia đình chồng)				
9	Ngày đầu kỳ kinh cuối và từ đó tính ra tuổi thai.				
10	Các triệu chứng bất thường khi có thai lần này				
11	Thái độ thân mật gần gũi, lắng nghe, quan tâm, đồng cảm.				
	TỔNG ĐIỂM				

Giỏi = 70 – 100 điểm

TB = 50 – 70 điểm

Kém = 0 – 50 điểm

QUI TRÌNH KHÁM THAI

I/ CHUẨN BỊ PHƯƠNG TIỆN KHÁM THAI:

STT	NỘI DUNG	LÝ DO
1	Test thai nghén	Để chẩn đoán thai sớm, thai sống
2	Lịch tính tuổi thai	Để tính tuần thai, dự đoán ngày sanh
3	Bảng đối chiếu lịch âm – dương	Để ghi kinh cuối theo lịch dương
4	Thước dây	Đo chiều cao tử cung, vòng bụng
5	Thước đo khung chậu	Xem khung chậu có hẹp (chủ yếu cho con so)
6	Test Protein niệu	Để thử Protein niệu
7	Ống nghe tim phổi	Đo huyết áp, nghe tim phổi
8	Ống nghe tim thai	Để nghe tim thai (từ tuần 20)
9	Cân người lớn	Để theo dõi cân nặng của người mẹ
10	Thước đo chiều cao	Phát hiện lùn (khung chậu hẹp)
11	Đồng hồ có kim dây	Để đếm mạch, nghe tim thai
12	Nhiệt kế	Để đo thân nhiệt
13	Huyết áp kế	Để đo huyết áp
14	Viên sắt	Để cho thai phụ uống phòng tránh thiếu máu
15	Vacxin phòng uốn ván (nếu có)	Để tiêm phòng uốn ván
16	Phiếu khám thai	Để ghi kết quả khám thai
17	Sổ khám thai	Để quản lý thai
18	Bảng quản lý thai sản và phiếu con tôm	Để quản lý thai
19	Hộp hẹn và phiếu hẹn	Để quản lý thai
20	Bút viết	Để ghi sổ, phiếu
21	Phương tiện tư vấn (tờ gấp, tranh)	Để tư vấn, giáo dục sức khỏe

Nếu có lịch túi (hoặc lịch tờ) của năm nay và năm trước để đối chiếu chuyển ngày âm sang ngày dương.

II/ TIẾP ĐÓN SẢN PHỤ

Với phương châm **ÂN CẦN, THÂN MẬT, KIÊN NHÃN, CẢM THÔNG**.

Sản phụ phải có chỗ ngồi đàng hoàng, thoải mái, thầy thuốc ngồi đối diện với người bệnh đừng xa cách quá.

Mở đầu bằng những lời chào hỏi gần gũi tạo một quan hệ thân ái bình đẳng nhiệt tình không quá xuông xả, tuyệt đối tránh thái độ ban ơn bố thí.

III/ QUY TRÌNH KHÁM THAI

A/BƯỚC 1: HỎI

1. Hỏi về bản thân

- Họ và tên
- Tuổi
- Nghề, điều kiện lao động (có tiếp xúc với các yếu tố độc hại)
- Địa chỉ (chú ý vùng sâu, vùng xa)
- Dân tộc
- Trình độ văn hóa
- Tôn giáo
- Điều kiện sinh hoạt, kinh tế (chú ý ăn kiêng, ăn chay, thiếu ăn)

2. Hỏi về sức khỏe

2.1 Hiện mắc bệnh gì?

Nếu có mắc từ bao giờ, diễn biến thế nào, đã điều trị gì?

2.2. Tiền sử mắc bệnh gì?

Tiền sử mắc bệnh gì phải nằm bệnh viện, phẫu thuật, truyền máu, các tai nạn, dị ứng, có nghiện rượu, thuốc ma túy, các bệnh đặc hiệu như đái tháo đường, bệnh tim mạch, bệnh tâm thần, nội tiết, rối loạn đông máu, bệnh thận...

3. Hỏi về gia đình

Sức khỏe, tuổi cha mẹ, anh chị em có bệnh tật gì không. Có ai bệnh ung thư, tim mạch, cao huyết áp, đái tháo đường, thận, tâm thần, lao, đẻ con dị dạng, dị ứng, bệnh máu.

Gia đình bên chồng: có ai bị dị tật hoặc sinh con dị tật không.

4. Hỏi về kinh nguyệt

Có kinh lần đầu năm bao nhiêu tuổi, chu kỳ, số ngày, số lượng, màu sắc. Kinh cuối từ ngày.....đến..... ngày.....(không hỏi mất kinh tháng nào).

5. Hỏi về tiền sử hôn nhân và hoạt động tình dục

- Lấy chồng năm bao nhiêu tuổi?
- Hôn nhân lần thứ mấy?
- Họ tên, tuổi, nghề nghiệp, sức khỏe bệnh tật của chồng. Về tình dục cần khai thác bắt đầu có quan hệ tình dục từ tuổi nào, có bao nhiêu bạn tình, các vấn đề tình dục.

6. Hỏi về tiền sử sản khoa (PARA)

- Đã có thai bao nhiêu lần?

- Số đầu là số sanh đủ tháng.
- Số thứ hai là số lần sanh non.
- Số thứ ba là số lần đã sẩy thai và phá thai.
- Số thứ tư là số con hiện sống.

Ví dụ: 2012 có nghĩa là: đã sanh đủ tháng 2 lần, không sanh non, 1 lần sẩy, hiện 2 con sống.

Với từng lần có thai:

- Thời điểm kết thúc
- Thai bao nhiêu tuần kết thúc
- Nơi sanh: bệnh viện, trạm xá, tại nhà, đẻ rớt...
- Thời gian chuyển dạ
- Cách đẻ: thường, khó (kèm, giác hút, mổ lấy thai...)
- Các bất thường:

Khi mang thai: ra máu, tiền sản giật.

Khi đẻ: Ngôi bất thường.

Sau đẻ: băng huyết, nhiễm khuẩn.

- Cân nặng con khi sanh.
- Giới tính con.
- Tình trạng con khi sanh ra: khóc ngay, ngạt, chết...
- Nếu thai nghén kết thúc sớm thì cũng phải mô tả chi tiết về lý do, cách kết thúc, các vấn đề xảy ra khi kết thúc thai nghén.

7. Hỏi về tiền sử phụ khoa

Có điều trị vô sinh, điều trị nội tiết, có các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản, bệnh lây truyền qua đường tình dục, các khối u phụ khoa, các phẫu thuật phụ khoa.

8. Hỏi về các biện pháp tránh thai đã sử dụng:

a. Các biện pháp tránh thai đã dùng

- Loại biện pháp tránh thai
- Thời gian sử dụng từng biện pháp
- Tác dụng phụ của từng biện pháp
- Lý do ngừng sử dụng

b. Biện pháp tránh thai dùng trước khi có thai lần này

Nếu có dùng, tại sao mang thai (chủ động có thai hay thất bại của biện pháp tránh thai)

9. Hỏi về lần có thai này

- Ngày đầu kinh cuối (từ ngày này cho đến dự kiến đẻ là 280 ngày)

- Các triệu chứng nghén
- Ngày thai máy: từ ngày này cho đến khi sinh là 140 ngày cho con so và 154 ngày cho con rạ (con rạ có kinh nghiệm có thể nhận biết thai máy sớm hơn).
- Sụt bụng: Xuất hiện một tháng trước sinh, do đầu chuẩn bị lọt. Chiều cao tử cung xuống thấp hơn. Lúc này thai phụ dễ thở hơn vì cơ hoành đỡ bị tử cung chèn ép nhưng bàng quang lại bị ảnh hưởng của đầu dẫn đến tiểu nhiều lần.
- Các dấu hiệu bất thường:
 - + Đau bụng, ra máu, dịch tiết âm đạo tăng
 - + Mệt mỏi, uể oải, đau đầu, ăn kém ngon (dấu hiệu thiếu máu)
 - + Nhức đầu, hoa mắt, đau thượng vị (dấu hiệu tiền sản giật)
- Dự tính ngày sinh theo ngày đầu kinh cuối
 - + Theo dương lịch: Lấy ngày đầu kinh cuối +7, tháng cuối +9 hoặc -3 (nếu +9 quá 12)

Thí dụ: Ngày kinh cuối: 15/02/1999; Dự kiến đẻ: 22/11/1999.

- + Theo âm lịch: ngày đầu kinh cuối + 15, tháng kinh cuối +9 hoặc -3
- + Thí dụ: ngày kinh cuối 5/8 (âm lịch); Dự kiến đẻ: 20/05 năm âm lịch năm sau.
- + Nếu có tháng nhuận, lấy tháng kinh cuối +8 hoặc trừ 4.

B/BUỚC 2: KHÁM TOÀN THÂN

1. Đo chiều cao (lần khám thai đầu)
2. Cân nặng: cho mọi lần khám thai nếu có thể, hướng dẫn sản phụ tự cân hàng tuần để theo dõi sức khỏe, ghi kết quả vào phiếu khám. Bình thường từ tuần 10 đến tuần 40 tăng được 10 kg.
3. Huyết áp: cho mọi lần thăm thai.
4. Khám tim phổi: chỉ khám lần đầu tiên và lúc chuyển dạ đối với người không bệnh lý.
5. Khám vú.
6. Các dấu hiệu bất thường: da xanh, niêm mạc nhợt nhạt (thiếu máu), tăng phản xạ đầu gối (tiền sản giật)...

C/BUỚC 3: KHÁM SẢN KHOA

1. Ba tháng đầu:

- Nắn trên xương mu xem đã thấy đáy tử cung chưa.
- Nhìn: xem có sẹo mổ trên thành bụng không.
- Thăm âm đạo: dấu hiệu noble, héga.

2. Ba tháng giữa:

- Đo chiều cao tử cung.

- Tìm nghe tim thai khi đáy tử cung đã ngang rốn.
- Thăm âm đạo: hở eo cổ tử cung.

3. Ba tháng cuối:

- Đo chiều cao tử cung/vòng bụng (làm trong mọi lần thăm).
- Nắn ngôi thể (làm trong mọi lần thăm).
- Nghe tim thai (làm trong mọi lần thăm).
- Đánh giá độ cao của đầu (trong một tháng trước dự kiến đẻ).
- Thăm âm đạo: viêm nhiễm được điều trị kịp thời.
- Khám khung chậu con so.

D/ BƯỚC 4: THỬ NƯỚC TIỂU

Lấy nước tiểu buổi sáng, giữa dòng. Dùng test thử protein (phương pháp so màu với 1 gam mẫu máu) hoặc dùng phương pháp đốt, protein nếu có sẽ đọng lại làm nước tiểu đục.

Thử nước tiểu cần làm cho mọi lần và mọi người thăm thai. Không vì không thấy phù hoặc không thấy huyết áp cao mà không thử.

Nếu có sẵn thanh thử nên hướng dẫn thai phụ tự kiểm tra giống như có thể tự theo dõi cân nặng. Đó cũng là một cách xã hội hóa việc chăm sóc thai, biến quá trình theo dõi thành tự theo dõi.

E/ BƯỚC 5: TIÊM PHÒNG UỐN VÁN

Khi khám lần đầu cần đánh giá xem thai phụ đã được miễn dịch đối với uốn ván như thế nào và cần bổ sung hoặc thêm mới hoàn toàn. Các lần khám thai tiếp phải kiểm tra xem việc hện tiêm phòng có được đầy đủ hay không.

1. Thai phụ hoàn toàn chưa được tiêm uốn ván:
 - Hện tiêm 2 mũi, mũi 2 cách mũi 1 ít nhất 1 tháng và trước đẻ ít nhất 30 ngày.
 - Nếu thai phụ đến đăng ký thai sớm nên tiêm 2 mũi này vào tháng thứ 4 và tháng thứ 5 hoặc tháng thứ 5 và tháng thứ 6.
2. Thai phụ đã tiêm phòng uốn ván đủ 2 mũi hoặc mới chỉ tiêm 1 mũi, hện tiêm 1 mũi vào tháng thứ tư hoặc thứ năm.
3. Thai phụ khi còn nhỏ đã được tiêm chủng mở rộng 3 mũi BH/HG/UV, tiêm thêm 1 mũi vào tháng thứ tư hoặc thứ năm.
4. Thai phụ được tiêm phòng uốn ván 3 – 4 mũi uốn ván, tiêm lần cuối cùng đã trên một năm, tiêm thêm một mũi nhắc lại.
5. Thai phụ đã tiêm được 5 mũi uốn ván, không cần tiêm bổ sung, vì với 5 mũi khả năng bảo vệ trên 95%. Nhưng nếu mũi thứ 5 đã trên 10 năm nên tiêm 1 mũi nhắc lại.

F/ BƯỚC 6: CUNG CẤP THUỐC THIẾT YẾU

- Thuốc sốt rét cần được cung cấp đối với vùng có sốt rét lưu hành theo phác đồ của ngành sốt rét.
- Iod cần được cung cấp đối với vùng thiếu Iod (xem bài thuốc thiết yếu).
- Một thứ thuốc có thể cung cấp cho mọi người có thai là viên sắt/folic. Nguyên tắc là cho càng sớm càng tốt, uống mỗi ngày một viên trong suốt thời gian có thai và 1 tháng sau đẻ. Tối thiểu trước đẻ cần uống trong 90 ngày. Nếu thai phụ có dấu hiệu thiếu máu rõ, có thể tăng từ từ liều phòng lên liều điều trị: 2–3 viên /ngày.

G/ BƯỚC 7: GIÁO DỤC VỆ SINH THAI NGHÉN.

(a) Dinh dưỡng

Người mẹ cần biết lợi ích của dinh dưỡng tốt:

- Ít mắc bệnh, giảm thiếu máu khi có thai.
- Con sẽ khỏe không bị thấp cân.
- Thường đẻ dễ dàng
- Ít phải can thiệp vì mọi việc có chiều hướng bình thường.
- Hồi phục sau đẻ nhanh.
- Trẻ sẽ phát triển tốt.
- Đủ sữa cho con bú.
- Nếu dinh dưỡng kém:
 - Dễ mắc bệnh.
 - Có xu hướng đẻ non, thấp cân, con yếu.
 - Không đủ sữa.
- Con chậm phát triển về thể lực và trí tuệ.
- Chế độ ăn khi có thai:

Nếu ăn ít nên tăng số bữa ăn.

Chất đảm bảo cho cả mẹ và con:

- | | |
|--------|------------------|
| * Thịt | * Trứng |
| * Cá | * Đậu, lạc, vừng |
| * Tôm | * Dầu ăn |
| * Sữa | * Rau quả tươi |

- Không ăn thức ăn ôi thiu.
- Thay đổi cách nấu để ăn ngon miệng.
- Tăng giờ nghỉ ngơi.

Nhu cầu dinh dưỡng	Khi không có thai				Có thai	Cho bú
	11-14t	15-18t	19-22t	23-29t		
Năng lượng (Kcalo)	2200	2100	2100	2000	+300	+500
Protein (g)	46	46	44	44	+30	20
Vitamin A (mcg)	800	800	800	800	+200	+400
Vitamin D (mcg)	10	10	7.5	5	+5	+5
Vitamin E (mcg)	8	8	8	8	+2	+9
Vitamin C (mg)	50	60	60	60	+20	+40
Axit folic (mcg)	400	400	400	400	+400	+100
Vitamin PP (mg)	15	14	14	14	+2	+5
Vitamin B1 (mg)	1.1	1.1	1.1	1.1	+0.4	+0.5
Vitamin B2 (mg)	1.3	1.3	1.3	1.3	+0.3	+0.5
Vitamin B6 (mg)	1.8	1.8	1.8	1.8	+0.6	+0.5
Vitamin B12 (mcg)	3	3	3	3	+1	+1
Canxi (mg)	1.200	1.200	1.200	1.200	+400	+400
Phốt pho (mg)	1.200	1.200	1.200	1.200	+400	+400
Iôđ (mcg)	150	150	150	150	+25	+50
Sắt (mg)	18	18	18	18	+30-60	+30
Magie (mcg)	300	300	300	300	+150	+150
Kẽm (mcg)	15	15	15	15	5	+10

(b) Chế độ làm việc khi có thai

- Làm việc theo khả năng, xen kẽ nghỉ ngơi.
- Không làm việc vào tháng cuối.
 - + Để mẹ có sức.
 - + Để con tăng cân.
- Không mang vác nặng trên đầu, trên vai.
- Không để kiệt sức.
- Không làm việc dưới nước hoặc trên cao nguy hiểm.
- Tránh làm việc ban đêm.

(c) Vệ sinh khi có thai

- Mặc rộng và thoáng.
- Tắm rửa thường xuyên.
- Giữ vú và bộ phận sinh dục sạch:
 - + Hàng ngày vệ sinh bộ phận sinh dục
 - + Thường xuyên thay quần áo lót
 - + Rửa đầu vú hàng ngày bằng nước sạch

7. Duy trì cuộc sống thoải mái, tránh căng thẳng

- Ngủ ít nhất 8 giờ/ngày. Chú trọng giấc ngủ trưa.
- Nhà ở phải thoáng khí sạch sẽ, tránh ẩm, nóng, khói.
- Tránh đi xa, tránh xóc xe.

H/BUỚC 8: VÀO SỔ, GHI PHIẾU, QUẢN LÝ THAI (XEM BÀI QUẢN LÝ THAI)

L/BUỚC 9: KẾT LUẬN, DẶN DÒ:

A. Với thai quý 1:

- Hẹn tiêm phòng uốn ván
- Hẹn thăm lần 2. Xử trí nguy cơ (nếu có)

B. Với thai quý 2:

- Hẹn thăm lần sau
- Hẹn tiêm phòng uốn ván (nếu chưa tiêm đủ)

C. Với thai quý 3:

- Hẹn thăm tiếp (nếu có nhu cầu)
- Dự kiến ngày sinh, nơi sinh
- Hướng dẫn chuẩn bị phương tiện cho mẹ và cho con khi đẻ.

TÓM TẮT CHÍN BƯỚC THĂM THAI

TT	Nội dung	Dưới 12 tuần	13–27 tuần	28–40 tuần	Ghi chú
1	Hỏi	Tắt kinh Các dấu hiệu nghén Tiền sử sản Các dấu hiệu bất thường	Bụng to dần Thai máy	Thai máy Sụt bụng	Các lần thăm sau phải xem phiếu để nắm vững các chi tiết đã hỏi. Nếu cần thì bổ sung
2	Khám toàn thân	Đo chiều cao, cân nặng Mạch, huyết áp Da xanh, niêm mạc nhợt	Đo chiều cao (nếu là lần khám đầu) Mạch, huyết áp Phù Da xanh, niêm mạc nhợt Vú	Đo chiều cao (nếu là lần khám đầu) Mạch, huyết áp Phù Da xanh, niêm mạc nhợt Vú	
3	Khám sản khoa	Nắn bụng (xem đáy tử cung)	Chiều cao tử cung Tim thai	Chiều cao tử cung/vòng bụng Ngôi thai, tim thai	Không thăm trong khi thăm thai bình thường
4	Thử nước tiểu	+	+	+	Dùng que thử hoặc đót nóng nước tiểu
5	Tiêm phòng uốn ván	Hẹn ngày	Mũi 1 – Mũi 2 hoặc tiêm mũi nhắc nhở	Kiểm tra bổ sung nếu chưa đủ mũi	
6	Cung cấp viên Sắt/Folic, Thuốc phòng sốt rét (nếu ở vùng sốt rét lưu hành)	+	+	+	Các lần thăm sau phải kiểm tra có uống hay không, có cần hay không cần tiếp
7	Giáo dục vệ sinh thai nghén	+	+	+	Dinh dưỡng Chế độ làm việc Tránh các yếu tố độc hại Vệ sinh thân thể
8	Vào sổ, phiếu bảng quản lý thai	+	+	+	Vào sổ thăm thai Ghi phiếu khám thai Dán tôm lên bảng quản lý thai
9	Dặn dò, hẹn thăm thai	Hẹn ngày thăm lại	Hẹn ngày thăm lại	Chuẩn bị cho mẹ và con	Dặn trở lại bất kỳ lúc nào nếu có bất thường

BẢNG KIỂM

Chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu từ 1 đến 3:

Một thai phụ đến khám thai ở tuần thứ 26. Chiều cao tử cung đo được là 18 cm. Đánh giá chiều cao tử cung là:

- Bình thường
- Lớn hơn mức bình thường
- Nhỏ hơn mức bình thường

Thử nước tiểu cần làm:

- Cho mọi lần thăm thai
- Chỉ cần làm từ 3 tháng giữa
- Chỉ cần làm từ 3 tháng cuối
- Chỉ cần làm khi 3 tháng cuối có phù

Đôi chiếu 21 mục cần chuẩn bị cho khám thai, xem ở cơ sở bạn có được bao nhiêu và tự xếp loại:

- Rất tốt
- Tốt
- Khá
- Cần chấn chỉnh lại (dưới 12)

Trả lời ngắn câu 4:

Một thai phụ có ngày đầu kinh cuối là 05/03/2002. Đến khám ngày 16/9/2002.

Thai lúc này là tuần thứ mấy?

BIỂU ĐỒ CHUYỂN DẠ

(SẢN ĐỒ)

A. MỤC TIÊU BÀI GIẢNG:

- Ghi và vẽ được đường biểu diễn lên biểu đồ chuyển dạ (BĐCD).
- Đánh giá được diễn biến của cuộc chuyển dạ qua việc ghi chép biểu đồ chuyển dạ, phát hiện các bất thường (nguy cơ) để chuyển tuyến hoặc xử trí kịp thời.

B. NỘI DUNG BÀI GIẢNG:

Biểu đồ chuyển dạ là một bảng ghi lại các diễn biến của một cuộc chuyển dạ theo thời gian bằng các ký hiệu đã được quy định.

Biểu đồ chuyển dạ là một phương pháp rất quan trọng để theo dõi sự diễn biến của cuộc chuyển dạ. Nó được xem như “hệ thống báo động sớm” giúp cho các thầy thuốc tuyến huyện, tỉnh biết khi nào cần can thiệp, kết thúc cuộc chuyển dạ đúng lúc. Đối với tuyến y tế cơ sở, nó giúp cho biết khi nào cần chuyển tuyến. Nhờ đó nó giúp hạ thấp rõ rệt những tai biến cho mẹ và thai nhi.

Biểu đồ chuyển dạ được Tổ chức Y tế Thế giới đề xuất từ đầu thập kỷ 70, ở nước ta BĐCD được đưa vào chương trình đào tạo từ đầu thập kỷ 90 và ngày càng được ứng dụng rộng rãi.

I. MÔ TẢ NỘI DUNG MỘT BIỂU ĐỒ CHUYỂN DẠ

Mẫu biểu đồ chuyển dạ: (xem hình)

II. CÁCH GHI MỘT BIỂU ĐỒ CHUYỂN DẠ

- Các ký hiệu để ghi biểu đồ được thống nhất theo quy định, và được ghi ở lề trái của BĐCD.
- BĐCD được lập khi có chuyển dạ thật sự: có ≥ 2 cơn co / 10 phút, thời gian mỗi cơn co ≥ 20 giây.

Ghi giờ:

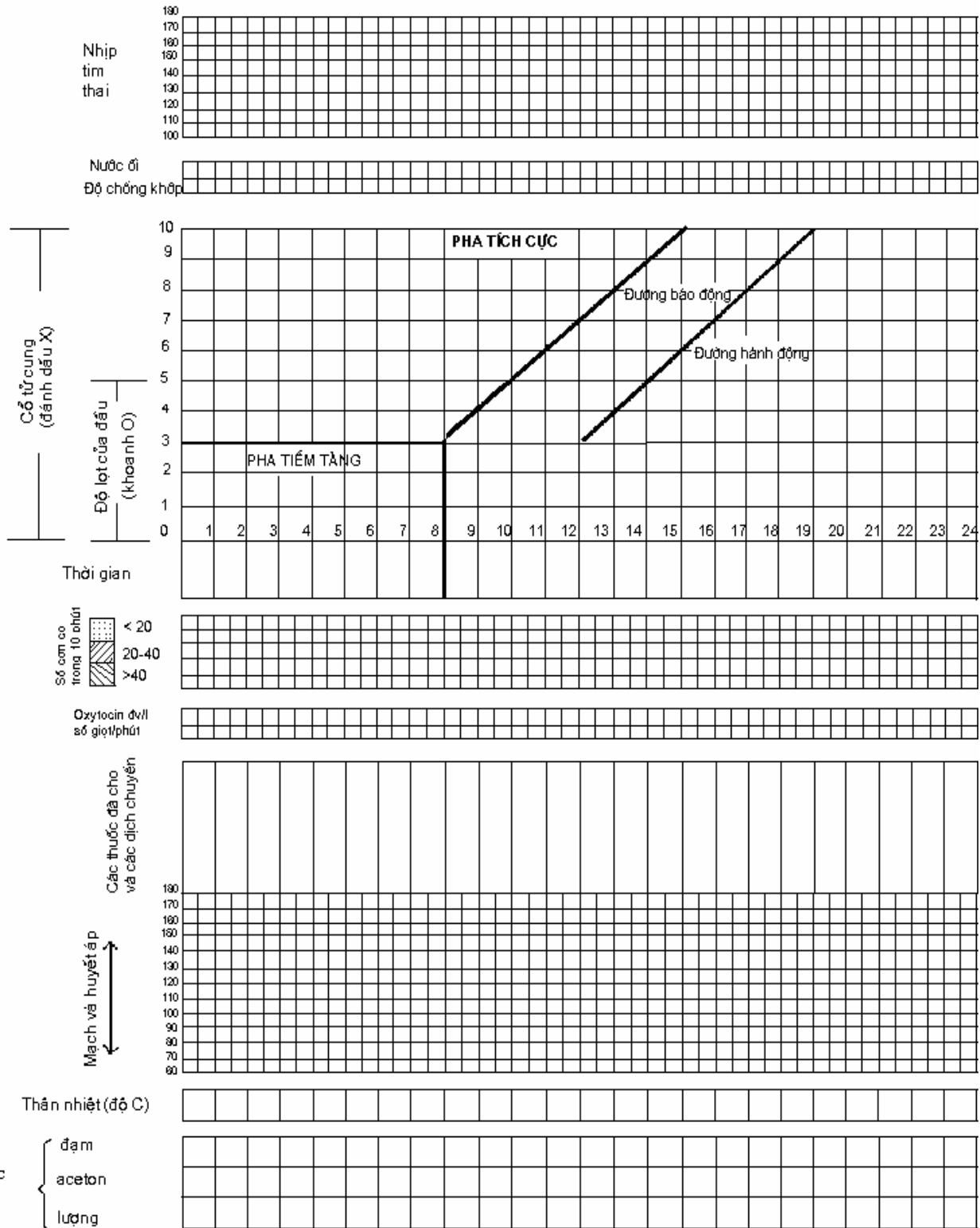
Dòng “thời gian” ghi giờ trong ngày, ghi bên trái đường dọc và theo nguyên tắc làm tròn số giờ thực tế khi sản phụ vào viện.

Thí dụ:

- + Giờ vào (có số phút lẽ $< 30'$): 5g25 phút thì ghi 5g
- + Giờ vào (có số phút lẽ $\geq 30'$): 5g35phút (phần thủ tục) thì ghi 6g
- + Mỗi ô trắng là một giờ. Thí dụ:
 - . Thời gian vào viện là 5h thì ô 1 ghi 6h, ô 2 ghi 7h.
 - . Thời gian vào viện là 13h thì ô 1 ghi 14h, ô 2 ghi 15h.

BIỂU ĐỒ CHUYỂN DẠ

Họ và tên:	Số lần mang thai	Số lần sinh:	Số nhập viện
Ngày nhập viện:	Thời gian nhập viện	Màng ối đã vỡ	tiếng



Hình 1: Biểu đồ chuyển dạ

+ Nhịp tim thai:

- + Ghi bằng ký hiệu “•”.
- + Tim thai được ghi chép 30 phút / lần. Mỗi ô vuông là 30 phút.
- + Đường dành cho nhịp tim 120–160 lần/phút được tô đậm, cho biết đây là chỉ số giới hạn bình thường của nhịp tim thai.

+ Mạch mẹ: ký hiệu “.”.

- + **Huyết áp:** ký hiệu “mũi tên hai đầu o”, đầu trên biểu thị số huyết áp tối đa, đầu dưới biểu thị số huyết áp tối thiểu.

- + **Độ mở cổ tử cung:** khám mỗi 4 giờ/lần. Ký hiệu “x”, ghi ở các dòng ngang có số tương ứng (từ 0 đến 10cm).

- Khi sản phụ vào viện, thăm khám thấy cổ tử cung mở < 3 cm (chuyển dạ ở pha tiềm thời), các số liệu khi vào viện sẽ được ghi ở đường dọc đầu tiên trên BĐCD.

- Khi sản phụ vào viện, thăm khám thấy cổ tử cung mở ≥ 3 cm (chuyển dạ ở pha hoạt động), ký hiệu “x” sẽ ghi trên đường báo động, các ký hiệu khác sẽ được ghi ở đường dọc đi qua điểm ghi “x” trên đường báo động. Thí dụ:

Khi sản phụ vào cổ tử cung mở 5 cm, “x” được ghi vào đường báo động ngang mức 5, các số liệu khác phải ghi ở đường dọc đi qua “x”

- Khi chuyển dạ chuyển từ pha tiềm thời sang pha hoạt động: sự đánh dấu độ mở cổ tử cung được di chuyển tịnh tiến đến đường báo động, các số liệu khác phải ghi ở đường dọc đi qua “x”.

+ Tiến triển của đầu thai: ký hiệu “O” với quy định:

- + Cao: “O” ở dòng ngang số 5.
- + Chúc: “O” ở dòng ngang số 4.
- + Chặt: “O” ở dòng ngang số 3.
- + Lọt cao: “O” ở dòng ngang số 2.
- + Lọt vừa: “O” ở dòng ngang số 1.
- + Lọt thấp: “O” ở dòng ngang số 0.

Trên lâm sàng có thể có thể xác định mức độ tiến triển của ngôi bằng cách khám ngoài với một bàn tay 5 ngón: (xem hình)

- + Khi sờ nắn được toàn bộ đầu (5 ngón tay của bạn ở trên khớp vệ có thể phủ lên đầu, ôm trọn phần cằm và trán của đầu thai): độ xuống của đầu là 5/5

- + Khi đầu thai bắt đầu vào tiểu khung, chỉ có 4 ngón tay ôm đầu thai: độ xuống của đầu là 4/5.

- + Khi chỉ có 3 ngón tay còn sờ được đầu thai: 3/5

- + Khi chỉ có 2 ngón tay còn sờ được đầu thai: 2/5. Lúc này đầu đã lọt.

- + Khi không còn sờ được đầu: 0/5 \leftrightarrow lọt hoàn toàn.

✚ **Chồng khớp:** Chỉ số này nói lên mức độ uốn khuôn của đầu thai nhi, để thu nhỏ thể tích đầu cho dễ đi qua tiểu khung đồng thời cho biết tiên lượng ngôi có lọt xuống dễ dàng hay không.

Ký hiệu:

“O”: khi hai đường khớp của hai xương đỉnh của thai cách nhau, đường khớp dễ dàng sờ thấy.

“+” khi hai xương đỉnh giáp sát với nhau, phát hiện khó.

“++” khi hai xương đỉnh chồm lên nhau rõ rệt.

Chồng khớp là dấu bất tương xứng.

✚ **Tình trạng đầu ối:**

“D”: ối đục, “P”: ối trong.

“T”: ối đã vỡ, nước ối trong, trắng đục.

“M” ối đã vỡ với nước ối có máu.

“X” ối lẫn phân su.

Ối vỡ hoặc bầm ối lúc nào thì ghi mũi tên ở ngay thời điểm đó cùng với các ký hiệu trên và ghi vỡ hoặc bầm ối.

✚ **Nhiệt độ:** ghi mỗi 4 giờ /lần.

✚ **Protein nước tiểu:**

(-): không/có protein trong nước tiểu.

(+), (++) , (+++): tùy mức độ protein/nước tiểu.

✚ **Ghi cơn co tử cung:** mỗi giờ

Các ô vuông được đánh dấu từ 1 đến 5. Mỗi ô vuông biểu thị 1 cơn co, nếu có 2 cơn co trong 10 phút thì sẽ đóng khung 2 ô vuông

Để trống khung: biểu thị cơn co nhẹ, dưới 20 giây.

Chấm chấm trong khung: biểu thị cơn co kéo dài 20 – 40 giây.

Gạch chéo trong khung: biểu thị cơn co mạnh trên 40 giây.

