**SỞ Y TẾ**

**BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH HẬU GIANG**

**\***

****

**QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

**KHOA KHÁM BỆNH – CẤP CỨU TỔNG HỢP**

**NĂM 2022**

**MỤC LỤC**

**Chương 1: Khoa Khám bệnh – Cấp cứu tổng hợp Trang 5**

**1**. QUY TRÌNH KỸ THUẬT ÉP TIM NGOÀI LỒNG NGỰC…………………………………5

2. QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHAI THÔNG ĐƯỜNG THỞ…………………………………..9

3. QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỔI NGẠT…………………………………………………….13

4. QUY TRÌNH KỸ THUẬT HỒI SINH TIM PHỔI NÂNG CAO……………………………15

5. QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN CƠ BẢN …………………17

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN………………………………………….20

7. QUY TRÌNH THỞ OXY LƯU LƯỢNG CAO QUA MẶT NẠ VENTURI ………………..25

8. QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỞ OXY QUA GỌNG KÍNH ………………………………...27

9. QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỞ OXY QUA MẶT NẠ CÓ TÚI…………………………….29

10. QUY TRÌNH KỸ THUẬT GHI ĐIỆN TIM TẠI GIƯỜNG………………………………..31

11. QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT ỐNG THÔNG DẠ DÀY…………………………………34

12. ĐẶT SONDE HẬU MÔN…………………………………………………………………..37

13 QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỬ ĐƯỜNG MÁU MAO MẠCH …………………………...39

14. QUY TRÌNH KỸ THUẬTKHÍ DUNG MŨI HỌNG………………………………………41

**Chương 2: RHM – TMH – Mắt**

**Phần 1: Răng Hàm Mặt**

1. NHỔ RĂNG SỮA…………………………………………………………………………… 44

2. NHỔ CHÂN RĂNG SỮA…………………………………………………………………….46

3. CHÍCH ÁP-XE LỢI Ở TRẺ EM……………………………………………………………...48

4. ĐIỀU TRỊ VIÊM LỢI Ở TRẺ EM (DO MẢNG BÁM)……………………………………...49

5. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG LẠC CHỖ…………………………………………………….51

6. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG NGẦM………………………………………………………..53

7. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN MỌC LỆCH HÀM TRÊN……………………………55

8. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI MỌC LỆCH……………………………57

9. NHỔ RĂNG VĨNH VIỄN…………………………………………………………………….59

10. NHỔ RĂNG VĨNH VIỄN LUNG LAY……………………………………………………..61

11. NHỔ CHÂN RĂNG VĨNH VIỄN…………………………………………………………...63

12. CẮT LỢI TRÙM RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI……………………………………………...65

13. PHẪU THUẬT CẮT PHANH LƯỠI……………………………………………………….67

14. DẪN LƯU MÁU TỤ VÙNG MIỆNG – HÀM MẶT……………………………………….69

15. SƠ CỨU GÃY XƯƠNG VÙNG HÀM MẶT……………………………………………….70

16. ĐIỀU TRỊ SƠ CỨU VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT…………………...72

**Phần2:Tai Mũi Họng**

1. LẤY DỊ VẬT TAI…………………………………………………………………………….73

2. PHẪU THUẬT LẤY ĐƯỜNG RÒ LUÂN NHĨ……………………………………………..75

3. LẤY DỊ VẬT MŨI……………………………………………………………………………77

4. NHÉT BẤC MŨI TRƯỚC……………………………………………………………………79

5. NHÉT BẤC MŨI SAU………………………………………………………………………..81

6. CẦM MÁU MŨI BẰNG MEROCEL………………………………………………………...83

7. NAO V.A……………………………………………………………………………………...85

8. LẤY DỊ VẬT HẠ HỌNG…………………………………………………………………….87

9. PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN GÂY MÊ…………………………………………………...89

**Phần 3: Mắt**

1. KHÂU DA MI ĐƠN GIẢN………………………………………………………………….92

2. TRA THUỐC NHỎ MẮT…………………………………………………………………….94

3. THAY BĂNG VÔ KHUẨN………………………………………………………………….96

4. RỬA CÙNG ĐỒ……………………………………………………………………………...97

5. NẶN TUYẾN BỜ MI…………………………………………………………………………98

6. LẤY DỊ VẬT KẾT MẠC…………………………………………………………….……...100

7. ĐO KHÚC XẠ TỰ ĐỘNG………………………………………………………………….101

8. CHÍCH CHẮP, LẸO KẾT MẠC…………………………………………………………….102

9. ĐO THỊ LỰC………………………………………………………………………………...104

10. CẮT CHỈ KHÂU DA MI ĐƠN GIẢN……………………………………………………..106

**Chương 3: Khoa Ngoại tổng hợp**

1. QUY TRÌNH KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM THỜI NGƯỜI BỆNH GÃY XƯƠNG……….107

2. PHẪU THUẬT THƯƠNG TÍCH PHẦN MỀM CÁC CƠ QUAN VẬN ĐỘNG………….111

3. QUY TRÌNH THAY BĂNG VẾT THƯƠNG NHIỄM – HOẠI TỬ……………………….113

4. TAI BIẾN CỦA BÓ BỘT - CÁCH ĐỀ PHÒNG VÀ XỬ TRÍ…………………………….115

5. BỘT CẲNG - BÀN TAY……………………………………………………………………117

6. BỘT CẲNG - BÀN CHÂN………………………………………………………………….120

7. BỘT ĐÙI - CẲNG - BÀN CHÂN…………………………………………………………..123

8. BỘT ỐNG……………………………………………………………………………………126

9. BỘT CHẬU - LƯNG – CHÂN……………………………………………………………...129

10. NẮN BÓ BỘT TRẬT KHỚP HÁNG……………………………………………………..133

11. QUY TRÌNH KỸ THUẬT HÚT DỊCH KHỚP GỐI(tràn dỊch khỚp gỐi)………...136

12. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH CHỌC HÚT DỊCH KHỚP……………………………………137

13.QUY TRÌNH THAY BĂNG VẾT THƯƠNGNHIỄM KHUẨN (RỘNG)………………...138

14.KHÂU VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM……………………………………………………....140

15. QUY TRÌNH NẮN BÓ BỘT GẪY XƯƠNG CHÀY……………………………………..142

**Chương 4: Sản – Phụ Khoa**

**Phần 1: Phụ Khoa**

1. PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH NẶNG, VIÊM PHÚC MẠC NẶNG, KÈM VỠ TẠNG TRONG TIỂU KHUNG, VỠ TỬ CUNG PHỨC TẠP.....................148

## 2. PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG ĐƯỜNG ÂM ĐẠO...........................................................150

3. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U BUỒNG TRỨNG HOẶC CẮT PHẦN PHỤ..................153

## 4. PHẪU THUẬT NỘI SOI XỬ TRÍ VIÊM PHÚC MẠC TIỂU KHUNG, VIÊM PHẦN PHỤ, Ứ MỦ VÕI TỬ CUNG................................................................................................................156

5. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U BUỒNG TRỨNG HOẶC CẮT PHẦN PHỤ.................158

## 6. PHẪU THUẬT CHỬA NGOÀI TỬ CUNG VỠ...................................................................161

## 7. PHẪU THUẬT CẮT VÁCH NGĂN ÂM ĐẠO - MỞ THÔNG ÂM ĐẠO..........................163

8. PHẪU THUẬT BÓC KHỐI LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG Ở TẦNG SINH MÔN, THÀNH BỤNG..........................................................................................................................................164

**Phần 2: Sản Khoa**

### 1. PHẪU THUẬT LẤY THAI....................................................................................................166

### 2. XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN III CUỘC CHUYỂN DẠ..............................................170

### 3. CẮT KHÂU TẦNG SINH MÔN...........................................................................................174

### 4. KHÂU PHỤC HỒI RÁCH ÂM ĐẠO...................................................................................178

### 5. KHÂU RÁCH CỔ TỬ CUNG................................................................................................181

### 6. ĐỠ ĐẺ NGÔI MÔNG.............................................................................................................184

### 7. NỘI XOAY THAI...................................................................................................................191

### 8. ĐỠ ĐẺ SINH ĐÔI..................................................................................................................194

### 9. BÓC NHAU NHÂN TẠO......................................................................................................199

10. KIỂM SOÁT TỬ CUNG.......................................................................................................202

### 11. KỸ THUẬT CHỌC SỌ - KẸP ĐỈNH SỌ...........................................................................205

### 12. NẠO SẨY THAI..................................................................................................................208

13. NẠO SÓT NHAU..................................................................................................................211

### 14. KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG..............................................................................................214

15. TRÍCH RẠCH MÀNG TRINH DO Ứ MÁU KINH.............................................................217

### 16. PHẪU THUẬT LÀM LẠI TẦNG SINH MÔN VÀ KHÂUCƠ VÒNG DO RÁCH PHỨC TẠP..............................................................................................................................................219

### 17. PHẪU THUẬT BÓC KHỐI LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG Ở TẦNG SINH MÔN, THÀNH BỤNG.........................................................................................................................................222

18. PHẪU THUẬT LẤY THAI TRÊN NGƯỜI BỆNH MẮC BỆNH TOÀN THÂN (TIM, THẬN, GAN, HUYẾT HỌC, NỘI TIẾT...)...............................................................................226

19. PHẪU THUẬT LẤY THAI TRÊN NGƯỜI BỆNH CÓ SẸO MỔ CŨ PHỨC TẠP.........229

**Chương 1: Khoa Khám bệnh – Cấp cứu tổng hợp**

**QUY TRÌNH KỸ THUẬT ÉP TIM NGOÀI LỒNG NGỰC**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Ngừng tuần hoàn có thể xảy ở bất kỳ đâu và bất kỳ lúc nào, đây là trường hợp cấp cứu khẩn cấp. Ngay khi phát hiện Người bệnhngừng tuần phải tiến hành ngay cấp cứu cơ bản hồi sinh tim phổi để giúp duy trì dòng tuần hoàn cho não và tim. Trong hồi sinh tim phổi kỹ thuật ép tim ngoài lồng ngực giữ vai trò rất quan trọng.

Ép tim ngoài lồng ngực là một kỹ thuật dùng áp lực mạnh, liên tục và nhịp nhàng nhờ lực của phần thân trên người, vai và 2 tay ép lên 1/2 dưới của xương ức người bệnh

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnhbị ngừng thở, ngừng tim.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không có chống chỉ định tuyệt đối

- Chống chỉ định tương đối:

+ Có tràn khí màng phổi áp lực

+ Chấn thương ngực nặng, dập nát vùng ngực trước

**IX. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ, điều dưỡng hoặc người được đào tạo và nắm được kỹ thuật ép tim ngoài lồng ngực

**3. Phương tiện, dụng cụ**

- Bộ, hộp cấp cứu ngừng tuần hoàn được chuẩn bị sẵn

- Bóng, mặt nạ, ống NKQ, máy theo dõi Người bệnhcó điện tim, bơm tiêm 5ml, găng, mũ, khẩu trang,..

- Máy sốc điện, oxi,

- Thuốc Adrenalin, dịch truyền, catheter ngoại biên,.

**3. Người bệnh**

- Đặt Người bệnhở tư thế nằm ngửa, trên nền cứng

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH KỸ THUẬT:**

1. Ngay khi phát hiện người bệnh đột ngột bất tỉnh có nghi ngờ ngừng tuần hoàn cần nhanh chóng tiếp cận Người bệnhvà gọi người hỗ trợ. Đặt Người bệnhnằm ngửa trên một mặt phẳng cứng, có thể để chân cao hơn đầu.Nếu nằm trên giường đệm thì lót tấm ván dưới lưng.

1.1. Nhanh chóng khai thông đường thở và xác định ngừng hô hấp và mất mạch cảnh.

1.2. Tiến hành ép tim ngoài lồng ngực: thông khí nhân tạo 30:2 nếu Người bệnhlà người lớn, trẻ nhỏ và nhũ nhi khi có 1 người cấp cứu. Tỷ lệ 15:2 nếu Người bệnhlà trẻ nhỏ hoặc nhũ nhi khi có trên 2 người cấp cứu. Ép tại dưới xương ức, lún từ 1/3 đến bề dầy lồng ngực và tần số 100 lần/phút

2. Trẻ nhũ nhi (dưới 1 tuổi)

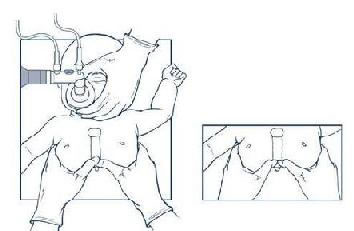
- Ép tim ngay phía dưới đường ngang hai núm vú (nửa dưới xương ức)

- Có thể dùng 2 ngón tay để ép tim (nếu là người cấp cứu không chuyên hoặc chỉ có 1 Người thực hiệncấp cứu) với tỷ lệ ép tim/thông khí là 30/2

- Nếu có từ 2 Người thực hiệncấp cứu trở lên có thể áp dụng tỷ lệ ép tim/thông khí 15/2 đến khi đặt được đường thở hỗ trợ. Nên áp dụng kỹ thuật ép tim dùng 2 ngón tay cái và 2 bàn tay ôm ngực



Kỹ thuật ép tim bằng 2 ngón tay(Khi chỉ có 1 người cấp cứu)



Kỹ thuật ép tim bằng 2 ngón cái và bàn tay ôm ngực  
(Khi có nhiều người cấp cứu)

**3. Trẻ nhỏ ( trẻ> 1 tuổi đến thiếu niên )**

Ép tim ở nửa dưới xương ức, trên đường ngang qua 2 núm vú, ép lún sâu 1/3 đến ^ độ dầy lồng ngực. Người cấp cứu không chuyên có thể dùng 1 hay 2 tay để ép tim

Áp dụng tỷ lệ ép tim/thông khí 30/2 nếu là người cấp cứu không chuyên hoặc chỉ có 1 Người thực hiện cấp cứu

Nếu có 2 Người thực hiện cấp cứu ( hoặc là người đã hoàn thành khóa đào tạo về cấp cứu ngừng tuần hoàn ) có thể áp dụng tỷ lệ ép tim/thông khí 15/2 đến khi đặt được đường thở hỗ trợ



**4. Người lớn và trẻ từ 8 tuổi trở lên**

- Ép tim ở giữa ngực ngang 2 núm vú

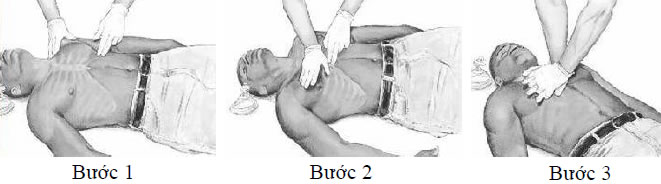
- Ép lún sâu khoảng 4 đến 5 cm, dùng lòng bàn tay của cả 2 tay

- Kỹ thuật có 3 bước cơ bản

+ Bước 1: Xác định vị trí mũi ức

+ Bước 2: Đặt lòng bàn tay thứ nhất lên trên xương ức sát ngay vị trí mũi ức + Bước 3: Đặt bàn tay thứ 2 lên trên bàn tay thứ nhất, các ngón tay đan

vào nhau và nắm chặt - Hướng ép vuông góc với mặt phẳng Người bệnh đang nằm. Luôn giữ khớp vai - khuỷu tay - cổ tay thành 1 đường thẳng



- Phương châm chung của ép tim ngoài lồng ngực trong cấp cứu ngừng tuần hoàn cơ bản là — ép tim nhanh, mạnh, để lồng ngực phồng hết trở lại sau mỗi lần ép tim và hạn chế tối đa khoảng thời gian tạm ngừng ép tim”

**VI. BIẾN CHỨNG:**

Khi ép tim sai vị trí, sai kỹ thuật hay làm quá thô bạo có thể gặp 1 số biến chứng sau:

• Gãy xương sườn

• Gãy xương ức

• Tràn khí màng phổi

• Đụng dập phổi

**QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHAI THÔNG ĐƯỜNG THỞ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Khai thông đường thở là một kỹ thuật cấp cứu rất quan trong đối với các người thực hiện cấp cứu nhằm đảm bảo ô xy và thông khí đầy đủ cho Người bệnh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Tắc nghẽn đường thở do tụt lưỡi

- Tắc nghẽn đường thở do dịch tiết

- Tắc nghẽn đường thở do di vật

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định

Lưu ý: nếu nghi có chấn thương cột sống cổ thì phải cố định cột sống cổ trước khi tiến hành bất kể kỹ thuật nào làm thay đổi tư thế cổ Người bệnh.

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện: bác sỹ, điều dưỡng, kỹ thuật viên thành thạo kỹ thuật.

2. Phương tiện: Forcep lấy dị vật, canuyn hầu miệng, canuyn hầu mũi, sonde hút đờm và máy hút đờm

3. Người bệnh: nếu Người bệnh tỉnh cần giải thích rõ thủ thuật

4. Hồ sơ bệnh án:

Giải thích về kỹ thuật cho Người bệnh, gia đình Người bệnh trong trường hợp cần thiết yêu cầu gia đình Người bệnh ký cam kết đồng ý thực hiện kỹ thuật, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh: Kiểm tra lại các chức năng sống của Người bệnh trước khi tiến hành thủ thuật

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Kỹ thuật ngửa đầu/nâng cằm: Người bệnh nằm ngửa.