III. PHÂN TÍCH – ĐÁNH GIÁ BDCD

III.1. Diễn biến bình thường: bài tập 4

Đường biểu diễn độ mở cổ tử cung sẽ là một đường đi dần lên cao, luôn nằm **bên trái đường báo động**.

- Đường biểu diễn độ lọt của thai là một đường đi xuống.
- Cơn co tăng dần: cường độ, tần số.

III.2. Diễn biến bất thường: @ CHUYỂN DẠ NGỪNG TRỄ

- Đường biểu diễn độ mở cổ tử cung không vượt quá 3 cm sau 8 giờ của pha tiềm thời, dù cơn co phù hợp → chuyển dạ kéo dài (bài tập 5)

- Đường biểu diễn độ mở cổ tử cung đi lệch sang phải đường báo động → chuyển dạ có thể kéo dài do cổ tử cung mở < 1cm/1giờ → chuyển tuyến (bài tập 7)
- Đường biểu diễn độ mở cổ tử cung bình thường, ngôi thai thì không tiến triển, cơn co tử cung tăng về tần số và cường độ: BXDC → chuyển tuyến / mổ lấy thai (bài tập 6)
- Đường biểu diễn độ mở cổ tử cung bất chéo đường hành động → xử trí cấp bách: giải quyết nguyên nhân (cơn co thừa, yếu), chấm dứt chuyển dạ với oxytocin (bài tập 7).

IV. BÀI TẬP

TÀI LIỆU PHÁT TAY 1:

1. Bà An vào viện lúc 5g, khám:

- Cơn co tử cung 15 giây, 2 cơn/10 phút, tim thai 150l/ph.
- Cổ tử cung 1 cm, ngôi thai còn cao, ối phòng.
- * 4 giờ sau khám lại:
- Cổ tử cung 2 cm, ngôi thai chúc. Ới dẹt. cơn co tử cung 20 giây, 3 cơn/10 phút.

2. Bà Bích vào viện lúc 13g, khám:

- Cơn co tử cung 30 giây, 4 cơn/10 phút, tim thai 140 l/ph.
 - Cổ tử cung 3 cm, đầu chặt, ối dẹt.
 - * 4 giờ sau khám lại:
 - Cổ tử cung 8 cm, đầu lọt cao, bầm ối trắng đục.
 - Cơn co tử cung 45 giây, 5 cơn/10 phút, tim thai 140 l/ph.
- 18h20 cổ tử cung trọn, bà Bích sinh một con trai 3000g, apgar 9/10

3. Bà Chính vào viện lúc 7g40:

- Cổ tử cung 5 cm, đầu chặt, ối vỡ trắng đục.
- Cơn co tử cung 30 giây, 2 cơn/10 phút, tim thai 130 l/ph.
- * 4 giờ sau khám lại:
- Cổ tử cung 10 cm, đầu lọt thấp, cơn co tử cung 45 giây, 4 cơn/10 phút.

4. Bà Tân vào viện lúc 15g20:

- Cổ tử cung 2 cm, đầu cao, ối phòng.
 - Cơn co tử cung 30 giây, 3 cơn/10 phút, tim thai 150 l/ph.
 - * 4 giờ sau khám lại:
 - Cổ tử cung 5 cm, đầu chặt, ối vỡ tự nhiên trắng đục.
 - Cơn co tử cung 45 giây, 4 cơn/10 phút.
- 22g, cổ tử cung mở hết.
23h20, sinh một bé gái 2900g.

5. Bà An vào viện lúc 5g, khám:

- Con co tử cung 15 giây, 2 cơn/10 phút, tim thai 150l/ph
- Cổ tử cung 1 cm, ngôi thai còn cao, ối phòng.

4 giờ sau khám lại:

- Cổ tử cung 2 cm, ngôi thai chúc. Ới dẹt. Con co tử cung 20 giây, 3 cơn/10 phút.

4 giờ sau khám lại lần 2:

- Cổ tử cung vẫn 2 cm, ngôi thai chúc. Ới vỡ có phân xu.
- Con co tử cung 40 giây, 3 cơn/10 phút, tim thai 170 l/ph.

6. Bà Thu vào viện lúc 9g, khám:

- Con co tử cung 30 giây, 4 cơn / 10 phút. tim thai 140 l/ph.

- Cổ tử cung 3 cm, đầu chặt, ối dẹt.

* 4 giờ sau khám lại: cổ tử cung 8 cm, đầu chặt, bấm ối trắng đục.

- Con co tử cung 45 giây, 5 cơn/10 phút. Tim thai 140 l/ph.

1 giờ sau cổ tử cung trọn, đầu vẫn vị trí chặt, chông xương +++

7. Bà Bích vào viện lúc 13g, khám:

- Con co tử cung 20 giây, 2 cơn / 10 phút. tim thai 140 l/ph.

- Cổ tử cung 2 cm, đầu chúc, ối phòng.

* 4 giờ sau khám lại:

- Cổ tử cung 4cm, đầu chặt, bấm ối trắng đục.

- Con co tử cung 30 giây, 3 cơn/10 phút. Tim thai 140 l/ph.

* 4 giờ sau khám lại:

- Cổ tử cung 6cm, đầu lọt cao, cơn co tử cung 30 giây, 3 cơn/10ph.

* 3 giờ sau khám lại:

- Cổ tử cung 6cm, đầu lọt cao, cơn co tử cung 30 giây, 3 cơn/10ph.

TÀI LIỆU PHÁT TAY 2:

1. Bà An vào viện lúc 5g, khám:

- Con co tử cung 15 giây, 2 cơn/10 phút, tim thai 150l/ph.

- Cổ tử cung 1 cm, ngôi thai còn cao, ối phòng.

* 4 giờ sau khám lại:

- Cổ tử cung 2 cm, ngôi thai chúc. Ới dẹt. Con co tử cung 20 giây, 3 cơn/10 phút.

2. Bà Bích vào viện lúc 13g, khám:

- Con co tử cung 30 giây, 4 cơn/10 phút. Tim thai 140 l/ph.

- Cổ tử cung 3 cm, đầu chặt, ối dẹt.

* 4 giờ sau khám lại:

- Cổ tử cung 8 cm, đầu lọt cao, bầm ối trắng đục.
- Con co tử cung 45 giây, 5 cơn/10 phút. Tim thai 140 l/ph.

* 18h20 cổ tử cung trọn, bà Bích sinh một con trai 3000g, apgar 9/10.

3. Bà Chính vào viện lúc 7g40:

- Cổ tử cung 5 cm, đầu chặt, ối vỡ trắng đục.
- Con co tử cung 30 giây, 2 cơn/10 phút, tim thai 130 l/ph.

* 4 giờ sau khám lại:

- Cổ tử cung 10 cm, đầu lọt thấp, cơn co tử cung 45 giây, 4 cơn/10 phút.

4. Bà Tân vào viện lúc 15g20:

- Cổ tử cung 2 cm, đầu cao, ối phòng.
- Con co tử cung 30 giây, 3 cơn/10 phút, tim thai 150 l/ph.

* 4 giờ sau khám lại:

- Cổ tử cung 5 cm, đầu chặt, ối vỡ tự nhiên trắng đục.
- Con co tử cung 45 giây, 4 cơn/10 phút.

22g, cổ tử cung mở hết.

23h20, sinh một bé gái 2900g.

TÀI LIỆU PHÁT TAY 3:

5. Bà An vào viện lúc 5g, khám:

- Con co tử cung 15 giây, 2 cơn/10 phút, tim thai 150l/ph.
- Cổ tử cung 1 cm, ngôi thai còn cao, ối phòng.

* 4 giờ sau khám lại:

- Cổ tử cung 2 cm, ngôi thai chúc. Ổi dẹt. Con co tử cung 20 giây, 3 cơn/10 phút.

* 4 giờ sau khám lại lần 2:

- Cổ tử cung vẫn 2 cm, ngôi thai chúc. Ổi vỡ có phân xu.
- Con co tử cung 40 giây, 3 cơn/10 phút, tim thai 170 l/ph.

6. Bà Thu vào viện lúc 9g, khám:

- Con co tử cung 30 giây, 4 cơn/10 phút. Tim thai 140 l/ph.
- Cổ tử cung 3 cm, đầu chặt, ối dẹt.

* 4 giờ sau khám lại: cổ tử cung 8 cm, đầu chặt, bầm ối trắng đục.

- Con co tử cung 45 giây, 5 cơn/10 phút. Tim thai 140 l/ph.

* 1 giờ sau cổ tử cung trọn, đầu vẫn vị trí chặt, chông xương +++.

7. Bà Bích vào viện lúc 13g, khám:

- Con co tử cung 20 giây, 2 cơn/10 phút. Tim thai 140 l/ph.

– Cổ tử cung 2 cm, đầu chóc, ối phòng.

* 4 giờ sau khám lại:

– Cổ tử cung 4cm, đầu chặt, bầm ối trắng đục.

– Con co tử cung 30 giây, 3 cơn/10 phút. tim thai 140 l/ph.

* 4 giờ sau khám lại:

– Cổ tử cung 6cm, đầu lọt cao, cơn co tử cung 30 giây, 3 cơn/10ph.

* 3 giờ sau khám lại:

– Cổ tử cung 6cm, đầu lọt cao, cơn co tử cung 30 giây, 3 cơn/10ph.

CÂU HỎI THẢO LUẬN: CHO TỪNG BÀI TẬP

- Nhận xét đường biểu diễn độ mở cổ tử cung.
- Đánh giá cơn co tử cung so với pha chuyển dạ.
- Nhận xét mức tiến triển đầu thai.
- Đưa ra chẩn đoán và cách xử trí cụ thể.

CHĂM SÓC TRONG ĐỂ TƯ VẤN CHO SẢN PHỤ TRONG CHUYỂN DẠ

A. MỤC TIÊU BÀI GIẢNG:

- Nói được 5 nguyên tắc chung về tư vấn cho sản phụ trong chuyển dạ.
- Trình bày được các nội dung cần tư vấn cho sản phụ vào hai thời điểm: trước khi sinh, ngay sau khi sinh và những trường hợp đặc biệt diễn ra trong chuyển dạ.
- Thực hành tư vấn cho sản phụ chuyển dạ theo bảng kiểm.

B. PHÂN BỐ THỜI GIAN

C. NỘI DUNG BÀI GIẢNG:

Chuyển dạ là thời kỳ kết thúc quá trình mang thai, diễn ra trong nhiều giờ, bao gồm giai đoạn xóa mở cổ tử cung, giai đoạn đẻ thai và giai đoạn bong rau, sổ rau. Giai đoạn chuyển dạ và những ngày đầu sau đẻ là thời kỳ có nhiều nguy cơ nhất đối với sức khỏe, tính mạng bà mẹ và thai nhi do tai biến nhiều khi không lường hết được. Vì thế việc thông tin, tư vấn cho sản phụ trong chuyển dạ là việc làm hết sức cần thiết giúp cho họ giảm nỗi lo sợ, dễ dàng vượt qua thời kỳ khó khăn này.

I. CÁC NGUYÊN TẮC CHUNG CẦN TÔN TRỌNG KHI THÔNG TIN, TƯ VẤN TRONG CHUYỂN DẠ:

(a) *Cần luôn luôn động viên sản phụ* để giảm bớt nỗi lo âu là điều sản phụ nào cũng có do:

Họ đang ở thời kỳ nguy hiểm nhất kể từ khi thai nghén: việc sinh nở liệu có suôn sẻ, "mẹ tròn con vuông" hay không.

Người đã trải qua sinh đẻ rồi thì lo không biết diễn biến có nặng nề hơn lần trước hay không. Người con so thì không biết cuộc chuyển dạ sẽ diễn ra thế nào, có đau đớn như người ta nói là phải "banh da xẻ thịt" mới đẻ được ra con hay không.

Họ phải ở một nơi xa lạ, không quen biết, không có người thân thích bên cạnh. Liệu các nhân viên y tế có phục vụ chu đáo hay không.

Con họ sắp sinh ra có bình thường không, có đáp ứng lòng mong mỏi của họ không (con trai hay gái, khỏe mạnh bình thường, có dị tật nào không).

Khi họ đang chuyển dạ ở đây thì ở nhà chồng con họ ra sao. Ai sẽ chợ búa, cơm nước cho gia đình họ... và còn biết bao nhiêu lý do, hoàn cảnh trong gia đình khiến sản phụ không thể thoải mái được. Trong hoàn cảnh đó những lời lẽ thăm hỏi, động viên, khuyến khích, an ủi của nữ hộ sinh (NHS) sẽ giúp họ an tâm, giải tỏa nỗi lo rất nhiều.

- (b) *Phải lắng nghe những điều bản thân và gia đình họ lo lắng*: có lắng nghe mới hiểu, cảm thông và đưa ra được những lời khuyên như, động viên phù hợp tâm trạng sản phụ lúc đó.
- (c) *Phải tôn trọng những truyền thống văn hóa và tôn giáo của sản phụ*. Trước nỗi lo âu và đau đớn của bản thân trong thời kỳ chuyển dạ, mỗi sản phụ biểu hiện một cách ứng xử khác nhau: người cần rặng chịu đựng, người rên rỉ hay la hét, người cầu kinh, niệm phật, người khẩn tổ tiên cha mẹ phù hộ, cá biệt có người văng tục, chửi bậy trong mỗi cơn đau. Với bất cứ biểu hiện nào của sản phụ lúc này người NHS cần tôn trọng, không bày tỏ thái độ phân biệt, khó chịu mà luôn tìm cách nhẹ nhàng trấn an sản phụ. Với người có lời nói, việc làm kích động cũng cần vui vẻ, nhã nhặn nói chuyện, can ngăn họ. Tuyệt đối không được bày tỏ thái độ phản ứng, gắt gỏng, chê bai hay coi thường.
- (d) *Nói (thông báo) với sản phụ và gia đình những điều sẽ diễn ra đối với trường hợp cụ thể của họ như*: giờ nào có thể đẻ, diễn biến từ lúc đó tới khi đẻ ra sao, điều gì thuận lợi, điều gì trở ngại cho quá trình tiến triển của cuộc chuyển dạ, đánh giá tiên lượng về trường hợp này của thầy thuốc và NHS ra sao... Nếu có lý do bất thường nào cần sự can thiệp trong lúc sinh (thủ thuật, phẫu thuật) cũng cần thông báo cho sản phụ và gia đình họ biết và bàn bạc, thuyết phục họ chấp nhận.
- (e) *Khi cần thiết cũng nên cho sản phụ và gia đình biết những tai biến có thể gặp trong quá trình chuyển dạ*, nhất là khi bàn bạc với họ về chỉ định chuyên môn để xử trí trường hợp cụ thể đó. Tuy vậy không được đưa các tai biến để đe dọa, ép buộc sản phụ và gia đình chấp nhận một chỉ định chuyên môn. Khi nói cần tránh các từ chuyên môn khó hiểu và không bao giờ được nói đến từ "không thể cứu được", "không thể qua khỏi", "chết", "tử vong" trước mặt sản phụ. Nếu không may sản phụ bị tai biến đã lâm vào tình trạng quá nặng thì những thông tin về tiên lượng chỉ cung cấp riêng cho người thân thích có trách nhiệm nhất trong gia đình.

II. NỘI DUNG THÔNG TIN, TƯ VẤN TRƯỚC KHI SINH:

- (a) Thời gian từ khi bắt đầu chuyển dạ đến lúc sinh con là khoảng thời gian lâu nhất trong quá trình chuyển dạ, có thể từ 12 đến 16 tiếng và càng gần lúc đẻ tình trạng sản phụ càng nhiều bức xúc (mệt mỏi, đau đớn, lo âu, sợ hãi).
- (b) Trong giai đoạn này nếu có thể nên khuyến khích người chồng, người thân trong gia đình sản phụ hoặc bạn bè cùng có mặt với NHS chăm nom, săn sóc sản phụ. ở các bệnh viện lớn, số đẻ đông, thiếu phòng đẻ riêng, công việc trên khó thực hiện; nhưng ở tuyến cơ sở, nhất là tại trạm y tế xã thì điều này có thể làm được. Đây không chỉ đơn giản là hành động "nhân đạo hóa" cơ sở y tế mà còn góp phần quan trọng trong chăm sóc sản phụ nhất là về mặt tinh thần, làm cho cuộc sinh nở không còn là một cực hình mà sản phụ phải một mình chịu đựng.
- (c) Cần thường xuyên cung cấp thông tin qua mỗi lần khám để sản phụ yên tâm chờ đợi, hy vọng.
- (d) Nói rõ phương hướng xử trí khi sản phụ vào cuộc đẻ thực sự (đẻ thường hay đẻ can thiệp và tại sao).

- (e) Hướng dẫn sản phụ vận động, đi lại trong phòng (tự đi hay có người dìu đi), các động tác hít vào mạnh và thở ra nhanh khi có cơn đau, cách thư giãn cơ thể, thở sâu đều đặn sau mỗi cơn rặn và cách thổi hơi ra liên tục khi không được rặn nữa. Cũng cần nhắc nhở việc đi tiểu, đại tiện, làm vệ sinh trước mỗi lần thăm khám và cả việc uống nước, uống sữa (nếu không có chống chỉ định).
- (f) Nếu có gì khó khăn, bất thường cũng cần thông báo cho sản phụ và gia đình biết để an tâm và tin ở cách thức chăm sóc, xử trí của cán bộ y tế.

III. THÔNG TIN, TƯ VẤN NGAY SAU KHI SINH:

- (a) Ngay sau khi sinh, tâm trạng sản phụ thường mỗi người một khác: đa số thấy thoải mái, vì đã "qua cầu thoát nạn". Có người vui sướng khi sinh được đứa con cả gia đình đang mong mỏi nhưng cũng có người buồn phiền, thất vọng vì những hoàn cảnh đặc biệt như con ngoài giá thú, con không đúng với điều mong ước, chồng hoặc gia đình nhà chồng thiếu quan tâm, con bị suy yếu, dị tật... Tất cả các đối tượng này đều cần được tư vấn ngay sau đẻ và cả những ngày đầu sau đẻ.
- (b) Trước hết cung cấp cho sản phụ các thông tin về cuộc sinh nở vừa diễn ra và tình trạng con của họ khi ra đời; chia sẻ với sản phụ niềm vui và hỗ trợ tình cảm của họ trong những tình huống trắc trở. Nếu không có gì cần tránh né, nên bế cháu bé cho bà mẹ nhìn và đặt nằm ngay bên cạnh mẹ để tạo tình cảm mẹ con.
- (c) Cố gắng thuyết phục bà mẹ và gia đình rằng sữa mẹ là thức ăn bổ nhất và an toàn nhất cho sơ sinh. Nhưng cần tôn trọng lòng tin truyền thống, phong tục tập quán và giúp đỡ gia đình họ những điều cần thiết. Ví dụ: gia đình đã chuẩn bị nước đường hay nước cam thảo để đổ cho cháu bé, nếu giải thích họ không nghe thì cần hướng dẫn cho họ cách luộc kỹ chén, thìa và cho trẻ uống tí chút trước khi cho bú sữa non của mẹ.
- (d) Cần hướng dẫn cho sản phụ và gia đình cách theo dõi và chăm sóc cho cả mẹ và con. Nhấn mạnh việc phát hiện băng huyết của sản phụ, tình trạng ngạt và hạ thân nhiệt của sơ sinh trong những giờ đầu.
- (e) Hướng dẫn chu đáo việc bú mẹ ngay sau sinh (xem bài Tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ).
- (f) Giải thích những diễn biến bình thường của sản phụ trong những ngày sau đẻ như cơn đau do tử cung co rút, sự thay đổi của sản dịch, xuống sữa, tình trạng đại, tiểu tiện. Giải thích những diễn biến bình thường về con như ngủ gằn như cả ngày, các phản xạ bẩm sinh như mút vú, trương lực cơ gấp tăng, cuống rốn khô dần và rụng nhằm giúp sản phụ giảm nỗi lo âu. Ngoài ra cũng cần hướng dẫn những dấu hiệu bất thường có thể diễn ra ở mẹ và con biểu hiện một bệnh hay một biến chứng sau sinh như sốt, sưng nề, nhìn mờ, ra sản dịch hôi; cuống rốn hôi hoặc chảy máu, sưng đau cuống rốn của con, bé bú yếu, li bì... nhằm giúp bà mẹ phát hiện sớm các triệu chứng bất thường để đi khám.
- (g) Khi tư vấn cần chú ý lắng nghe những điều sản phụ bày tỏ, nhất là những điều tâm sự, những nỗi éo le sản phụ muốn được chia sẻ. Tôn trọng các ý kiến, tình cảm cũng như nỗi xúc động của họ và nếu có thể, đưa ra những lời khuyên thích hợp.

IV. TƯ VẤN CHO NHỮNG TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT:

4.1. Sản phụ bị biến chứng

Phải tỏ thái độ thông cảm với nỗi lo lắng của sản phụ và gia đình họ. Dù nguyên nhân có thể do gia đình đưa đến y tế muộn cũng không được phê phán, trách móc. Không buông xuôi, đổ lỗi hết cho gia đình mà phải tập trung vào cứu chữa tích cực.

Phải giải thích cho gia đình và sản phụ các diễn biến có thể xảy ra ngay lúc đó và về sau.

Phải đặt chương trình kế hoạch chăm sóc và thăm hỏi sản phụ khi ở cơ sở y tế cũng như tại nhà.

4.2. Sản phụ trong tình trạng nguy kịch

Phải bình tĩnh và khẩn trương, tích cực điều trị ở mọi thời điểm. Luôn luôn thông báo cho gia đình sản phụ biết tình trạng đang diễn biến và cả tiên lượng cũng như các biện pháp cấp cứu đã được sử dụng.

Nếu tử vong không tránh được cần an ủi và chia sẻ nỗi đau đớn với gia đình. Giải thích cho gia đình lý do dẫn đến tử vong và sẵn sàng, nghiêm túc trả lời các câu hỏi thắc mắc của họ.

Tạo điều kiện cho gia đình chôn cất nếu có thể và trong tang lễ nên có người đại diện cơ sở y tế đến phúng viếng, chia buồn nếu tang lễ làm ngay tại cơ sở y tế (bệnh viện) hoặc tại nhà nếu gia đình ở gần cơ sở y tế.

4.3. Trẻ sơ sinh bị chết

Nếu chết trong tử cung: cần giải thích cho sản phụ và gia đình nguyên nhân dẫn đến tử vong của thai (suy thai, sa dây rốn, thai quá hạn, thai dị dạng, bệnh lý của mẹ, của thai hay phần phụ).

An ủi sản phụ và gia đình trước sự mất mát đó.

Dùng khăn sạch quấn, bọc cho sơ sinh đã chết, không để nằm trơ trên khay men hay trên bàn đá.

Không nên chuyển sơ sinh chết đi ngay mà nên để sản phụ và gia đình ở cạnh và nhận mặt đứa trẻ nếu họ yêu cầu.

Nếu thai chết phải lấy ra bằng thủ thuật huỷ thai thì chỉ sau khi quấn bọc thai cẩn thận mới cho sản phụ và gia đình nhận mặt. Nếu sản phụ không muốn thì cũng không nên ép buộc.

Khi chuyển sơ sinh từ vong xuống khu đại thể nếu gia đình muốn cử người đi theo cũng không từ chối.

Bà mẹ có con tử vong nên xếp cho nằm phòng riêng, không ở chung phòng với các sản phụ khác có con khỏe mạnh.

Nên trao đổi với sản phụ và gia đình họ về các biện pháp dự phòng trong tương lai.

4.4. Trẻ sơ sinh dị dạng

Cần thông báo cho sản phụ và gia đình ngay sau khi sinh và nên đưa trẻ ra cho gia đình quan sát, chỉ rõ dị tật của trẻ. Với sản phụ cần hỏi ý kiến xem họ có muốn nhìn ngay đứa trẻ hay không. Nếu bà mẹ chưa muốn tiếp xúc ngay thì cũng không ép buộc.

Nếu sơ sinh có nhiều dị tật thì nên quấn trẻ trong chăn cho mẹ và gia đình quan sát những phần bình thường trước, rồi mới bộc lộ từng phần dị dạng cho họ quan sát. Không ép sản phụ kiểm tra dị dạng của con mình.

Trao đổi với sản phụ và gia đình về hướng xử trí dị dạng (cho đi khám ở đâu, có thể mổ vào giai đoạn nào ví dụ sút môi, não úng thủy, bàn chân khoèo, thừa ngón tay chân...) và trả lời các câu hỏi của sản phụ và gia đình, nhưng phải thận trọng khi giải thích.

Không tách riêng sơ sinh khỏi mẹ mà nên để nằm với mẹ để gia đình chăm sóc và dễ dàng chấp nhận con mình.

4.5. Suy sụp tâm lý sau sinh

Một số sản phụ có những hoàn cảnh đặc biệt có thể bị suy sụp tâm lý sau sinh ví dụ sinh con ngoài ý muốn (ngoài kế hoạch, không đúng với mong mỏi về giới tính, thai ngoài giá thú), vợ chồng bất hòa trước khi sinh, chồng chết khi đang thai nghén, hoàn cảnh kinh tế gia đình quá khó khăn, sơ sinh bị chết hay bị dị dạng. Cũng có khi không có lý do cụ thể nào. Mọi trường hợp đó đều cần được theo dõi và giúp đỡ cẩn thận

Cần chuyện trò thăm hỏi và lắng nghe tâm tư, tình cảm của sản phụ, động viên sản phụ tự tin với vai trò làm mẹ. Động viên người thân trong gia đình có thái độ và việc làm cần thiết để giúp đỡ. Khuyến khích sản phụ mở rộng giao tiếp với các sản phụ khác để được hỗ trợ.

Nếu suy sụp tâm lý nặng, thái độ và sự chăm sóc tận tình của CBYT không có tác dụng thì nên cho thuốc an thần rồi cho chuyển tuyến trên.

V. THỰC HÀNH ĐÓNG VAI:

5.1. Bài tập tình huống

Bà An ngoài 40 tuổi, đã có hai con gái 15 tuổi và 10 tuổi nhưng vì sức ép gia đình nhà chồng, năm ngoái bà đã đi tháo vòng và sau đó có thai lần thứ ba. Với huy vọng đẻ được con trai, gia đình ra sức chăm sóc cho bà đến ngày chuyển dạ nhưng bà lại sinh một cháu gái khiến bà và cả gia đình thất vọng. Chị hộ sinh đỡ đẻ cho bà khi thấy sơ sinh là gái đã reo lên: "Lại một con gái nữa. Tôi đã bảo bà nên phá thai ngay khi mới chậm kinh hai tuần mà đâu có nghe tôi. Đẻ đây vào làm gì cho khổ!". Sau khi đỡ xong, chị hộ sinh được sản phụ cùng phòng với bà An cho biết từ lúc đẻ bà An chỉ nằm khóc, gia đình cũng không có ai đến thăm hỏi. Chị hộ sinh lại nói "Cho đáng đời, đã khuyên phá thai từ sớm mà có chịu nghe đâu!".

Phản thảo luận:

- Tình huống trên của bà An có phải là tình trạng bất thường sau đẻ không? Đó là gì?
- Hãy phân tích thái độ của chị hộ sinh đối với bà An khi đỡ đẻ cho chị.
- Theo bạn, thái độ của CBYT chúng ta nên như thế nào với trường hợp này?

5.2. Bài tập đóng vai số 1 (lượng giá theo bảng kiểm).

Một học viên trong vai nữ hộ sinh, một người khác trong vai bà An trong tình huống nêu trên. Hãy tiến hành tư vấn cho bà An trong giai đoạn trước đẻ.

Hướng dẫn đóng vai: Học viên trong vai NHS phải thể hiện được:

Sự thông cảm với sản phụ, động viên sản phụ vượt qua khó khăn trong lúc chuyển dạ.

Nêu những diễn biến có thể xảy ra và các điều sản phụ cần thực hiện trong giai đoạn chuyển dạ để cuộc sinh nở được thuận lợi.

Đặt tình huống nếu sinh con trai thì sao và nếu không may sinh con gái thì nên như thế nào?

5.3. Bài tập đóng vai số 2 (lượng giá theo bảng kiểm).

Một học viên trong vai bà An ở tình huống trên, một học viên khác trong vai NHS làm tư vấn cho bà sau khi sinh con gái.

Hướng dẫn đóng vai: người đóng vai NHS cần thể hiện được:

Sự thông cảm với nỗi thất vọng của sản phụ, cố gắng phân tích, an ủi bà An để giải tỏa tâm lý buồn bực, chán nản sau khi sinh con không như ý muốn.

Phân tích thái độ của người thân trong gia đình bà An và hứa hẹn sẽ trao đổi với gia đình giúp bà vượt qua tình trạng tâm lý hiện tại.

Tư vấn về thái độ và công việc chăm sóc nuôi dưỡng con sau này.

Tư vấn không nên đẻ thêm lần nữa và biện pháp thực hiện.

BẢNG KIỂM: Tư vấn cho sản phụ trong khi chuyển dạ

TT	Nội dung	Có	Không	Ghi chú
A – Gặp gỡ				
	Tiếp đón, chào hỏi sản phụ và người thân gia đình họ niềm nở, gây thiện cảm để họ an tâm ngay từ khi tiếp xúc.			
	Mời sản phụ ngồi ngang hàng với cán bộ y tế (CBYT), người trong gia đình mời ngồi chung quanh (không để họ phải đứng). Nếu sản phụ mệt nên để nằm, CBYT ngồi bên cạnh.			
	CBYT tự giới thiệu: tên, chức vụ, nhiệm vụ chính tại cơ sở, được phân công phục vụ sản phụ trong cuộc chuyển dạ (CD).			
B – Gọi hỏi				
	Chủ yếu dùng câu hỏi mở với thái độ quan tâm, đồng cảm			
	Hỏi tên, tuổi, địa chỉ của sản phụ.			
	Hỏi về hoàn cảnh sinh sống, tiền sử bệnh tật toàn thân và bệnh phụ khoa.			
	Hỏi về tình trạng hôn nhân, tiền sử thai nghén và sảy, đẻ.			
	Hỏi về tình trạng hoạt động tình dục trong thời kỳ có thai.			
	Hỏi về ngày đầu của kỳ kinh cuối và từ đó đánh giá thai nhi đủ hay thiếu tháng.			
	Hỏi về những diễn biến trong quá trình thai nghén của sản phụ, về tự chăm sóc bản thân khi có thai.			
	Hỏi về các triệu chứng ban đầu và diễn biến của cuộc CD.			
	Khéo léo gọi hỏi về nỗi lo lắng, băn khoăn có thể có của sản phụ khi tới cơ sở y tế.			
C – Giới thiệu				
	Nói với sản phụ các công việc theo dõi của CBYT đối với họ trong quá trình CD (bao nhiêu lâu phải đo cơn co, nghe tim thai, lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp...).			
	Giới thiệu giường nằm, nơi đẻ và cách xếp đồ đạc, các phòng liên quan: nơi đẻ, nơi khám, nơi đi vệ sinh, nơi vứt rác...			
	Giới thiệu đồng nghiệp cùng cộng tác, theo dõi giúp đỡ sản phụ trong CD.			

TT	Nội dung	Có	Không	Ghi chú
D – Giúp đỡ				
	Giúp sản phụ hiểu biết đầy đủ về những điều họ muốn biết hoặc những điều chưa hiểu biết được phát hiện khi gọi hỏi.			
	Luôn luôn vui vẻ động viên, an ủi, giúp đỡ sản phụ an tâm, tin tưởng ở CBYT và cần hỗ trợ họ thực sự trong các cơn đau của CD (nâng đỡ, diu đi trong phòng, lau mồ hôi, xoa vùng lưng, giúp ăn uống...).			
E – Giải thích				
	Giải thích cho sản phụ hiểu về các diễn biến sẽ xảy ra trong CD (đau bụng từng cơn tăng dần, mót rặn khi sắp đẻ...) với cách nói cụ thể, dễ hiểu, hạn chế dùng từ chuyên môn, phù hợp trình độ nhận thức của sản phụ.			
	Nếu phát hiện khách có những ứng xử chưa phù hợp (nhìn ăn, không dám uống, vật vã kêu la khi có cơn đau...) thì nhẹ nhàng giải thích; hướng dẫn cách thở để đỡ đau. Không được tỏ thái độ coi thường họ.			
	Giải thích những việc cần thực hiện trong cơn đau, khi rặn đẻ và khi không được rặn tùy theo lời đề nghị của CBYT phục vụ.			
	Nói rõ các dấu hiệu bất thường cảnh báo một tai biến có thể xảy ra cần phải thông báo ngay cho CBYT (ra máu, ra nước, đau dữ dội, mệt lả muốn ngất...).			
	Nói rõ tại sao phải thăm khám thường xuyên nhiều lần trong quá trình CD để sản phụ tự nguyện hợp tác, nhưng cũng giải thích cần hạn chế thăm trong.			
	Trường hợp có gì khó khăn hay bất thường diễn ra khi theo dõi CD cần thông báo và giải thích cụ thể hướng xử trí cho sản phụ và gia đình họ (phải can thiệp thủ thuật, phẫu thuật hay chuyển tuyến).			
	Đề nghị sản phụ làm một số động tác (thở sâu, thư giãn, thổi hơi ra...).			
G – Gặp lại				
	Khuyến khích sản phụ và gia đình thông tin cho CBYT bất cứ khi nào thấy cần trao đổi hay cảm thấy bất thường trong cơ thể, không cần đợi đến khi CBYT chủ động đến thăm khám cho mình mới nói.			

Đánh giá: Đạt khi thực hiện được ít nhất từ 20 điểm "Có".

BẢNG KIỂM: Tư vấn cho sản phụ sau sinh

TT	Nội dung	Có	Không	Ghi chú
A– Gặp gỡ (nếu là người đã chăm sóc sản phụ trong chuyến dạ thì không cần bước này)				
	Tiếp đón, chào hỏi sản phụ và người thân gia đình họ niềm nở, gây thiện cảm để họ an tâm ngay từ khi tiếp xúc.			
	Mời sản phụ ngồi ngang hàng với cán bộ y tế (CBYT), nếu có người trong gia đình, mời ngồi chung quanh (không để họ phải đứng). Nếu sản phụ mệt nên để nằm, CBYT ngồi bên cạnh.			
	CBYT tự giới thiệu: tên, chức vụ, nhiệm vụ chính tại cơ sở.			
B– Gọi hỏi (nếu là người chăm sóc sản phụ trong chuyến dạ thì chỉ cần các bước 11 – 13)				
	Chủ yếu dùng câu hỏi mở với thái độ quan tâm, đồng cảm			
	Hỏi tên, tuổi, địa chỉ của sản phụ.			
	Hỏi về hoàn cảnh sinh sống, tiền sử bệnh tật toàn thân và bệnh phụ khoa.			
	Hỏi về tình trạng hôn nhân, tiền sử thai nghén và sảy, đẻ.			
	Hỏi về ngày đầu của kỳ kinh cuối và từ đó đánh giá thai nhi đủ hay thiếu tháng.			
	Hỏi về những diễn biến trong quá trình thai nghén của sản phụ, về tự chăm sóc bản thân khi có thai.			
	Hỏi về các triệu chứng ban đầu và diễn biến của cuộc CD.			
	Khéo léo gọi hỏi về nỗi lo lắng, băn khoăn của sản phụ sau khi sinh và biến chứng đã xảy ra (nếu có).			
C – Giới thiệu thông tin				
	Nói với sản phụ các công việc tự theo dõi bản thân ngay sau khi sinh (tập trung vào vấn đề phòng ngừa và phát hiện băng huyết). Vừa nói vừa hướng dẫn thực hiện.			

TT	Nội dung	Có	Không	Ghi chú
	Nói với sản phụ các việc cần theo dõi cháu bé mới sinh.			
	Nói về vệ sinh những ngày đầu sau sinh.			
	Nói về lợi ích của việc cho con bú sớm và hướng dẫn cách cho con bú (vừa nói vừa hướng dẫn sản phụ thực hiện).			
D – Giúp đỡ				
	Gọi hỏi, tìm hiểu tâm tư sản phụ và những điều họ muốn biết hoặc những điều chưa hiểu biết được phát hiện khi gọi hỏi.			
	Dựa trên các điều đã gọi hỏi, luôn vui vẻ động viên, an ủi, giúp đỡ sản phụ giải tỏa tâm lý bất ổn của họ sau sinh và giải đáp các điều sản phụ muốn hiểu biết hay hiểu biết và thực hành chưa đúng.			
E – Giải thích				
	Giải thích cho sản phụ các diễn biến sẽ xảy ra trong ngày đầu và những ngày sau đẻ ở phần giới thiệu nêu trên với cách nói cụ thể, dễ hiểu, hạn chế dùng từ chuyên môn, phù hợp trình độ nhận thức của sản phụ.			
	Phân tích và an ủi, động viên sản phụ vượt qua các bức xúc về tâm lý (nếu có) sau sinh để chóng hồi phục sức khỏe và nuôi dưỡng tốt sơ sinh.			
	Nói rõ các dấu hiệu bất thường cần thông báo ngay cho CBYT khi còn ở trạm và sau khi đã về nhà.			
G – Gặp lại				
	Nói rõ kế hoạch sẽ đến thăm sản phụ tại nhà trong thời kỳ hậu sản.			
	Khuyến khích sản phụ (và gia đình) thông tin cho CBYT bất cứ khi nào thấy cần trao đổi hay cảm thấy bất thường trong cơ thể, không cần đợi đến khi CBYT chủ động đến nhà thăm khám cho mình mới nói.			

Đánh giá:

Đạt khi thực hiện được ít nhất từ 18 điểm “Có”.

BẢNG KIỂM: tư vấn cho sản phụ sau sinh khi đến thăm tại nhà

TT	Nội dung	Có	Không	Ghi chú
A – Gặp gỡ				
	Đến nhà, chào hỏi mọi người, sản phụ và cháu bé với thái độ niềm nở, gây thiện cảm để họ an tâm ngay từ khi tiếp xúc.			
	CBYT tự giới thiệu: tên, chức vụ, nhiệm vụ chính tại cơ sở.			
	Nói rõ lý do, xin phép được thăm sản phụ và cháu bé để trao đổi với sản phụ và thành viên trong gia đình họ.			
B – Gợi hỏi:				
	Chủ yếu dùng câu hỏi mở với thái độ quan tâm, đồng cảm.			
	Hỏi tên và quan hệ của những người có mặt trong nhà cùng với sản phụ và thăm hỏi họ để gây thiện cảm.			
	Quan sát về nơi ăn chốn ở và hỏi về cảm giác hài lòng của sản phụ.			
	Gợi hỏi về tình trạng sức khỏe hiện tại của sản phụ và cháu bé.			
	Gợi hỏi về cách ăn uống hiện tại.			
	Gợi hỏi về cách gìn giữ vệ sinh của sản phụ và cháu bé.			
	Hỏi về cách cho cháu bé bú hàng ngày.			
	Hỏi về công việc hàng ngày của sản phụ.			
	Khéo léo gợi hỏi về nỗi lo lắng, băn khoăn của sản phụ hiện nay, chú ý nỗi lo có thai trở lại sớm.			
C – Giới thiệu				
	Nói với sản phụ các công việc tự theo dõi bản thân về sự hồi phục của cơ thể sau khi sinh (tập trung vào vấn đề phát hiện và phòng ngừa).			
	Nói với sản phụ các việc cần theo dõi sự phát triển của			

TT	Nội dung	Có	Không	Ghi chú
	cháu bé mới sinh.			
	Nói về chế độ ăn uống, vệ sinh, sinh hoạt.			
	Nói về việc cho con bú và hướng dẫn cách cho bú.			
D – Giúp đỡ				
	Giúp đỡ giải tỏa những lo ngại của sản phụ về bản thân hay về cháu bé và giải đáp những điều họ muốn biết hoặc những điều chưa hiểu biết phát hiện được khi gọi hỏi.			
	Bàn luận với sản phụ giúp họ tự chọn một BPTT thích hợp trong hoàn cảnh của họ.			
E – Giải thích				
	Giải thích cho sản phụ các điều sản phụ thắc mắc, chưa hiểu rõ phát hiện qua gọi hỏi với cách nói cụ thể, dễ hiểu, hạn chế dùng từ chuyên môn, phù hợp trình độ nhận thức của sản phụ.			
	Phân tích và an ủi, động viên sản phụ vượt qua các bức xúc về tâm lý (nếu có) sau sinh để chóng hồi phục sức khỏe và nuôi dưỡng con tốt.			
	Nói rõ các dấu hiệu bất thường của sản phụ và cháu bé cần thông báo ngay cho CBYT hoặc phải đi khám.			
G – Gặp lại				
	Nói kế hoạch sẽ đến thăm sản phụ tại nhà lần sau.			
	Khuyến khích sản phụ (và gia đình) thông tin cho CBYT bất cứ khi nào thấy cần trao đổi hay cảm thấy bất thường trong cơ thể, không cần đợi đến khi CBYT chủ động đến nhà thăm mới nói.			
	Chào tạm biệt sản phụ, cháu bé và người trong gia đình			

Đánh giá:

Đạt khi thực hiện được ít nhất từ 20 điểm “Có”.

CHẨN ĐOÁN VÀ THEO DÕI CHUYỂN DẠ ĐỂ THƯỜNG

A. MỤC TIÊU BÀI GIẢNG:

- Phân biệt được chuyển dạ thật và chuyển dạ giả.
- Kể được 3 giai đoạn của một cuộc chuyển dạ.
- Trình bày được các yếu tố tiên lượng của một cuộc chuyển dạ bất thường.
- Nói được 5 nguyên tắc cơ bản chăm sóc sản phụ trong khi chuyển dạ.
- Nói được cách khám nhận một sản phụ chuyển dạ theo đúng quy trình.
- Kể được 6 công việc cần làm để theo dõi một sản phụ trong khi chuyển dạ.

B. NỘI DUNG BÀI GIẢNG:

I. CHUYỂN DẠ

Chuyển dạ là giai đoạn cuối cùng kết thúc tình trạng thai nghén làm cho thai nhi và rau thai được đưa ra khỏi buồng tử cung qua đường âm đạo.

Một cuộc chuyển dạ để thường xảy ra sau một thời gian thai nghén từ hết tuần 37 (259 ngày) đến hết 41 tuần (287 ngày), trung bình là 40 tuần (280 ngày).

I.1. *Chẩn đoán chuyển dạ*

Chuyển dạ được xác định dựa vào 4 triệu chứng chính sau đây:

Các cơn co tử cung có đau bụng tăng dần lên với những đặc điểm từ nhẹ đến mạnh, từ ngắn đến dài, từ thưa đến mau với tần số là 3 cơn co trong 10 phút, mỗi cơn co kéo dài trên 20 giây.

Sản phụ thấy ra chất nhày (nhựa chuối) ở âm đạo.

Cổ tử cung xóa hết hoặc gần hết và đã mở từ 2cm trở lên.

Đầu ối thành lập: khi chuyển dạ, cực dưới túi ối sẽ dần dần ra do các cơn co tử cung dồn nước ối xuống tạo thành đầu ối.

I.2. *Phân biệt chuyển dạ thật và chuyển dạ giả*

Trước khi bước vào cuộc chuyển dạ thực để kết thúc thời kỳ thai nghén một vài tuần người sản phụ cũng đã có một số thay đổi tiền chuyển dạ như:

Có hiện tượng sụt bụng do ngôi thai bắt đầu cúi vào tiêu khung. Sản phụ thấy bụng nhỏ đi, dễ thở hơn, nếu đo chiều cao tử cung thấy giảm hơn.

Sản phụ hay đi tiểu, dịch tiết âm đạo tăng.

Có cơn co rất nhẹ, rất ngắn, rất thưa và không đau. Đó là cơn co sinh lý trước chuyển dạ.

Cổ tử cung có thể đã xóa một phần hoặc có khi cũng đã xóa hết, ở người đẻ con rạ thì ngay trong thời kỳ tiền chuyển dạ này có khi cổ tử cung cũng đã hé mở cho lọt ngón tay dễ dàng.

Vì thế nhiều khi rất khó xác định chuyển dạ thật hay giả. Về mặt lâm sàng, có thể căn cứ vào các dấu hiệu sau để phân biệt:

	Chuyển dạ thật	Chuyển dạ giả
Cơn co tử cung	Lúc đầu nhẹ – ngắn – thưa. Tiến triển tăng dần lên theo quá trình chuyển dạ, cơn co gây đau.	Cơn co tử cung thất thường, không tiến triển tăng dần lên như chuyển dạ thật.
Xóa mở cổ tử cung	Cổ tử cung biến đổi, mở rộng dần theo quá trình chuyển dạ.	Cổ tử cung hầu như không tiến triển sau một thời gian theo dõi.

Tóm lại, có thể nghĩ đến chuyển dạ giả khi theo dõi sản phụ không thấy mức độ tiến triển về cơn co tử cung, độ xóa mở cổ tử cung, trong đó quan trọng nhất là cơn co tử cung.

1.3. Các giai đoạn của một cuộc chuyển dạ

Chuyển dạ đẻ được chia thành ba giai đoạn

✚ **Giai đoạn I** (còn gọi là giai đoạn mở cổ tử cung) được tính từ khi cổ tử cung bắt đầu mở đến mở hết (10cm). Giai đoạn mở cổ tử cung chia ra 2 pha:

Pha tiềm tàng (1a) cổ tử cung bắt đầu mở đến 3cm, pha này cổ tử cung tiến triển chậm, thời gian trung bình là 8 giờ.

Pha tích cực (1b) cổ tử cung mở từ 3cm đến 10cm, pha này cổ tử cung tiến triển nhanh, thời gian chừng 7 giờ, mỗi giờ trung bình cổ tử cung mở thêm được 1cm hoặc hơn.

✚ **Giai đoạn II** (còn gọi là giai đoạn sổ thai) tính từ lúc cổ tử cung mở hết, ngôi lọt đến lúc thai sổ ra ngoài. Thời gian trung bình từ 30 phút đến 1 giờ.

✚ **Giai đoạn III** (còn gọi là giai đoạn sổ rau) tính từ lúc sổ thai đến khi rau sổ ra ngoài. Thời gian trung bình từ 15 phút đến 30 phút.

II. CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG MỘT CUỘC CHUYỂN DẠ:

Yếu tố tiên lượng là các dấu hiệu được phát hiện khi hỏi sản phụ, khi thăm khám và trong quá trình theo dõi chuyển dạ giúp cho người thầy thuốc đánh giá, dự đoán về một cuộc chuyển dạ và quá trình đẻ. Các dấu hiệu đó nếu ở trong phạm vi

bình thường thì đó là các yếu tố tiên lượng tốt. Ngược lại, nếu có những dấu hiệu, những chỉ số không bình thường thì cuộc đẻ sẽ gặp khó khăn, tai biến có thể xảy ra.

II.1. Quan niệm về một cuộc đẻ bình thường

Quan niệm về một cuộc đẻ bình thường bao gồm nhiều yếu tố:

Sản phụ đẻ được tự nhiên theo đường âm đạo sau một cuộc chuyển dạ xảy ra bình thường.

Trong chuyển dạ cũng như khi đẻ không phải can thiệp bất cứ thủ thuật, phẫu thuật nào (trừ cắt tầng sinh môn).

Không có biến cố nào xảy ra cho mẹ và con khi chuyển dạ, trong khi đẻ và sau đẻ.

Một số chỉ tiêu cụ thể đã được nêu ra để đánh giá một cuộc đẻ bình thường:

- Mẹ khỏe mạnh: không có bệnh (cấp, mạn tính), không có dị tật và di chứng bệnh (toàn thân, sinh dục), không có tiền sử đẻ khó, băng huyết...
- Không có biến cố trong khi có thai lần này.
- Tuổi thai từ đủ 37 tuần đến hết 41 tuần.
- Một thai – ngôi chỏm.
- Chuyển dạ tự nhiên.
- Cơ co tử cung bình thường theo sự tiến triển của chuyển dạ.
- Nhịp tim thai ổn định trong suốt thời kỳ chuyển dạ.
- Tình trạng ối bình thường (không đa ối, không thiếu ối, không vỡ ối non và sớm, nước ối không có phân su, không có máu).
- Thời gian chuyển dạ bình thường, trung bình 16 – 18 giờ hoặc ngắn hơn.
- Ngôi tiến triển tốt từ cao xuống thấp.
- Thời gian rặn đẻ bình thường (dưới 60 phút).
- Thai sổ tự nhiên không cần can thiệp.
- Thai đẻ ra cân nặng trên 2500g, Apgar sau phút đầu phải từ 8 điểm trở lên.
- Sổ rau bình thường (dưới 30 phút) trong và sau sổ rau không băng huyết, không sót rau.

II.2. Các yếu tố tiên lượng một cuộc chuyển dạ bất thường

Đó là những dấu hiệu, những triệu chứng bất thường thể hiện trong quá trình mang thai và quá trình theo dõi chuyển dạ cần phải chuyển tuyến để xử trí kịp thời.

– Yếu tố về mẹ

Chảy máu trong khi có thai và ra máu nhiều khi chuyển dạ.

Tuổi mẹ: trước 18 hoặc sau 35 tuổi nếu là con so, sau 40 tuổi nếu là con rạ.

Đẻ quá dày hoặc quá nhiều (khoảng cách giữa 2 lần đẻ dưới 3 năm, đẻ trên 4 lần).

Thai phụ lo lắng, sợ hãi, mệt mỏi vì các lý do sức khỏe cá nhân, gia đình và xã hội.

Mạch nhanh, huyết áp cao hoặc thấp, nhiệt độ cơ thể tăng, khó thở.

Khung chậu hẹp, giới hạn hoặc méo. Tầng sinh môn cứng rắn.

Tiền sử đẻ khó: mổ đẻ cũ, forceps, giác hút, băng huyết khi đẻ.

Các bệnh có sẵn từ trước hoặc mới phát sinh trong quá trình chuyển dạ (bệnh tim mạch, phổi, gan, thận, tăng huyết áp, tiền sản giật, sản giật, thiếu máu, nhiễm khuẩn...).

– Yếu tố về thai và phần phụ của thai

Thai quá ngày sinh hoặc non tháng.

Đa thai, ngôi bất thường, thai to.

Tim thai: nhịp tim thai trên 160 lần/phút hoặc dưới 120 lần/phút.

Tình trạng ối:

✚ Đầu ối phòng hay hình quả lê, màng ối dày, ối vỡ non, ối vỡ sớm.

✚ Nước ối có phân su, máu hoặc có mùi hôi.

✚ Đa ối hay thiếu ối.

Rau tiền đạo, rau bong non.

– Tiến triển của cuộc chuyển dạ

Cơ co tử cung bất thường:

✚ Tăng co bóp: cơn co mạnh, cơn co mau hoặc tăng cả hai (cơn co mạnh và mau).

✚ Giảm co bóp: cơn co yếu, cơn co thưa hoặc giảm cơn co toàn bộ (cơn co yếu và thưa).

✚ Rối loạn cơn co: cơn co tử cung không đồng bộ.

Xóa mở cổ tử cung không tốt: cổ tử cung dày, cứng, phù nề, mở chậm hoặc không mở thêm.

Chuyển dạ kéo dài so với biểu đồ chuyển dạ.

Độ lọt của ngôi thai: đầu thai luôn luôn chồm vệt. Ngôi thai không tiến triển, đầu không cúi, có hiện tượng chông khớp sọ hoặc không lọt.

Như vậy, tiên lượng một cuộc chuyển dạ cho chính xác là điều khó nhưng là điều bắt buộc người thầy thuốc sản khoa nào cũng phải thực hiện theo dõi sát, phát hiện bất thường chuyển tuyến hoặc xử trí kịp thời để tránh các tai biến có thể xảy ra cho mẹ và con. Sử dụng biểu đồ chuyển dạ giúp theo dõi quá trình chuyển dạ nhằm phát hiện sớm các chuyển dạ bất thường.

III. CÁC NGUYÊN TẮC CƠ BẢN VỀ CHĂM SÓC TRONG KHI CHUYỂN DẠ:

- III.1.* Tốt nhất bà mẹ phải được theo dõi chuyển dạ tại trạm y tế xã. Người nữ hộ sinh phải giải thích những ích lợi của việc đẻ tại cơ sở y tế để được chăm sóc chu đáo trong những lần khám thai.
- III.2.* Phải theo dõi chuyển dạ một cách toàn diện có hệ thống, phải thành thạo các thao tác chuyên môn, phải biết ghi và phân tích được một biểu đồ chuyển dạ để phát hiện các yếu tố bất thường trong theo dõi chuyển dạ, kịp thời gửi đi bệnh viện đảm bảo sự an toàn cho mẹ và con.
- III.3.* Nếu sản phụ được quyết định đẻ tại cơ sở y tế, người nữ hộ sinh cần phải chuẩn bị những dụng cụ tối thiểu cần thiết và đảm bảo vô khuẩn cùng với những dụng cụ để chăm sóc sơ sinh ngay sau đẻ. Nếu sản phụ đẻ tại nhà, phải sử dụng gói đỡ đẻ sạch.
- III.4.* Khi đỡ đẻ, đỡ rau, kiểm tra rau, làm rốn sơ sinh phải thao tác đúng qui trình đặc biệt là quy trình phòng tránh nhiễm khuẩn. Một số trường hợp phải bóc rau nhân tạo, kiểm soát tử cung, khâu tầng sinh môn cũng phải thao tác đúng qui trình và đảm bảo vô khuẩn mới hy vọng góp phần hạ tỷ lệ tai biến sản khoa.
- III.5.* Phải sử dụng biểu đồ chuyển dạ cho mọi sản phụ khi chuyển dạ tại tất cả các tuyến.

IV. KHÁM NHẬN MỘT SẢN PHỤ CHUYỂN DẠ Ở CƠ SỞ Y TẾ:

IV.1. Chuẩn bị

Nữ hộ sinh, y sĩ, bác sĩ chuyên khoa phụ sản được khám xác định chuyển dạ.

Phương tiện:

- Máy đo huyết áp và ống nghe tim phổi để khám nội khoa.
- Dụng cụ khám thai: thước dây, thước đo khung chậu, ống nghe tim thai, giấy pH, găng hấp, mỏ vịt hoặc van vô khuẩn, dầu nhờn bôi trơn, dung dịch sát khuẩn, thông đái.

IV.2. Các bước tiến hành

Một sản phụ chuyển dạ đến cơ sở y tế đẻ, cần được khám nhận theo một quy trình thống nhất, theo bảng kiểm dưới đây:

BẢNG KIỂM: khám nhận một sản phụ chuyển dạ ở trạm y tế cơ sở

TT	Nội dung	Có	Không
1	Chào hỏi sản phụ và gia đình. Đón tiếp niềm nở, mời sản phụ ngồi hay nằm trên giường (nếu đau và mệt nhiều).		
2	Thăm hỏi và nói tóm tắt công việc sẽ làm đối với sản phụ để họ hợp tác với nữ hộ sinh (NHS) khi khám và trả lời tất cả những câu hỏi của sản phụ.		
3	Xem lại hồ sơ khám thai (phiếu khám thai). Xác định lại với sản phụ những dữ kiện đã ghi trong đó – Điều nào chưa rõ thì hỏi thêm.		

Bước I: Hỏi

TT	Nội dung	Có	Không
4	Bắt đầu có dấu hiệu chuyển dạ từ bao giờ?		
5	Dấu hiệu đầu tiên của chuyển dạ: đau bụng, ra nhựa chuối, ra nước hay ra máu?		
6	Toàn trạng: đau nhiều, mệt mỏi, nhức đầu, hoa mắt, nhìn mờ, ù tai, chóng mặt?		
7	Có dùng thuốc gì trước khi đến trạm?		
8	Bữa ăn gần nhất vào lúc nào?		
9	Đại tiện gần nhất vào lúc nào?		

Bước II: Thăm khám ngoài

TT	Nội dung	Có	Không
10	Đề nghị sản phụ đi tiểu trước khi khám, đồng thời lấy nước tiểu để thử protein niệu.		
11	Quan sát toàn trạng: còn tươi tỉnh hay mệt mỏi, béo, gầy, xanh xao, khó thở....		
12	Cân cho sản phụ.		
13	Lấy nhiệt độ, đếm mạch, đo huyết áp.		

14	Đo khung xương ngoài (nếu có thước), đo chiều cao tử cung, vòng bụng, quan sát hình dáng tử cung và phát hiện bất thường (hình tim, có sẹo mổ...).		
15	Nắn bụng chẩn đoán ngôi thể và vị trí của ngôi trong khung chậu (cao lỏng, chúc, chặt, lọt).		
16	Nghe tim thai.		
17	Đo cơn co tử cung (thời gian, độ mạnh, khoảng cách giữa các cơn co).		
18	Ghi kết quả khám vào hồ sơ hoặc trên biểu đồ chuyên dạ.		

Bước III: Thăm khám trong

TT	Nội dung	Có	Không
19	Chuẩn bị: nước rửa, thuốc sát khuẩn, bông rửa, kim cặp bông, găng vô khuẩn.		
20	Giải thích cho sản phụ về việc cần thiết phải khám trong và dẫn vào phòng kín đáo.		
21	Hướng dẫn cho sản phụ lên bàn, bộc lộ phần dưới cơ thể, mông sát mép bàn để nữ hộ sinh rửa (nếu cần bôi thuốc sát khuẩn).		
22	Nữ hộ sinh rửa tay, đi găng vô khuẩn.		
23	Quan sát tại âm hộ: dịch, máu, dẫn tĩnh mạch, phù nề, vết sùi, vết loét. Khi cần đặt van hay mở vệt xem màng ối còn hay rách.		
24	Một tay dùng các đầu ngón tách các môi âm hộ để tay kia luồn hai ngón (trỏ và giữa) vào âm đạo một cách dễ dàng.		

Các vấn đề cần đánh giá khi thăm khám trong

TT	Nội dung	Có	Không
25	Tình trạng cổ tử cung: độ xóa mờ, mềm mỏng hay dày, cứng, phù nề, tư thế (ở giữa hay lệch).		

26	Tình trạng đầu ối, số giờ vỡ ối. Nếu ối còn: đầu ối dẹt hay phồng, màng ối dày hay mỏng, có sa dây rốn?...		
27	Tình trạng ngôi thai: ngôi, thế, kiểu thế gì? vị trí trong tiểu khung: cao, chúc, chặt, lọt, sự chùng khớp?		
28	Tình trạng khung chậu: mặt sau khớp mu, mặt trước xương cùng, gai hông, môm nhô.		
29	Rút tay ra khỏi âm đạo: quan sát chất dính trên đầu ngón tay (nếu nghi có nhiễm khuẩn thì chú ý đến mùi).		
30	Giải thích kết quả thăm khám cho sản phụ biết và có thể dự báo giờ đẻ và tiên lượng cuộc đẻ.		
31	Đưa sản phụ về giường, cho lời khuyên cần nằm nghỉ hay đi lại trong phòng. Hướng dẫn ăn uống, tự theo dõi.		
32	Ghi lại kết quả khám vào hồ sơ hay biểu đồ chuyển dạ.		

Lượng giá:

Đạt khi thực hiện được 25 mục trở lên.

Không đạt khi thực hiện dưới 25 mục.

V. CÁC CÔNG VIỆC CỤ THỂ ĐỂ THEO DÕI MỘT CUỘC CHUYỂN DẠ ĐỂ THƯỜNG:

Sau khi sản phụ đã được khám nhận, NHS phải thực hiện các công việc theo dõi mọi diễn biến và sự tiến triển của chuyển dạ, kịp thời phát hiện những nguy cơ có thể xuất hiện khi chuyển dạ, đảm bảo được độ an toàn cao nhất đối với cả mẹ và con.

Trong quá trình chuyển dạ sản phụ cần được theo dõi về 6 yếu tố dưới đây (dựa theo Biểu đồ chuyển dạ):

V.1. Theo dõi toàn thân

Mạch:

Trong chuyển dạ bắt mạch 1 giờ một lần, sau đẻ 15 phút một lần trong giờ đầu, 30 phút một lần trong giờ thứ hai và 1 giờ một lần trong 4 giờ tiếp theo.

Bình thường mạch 70 – 80 lần/phút, mạch nhanh ≥ 90 lần/phút hoặc chậm ≤ 60 lần/phút phải hồi sức rồi chuyển tuyến gần nhất.

Huyết áp:

Đo huyết áp trong chuyển dạ 1 giờ một lần, ngay sau đẻ, khi có chảy máu hoặc mạch nhanh. Chỉ đo huyết áp giữa các cơn co tử cung khi sản phụ đã hết đau.

Chuyển tuyến huyện khi: huyết áp tối đa trên 140mmHg hoặc huyết áp tối thiểu trên 90mmHg hoặc cả hai. Huyết áp tụt thấp dưới 90/60mmHg phải hồi sức và chuyển tuyến. Nếu huyết áp quá thấp phải gọi tuyến trên xuống hỗ trợ.

Thân nhiệt:

Đo thân nhiệt 4 giờ/lần.

Bình thường $\leq 37^{\circ}\text{C}$. Khi nhiệt độ $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ cần chuyển tuyến.

Quan sát diễn biến toàn trạng:

Nếu người mẹ mệt lả, kiệt sức, vật vã, khó thở phải chuyển tuyến.

V.2. Theo dõi các cơn co tử cung

- Theo dõi độ dài 1 cơn co và khoảng cách giữa 2 cơn co.
- Nếu có điều kiện thì theo dõi cơn co trong vòng 10 phút liền để biết tần số cơn co.
- Trong pha tiềm tàng đo 1 giờ một lần, pha tích cực 30 phút một lần.
- Cơn co tử cung quá thưa yếu, quá mạnh, rối loạn hoặc tăng trương lực cơ bản (ngoài cơn co thành bụng vẫn cứng) đều phải chuyển tuyến.
- Nếu cơn co quá mạnh (Xem bài Biểu đồ chuyển dạ) phải cho thuốc giảm co papaverin 40mg tiêm bắp 01 ống (hoặc uống 02 viên) trước khi chuyển.
- Ở tuyến y tế cơ sở không được dùng thuốc tăng co khi cơn co thưa yếu.

V.3. Theo dõi nhịp tim thai

- Nghe tim thai 30 phút một lần đối với pha tiềm tàng, 15 phút một lần đối với pha tích cực (ghi vào bệnh án), nghe trước và sau khi vỡ ối hay bấm ối. Thời điểm nghe tim thai là sau khi hết cơn co tử cung.
- Phải đếm tần số nhịp tim thai trong một phút, nhận xét nhịp tim thai có đều hay không?
- Nhịp tim thai trung bình từ 120 – 160 lần/phút. Nếu nhịp tim thai trên 160 lần/phút hoặc dưới 120 lần/phút, không đều phải hồi sức và chuyển tuyến.

V.4. Theo dõi tình trạng ối

- Nhận xét hình dạng đầu ối và tình trạng ối khi thăm âm đạo và khi ối vỡ.
- Bình thường đầu ối dẹt, nước ối có thể trong hay đục, số lượng 500 – 1000ml.
- Cổ tử cung mở hết, ối chưa vỡ phải tiến hành bấm ối (xem bài Kỹ thuật bấm ối).
- Chuyển tuyến: nếu đầu ối phồng căng hay hình quả lê, ối vỡ non, ối vỡ sớm trên 6 giờ chưa đẻ, nước ối màu xanh, màu đỏ hoặc nâu đen, hôi thối, đa ối, thiếu ối.

V.5. Theo dõi mức độ xóa mở cổ tử cung

- Thăm âm đạo 4 giờ một lần, khi ối vỡ và khi quyết định cho sản phụ rặn.

- Cổ tử cung mềm, mỏng, không cứng, không phù nề. Đường biểu diễn cổ tử cung luôn ở bên trái đường báo động.
- Tuyến xā phải chuyển tuyến ngay: nếu cổ tử cung không tiến triển, phù nề, đường biểu diễn cổ tử cung chuyển sang bên phải đường báo động và cổ tử cung mở hết mà đầu không lọt. Ở tuyến huyện nữ hộ sinh phải mời bác sĩ khám lại để có thái độ xử trí.

V.6. Theo dõi mức độ tiến triển của ngôi

- Phải đánh giá mức độ tiến triển của ngôi bằng cách nắn ngoài thành bụng và thăm âm đạo.
- Có 4 mức độ: cao lỏng, chực, chặt và lọt với 3 độ lọt cao, lọt trung bình và lọt thấp.
- Ghi mức tiến triển của ngôi vào biểu đồ chuyển dạ.
- Nếu ngôi thai không tiến triển: luôn ở cao, chờm vệt, đầu uốn khuôn nhiều (chồng xương sọ) phải chuyển tuyến có điều kiện phẫu thuật.

Các yếu tố cần theo dõi được tóm tắt trong bảng dưới đây

Yếu tố	Pha tiềm tàng	Pha tích cực	Giai đoạn sổ thai
Mạch	1 giờ	1 giờ	
Huyết áp	1 giờ	1 giờ	
Nhiệt độ	4 giờ	4 giờ	
Tim thai	30 phút	15 phút	Sau mỗi cơn rặn
Cơn co tử cung	1 giờ	30 phút	
Độ xóa mở cổ tử cung	4 giờ	2 – 4 giờ	
Nước ối	4 giờ	2 – 4 giờ	
Độ lọt của ngôi	1 giờ	30 phút	
Chồng khớp		2 – 4 giờ	

I. CHỈ ĐỊNH CHUYỂN TUYẾN

Nếu có dấu hiệu bất thường biểu hiện bằng các triệu chứng sau:

- Mạch trên 90 lần/phút, dưới 60 lần/phút.
- Huyết áp trên 140/90, dưới 90/60mmHg.
- Nhiệt độ trên 37,5°C.