Bước 1: Người thực hiện đứng một bên của Người bệnh

Bước 2: Một tay đặt dưới cằm và nâng cằm lên trên, tay còn lại đặt trên

trán, ép xuống dưới và về phía thân

Bước 3: Kiểm tra đường thở và lấy bỏ dị vật nếu có



3.2. Kỹ thuật ấn giữ hàm

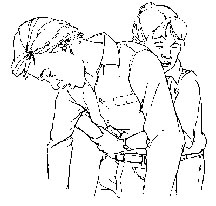
Bước 1: Người thực hiện đứng phía đầu Người bệnh

Bước 2: Ngón tay trỏ và ngón giữa của hai tay móc vào góc hàm, ngón cái tì vào cằm. Dùng lực của cẳng tay kéo cằm Người bệnh lên trên và về phía đầu Bước 3: Kiểm tra đường thở và lấy bỏ dị vật nếu có



3.3. Kỹ thuật Heimlich: khi Người bệnh tỉnh và hợp tác Bước 1: Người thực hiện đứng phía sau Người bệnh

Bước 2: Một bàn tay nắm lại, tay còn lại cầm cổ tay của tay nắm. Dùng lực kéo của cánh tay giật mạnh và dứt khoát đồng thì với thì thở ra của Người bệnh Bước 3: Kiểm tra đường thở và dị vật đã bật ra ngoài chưa



3.4. Kỹ thuật Heimlich: khi Người bệnh bất tỉnh Bước 1: Người thực hiện ngồi lên đùi Người bệnh

Bước 2: Một bàn tay nắm lại, tay còn lại đan chéo với bàn tay nắm. Cùi tay đặt trên vùng thượng vị của Người bệnh. Dùng trọng lực của nửa thân mình, đẩy thẳng cánh tay với cẳng tay với động tác mạnh và dứt khoát đồng thì với thì thở ra của Người bệnh

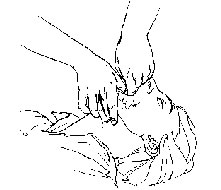
Bước 3: Kiểm tra đường thở và lấy bỏ dị vật nếu có



**3.5. Kỹ thuật lấy bỏ dị vật bằng tay**

Bước 1: Người thực hiện đứng 1 bên của Người bệnh Bước 2: Mở miệng Người bệnh. Ngón tay cái của một tay móc vào hàm dưới và đầy xuống dưới. Ngón tay trỏ của tay còn lại móc vào khoang miệng để lấy dị vật

**Bước 3: Kiểm tra đường thở**



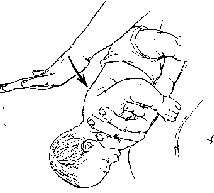
**3.6. Kỹ thuật vỗ lưng/ép ngực cho trẻ nhỏ Tư thế nằm sấp:**

Bước 1: Người thực hiện đặt trẻ úp lên mặt trong của một cẳng tay, bàn tay giữ cho cổ thẳng

Bước 2: Để đầu trẻ thấp và hướng mặt trẻ xuống dưới. Người thực hiện dùng tay

còn lại vỗ nhẹ nhưng dứng khoát vào vùng lưng trẻ

Bước 3: Lật ngửa trẻ để kiểm tra đường thở và lấy bỏ dị vật



Tư thế nằm ngửa:

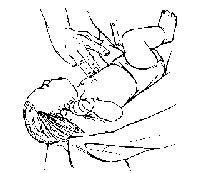
Bước 1: Người thực hiện đặt trẻ nằm ngửa lên mặt trong của một cẳng tay, bàn tay giữ cho cổ thẳng

Bước 2: Để đầu trẻ thấp. Người thực hiện dùng ngón trỏ và ngón giữa của tay còn lại ép nhẹ nhưng dứng khoát vào vùng thượng vị của trẻ

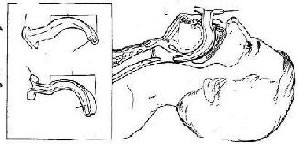
3.7. Kỹ thuật đặt canuyn hầu miệng

Bước 1: Đặt Người bệnh nằm ngửa. Người thực hiện đứng bên phải của Người bệnh

Bước 3: Kiểm tra đường thở và lấy bỏ dị vật



Bước 2: Mở miệng Người bệnh. Đưa đầu trong canuyn vào giữa hai hàm răng, để phần cong của canuyn hướng lên trên. Tiếp tục đầy vào trong cho đến khi có cảm giác vướng thì từ từ xoay ngược lại để đầu trong đi theo chiều cong giải phẫu của màn hầu. Đẩy vào đến khi đầu ngoài vào sát cung răng Bước 3: Kiểm tra đường thở



3.8. Kỹ thuật đặt canuyn hầu mũi

Bước 1: Đặt Người bệnh nằm ngửa đầu ngửa tối đa. Có thể kê một gối mềm

dưới cổ. Người thực hiện đứng bên phải của Người bệnh

Bước 2: Bôi trơn phía ngoài của canuyn bằng dầu parafin. Luồn canuyn vào một

bên mũi và đẩy từ từ đến khi đầu ngoài vào sát cánh mũi

Bước 3: Kiểm tra đường thở



**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi các dấu hiệu chức năng sống của Người bệnh

- Theo dõi tình trạng đường thở. Một kỹ thuật hiệu quả khi Người bệnh dễ chịu hơn.Hết các triệu chứng của tắc nghẽn.

**VII. TAI BIẾN:**

Ít tai biến nếu tiến hành đúng kỹ thuật

**QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỔI NGẠT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Thổi ngạt là phương pháp cấp cứu nạn nhân ngừng thở đột ngột do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên (sập hầm, đuối nước, điện giật, ngộ độc... ) nhưng chưa có ngừng tuần hoàn hoặc có ngừng tuần hoàn.

- Thổi ngạt được tiến hành bằng cách người cấp cứu thổi trực tiếp hơi của mình qua mồm nạn nhân.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Ngừng tuần hoàn

- Ngừng thở đột ngột nhưng chưa có ngừng tuần hoàn

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không có chống chỉ định.

- Tuy nhiên không thổi ngạt trực tiếp với những nạn nhân nghi có nhiều khả năng mắc bệnh truyền nhiễm: HIV...

**VII. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ, điều dưỡng hoặc người được đào tạo và nắm được kỹ thuật

**2. Dụng cụ:** hộp dụng cụ cấp cứu ngừng thở ngừng tim, được chuẩn bị sẵn

- Bóng, mặt nạ, ống NKQ, máy theo dõi Người bệnh có điện tim, bơm tiêm 5ml, găng, mũ, khẩu trang,..

- Máy sốc điện, oxi,

- Thuốc Adrenalin, dịch truyền, catheter ngoại biên,.

**3. Người bệnh**

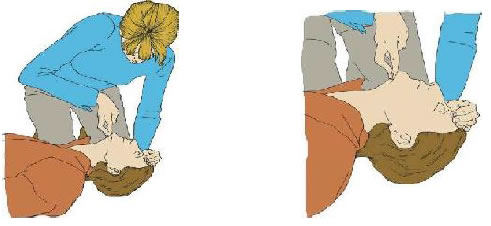
Đặt Người bệnh ở tư thế nằm ngửa

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Nạn nhân nằm ngửa, mở đường dẫn khí bằng cách ngửa đầu và nâng cằm + Đặt một bàn tay (thường là tay không thuận) lên trán nạn nhân và đẩy

ngửa đầu nạn nhân ra sau một cách nhẹ nhàng trong khi vẫn thả các ngón tay cái và trỏ tự do để bóp bịt mũi nạn nhân nếu cần thổi ngạt

+ Đặt các đầu ngón tay của bàn tay còn lại (thường là tay thuận) dưới cằm nạn nhân, nâng cằm lên để mở đường dẫn khí.



Hình 1 và 2: Tư thế ngửa đầu và nâng cằm

(Không được đẩy mạnh hàm nạn nhân vì động tác này có thể làm cột sống cổ bị tổn thương nặng hơn nếu có kèm chấn thương.Vì vậy, nên mở đường dẫn khí (ngửa đầu và nâng cằm) một cách thận trọng cho cả nạn nhân có hoặc không có tổn thương cột sống cổ).

- Giữ mở đường dẫn khí, kiểm tra hô hấp (quan sát, nghe ngóng và cảm nhận nhịp thở).

**V. THEO DÕI**

Nếu thổi ngạt có kết quả:

Chú ý tư thế Người bệnh, sắc mặt, đồng tử, nhịp thở, mạch, huyết áp...

Vận chuyển Người bệnh đến cơ sở y tế gần nhất nếu Người bệnh tái lập được tự thở.

**QUY TRÌNH KỸ THUẬT HỒI SINH TIM PHỔI NÂNG CAO**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Hồi sinh tim phổi nâng cao bao gồm hồi sinh tim phổi cơ bản (ép tim hiệu quả, sốc điện đúng chỉ định sớm), đặt đường truyền tĩnh mạch, dùng thuốc như adrenalin, thuốc chống loạn nhịp tim (lidocain, amiodaron, magnesulphat), hô hấp nâng cao qua mặt nạ thanh quản, qua nội khí quản... hỗ trợ Người bệnhđể duy trì được tưới máu não, tưới máu vành, sớm thiết lập và duy trì được tuần hoàn tự nhiên, tránh di chứng thần kinh nặng nề.

Trước đây, hồi sinh tim phổi cơ bản (HSTPCB) thường bị gián đoạn để đặt nội khí quản, để đặt đường truyền tĩnh mạch... Từ năm 2010, hiệp hội tim mạch Mỹ khuyến cáo không nên gián đoạn HSTPCB vì bất cứ lý do gì, ngay cả sốc điện cũng nên được thực hiện sau 2 phút HSTPCB. Theo một số nghiên cứu: hầu hết các trường hợp HSTPCB trước và trong bệnh viện đều không phù hợp vì thời gian gián đoạn ép tim quá nhiều, ép tim quá nông hoặc quá chậm.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnhđược chẩn đoán ngừng tuần hoàn, dựa vào 3 dấu hiệu: mất ý thức đột ngột, ngừng thở và mất mạch cảnh.

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người bệnh**

- Nằm ngửa trên nền cứng

- Monitor theo dõi

- Hút đờm dãi

- Gọi người hỗ trợ

**2. Chuẩn bị kíp cấp cứu NTH**

- 1 bác sĩ có kinh nghiệm chỉ huy chung

- 2 bác sĩ thực hành

- 3 điều dưỡng: 1 Phương tiện, dụng cụ, 1 thực hiện y lệnh, 1 chạy ngoài

**3. Phương tiện, dụng cụ**

- Tủ cấp cứu NTH lưu động có đầy đủ trang bị cần thiết

- Máy sốc điện: Monophasic hoặc Biphasic để chế độ monitor theo dõi

- Thuốc thiết yếu: Adrenaline, Amiodarone, Magne sulfate, Lidocaine

- Monitor theo dõi

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Các bước làm ngay**

- Ép tim ngoài lồng ngực 100 lần/phút

- Bóp bóng qua mask oxy liều cao 6-8 l/ph

- Tốc đô 30 lần ép tim/ 2 lần bóp bóng

**2. Đánh giá khả năng sốc điện**

**2.1. Không có chỉ định sốc điện:**Vô tâm thu hoặc vô mạch

- Adrenaline 1mg tĩnh mạch mỗi 3 đến 5 phút

- Đặt mặt nạ thanh quản hoặc đặt nôi khí quản

**2.2. Có chỉ định sốc điện:**Rung thất, nhịp nhanh thất

- Sốc điện (Monophasic: 360 J, BiPhasic:150-200 J)

- Ép tim ngoài lồng ngực trong vòng 2 phút, trước khi đánh giá lại nhịp tim

- Đặt đường truyền tĩnh mạch: Natriclorua 0,9%

- Adrenaline 1 mg tĩnh mạch mỗi 3 - 5 phút trước khi sốc điện lần 3

- Nếu nhịp nhanh thất hoặc rung thất bền bỉ, trước khi sốc lần 3: Amiodarone (Cordarone) 300 mg tĩnh mạch chậm trong 20 ml Natrclorua 0,9%, có thể nhắc lại liều 150 mg. Hoặc Lidocain (1-1,5 mg/kg với liều đầu tiên, sau đó 0,5 mg - 0,75 mg/kg TM, tối đa là 3 liều hay đã đạt tới tổng liều 3 mg/kg).

- Magnesulphat 2 g tiêm tĩnh mạch nếu xoắn đỉnh

- Đặt mặt nạ thanh quản hoặc nôi khí quản

**3. Tìm và xử trí nguyên nhân**

- Tràn khí màng phổi dưới áp lực: Mở màng phổi

- Mất thể tích: Truyền dịch nhiều

- Hạ nhiệt đô: Sưởi ấm và tiếp tục hồi sức

- Tắc đông mạch phổi cấp: Tiêu sợi huyết hoặc lấy huyết khối

- Nhồi máu cơ tim: Tái tưới máu mạch vành

- Ngô đôc: Thuốc kháng đôc

**4. Một số điểm lưu ý trong khi tiến hành HSTP**

- Ép tim mạnh và nhanh (100 lần/phút)

- Bảo đảm lồng ngực nở lại hoàn toàn giữa các lần ép tim

- Giảm thiểu tới mức tối đa việc gián đoạn ép tim ngoài lồng ngực

- Một “chu kỳ” hồi sinh tim phổi cơ bản bao gồm: 30 lần ép tim sau đó 2 lần thông khí. 5 chu kỳ hồi sinh tim phổi ~ 2 phút

- Tránh tăng thông khí khi tiến hành cấp cứu, bóp bóng 6-8 lần/phút

- Xác định đúng vị trí và cố định tốt mặt nạ thanh quản hoặc ống nôi khí quản

- Thay đổi người ép tim 2 phút/lần cùng lúc khi tiến hành kiểm tra lại mạch

- Tìm kiếm và xử trí các yếu tố có thể điều trị được tham gia gây ngừng tuần hoàn.

**QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN CƠ BẢN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Ngừng tuần hoàn là tim đột ngột ngừng hoạt động hoặc còn hoạt động điện học nhưng không co bóp. Ngừng tuần hoàn là 1 tối cấp cứu vì có thể xảy ra đột ngột bất kỳ lúc nào với bất kỳ ai và ở bất kỳ đâu.

- Hồi sinh tim phổi cần được bắt đầu ngay lập tức sau khi phát hiện Người bệnhngừng tuần hoàn. Do khoảng thời gian từ khi gọi cấp cứu đến khi kíp cấp cứu có mặt để cấp cứu Người bệnhthường trên 5 phút, nên khả năng cứu sống được Người bệnhngừng tim phụ thuộc chủ yếu vào khả năng và kỹ năng cấp cứu của người cấp cứu tại chỗ.

- Trong cấp cứu ngừng tuần hoàn cần tiết kiệm tối đa thời gian do vậy cần nhanh chóng tiếp cận Người bệnhnghi ngờ ngừng tuần hoàn, gọi hỗ trợ sớm và nhanh chóng tiến hành cấp cứu tại chỗ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh ngừng tuần hoàn

**III. DẤU HIỆU SỚM NHẤT NGỪNG TUẦN HOÀN**

- Dấu hiệu sớm nhất và cũng dễ nhận biết nhất khi ngừng tuần hoàn là mất ý thức đột ngột.

- Ngay khi nhìn thấy hoặc được thông báo có người mất ý thức đột ngột chúng ta cần nhanh chóng tiếp cận người bệnh. Gọi hỏi Người bệnhthật to bằng 2 câu hỏi " Anh tên là gì?" và" Anh làm sao thế?" đồng thời dùng tay đập mạnh lên vùng ngực Người bệnh hoặc dùng tay day ấn mạnh vào vùng xương ức (vùng giữa ngực)

- Ngay lập tức sau đó chúng ta cần gọi hỗ trợ. Gọi ngắn gọn, đủ lớn và đủ thông tin theo thứ tự như sau: " Người bệnh ở đâu (ví dụ: trong bếp, ngoài vườn...), bị bất tỉnh đột ngột, cần hỗ trợ cấp cứu khẩn cấp”

**IV. XỬ TRÍ CẤP CỨU TẠI CHỖ**

- Xử trí cấp cứu ngừng tuần hoàn được khởi động ngay từ khi phát hiện trường hợp nghi ngờ ngừng tuần hoàn. Người cấp cứu vừa tiến hành tiếp cận người bệnh, gọi người hỗ trợ vừa bắt đầu các biện pháp hồi sinh tim phổi cơ bản ngay.

- Khi có nhiều người cần có 1 người là chỉ huy để phân công, tổ chức cấp cứu đúng trình tự và đồng bộ.

- Cần ghi nhớ thời điểm tiếp cận Người bệnhvà bắt đầu cấp cứu.

- Thiết lập không gian cấp cứu đủ rộng và hạn chế tối đa những người không không tham gia cấp cứu vào và làm cản trở công tác cấp cứu.

- Nhanh chóng đặt Người bệnhnằm trên 1 mặt phẳng cứng để có thể tiến hành làm hôi sinh tim phổi cơ bản

Tiến hành ngay hồi sinh tim phổi cơ bản (ABC)

Kiểm soát đường thở:

+ Đặt ngửa đầu, cổ ưỡn, thủ thuật kéo hàm dưới/nâng cằm.

+ Chú ý trường hợp nghi ngờ hoặc có chấn thương cột sống cổ không làm thủ thuật kéo hàm/nâng cằm.

+ Móc sạch đờm dãi hay dị vật trong miệng nếu có. Làm nghiệm pháp Heimlich nếu có nghi ngờ dị vật đường thở.

Kiểm soát và hỗ trợ hô hấp: thổi ngat hoặc bóp bóng

Nếu Người bệnhkhông thở: thổi ngạt hoặc bóp bóng 2 lần liên tiếp. Sau đó kiểm tra mạch:

+ Nếu có mạch: tiếp tục thổi ngạt hoặc bóp bóng.

+ Nếu không có mạch: thực hiên chu kỳ ép tim/thổi ngạt (hoặc bóp bóng) theo tỷ lệ 30/2.

+ Nhịp thở nhân tạo (thổi ngạt, bóp bóng) thổi vào trong 1 giây, đủ làm lồng ngực phồng lên nhìn thấy được với tần số nhịp là 10-12 lần/phút đối với người lớn, 12-20 lần/phút đối với trẻ nhỏ và nhũ nhi.

+ Nối ô xy với bóng ngay khi có ô xy.

Kiểm soát và hỗ trợ tuần hoàn: ép tim ngoài lồng ngực

+ Kiểm tra mạch cảnh trong vòng 10 giây. Nếu không thấy mạch: tiến hành ép tim ngoài lồng ngực ngay.

+ Ép tim ở 1/2 dưới xương ức, lún 1/3-1/2 ngực (4-5 cm với người lớn) đủ để sờ thấy mạch khi ép; tần số 100 lần/phút. Phương châm là “ép nhanh, ép mạnh, không gián đoạn và để ngực phồng lên hết sau môi lần ép ”.