- Toàn trạng mệt mỏi, khó thở.
- Có dấu hiệu suy thai: nước ối có lẫn phân su hoặc máu, nhịp tim thai nhanh (trên 160 lần/phút), chậm (dưới 120 lần/phút) hoặc không đều (lúc nhanh lúc chậm).
- Con co bất thường: quá dài (trên 1 phút), quá ngắn (dưới 20 giây) có liên quan đến tiến triển chậm của cổ tử cung.
- Bất tương xứng giữa khung chậu và đầu thai nhi: đầu không lọt, có hiện tượng chông khớp sọ từ độ ++ trở lên.
- Cổ tử cung tiến triển chậm: pha tiềm tàng kéo dài (trên 8 giờ); Pha tích cực trì trệ (mở dưới 1cm/giờ).

Tự lượng giá

Trả lời ngắn các câu từ 1 đến 12:

I. Hãy nêu 4 dấu hiệu chính để xác định một cuộc chuyển dạ.

A

B

C

D

II. Hãy nêu 3 giai đoạn của một cuộc chuyển dạ.

A

B

C

III. Giai đoạn I của chuyển dạ có 2 pha:

A

B

IV. Hãy nêu 6 yếu tố cần theo dõi đối với một sản phụ chuyển dạ.

A

B

C

D

E

G.....

V. Hãy nêu hai trường hợp bất thường về vỡ ối cần chuyên tuyến.

A.....

B.....

VI. Thời gian trung bình của pha tiềm tàng là...^(A)... giờ và của pha tích cực là...^(B)...giờ

VII. Khi chuyển dạ tốt nhất sản phụ được theo dõi tại.....^(A).....để được chăm sóc.....^(B).....

VIII. Nếu sản phụ được quyết định đẻ tại trạm y tế xã, NHS cần chuẩn bị những.....^(A).....và đảm bảo.....^(B).....

IX. Trong chuyển dạ bình thường, nhịp tim thai có tần số từ...^(A).....đến....^(B).... Và tần số trung bình là...^(C).....

X. Trong trường hợp thai bị suy, nhịp tim thai có thể.....^(A).....có thể....^(B)..... và nhịp điệu có thể.....^(C).....

XI. Nêu 3 đặc điểm lâm sàng của cơn co tử cung trong chuyển dạ

A. Lúc ban đầu.....

B. Về sau.....

Bài tập tình huống

XII. Sản phụ Lê thị Lan 35 tuổi, chuyển dạ con so, thai 40 tuần đau bụng vật vã, cơn co 45 giây cách 2 phút, nhịp tim thai 130 lần/phút, cổ tử cung mở 3cm, ối vỡ hoàn toàn, đầu cao.

A. Theo bạn, cuộc chuyển dạ của chị Lan tốt hay xấu ?

B. Nếu xấu vì:

C. Nên làm:

XIII. Một thai phụ con so, có tuổi thai 39 tuần đến trạm khai rằng đã chuyển dạ vì thấy sụt bụng và ra chất nhày. NHS khám thấy:

- Sản phụ chưa thấy đau bụng.
- Đo cơn co thấy 8 đến 10 phút mới có một cơn.
- Cơn co tử cung nhẹ chỉ từ 15 – 20 giây.
- Cổ tử cung xóa hết, cho lọt ngón tay.

A. Theo ý bạn thai phụ này đã chuyển dạ thật hay chưa?

B. Thái độ xử trí đúng nhất của NHS lúc đó như thế nào?

XIV. Sản phụ Nguyễn Thị Hương, 25 tuổi, chuyển dạ con so, thai 38 tuần, vào viện lúc 5 giờ sáng. Lúc vào cơn co 25 giây cách 3 phút 30 giây, cổ tử cung mở 2cm, ối dẹt, đầu chúc, nhịp tim thai 140 lần/phút. Lúc 14 giờ cơn co 25 giây cách 4 phút, cổ tử cung mở 3 cm, ối dẹt, đầu chúc, nhịp tim thai 140 lần/phút.

Theo bạn cuộc chuyển dạ của chị Hương có bình thường không? Vì sao?

KỸ NĂNG ĐỠ SANH THƯỜNG NGÔI CHỖM

A. MỤC TIÊU BÀI GIẢNG:

- Kể được các điều kiện đủ để thực hiện đờ sanh ngôi chỏm.
- Kể được các bước chuẩn bị dụng cụ đờ sanh và chuẩn bị sản phụ sanh.
- Thực hiện thuần thục các động tác đờ sanh trường hợp ngôi chỏm, kiểu thể chằm chậu trái trước.

B. PHÂN BỐ THỜI GIAN:

NỘI DUNG	thời gian
Giới thiệu mục đích học kỹ năng và nêu mục tiêu học tập	5 ph
Ôn sơ lược về lý thuyết của cơ chế sanh ngôi chỏm qua hình ảnh minh họa	15 ph
Giới thiệu đoạn film về kỹ thuật đờ sanh ngôi chỏm đang thực hiện tại các phòng sanh	15 ph
Giảng viên thực hiện thao tác trên mô hình	15 ph
Các sinh viên thực tập trên mô hình (trong thời gian đó, máy chiếu film cứ cách 10 phút lại chiếu lại một lần)	90 ph
Lớp học nghỉ giải lao giữa giờ	10 ph
Lượng giá qua bảng kiểm <ul style="list-style-type: none">• Mời sinh viên lên thực hiện các động tác kỹ thuật trên mô hình và các sinh viên khác đánh bảng kiểm• Giảng viên và lớp học cùng nhận xét và góp ý (nếu cần) cho các sinh viên đã thực hiện• Giảng viên trả lời các câu hỏi thắc mắc của sinh viên• Trả lời các câu hỏi trắc nghiệm lượng giá	30 ph

C. NỘI DUNG BÀI GIẢNG:

I. NHẮC LẠI MỘT SỐ CƠ SỞ LÝ THUYẾT:

1.1. NGÔI CHĂM:

- Là ngôi thường gặp nhất trong các cuộc sinh đẻ (95%).
- Đa số thường dẫn đến sanh thường.
- Ngôi chằm là ngôi đầu cúi tốt, cằm thai nhi đụng ngực của bé.

Lâm sàng: phần thai thấp nhất lọt vào tiểu khung đầu tiên mà ta sờ được khi khám âm đạo là xương chằm của đầu thai nhi.

Mốc của ngôi chằm là xương chằm.

Lâm sàng: ta có thể nhận biết được vị trí xương chằm khi thăm khám âm đạo bằng cách xác định được **thóp sau và các rãnh liên xương:** liên đỉnh và liên đỉnh chằm.

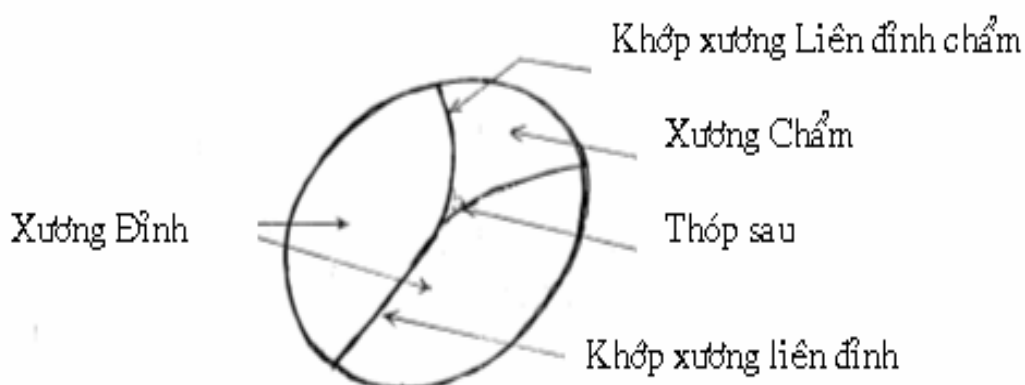
Tùy theo vị trí của xương chằm đối với khung chậu mà ta có thể xác định được kiểu thế của ngôi chằm.

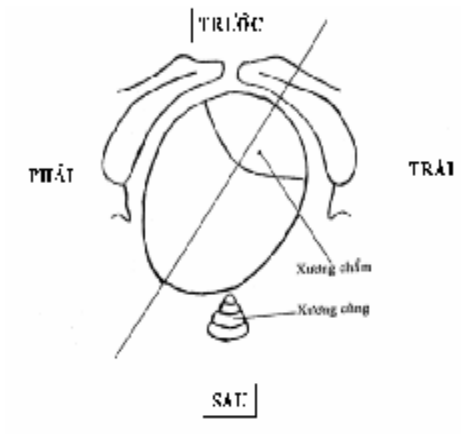
CÁC KIỂU THẾ:

Chằm chậu trái trước (thường gặp nhất–sinh dễ), Chằm chậu phải trước, Chằm chậu trái sau, Chằm chậu phải sau, chằm chậu phải ngang và chằm chậu trái ngang.

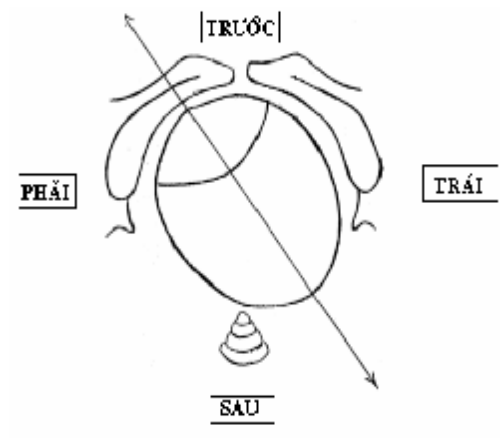
Các đường kính lọt của đầu thai trong ngôi chằm (cúi tốt)

- Đường kính lưỡng đỉnh = 9,5 cm và Đường kính hạ cằm – thóp trước = 9,5 cm
- Nếu đầu thai không cúi tốt thì ngôi chằm sẽ trở thành ngôi thóp trước, đường kính lọt sẽ là đường kính lưỡng đỉnh và đường kính cằm – trán = 11,75 cm, không sanh được ngã âm đạo.

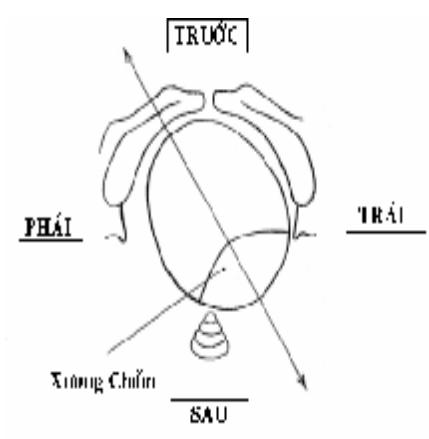




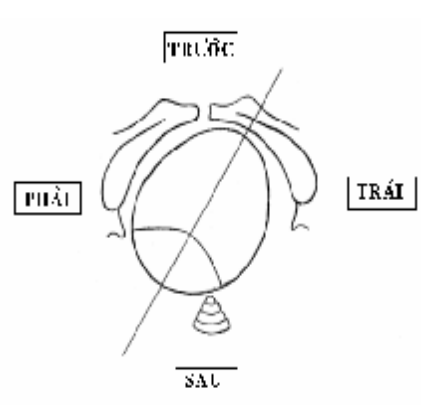
Kiểu thể Châm chậu trái trước (CCTT)



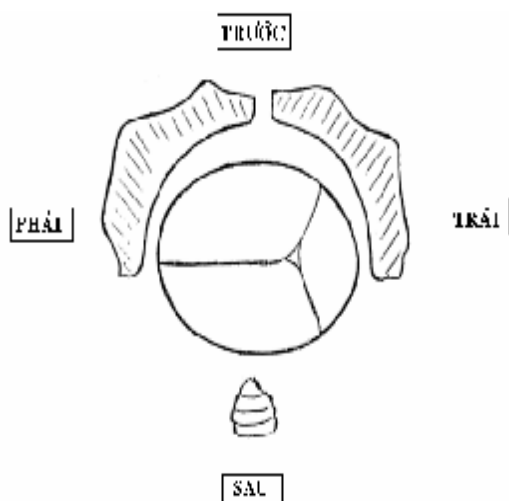
Kiểu thể Châm chậu phải trước (CCPT)



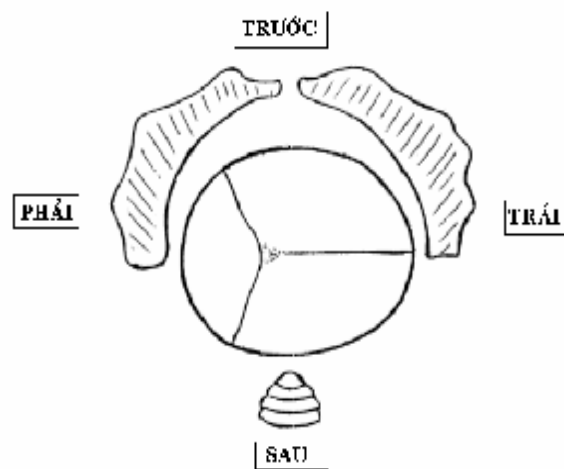
Châm Chậu Trái Sau



Châm chậu phải sau



Chăm chậu trái ngang



Chăm Chậu Phải Ngang

Để Chẩn Đoán Ngôi Chẳm: Chủ yếu dựa vào *Sờ nắn bụng* và *Thăm khám âm đạo*

(a) Sờ nắn bụng: gồm 4 thủ thuật Léopold

Thủ thuật 1: Sờ được một khối tròn không đều, không cứng, không có dấu hiệu lúc lắc; đó là mông của thai nhi ở đáy tử cung.

Thủ thuật 2: Một tay sờ được một mặt phẳng dài đều theo tử cung, đó là lưng của thai nhi. Một tay sờ được những khối lồi nhô, có khi có cử động đập vào bàn tay của ta: đó là chi của thai nhi. Trong đa số các trường hợp ngôi chẳm, ta thường gặp kiểu thể chẳm chậu trái trước. Do đó, khi làm thủ thuật 2, thường bàn tay áp vào hông trái của sản phụ sẽ sờ được mặt phẳng của lưng thai nhi.

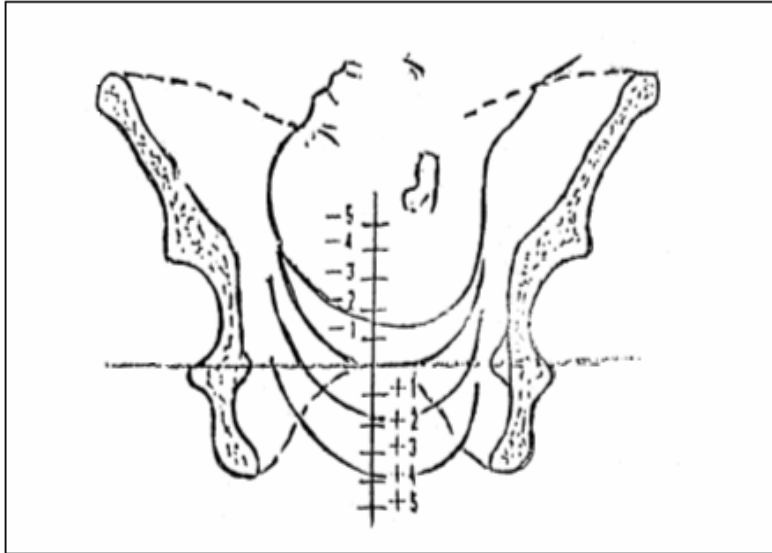
Thủ thuật 3: Bàn tay phải sờ được một khối cứng nằm giữa ngón tay cái và các ngón tay khác đó là đầu thai nhi. Nếu đầu thai nhi còn lúc lắc giữa các ngón tay người khám có nghĩa là đầu thai nhi còn cao, di động.

Thủ thuật 4: Để xem đầu thai nhi đã lọt vào tiểu khung hay chưa.

(b) Nghe tim thai: Tim thai thường nghe được ở $\frac{1}{4}$ dưới rốn, bên trái (thể trái)

(c) Thăm khám âm đạo:

- Sờ được một khối tròn đều cứng
- Sờ được thóp sau, từ đó xác định được xương chẳm đầu thai, nằm phía trước, bên trái khung chậu
- Xem đầu thai nhi có cúi tốt không (thóp sau càng nằm gần vị trí trung tâm của cổ tử cung thì đầu thai càng cúi tốt)
- Đánh giá độ lọt:



Đầu cao chưa lọt: khi phần thấp nhất của ngôi thai chưa đi ngang đường nối 2 gai hông

Đầu lọt: khi phần thấp nhất của ngôi thai đã đi ngang đường nối 2 gai hông (đầu lọt +1,+2....)

1.2. CƠ CHẾ SANH NGÔI CHẤM (KIỂU THỂ CCTT)

Có 3 thì chính:

(a) **Thì lọt** : là khi đầu thai nhi đi ngang qua eo trên, lọt vào tiểu khung. Đây là thì quan trọng nhất của việc sô thai vì nếu đầu không lọt thì không thể sanh bằng ngã âm đạo được.

Trong thì Lọt, trước khi lọt được vào tiểu khung, đầu thai phải trải qua hai động tác chuẩn bị

- Đầu hướng theo một đường kính thuận lợi nhất của eo trên là đường kính chéo trái.
- Đầu phải cúi gập lại, để thu nhỏ nhất kích thước phải đi ngang qua eo trên.
- Đường kính dọc lớn nhất của đầu thai nhi cúi tốt là đường kính đi ngang qua hai thóp sẽ hướng theo đường kính lớn và thuận lợi nhất của eo trên là đường kính chéo trái (12,75 cm).

Lâm sàng:

Khi đầu thai chưa lọt:

- Sờ nắn đầu thai trên xương vẹt thấy đầu thai còn cao, di động được (thủ thuật 3 Léopold)
- Hai tay áp sát vào đầu thai theo thủ thuật 4 Léopold: hai bàn tay chụm vào nhau
- Nắn đầu thai thấy trán và xương chẩm của đầu thai còn ở trên xương vẹt, mỏm vai của thai nhi nằm phía trên xương vẹt khoảng 4 ngón tay.

- Thăm khám âm đạo: khung chậu trống, đầu thai cao, di động, nằm trên hai gai hông

Khi đầu thai đã lọt:

- Sờ nắn đầu thai qua thành bụng: Không còn sờ được trán và xương chẩm
- Thủ thuật 4 Léopold: hai bàn tay xòe ra trên xương vệ
- Mỏm vai chỉ cách bờ trên xương vệ khoảng 3 ngón tay
- Khám âm đạo:
 - ✚ Dấu hiệu Farabeuf: hai ngón tay trong âm đạo không sờ được đốt xương cùng S2. Điểm thấp nhất của xương đầu thai nằm ngang hay dưới đường thẳng nối hai gai hông (eo giữa)
 - ✚ Ta có thể xác định vị trí đầu thai so với đường thẳng liên gai hông để xác định đầu thai đã lọt + 1, +2, +3,...
 - ✚ Khi khám âm đạo ta còn xác định được kiểu thế của đầu (qua vị trí của thóp sau – xương chẩm, đầu thai có cúi tốt không (thóp sau càng gần vị trí trung tâm)

(b) **Thì xuống và xoay:** là khi đầu thai đi ngang qua eo giữa

- Đầu thai nhi bị đẩy xuống do sức co của thân tử cung ép vào mông thai nhi.
- Khi xuống, đầu thai đụng vào các phần mềm, nhất là đáy chậu, xoay dần từ chỗ xương chẩm ở phía trước, bên trái khung chậu trở thành chẩm vệ – xương chẩm nằm ngang ở dưới xương vệ. Như vậy đầu thai phải xoay một góc 45o ngược chiều kim đồng hồ.

Lâm sàng:

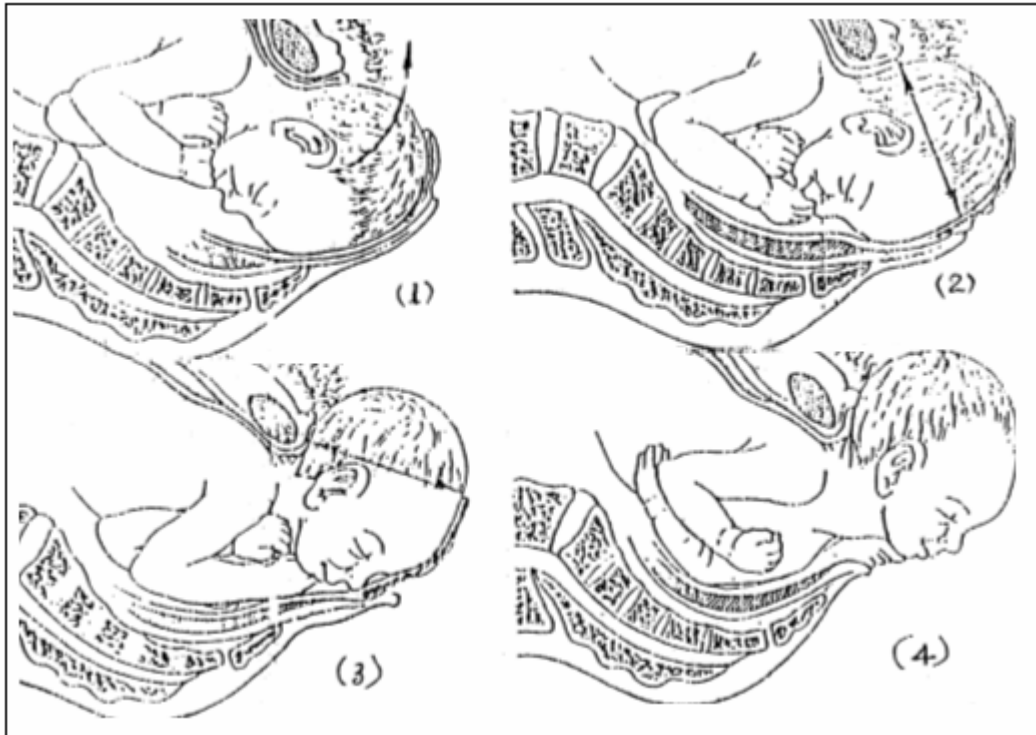
- Xác định độ xuống và xoay của đầu thai bằng cách khám âm đạo khoảng 1 – 2 giờ một lần, định xem phần thấp nhất của xương đầu thai ở vị trí nào so với đường thẳng liên gai hông
- Xác định vị trí của thóp sau – xương chẩm so với khung chậu của sản phụ

(c) **Thì sổ thai:** khi đầu thai đi ngang qua eo dưới, rời vai, bụng, mông của thai nhi cũng qua eo dưới và sổ ra ngoài.

Sổ đầu thai nhi :

- Đầu thai cúi tốt (chẩm vệ), nằm ngang eo dưới, xương chẩm tì ngay dưới xương vệ.
- Đầu thai ngửa lên từ từ, làm cho tầng sinh môn căng ra, giãn rộng về phía trên và ra trước, lỗ âm đạo hơi gần với đường nằm ngang.
- Vùng hạ chẩm tựa vào dưới xương vệ, ngửa từ từ. Đầu thai bắt đầu sổ từ xương chẩm đến trán, mắt, mũi, miệng, cằm.
- Hạ chẩm nằm dưới xương vệ tầng sinh môn giãn rộng.
- Đầu thai ngửa từ từ đường kính hạ chẩm thóp trước trùng với đường kính xương vệ xương mu của xương chậu.

- Đầu thai nhi ngửa thêm , đường kính hạ chẩm thóp trước sổ ra khỏi tầng sinh môn và sổ ra ngoài âm đạo.



Sổ vai thai nhi:

- Khi đầu thai sổ ra ngoài âm đạo thì vai thai nhi lọt vào tiểu khung. Đường kính lưỡng móm vai lọt theo đường kính chéo phải (thẳng góc với đường kính lọt đầu thai) của eo trên. Đường kính lưỡng móm vai từ 12 cm bị co ép vào nhau, thu nhỏ lại còn 9.5 cm, nên thường không có trở ngại khi lọt và sổ vai (trừ trường hợp thai quá to – trong trường hợp mẹ bị đái tháo đường)
- Đến eo dưới, đường kính lưỡng móm vai nằm theo đường kính trước sau của eo dưới. Vai trước sổ trước, vai sau sổ sau.

Sổ mông thai nhi: theo đường kính lưỡng móm của thai = 9 cm và đường kính vệ cùng = 6 cm

II. HUẤN LUYỆN KỸ THUẬT ĐỠ SANH

II.1. Bước 1 – Chuẩn bị :

- Dụng cụ:
 Bàn sanh
 Bộ khăn để lót và che chắn cho sản phụ, và bé sơ sinh đã hấp sẵn.
 Ống hút và gạc lau nhớt cho bé.
 Bộ dụng cụ cắt rốn (2 kèm kẹp rốn Kocher, 1 kéo cắt rốn).
 Kéo cắt tầng sinh môn, thuốc tê, ống chích.
- Sản phụ:

Nên mời đi tiêu trước khi lên bàn đẻ, nếu không phải thông tiêu vô trùng.

Tư thế nằm ngửa, hai chân gác hai bên bàn, hông sát mặt bàn.

Hướng dẫn sản phụ cách rặn, mỗi khi có cơn co hít vào thật sâu, nín thở và rặn.

Rửa âm hộ bằng dung dịch sát trùng không có alcohol (Bétadine – Hibitane).

Trái champs vô trùng.

Người đỡ sanh: mang mũ, khẩu trang, mang găng tay vô trùng.

II.2. Bước 2 – Kiểm tra các điều kiện sanh (Cổ tử cung trọn, ối vỡ, đầu lọt thấp, sản phụ có sức để rặn...)

II.3. Bước 3 – Thao tác kỹ thuật đỡ sanh (kiểu thế CCTT)

(a) Đỡ đầu :

- Dưới sức rặn của sản phụ, đầu sẽ lộ ra dần ở âm hộ, người đỡ sanh dùng 3 ngón tay giữa của một bàn tay ấn giữ phần chòm (xương chằm) để đầu thai cúi thật tốt và không sổ quá nhanh. Bàn tay kia dùng một miếng gạc, giữ ở tầng sinh môn, để đầu thai ngửa từ từ . Nếu tầng sinh môn căng quá, nên cắt tầng sinh môn. Khi đầu thai sổ ngón tay cái ấn vào giữa tầng sinh môn, hoặc ngón trỏ và ngón cái ấn vào hai bên đường giữa của tầng sinh môn để tránh làm rách tầng sinh môn.
- Khi 2 bấu đỉnh lộ hẳn ra âm hộ, một bàn tay ôm lấy chòm hướng lên trên để các phần trán, mắt, mũi, miệng, cằm chui ra (lúc này nói sản phụ không rặn nữa mà thổi mạnh và nhanh, tay kia vẫn giữ tầng sinh môn cho khỏi rách).
- Dùng gạc quấn trên đầu ngón tay luồn vào miệng thai lau ướt.
- Sau khi đầu thai sổ ra, thai tự xoay 45o cùng chiều kim đồng hồ, người đỡ sanh sẽ giúp xoay tiếp cho chằm sang hẳn một phía (trái ngang– kiểu CCTT).
- Nếu có dây rốn quấn cổ, phải kéo nhẹ nới lỏng dây rốn ra, nếu dây rốn quấn chặt và nhiều vòng quá thì phải kẹp và cắt dây rốn trước khi sổ vai thai nhi.

(b) Đỡ vai:

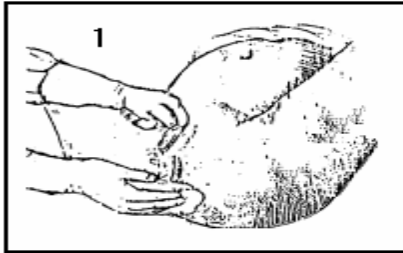
- Vai trước xuống thấp dần trong khi có cơn co tử cung, dùng hai tay áp vào 2 bên thái dương ôm đầu thai nhi kéo xuống phía dưới, giúp vai trước sổ ra khỏi xương vệ (hoặc xuống thấp đến bờ dưới cơ delta của thai tì dưới khớp vệ), thì chuyển qua đỡ vai sau.
- Để đỡ vai sau, một bàn tay ôm lấy đầu thai cho gáy thai nằm giữa ngón một và hai, kéo đầu thai lên trên (bàn tay kia vẫn giữ tầng sinh môn để tránh bị rách trong khi vai sau sổ (có khi nên kéo tay trước ra ngoài để làm giảm căng cho tầng sinh môn).

(c) Đỡ hông và chi:

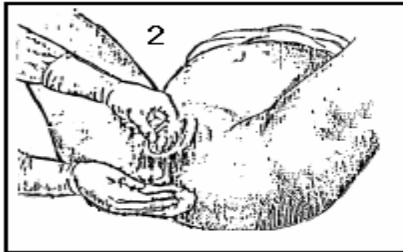
- Tay giữ gáy thai nhi sau khi đỡ vai sau vẫn giữ nguyên, tay giữ tầng sinh môn chuyển theo các phần ngực, bụng, hông và chi dưới đến gần cuối thì

nhanh chóng giữ hai chân thai nhi giữa 3 ngón tay: ngón cái, ngón trỏ và ngón giữa. Thai được giữ theo tư thế ngang với một bàn tay giữ đầu.

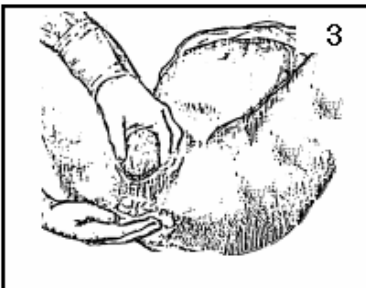
- Sau đó đặt thai nhi lên bụng mẹ, phủ một khăn vô khuẩn lên người bé, chờ dây rốn hết đập mới tiến hành kẹp, cắt rốn. Sau đó, chuyển bé ra bàn hồi sức, giữ ấm và làm rốn, mặc áo và tả cho bé. Thời số thai không nên để kéo dài quá 30 phút – kể từ khi cổ tử cung mở trọn đến lúc số thai. Nếu trường hợp hợp thai có dấu hiệu ngạt thì sau khi số thai, lập tức cắt rốn và đưa qua bàn hồi sức.



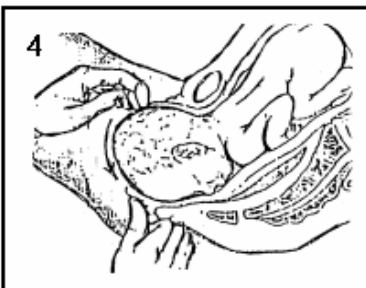
(1) Đầu thai nhi vừa đến eo dưới.



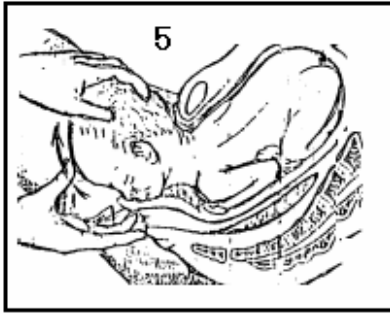
(2) Tay trái ấn đầu thai để đầu thai cúi thật tốt và không số quá nhanh.



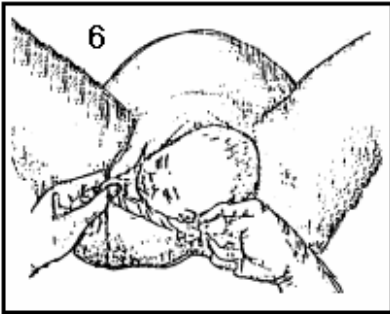
(3) Một tay giữ đầu thai, tay phải dùng gạc ấn qua tầng sinh môn để móc cằm thai ngửa ra từ từ.



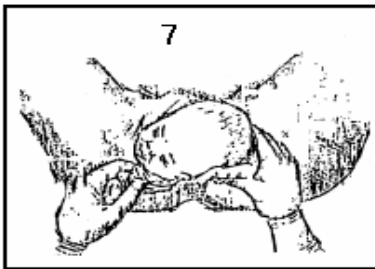
(4) Nếu tầng sinh môn căng, dùng ngón cái ấn mạnh vào giữa để giảm căng.