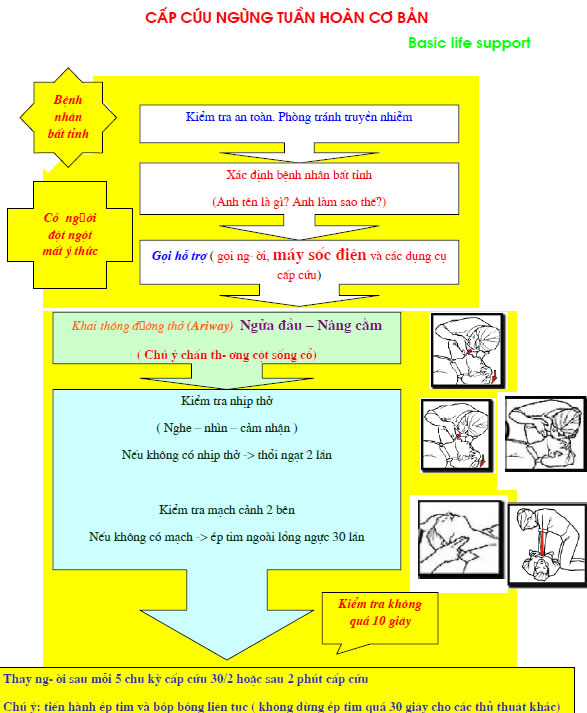
+ Tỷ lệ ép tim/thông khí là 30/2 nếu là Người bệnhngười lớn hoặc Người bệnhtrẻ nhỏ, nhũ nhi có 1 người cấp cứu. Tỷ lệ có thể là 15/2 đối với trẻ nhỏ hoặc nhũ nhi có 2 người cấp cứu.

+ Kiểm tra mạch trong vòng 10 giây sau mỗi 5 chu kỳ ép tim/thổi ngạt hoặc sau mỗi 2 phút (1 chu kỳ ép tim/thổi ngạt là 30 lần ép tim/2 lần thổi ngạt).

**V. PHÒNG BỆNH**

Ngừng tuần hoàn thường xảy ra đột ngột, không dự đoán trước được. Tất cả mọi người, các Người thực hiệncấp cứu, người thực hiện cứu hộ phải được tập luyện và chẩn bị sẵn sàng cấp cứu. Các cơ sở cấp cứu tại chỗ cần có các phương tiện và thuốc cấp cứu cần thiết cho cấp cứu ngừng tuần hoàn.

Túi thuốc cấp cứu cần có mặt nạ giấy hoặc mặt nạ có ống dài để thổi ngạt, bóng ambu và mặt nạ bóp bóng, bình oxy , bộ đặt nội khí quản và ống nội khí quản số 7 số 8, thuốc adrenalin ống 1mg.



**QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Đặt nội khí quản là việc luồn ống nội khí quản qua đường mũi hoặc đường miệng vào trong khí quản.Cho tới nay đây vẫn còn là một phương pháp kiểm soát đường thở tốt nhất và hiệu quả nhất.Yêu cầu đối với người bác sỹ trong thực hành phải thuần thục kỹ thuật đặt nội khí quản.Có nhiều phương pháp đặt nội khí quản trong đó đặt nội khí quản bằng đèn soi thanh quản được coi là phương pháp thường quy.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Tắc đường thở cấp tính: chấn thương, hít phải, nhiễm khuẩn...

- Hút chất tiết

- Bảo vệ đường thở

- Suy hô hấp: ARDS, hen PQ, COPD

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1. Chống chỉ định đặt NKQ đường miệng**

- Chấn thương thanh khí quản

- Chấn thương biến dạng hàm mặt

- Phẫu thuật hàm họng

- Cứng, sai khớp hàm

**2. Chống chỉ định đặt NKQ đường mũi**

- Ngừng thở

- Chấn thương, biến dạng mũi hàm mặt

- Tắc nghẽn cơ học đường hô hấp do: chấn thương, u, dị vật

- Chấn thương thanh khí phế quản

- Rối loạn đông máu, giảm tiểu cầu, đang điều trị chống đông

- Chảy dịch não tuỷ qua xương sàng

- Viêm xoang, phì đại cuốn mũi, polyp mũi

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ: 01 người, được đào tạo và nắm vững kỹ thuật đặt nội khí quản

- Điều dưỡng: 02, được đào tạo về phụ giúp bác sĩ đặt nội khí quản

**2. Dụng cụ**

- Dụng cụ, thuốc gây tê tại chổ: Lidocain 2%, bơm tiêm 5ml

- Găng, mũ, khẩu trang

- Máy theo dõi SpO2

- Đèn soi thanh quản lưỡi thẳng và cong

- Kẹp Magill

- Thuốc tiền mê: midazolam, propofol

- Ống nội khí quản các cỡ, cách chọn nội khí quản:

+ Tương đương ngón nhẫn của Người bệnh.

+ Nữ 7,5 - 8, nam 8 - 9; trẻ em = 4 + tuổi (năm)/ 4.

+ Ống NKQ đặt đường mũi < đường miệng 1mm.

+ Bảng cỡ NKQ với tuổi:

|  |  |
| --- | --- |
| Tuổi | Đường kính trong của ống (mm) |
| Người lớn, trẻ > 14 t | 8 – 9 |
| Trẻ 10 | 6,5 |
| Trẻ 6 t | 5,5 |
| trẻ 4t | 5 |
| trẻ 1 t | 4 |
| trẻ 3 tháng | 3,5 |
| trẻ sơ sinh | 3 |

**3. Người bệnh**

- Giải thích cho về kỹ thuật để gia đình NGƯỜI BỆNH yên tâm, hợp tác

- Đo các chức năng sống (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO2)

- Đặt Người bệnh ở tư thế thích hợp, nằm ngửa, cho thở oxi hoặc bóp bóng qua mặt nạ tùy tình trạng Người bệnh.Nếu có chấn thương cột sống cổ phải chọn phương pháp đặt NKQ cho Người bệnh chấn thương cổ.

- Mắc máy theo dõi, hút đờm, dịch dạ dầy

**4. Hồ sơ bệnh án**

Kiểm tra lại hồ sơ bệnh án, giấy ký cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật của Người bệnh hoặc gia đình Người bệnh, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Đặt NKQ đường miệng**

**1.1. Kiểm tra hồ sơ:** Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

**1.2. Kiểm tra lại Người bệnh:** Kiểm tra lại các chức năng sống của Người bệnh trước khi tiến hành thủ thuật

**1.3. Thực hiện kỹ thuật**

**1.3.1. Cho Người bệnh thở oxy hoặc bóp bóng qua mặt nạ**

**1.3.2. Dùng an thần,** tiền mê + Midazolam 0.1-0.4 mg/kg + Hoặc Fentanyl 5-7|ug/kg

+ Hoặc Ketamine 1.5mg/kg + Hoặc Thiopental 3-5 mg/kg + Hoặc Propofol 1-2 mg/kg

- Thuốc gây bloc thần kinh cơ (thuốc dãn cơ): Có thể chỉ định trong một số trường hợp cần thiết + Succinylcholine 1.5 mg/kg không dùng khi Người bệnh tăng kali máu + Hoặc thay thế bằng Rocuronium 0.6-1mg/kg

**1.3.3. Làm nghiêm pháp Sellick**, bảo vệ tránh trào ngược

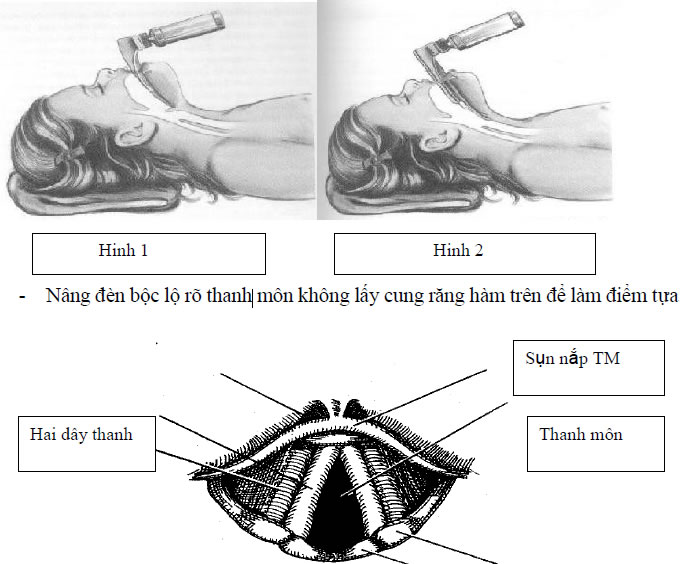
**1.3.4. Bộc lộ thanh môn Tay trái:**

- Cầm đèn soi thanh quản, luồn lưỡi đèn vào miệng gạt từ P qua T

- Nâng đèn bộc lộ thanh môn và nắp thanh môn

- Đưa đầu lưỡi đèn sát gốc nắp thanh môn đèn lưỡi cong (H2)

- Hoặc đè lên nắp thanh môn đối với đèn lưỡi thẳng (H1)



**1.3.5. Luồn ống NKQ**

- Tay trái vẫn giữ đèn ở tư thế bộc lộ thanh môn

- Tay phải cầm đầu ngoài ống NKQ:

+ Luồn ống vào để đầu trong của ống sát vào thanh môn + Nếu khó khăn: thủ thuật Sellick, panh Magill, dây dẫn...

+ Qua thanh môn đẩy ống vào sâu thêm 3- 5 cm

**1.3.6. Kiểm tra ống**

- Đầu NKQ nằm ở 1/3 giữa của khí quản TB nữ: 20- 21 cm và nam: 22-23cm

- Có nhiều cách để xác định vị trí NKQ:

+ Nghe phổi , nghe vùng thượng vị

+ Xem hơi thở có phụt ngược ra không?

+ Sờ vị trí bóng chèn + Đo ET CO2 khí thở ra + Xquang ngực ...

**1.3.7. Cố định ống**

+ Bơm bóng (cuff) của NKQ khoảng 20 mmHg + Cố định băng dính hoặc bằng dây băng có ngáng miệng

**2. Kỹ thuật đặt NKQ đường mũi**

**2.1. Kiểm tra hồ sơ:**Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

**2.2. Kiểm tra lại Người bệnh**: Kiểm tra lại các chức năng sống của Người bệnh trước khi tiến hành thủ thuật

**2.3. Thực hiện kỹ thuật**

**2.3.1. Cho Người bệnh thở oxi hoặc bóp bóng qua mặt nạ**

**2.3.2. Dùng an thần, tiền mê**

- Có thể áp dụng phương pháp gây tê (GT) tại chỗ:

- GT đường mũi: khí dung, phun mù...

- GT phần trên hai dây thanh âm, gốc lưỡi

- GT phần dưới hai dây thanh âm

- Không dùng thuốc gây bloc thần kinh cơ

**2.3.3. Luồn ống qua mũi**

- Đưa đầu ống vào lỗ mũi trước, mặt vát quay về phía cuốn mũi.

- Đẩy ống vuông góc với mặt NGƯỜI BỆNH, vừa đẩy vừa xoay nhẹ.

- Khi đầu ống NKQ đi qua lỗ mũi sau có cảm giác nhẹ hẫng tay

**2.3.4. Luồn ống vào khí quản**

**Dùng đèn:**

- Tay trái đặt đèn vào miệng NGƯỜI BỆNH và bộc lộ thanh môn

- Tay phải luồn ống qua thanh môn vào khí quản tương tự như khi đặt đường miệng.

**Đặt NKQ không dùng đèn (đặt mò):**

- Tay trái: lòng bàn tay đặt vào chẩm phối hợp với tay phải điều chỉnh đầu trong của ống NKQ

- Tay phải: cầm đầu ngoài ống NKQ:

+ Dò tìm vị trí có luồng hơi thở ra mạnh nhất.

+ Đợi đến đầu thì hít vào, đẩy ống vào sâu thêm khoảng 5 cm.

+ Ông đi vào qua thanh môn có cảm giác nhẹ tay, có hội chứng xâm nhập Người bệnh ho sặc sụa và có hơi thở phụt qua miệng ống + Ông vào dạ dầy người bệnh không ho sặc, không hơi thở phụt ra miệng ống + Ông vào các xoang hai bên thanh môn có cảm giác đẩy nặng, vướng ống và không đi sâu được nữa lúc này nên rút ra vài cm chỉnh lai hướng ống

**2.3.5. Kiểm tra vị trí ống:**

- Tương tự đặt đường miệng

- Đặt ống vào sâu hơn đường miệng 3 - 4 cm

**2.3.6. Cố định ống:**

Tương tự đặt đường miệng

**V. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG TRONG KHI ĐẶT NKQ**

- Tổn thương cột sống, tăng áp lực nội sọ.

- Hít phải: dịch dạ dầy, răng, chất tiết hầu.

- Tổn thương răng, hầu, thanh quản, khí quản.

- Đặt nhầm vào thực quản.

- Đặt NKQ vào phế quản gốc phải.

- Chảy máu.

- Thiếu ôxy.

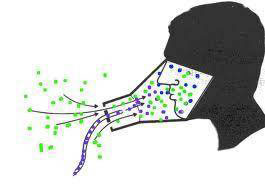
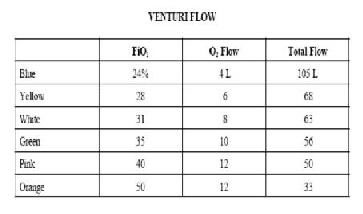
- Rối loạn về tim mạch thường gặp hơn ở những người thiếu máu cơ tim

**QUY TRÌNH THỞ OXY LƯU LƯỢNG CAO QUA MẶT NẠ VENTURI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

• Thở oxy lưu lượng cao là những là phương pháp sử dụng dụng cụ thở ô xy đáp ứng được hoàn toàn nhu cầu về dòng chảy của Người bệnh.

• Nguyên lý Venturi giúp trọn khí lưu lượng cao. Tuy nhiên nồng độ ô xy thường không tăng cao được (thường FiO2 < 60%) do đó rất thích hợp cho Người bệnh COPD.

Hình 1: Nguyên lý của Venturi

**II. DỤNG CỤ THỞ OXY**

• Mặt nạ Venturi (Hình 1).

• Lưu lượng oxy từ 6-15 Lít/phút

• FiO2 hằng định từ 24-50%



Hình 2: Mặt nạ Venturi

**III. CHỈ ĐỊNH**

• Giảm oxy hóa máu mức độ nhẹ / trung bình: PaO2<60mmHg, SaO2<90% (thở oxy phòng).

• Cần nồng độ ô xy chính xác: Người bệnh COPD

**IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

**V. TIẾN HÀNH THỦ THUẬT**

**1. Chuẩn bị**

**1.1 Dụng cụ**

• Mặt nạ Venturi

• Bình làm ẩm nối với hệ thống oxy trung tâm

**1.2. Người bệnh**

• Người bệnh được giải thích các lợi ích, nguy cơ của thủ thuật. Động viên Người bệnh hợp tác thở.

• Đảm bảo đường thở thông thoáng

**2. Các bước tiến hành**

• Bật oxy nguồn xem có hoạt động không

• Chọn mức FiO2 theo lâm sàng của Người bệnh

• Chọn tốc độ dòng O2 tương ứng (ghi trên mặt nạ)

• Nối mặt nạ vào Người bệnh.



Hình 3: Cách đặt mặt nạ Venturi cho Người bệnh

**3. Đánh giá sau thủ thuật**

Đánh giá đáp ứng của Người bệnh sau thở oxy về lâm sàng và khí máu

• Lâm sàng: đánh giá về hô hấp, tim mạch, thần kinh

• Khí máu: các chỉ số PaO2, SaO2, Pa CO2.....

• Đánh giá sự dung nạp của Người bệnh với dụng cụ thở oxy.

• Ghi chép hồ sơ thủ thuật.

**VI. BIẾN CHỨNG VÀ TAI BIẾN**

Thường không có biến chứng gì nghiêm trọng

• Khô niêm mạc đường thở

• Bội nhiễm vi khuẩn từ dụng cụ thở oxy.

**QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỞ OXY QUA GỌNG KÍNH**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Thở oxy là một thủ thuật thường được thực hiện cho Người bệnh đặc biệt Người bệnh ở phòng cấp cứu.Mục đích cung cấp lượng khí thở vào có hàm lượng oxy cao hơn so với khí phòng (FiO2).

Thở oxy qua gọng kính là thủ thuật đơn giản, thường được lựa chọn ban đầu cho các Người bệnh cần thở oxy.

Thủ thuật này thường được thực hiện bởi điều dưỡng

**II. DỤNG CỤ THỞ OXY**

- Oxy gọng kính là dụng cụ tương đối đơn giản, được gài ở môi trên của Người bệnh, có hai chấu hơi cong được đặt vào hai lỗ mũi (hình 1).

- Lưu lượng oxy từ 1-6Lít/phút

- Fi02 sẽ thay đổi phụ thuộc vào tần số thở và Vt của Người bệnh. Fio2 được tính gần đúng bằng quy tắc số 4. Coi nồng độ Oxy khí trời là 20% cứ cho Người bệnh thở thêm 1l/phút thì FiO2 tăng thêm 4%.

- FiO2 đạt được 24% - 44%



Hình 1. Oxy gọng kính

**III. CHỈ ĐỊNH**

Thở oxy qua gọng kính thường là thủ thuật được lựa chọn ban đầu cho các Người bệnh có chỉ định thở oxy bao gồm:

1. Giảm oxy hóa máu mức độ nhẹ / trung bình PaO2<60mmHg, SaO2<90% (thở oxy phòng).

2. Tăng công hô hấp

3. Tăng công cơ tim

4. Tăng áp động mạch phổi

**IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối. Chống chỉ định tương đối:

- Hẹp hoặc tắc mũi do chất nhầy

- Polype trong mũi.

**V. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện thủ thuật : Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Oxy gọng kính

- Bình làm ẩm nối với hệ thống oxy trung tâm

3. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích các lợi ích, nguy cơ của thủ thuật. Động viên Người bệnh hợp tác thở.

- Đảm bảo đường thở thông thoáng

4. Hồ sơ bệnh án

**VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Bật oxy nguồn xem có hoạt động không.

- Kiểm tra bình làm ẩm đủ nước

- Điều chỉnh lưu lượng oxy phù hợp với từng Người bệnh (đảm bảo oxy hóa máu), thường đặt 1 - 6 lít/phút

- Nối hệ thống dây oxy gọng kính vào Người bệnh.

**VII. THEO DÕI**

1. Đánh giá đáp ứng của Người bệnh sau thở oxy về lâm sàng và khí máu

- Lâm sàng: đánh giá về hô hấp, tim mạch, thần kinh.

- Khí máu: các chỉ số PaO2, SaO2, Pa CO2.....

2. Đánh giá sự dung nạp của Người bệnh với dụng cụ thở oxy.