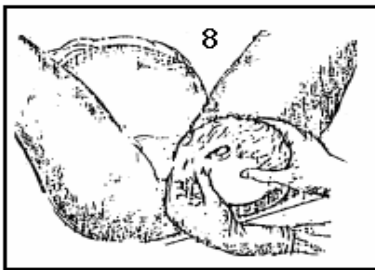
(5) Móc cầm thai để đầu thai ngửa ra từ từ



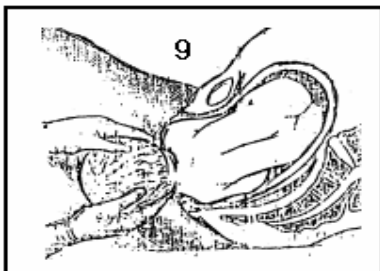
(6) Đầu thai sổ ra ngoài âm đạo, xoay ngang.
 Có một vòng dây rốn quấn cổ.
 Kéo dây rốn dài ra ngoài một cách nhẹ nhàng.



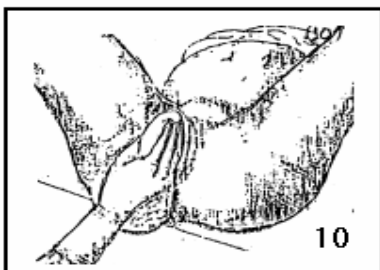
(7) Kéo dây rốn choàng cổ.



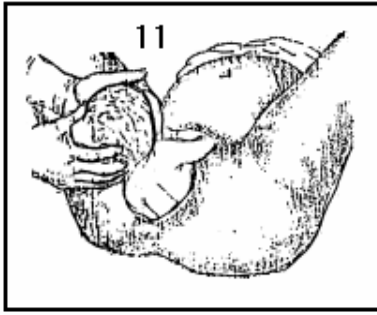
(8) Dùng hai tay kéo đầu thai xuống phía dưới.



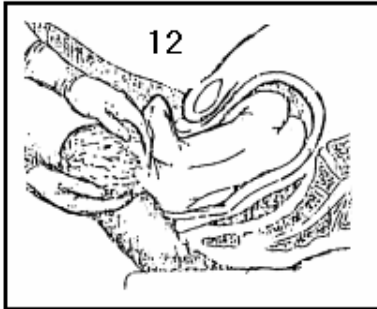
(9) Vai trước nằm dưới xương vẹt.



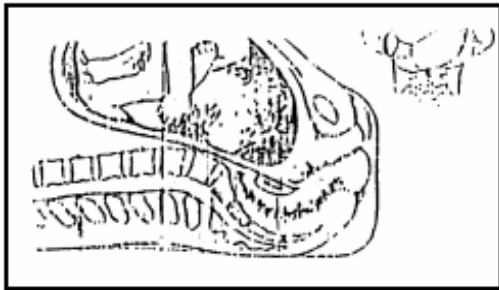
(10) Lấy tay trước của thai nhi ra khỏi âm đạo.



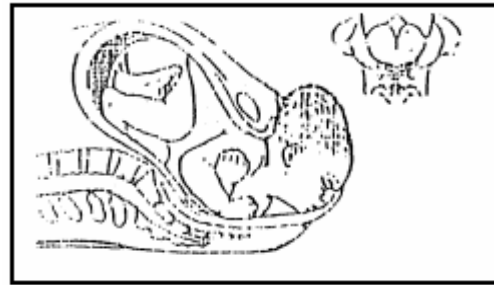
(11) Kéo đầu thai lên cao để vai sau sổ ra ngoài.



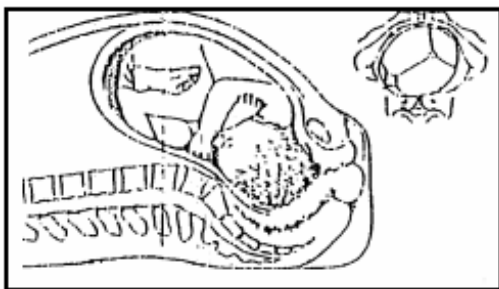
(12) Sổ vai và tiếp tục sổ mông.



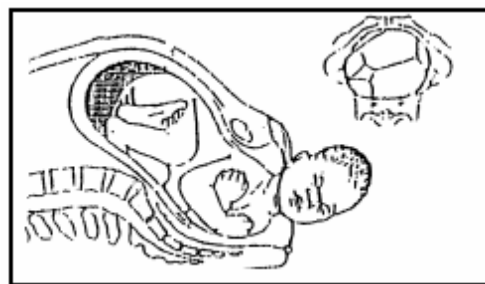
(1) Đầu thai cao di động



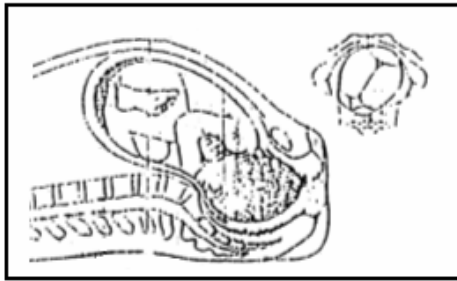
(5) Đầu thai sổ ra ngoài



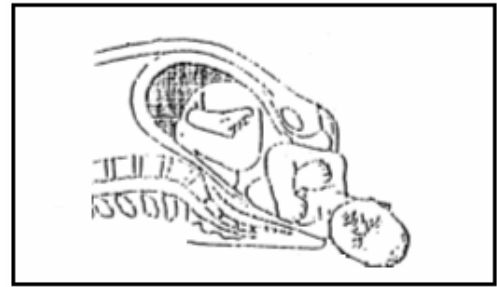
(2) Đầu thai chúc vào tiểu khung



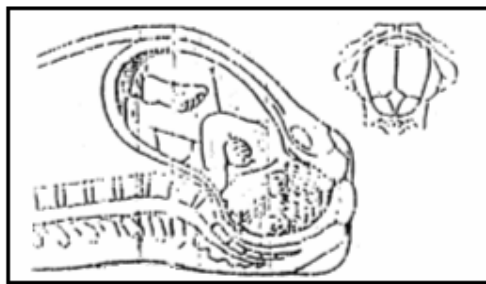
(6) Đầu thai xoay ngang bên ngoài âm đạo



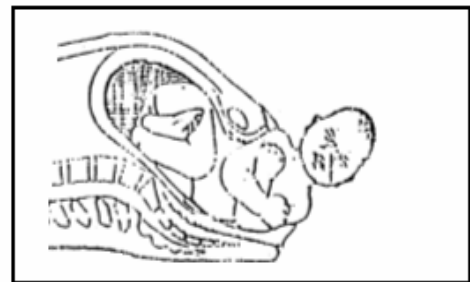
(3) Đầu thai lọt vào tiểu khung



(7) Sỏ vai trước



(4) Đầu thai xuống và xoay



(8) Sỏ vai sau

BẢNG KỸ THUẬT ĐỠ ĐẼ THƯỜNG NGÔI CHỖM

TT	Nội dung	Có
A-	Đỡ đầu	
1.	Dùng một tay giữ tầng sinh môn qua một miếng gạc hay khăn vô khuẩn	
2.	Hai ngón 2 và 3 của tay kia ấn chòm cho đầu cúi hơn	
3.	Khi chòm đã lộ ra khỏi âm hộ, 1 bàn tay ôm lấy chòm hướng lên trên để các phần trán, mắt, mũi, miệng, cằm chui ra. Khi làm thao tác này nói sản phụ không được rặn nữa mà thổi mạnh và nhanh	
4.	Cùng với thao tác 3, tay kia vẫn giữ tầng sinh môn cho khỏi rách	
5.	Dùng gạc quấn trên đầu ngón tay luồn vào miệng thai lau nhớt	
6.	Chờ cho đầu thai tự xoay thì người đỡ đẻ mới giúp nó xoay tiếp cho chằm sang hẳn một phía(trái ngang hay phải ngang)	
B-	Đỡ vai	
7.	Luồn một ngón tay vào phía cổ thai xem có vòng dây rốn quấn cổ hay không	
8.	Nếu có dây rốn quấn cổ lỏng, thì nói lỏng thêm rồi tiếp tục đỡ sanh	
9.	Nếu có dây rốn quấn cổ chặt hoặc có 2 – 3 vòng cùng quấn cổ thì phải luồn 2 kẹp cặp cắt dây rốn giữa 2 kẹp rồi mới đỡ tiếp	
10.	Áp hai bàn tay vào hai bên thái dương của thai	
11.	Kéo nhẹ thai xuống theo hướng về phía chân của người đỡ sanh và hướng dẫn sản phụ rặn nhẹ cho đến khi vai trước sổ	
12.	Để đỡ vai sau, một bàn tay ôm lấy đầu thai cho gáy thai nằm giữa ngón 1 và 2 để kéo đầu lên trên	
13.	Cùng với thao tác 12, bàn tay kia cần giữ vào tầng sinh môn để tránh bị rách khi vai sau sổ	
C-	Đỡ mông và chi	
14.	Tay giữ gáy thai khi đỡ vai sau vẫn giữ nguyên, tay giữ tầng sinh môn chuyển theo các phần ngực, bụng, mông và chi dưới	
15.	Khi đến bàn chân của thai thì nhanh chóng bắt lấy để cho hai bàn chân nằm giữa khe các ngón 3, 4 của tay đỡ mông. Thai được giữ theo tư thế nằm ngang	
16.	Đặt thai nhi mới đỡ ra nằm trên bụng mẹ, chú ý giữ không để rơi bé, phủ một khăn vô khuẩn lên người bé	
17.	Chờ dây rốn hết đập mới tiến hành kẹp, cắt rốn. Trường hợp thai sanh ra bị ngạt thì không chờ đợi mà cần kẹp cắt rốn ngay	
18.	Chuyển bé ra bàn hồi sức và làm rốn	

CẮT MAY TÀNG SINH MÔN

A. MỤC TIÊU BÀI GIẢNG VÀ PHÂN BỐ THỜI GIAN:

- Nêu được chỉ định cắt TSM (2’).
- Mô tả các cách cắt TSM (3’).
- Kỹ thuật may TSM cổ điển (15’)
- Hướng dẫn cho sản phụ cách chăm sóc TSM sau khi may (5’)
- Thực hành may TSM (20’).

B. NỘI DUNG BÀI GIẢNG:

I. MỞ ĐẦU:

TSM dễ bị tổn thương khi sanh. Hậu quả dẫn đến:

- Tổn thương sản chậu.
- Sa sinh dục.
- Són tiểu khi gắng sức.

Do vậy, cắt và may TSM đúng chỉ định và đúng kỹ thuật sẽ giảm được các hậu quả không tốt trên.

II. CHỈ ĐỊNH CẮT TSM:

- Con so – Đặc biệt con so lớn tuổi (theo Bueskens 40–60%)
- Con to (> 3500 g)
- Kiểu thể sau.
- Suy thai – Con non tháng.
- Thủ thuật: giác hút – Forceps.

III. KỸ THUẬT CẮT TSM: (Phim 3’)

Có thể cắt đường giữa hay cạnh bên.

Cắt: da – niêm mạc âm đạo – lớp cơ môn và lá cân vệ – trực tràng.

Cắt lúc nào:

- Khi đầu làm căng TSM.
- Hậu môn giãn nở.

IV. KỸ THUẬT MAY TSM: (Phim 12’)

IV.1. Khi nào may: Sau khi nhau sổ.

IV.2. Chuẩn bị:

- Dụng cụ.
- BN ở tư thế sản khoa.
- Rửa sạch TSM bằng Betadine

- Tráỉ champ sạch.
- Kiểm tra kỹ tổn thương: Trực tràng – cơ nâng hậu môn – tiền đình thành bên âm đạo.

IV.3. Giảm đau:

Gây tê Xylocaine 1%.

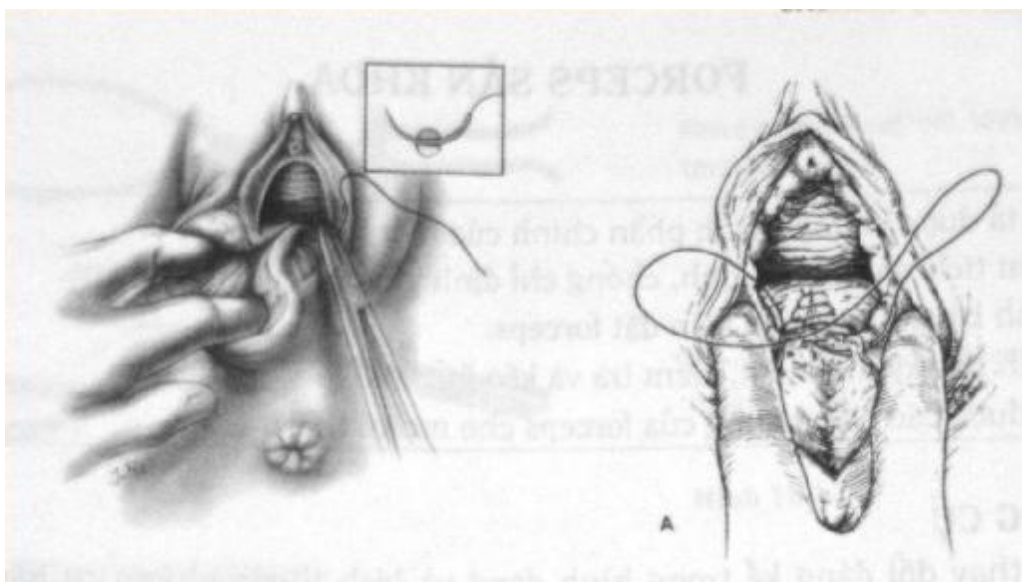
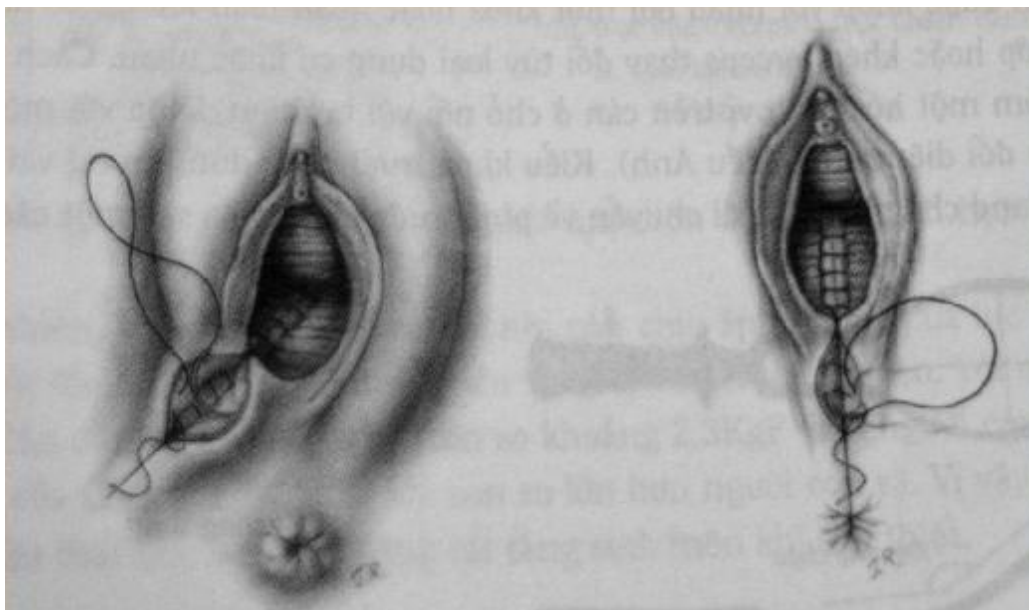
Có thể gây tê tủy sống, gây mê.

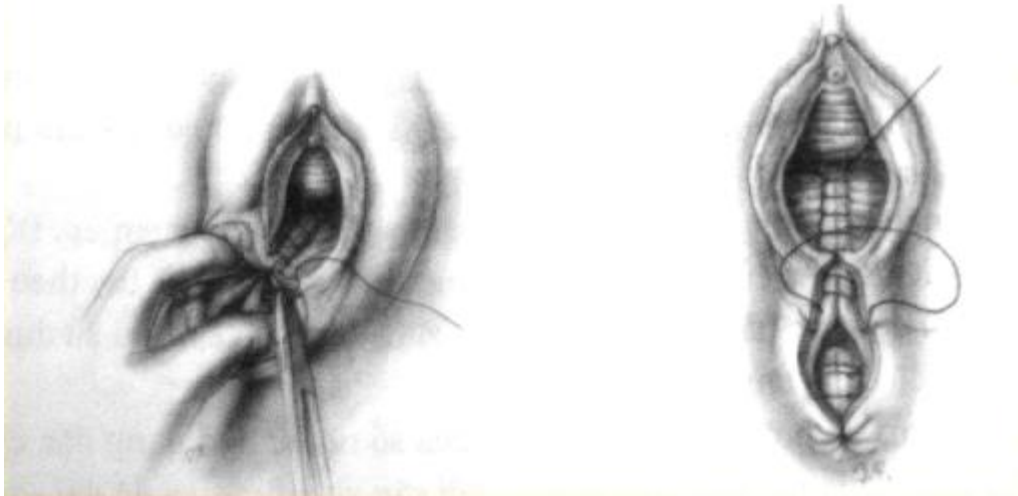
IV.4. Đặt 1 tampon vào âm đạo để ngăn máu chảy từ tử cung.

Lần lượt khâu mũi rời hay khâu vắt:

- Niêm mạc âm đạo, lớp cơ: Catgut 00 hay Vicryl 00.
- Da: Vicryl 00 hay Nilon 00.

Kiểm tra chảy máu. Lấy tampon ra. Thăm trực tràng: kiểm tra xem có chỉ xuyên qua trực tràng.





V. PHÂN LOẠI RÁCH TSM – XỬ TRÍ:

Rách độ 1: như may vết cắt TSM.

Rách độ 2:

Cần phải may cơ vòng hậu môn trước.

Tìm 2 đầu của cơ vòng bị co rút lại, khâu chỉ Catgut số 1, chữ U.

Rách độ 3:

Khâu niêm mạc trực tràng bằng Vicryl 3.0

Buộc chỉ nút ở trong trực tràng cách nhau 3 – 5mm.

Khâu cơ nâng hậu môn.

Nên tiêm phòng uốn ván.

Chú ý kiểm tra tổn thương ở môi nhỏ, ở tiền đình cạnh lỗ niệu đạo, ở cổ tử cung.

VI. CHĂM SÓC HẬU PHẪU:

Rửa sạch vết may ngay sau khi đi tiểu hoặc đại tiện. Sau đó làm khô bằng máy sấy tóc.

Dùng Oxytocine để làm giảm sản dịch sớm hơn.

Rách độ 2 – 3 nên ăn loãng ít chất xơ để phân mềm.

Cắt chỉ may TSM ngày thứ 5.

Dụng cụ:

- Khăn vô trùng, gants tay vô trùng.
- Kéo Mayo (thăng đầu tù)
- Nhíp có máu.
- 2-3 ống Lidocaine 2% 2ml.
- Chỉ chromic 2.0 rời, soie 2.0 rời. Kim tròn, kim tam giác.
- Tămpon lớn, gòn viên.
- Mô hình.
- Thịt heo tự chọn.

C. **BẢNG KIỂM:**

	Quy trình	Có	Không	Ghi chú
A. Cắt tầng sinh môn				
Chuẩn bị				
1.	Phương tiện: hộp cắt khâu tầng sinh môn (kéo thẳng đầu tù, kéo cắt chỉ, kim, kim kẹp kim, kim phẫu tích có máu, chỉ tự tiêu và không tiêu, gạc củ ấu, tăm bông, thuốc gây tê lidocain 1%), bơm và kim tiêm.			
2.	Giải thích cho sản phụ công việc sẽ làm để họ yên tâm cộng tác với cán bộ y tế.			
3.	Cán bộ y tế rửa tay, đi găng, mang trang phục bảo hộ			
Các bước tiến hành				
4.	Sát khuẩn rộng vùng dự định cắt			
5.	Tiêm thuốc tê vào vùng dự định sẽ cắt (tiêm dưới da)			
6.	Dùng kéo thẳng đầu tù, lưỡi dài và sắc			
7.	Ngoài cơn rặn, đưa 2 ngón tay (ngón trỏ và giữa) vào âm đạo giữa đầu thai nhi và tầng sinh môn ở vị trí 6–8 giờ (nếu cắt bên phải) hoặc 4–6 giờ (nếu cắt bên trái). Đặt một nhánh kéo vào giữa 2 ngón tay.			
8.	Chờ lúc sản phụ rặn, tầng sinh môn giãn mỏng, cắt trong cơn rặn			
9.	Cắt mép sau âm hộ ở vị trí 7 giờ (nếu cắt bên phải), hoặc 5 giờ (nếu cắt bên trái) bằng 1 nhát dứt khoát			
10.	Đường cắt dài từ 4–5 cm tùy theo mức độ cần thiết			
11.	Kéo cắt tầng sinh môn xong để riêng ra ngoài không để vào hộp cắt khâu tầng sinh môn đã chuẩn bị			
B. Khâu tầng sinh môn				
Chuẩn bị				
12.	Dụng cụ: sử dụng tiếp hộp cắt khâu tầng sinh môn đã chuẩn bị			
13.	Sát khuẩn lại vùng âm hộ, tầng sinh môn, không bôi dụng dịch sát khuẩn vào trong vết cắt hay vết rách. Trải khăn vô khuẩn			
14.	Cán bộ y tế mang khẩu trang, đeo găng vô khuẩn sau rửa tay.			
Kỹ thuật khâu				
15.	Chỉ khâu tầng sinh môn sau khi đã đỡ rau, kiểm tra rau và đường sinh dục			
16.	Đặt 1 bông tròn to (có dây thò ra ngoài) vào trong âm			

	Quy trình	Có	Không	Ghi chú
	đạo để chặn máu từ lòng tử cung chảy ra.			
17	Dùng van banh rộng âm đạo, quan sát kỹ mức độ rộng, sâu của vết rách, phải nhìn thấy đỉnh vết rách			
18	Khâu âm đạo: khâu từ trong ra ngoài mũi rời bằng chỉ tự tiêu. Mũi khâu đầu tiên trên đỉnh vết cắt hoặc vết rách khoảng 5 – 7mm			
19	Mũi khâu phải lấy tất cả bề dày của vết cắt hoặc rách của âm đạo			
20	Hai mép vết cắt (vết rách) phải khớp đúng với nhau			
21	Khâu âm đạo chấm dứt ở nếp màng trinh sao cho 2 mép màng trinh gắn lại với nhau.			
22	Lớp cơ và mô dưới da: khâu chỉ tự tiêu mũi rời			
23	Không để khoảng trống dưới vết rách hoặc cắt			
24	Lớp da: khâu mũi rời bằng chỉ không tiêu gắn hai mép da lại với nhau			
25	Lấy bông trong âm đạo ra			
26	Kiểm tra lại âm đạo bằng tay ngay trên vết khâu xem có máu tụ và còn chảy máu không			
27	Sát khuẩn lại âm đạo, âm hộ.			
28	Phủ gạc vô khuẩn và cho đóng băng vệ sinh			
29	Đo lại mạch, huyết áp.			
30	Hướng dẫn thai phụ tự theo dõi và báo cho cán bộ y tế ngay khi có bất thường.			
31	Ghi chép đầy đủ vào hồ sơ bệnh án			

Đánh giá:

Đạt khi thực hiện đủ tất cả các bước trong bảng kiểm

D. Tư lượng giá

Trả lời ngắn các câu từ 1 đến 3:

1. Hãy nêu 2 chỉ định về phía người mẹ và 4 chỉ định về phía thai trong cắt khâu tầng sinh môn.

- 2 chỉ định về phía mẹ:

A.

B.

- 4 chỉ định về phía con:

A.

- B.
- C.
- D.

2. Bộ dụng cụ để cắt, khâu tầng sinh môn gồm có:

- A.
- B.
- C.
- D.

3. Trong khi đẻ, âm hộ và.....^(A)..... có thể rách, nếu rách rộng có thể lan đến.....^(B).....

4. **Bài tập giải quyết vấn đề:** Một sản phụ sau sinh 1 giờ tại bệnh viện, đang nằm ở phòng hậu sản bỗng kêu mót rặn và mệt. Sản phụ được chuyển vào bàn sinh, khám lại thấy: mạch: 100 lần/phút, huyết áp: 8,5/5cmHg. Âm hộ nề, môi lớn bên phải sưng to, thăm âm đạo thấy ngay dưới vết cắt là một khối cứng, căng, đường kính 5 – 6cm theo chiều dài vết khâu âm đạo.

- A. Hãy cho chẩn đoán tình huống trên.
- B. Hãy cho biết cách xử trí trường hợp trên.

5. **Bài tập tình huống:** Một sản phụ 24 tuổi sinh lần đầu, vào phòng sinh khi cảm thấy mót rặn. Cô nữ hộ sinh H khám thấy cổ tử cung mở hết, đầu lọt thấp. Nữ hộ sinh N chuẩn bị dụng cụ để đỡ sinh và cắt khâu tầng sinh môn. Sau khi chuẩn bị, nữ hộ sinh N khám lại thấy âm hộ và tầng sinh môn đã phồng căng do ngôi thai đã xuống sâu trong âm đạo, cho nên liền dùng thuốc tê Lidocain 1%, 10ml, tiêm gây tê vùng âm hộ theo đường dự định sẽ cắt: chích từ trên xuống dưới và ra ngoài, chích 45 độ so với đường thẳng đứng. Sau khi gây tê, nữ hộ sinh N liền dùng kéo thẳng đầu tù cắt 1 đường dài 4 – 5cm theo đường đã được gây tê. Nhưng khi vừa chạm kéo vào da tầng sinh môn và cắt nhát đầu tiên thì sản phụ kêu đau. N vẫn tiếp tục cắt, sau đó cho sản phụ rặn, sỏ ra 1 bé gái 3200g, Apgar 1'= 8; 5'= 9.

Hỏi:

- A. Thời điểm cắt tầng sinh môn của nữ hộ sinh N đúng hay sai?
- B. Thuốc gây tê đúng và đủ chưa?
- C. Kỹ thuật cắt tầng sinh môn có đúng không?
- D. Như vậy, các cơ nào được cắt?

KỸ NĂNG CẮT RỒN, LÀM RỒN CHO TRẺ SƠ SINH

A. MỤC TIÊU BÀI GIẢNG:

- Kể được thứ tự 10 bước chăm sóc trẻ sơ sinh sau đẻ.
- Thực hiện được kỹ thuật cắt rốn và làm rốn cho trẻ ngay sau sanh.
- Theo dõi và xử lý các biến chứng khi chăm sóc rốn.

B. PHƯƠNG TIỆN DẠY HỌC:

- Mô hình trẻ sơ sinh đủ tháng kèm dây rốn.
- Hộp cắt rốn (1 đôi găng, 2 kẹp có máu, 1 kéo).
- Hộp làm rốn (1 đôi găng, 1 kéo, 2 miếng gạc 6.6 cm, 1 kẹp rốn nhựa, 1 băng rốn, 2 gạc bông chấm cồn 70).

C. KẾ HOẠCH BÀI GIẢNG: 2 tiết

Nội dung	Thời gian	Phương pháp dạy	Hoạt động của SV
– Khởi động lớp	3 phút		
– Mục tiêu	3 phút	Thuyết trình	Lắng nghe
– Giới thiệu dụng cụ	5 phút	Giới thiệu từng dụng cụ cần dùng	Quan sát
– Các bước CSTSS sau sanh	5 phút	Thuyết trình	Lắng nghe
	3 phút		
– Cắt rốn	5 phút	Làm mẫu từng động tác, giải thích.	Nhìn kiến tập
– Làm rốn			
	50 phút	Quan sát, chỉnh sửa khi sinh viên thực hành	Chia nhóm nhỏ thực hành kỹ năng cắt rốn, làm rốn trên mô hình.
– Thực hành			
	15 phút	Quan sát, đánh bảng kiểm	Đại diện nhóm thực hành
– Kiểm tra			

D. NỘI DUNG BÀI GIẢNG:

I. CÁC BƯỚC CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH NGAY SAU ĐẺ:

- Hút nhớt
- Cắt rốn
- Lau khô, ủ ấm
- Làm rốn
- Quan sát dị tật
- Mặc áo quần tã
- Cân đo
- Nhỏ mắt
- Tiêm Vitamin K1
- Trao bé cho gia đình

II. KỸ THUẬT CẮT RÓN–LÀM RÓN

II.1. ĐIỀU KIỆN

- Vô khuẩn tuyệt đối. Dụng cụ làm rốn phải hấp vô khuẩn.
- Người cán bộ y tế mang áo quần, mũ, khẩu trang, rửa tay sạch và đeo găng vô khuẩn.
- Thai nhi sau khi sổ ra ngoài được giữ ở tư thế đầu thấp hơn chân, thấp hơn bàn đé, nghiêng đầu, lau sạch dịch ở miệng mũi ngay tránh để trẻ sơ sinh hít phải.
- Bàn làm rốn phải đủ ánh sáng, được sưởi ấm, tránh gió lùa.

II.2. CẮT RÓN: là cắt dây rốn giữa 2 kẹp rốn tách khỏi bánh nhau khi thai sổ ra ngoài vì lúc này việc duy trì sự sống của thai nhi qua tuần hoàn nhau thai thông qua dây rốn không còn nữa.

- Cắt rốn ngay sau khi sanh không cần đợi khi rốn hết đập.
- Kẹp thứ nhất cặp cách chân rốn 15–20 cm, vuốt máu dây rốn, cặp kẹp thứ 2 cách kẹp thứ nhất 2 cm về phía mẹ.
- Dùng kéo vô khuẩn cắt giữa 2 kẹp.
- Người đỡ đẻ cầm kẹp dây rốn và bế trẻ đặt lên bàn làm rốn.

Nếu có người phụ thì việc cắt rốn đơn giản. Nếu chỉ có một mình, nên đặt trẻ nằm trước khi kẹp cắt. Khi không có chỗ nằm thuận tiện, có thể một tay giữ 2 chân bé, tay kia lần lượt thực hiện các thao tác kẹp cắt, cần rất thận trọng không để tuột tay.

II.3. LÀM RÓN: là cắt ngắn dây rốn, sát khuẩn và băng phần rốn về phía thai nhi.

- Người đỡ đẻ sau khi lau khô, ủ ấm, hút nhót cho trẻ, khi trẻ thở và khóc tốt thì thay găng mới để làm rốn.
- Nâng kẹp dây rốn lên cao, đặt một miếng gạc che quanh chân rốn, sát khuẩn từ chân rốn lên phía kẹp rốn bằng cồn 70.
- Kẹp rốn nhựa vô khuẩn cách chân rốn 3cm.
- Cắt bỏ phần dây rốn còn lại trên kẹp.
- Kiểm tra động mạch và tĩnh mạch trên mặt cắt.
- Sát khuẩn lại mặt cắt và dây rốn bằng cồn 70.
- Bọc kín cuống rốn bằng gạc vô khuẩn.
- Băng rốn vừa phải không quá chặt, phải che kín hết gạc bọc rốn, dùng băng thun là tốt nhất. Nếu dùng băng cuộn, bắt đầu đặt băng từ rốn vòng quanh bụng bé 3 lần và gài đầu băng ở phía bên sườn.

II.4. Theo dõi và xử lý tai biến

- Nút buộc rốn trong những giờ đầu bị lỏng gây chảy máu rốn. Cần kiểm tra nút buộc, do bấm kẹp rốn không chắc hay do kẹp lỏng để bấm kẹp lại hay thay kẹp rốn khác.
- Tuyệt đối không để rốn ướt và thay băng rốn mỗi ngày (sau khi tắm hay khi trẻ đái ướt) để đề phòng nhiễm khuẩn rốn.
- Nếu rốn rụng sớm có chảy máu chân rốn, tùy theo mức độ, nếu chỉ rỉ ít máu thì băng ép lại, nếu chảy nhiều thì khâu cầm máu, nếu không có điều kiện khâu thì tạm băng ép chuyển lên tuyến trên.
- Nhiễm khuẩn và ướt chân rốn: rửa sạch hàng ngày bằng nước muối sinh lý 0,9%, thấm khô, sát khuẩn bằng cồn 70, nếu có mũ có thể lau bằng nước oxy già rồi sát khuẩn bằng cồn 70, nếu có dấu hiệu nhiễm khuẩn lan tỏa như da vùng quanh rốn đỏ, trẻ có sốt cần chuyển tuyến.