3. Ghi chép hồ sơ thủ thuật.

**VIII. BIẾN CHỨNG**

Thường không có biến chứng gì nghiêm trọng. Có thể gặp:

1. Giảm thông khí do ôxy: tình trạng này có thể xảy ra ở Người bệnh COPD

2. Khô niêm mạc đường thở

3. Bội nhiễm vi khuẩn từ dụng cụ thở oxy.

**QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỞ OXY QUA MẶT NẠ CÓ TÚI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Thở oxy qua mặt nạ có túi là thủ thuật giúp cung cấp lượng khí thở vào có hàm lượng oxy cao có thể lên tới 100%.

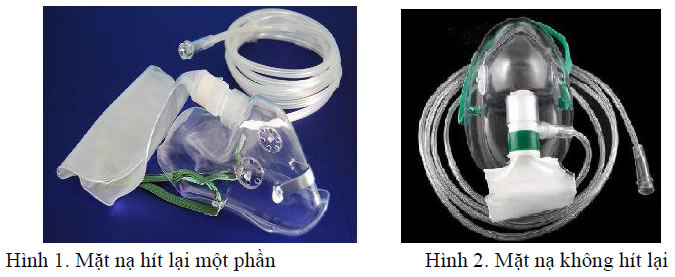
**II. DỤNG CỤ THỞ OXY**

Mặt nạ hít lại một phần và mặt nạ không hít lại

**1. Mặt nạ hít lại một phần (hình 1):** mặt nạ nối thẳng với túi

- Lưu lượng oxy thông thường 6 - 10 l/phút

- FiO2 đạt được 50% - 70%



- Mặt nạ có thêm các van một chiều ở cổng thở ra (một hoặc hai bên), và giữa mặt nạ và túi khí.

- Lưu lượng oxy thường 6 - 10 lít/phút

- FiO2 đạt được 70% - 100%

**III. CHỈ ĐỊNH**

Thở oxy qua mặt nạ có túi thường được áp dụng cho các Người bệnh đã được dùng các phương thức thở oxy khác thất bại

**5. Giảm oxy hóa máu:** PaO2<60mmHg, SaO2<90% (thở oxy phòng).

**6. Tăng công hô hấp**

**7. Tăng công cơ tim**

**8. Tăng áp động mạch phổi**

**IV. Chống chỉ định**

**1. Không có chống chỉ định tuyệt đối.**

**2. Chống chỉ định tương đối:**

- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)

- Người bệnh nôn nhiều: nguy cơ sặc vào phổi gây viêm phổi.

**V. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Điều dưỡng.

**2. Phương tiện**

- Mặt nạ hít lại một phần

- Mặt nạ không hít lại

- Bình làm ẩm nối với hệ thống oxy trung tâm

**3. Người bệnh**

- Người bệnh được giải thích các lợi ích, nguy cơ của thủ thuật. Động viên Người bệnh hợp tác thở.

- Đảm bảo đường thở thông thoáng 5. Hồ sơ bệnh án

**VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Chọn mặt nạ phù hợp với Người bệnh

2. Bật oxy nguồn xem có hoạt động không

3. Kiểm tra bình làm ẩm đủ nước

4. Điều chỉnh lưu lượng oxy phù hợp với từng Người bệnh (đảm bảo oxy hóa máu), thường đặt 6 - 10 lít/phút.

5. Điều chỉnh lưu lượng oxy sao cho túi không bị xẹp khi Người bệnh hít vào

6. Điều chỉnh mặt nạ đảm bảo khít với mũi, miệng Người bệnh.

**VII. THEO DÕI**

1. Đánh giá đáp ứng của Người bệnh sau thở oxy về lâm sàng và khí máu

2. Lâm sàng: đánh giá về hô hấp, tim mạch, thần kinh

3. Khí máu: các chỉ số PaO2, SaO2, Pa C02.....

4. Đánh giá sự dung nạp của Người bệnh với dụng cụ thở oxy, đảm bảo sự dễ chịu của Người bệnh với mặt nạ.

5. Ghi chép hồ sơ thủ thuật.

**VI. Biến Chứng**

Thường liên quan đến nồng độ oxy cao khi thở bằng mặt nạ có túi

1. Viêm phổi do sặc: khi Người bệnh nôn có thể hít phải chất nôn gây viêm phổi.

2. Giảm thông khí do ôxy: tình trạng này có thể xảy ra ở Người bệnh COPD

3. Xẹp phổi: khi thở oxy ở nồng độ cao (thường > 60%), khí nitơ trong phế nang sẽ bị đuổi ra hết và có thể gây xẹp phế nang ( xẹp phổi).

4. Khô niêm mạc đường thở

5. Ngộ độc ôxy.

6. Bội nhiễm vi khuẩn từ dụng cụ thở oxy.

**QUY TRÌNH KỸ THUẬT GHI ĐIỆN TIM TẠI GIƯỜNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Điện tim đồ là một đường cong, đồ thi tuần hoàn, ghi lại các biến thiên của các điện lực do tim phát ra trong một hoạt động co bóp.

Điện tim có thể coi là một đò thị có hoành độ là thời gian và tung độ là điện thế của dòng điện tim.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tủy theo bệnh cảnh Người bệnh mà chỉ định làm điện tim một chuyển đạo hay 12 chuyển đạo.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định làm điện tim

**IV. 12 CHUYỂN ĐẠO CƠ BẢN**

- Chuyển đạo mẫu

+ Chuyển đạo D1: điện cực âm ở tay phải, điện cực dương ở tay trái.

+ Chuyển đạo D2: điện cực âm ở tay phải, điện cực dương ở chân trái.

+ Chuyển dạo D3: điện cực âm ở tay trái, điện cực ở chân trái.

Chuyển đạo đơn cực các chi

+ Chuyển đạo AVR: điện cực ở cổ tay phải, thu điện thế ở mé phải và đáy tim.

+ Chuyển đạo AVL: điện cực ở cổ tay trái, thu điện thế ở phía thất trái

+ Chuyển đạo AVF: điện cực ở cổ chân trái, chuyển đạo duy nhất “nhìn” thấy được thành sau dưới đáy tim..

- Chuyển đạo trước tim.

+ V1: Cực thăm dò ở khoảng gian sườn 4 bên phải, sát xương ức.

+ V2: Cực thăm dò ở khoảng gian sườn 4 bên trái, sát xương ức

+ V3: Cực thăm dò ở điểm giữa đường thẳng nối V2 với V4.

+ V4: Giao điểm của đường thẳng đi qua điểm giữa xương đòn trái và khoang liên sườn 5.

+ V5: cực thăm dò ở giao điểm của đường nách trước bên trái với đường đi ngang qua V4

+ V6: Cực thăm dò ở giao điểm của đường nách giữa và đường ngang qua V4, V5.

**V. CHUẨN BỊ**

**1. Phương tiện, dụng cụ**

- Máy điện tim: Có đủ dây dẫn, dây đất bản cực.

- Kem dẫn điện hoặc nước muối 9%o

- Vài miếng gạc sạch để lau chất dẫn diện, sau khi làm xong.

**2. Người bệnh**

- Nếu là trẻ nhỏ, không hiểu biết, khó điều khiển: cần cho uống thuốc an thần để Người bệnhnằm yên rồi mới làm.

- Người bệnh tỉnh táo: giải thích kỹ thuật không gáy đau, không ảnh hưởng đến cơ thể cần thiết phải làm để giúp cho quá trình điều trị. Người bệnhphải bỏ các vật dụng kim khí trong người ra: đồng hồ, chìa khóa... Nghỉ ngơi trước khi ghi điện tim ít nhất 15 phút.

- Để Người bệnhnằm ngửa thoải mái trên giường.

- Nhiệt độ phòng không được quá lạnh.

**3. Hồ sơ bệnh án**

Giải thích về kỹ thuật cho người bệnh, gia đình Người bệnhvà kí cam kết đồng ý kỹ thuật, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật.

**VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Nối dây đất ở máy vào vị trí nào đó: vòi nước, chỗ rửa có phần kim loại tiếp xúc với mặt đất.

- Nối nguồn điện vào máy, bật máy thấy chắc chắn điện đã vào máy Bộc lộ phần cổ tay, cổ chân người bệnh, bôi chất dẫn điện vào các bản cực nối các bản cực vào cổ tay cổ chân (mặt trong cố tay cổ chân). Lắp các dây chuyển đạo ngoại vi vào các bản cực sao cho dây có màu đỏ nối với bản cực ở cổ tay phải.

- Dây có màu vàng nối với bản cực ở cổ tay trái

- Dây có màu đen nối với bản cực ở cổ chân phải.

- Dây có màu xanh nối với bản cực ở cổ chân trái.

- Bộc lộ phần ngực người bệnh, bôi chất dẫn điện vào các vị trí da nơi gắn điện cực, sau đó gắn với điện cực lên vị trí tương ứng.

- Bảo Người bệnhthở đều, có thể nhắm mắt lại.

- Bật máy, định chuẩn điện thế, thời gian: làm test thời gian và biên độ. Yêu cầu của test là phải vuông góc. Làm test nào thì ghi điện tim theo test đó (thời gian và điện thế).

- Chú ý tốc độ chạy giấy có những tốc độ sau: l0mm/s, 25mm/s, 50mm/s, 100mm/s.

Điện tâm đồ bình thường chạy tốc độ 25mm/s.

Nếu chạy 10mm/s khoảng cách các phức bộ ngắn.

Nếu chạy 50mm/s, 100mm/s: các phức bộ chậm và giãn ra.

Ghi các chuyển đạo: mỗi chuyển đạo nên ghi khoảng cách từ 3 đến 5 ô. Nhưng nếu nhịp tim không đều có thể ghi dài hơn theo yêu cầu. Trong quá trình ghi, kim ghi có thể lên xuống phải điều chỉnh kim sao cho vị trí kim ghi luôn ở giữa giấy.

Ghi xong các chuyển đạo, cho giấy chạy quá vài ô rồi tắt máy.

Tắt máy tháo các điện cực trên cơ thể người bệnh, lau chất dẫn điện trên người Người bệnh và trên các bản cực.

Ghi lên đoạn giấy: tên họ người bệnh, tuổi ngày giờ ghi. Ghi tên các chuyển đạo tương ứng lên giấy.

Thu dọn máy móc, cắt dán đoạn điện tim vừa ghi vào phiếu theo dõi điện tim.

**VII. CÁCH ĐỌC ĐIỆN TIM CƠ BẢN**

**1. Điện tâm đồ bình thường**

Được biểu diễn trên giấy, chiều dọc biểu thị biên đô (đô cao của sóng) và chiều ngang biểu hiện thời gian.

- Sóng P: ứng với thời gian xung đông từ nút xoang ra nhĩ (hiện tượng khử cực của nhĩ) trung bình biểu đồ l - 3mm. Thời gian 0,008 giây.

- Khoảng PQ: biểu hiện của cả thời gian khử cực nhĩ với việc truyền xung đông từ nhĩ xuống thất, trên điện tâm đồ là bắt đầu từ sóng P đến đầu sóng Q. Trung bình dài từ 0,12 đến 0,18 giây.

- Phức bô QRS: là hoạt đông của 2 thất. Thời gian trung bình là 0,08 giây. Biên đô QRS thay đổi khi cao khi thấp tùy theo tư thế tim.

- Đoạn ST ứng với thời kỳ tâm thất được kích thích đồng nhất, thời kỳ hoàn toàn khử cực của thất.

- Sóng T: ứng với thời kỳ tái cực thất, bình thường dài 0,2 giây.

- Đoạn QT: thời gian tâm thu điện học của thất. Trung bình 0,35 đến 0,40 giây. Đo từ đầu sóng Q đến cuối sóng T.

**2. Các sự cố gây nhiễu khi ghi điện tim**

- Các sóng nhiễu xuất hiện không có quy luật, hình dạng rất khác nhau, chỉ thêm vào điện tâm đồ mà không thay thế môt sóng nào cả. Nguyên do có thể do sức cản của da (da bẩn) hoặc khô chất dẫn điện.

- Nhiễu: trên hình ảnh điện tâm đồ thấy các đoạn gấp khúc hay rung đông từng chỗ, có thể chênh hẳn hoặc uốn lượn có các sóng nhỏ lăn tăn.

Khi gặp nên xem lại: Người bệnhcó cử đông nhẹ không (không được cử đông), nhịp thở rối loạn Người bệnhrun vì rét hoặc sợ (ủ ấm, giải thích hoặc uống thuốc an thần trước khi ghi). Có thể 1 trong các bản cực bị tuôt (xem các bản cực).

**VIII. THEO DÕI**

Điều dưỡng nhận định sơ bô điện tim bất thường hay bình thường. Nếu bất thường báo ngay cho bác sĩ để xử trí kịp thời.

**QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT ỐNG THÔNG DẠ DÀY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Đặt ống thông dạ dày là luồn một ống thông vào trong dạ dày qua đường mũi, hoặc đường miệng, để theo dõi, hút dịch, rửa dạ dày hoặc nuôi dưỡng Người bệnh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Rửa dạ dày cho Người bệnh ngộ độc qua đường tiêu hóa đến sớm

- Theo dõi tình trạng chảy máu trong xuất huyết dạ dày.

- Hút dịch, hơi dạ dày

- Nuôi dưỡng Người bệnh nặng không tự ăn được

**2. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Uống các chất gây ăn mòn: a xít, kiềm mạnh gây tổn thương mũi, miệng, hầu họng.

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- 01 Điều dưỡng, phải là người đã được đào tạo kỹ thuật đặt ống thông dạ dày, cần phải đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay sạch.

- Khi Người bệnh cần phải bóp bóng thì thêm Điều dưỡng thứ hai.

**2. Phương tiện**

- Ống thông Faucher băng chất dẻo, đầu tù, có nhiều lỗ ở cạnh, dùng để đặt đường miệng, rửa dạ dày trong trường hợp dạ dày có nhiều thức ăn, có các cỡ sau:

+ Số 10 đường kính trong 4 mm.

+ Số 12 đường kính trong 5 mm.

+ Số 14 đường kính trong 6 mm.

- Ống thông cho ăn được làm từ nhựa PVC (Stomach Tube) không độc hại, đã được khử khuẩn, thường dùng đặt qua đường mũi cho Người bệnh có các kích thước sau:

\* Ở người lớn:

- Ống số 18 (đường kính trong 6 mm) dài 125cm

- Ống số 16 (đường kính trong 5 mm) dài 125 cm Có 4 vạch chuẩn:

- Vạch 1 cách đầu ống thông 45 cm

- Vạch 2 cách đầu ống thông 55 cm

- Vạch 3 cách đầu ống thông 65 cm

- Vạch 4 cách đầu ống thông 75 cm

Đường kính trong ống thông

\*Ở trẻ em:

|  |  |
| --- | --- |
| Ống số | Đường kính trong ống thông |
| 12 | 3 mm |
| 10 | 2,5 mm |
| 8 | 2 mm |
| 6 | 1,5 mm |
| 4 | 1 mm |

- Gói dụng cụ tiêu hao

- Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn

- Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân

- Bộ dụng cụ , thuốc thủ thuật:

- Bộ dụng cụ, thuốc cấp cứu khi làm thủ thuật

**3. Người bệnh:**

- Nếu Người bệnh tỉnh: giải thích để Người bệnh hợp tác

- Tư thế Người bệnh: nằm ngửa, đầu thấp. trên ngực đặt một săng nhỏ sạch

- Hồ sơ bệnh án: ghi chỉ định đặt ống thông dạ dày, tình trạng Người bệnh trước và sau khi làm thủ thuật, cách thức tiến hành thủ thuật, theo dõi trong và sau thủ thuật về tai biến và biến chứng.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Chọn lựa ống thông:** tùy theo mục đích, Người bệnh ( người lớn, trẻ em), đặt đường miệng dùng ống thông to, đặt đường mũi dùng ống thông nhỏ (loại ống thông dùng một lần)

**1.1. Đặt mò:**

- Bôi trơn đầu ống thông bằng gạc thấm paraíỉn vô khuẩn.

- Đặt đường mũi:

+ Đưa ống thông vào mũi Người bệnh một cách từ từ, đẩy ống thẳng góc với mặt, khi vào đến họng, gập đầu Người bệnh vào ngực, tiếp tục đẩy ống thông đến vạch thứ nhất (45 cm) vừa đẩy vào vừa bảo Người bệnh nuốt. Khi đầu ống thông vào đến dạ dày thấy có dịch và thức ăn chảy ra trong lòng ống thông.

+ Chiều sâu của ống thông: 45 cm nếu để cho Người bệnh ăn; 55cm nếu để theo dõi chảy máu

- Đặt đường miệng:

+ Chỉ định cho Người bệnh chảy máu mũi do bệnh máu, rối loạn đông máu, viêm mũi....,

+ Bảo Người bệnh há miệng nếu Người bệnh tỉnh, hợp tác.Nếu cần thiết dùng dụng cụ mở miệng, sau đó luồn canun Guedel vào rồi rút dụng cụ mở miệng ra.

+ Đưa ống thông vào miệng Người bệnh một cách từ từ, khi đến họng thì bảo Người bệnh nuốt đồng thời đẩy ống thông vào.Các thao tác tiếp theo cũng giống như đặt đường mũi.

**1.2. Đặt ống thông bằng đèn đặt nội khí quản:**

+ Khi không đặt được ống thông bằng đường mò

+ Luồn ống thông vào mũi, qua lỗ mũi sau, đến họng, dùng đèn đặt nội khí quản xác định vị trí thực quản, sau đó dùng kẹp Magill gắp đầu ống thông đưa vào lỗ thực quản đồng thời một người khác đẩy phần ngoài ống thông vào dạ dày Người bệnh.

+ Khi có nội khí quản cần tháo bóng chèn trước khi đặt ống thông, sau đó bơm bóng chèn trước khi rửa dạ dày.

**2. Kiểm tra:**

- Dịch vị và thức ăn có thể chảy ra ống thông.

- Đặt ống nghe ở vùng thượng vị của Người bệnh, dùng bơm 50ml bơm vào ống thông sẽ nghe thấy tiếng lọc sọc ở thượng vị.

**3. Cố định:**

+ Mục đích để ống thông khỏi tuột,

+ Dán băng dính trên môi ngoài lỗ mũi, hoặc cố định vào ống nội khí quản

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi toàn trạng: Ý thức, mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO2, nhiệt độ.

- Theo dõi các tai biến sau làm thủ thuật: nôn, chảy máu, chấn thương phù nề thanh môn, tổn thương niêm mạc thực quản, dạ dày, rối loạn nước điện giải (Natri, kali)

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

1. Nôn: do phản xạ nhất là trẻ em, nguyên nhân đầu ống thông kích thích họng làm Người bệnh lo sợ. Vì vậy cần phải giải thích để Người bệnh hợp tác.

2. Chấn thương vùng thanh môn gây phù nề thanh môn, hoặc phản xạ gây co thắt thanh môn do đầu ống thông đi vào đường khí quản, đặt thô bạo.

+ Biểu hiện: Người bệnh có cảm giác đau vùng họng, nói khó, khàn tiếng. Nặng có khó thở thanh quản có thể gây ngạt thở cấp.Nếu không xử trí kịp thời Người bệnh có thể tử vong.

+ Điều trị:

- Nhẹ: Cho Người bệnh khí dung corticoid.

- Nặng: Đặt nội khí quản, nếu không được phải mở khí quản một thì

3. Chảy máu

+ Hay gặp chảy máu mũi khi đặt ống thông đường mũi do niêm mạc mũi nhiều mạch máu nông, ống thông to, không bôi trơn dầu parafin, đặt thô bạo. Chảy máu miệng ít gặp hơn chủ yếu chảy máu chân răng khi khó mở miệng Người bệnh, Người bệnh dãy giụa khi đặt ống thông. Chảy máu thực quản dạ dày gặp khi dùng ống thông có đầu cứng, đưa vào quá sâu.

+ Phòng: Phải giải thích để Người bệnh hợp tác, làm đúng động tác, nhẹ nhàng đầu ống thông không vát cạnh và cứng.

+ Điều trị: Chảy máu nhẹ thường tự cầm nếu Người bệnh không có rối loạn đông máu. Nặng có thể dùng adrenalin pha nồng độ 1/10.000 rồi nhỏ vào chỗ chảy máu khi Người bệnh không có chống chỉ định dùng adrenalin. Nếu không đỡ có thể phải đặt nút gạc lỗ mũi.Tốt nhất nên mời chuyên khoa Tai Mũi Họng để cầm máu.Trong trường hợp chảy máu dạ dày nặng phải soi dạ dày để cầm máu, có khi phải truyền máu khi có tình trạng mất máu nặng.

**ĐẶT SONDE HẬU MÔN**

**I. ĐẠICƯƠNG**

Đặt sonde hậu môn là thủ thuật đưa một ống thông mềm vào hậu môn.

## **II. CHỈĐỊNH**

- Làm giảm đau và chướng bụng cho những người bệnh tắc ruột hoặc viêmruột.

- Đặt để tháolồng.

## **III. CHỐNG CHỈĐỊNH**

- Đang có chảy máu đạitràng.

- Polip đại tràng (hạn chế tối đa cóthể)

- Người bệnh bị trĩ.

- Chấn thương hoặc sang chấn nặng vùng hậumôn

## **IV. CHUẨNBỊ**

1. Người thựchiện

Điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên

## 2. Phươngtiện

- Bàn làm thủ thuật: 01

- Găng tay 01

- Khay quả đậu01

- Dầu paraphin hoặc mỡ vazơlin

- Gạc miếng 02

- Băng dính 01

- Sonde(ống thông) hậu môn hoặc sonde foley, các cỡ:16,18,24…

## 3. Người bệnh

Giải thích cho người bệnh và gia đình, động viên gia đình cùng hợp tác và phối hợp điều trị.

## 4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

## **V. CÁC BƯỚC TIẾNHÀNH**

**1. Kiểm tra hồsơ**

Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

**2. Kiểm tra ngườibệnh**

Tình trạng toàn thân

## **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Rửa tay sạch,đội mũ, đeo khẩu trang.

- Đẩy bàn thủ thuật tới bên giường bệnh.

- Đeo găng

- Bộc lộ vùng mông.

- Chọn cỡ sonde cho phù hợp.

- Người điều dưỡng nên đứng vị trí từ ngang tầm mông trẻ trở lên, hạn chế đứng phía dưới chân của trẻ.

- Bôi trơn đầu ống sonde

- Tay trái bộc lộ vùng hậu môn, tay phải cầm sonde. Từ từ đẩy sonde vào sâu trong hậu môn khoảng 5-7 cm là được.

- Cố địnhsonde.

- Thu dọn dụng cụ và rửatay.

- Ghi chép hồsơ

## **VI. THEO DÕI**

- Chảymáu

- Tuột sonde

## **VII. TAI BIẾN VÀ XỬTRÍ**

- Sang chấn vùng hậu môn, trực tràng do làm động tác thô bạo: điều trị giảm đau, theo dõi.

- Chảy máu do vô tình người bệnh có polip hoặc búi trĩ bên trong.

- Nhiễm trùng: Điều trị kháng sinh.

**QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỬ ĐƯỜNG MÁU MAO MẠCH**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Theo dõi diễn biến lượng đường trong máu của người bệnh bằng máy thử và que thử.Giúp bác sỹ kiểm soát và điều trị đạt kết quả tốt cho người bệnh, nhất là những người bệnh bi tiểu đường và rối loạn điện giải.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh bị tiểu đường, viêm tụy cấp... theo chỉ định của bác sỹ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh không bị tiểu đường, hoặc người bệnh có lượng đường trong máu ổn định trong giới hạn bình thường.không có chỉ định của bác sỹ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện: điều dưỡng**

**2. Phương tiện, dụng cụ**: vật tư tiêu hao

- Máy thử

- Que thử

- Kim thử đường máu : 01 cái

- Bông vô khuẩn

- Panh

- Găng sạch : 01 đôi

- Ống cắm panh

- Cồn 90 độ

- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh

- Xà phòng rửa tay diệt khuẩn

- Mũ : 01 cái

- Khẩu trang : 01 cái

**3. Người bệnh**

Thông báo giải thích cho người bệnh hoặc gia đình người bệnh về việc sắp làm.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bảng theo dõi đường máu cá nhân, bảng chỉnh liều Insulin (nếu có).

**V. TIẾN HÀNH**

1. Thông báo giải thích động viên người bệnh và gia đình người bện mục đích của việc theo dõi đường máu.

2. Điều dưỡng rửa tay dưới vòi nước bằng xà phòng diệt khuẩn, đội mũ,đeo khẩu trang.

3. Bộc lộ bàn tay của người bệnh. Chọn vị trí lấy (đầu ngón tay).

4. Sát khuẩn tay nhanh

5. Điều dưỡng đi găng tay sạch, dùng kẹp phẫu tích gắp bông có tẩm cồn 90 độ sát khuẩn đầu ngón tay đã chọn (sát khuẩn 2-3 lần) để khô.

6. Dùng kim tiêm vô khuẩn chích nhẹ vào ngón tay người bệnh sao cho đi qua lớpda mỏng bóp nhẹ đầu ngón tay thấy dớm máu thì dừng lại.

7. Cho que thử vào máy. Khi trên màn hình máy có biểu tượng giọt máu thì đưa đầu kia của que thử vào giọt máu vừa nặn. khi que thử hút đủ máu thì bỏ máy và que thử ra khỏi giọt máu.

8. Chờ trong 10 giây máy hiện kết quả lượng đường trong máu của người bệnh.

9. Điều dưỡng tháo bỏ que thử khỏi máy. Thu dọn dụng cụ, tháo găng tay.

10. Rửa tay và ghi kết qủa làm được vào bảng theo dõi. Báo kết quả lượng đường trong máu của người bệnh mà máy đã đo được cho bác sỹ.

**VI. THEO DÕI**

- Chảy máu không cầm (nếu người bệnh có rối loạn đông máu).

- Kỹ thuật làm không đúng cho kết quả sai...

Chú ý:

- Khi sát khuẩn xong phải để khô mới được chọc kim lấy máu.

- Phải lấy đủ máu thì kết quả mới chính xác.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu: băng ép, dự phòng bằng lấy cữ kim vừa phải

- Nhiễm khuẩn: cần tuân thủ quy trình vô khuẩn

**QUY TRÌNH KỸ THUẬTKHÍ DUNG MŨI HỌNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Khí dung: biện pháp đưa thuốc vào đường thở dưới dạng các hạt có kích thước rất nhỏ được phân tách nhờ tác dụng của khí nén, sóng siêu âm hoặc màng phân tách.

Tùy vào bệnh lý từng vị trí của đường hô hấp mà lựa chọn loại máy khí dung, đặt chế độ hay lưu lượng khí phù hợp.

Có 3 phương thức khí dung cơ bản: bằng khí cao áp, sóng siêu âm và màngthẩm tách. Hai loại đầu thường được sử dụng rộng rãi trong bệnh viện.

**II. CHỈ ĐỊNH**

* 1. Chỉ định trong trường hợp cần đưa thuốc trực tiếp vào hệ hô hấp dưới dạng các hạt rất nhỏ.

Có nhiều thuốc và tình trạng bệnh lý có chỉ định khí dung. Hay gặp: khí dung thuốc giãn phế quản, corticoid trong hen phế quản; adrenalin trong viêm thanh quản cấp có suy hô hấp; khí dung thuốc kháng sinh (colistin), thuốc điều trị tăng áp lực động mạch phổi iloprost ; khí dung để làm ẩm, ấm đường thở nước muối sinh lý …

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Dị ứng với thành phần thuốc khí dung. Trường hợp cản trở cơ học do dị vật di động trong đường thở.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.Người thực hiện**

Điều dưỡng chăm sóc người bệnh hoặc kỹ thuât viên đã được đào tạo.

**2. Phương tiện**

**2.1. Khí dung bằng khí cao áp**

* 1. - Thuốc và dung môi
  2. - Nguồn khí cao áp: oxy hoặc khí nén.
  3. - Cột đo lưu lượng khí.

1. - Dây dẫn khí, bầu khí dung, mask khí dung phù hợp lứa tuổi. Trẻlớn có thể dùng ống ngậm bằng miệng.

**2.2. Khí dùng bằng máy siêu âm**

1. - Thuốc và dung môi. Không khí dung bằng máy siêu âm đối với các thuốc dạng dịch treo (ví dụ pulmicort) hoặc thuốc bị nhiệt phân hủy.
   1. - Máy khí dung, dây nối và mask thích hợp.
2. **3. Bệnh nhi**
   1. - Trẻ lớn và bố mẹ được giải thích về kỹ thuật sẽ thực hiện. Động viên trẻ an tâm và hợp tác.
      1. - Kiểm tra các dấu hiệu, chỉ số lâm sàng : nhịp thở, dấu hiệu gắng sức, tình trạng da niêm mạc, đo SpO2, mạch, tinh thần và các dấu hiệu nặng khác.
3. **4. Hồ sơ bệnh án**
4. - Ghi đầy đủ thông tin cá nhân và tình trạng trẻ trước khí dung.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Kiểm tra hồ sơ, bệnh án**

Thông tin cá nhân, tình trạng lâm sàng, chỉ định khí dung, thuốc khí dung.

**Kiểm tra người bệnh**

**Thực hiện kỹ thuật**

***1. Khí dung bằng khí cao áp***

* 1. Cho thuốc và dung môi vào bầu khí dung. Lượng dung dịch trong bầu để khí dung hiệu quả tối thiểu là 2 ml, tối đa là 8 ml, trung bình khoảng 5 ml. Cần pha loãng thuốc khí dung để giảm lượng thuốc cặn.

- Lắp Mask hoặc ống ngậm vào bầu khí dung.

* 1. - Cắm cột đo lưu lượng vào nguồn khí phù hợp. Nếu trẻ có suy hô hấpphải chọn nguồn oxy; trẻ không suy hô hấp chọn nguồn khí nén.

1. - Lắp dây dẫn oxy vào đầu ra của cột đo lưu lượng.
2. - Điều chỉnh lưu lượng khí thích hợp. Lưu lượng khí có thể điều chỉnh từ 5 - 8 lít/phút, nên đặt 6 lít/phút để có kết quả tối ưu.
3. - Lắp dây dẫn khí vào bầu khí dung. Kiểm tra dò khí.
4. - Lắp dây dẫn khí vào bầu khí dung. Kiểm tra dò khí.
5. - Cho mask úp kín mũi và miệng trẻ (hoặc trẻ ngậm kín ống ngậm), vòng dây cao su cố định qua đầu trẻ để giữ mask.
6. - Hướng dẫn tr hoặc người giữ trẻ đặt bầu khí dung ở tư thế thẳng đứng: trẻ lớn ngồi, trẻ nhỏ bế ngồi trên đùi khi khí dung.

***2. Khí dùng bằng máy siêu âm***

1. - Cho thuốc và dung môi vào bầu khí dung.
2. - Lắp dây dẫn vào bầu khí dung và mask
3. - Cắm điện, bật máy.
4. - Điều chỉnh thời gian, chế độ khí dung phù hợp.
5. - Úp mask kín mũi, miệng trẻ , cố định mask.
6. - Lắp dây dẫn khí vào bầu khí dung. Kiểm tra dò khí.
7. - Cho mask úp kín mũi và miệng trẻ (hoặc trẻ ngậm kín ống ngậm), vòng dây cao su cố định qua đầu trẻ để giữ mask.
8. - Hướng dẫn tr hoặc người giữ trẻ đặt bầu khí dung ở tư thế thẳng đứng: trẻ lớn ngồi, trẻ nhỏ bế ngồi trên đùi khi khí dung.

***3. Khí dùng bằng máy siêu âm***

1. - Cho thuốc và dung môi vào bầu khí dung.
2. - Lắp dây dẫn vào bầu khí dung và mask
3. - Cắm điện, bật máy.
4. - Điều chỉnh thời gian, chế độ khí dung phù hợp.
   1. - Úp mask kín mũi, miệng trẻ , cố định mask.

**VI. THEO DÕI**

1. Quan sát trẻ trong suốt quá trình khí dung, động viên trẻ hoặc phụ giúp người trông trẻ thực hiện đúng kỹ thuật.

Thời gian mỗi lần khí dung ở trẻ em không nên quá 10 phút.

**V. TAI BIẾN – XỬ LÝ TAI BIẾN**

Các tác dụng không mong muốn: dị ứng thuốc, co thắt thanh quản do quá sợ hãi. Ngừng khí dung, xử trí cấp cứu tùy mức độ diễn biến.

**Chương 2: RHM – TMH – Mắt**

**Phần 1: Răng Hàm Mặt**

**NHỔ RĂNG SỮA**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị nhổ bỏ răng sữa, tạo chỗ cho răng vĩnh viễn mọc đúngthời kỳ sinh lý và vị trí trên cung hàm.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng sữa đến tuổi thay.

- Răng sữa gây cản trở sự mọc răng vĩnh viễn.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép nhổ răng.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1.Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa

- Bộ khám: gương, gắp….

- Bộ dụng cụ nhổ răng sữa….

2.2. Thuốc

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

- Bông, gạc vô khuẩn….

**3.Người bệnh**

Người bệnh và / hoặc người giám hộ Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim Xquang xác định tình trạng răng sữa và mầm răng vĩnh viễn.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần nhổ.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn

- Vô cảm: Tùy từng trường hợp có thể thấm tê hoặc tiêm tê tại chỗ.

- Nhổ răng:

+ Tách lợi.

+ Dùng kìm thích hợp lấy răng ra khỏi ổ răng.

+ Kiểm soát huyệt ổ răng.

- Cắn gạc cầm máu.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1.Trong khi làm thủ thuật**

- Sốc: điều trị chống sốc.

- Chảy máu: Cầm máu.

**2.Sau khi làm thủ thuật**

- Chảy máu: Cầm máu

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

**NHỔ CHÂN RĂNG SỮA**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật lấy bỏ chân răng sữa ra khỏi huyệt ổ răng, loại bỏ ổ nhiễm khuẩn trong khoang miệng và tạo khoảng cho răng vĩnh viễn mọc.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Còn chân răng sữa ở thời kỳ mọc răng vĩnh viễn tương ứng.

- Còn chân răng sữa khi đã mọc răng vĩnh viễn tương ứng.

- Chân răng sữa là nguyên nhân gây viêm nhiễm tại chỗ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép nhổ răng.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ .

**2.Phương tiện**

2.1. Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.

- Bộ dụng cụ nhổ chân răng sữa….

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

- Bông, gạc vô khuẩn….

**3.Người bệnh**

Người bệnh và/ hoặc người giám hộ Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4.Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo đúng quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và chân răng cần nhổ.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn

- Vô cảm; Tùy trường hợp có thể thấm tê hoặc tiêm tê tại chỗ.

- Nhổ chân răng sữa:

+ Tách lợi.

+ Dùng kìm hoặc bẩy thích hợp lấy chân răng ra khỏi ổ răng.

+ Kiểm soát huyệt ổ răng.

- Cắn gạc cầm máu.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi làm thủ thuật**

- Sốc: Điều trị chống sốc.

- Chảy máu: Cầm máu.

**2. Sau khi làm thủ thuật**

- Nhiễm trùng: Dùng kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.

- Theo dõi chảy máu.

**CHÍCH ÁP-XE LỢI Ở TRẺ EM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kĩ thuật mở, dẫn lưu mủ từ ổ áp xe khu trú ở lợi.

- Áp-xe lợi là tổn thương nhiễm trùng đã hình thành mủ có thể do viêm lợi,hoặc các nguyên nhân khác….

**II. CHỈ ĐỊNH**

Áp - xe lợi

**III.CHUẨN BỊ**

**1.Người thực hiện**

- Bác sĩ răng hàm mặt

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa

- Bộ khay khám gồm: gương, gắp, thám trâm.

- Bơm tiêm

- Dụng cụ chích áp-xe

2.2. Thuốc

- Thuốc tê.

- Dung dịch sát trùng Betadine, nước muối sinh lý….

**3. Người bệnh**

Người bệnh và / hoặc người giám hộ Người bệnh được giải thích và đồng

ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn.

- Vô cảm: Tùy từng trường hợp có thể thấm tê hoặc tiêm tê tại chỗ.

- Mở áp-xe và dẫn lưu mủ:

+ Xác định điểm mở dẫn lưu mủ.

+ Mở áp-xe: dùng dụng cụ thích hợp mở thông vào ổ áp-xe.

+ Ép nhẹ để dẫn lưu mủ.

+ Làm sạch với nước muối sinh lý hoặc dung dịch ôxy già 3 thể tích

**V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Sau quá trình điều trị:

Nhiễm trùng lan rộng: Kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

**ĐIỀU TRỊ VIÊM LỢI Ở TRẺ EM (DO MẢNG BÁM)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Viêm lợi ở trẻ em có nhiều thể bệnh do nhiều nguyên nhân gây ra. Bài này giới thiệu kỹ thuật điều trị viêm lợi ở trẻ em do mảng bám. Điều trị viêm lợi trẻ em do mảng bám là kĩ thuật điều trị viêm lợi và loại bỏ cácyếu tố kích thích của vi khuẩn ở mảng bám răng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Viêm lợi trẻ em do mảng bám.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1. Phương tiện và dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa

- Bộ khay khám gồm: gương, gắp, thám trâm.