E. LƯỢNG GIÁ

Mỗi nhóm nhỏ cử đại diện lên thực hiện kỹ năng cắt rốn và làm rốn, giáo viên và các bạn khác nhận xét, đánh giá theo bảng kiểm sau:

BẢNG KIỂM

STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Chuẩn bị dụng cụ <ul style="list-style-type: none">– Mô hình trẻ sơ sinh đủ tháng kèm dây rốn– Hộp cắt rốn (1 đôi găng, 2 kẹp có máu, 1 kéo)– Hộp làm rốn (1 đôi găng, 1 kéo, 2 miếng gạc 6.6 cm, 1 kẹp rốn nhựa, 1 băng rốn, 2 gạc bông chấm cồn 70)		
2	Kỹ thuật CẮT RỐN <ul style="list-style-type: none">– Kẹp thứ nhất cặp cách chân rốn 15–20 cm– Vuốt máu dây rốn– Cặp kẹp thứ 2 cách kẹp thứ nhất 2 cm về phía mẹ– Dùng kéo vô khuẩn cắt giữa 2 kẹp LÀM RỐN <ul style="list-style-type: none">– Thay găng mới để làm rốn– Nâng kẹp dây rốn lên cao, đặt một miếng gạc che quanh chân rốn– Sát khuẩn từ chân rốn lên phía kẹp rốn bằng cồn 70– Kẹp rốn nhựa vô khuẩn cách chân rốn 3 cm– Cắt bỏ phần dây rốn còn lại trên kẹp– Kiểm tra động mạch và tĩnh mạch trên mặt cắt– Sát khuẩn lại mặt cắt và dây rốn bằng cồn 70– Bọc rốn– Băng rốn		

THĂM KHÁM, ĐÁNH GIÁ, PHÂN LOẠI TIÊU CHẢY

A. MỤC TIÊU BÀI GIẢNG:

- Nhận biết các dấu hiệu mất nước.
- Phân loại bệnh tiêu chảy.

B. PHÂN BỐ THỜI GIAN: 45 phút.

C. NỘI DUNG BÀI GIẢNG:

I. ĐỊNH NGHĨA:

- Tiêu chảy là đi tiêu phân lỏng nhiều nước và ≥ 3 lần/ngày.
- Tiêu chảy cấp là tiêu chảy < 14 ngày.
- Tiêu chảy kéo dài là tiêu chảy ≥ 14 ngày.
- Hội chứng lỵ: Tiêu chảy có máu trong phân.

II. NGUYÊN NHÂN:

- Đa số tiêu chảy là do siêu vi (Rofa).
- Một số vi trùng gây tiêu chảy: E. Coli, Salmonella, Shigella.
- Hội chứng lỵ do trực khuẩn Shigella thường xảy ra ở trẻ em dưới 2 tuổi. Hiếm khi do amip.

III. ĐÁNH GIÁ TIÊU CHẢY:

- Một trẻ có tiêu chảy nên hỏi:

Tiêu chảy bao lâu?

Phân có máu không?

- Khám:

Ngoài việc tìm các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân:

✚ Không uống được hay bỏ bú.

✚ Nôn tất cả mọi thứ.

✚ Co giật.

✚ Li bì, khó đánh thức.

Nên chú ý:

✚ Dấu hiệu li bì, lơ mơ (Đã xem dấu nguy hiểm toàn thân).

✚ Dấu hiệu kích thích, vật vã, quấy khóc.

✚ Dấu hiệu mắt trũng. Nếu không xác định được, hỏi là mẹ xem mắt trẻ so với lúc chưa bệnh có trũng hơn không?

✚ Dấu hiệu uống nước: khát, háo nước, không uống được.

- ✚ Dấu hiệu véo da: tư thế trẻ nằm ngửa, chân duỗi thẳng. Dùng ngón 1 và 2 véo da ở vị trí giữa rốn và thành bụng theo chiều dọc cơ thể, véo lớp da và tổ chức dưới da trong một giây, sau đó buông ra:

Nếp véo da mất rất chậm: mất sau 2 giây.

Nếp véo da mất chậm: trong 2 giây.

Nếp véo da mất nhanh: không có dấu gì sau khi véo da.

IV. PHÂN LOẠI MÁT NƯỚC:

MẮT NƯỚC NẶNG	CÓ MÁT NƯỚC	KHÔNG MÁT NƯỚC
Hai trong các dấu hiệu: - Li bì, khó đánh thức. - Mắt trũng. - Không uống được, uống kém. - Nếp véo da mất rất chậm.	Hai trong các dấu hiệu: - Vật vã, kích thích. - Mắt trũng. - Khát, háo nước. - Nếp véo da mất chậm	Không đủ dấu hiệu của mất nước

V. PHÂN LOẠI TIÊU CHẢY:

- Tiêu chảy ≥ 14 ngày:

Có mất nước nặng hoặc có mất nước: TIÊU CHẢY KÉO DÀI NẶNG.

Không mất nước: TIÊU CHẢY KÉO DÀI.

- Có máu trong phân: LỖ.

D. CÁCH CHIA NHÓM THỰC HÀNH KỸ NĂNG:

Một nhóm 10 sinh viên có một giáo viên. Sau khi xem video, chia nhỏ 1 nhóm 3 sinh viên.

E. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y Tế. **Hoạt động lồng ghép chăm sóc trẻ bệnh**. Xử trí lồng ghép các bệnh thường gặp ở trẻ em. Nhà xuất bản y học 2003, tr 42–43.
2. Bộ Y Tế. **Hoạt động lồng ghép chăm sóc trẻ bệnh**. Tài liệu hướng dẫn viên IMCI. Hà Nội 2003, tr C 28–C 35.
3. **Hướng dẫn xử trí lồng ghép các bệnh thường gặp ở trẻ em**. Nhà xuất bản y học 2003, tr 3.
4. **Xử trí lồng ghép các bệnh thường gặp ở trẻ em**. Các hình ảnh minh học.

F. BẢNG KIỂM:

- Làm bài tập trên Video và trên sách ảnh.

DỤNG CỤ PHẪU THUẬT CƠ BẢN

A. MỤC TIÊU BÀI GIẢNG:

- Kể đúng tên các dụng cụ cơ bản trong phẫu thuật tổng quát.
- Chọn cán dao phù hợp với lưỡi dao.
- Cách lắp đúng lưỡi dao vào cán dao và tháo lưỡi dao ra khỏi cán dao.
- Cách cầm các dụng cụ phẫu thuật cơ bản: dao, kéo, kẹp, banh.
- Nói đúng được công dụng của một số dụng cụ cơ bản.

B. ĐỐI TƯỢNG:

- Sinh viên Y4.
- Số lượng sinh viên: 15

C. PHÂN BỐ THỜI GIAN:

- Giới thiệu mục tiêu : 01 phút
- Giới thiệu nội dung : 09 phút
- Thực hành : 25 phút
- Đánh giá : 10 phút

D. NỘI DUNG BÀI GIẢNG:

I. ĐẠI CƯƠNG:

Các dụng cụ phẫu thuật, những dụng cụ chính xác của phẫu thuật viên đã được dùng hàng nhiều thế kỷ. Tuy các dụng cụ được chế tạo từ lúc sơ khởi nhưng các phẫu thuật viên thời cổ đã chứng tỏ sự hiểu biết về cách chế tạo các dụng cụ tối tân khiến ta ngạc nhiên. Hippocrates đã nói tất cả các dụng cụ để dùng với nhau cho cùng một mục đích phải thích hợp về phương diện kích thước, sức nặng và sự tinh vi.

Trong hệ ngoại có nhiều chuyên khoa và cũng có rất nhiều kiểu dụng cụ chuyên dùng. Tuy nhiên, có một số dụng cụ mà trong bất cứ chuyên khoa nào cũng sử dụng đến, ngoài số dụng cụ chuyên biệt như cán dao, lưỡi dao, kéo, kẹp, banh, kẹp mang kim và kim. Đây là những dụng cụ phẫu thuật cơ bản.

II. ĐẶC TÍNH CỦA DỤNG CỤ:

II.1. Các dụng cụ dùng để kẹp cầm máu:

- Mosquito Halsted: dùng để kẹp các mạch máu nhỏ.
- Kelly: kẹp mạch máu trung bình.
- Crile: kẹp mạch máu trung bình.
- Bộ dụng cụ cầm máu chuyên biệt Bulldog: thường dùng trong phẫu thuật khâu nối mạch máu do bộ dụng cụ này không làm tổn thương mạch máu,

cũng có thể được dùng để kẹp tạm thời mạch máu làm ngừng dòng máu lưu thông tạm thời cho mục đích phẫu thuật mà không làm tổn thương mạch máu đó.



Hình 1: Dụng cụ phẫu thuật

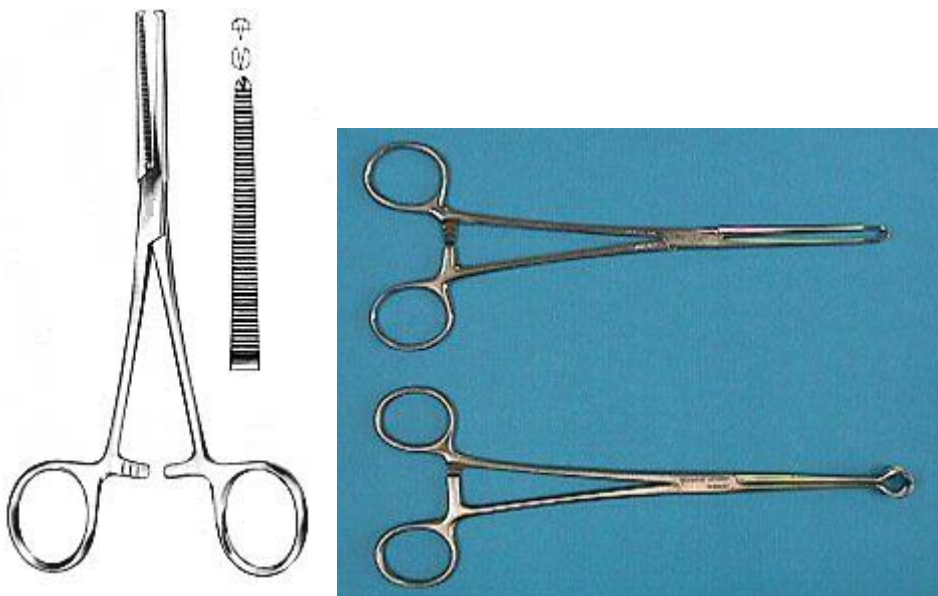
- Các dụng cụ kẹp cầm máu chuyên biệt dùng cho phẫu thuật cắt lách, trĩ... có hình dạng và cấu trúc răng chuyên biệt.
- Dụng cụ kẹp, cắt nhu mô gan chuyên biệt, chỉ cắt nhu mô, không cắt mạch máu (sau cắt nhu mô, còn lại mạch máu ... cột mạch máu).



Hình 2: Các loại kẹp

II.2. Các dụng cụ dùng kẹp mô:

- Babcock: dùng để kẹp mô mềm như ruột, mô tuyến giáp, mô còn cần giữ lại. Có tác dụng kẹp giữ mà không làm tổn thương mô.
- Allis: dùng để kẹp các mô chắc như gân hay các mô bỏ đi. Tác dụng cầm nắm rất mạnh vì có răng chuốt nhưng lại có khả năng gây tổn thương cho mô.
- Kocher: có tác dụng giống như Allis.
- Kẹp ruột (Clamp ruột): kẹp ruột mềm. Có tác dụng ngăn dịch trong lòng ruột lưu thông, không làm dập nát mạch máu, không làm tổn thương thành ruột. Sử dụng cho các đoạn ruột còn giữ lại. Kẹp ruột chết: cứng chắc, răng to, có sức mạnh và tàn phá lớn, ngăn hoàn toàn lưu thông ruột và máu nuôi dùng cho các đoạn ruột sẽ cắt bỏ.



Hình 3: Các dụng cụ kẹp mô

Các kẹp có tác dụng cầm nắm khác Forceps – Ring forceps:

Kẹp có răng và không răng. Không răng có thể dùng để cầm nắm mô mềm trong thao tác phẫu thuật như cầm nắm ruột. Có răng có thể dùng cầm nắm cổ tử cung. Có răng gây sang chấn nhiều hơn không răng.



Hình 4: Ring forceps

II.3. Kéo:

- Metzenbaum: kéo cắt mô mềm, còn dùng để phẫu tích. Cho cảm giác rất tốt cho phẫu thuật viên về ranh giới và tính chất giữa 2 loại mô.

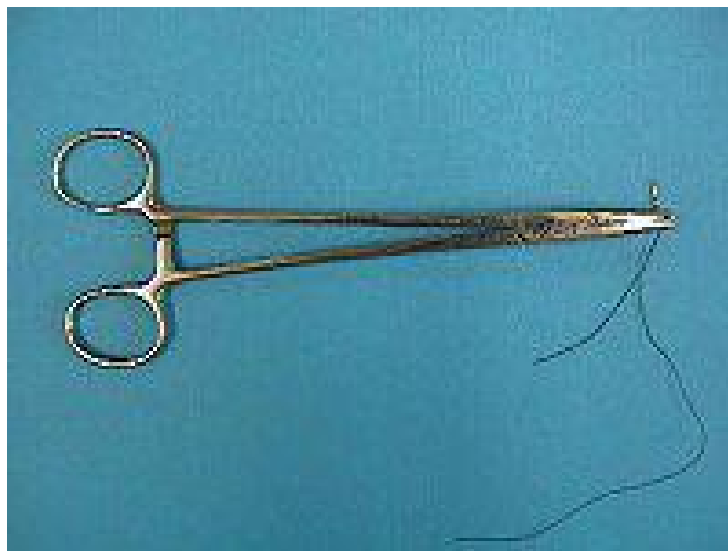
- Mayo: kéo cắt mô có sức mạnh, cắt mô chắc cứng như gân, cân, cho cảm giác không tốt như Metzenbaum.
- Cắt chỉ: cắt chỉ thép, cắt băng Lister chuyên dùng cắt băng và gạc, các kéo nhọn, mảnh chuyên biệt dùng cho các phẫu thuật tỉ mỉ.



Hình 5: Các loại kéo

II.4. Kẹp kim:

Mang kim kẹp vào điểm nối giữa 1/3 sau và 2/3 trước của kim. Thân kim cần tiếp tuyến với đầu kẹp, kẹp kim sát với đầu kẹp mang kim.



Hình 6: Kẹp kim

II.5. Kim:



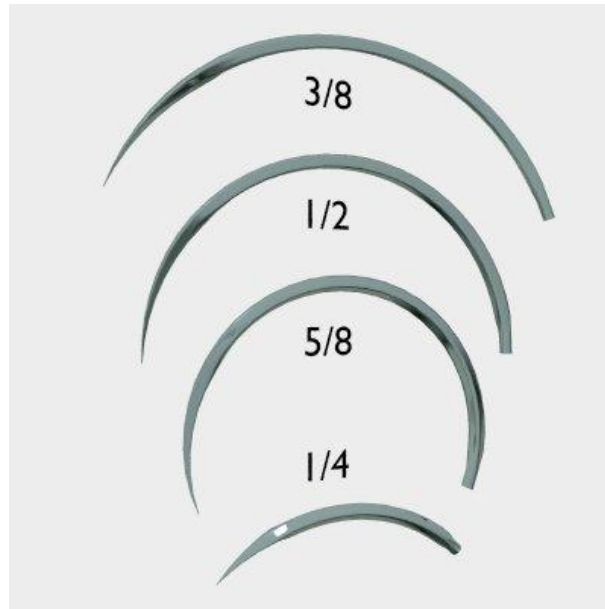
Hình 7: Các loại kim

- Kim tròn (mũi kim tròn): dùng khâu mô.
- Kim tam giác: khâu da.
- Kim Serti: kim liền chỉ.



Hình 8: kim liền chỉ

- Hình dáng: có nhiều dạng như thẳng, $\frac{1}{2}$ vòng tròn, $\frac{2}{3}$ vòng tròn, thông dụng hơn cả là $\frac{1}{2}$ vòng tròn.



Hình 9: Các hình dáng kim

II.6. Dao, cán dao:

- Cán dao số 4 thích hợp với lưỡi dao số 20, 22, 24.
- Cán dao số 3: lưỡi số 10, 11, 14.



Hình 10: Các loại cán dao

III. CÁCH SỬ DỤNG CƠ BẢN:

III.1. Cách cầm dụng cụ: nói chung phần lớn các dụng cụ như kelly, crile, kéo, kẹp, kim... đều có cách cầm giống nhau sau đây: cầm bằng ngón tay phải, ngón 1 và ngón 4 đặt vào 2 vòng tròn tại 2 nhánh của dụng cụ, ngón 2 chìa ra và để

đọc thân dụng cụ nhằm định hướng chính xác cho hướng đi của dụng cụ. Xem hình vẽ.

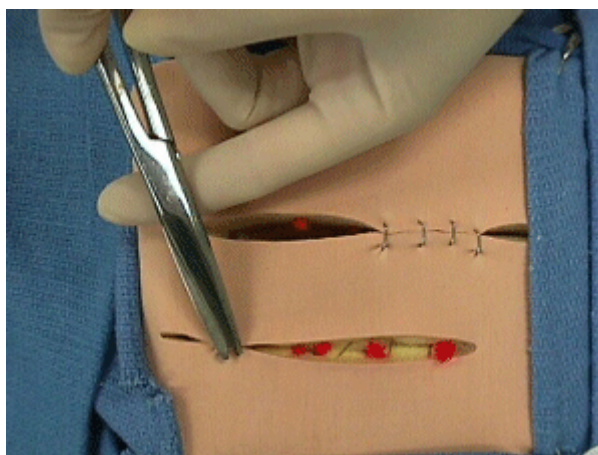
III.2. Kẹp kim: còn có cách cầm khác là 2 nhánh của dụng cụ nắm gọn trong lòng bàn tay (hình vẽ).



Hình 11: Cách cầm kéo

III.3. Động tác kẹp chỗ chảy máu: phải thấy chỗ máu chảy mới được kẹp, không kẹp bừa, chỉ kẹp chỗ chảy máu, không kẹp lẫn sang các phần mô khác. Kẹp bằng mũi kẹp, bề lõm của kẹp quay lên. Nếu được nên chừa ra một ít ở đầu kẹp để thuận lợi cho động tác khâu hay cột.

III.4. Động tác cắt chỉ: cắt bằng mũi kéo nhằm tránh cắt vào mô hay mạch máu không mong muốn. Độ mở kéo vừa phải, bề cong quay lên trên, cắt một động tác dứt khoát.

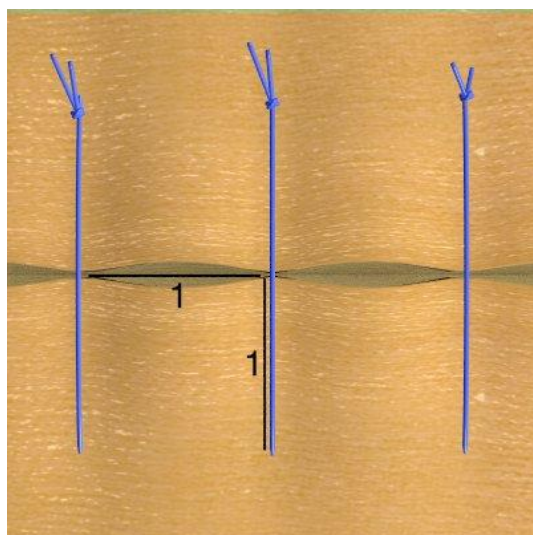


Hình 12: Cắt chỉ

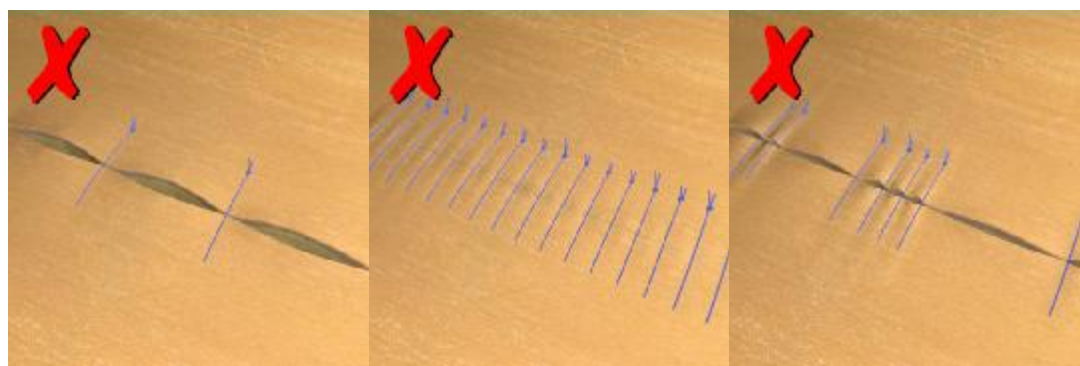
III.5. Động tác khâu: sử dụng lực của cổ tay do đó cổ tay cần mềm dẻo và linh hoạt.

III.6. Khâu da: mũi kim vuông góc mặt da, dùng lực của cổ tay ấn xuống và xoay vòng. Yêu cầu phải lấy hết khoảng da chết, khoảng cách giữa lỗ kim đâm vào và ra là bằng nhau qua mép da của mỗi bên. Khoảng cách giữa 2 mũi khâu đều nhau, nốt chỉ buộc ở 1 bên của đường khâu và cách rời 2 mép da (không làm nút

chỉ trên đường may). Hai mép da phải ráp vừa khít không bị chông hay cuốn mép.



Hình 13: khâu đúng



Hình 14: khâu không đúng

E. CÁCH CHIA NHÓM THỰC HÀNH KỸ NĂNG:

- Mỗi buổi thực tập: 15 sinh viên/nhóm.
- Mỗi sinh viên sử dụng bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản gồm 10 dụng cụ.
- Một số dụng cụ còn lại, 15 sinh viên sẽ thay nhau lên để thực tập tại bàn giáo viên.

F. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hoàng Đình Cầu (1987): *Phẫu thuật thực hành, các động tác cơ bản*, xuất bản lần 4, nhà xuất bản Y học, trang 8–9.
2. Trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, đơn vị huấn luyện kỹ năng y khoa (2001). *Tài liệu huấn luyện kỹ năng y khoa*. Sử dụng dụng cụ phẫu thuật cơ bản. Nhà xuất bản y học, trang 134–149.
3. Cẩm nang phòng mổ. *Nhận biết và gìn giữ các dụng cụ giải phẫu và kim may*. Phòng điều dưỡng soạn thảo và phiên dịch (1971), trang 182–243.

G. BẢNG KIỂM:

STT	NỘI DUNG	Có	Không
01	Kể đúng tên 10 loại dụng cụ cơ bản.	5đ	
02	Kể đúng tên 02 dụng cụ khác trong bộ dụng cụ còn lại.	1đ	
03	Chọn cán dao nào phù hợp với lưỡi dao nào.	1đ	
04	Lắp đúng lưỡi dao vào cán dao và tháo đúng lưỡi dao ra khỏi cán dao.	1đ	
05	Cầm đúng cách của 01 dụng cụ phẫu thuật cơ bản bất kỳ.	1đ	
06	Nói đúng công dụng của 01 dụng cụ phẫu thuật cơ bản bất kỳ.	1đ	
07		1đ	
	Tổng điểm:	10đ	

KỸ THUẬT KHÂU NÓI ỐNG TIÊU HÓA, CÁC MŨI KHÂU CƠ BẢN

A. MỤC TIÊU BÀI GIẢNG:

- Liệt kê được những yêu cầu cho đường khâu ống tiêu hóa.
- Nắm vững các dụng cụ, cách khâu ống tiêu hóa.
- Kể được các phương pháp và các kiểu khâu ống tiêu hóa.

B. ĐỐI TƯỢNG:

- Sinh viên Y4.
- Số lượng sinh viên: 15.

C. PHÂN BỐ THỜI GIAN:

- Giới thiệu mục tiêu: 01 phút.
- Giới thiệu nội dung: 09 phút.
- Thực hành: 25 phút.
- Đánh giá: 10 phút.

D. NỘI DUNG BÀI GIẢNG:

I. ĐẠI CƯƠNG:

Đây là kỹ thuật nhằm tái lập lưu thông bình thường của thức ăn trong ống tiêu hóa. Sau khi khâu may thì bên ngoài của ống tiêu hóa phải trơn láng để tránh gây dính ruột về sau.

II. NHỮNG YÊU CẦU CHO ĐƯỜNG KHÂU ỐNG TIÊU HÓA:

- Đường khâu phải kín: không để dịch, hơi thoát ra kể cả dưới áp lực cao. Trung bình cách 3mm một mũi khâu.
- Đường khâu phải chắc chắn không bị bục chỉ, không bung ra dưới tác động của nhu động ruột.
- Đường khâu phải được cầm máu tốt: buộc chỉ không chặt quá, không lỏng quá là một nghệ thuật đòi hỏi phải tập luyện lâu dài chứ không để diễn tả trên giấy được.
- Niêm mạc chỗ đường khâu phải lộn vào trong.
- Đường khâu không được làm hẹp khẩu kính ống tiêu hóa.

III. DỤNG CỤ:

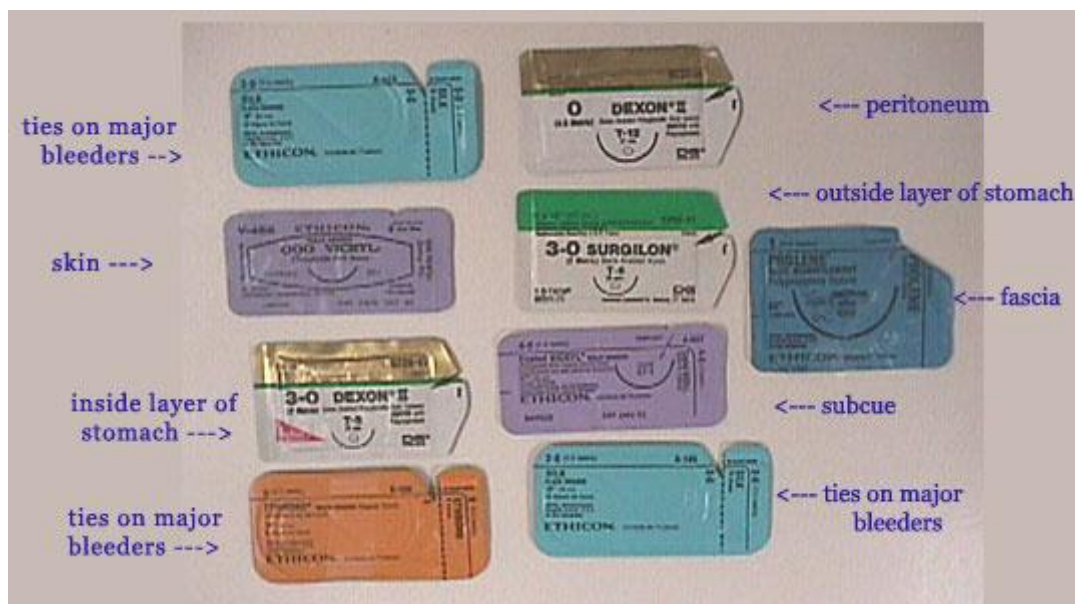
III.1. Chỉ: Có rất nhiều loại chỉ khâu, tuy nhiên sự thành công trong việc khâu ống tiêu hóa không phải tùy thuộc vào loại chỉ nào, mà tùy thuộc vào kỹ thuật.

- Chỉ không tan: chỉ lin, soie và các loại chỉ nylon, Prolène.



Hình 1: Các loại chỉ

- Chỉ tan: Vicryl, PPS... Cấu tạo từ Acide Polyglycolique, tan từ từ trong mô. Chất lượng các sợi chỉ này tốt nhưng có một số khuyết điểm là quá nhám khiến khó cột chạy chỉ hoặc khó kéo khi phải khâu surjet, dễ gây trượt mô.



Hình 2: Các loại chỉ

III.2. *Kim*: hiện nay sử dụng nhiều loại kim suture, kim cong $\frac{1}{2}$ vòng hoặc $\frac{1}{3}$ vòng, kim tròn. Kích thước kim tùy sự lựa chọn.

IV. CÁCH KHÂU:

IV.1. *Mũi khâu rời (mũi khâu đơn giản)*: khâu từng mũi và cột lại cắt chỉ.

Những mũi này gần nhau hơn, cách nhau 0,3–0,5cm.

Chỗ khâu cách mép ruột từ 0,3–0,5cm

Ưu: đảm bảo máu nuôi tốt ở diện cắt

Khuyết: mất thời gian

IV.2. *Mũi khâu vắt (mũi khâu liên tục)*: khâu mũi đơn giản trước, sau đó khâu rút chỉ liên tục cho đến cuối cùng, kết thúc chừa 1 bên đầu để cột lại với nhau. Cách 0,3–0,5cm như trên.

Ưu: nhanh, đỡ mất thời gian

Khuyết: Nếu có đứt chỉ ở chỗ nào thì cả đường khâu sút ra hết.

Phẫu thuật viên phải rút chỉ vừa không chặt hoặc rộng quá.

Chặt quá: thiếu máu nuôi – hoại tử, xì dò

Lỏng quá: gây chảy máu.

IV.3. *Mũi khâu vùi niêm mạc*:

- Mũi Connel–Mayo: đây là mũi khâu lấy hết 4 lớp cấu trúc của ruột (từ lớp thanh mạc đến lớp niêm mạc)

Cách thực hiện: lấy từ ngoài vào trong và từ trong ra ngoài cùng bên.

- Mũi Schmid: đây là dạng mũi khâu liên tục hay khâu vắt, luôn lấy từ trong ra ngoài cả 4 lớp cấu trúc của ruột.

- Mũi khâu Lembert: (thanh – thanh mạc)

Là mũi khâu vùi đường khâu thứ nhất trong kỹ thuật khâu nối 2 lớp.

Lấy lớp thanh mạc và thanh mạc của 2 đoạn ruột.

- Mũi khâu túi để vùi: Góc ruột thừa.

Diện cắt tá tràng.

Đóng kín 1 đoạn ruột.

Lấy lớp thanh mạc và may vòng tròn, ấn đầu vào trong, cột lại. Chỗ khâu kim cách diện cắt 1cm.

V. CÁC PHƯƠNG PHÁP KHÂU ỐNG TIÊU HÓA:

V.1. Nối 1 lớp: mũi khâu rời, chỉ không tan, lấy toàn bộ 4 lớp cấu trúc của ruột.

Ưu: đường khâu mềm mại, ít phù nề, đảm bảo cầm máu tốt, không làm hẹp khẩu kính ống tiêu hóa, khâu dễ dàng ở trong sâu.

Khuyết: mất nhiều thời gian, đòi hỏi trình độ kỹ thuật tỉ mỉ và chính xác.

V.2. Nối 2 lớp:

Lớp trong: lấy toàn thể, chỉ tan, thường khâu liên tục.

Lớp ngoài: mũi khâu Lembert.

Ưu: đường khâu kín, nhanh vì khâu vát, không đòi hỏi nhiều kỹ thuật

Khuyết: đường khâu dày cộm, phù nề, dễ làm hẹp khẩu kính ống tiêu hóa.

V.3. Nối bằng máy.

VI. CÁC KIỂU KHÂU NỐI ỐNG TIÊU HÓA:

- Nối tận–tận: nối 2 đầu tận của ruột sau khi đã cắt bỏ 1 đoạn. Cách nối này phục hồi nguyên ống tiêu hóa. Đảm bảo lưu thông tiêu hóa bình thường, hợp sinh lý.

- Chỉ định khi 2 mặt cắt ở đầu ruột bằng nhau hoặc gần bằng nhau.

- Nối tận – bên: đóng bớt 1 đầu của đoạn ruột lớn. Sau đó cắm đầu của đoạn ruột nhỏ hơn vào mặt bên của đoạn ruột lớn. Chú ý hạn chế tạo túi cùng.

- Nối bên – bên: là mở miệng nối ở 2 bờ tự do của ống tiêu hóa.

E. CÁCH CHIA NHÓM THỰC HÀNH KỸ NĂNG:

- Mỗi buổi thực tập: 15 sinh viên/nhóm.
- Mỗi nhóm chia thành 05 nhóm nhỏ (03 sinh viên/nhóm).
- Một nhóm nhỏ thực hành trên ruột và da heo.

F. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hoàng Đình Cầu (1987): **Phẫu thuật thực hành, Kỹ thuật khâu cơ quan tiêu hóa**, xuất bản lần 4, Nhà xuất bản Y học, trang 77 – 92.
2. Cẩm nang không lực Hoa Kỳ số 160–56. **Cẩm nang phòng mổ**. Nhận biết và gìn giữ các dụng cụ giải phẫu và kim may. Phòng điều dưỡng soạn thảo và phiên dịch (1971), trang 182 – 243.