- Bộ dụng cụ lấy cao răng.

- Bộ dụng cụ làm sạch mảng bám....

2.2. Thuốc và vật liệu:

- Bông, gạc vô khuẩn.

- Thuốc tê.

- Dung dịch oxy già 3% thể tích….

**3. Người bệnh**

Người bệnh và/ hoặc người giám hộ Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**IV- CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn

- Vô cảm: Tê thấm nếu cần.

- Lấy cao răng nếu có bằng dụng cụ thích hợp.

- Làm sạch mảng bám răng.

- Làm nhẵn mặt răng bằng dụng cụ thích hợp.

- Lau rửa vùng lợi viêm bằng dung dịch ôxy già 3 thể tích .

- Hướng dẫn người bệnh hoặc người giám hộ cách giữ vệ sinh răng miệng và

kiểm soát mảng bám răng.

**V- THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Sau điều trị:

Nhiễm trùng: Kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

**PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG LẠC CHỖ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Răng lạc chỗ có thể ngầm trong xương hoặc xuất hiện trên cung hàm

nhưng sai vị trí. Trong bài này chỉ đề cập tới các trường hợp răng lạc chỗ đã mọc.

Răng lạc chỗ thường ảnh hưởng tới thẩm mỹ, khó kiểm soát mảng bám răng và còn là nguyên nhân gây lệch lạc răng và gây rối loạn khớp cắn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng lạc chỗ không có chỉ định nắn chỉnh.

- Răng lạc chỗ gây biến chứng hoặc có nguy cơ gây biến chứng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật nhổ răng.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1. Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

2.2. Thuốc

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

- Dung dịch bơm rửa.

- Vật liệu cầm máu.

- Bông, gạc vô khuẩn.

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim Xquang xác định tình trạng răng.

- Xét nghiệm cơ bản.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3.Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn

- Vô cảm:

Tùy trường hợp cụ thể mà có thể gây tê hoặc gây mê.

- Phẫu thuật lấy răng thừa:

+ Tách nếp niêm mạc và dây chằng quanh răng bằng cây bóc tách.

+ Dùng bẩy tách chân răng với xương ổ răng.

+ Dùng kìm thích hợp lấy răng ra khỏi ổ răng.

+ Kiểm soát huyệt ổ răng.

+ Sửa chữa và tạo hình xương ổ răng nếu cần.

+ Cầm máu.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi làm thủ thuật**

- Sốc: điều trị chống sốc.

- Chảy máu: Cầm máu.

- Gãy chân răng: lấy chân răng.

- Sang chấn răng liền kề: Tùy mức độ có thể chỉ theo dõi hoặc cố định.

**2. Sau khi làm thủ thuật**

- Chảy máu: Cầm máu.

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

**PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG NGẦM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Răng ngầm là răng không mọc ra được hoặc là một răng thừa.

- Các răng ngầm có thể là nguyên nhân của nang thân răng hoặc các biến chứng khác.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng ngầm gây cản trở các răng khác mọc.

- Răng ngầm gây lệch lạc răng phải nhổ để nắn chỉnh.

- Răng ngầm có nang thân răng.

- Răng ngầm chèn ép thần kinh gây đau.

- Răng ngầm gây tổn thương răng kế cận.

- Răng ngầm lạc chỗ gây rối loạn chức năng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1. Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

- Dung dịch bơm rửa.

- Vật liệu cầm máu.

- Vật liệu ghép xương.

- Bông, gạc vô khuẩn.

- Kim, chỉ khâu.

**3. Người bệnh**

- Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim Xquang xác định tình trạng răng ngầm.

- Xét nghiệm cơ bản.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn

- Vô cảm:

Tùy trường hợp cụ thể mà có thể gây tê hoặc gây mê.

- Phẫu thuật lấy răng ngầm:

+ Tạo vạt niêm mạc màng xương thích hợp để mở xương và lấy răng.

+ Mở xương: dùng dụng cụ thích hợp mở xương bộc lộ răng ngầm.

+ Chia cắt răng ngầm: dùng mũi khoan cắt răng và chia tách chân răng để

dễ đưa răng ra khỏi xương hàm nếu cần.

+ Dùng dụng cụ thích hợp lấy răng và các chân răng đã chia tách ra khỏi

xương.

+ Kiểm soát vùng phẫu thuật.

+ Ghép xương nếu cần.

+ Khâu đóng vạt.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi làm thủ thuật**

- Sốc: điều trị chống sốc.

- Chảy máu: Cầm máu.

dlxv

- Tổn thương xương và các cấu trúc lân cận: Tùy từng trường hợp mà chọn

giải pháp điều trị thích hợp.

**2. Sau khi làm thủ thuật**

- Chảy máu: Cầm máu.

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

**PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN MỌC LỆCH HÀM TRÊN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Răng khôn hàm trên mọc lệch thường không có chức năng ăn nhai và còn cóthể gây ra các biến chứng. Vì vậy khi xác định được răng khôn mọc lệch thì nên nhổ sớm.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Răng khôn hàm trên mọc lệch.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật nhổ răng.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1 Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

- Bộ dụng cụ mở xương.

- Kìm bẩy thích hợp

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê: Loại có Adrenaline và không Adrenaline.

- Thuốc sát khuẩn

- Vật liệu cầm máu.

- Dung dịch bơm rửa.

- Bông gạc vô khuẩn.

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

Chụp phim X-quang để xác định mức độ răng kẹt.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ, bệnh án.**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần nhổ.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn.

- Gây tê tại chỗ, trong một số trường hợp phối hợp gây tê vùng.

- Rạch niêm mạc: trong một số trường hợp cần tạo vạt thì thực hiện theo các

bước sau:

+ Rạch niêm mạc nếp niêm mạc.

+ Bóc tách vạt niêm mạc để bộc lộ răng.

- Lấy răng ra khỏi huyệt ổ răng bằng dụng cụ thích hợp.

- Kiểm soát huyệt ổ răng.

- Khâu đóng phần mềm trong trường hợp có tạo vạt.

- Cắn gạc.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong phẫu thuật**

- Sốc: Chống sốc

- Chảy máu: cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu: cầm máu.

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân.

**PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI MỌC LỆCH**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Răng khôn hàm dưới mọc lệch thường không có chức năng ăn nhai và còncó thể gây ra các biến chứng. Vì vậy khi xác định được răng khôn mọc lệch thì nên nhổ sớm.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Răng khôn hàm dưới mọc lệch.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật nhổ răng.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ răng hàm mặt

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1. Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

- Bộ dụng cụ mở xương.

- Bộ dụng cụ cắt răng.

- Kìm và bẩy thích hợp.

2.2 Thuốc và vật liệu:

- Thuốc tê: Loại có Adrenaline và không Adrenaline.

- Thuốc sát khuẩn.

- Vật liệu cầm máu.

- Dung dịch bơm rửa.

- Bông gạc vô khuẩn.

**3. Người bệnh**

Được giải thích và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Chuẩn bị đầy đủ theo đúng quy định.

Chụp phim X-quang để xác định mức độ răng lệch.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần nhổ.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn.

- Gây tê tại chỗ, trong một số trường hợp phối hợp gây tê vùng.

- Rạch niêm mạc: trong một số trường hợp cần tạo vạt thì thực hiện theo các

bước sau:

+ Rạch niêm mạc.

+ Bóc tách vạt niêm mạc để bộc lộ răng cần nhổ

- Lấy răng ra khỏi huyệt ổ răng bằng dụng cụ thích hợp.

- Kiểm soát huyệt ổ răng.

- Khâu đóng phần mềm trong trường hợp có tạo vạt.

- Cắn gạc.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong phẫu thuật**

- Sốc: Chống sốc

- Chảy máu: cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu: cầm máu.

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân.

**NHỔ RĂNG VĨNH VIỄN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Răng vĩnh viễn có chỉ định nhổ là tình trạng thường gặp trên lâm sàng đểloại bỏ các răng bệnh lý không thể điều trị bảo tồn được hoặc để điều trị nắnchỉnh các răng lệch lạc.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các răng có bệnh quanh răng nặng không thể điều trị bảo tồn được.

- Các răng sâu mất nhiều mô cứng không còn khả năng bảo tồn.

- Các răng lung lay quá mức không điều trị bảo tồn được.

- Các răng thừa.

- Răng mọc lạc chỗ

- Các răng bị chấn thương mất mô cứng vùng thân răng hoặc gãy chân răngkhông điều trị bảo tồn được.

- Các răng có chỉ định nhổ để nắn chỉnh răng, phục hình răng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép nhổ răng.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1. Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

2.2. Thuốc

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

- Dung dịch bơm rửa.

- Vật liệu cầm máu.

- Bông, gạc vô khuẩn.

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và vùng răng cần điều trị.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn

- Gây tê tại chỗ

- Tách nếp niêm mạc và dây chằng quanh răng bằng cây bóc tách.

- Dùng bẩy tách chân răng với xương ổ răng.

- Dùng kìm thích hợp lấy răng ra khỏi ổ răng.

- Kiểm soát huyệt ổ răng.

- Sửa chữa và tạo hình xương ổ răng nếu cần.

- Cầm máu.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi làm thủ thuật**

- Sốc: điều trị chống sốc.

- Chảy máu: Cầm máu.

- Gãy chân răng: lấy chân răng.

- Sang chấn răng liền kề: Tùy mức độ có thể chỉ theo dõi hoặc cố định

- Chân răng lọt vào xoang hàm hoặc thông đáy xoang: lấy chân răng và bịt lỗ

thông xoang.

- Sai khớp thái dương hàm: Nắn khớp.

**2. Sau khi làm thủ thuật**

- Chảy máu: Cầm máu

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân.

**NHỔ RĂNG VĨNH VIỄN LUNG LAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nhổ răng vĩnh viễn lung lay để loại bỏ các răng không còn chức năng ănnhai hoặc loại bỏ các ổ nhiễm khuẩn tiềm tàng trong khoang miệng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng lung lay quá mức không còn chức năng ăn nhai

- Răng có bệnh lý vùng quanh răng không còn khả năng điều trị bảo tồn

- Các trường hợp sang chấn không có chỉ định bảo tồn.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1. Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

2.2. Thuốc

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

- Dung dịch bơm rửa.

- Vật liệu cầm máu.

- Bông, gạc vô khuẩn.

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và vùng răng cần điều trị.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn

- Gây tê tại chỗ

- Tách nếp niêm mạc

- Dùng kìm phù hợp lấy răng ra khỏi huyệt ổ răng.

- Kiểm soát huyệt ổ răng

- Cầm máu

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.

- Chảy máu: cầm máu.

**NHỔ CHÂN RĂNG VĨNH VIỄN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Các chân răng còn lại trên cung răng không còn chức năng ăn nhai và cònlà ổ nhiễm khuẩn. Các chân răng còn trở ngại cho việc phục hình bằng hàm giảtháo lắp hoặc cố định.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các chân răng còn lại do sâu răng

- Các chân răng còn lại do chấn thương không có chỉ định bảo tồn.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1. Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

2.2. Thuốc

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

- Dung dịch bơm rửa.

- Vật liệu cầm máu.

- Bông, gạc vô khuẩn.

**3. Người bệnh:**Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và vùng răng cần điều trị.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn

- Gây tê tại chỗ

- Tách nếp niêm mạc và dây chằng quanh chân răng bằng cây bóc tách.

- Dùng bẩy thích hợp để tách chân răng và làm đứt dây chằng quanh chân răng

- Dùng kìm thích hợp lấy chân răng ra khỏi ổ răng.

- Kiểm soát huyệt ổ răng.

- Cầm máu.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.

**CẮT LỢI TRÙM RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nếp niêm mạc trùm phủ bề mặt răng khôn thường gây ra ứ đọng thức ăn,là nguyên nhân gây viêm quanh thân răng và các biến chứng khác. Nếu răngkhông có chỉ định nhổ thì phải cắt bỏ phần nếp niêm mạc trùm để bộc lộ thân răng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Nếp niêm mạc trùm phủ một phần hoặc toàn phần thân răng mà răng

không có chỉ định nhổ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Nếp niêm mạc trùm đang trong giai đoạn viêm cấp tính.

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính ở nơi khác trong khoang miệng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

- Ghế máy nha khoa.

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

- Thuốc tê.

- Dao điện hoặc máy đốt laser.

- Thuốc sát khuẩn.

- Dung dịch bơm rửa.

- Xi- măng phẫu thuật.

- Vật liệu cầm máu.

- Bông gạc vô khuẩn.

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

Chụp phim X-quang để xác định răng không có chỉ định nhổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Bơm rửa sạch túi quanh thân răng.

- Sát khuẩn.

- Gây tê tại chỗ

- Cắt bỏ vạt quanh thân răng:

+ Dùng dao, kéo hoặc dao điện cắt bỏ phần nếp niêm mạc trùm phủ trên

bề mặt và vạt quanh thân răng, đặc biệt phía xa để bộc lộ thân răng.

+ Kiểm soát bề mặt và quanh thân răng.

- Đặt xi-măng phẫu thuật.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.

- Chảy máu: cầm máu

**PHẪU THUẬT CẮT PHANH LƯỠI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật cắt phanh lưỡi là kỹ thuật cắt và sửa chữa phanh lưỡi bám bấtthường gây cản trở vận động của lưỡi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Phanh lưỡi bám sai vị trí cản trở vận động của lưỡi

- Phanh lưỡi bám sai vị trí cản trở điều trị nắn chỉnh răng.

- Phanh lưỡi bám sai vị trí cản trở đeo hàm tháo lắp.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Ngừời thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1. Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

2.2. Thuốc

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

- Dung dịch bơm rửa.

- Vật liệu cầm máu.

- Bông, gạc vô khuẩn.

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và phanh lưỡi cần phẫu thuật.**

**4. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn

- Gây tê tại chỗ

- Rạch và cắt phanh lưỡi:

+ Người phụ nâng lưỡi lên làm căng phanh lưỡi sao cho bờ trước phanh lưỡi

thẳng góc với trục của lưỡi.

+ Phẫu thuật viên dùng dao cắt ngang qua phanh lưỡi .

- Kiểm soát và điều chỉnh niêm mạc của phanh lưỡi sao cho đủ để lưỡi vận động

bình thường.

- Khâu phục hồi.

Lưu ý : Trong một số trường hợp khó, cần gây mê để cắt phanh lưỡi theo đường

rạch hình chữ Z để tăng tối đa khả năng vận động của lưỡi.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật:**

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.

- Chảy máu: cầm máu

**DẪN LƯU MÁU TỤ VÙNG MIỆNG – HÀM MẶT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị tụ máu vùng miệng-hàm mặt do chấn thương bằngrạch dẫn lưu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tụ máu vùng miệng-hàm mặt

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

-Bác sỹ Răng hàm mặt.

-Trợ thủ.

**2. Phương tiện và dụng cụ**

2.1 Dụng cụ: Bộ phẫu thuật phần mềm.

2.2. Thuốc và phương tiện:

- Thuốc tê

- Dao mổ.

- Dẫn lưu.

- Băng, gạc vô trùng…

**3. Người bệnh**

Người bệnh và/hoặc người giám hộ được giải thích và đồng ý điều trị

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra đối chiếu hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.**

**3. Các bước thực hiện quy trình**

- Xác định khu vực tụ máu.

- Xác định kích thước khối máu tụ.

- Thiết kế đường rạch dẫn lưu.

- Dùng dao rạch da/niêm mạc theo đường đã thiết kế.

- Dùng pince,qua đường rạch,tách bóc mở rộng đường vào ổ máu tụ.

- Hút hết máu tụ hoặc dùng dụng cụ thích hợp ép để máu tụ chảy ra hết.

- Bơm rửa ổ máu tụ bằng nước muối sinh lý.

- Đặt dẫn lưu và giữ khoảng 48 giờ.

- Băng ép bằng băng và gạc vô trùng.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong phẫu thuật**

Chảy máu: Cầm máu.

**2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu: Cầm máu.

- Nhiễm trùng: Điều trị kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết thương tại chỗ

**SƠ CỨU GÃY XƯƠNG VÙNG HÀM MẶT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị sơ cứu trong cấp cứu gãy xương vùng Hàm mặt do chấn

thương nhằm khai thông đường hô hấp, hạn chế chảy máu, choáng…để cứu sống người bệnh và chuyển đến các cơ sở điều trị tiếp theo.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy xương vùng hàm mặt

**III . CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện và dụng cụ**

2.1. Phương tiện và dụng cụ:

- Bộ tiểu phẫu

- Kéo cắt chỉ thép.

- Kìm cặp kim…

2.1. Thuốc và vật liệu:

- Thuốc tê.

- Chỉ thép.

- Băng và gạc vô trùng…

- Kim chỉ khâu…

**3. Người bệnh**

Người bệnh và/hoặc người giám hộ được giải thích và đồng ý điều trị.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.Kiểm tra hồ sơ,bệnh án.**

2.Kiểm tra người bệnh:

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Các bước thực hiện quy trình**.

3.1 Sơ cứu khai thông đường thở

-Cho người bệnh nằm nghiêng đầu.

-Hút hoặc lấy hết máu và dịch tiết trong miệng.

- Kéo lưỡi và cố định lưỡi nếu cần….

3.2 Sơ cứu chảy máu.

- Băng ép.

- Kẹp cầm máu- khâu cầm máu

3.3 Cố định tạm thời xương gãy.

- Sát khuẩn.

-Tiêm tê vùng xương gãy.

-Dùng tay hoặc dụng cụ thích hợp nắn chỉnh hai đầu xương gãy về vị trí

- Liên kết cố định hai đầu xương gãy bằng các nút chỉ thép buộc vòng

quanh các răng hai bên đường gãy.

-Băng cằm đỉnh cố định tạm thời hai hàm.

-Theo dõi các dấu hiệu sống của người bệnh.

-Khi ổn định chuyển người bệnh đi điều trị chuyên khoa.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Chảy máu: Cầm máu.

**ĐIỀU TRỊ SƠ CỨU VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị cấp cứu ban đầu các loại vết thương phần mềmvùng hàm mặt do nhiều nguyên nhân khác nhau.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Vết thương phần mềm vùng hàm mặt

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt.