G. BẢNG KIỂM

STT	NỘI DUNG	Có	Không
01	Những yêu cầu cho đường khâu ống tiêu hóa.	2đ	
02	Dụng cụ khâu nối ống tiêu hóa.	2đ	
03	Các mũi khâu cơ bản.	2đ	
04	Các phương pháp khâu nối ống tiêu hóa.	2đ	
05	Các kiểu khâu nối ống tiêu hóa.	2đ	
	Tổng điểm:	10đ	

CÁCH RỬA TAY, MẶC ÁO, MANG GĂNG

A. MỤC TIÊU BÀI GIẢNG:

- Sự chuẩn bị cá nhân trước khi thực hành rửa tay, mặc áo, mang găng.
- Làm đúng kỹ thuật rửa tay phẫu thuật.
- Làm đúng kỹ thuật mặc áo phẫu thuật.
- Làm đúng kỹ thuật mang găng phẫu thuật.

B. ĐỐI TƯỢNG:

- Sinh viên Y4.
- Số lượng sinh viên: 15.

C. PHÂN BỐ THỜI GIAN:

- Giới thiệu mục tiêu: 01 phút.
- Giới thiệu nội dung: 09 phút.
- Thực hành: 25 phút.
- Đánh giá: 10 phút.

D. NỘI DUNG BÀI GIẢNG:

I. ĐẠI CƯƠNG:

Các phương pháp rửa tay, mặc áo choàng và mang găng tay được áp dụng để loại trừ đến mức tối đa những yếu tố gây truyền nhiễm trong phòng phẫu thuật mà người ta có thể loại trừ được. Không được có một sự chần chừ nào trong việc thi hành những kỹ thuật găng gao này. Tay và bàn tay phải được rửa đúng theo thời gian qui định để làm cho tay thật sạch. Các nhân viên phòng mổ phải mặc áo choàng và mang găng tay đã được thanh trùng để quần áo và tay của họ được bao phủ bởi đồ đã thanh trùng.

II. SỰ CHUẨN BỊ CÁ NHÂN:

- Móng tay: phải được cắt ngắn, chỉ được dài khoảng 1mm, hay không ló ra khỏi đầu ngón tay. Móng tay ngắn khiến cho việc chùi rửa được dễ dàng và không làm rách các bao tay. Các nữ nhân viên phải chùi tất cả thuốc đánh móng tay.
- Đồ nữ trang: Tất cả những đồ nữ trang đeo ở bàn tay và cánh tay phải cởi ra.
- Quần áo mặc trong khu phẫu thuật: Không bao giờ được mặc quần áo dùng để mặc đi đường hay đồng phục bệnh viện trong khu vực phòng mổ. Bộ đồ phòng mổ phải để cách xa đồ mặc đi đường và đồng phục bệnh viện.
- Giày, dép: phải có một đôi riêng để mang trong khu phẫu thuật mà thôi.
- Nón: che phủ tất cả tóc.

- Mặt nạ: Phải mang mặt nạ cho vừa khít xung quanh mũi và miệng để lọc không khí xuyên qua mặt nạ chứ không cho không khí đi theo các bìa xung quanh mặt nạ vào mũi.

III. PHƯƠNG PHÁP RỬA TAY:

III.1. Mục đích: làm sạch tối đa những mầm sinh bệnh trên bàn tay, cẳng tay và khuỷu tay bằng cách chà rửa kỹ lưỡng với dung dịch sát khuẩn nhằm ngăn ngừa sự lây nhiễm vào vết thương.

III.2. Phương tiện: bàn chải, nước, các dung dịch sát khuẩn phải đã được xử lý vô trùng trước.

III.3. Thời gian:

- Nếu dùng Iodophors (Betadine) hoặc Chlorhexidine (Hibiscrub Microshield) để rửa tay thì: Rửa để khô lần thứ nhất trong buổi làm: 10 phút.

Giữa các trường hợp sạch: 3 phút.

- Nếu dùng xà phòng để rửa tay thì: Rửa để khô lần thứ nhất trong buổi làm: 10 phút.

Giữa các trường hợp sạch: 5 phút.

III.4. Phương pháp: Có 2 phương pháp để tính thời gian rửa:

- Phương pháp 1: coi đồng hồ, đây là phương pháp thường được dùng.
- Phương pháp 2: phương pháp tính theo cơ thể học, tính thời gian bằng cách đếm số lần chải bàn chải trên móng tay và da.

IV. KỸ THUẬT MẶC ÁO MỒ:

- Chỉ cầm vào mặt trong của áo khi tự mặc áo lấy.
- Đưa bàn tay và cánh tay bạn lên khỏi lưng quần và cách xa thân mình.
- Phần duy nhất của áo mồ khi đã mặc vào được coi là hãy còn sạch trùng là phần ở phía trước, từ khỏi lưng quần trở lên (trừ phần ở gần cổ áo) và các cánh tay áo. Nếu áo mồ bị dơ phải thay một áo khác ngay.

Lấy áo choàng, hãy cẩn thận, chỉ cầm mặt trong của áo và bước lùi ra xa bàn.

Cầm phía bên trong gần trên cổ của áo choàng và đưa thẳng tay lên phía ngang ngực để mở áo ra. Hãy cẩn thận đừng để áo chạm vào người bạn hay bất cứ vật gì chưa được khử trùng.

E. CÁCH CHIA NHÓM THỰC HÀNH KỸ NĂNG:

- Mỗi buổi thực tập: 15 sinh viên/nhóm.
- Mỗi nhóm chia thành 05 nhóm nhỏ (03 sinh viên/nhóm).
- Một nhóm nhỏ thực hành: Rửa tay.

Mặc áo.

Mang găng.

F. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hoàng Đình Cầu (1987): **Phẫu thuật thực hành, Kỹ thuật khâu cơ quan tiêu hóa**, xuất bản lần 4, Nhà xuất bản Y học, trang 275–303.
2. Cẩm nang không lực Hoa Kỳ số 160–56. **Cẩm nang phòng mổ. Các phương pháp và kỹ thuật rửa tay, mặc áo chòang và mang găng tay**. Phòng điều dưỡng soạn thảo và phiên dịch (1971), trang 275–303.
3. Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, đơn vị huấn luyện kỹ năng Y khoa (2001). **Tài liệu huấn luyện kỹ năng Y khoa. Phương pháp rửa tay, mặc áo và mang găng phẫu thuật**. Nhà xuất bản Y học, trang 111–121.

G. BẢNG KIỂM

STT	NỘI DUNG	Có	Không
01	Sự chuẩn bị cá nhân trước khi thực hành rửa tay, mặc áo, mang găng.	1đ	
02	Làm đúng kỹ thuật rửa tay phẫu thuật.	3đ	
03	Làm đúng kỹ thuật mặc áo phẫu thuật.	3đ	
04	Làm đúng kỹ thuật mang găng phẫu thuật.	3đ	
	Tổng điểm:	10đ	

CÁC KỸ THUẬT CỘT CHỈ BẰNG TAY

(Có băng thực hành)

A. MỤC TIÊU BÀI GIẢNG:

Thực hiện được các phương pháp buộc chỉ bằng tay.

B. ĐỐI TƯỢNG:

- Sinh viên Y4.
- Số lượng sinh viên: 15

C. PHÂN BỐ THỜI GIAN:

- Giới thiệu mục tiêu: 01 phút.
- Giới thiệu nội dung: 09 phút.
- Thực hành: 25 phút.
- Đánh giá: 10 phút.

D. NỘI DUNG BÀI GIẢNG:

I. NGUYÊN TẮC:

- Gút phải chặt để không bị tuột.
- Gút phải nhỏ.
- Khi cột bất cứ gút nào, tránh dùng cho các sợi chỉ cọ sát nhau vì làm như vậy, chỉ sẽ bị yếu.
- Không làm chỉ căng thẳng quá độ.
- Không được cột chỉ chặt quá (trừ cột cho máu ngưng chảy).
- Sau khi cột vòng thứ nhất, cần kéo một đầu sợi chỉ để giữ chỉ dùng nút.
- Gút đã cột đúng cách dùng cột thêm.

II. PHƯƠNG PHÁP:

Trong các loại nút, tốt nhất là nút có ba vòng nút:

- Hai vòng nút đầu là một nút thông lọng.
- Vòng nút thứ ba là một vòng nút thẳng, khóa hai vòng nút thông lọng.

E. CÁCH CHIA NHÓM THỰC HÀNH KỸ NĂNG:

- Mỗi buổi thực tập: 15 sinh viên/nhóm.
- Mỗi nhóm chia thành 05 nhóm nhỏ (03 sinh viên/nhóm).
- Một nhóm nhỏ thực hành tự cột chỉ.

F. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hoàng Đình Cầu (1987): **Phẫu thuật thực hành.Cách làm nút**, xuất bản lần 4, Nhà xuất bản Y học, trang 9–13.
2. Cẩm nang không lực Hoa Kỳ số 160–56. **Cẩm nang phòng mổ**. Các loại chỉ và kỹ thuật dùng.Phòng điều dưỡng soạn thảo và phiên dịch (1971), trang 271–274.
3. Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, đơn vị huấn luyện kỹ năng Y khoa(2001). Tài liệu huấn luyện kỹ năng Y khoa. **Thao tác buộc chỉ và khâu**. Nhà xuất bản Y học, trang 150–155.

G. BẢNG KIỂM

STT	NỘI DUNG	Có	Không
01	Phương pháp buộc chỉ một tay.	5đ	
02	Phương pháp buộc chỉ hai tay.	5đ	
	Tổng điểm:	10đ	

GIÁO DỤC SỨC KHỎE CHO CÁ NHÂN

A. ĐẠI CƯƠNG:

Giáo dục sức khỏe cho cá nhân là một hình thức đặc biệt của giáo dục sức khỏe nhằm vào cá nhân, là một tiến trình thông qua đối thoại, tương tác, người giáo dục viên giúp cho đối tượng hiểu rõ về hoàn cảnh và vấn đề sức khỏe của chính mình từ đó có thể tìm ra biện pháp giải quyết thích hợp và thực hiện.

Không giống giáo dục sức khỏe cho quảng đại quần chúng, nhóm lớn hoặc nhóm nhỏ, vấn đề sức khỏe ở đây không mang tính chung chung mà là cụ thể cho từng đối tượng. Vấn đề có thể là những nỗi lo âu về bệnh tình, sự thắc mắc về cách chăm sóc, cũng có thể vấn đề là một quyết định cần đưa ra, một hành vi cần thay đổi. Thêm vào đó, vấn đề của mỗi người có những nét riêng không ai giống ai cho dù là cùng một chủ đề sức khỏe. Mỗi người lại có hoàn cảnh riêng và đặc điểm tâm lý riêng bao gồm trình độ, khả năng nhận thức, cảm xúc, tình cảm, xu hướng. Do đó, giáo dục sức khỏe cá nhân không thể thực hiện chung chung, giống nhau cho tất cả đối tượng. Trong giáo dục sức khỏe cho nhóm đông lớn, nhóm nhỏ có thể kỹ năng quan trọng là “**Nói sao cho người ta nghe**” thì trong giáo dục sức khỏe cá nhân lại là “**Nghe sao cho người ta nói**”. Bởi vì chỉ có lắng nghe, tìm hiểu mới biết được những điểm riêng của đối tượng để mà từ đó giúp họ trong việc giải quyết vấn đề sức khỏe.

B. MỘT SỐ ĐỨC TÍNH CẦN CÓ Ở NGƯỜI GIÁO DỤC CHO CÁ NHÂN:

Đúc kết từ kinh nghiệm tiếp xúc với nhiều thân chủ (đối tượng), nhà tâm lý trị liệu Carl Rogers, cha đẻ của phương pháp thân chủ trọng tâm (Client-centered) nhận thấy có những đức tính hết sức cần thiết mà người làm công tác tham vấn cần có để tạo một mối tương quan nâng đỡ giúp thân chủ giải quyết được vấn đề của mình. Sau đó, nhiều nhà tâm lý trị liệu cũng đồng ý với ý kiến của ông và 3 yếu tố này đã trở thành gần như kinh điển khi nhắc đến tham vấn hoặc ở đây là giáo dục sức khỏe cho cá nhân.

I. Sự thấu cảm (Empathy):

Không phải chỉ là sự thông cảm, hiểu biết hoàn cảnh của đối tượng về mặt lý trí mà là sự chia sẻ cảm xúc như là chính giáo dục viên đang trải qua những hoàn cảnh của đối tượng. Điều này có thể đến một cách tự nhiên đặc biệt là khi giáo dục viên đã từng trải qua những hoàn cảnh tương tự. Ngoài sự thấu cảm do đã từng trải qua hoàn cảnh như đối tượng, giáo dục viên có thể thấu cảm bằng cách đặt mình vào hoàn cảnh của chính đối tượng để thấu hiểu tâm trạng, cảm xúc của đối tượng. Sự thấu cảm là một điều hết sức cần thiết ở giáo dục viên vì lúc đó như là chính mình đang giúp mình chứ không phải là giúp một người xa lạ. Điều này giúp tránh đi những lời khuyên không thực tế.

II. Sự tôn trọng (Respect), Chấp nhận (Acceptance):

Không ai muốn bị phán xét và giáo dục viên thật sự cũng không phải là thẩm phán. Sự tôn trọng vô điều kiện, sự chấp nhận từ chính thâm tâm rằng đối tượng là một con người có giá trị bất kể địa vị, hành vi, hoặc thái độ tích cực hoặc tiêu cực sẽ giúp tạo ra một mối tương giao ấm cúng. Tôn trọng, chấp nhận không có nghĩa là tán thành. Ngược với chấp nhận là định kiến, thành kiến. Một khi giáo dục viên tự khép lòng lại thì sẽ không thấy hết những khía cạnh khác nhau trong đối tượng và vấn đề của đối tượng. Tôn trọng và Chấp nhận chính là sự mở lòng đối với tha nhân.

III. Sự chân thành (Genuineness):

Giáo dục viên phải đến với đối tượng bằng sự chân thành với thái độ quan tâm một cách tự nhiên xuất phát từ nhu cầu của đối tượng hơn là đến vì nhiệm vụ và cố gắng làm cho xong việc. Cần xem đối tượng như là một người bạn, người thân hoặc thậm chí là chính mình. Như vậy thì dù ta chưa thể giúp được đối tượng giải quyết vấn đề thì cũng đã giúp phần nào cho tâm lý của đối tượng.

C. MỘT SỐ NGUYÊN TẮC CHUNG TRONG GIÁO DỤC SỨC KHỎE CHO CÁ NHÂN:

- I.** Người giáo dục viên giúp đối tượng nhận ra vấn đề và giải quyết vấn đề theo cách riêng, phù hợp chứ không phải đến áp đặt một cách giải quyết có sẵn. Thế nên qua một buổi vẫn có thể chưa đề cập được vấn đề hoặc chưa tìm ra cách giải quyết vấn đề cũng không phải là thất bại. Điều quan trọng đầu tiên trong giáo dục sức khỏe cho cá nhân chính là mối quan hệ. Dù vấn đề chưa giải quyết nhưng đã thiết lập được mối quan hệ tốt thì những lần sau hy vọng có thể giải quyết được.
- II.** Trong đại đa số trường hợp ta không nên áp đặt những cách ứng xử cho đối tượng bởi vì chính bản thân đối tượng thường cũng không muốn người khác dạy đời đồng thời cách ứng xử của ta chưa chắc là đã phù hợp với hoàn cảnh của đối tượng. Kể cả trường hợp lời khuyên của ta đối tượng nghe theo và thực hiện đạt kết quả thì đó cũng không hẳn là tốt vì có thể tạo sự phụ thuộc và đối tượng sẽ luôn tìm đến ta trong mọi vấn đề. Nên giúp đối tượng tự khám phá và tự quyết định bằng cách cung cấp những thông tin phù hợp, trên cơ sở đó, đặt những câu hỏi dẫn dắt từng bước đến sự hiểu biết về kiến thức, về tình trạng của mình và sự lựa chọn giải quyết vấn đề của mình một cách phù hợp.
- III.** Có thể nói kỹ năng quan trọng nhất trong giáo dục sức khỏe cho cá nhân biểu hiện trong cả 3 hoạt động giao tiếp, truyền thông, khơi dậy đó là sự khơi gợi thích hợp và lắng nghe chân thành.
 - Khơi gợi và Lắng nghe để thật sự thấu cảm hoàn cảnh của đối tượng cũng như để biết những vấn đề sức khỏe, vấn đề tâm lý, xã hội mà đối tượng đang gặp phải thậm chí đang rất bức xúc nhưng nhiều khi không dám hoặc không tiện nói ra.
 - Khơi gợi và Lắng nghe giúp đối tượng cảm thấy được quan tâm thúc đẩy ý muốn chia sẻ.

- Khởi gợi và Lắng nghe giúp biết được đối tượng đã hiểu biết đến đâu, điểm nào đúng, điểm nào sai giúp việc thông tin, hướng dẫn được xác đáng, đỡ mất thời gian và đặc biệt quan trọng hơn giúp đối tượng liên hệ những điều mới với những gì đã biết khiến việc tiếp thu được tốt hơn.
- Khởi gợi và Lắng nghe những hồi báo để kiểm lại những hiểu biết của đối tượng giúp cho việc điều chỉnh các thông tin tránh nhầm lẫn
- Khởi gợi và Lắng nghe những ý kiến, những quyết định của đối tượng giúp đối tượng cảm thấy tự tin hơn làm nền tảng cho những quyết định cá nhân và sự thay đổi hành vi.

Lưu ý: ta hỏi khởi gợi và lắng nghe để nhằm xác định vấn đề chứ không phải để thỏa mãn tính tò mò. Cần tránh những câu hỏi về những vấn đề nhạy cảm không cần thiết.

D. CÁC HÌNH THỨC GIÁO DỤC SỨC KHỎE CHO CÁ NHÂN:

Có nhiều cách phân chia các hình thức giáo dục sức khỏe cá nhân. Thông thường ta phân biệt 3 hình thức: Trao đổi trực tiếp, Trao đổi qua điện thoại, Trao đổi qua thư tín. Trong bài này ta đề cập chủ yếu đến hình thức trao đổi trực tiếp.

Một điều cần lưu ý là dù đối tượng giáo dục sức khỏe cá nhân có vấn đề về sức khỏe nhưng không phải ai cũng ý thức được. Có người ý thức được và có nhu cầu cần giải quyết nhưng cũng có người không ý thức được và do đó không có nhu cầu. Cũng có người có nhu cầu nhưng không biết tìm đến đâu hoặc ngại không muốn bày tỏ. Cũng chính vì vậy mà hình thức trao đổi trực tiếp lại được chia thành 2 dạng:

- Đối tượng tìm đến giáo dục viên: ở cơ sở y tế, trung tâm tham vấn, điện thoại, viết thư... Hình thức này có khi ta còn gọi là tham vấn sức khỏe.
- Giáo dục viên tìm đến đối tượng: tiếp cận cộng đồng, vãng gia.

Ví dụ một phụ nữ nghèo đông con không xem ti vi, không nghe radio, không đến họp tổ phụ nữ và nhiều khi cũng không ý thức được nguyên nhân của đói nghèo, bệnh tật là do đông con. Trong trường hợp này, nhiều khi ta phải tìm đến nhà (vãng gia) để thăm hỏi và giúp cho chị ta hiểu vấn đề và có biện pháp giải quyết phù hợp.

E. PHÂN TÍCH THUẬN LỢI, KHÓ KHĂN CỦA TỪNG DẠNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE CHO CÁ NHÂN VÀ GỢI Ý CÁCH KHẮC PHỤC:

I. Phân tích thuận lợi, khó khăn:

Nhìn chung khi đối tượng có nhu cầu tìm đến ta thì giáo dục sức khỏe cho cá nhân tương đối thuận lợi hơn. Tuy vậy xét kỹ thì mỗi dạng đều có những khó khăn, thuận lợi riêng:

*** Đối tượng tìm đến giáo dục viên:**

+ Thuận lợi:

- Đối tượng có nhu cầu giải quyết vấn đề nên quan tâm đến những điều ta nói.
- Đối tượng có sẵn những thắc mắc, chủ động.

- Có thể ta có sẵn điển hình (Ví dụ: ta đang ở phòng khám, khoa điều trị).
- Ta có đầy đủ tài liệu, hình ảnh trực quan.

+ Bất lợi:

- Có thể ta chưa hiểu rõ về đối tượng cũng như hoàn cảnh riêng.
- Ta không chuẩn bị trước về vấn đề của đối tượng (nhất là những vấn đề lạ).
- Nhiều khi đối tượng quá quan tâm hoặc quá căng thẳng về vấn đề của mình.

* Giáo dục viên tìm đến đối tượng:

+ Thuận lợi:

- Ta có thể tìm hiểu đối tượng và hoàn cảnh của đối tượng trước khi đến.
- Ta có thể chuẩn bị trước phần nào về vấn đề của đối tượng.
- Nếu đã quen biết trước và ta đến với một thái độ quan tâm chân thành có thể đã tạo cảm tình nơi đối tượng.

+ Bất lợi:

- Có thể đối tượng chưa ý thức được và chưa có nhu cầu giải quyết.
- Đối tượng thụ động, ít quan tâm.
- Ta không có sẵn điển hình.
- Tài liệu chỉ là những cái ta dự đoán, và lại cũng không thể mang nhiều.

II. Một số gợi ý để khắc phục những khó khăn:

* Đối tượng tìm đến giáo dục viên:

Mở đầu bằng cách gọi chuyện để đối tượng bày tỏ. Giáo dục viên cần kiên nhẫn quan sát, lắng nghe cũng như gọi chuyện, thăm hỏi để tìm hiểu về hoàn cảnh đối tượng, từng bước tìm hiểu để xác định vấn đề khó khăn của đối tượng là gì.

* Giáo dục viên tìm đến đối tượng:

- Tạo một hoàn cảnh tiếp cận tự nhiên (chọn đúng thời điểm, không gian).
- Giải thích một cách ngắn gọn và đầy đủ mục đích của sự viếng thăm.
- Chân thành nói chuyện tình cảm, tế nhị, cố gắng phân tích cho đối tượng dần dần thấy ra vấn đề của chính mình qua những sự việc, hoàn cảnh hiện tại.

CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN–HÔ HẤP

A. MỤC TIÊU BÀI GIẢNG:

- Thực hiện được các bước chẩn đoán một trường hợp ngừng tuần hoàn – hô hấp.
- Thực hiện được các thao tác cấp cứu ngừng hô hấp.
- Thực hiện được các thao tác cấp cứu ngừng tuần hoàn.
- Phối hợp nhịp nhàng các thao tác cấp cứu ngừng tuần hoàn – hô hấp.

B. PHÂN BỐ THỜI GIAN:

- Giới thiệu đại cương: 15 phút
- Hướng dẫn trên mô hình: 30 phút
- Sinh viên thao tác: 45 phút
- Đánh giá: 30 phút

C. NỘI DUNG BÀI GIẢNG:

I. **ĐẠI CƯƠNG:**

- Ngừng tuần hoàn – hô hấp: ngưng hô hấp và tuần hoàn có hiệu quả
- Tình huống: chết đuối, điện giật, nhồi máu cơ tim, ngạt thở, ngộ độc...
- Ngừng tuần hoàn – hô hấp: cấp cứu khẩn cấp trong vài phút. Nếu chậm trễ BN sẽ tử vong hoặc bị di chứng nặng nề do thiếu oxy não.
- Hồi sức ngừng tuần hoàn hô hấp gồm hồi sức cơ bản và hồi sức nâng cao.

Hồi sức cơ bản gồm:

A (airway): thông đường thở

B (breathing): thổi ngạt

C (circulation): xoa bóp tim ngoài lồng ngực

- Luôn luôn cần người giúp đỡ.

II. **CHẨN ĐOÁN NGỪNG TUẦN HOÀN – HÔ HẤP:**

- Mất tri giác
- Ngừng hô hấp
- Ngừng tuần hoàn

II.1. *Kiểm tra tri giác:*

- Lay gọi
- Kích thích đau

II.2. Kiểm tra hô hấp:

- Thông đường thở:
 - + Lấy dị vật (nếu có): một tay mở miệng BN, tay còn lại dùng 2 ngón trỏ và giữa lấy dị vật trong miệng BN.
 - + Ngửa đầu nâng cằm: bàn tay phía trán đặt lên trán BN tạo một áp lực hướng ra sau; bàn tay phía cằm dùng 4 ngón tay đặt ở cạnh hàm dưới BN và nâng lên phía trước.
 - + Nếu nghi ngờ BN có chấn thương cột sống cổ phải làm thủ thuật nâng hàm mà không ngửa đầu.
- Đặt tai trên mũi miệng BN để nghe tiếng thở của BN, má cảm nhận hơi thở ra của BN. Đồng thời nhìn phía ngực BN xem chuyển động của ngực.



Hình 1: Thủ thuật ngửa đầu nâng cằm



Hình 2: Thủ thuật nâng hàm không ngửa đầu

II.3. Kiểm tra tuần hoàn:

Động mạch cảnh hoặc động mạch bẹn.

III. KỸ THUẬT THỐI NGẠT – XOA BÓP TIM NGOÀI LÒNG NGỰC Ở NGƯỜI LỚN:

BN nằm trên mặt phẳng cứng, bộc lộ phần ngực bụng.

III.1. Kỹ thuật thối ngạt:

- Cấp cứu viên (CCV) quỳ gần đầu BN.

- Thổi ngạt: Miệng – miệng / miệng – mũi
- Tay phía trán kẹp mũi BN bằng ngón cái và ngón trỏ, tay kia vẫn nâng cằm.
- Hít một hơi sâu, ngậm kín miệng BN thổi mạnh, xoay đầu để nghe khí thổi ra và xem ngực BN xẹp xuống.
- Tần số: 16 – 20 lần / phút.



Hình 3: Thổi ngạt

III.2. Kỹ thuật xoa bóp tim ngoài lồng ngực:

- CCV quỳ ngang ngực BN.
- Vị trí ấn tim: trên xương ức, cách mũi kiếm 2 khoát ngón tay.
- CCV thẳng lưng, đưa người về phía trước để 2 vai thẳng trên ngực BN, cánh tay thẳng góc với BN tại điểm ấn tim.

Đặt một bàn tay lên vị trí ấn tim, các ngón tay duỗi. Đặt tay còn lại lên mu bàn tay kia, các ngón tay khoá vào nhau.

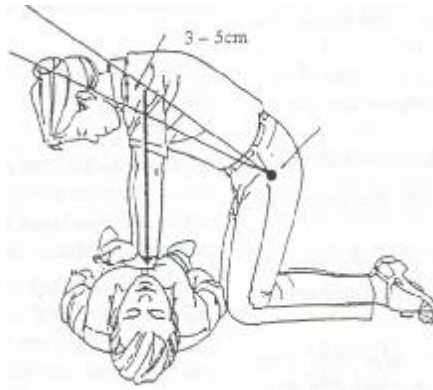
Dùng sức nặng của CCV ép xuống ngực BN sâu khoảng 4 – 5 cm.

Nâng người CCV lên để giảm lực ép nhưng không xô dịch bàn tay, thời gian bằng với thời gian ấn xuống.

- Tần số: 80 – 100 lần / phút.



Hình 4: Vị trí ấn tim



Hình 5: Tư thế xoa bóp tim

C KẾT HỢP CHẨN ĐOÁN – THỜI NGẠT – XOA BÓP TIM NGOÀI LÒNG NGỰC

IV. NHỮNG ĐIỂM KHÁC BIỆT KHI CẤP CỨU Ở TRẺ EM:

- Kiểm tra tuần hoàn ở động mạch nách hoặc động mạch bẹn.
- Ngừa đầu nâng cằm: bàn tay phía trán đặt 4 ngón lên trán BN; bàn tay phía cằm dùng 2 ngón trỏ và giữa đặt ở cằm BN.
- Thở ngạt: Miệng – mũi miệng: ngậm kín cả miệng và mũi BN

Tần số:

Sơ sinh: 60 lần / phút

1 – 12 tháng: 50 lần / phút

1 – 5 tuổi: 40 lần / phút

> 5 tuổi: 30 lần / phút

- Xoa bóp tim ngoài lồng ngực:

✚ Qui hoặc đứng bên cạnh BN

✚ < 1 tuổi: vị trí trên xương ức cách 1 khoát ngón tay dưới đường liên vú.

- ✚ Dùng bàn tay phía chân BN đặt 3 ngón trỏ, giữa, nhẫn lên xương ức ngay dưới đường liên vú. Co ngón trỏ lên, ấn thẳng góc bàn tay bằng lực của bàn tay. Độ sâu # 2 cm. Tần số 120 – 140 lần/phút.

Hoặc đứng phía chân BN, 2 bàn tay ôm lấy ngực BN ấn bằng 2 ngón cái chồng lên nhau.

- ✚ 1 – 5 tuổi: vị trí như người lớn. Ấn tim bằng 1 bàn tay. Tần số 100 – 120 lần/phút.

- Kết hợp 5 lần ấn tim – 1 lần thổi ngạt.

V. GHI CHÚ:

- Thực hiện thổi ngạt và xoa bóp tim ngoài lồng ngực liên tục cho đến khi BN tự thở lại và tim đập lại, ngay cả khi có những biện pháp cấp cứu nâng cao (kết hợp xoa bóp tim và sốc điện, dùng thuốc...).
- Đánh giá lại BN sau mỗi 5 phút hoặc 4 – 5 lần ấn tim – thổi ngạt.
- Có thể chấm dứt sau 30 phút hồi sức tích cực không hiệu quả (nếu thời gian ngưng tim < 6 phút) hoặc sau 15 phút (nếu thời gian ngưng tim > 6 phút) hoặc kéo dài hơn ở BN hạ thân nhiệt.

D. BẢNG KIỂM:

STT	NỘI DUNG	ĐIỂM CHUẨN	ĐIỂM SINH VIÊN
1	Kiểm tra tri giác	2	
2	Khai thông đường thở	4	
3	Kiểm tra hô hấp	2	
4	Kiểm tra tuần hoàn	2	
5	Gọi giúp đỡ	1	
6	Tư thế BN	2	
7	Thổi ngạt	4	
8	Vị trí ấn tim	2	
9	Động tác ấn tim	4	
10	Tư thế CCV	2	
11	Phối hợp đúng	4	
12	Tác phong khẩn trương	1	
TỔNG ĐIỂM		30	

KỸ THUẬT ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN

A. MỤC TIÊU:

- Đặt được nội khí quản ở người lớn và trẻ em.

B. PHÂN BỐ THỜI GIAN:

- Giới thiệu nội dung: 30 phút
- Hướng dẫn thực hành: 10 phút
- Thực hành: 50 phút
- Đánh giá: 30 phút

C. NỘI DUNG BÀI GIẢNG:

I. CHỈ ĐỊNH:

I.1. Trong hồi sức:

- Hôn mê
- Suy hô hấp cấp
- Suy tuần hoàn
- Shock

I.2. Trong gây mê:

- Cần kiểm soát chắc chắn đường hô hấp: mỏ vùng đầu mặt, miệng, cổ...
- Phải thông khí điều khiển, dùng thuốc dẫn cơ: mỏ lồng ngực, bụng, sọ não...
- Bệnh nhân phải đặt ở tư thế đặc biệt: nằm nghiêng, sấp, ngồi, quì...
- Những cuộc mổ lớn, kéo dài, cần hồi sức tích cực
- BN có dạ dày đầy
- Trẻ em.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: tương đối

- Túi phồng cung động mạch chủ
- Nhiễm trùng đường hô hấp trên
- Lao phổi tiến triển
- Không đủ dụng cụ, thiếu kinh nghiệm.

III. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ:

- Monitor.
- Mặt nạ, bóng giúp thở, nguồn Oxy.



Hình 1: Mặt nạ

- Máy hút, ống hút.
- Các loại thuốc gây mê, thuốc tê xịt, mỡ bôi trơn, thuốc cấp cứu.
- Ống nội khí quản thích hợp (ít nhất 3 số khác nhau):
 - Người lớn: 7.0, 7.5, 8.0
 - Trẻ em: sơ sinh 2.5 – 3;
 - 1 tuổi 3.5 – 4;
 - 2 – 5 tuổi 4.5 – 5;
 - 6 – 12 tuổi 5.5 – 7.0



Hình 2: nội khí quản

- Mandrin.
- Đèn soi thanh quản: lưới đèn cong / thẳng, cỡ 1 / 2 / 3 / 4.

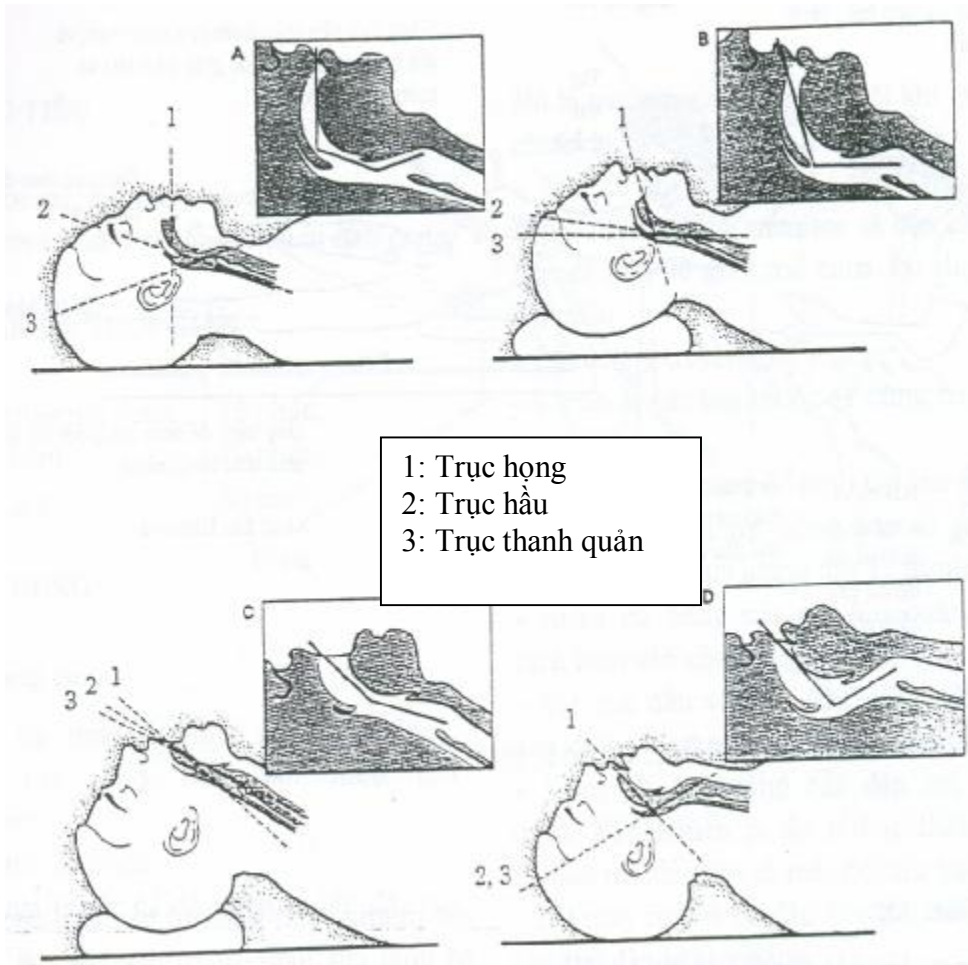


Hình 3: đèn soi thanh quản

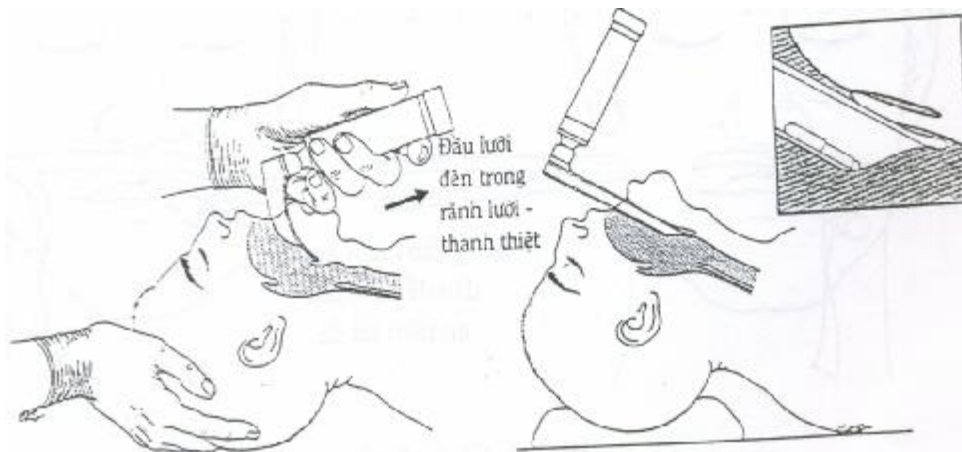
- Ống nghe, bơm tiêm bơm bóng chèn, mayo, băng keo cố định, gói đầu 10cm, gants.

IV. THAO TÁC:

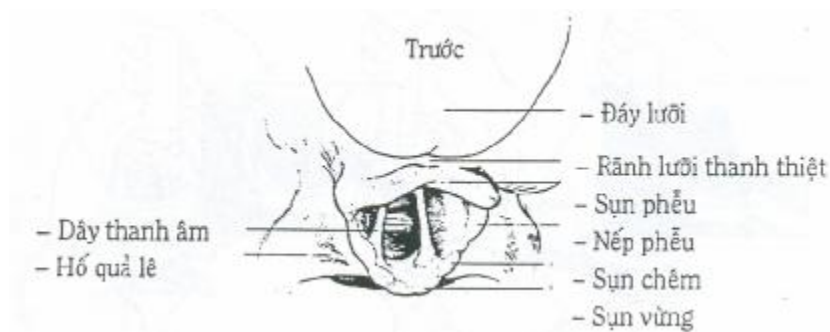
- Bệnh nhân: nằm trên bàn, cố định, lấy bỏ răng giả hoặc dị vật trong miệng, đầu kê gối ngang với thượng vị người làm thủ thuật, có đường truyền tĩnh mạch, theo dõi sinh hiệu trên monitor.
- Người làm thủ thuật: đứng / ngồi trên đầu bệnh nhân.
- Cung cấp Oxy qua mặt nạ, 6 – 10 lít/ phút, 3 – 5 phút. Tiêm thuốc, xịt thuốc tê (trừ trường hợp ngừng tuần hoàn hô hấp).
- Ngừa đầu bệnh nhân (cẩn thận với BN chấn thương cột sống cổ).
- Tay phải mở miệng BN.
- Tay trái cầm đèn soi thanh quản, đưa lưỡi đèn vào miệng BN từ bên phải dọc theo bờ phải của lưỡi, từ từ đẩy lưỡi sang trái, đưa vào đến rãnh lưỡi – nắp thanh môn (đến hết nắp thanh môn nếu dùng lưỡi đèn thẳng).
- Nâng đèn lên theo góc 45° với ngực BN.
- Hút đàm nhớt nếu có.
- Tay phải cầm ống nội khí quản (có gắn mandrin nếu cần) đưa vào từ khe miệng phải của BN, đưa qua 2 dây thanh âm đến hết bóng chèn hoặc vạch quy định thì dừng lại (rút mandrin nếu có), bơm bóng chèn bằng 5 – 10 ml khí.
- Bóp bóng và kiểm tra thông khí đều 2 phổi.
- Đặt mayo, cố định ống nội khí quản.



Hình 4: Trục họng, hầu, thanh quản



Hình 5: Cách đặt đèn soi thanh quản



Hình 6: Giải phẫu vùng hầu họng

D. BẢNG KIỂM:

STT	NỘI DUNG	ĐIỂM CHUẨN	ĐIỂM SINH VIÊN
CHUẨN BỊ			
1	Ống nội khí quản, kiểm tra bóng chèn	1	
2	Gắn mandrin	1	
3	Đèn soi thanh quản, tháo lắp lưỡi đèn	1	
THAO TÁC ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN			
4	Cầm đèn soi thanh quản	1	
5	Đặt lưỡi đèn	1	
6	Nâng đèn	1	
7	Đưa ống nội khí quản vào miệng	1	
8	Đặt ống nội khí quản đúng vị trí	1	
9	Kiểm tra thông khí	1	
10	Tác phong khăn trương	1	
TỔNG SỐ ĐIỂM		10	

KỸ THUẬT CHỌC DÒ TỦY SỐNG

A. MỤC TIÊU BÀI GIẢNG:

- Nêu được chỉ định, chống chỉ định, biến chứng có thể gặp của kỹ thuật chọc dò tủy sống.
- Thực hiện đúng kỹ thuật chọc dò tủy sống trên mô hình.

B. PHÂN BỐ THỜI GIAN:

- Giảng viên giới thiệu nội dung: 20 phút
- Giảng viên hướng dẫn thủ thuật chọc dò tủy sống: 10 phút
- Sinh viên thực hành: 60 phút
- Kiểm tra: 30 phút

C. NỘI DUNG:

I. Chỉ định, chống chỉ định và biến chứng:

I.1. Chỉ định chọc dò tủy sống:

- Chẩn đoán: nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương, xuất huyết màng não, tình trạng xâm nhập khoang dưới nhện, bơm thuốc cản quang để chụp tủy có cản quang...
- Điều trị: dẫn lưu não thất, theo dõi đáp ứng điều trị...
- Gây tê tủy sống.

I.2. Chống chỉ định:

- BN không hợp tác
- Huyết động không ổn định
- Rối loạn đông máu
- Nhiễm trùng tại chỗ nơi chọc dò, nhiễm trùng toàn thân
- Tổn thương cột sống cổ
- Tăng áp lực nội sọ

I.3. Biến chứng:

- Tụt não
- Chạm tủy sống, chùm đuôi ngựa
- Xuất huyết: ngoài màng cứng, dưới màng cứng, dưới nhện
- Nhiễm trùng huyết, viêm màng não
- Nhức đầu
- Đau chỗ chọc dò
- Hội chứng giảm áp lực dịch não tủy

II. KỸ THUẬT:

II.1. Chuẩn bị BN:

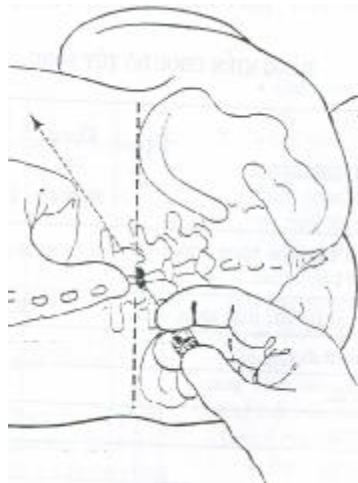
- Giải thích mục đích, thao tác và yêu cầu hợp tác của BN
- Tư thế:
 - + Nằm: BN nằm nghiêng, cổ gập tối đa, co gối áp vào bụng cong lưng tối đa, 2 tay giữ đầu gối, 2 vai và hông phải vuông góc với mặt bàn.
 - + Ngồi: ngồi hơi cúi ra trước, cổ gập tối đa, cong lưng, 2 tay để trên bàn nhỏ.

II.2. Chuẩn bị dụng cụ: vô trùng tuyệt đối

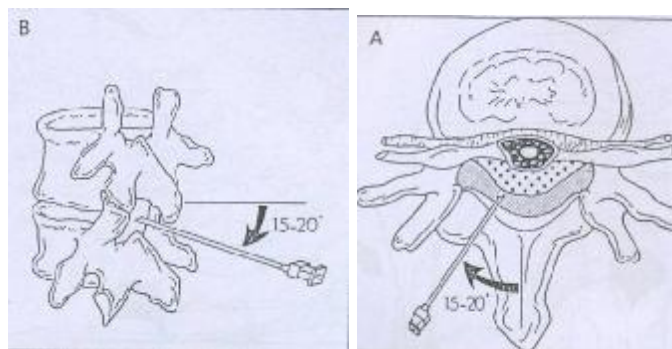
- Găng, khăn lỗ, dụng cụ sát trùng, thuốc sát trùng cồn 70° hoặc cồn iode, gạc, băng keo
- Kim chọc dò tủy sống số 22G, 25G, 27G
- Bơm tiêm, thuốc tê, thuốc cản quang, chai đựng dịch não tủy... tùy mục đích
- Thuốc, dụng cụ hồi sức tim phổi

II.3. Tiến hành:

- Người phụ đứng phía đối diện người làm thủ thuật để giữ tư thế BN
- Xác định vị trí chọc kim: giao điểm giữa đường nối 2 mào chậu và cột sống thường tương ứng đốt sống L4, vị trí chọc có thể là khoảng gian đốt L3-4, L4-5 hoặc L5-S1.
- Rửa tay, mang găng
- Sát trùng vùng chọc, trải khăn lỗ
- Xác định lại vị trí chọc kim bằng ngón cái tay không thuận
- Có thể gây tê tại chỗ chọc kim bằng Lidocaine 1 – 2% tiêm dưới da
- Cầm kim giữa ngón 2 và 3 tay thuận, ngón cái đặt trên đầu nòng kim, xoay mặt vát kim sang 1 bên hông BN. Tay không thuận cầm đoạn cuối kim bằng ngón 1 và 2, các ngón còn lại và bàn tay tựa vào lưng BN.
- Đâm kim theo đường giữa ngay giữa khe đốt sống hướng vuông góc với mặt da hoặc hơi chệch về phía đầu BN (hình). Hoặc theo đường bên ở 1,5cm bên và về phía dưới điểm giữa khoảng gian đốt, hướng lên trên vào trong (hình).
- Đẩy kim đều tay cho đến khi cảm giác qua dây chằng vàng (mất đề kháng).
- Rút nòng kim, quan sát dịch não tủy chảy ra, lấy dịch não tủy hoặc bơm thuốc với tốc độ chậm.
- Ấn gạc nơi chọc rồi rút kim ra, dán chỗ chọc kim bằng gạc – băng keo.
- Luôn kiểm tra sinh hiệu BN.
- Dẫn dò BN nằm đầu bằng 6 – 12 h sau khi chọc.



Hình 1: Nơi chọc tủy sống



Hình 2: Đâm kim theo khe đốt sống

D. BẢNG KIỂM:

STT	NỘI DUNG	ĐIỂM CHUẨN	ĐIỂM SV
1	Chuẩn bị tư thế BN	2	
2	Xác định vị trí chọc dò	2	
3	Cầm kim	2	
4	Chích kim	2	
5	Lấy DNT hoặc bơm thuốc	1	
6	Rút kim	1	
TỔNG CỘNG			

CÁCH KHÁM TAI MŨI HỌNG

A. MỤC TIÊU BÀI GIẢNG:

Học xong bài này học viên phải:

- Gọi đúng tên các dụng cụ khám tai mũi họng.
- Nhìn thấy được 2 hốc mũi với các mốc giải phẫu của nó.
- Nhìn thấy được các cấu trúc quan trọng của họng.
- Mô tả được màng nhĩ và các mốc giải phẫu.
- Mô tả được hình ảnh của thanh quản qua gương soi.
- Biết cách xác định vị trí các nhóm hạch cổ.

B. PHÂN BỐ THỜI GIAN: (2 tiết)

- Giới thiệu: 30 phút
- Kỹ năng : 60 phút

C. NỘI DUNG BÀI GIẢNG:

I. DỤNG CỤ KHÁM TAI MŨI HỌNG

Tập làm quen và nhận dạng:

- Đèn Clar
- Đè lưỡi thẳng, đè lưỡi khuỷu
- Bánh mũi (nhiều cỡ)
- Loa soi tai (nhiều cỡ)
- Kẹp khuỷu
- Que gòn
- Gương soi thanh quản
- Thuốc tê xịt: Lidocain 5%, 10%
- Thuốc co niêm mạc: Rhinex, Naphtazolin, Otrivin
- Đèn soi tai (Otoscope)

II. KHÁM MŨI

Cần phải thực hiện qua 2 giai đoạn:

- Khám mũi khi chưa đặt thuốc co niêm mạc.
- Khám mũi sau khi đặt thuốc co niêm mạc.

**Biết những điểm mốc giải phẫu quan trọng của mũi:*

1. Khe khứu: khe ở trên cuốn mũi trên.
2. Vách ngăn: là vách phân chia giữa hai hốc mũi.

* Bài này do bộ môn Tai Mũi Họng Trường ĐHY Dược TP HCM biên soạn

3. Khe mũi dưới: khe ở dưới cuốn mũi dưới.
4. Khe mũi giữa: khe ở dưới cuốn mũi giữa.
5. Khe mũi trên: khe ở dưới cuốn mũi trên.

III. KHÁM TAI:

Tai ngoài:

- Nhìn hình dạng vành tai với các gờ sụn.
- Kéo vành tai lên trên và ra sau để quan sát ống tai ngoài và màng nhĩ.

Biết được các mốc giải phẫu quan trọng của màng nhĩ:

- Màng nhĩ bình thường hình trái xoan, được chia làm hai phần: màng căng và màng chùng. Ranh giới giữa hai phần là dây chằng nhĩ búa trước và dây chằng nhĩ búa sau.
 1. Dây chằng nhĩ búa trước: là dây chằng treo cổ xương búa vào khung nhĩ phía trước.
 2. Dây chằng nhĩ búa sau: là dây chằng treo cổ xương búa vào khung nhĩ phía sau.
 3. Màng chùng: phần màng nhĩ màu hồng ở trên dây chằng nhĩ búa.
 4. Màng căng: phần màng nhĩ màu trắng bóng như vỏ tỏi, ở dưới dây chằng nhĩ búa.
 5. Tam giác sáng (nón sáng): ở $\frac{1}{4}$ trước dưới của màng nhĩ do sự phản chiếu ánh sáng vào màng nhĩ.
 6. Cán búa: là gờ dọc đi từ bờ trên của màng căng xuống đến rốn nhĩ.
 7. Rốn nhĩ: là điểm giữa màng căng nơi đỉnh cán búa gắn vào màng nhĩ.
 8. Các góc tư của màng nhĩ: Trục cán búa và một đường thẳng vuông góc với cán búa chia màng nhĩ làm bốn phần: $\frac{1}{4}$ trước trên, $\frac{1}{4}$ trước dưới, $\frac{1}{4}$ sau trên, $\frac{1}{4}$ sau dưới.
- Các dấu hiệu bất thường của màng nhĩ như: lỗ thủng, túi lồi, mảng vôi hóa phải được ghi rõ vị trí. Thí dụ: thủng màng chùng, túi lồi góc sau trên vv....

IV. KHÁM HỌNG MIỆNG:

Khám:

- Môi và rãnh lợi môi
- Răng: bệnh lý của răng đặc biệt là các răng hàm có liên quan với bệnh mũi xoang
- Lưỡi
- Niêm mạc má: chú ý lỗ ống Sténon
- Các mốc giải phẫu quan trọng của họng miệng:
 1. Lưỡi gà
 2. Amidan khẩu cái

3. Trụ trước amidan
4. Trụ sau amidan
5. Thành sau họng

V. KHÁM THANH QUẢN

V.1. Cách khám:

- Thầy thuốc ngồi đối diện với bệnh nhân.
- Tay trái của thầy thuốc cầm gạc kéo lưỡi bệnh nhân ra trước.
- Tay phải cầm gương soi thanh quản đã được hơi ấm dưới đèn cò.
- Từ từ đưa gương vào họng đến sau đáy lưỡi, nâng nhẹ lưỡi gà lên trên, hình ảnh của thanh quản sẽ được phản chiếu qua gương.

V.2. Các mốc giải phẫu:

1. Thanh thiệt: còn gọi là sụn nắp thanh quản
 2. Nếp lưỡi thanh thiệt: ở giữa nối đáy lưỡi vào thanh thiệt
 3. Thung lũng lưỡi thanh thiệt: là hốc nằm giữa đáy lưỡi và thanh thiệt
 4. Dây thanh: màu trắng, hình chữ V ngược, 2 dây thanh di động khi bệnh nhân phát âm và khi thở
 5. Thanh môn: khoảng trống hình tam giác giữa hai dây thanh
 6. Băng thanh thất: phần băng màu hồng ở trên, che lấp một phần dây thanh
 7. Thanh thất Morgagni: khoảng không gian giữa băng thanh thất ở trên và dây thanh ở dưới
 8. Sụn phễu: là hai khối như hạt đậu ở phía sau, di động được
 9. Xoang lê: ngách bên hông thanh quản
 10. Miệng thực quản: phía sau sụn phễu
- Bình thường khi phát âm, thì hai dây thanh khép lại và nằm song song với nhau, giữa hai dây thanh có một khe hở rất nhỏ đủ cho không khí thoát qua
 - Khi bệnh nhân hít sâu, hai dây thanh mở ra, giúp nhìn rõ vùng dưới thanh môn còn gọi là vùng hạ thanh môn

VI. KHÁM HẠCH CỔ

- Thăm khám 6 nhóm hạch (chuỗi hạch cảnh, hạch gai, hạch thượng đòn, hạch dưới hàm, hạch dưới cằm, hạch trước khí quản). Hạch có thể đơn độc hoặc từng chùm, cần phải khám từng bên cổ với cả hai tay, khám theo tuần tự các vùng tam giác cổ: tam giác cổ sau (tam giác cằm, tam giác trên đòn), tam giác cổ trước (tam giác dưới hàm, tam giác cảnh trên, tam giác cảnh dưới).
- Khi có hạch cổ phải ghi rõ: vị trí, kích thước, hình dáng, độ di động, độ đau, màu sắc, nhiệt độ, tình trạng da bên ngoài....

D. TÀI LIỆU THAM KHẢO

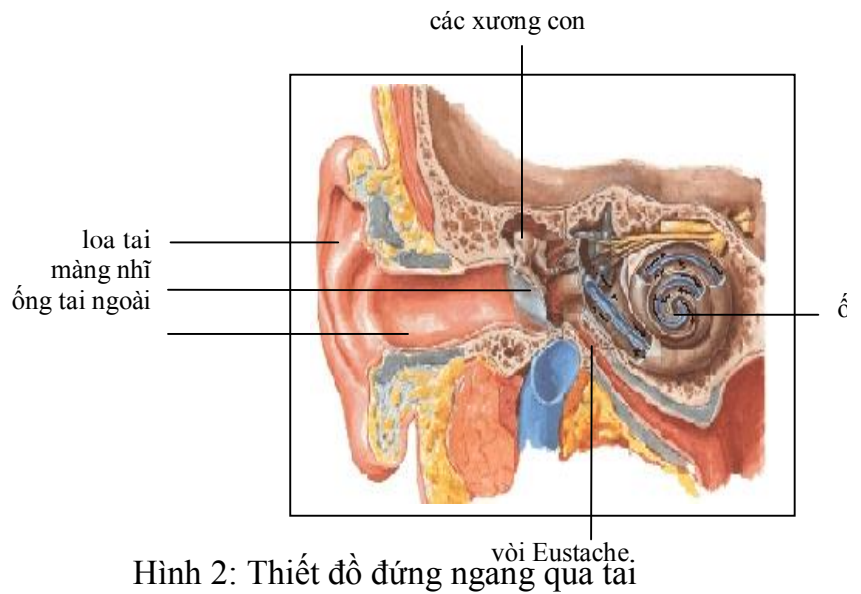
1. Võ Tấn. *Tai Mũi Họng (tập 1,2,3)*.
2. Byron J Bailey. *Head And Neck Surgery Otolaryngology Volume One* (1993).
3. Charles W. cummings–John M. fredrickson. *Oto–Laryngology & Head And Neck Surgery* (1986).
4. F. Legent, P. Fleury, P. Narcy, C. Blauvillain. *Manuel Pratique D'Orl* (1996).
5. Portmann–D. Portmann. *Otorhino–Laryngologie (Abrégés)*. (1996).

E. BẢNG KIỂM

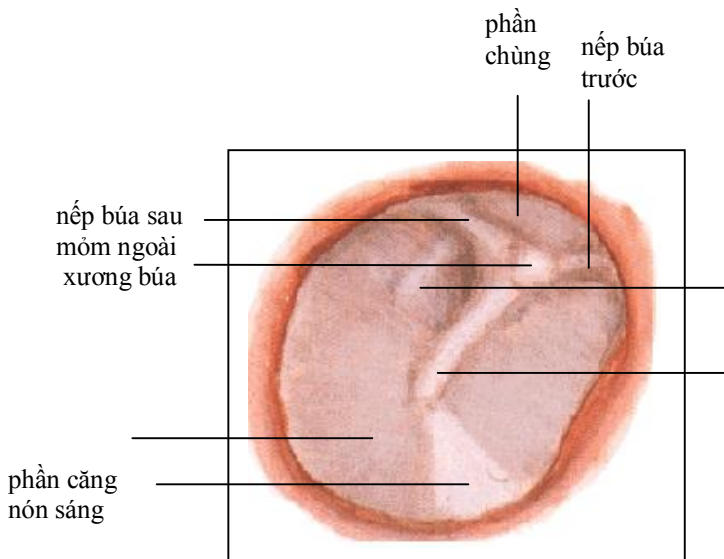
STT	NỘI DUNG	ĐIỂM
1	Gọi đúng tên dụng cụ khám Tai Mũi Họng	2
2	Xác định được các chi tiết của hốc mũi	2
3	Biết soi tai và xác định được các chi tiết của màng nhĩ	2
4	Mô tả được các chi tiết giải phẫu của họng + thanh quản	2
5	Xác định được các vị trí các tam giác hạch	2
	Tổng điểm	10



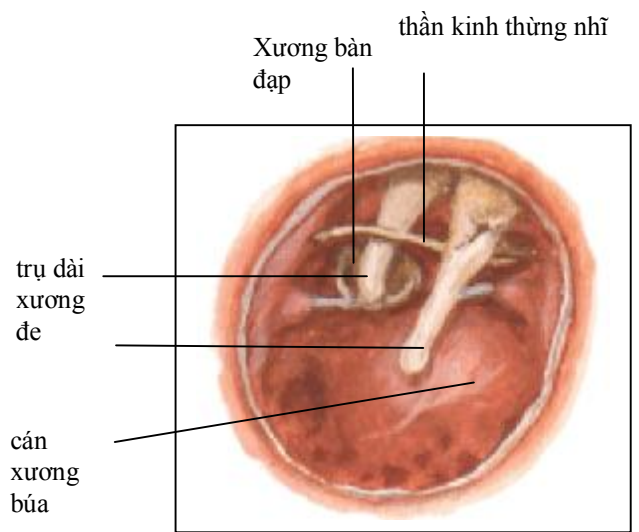
Hình 1: Loa tai



Hình 2: Thiết đồ đứng ngang qua tai

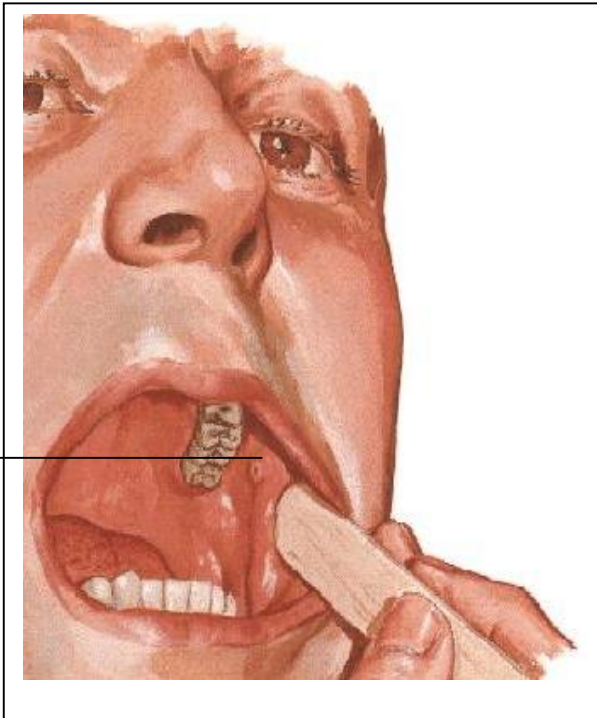
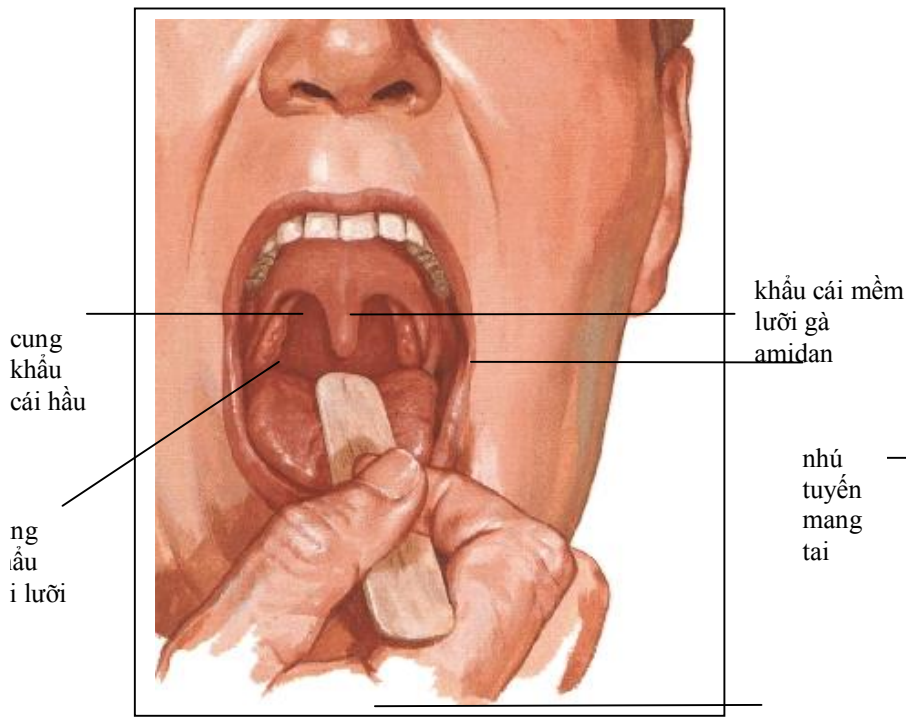


Hình 3: Màng nhĩ phải nhìn qua phễu soi



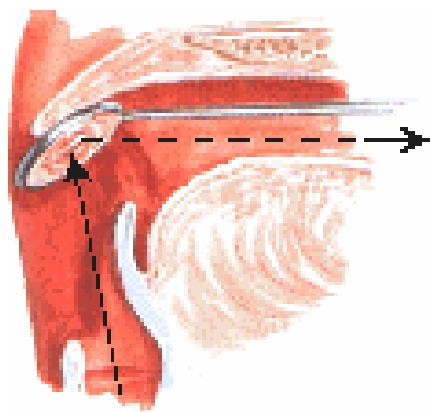
Hòm nhĩ

Hình 4: Hòm nhĩ sau khi đã lấy bỏ màng nhĩ

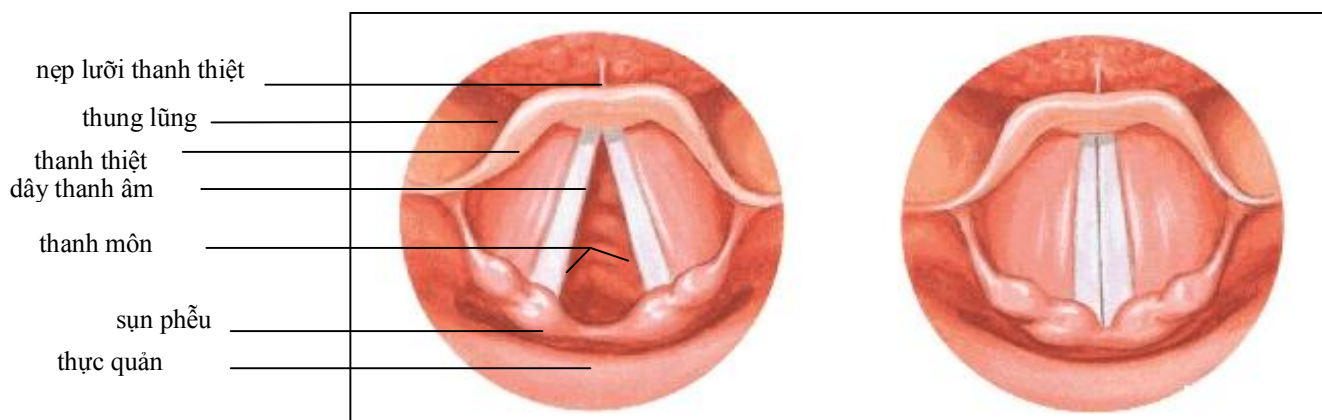


Hình 5: Khám vùng họng

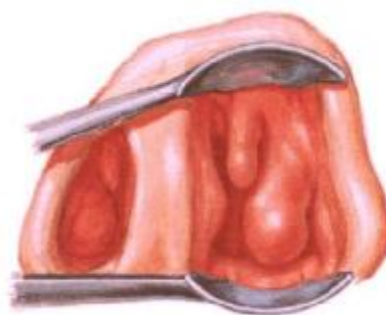
Hình 6: Khám vùng họng



Hình 7 và 8



Hình 9: soi thanh quản bằng gương



Hình 10: Khám mũi

Từ hình 7 đến hình 10: Kỹ thuật khám thanh quản bằng gương soi