- Trợ thủ.

**2. Phương tiện**

2.1. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê

- Kim, chỉ khâu các loại.

- Bông, băng, gạc vô trùng…

**3. Người bệnh**

Người bệnh và/ hoặc người giám hộ được giải thích và đồng ý điều trị

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh:** Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

3.1 Sát khuẩn

3.2 Vô cảm: Gây tê tại chỗ

3.3 Các bước kỹ thuật:

- Làm sạch vết thương: Dùng nước muối sinh lý làm sạch vết thương.

- Cắt lọc vết thương: Dùng dụng cụ thích hợp cắt lọc sơ bộ vết thương nếu có

thể.

- Cầm máu.

Cầm máu sơ bộ bằng phương tiện, dụng cụ đơn giản, thích hợp:

+ Băng ép.

+ Kẹp cầm máu.

+ Khâu cầm máu….

- Băng vết thương.

- Chuyển người bệnhđến cơ sở điều trị chuyên khoa.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Chảy máu: Cầm máu.

**Phần2:Tai Mũi Họng**

**LẤY DỊ VẬT TAI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**  
Dị vật tại thường có 2 loại:  
- Dị vật hạt: Trẻ em nghịch hay nhét vào tai hạt cườm, đậu, ngô, ngườilớn cóthể là hạt chanh, hạt thóc.  
- Dị vật sống: gián đất, kiến, ve chui vào tai gây đau và khó chịu.  
Ngoài ra có thể gặp những dị vật vô cơ hoặc hữu cơ khác.  
**II. CHỈ ĐỊNH**  
Khi dị vật rơi vào tai thì phải lấy ra.  
**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**  
Không có.  
**IV. CHUẨN BỊ**  
**1. Người thực hiện**  
Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.  
**2. Phương tiện**- Bộ dụng cụ lấy dị vật.  
- Nước ấm (khoảng 37 - 38°C).  
**3. Người bệnh và hồ sơ bệnh án**Làm các xét nghiệm cơ bản để gây mê nếu ở trẻ em, dị vật khó lấy. Trẻ  
nhỏ được bế giữ cẩn thận.  
**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**  
**1. Dị vật hạt**- Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc tại.  
- Dị vật khó lấy:  
+ Trẻ em có thể phải gây mê toàn thân.  
+ Soi tai kỹ để đánh giá vị trí của dị vật.  
+ Dùng nước ấm 37°C bơm vào thành trên của ống tai ngoài dưới áp lực,áp lực áp lực nước sẽ đẩy dị vật ra ngoài.

+ Nếu bơm không ra thì dùng dụng cụ để lấy dị vật ra.  
+ Trong trường hợp dị vật lớn, ống tai sưng nề có thể rạch sau tai rồi bố  
đối ống tai ra lấy dị vật.  
**2. Dị vật sống**- Phải làm chết dị vật rồi mới lấy ra.  
- Người bệnh nằm nghiêng, tại có dị vật hướng lên trên, nhỏ vào tai mấy  
giọt dung dịch chloramphenicol 0,4% hoặc dầu gomenol. Đợi 10 phút cho con  
trùng chết đi rồi lấy bằng bơm nước hoặc kìm gắp.  
**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

- Nếu viêm tấy ống tai phải dùng kháng sinh toàn thân, thuốc chống phù nề.  
- Nếu làm xây sát, chảy máu: phải đặt bấc thấm dầu + kháng sinh.  
- Thuốc giảm đau cho người bệnh.  
- Nếu bị rách màng nhĩ: làm thuốc điều trị ổn định sau đó vá màng nhĩ.  
**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**- Rách ống tai ngoài gây chảy máu và viêm tấy ống tai ngoài.  
- Dị vật sát màng nhĩ: có thể làm rách màng nhĩ, khi lấy dị vật phải hếtsức nhẹ nhàng, không thô bạo.

**PHẪU THUẬT LẤY ĐƯỜNG RÒ LUÂN NHĨ**

**I.ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật nhằm lấy bỏ toàn bộ đường rò luân nhĩ bẩm sinh, lỗ rò thường nằm ở vùng trước tai, ống rò chạy vào trong và kết thúc bằng túi sát vùng sụn gờ luân nhỉ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các loại rò bẩm sinh vùng tai.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Chống chỉ định tương đối

- Đường rõ bẩm sinh đang viêm tấy, áp xe, nên chích rạch dẫn lưu mủ, khi ổn định sẽ phẫu thuật lấy đường rò.

- Các chống chỉ định phẫu thuật nói chung.

**IV.CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng.

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ tiểu phẫu thêm 1 que thăm dò đầu tù, 1 kìm cặp kim và kim khâu, 1 kim đầu tù.

Thuốc lidocain 2%

**3. Người bệnh**

Làm các xét nghiệm cơ bản và hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo quy định chung.

**V**.**CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.**

**1. Tư thế người bệnh**

Nằm trên bàn mổ, đầu nghiêng về bên đối diện

**2. Vô cảm**

Gây mê hoặc gây tê tại chổ. Dùng que thăm dò xác định hướng đường rò, bơm xanhmethylen vào đường rò không bơm tùy theo khả năng của phẫu thuật viên.

**3. Kỹ thuật**

- Rạch da hình quả trám dọc ôm lấy miệng lỗ rò, bóc tách đường rò theo chỉ thị màu xanh methylen, lấy toàn bộ đường rò.

- Khâu vết mổ và chỉnh hình sẹo xấu nếu có.

- Băng kín vết mổ bàng gặc vô trùng

**VI**.**THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**

- Thay băng 2 ngày 1 lần

- Dùng kháng sinh 5-7 ngày

**VII**. **TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ.**

- Trong phẫu thuật: không có tai biến đáng kể

- Sau phẫu thuật: có thể viêm tấy bục đường khâu.

- Viêm sụn vành tai.

Nếu lấy không hết chân đường rò thì có khả năng tái phát và viêm nhiễm,phải phẫu thuật lại để lấy hết chân đường rò.

**LẤY DỊ VẬT MŨI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**Dị vật mũi rất đa dạng:  
- Trẻ em nghịch nhét vào mũi; giấy, nút cao su, nhựa, khuy áo, hạt cườm,đoạndây nhựa, dây thép, các hạt hữu cơ.  
- Ở người lớn: khi làm thủ thuật bỏ sót những mảnh bông, mảnh gác,trong chiến tranh có thể có mảnh đạn, bom. Trường hợp bệnh lý có sỏi ở mũi.  
**II. CHỈ ĐỊNH**  
Khi có dị vật ở trong mũi phải lấy ra.  
**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**Không có.  
**IV. CHUẨN BỊ**  
**1. Người thực hiện**Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.  
**2. Phương tiện**- Bộ khám mũi và lấy dị vật.  
- Bông, bấc để có thể phải nhét bấc hoặc mercel.  
- Thuốc co mạch, thuốc tê tại chỗ.  
- Máy hút.  
**3. Người bệnh**Người bệnh hoặc bố mẹ trẻ được giải thích kỹ.  
**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH  
1. Tư thế người bệnh**Người lớn: ngồi trên ghế.  
Trẻ em: phải có người lớn bế ngồi trên ghế.  
**2. Vô cảm**Trẻ nhỏ không phối hợp được với thầy thuốc để tiến hành thủ thuật thì cóthể gây mê ngắn.

**3. Kỹ thuật**  
- Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng mốc kéo từ sau ra trước.  
- Dị vật để lâu, khó lấy:  
+ Cố định dầu người bệnh cẩn thận.  
+ Hút sạch mũi, mủ, chất xuất tiết ở hốc mũi.  
+ Đặt vào mũi bác có thẩm thuốc co mạch làm cho hốc mũi rộng ra.  
+ Giỏ 1-2 giọt thuốc tê niêm mạc (xylocain 3%) làm tê tại chỗ.  
+ Banh mũi, dùng móc luồn ra phía sau của dị vật rồi kéo dị vật từ từra ngoài.  
+ Trong trường hợp khó khăn hoặc dị vật để lâu quá calci hoá, cần phảigây mêrồi lấy dị vật qua nội soi hoặc kính hiển vi.  
**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**Chảy máu: tuỳ theo mức độ nặng nhẹ mà quyết định nhét bấc mũi trướchay không.  
Sau khi lấy dị vật xong, nhỏ mũi bằng Argyrol 1-3% để sát khuẩn, ngày2 lần, trong 3 ngày.Nếu phải phẫu thuật: chăm sóc như một ca phẫu thuật mũi.  
**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**  
Làm xây xát niêm mạc gây chảy máu mũi: cầm máu.  
Trẻ em sợ có thể gây choáng ngất do đau: chống choáng, giảm đau tốt.

**NHÉT BẤC MŨI TRƯỚC**

**I. ĐỊNH NGHĨA**  
Dùng bấc (mèche) nhét chèn chặt vào hốc mũi qua cửa mũi trước  
**II. CHỈ ĐỊNH**  
Các trường hợp chảy máu mũi trước (người bệnh ngồi, máu chảy chủ yếu qua cửa mũi trước, không cầm được bằng những biện pháp đơn giản.  
**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**Không có.  
**IV. CHUẨN BỊ**  
**1. Người thực hiện**  
- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.  
- Điều dưỡng hỗ trợ.  
**2. Phương tiện**  
- Bộ dụng cụ cầm máu mũi.  
- Nguồn sáng (đèn Clar).  
- Máy hút.  
- Bấc gấp bằng gạc hoặc loại được sản xuất đặc biệt chuyên dùng hoặcmerocel.  
- Thuốc: tệ niêm mạc tại chỗ, mỡ kháng sinh, mỡ cầm máu, dầu paraphin,  
dầu gômênôn.  
**3. Người bệnh**  
- Được giải thích kỹ về thủ thuật.  
- Được kiểm tra mạch, huyết áp.  
**4. Hồ sơ bệnh án**- Theo quy định, khai thác bệnh án chuyên khoa Tai Mũi Họng.  
- Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, máu chảy, máu đông, yếu tố đông máu, HIV.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**  
**1. Về cảm**  
Xịt hoặc đặt thuốc tệ niêm mạc tại chỗ.  
**2. Tư thế**  
Người bệnh nằm, dầu hơi ngửa ra sau.  
**3. Kỹ thuật**  
- Hút máu đồng trong mũi, xác định hốc mũi chảy máu,  
- Dùng kẹp khuỷu hoặc bay nhẹ nhàng nhét bấc tẩm dầu hoặc mở vào hốc mũi theo hình còn xếp từ sau ra trước, chú ý làm công và nhét chặt ngay từdầu cho đến khi dầy. Nếu dùng merocel đẩy mercel dọc sàn mũi từ trước rasau cho đến cửa mũi sau, sau đó bơm Betadin pha loãng làm trương to miếngmerocel.  
- Đè lưỡi kiểm tra xem còn máu chảy xuống họng không.  
**VỊ. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**  
**1. Theo dõi**- Chảy máu tái diễn, mạch, huyết áp, choáng.  
- Kháng sinh toàn thân chống nhiễm khuẩn.  
- Giảm đau, cầm máu, chống phù nề  
- Rút bấc tối da sau 48 giờ.  
**2. Xử trí**- Choáng do đau và quá sợ hãi: giải thích kỹ càng cho người bệnh trướckhi tiến hành thủ thuật, dùng thuốc an thần, trợ tim mạch.  
- Tuột bấc xuống họng do không làm võng hoặc nhét không chặt: nhét lạibấc,chú ý làm võng và nhét chặt ngay từ đầu.  
- Sau khi nhét, máu vẫn chảy: kiểm tra hốc mũi bên kia xem có chảymáu không, kiểm tra lại xem nhét bấc có đúng kỹ thuật không. Có thể kèm theochảy máu mũi sau phải nhét bạc mũi sau.

**NHÉT BẤC MŨI SAU**

**I. ĐỊNH NGHĨA**  
Dùng bấc (đã cuộn lại) chèn chặt vào cửa mũi sau qua đường miệng.  
**II. CHỈ ĐỊNH**  
Các trường hợp chảy máu mũi sau (người bệnh ngồi, máu chảy chủ yếuxuống họng).  
**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**  
Không có.  
**IV. CHUẨN BỊ**  
**1. Người thực hiện**  
Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.  
**2. Phương tiện**Bộ dụng cụ cầm máu mũi có thêm một sonde Nelaton cỡ nhỏ.  
- Nguồn sáng (đèn Clar).  
- Máy hút.  
- Cuộn gạc chặt, kích thước 2 cm đường kính, chiều ngang 3 - 3,5 cm, cóbuộc chỉ ở giữa với 3 đầu dây; tốt nhất nên dùng chỉ lanh to, bấc mũi hoặc  
merocel.  
- Thuốc: tê niêm mạc, mỡ kháng sinh, mỡ cầm máu, dầu paraphin,gomenol.  
**3. Người bệnh**  
- Được giải thích kỹ cho người bệnh về thủ thuật.  
- Kiểm tra mạch, huyết áp.  
**4. Hồ sơ bệnh án**  
- Bệnh án chuyên khoa Tai Mũi Họng.  
- Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, máu chảy, máu đông, yếu tố đôngmáu,HIV.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH  
1. Vô cảm**Xịt tế hoặc đặt tê tại chỗ,  
**2. Tư thế**  
Người bệnh năm, đầu hơi ngửa ra sau,  
3. Kỹ thuật  
- Hút máu đông ở hai bên hốc mũi: xác định hốc mũi chảy máu.  
- Luồn sonde Nelaton từ cửa mũi trước (bên chảy máu) qua hốc mũi xuống họng, kéo qua mồm bằng kìm Kocher.  
- Buộc 2 trong số 4 dầu chỉ của cuộn bác đã tẩm dầu hoặc mỡ vào đầuống sonde,  
- Kéo trở lại ngược ống sonde ra cửa mũi trước, đồng thời dùng ngón trỏ phải dây cuộn bấc lên vùng họng mũi chèn chặt vào vùng cửa mũi sau.  
- Nhét bấc mũi trước bên chảy máu (hoặc merocel).  
- Cố định cuộn bấc bằng cách buộc hai đầu chỉ vào một nút gạc ở cửa mũi trước.  
- Cố định đầu chỉ còn lại ở miệng vào má bằng băng dính.  
- Kiểm tra họng xem còn chảy máu không.  
**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**  
**1. Theo dõi**- Mạch, huyết áp, choáng.  
- Kháng sinh toàn thân chống nhiễm khuẩn.  
- Giảm đau cầm máu, chống phù nề, thuốc cầm máu.  
- Rút bấc sau 48 giờ.  
**2. Xử trí**  
- Choáng do đau và quá sợ hãi: giải thích kỹ cho người bệnh, dùng thuốc an thần, trợ tim.  
- Sau khi nhét, máu vẫn chảy: có thể vì cuộn bác quá nhỏ hoặc nhét không chặt: phải nhét lại.

**CẦM MÁU MŨI BẰNG MEROCEL**

**I. ĐẠI CƯƠNG / ĐỊNH NGHĨA**  
Là thủ thuật đặt merocel vào hốc mũi nhằm cầm máu mũi.  
**II. CHỈ ĐỊNH**  
Chảy máu mũi lần đầu, chảy máu mũi trong trường hợp chưa có chỉ định nội soicầm máu mũi.  
**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**  
Người bệnh đang cao huyết áp, phải điều trị hạ huyết áp trước, nếu khôngtự cầmmáu mới cầm máu mũi bằng merocel.  
**IV. CHUẨN BỊ**  
**1. Người thực hiện**  
- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.  
- Điều dưỡng chuyên khoa trợ giúp.  
**2. Phương tiện**  
- Bộ dụng cụ khám tai mũi họng thông thường (nội soi nếu có).  
- Merocel tùy theo nhét 1 hay 2 bên mũi: 01 hoặc 02 miếng.  
- Xylanh 05 ml: 01 cái dùng 1 lần.  
- Nước muối sinh lý: 01 chai.  
- Bình phun thuốc tế tại chỗ.  
- Ống hút, máy hút.  
**3. Người bệnh**  
- Được hỏi bệnh, thăm khám toàn thân, nhằm phát hiện các bệnh toànthân lànguyên nhân gây chảy máu mũi để tiếp tục điều trị sau khi cầm máu.  
- Được thăm khám tai, mũi, họng để tìm điểm chảy máu và tình trạngchảy máu.  
- Được giải thích về thủ thuật  
**4. Hồ sơ bệnh án**  
Theo qui định mẫu của Bộ Y tế.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**  
**1. Người thực hiện**Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi họng.  
**2. Kiểm tra người bệnh**  
Thăm khám toàn thân và tại chỗ, đánh giá số lượng máu chảy và mức độ  
mất máu.  
**3. Thực hiện kỹ thuật**3.1. Vô cảm  
Gây tê tại chỗ.  
3.2. Tư thế người bệnh  
Người bệnh ngồi hoặc nằm ngửa tại giường.  
3.3. Kỹ thuật  
- Thăm khám, hút sạch máu mũi, đánh giá sơ bộ vị trí chảy máu.  
- Dùng merocel đặt vào hốc mũi, hướng tới vị trí chảy máu đánh giá qua thăm khám.  
- Bơm nước muối sinh lý để làm phồng merocel.  
- Kiểm tra cửa mũi trước và thành sau họng để kiểm tra chảy máu.  
**VI. THEO DÕI**  
- Cho kháng sinh, giảm viêm 5 ngày.  
- Rút merocel trong vòng 48 giờ.  
**VII, XỬ TRÍ TẠI BIẾN**Trường hợp chảy máu tái phát hay không cầm máu được bằng merocel cần được nội soi kiểm tra, cầm máu mũi.

**NAO V.A**

**I. ĐẠI CƯƠNG**  
Nạo V.A là lấy bỏ toàn bộ tổ chức V.A và amidan vòi mà không làm tổn thương thành của vòm mũi họng.  
**II. CHỈ ĐỊNH**  
- V.A quá phát gây cản trở đường thở.  
- V.A hay bị viêm tái đi tái lại.  
- V.A gây viêm kế cận.  
- Về tuổi: không có giới hạn nhưng thường chỉ định nào cho trẻ khoảng trên 1 tuổi.  
**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**  
- Các bệnh về máu.  
- Đang có viêm nhiễm cấp tính.  
- Lao sợ nhiễm.  
- Trẻ hở hàm ếch.  
- Đang ở vùng có dịch lây qua đường hô hấp.  
**IV. CHUẨN BỊ  
1. Người thực hiện**  
Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.  
**2. Phương tiện**- Bộ thìa nạo V.A Moure.  
- Hoặc dụng cụ nạo La Force.  
- Dụng cụ cầm máu: kẹp, bông cầu...  
**3. Người bệnh**  
- Nhịn ăn uống ít nhất 3 giờ trước nạo.  
- Lấy mạch, nhiệt độ, nghe tim phổi.  
- Người bệnh được quấn khăn, có người bế và giữ đầu.  
**4. Hồ sơ bệnh án**Xét nghiệm cơ bản về máu: thời gian máu chảy, máu đông.  
Chiếu (chụp) tim phổi (nếu có điều kiện),  
**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**- Nạo V.A vòm bằng thìa nạo Moure có rổ.  
- Nạo V.A vòi bằng thìa Moure khôngrố.  
- Cầm máu: dùng kẹp Kocher dài kẹp chặt quả bông cầu tẩm oxy già ấnsát lêntrần vòm trong 1 2 phút. Nếu dùng dụng cụ La Force thì chỉ cần nạo một lần và dùng ngay rổ của dụng cụ tì ép vào nóc vòm để cầm máu.  
**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC**- Theo dõi chảy máu tối thiểu trong 1 giờ đầu, sau 1-2 giờ mới cho ăn.  
- Theo dõi các tai biến khác.  
- Khám lại sau một ngày.  
**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ  
1. Chảy máu**  
- Nạo chưa hết: nạo lại.  
- Tổn thương thành sau họng: cầm máu kỹ bằng bông cầu, dùng kháng sinh và theo dõi.  
- Chảy máu muộn sau vài ngày: kháng sinh, thuốc cầm máu.  
**2. Dị vật đường thở**  
- Do mảnh V.A hoặc cục máu đông rơi vào đường thở: lấy dị vật, chokháng sinh, theo dõi.  
- Do tuột cục bông cầu vào họng: nhanh chóng dùng ngón tay trỏ móc cục bông lên miệng rồi gắp ra.  
**3. Ngừng thở**  
Thường do trẻ quá sợ hãi hoặc thao tác quá thô bạo: kích thích cho trẻ thở lại, thở oxy, nằm nghỉ.  
**4. Nhiễm khuẩn**Nhỏ mũi, dùng kháng sinh sau nạo.

**LẤY DỊ VẬT HẠ HỌNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**  
Là thủ thuật lấy bỏ dị vật ra khỏi hạ họng.  
**II. CHỈ ĐỊNH**Các trường hợp dị vật được mắc lại trong hạ họng.  
**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**  
- Không có chống chỉ định đặc biệt nào.  
- Trường hợp soi bằng ống soi thanh quản hoặc ống soi thực quản cứng,chống chỉ định những trường hợp có bệnh lí cột sống cổ hoặc há miệng hạn chế.  
- Cần lưu ý hỏi kỹ tiền sử dị ứng trước khi vô cảm.  
**IV. CHUẨN BỊ**  
**1. Người thực hiện**  
- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.  
- Điều dưỡng chuyên khoa trợ giúp.  
- Bác sĩ gây mê hồi sức nếu người bệnh gây mê.  
**2. Phương tiện**- Bộ dụng cụ khám tai, mũi, họng thông thường, có gương soi thanh quản.  
- Bộ khám nội soi có que dẫn sáng (optique) 70 hoặc 90 (nếu có).  
- Bộ soi thanh quản (hoặc bộ soi thực quản ống cứng 20 cm) kèm ống hút.  
- Kìm Frankel hoặc kẹp phẫu tích gắp dị vật hạ họng.  
**3. Người bệnh**  
Được thăm khám và giải thích về qui trình và các tai biến của thủ thuật,kí giấy cam đoan.  
**4. Hồ sơ bệnh án**  
- Các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thuật (trong trường hợp cần gây mê).  
- Chụp X-quang (CT-scanner nếu cần) để xác định vị trí kích thước dị vật nhất làtrong các trường hợp dị vật cắm sâu trong thành hạ họng. Làm bệnh án theo mẫu (trong trường hợp cần gây mê).  
**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**  
**1. Kiểm tra hồ sơ**  
Kiểm tra các bước thăm khám, kết quả xét nghiệm cơ bản, X-quang nếu có.  
**2. Kiểm tra người bệnh**Hỏi tiền sử dị ứng và các bệnh toàn thân khác (tim mạch, thận).  
**3. Thực hiện kỹ thuật**3.1. Vô cảm  
Gây tê, tiền mê hoặc gây mê nội khí quản.  
3.2. Tư thế người bệnh  
Người bệnh ngồi theo tư thế khám nội soi hoặc nằm ngửa, kê gối dưới  
vai (trong trường hợp soi trực tiếp bằng ống soi thanh quản hoặc ống soi  
thực quản).  
3.3. Kỹ thuật  
3.3.1. Soi gắp dị vật hạ họng bằng kìm Frankael  
Người bệnh ngồi.  
Gây tê hạ họng bằng thuốc tê tại chỗ.  
Soi tìm dị vật bằng gương soi thanh quản gián tiếp hoặc nội soi.  
Gắp dị vật bằng kìm Frankael.  
3.3.2. Soi gắp bằng ống soi thanh quản hoặc ống soi thực quản cứng  
- Người bệnh nằm ngửa kê gối dưới vai.  
- Gây tê, tiền mê hoặc gây mê.  
- Soi tìm dị vật bằng ống soi hạ họng.  
- Gắp dị vật bằng kim gắp dị vật hạ họng.  
**VI. THEO DÕI**  
- Cho kháng sinh, giảm viêm 5 ngày.  
- Theo dõi tình trạng tràn khí, nhiễm trùng vùng cổ.

**VII. XỬ TRÍ TẠI BIẾN**- Nhiễm trùng vùng cổ, điều trị kháng sinh, mở cạnh có nếu cần  
- Điều trị tràn khí nếu có,  
- Dị vật xuyên thủng thành hạ họng, đi ra vùng cổ cần được chụp phim,đánh giá vị trí và mở cạnh cổ để lấy dị vật theo chỉ định.

**PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN GÂY MÊ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**  
Cắt amidan là một phẫu thuật thường gặp trong lĩnh vực Tai Mũi Họng.  
Mục đích của phẫu thuật là lấy toàn bộ hai khối amidan bị bệnh không còn chứcnăng sinh lý ra khỏi họng miệng. Để lấy hết tổ chức amidan, tránh bỏ sót, cầm máu kỹ, giảm tối đa đau đớn và tâm lý sợ hãi, đặc biệt là trẻ em trong suốt quáitrình phẫu thuật thì phương pháp gây mê nội khí quản là sự lựa chọn trongphẫu thuật cắt amidan hiện nay.

**II. CHỈ ĐỊNH**  
- Có nhiều đợt viêm cấp 5 đợt 1 năm, trong 2 năm liền.  
- Amidan quá to ảnh hưởng tới chức năng thở, ăn, phát âm.  
- Amidan viêm mạn tiềm tàng, đã có biến chứng tại chỗ, gần và xa.  
**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**  
1. Tạm thời  
- Đang viêm cấp, nhiễm khuẩn cục bộ hay toàn thân.  
- Đang có bệnh mạn tính, chưa ổn định.  
- Đang có dịch ở địa phương.  
- Phụ nữ đang thời gian có thai, có kinh nguyệt.  
2. Tuyệt đối  
Trong các bệnh tim mạch, rối loạn về máu, suy giảm miễn dịch toàn thân,  
đái đường, Basedow... hen, lao đang tiến triển.  
**IV. CHUẨN BỊ  
1. Người thực hiện**Các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng từ chuyên khoa định hướng trở lên  
được đào tạo về cắt amidan gây mê.  
**2. Phương tiện**  
Bộ dụng cụ phẫu thuật cắt amidan bằng thòng lọng (Anse) như banh  
miệng, spatule bóc tách, kẹp cầm máu, que vén trụ, thòng lọng, ống hút, kim chỉ. Dao điện monopolar hay bipolar (nếu cắt amidan bằng dao diện). Ngoài ra,các phương pháp cắt amidan hiện đại khác được ứng dụng trên thế giới cũng đã áp dụng ở một số bệnh viện lớn ở Việt Nam như dao siêu âm, Microderider, Coblation, Laser.  
**3. Người bệnh**Phai dược khám tổng quan và khám họng, làm xét nghiệm đầy đủ:  
+ Công thức máu, thời gian máu chảy, máu đông, chức năng động máu toàn phần, test HIV.  
+ Chức năng gan, thận.  
+ Chụp X quang phổi.  
Bác sĩ gây mê khám người bệnh trước mổ. Trong trường hợp người bệnhcó những bệnh lý nặng ảnh hưởng đến phẫu thuật như tim mạch, gan, thận thìphảihội chẩn với các bác sĩ chuyên khoa về khả năng phẫu thuật.  
Giải thích cho người bệnh về cách thức tiến hành phẫu thuật, các tại  
biến có thể xảy ra trong quá trình phẫu thuật và cách tự chăm sóc hậu phẫu.  
**4. Hồ sơ bệnh án**Hoàn thành hồ sơ bệnh án theo như quy định chung của Bộ Y tế.  
**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**  
**1. Kiểm tra hồ sơ  
2. Kiểm tra người bệnh  
3. Vô cảm**Phẫu thuật có thể thực hiện dưới gây tê, chậm tệ và gây mê nội khí quản,trong quy trình phẫu thuật này chỉ giới thiệu cắt amidan bóc tách bằng thònglọng (Anse) dưới gây mê.  
**4. Tư thế**  
- Người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai để cổ ngửa ra.  
- Phẫu thuật viên chính ngồi hoặc đứng về phía trên đầu người bệnh,  
người phụ đứng đối diện với phía cắt Amidan để thuận tiện quan sát để phụ mổ.  
**5. Kỹ thuật**  
- Sát trùng rộng rãi vùng mũi, môi, miệng, có thể đổ dung dịch Betadin phaloãng vào họng rồi hút ra.

- Tùy theo phương pháp cắt amidan nào mà sử dụng phương tiện khác nhau, bóc tách thì dùng bay (spatule), động điện thì dùng monopolar, bipolarhay tùy các phương tiện hiện đại như dao siêu âm, dao cắt hút (Micro debrider),Coblation, Laser.  
- Nhưng cần lưu ý ống nội khí quản gây mê đặt ở giữa có thể trở ngại cho phẫu thuật, nên thông báo cho bác sĩ gây mê thay đổi đặt bên phải để cắtamidan trái, đặt bên trái để cắt amidan phải.  
- Bóc tách đúng bình diện amidan mới không sót và ít chảy máu, không để lại cuống amidan quá dài dễ tái phát nhưng cũng không để quá ngắn khó buộc cầm máu. Cầm máu bằng bông cầu tẩm oxy già (H2O) 12 đơn vị thể tích.  
Trường hợp có chảy máu thì cặp buộc, đốt muối nitrat bạc 5-10%, đặt cục gạcvào hố amidan khâu trụ tạm thời 24 giờ, đốt điện thậm chí có thể thắt động mạch cảnh ngoài tùy theo mức độ chảy và các phương pháp cầm máu trên bị thất bại.  
**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT**  
- Cần theo dõi chảy máu sớm trong 24 giờ và chảy máu muộn do bong vảy ngày thứ 5 - 7 sau cắt amidan.  
- Trong 2 ngày đầu người bệnh phải uống sữa, 3 ngày tiếp theo ăn cháo loãng, từngày thứ 7 trở đi có thể ăn cơm nhão, sau ngày thứ 10 có thể ăn uống bình thường. Nhìn chung, thời gian hậu phẫu cần tránh thức ăn, nước uống có chua, cay, mặn, nóng và cứng.  
- Trong trường hợp có chảy máu sau cắt amidan thì nhanh chóng đến cơsở y tế có chuyên khoa để kiểm tra và can thiệp kịp thời.  
**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**Chảy máu có thể xảy ra trong quá trình cắt và sau khi cắt. Xử trí là cầmmáu hố amidan bằng ép bông cầu có tẩm oxy già, cặp buộc chỗ chảy hay đặt gạc khâu trụ, thắt động mạch cảnh ngoài nếu chảy máu nhiều và khó cầm. Ngoàira, cần cảnh giác một số biến chứng khác hiếm gặp như sốt, tắc nghẽn đường thở và phù phổi, chấn thương vùng họng do phẫu thuật, dị ứng thuốc vô cảm muộn.

**Phần 3: Mắt**

**KHÂU DA MI ĐƠN GIẢN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Khâu vết thương mi là một phẫu thuật cấp cứu để phục hồi chức năng và giải phẫu của mi mắt. Vết thương mi xử lý sớm sẽ làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn và tạo điều kiện tốt cho quá trình làm sẹo vết thương.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Vết thương mi gây chảy máu và có nguy cơ gây biến dạng mi.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh có kèm đa chấn thương hoặc chấn thương toàn thân có khả năng ảnh hưởng đến tính mạng cần được ưu tiên cho cấp cứu toàn thân trước khi xử lý vết thương mi.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

**2. Phương tiện**

- Hiển vi phẫu thuật và bộ dụng cụ vi phẫu.

- Bộ dụng cụ trung phẫu, các loại chỉ tiêu, chỉ không tiêu (thường dùng 6-0 nilon, 5-0 vicryl, 6-0 vicryl).

**3. Người bệnh**

- Khám mắt toàn diện: theo mẫu chung.

- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

3.1. Vô cảm

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê

3.2. Kỹ thuật

Kiểm tra tổn thương, dùng kẹp phẫu tích gắp hết dị vật trong vết thương nếu có, cắt lọc các tổ chức hoại tử.

Các dị vật nhỏ, ở sâu có thể rửa sạch bằng nước muối sinh lý hoặc nước oxy già.

Kiểm kê, đánh giá mức độ tổn thương tại mi mắt.

Nguyên tắc khâu phục hồi vết thương mi:

Trường hợp đứt dây chằng mi trong phải khâu phục hồi trước tiên bằng chỉ 6-0 không tiêu.

Trường hợp vết thương mi không đi hết chiều dày mi: lần lượt khâu các lớp cơ vòng mi và tổ chức dưới da bằng chỉ tiêu 6-0 hoặc 7-0; khâu da mi bằng chỉ 6-0 không tiêu.

Trường hợp vết thương mi đi hết chiều dày và có rách bờ tự do mi: trước tiên khâu phục hồi giải phẫu bờ mi bằng 2 mũi chỉ không tiêu: 1 mũi đi qua hàng chân lông mi, 1 mũi đi qua đường xám (tương đương với vị trí tuyến bờ mi). Sử dụng chỉ 6-0 không tiêu. Tiếp theo khâu lớp kết mạc và sụn mi bằng chỉ tiêu với đầu chỉ nằm trong chiều dày vết thương. Khâu lớp cơ vòng mi và tổ chức dưới da bằng chỉ tiêu. Sau cùng đóng lớp da bằng chỉ 6-0.

Trường hợp vết thương mi đi vào tổ chức hốc mắt: Có thể cắt lọc tổ chức mỡ hốc mắt bẩn, bám dính dị vật. Khâu phục hồi vách ngăn hốc mắt bằng chỉ tiêu, sau đó các bước xử lý tiếp theo tương tự như với vết thương mi đi hết chiều dày.

Trường hợp có tổn thương xương hốc mắt có thể lấy bỏ các mảnh xương nhỏ, sau đó khâu vết thương mi.

Kết thúc phẫu thuật: tra dung dịch betadin 5% hoặc 10%, mỡ kháng sinh, băng mắt.

Cắt chỉ da mi sau 7- 10 ngày.

**VI. THEO DÕI**

Tình trạng mi: mi khép, hở hay biến dạng.

Tình trạng nhiễm khuẩn vết thương.

Tình trạng phục hồi giải phẫu mi tốt hay xấu.

Điều trị nội khoa:

Tại chỗ: tra kháng sinh tại chỗ + corticoid (Ví dụ: maxitrol 4l/ngày).

Toàn thân: kháng sinh uống toàn thân (Ví dụ: zinnat 0,25g x 2 viên /ngày, người lớn).

Giảm phù, chống viêm (Ví dụ: amitase 10mg, 4 viên /ngày).

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Chảy máu: do cầm máu không tốt, có thể băng ép; trường hợp chảy máu nhiều có thể mở lại vết phẫu thuật, cầm máu bằng đốt điện hoặc buộc chỉ nút mạch.

Nhiễm khuẩn hoặc áp xe mi: hay gặp trên vết thương bẩn, còn sót nhiều dị vật: cần điều trị kháng sinh mạnh phối hợp. Tại vết thương có thể chích áp xe tạo đường thoát mủ ra ngoài. Trường hợp rò mủ dai dẳng có thể do nguyên nhân còn sót dị vật: cần kiểm tra lại vết thương, tìm dị vật và làm sạch lại vết thương trước khi đóng mép khâu lại.

**TRA THUỐC NHỎ MẮT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nhỏ thuốc là đưa dung dịch thuốc vào kết mạc cùng đồ dưới của mắt, từ đó thuốc thấm qua kết mạc và giác mạc để vào phần trước nhãn cầu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tất cả các bệnh về mắt khi có chỉ định dùng thuốc tra mắt.

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Điều dưỡng chuyên khoa Mắt.

**2. Phương tiện**

- Xe tiêm, thay băng.

- Hộp bông ướt hoặc tăm bông, bông gạc vô khuẩn.

- Phiếu tra thuốc, găng tay sạch, băng dính và kéo (Người bệnh đã phẫu thuật).

- Dung dịch cồn 700C hoặc dung dịch cồn rửa tay nhanh.

- Kẹp phẫu tích có mấu vô khuẩn, kẹp phẫu tích sạch, lọ cắm kẹp phẫu tích.

- Túi đựng rác thải y tế, rác thải tái chế.

- Các loại thuốc theo y lệnh.

**3. Người bệnh**

- Giải thích, hướng dẫn cho người bệnh để phối hợp với Điều dưỡng.

- Tư thế người bệnh:

+ Nằm ngửa, đặt gối phía dưới để đầu được nghỉ ngơi ở tư thế thoải mái (Trẻ nhỏ: nên đặt nằm và giữ đầu cố định).

+ Ngồi ghế: ghế tựa, yêu cầu người bệnh ngửa đầu ra sau.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

Kiểm tra phiếu tra thuốc so với bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh**

Thực hiện kiểm tra 5 đúng.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Thực hiện quy trình vô khuẩn.

- Lau rửa mắt: dùng bông ướt hay tăm bông lau dọc hai bờ mi từ góc ngoài vào góc trong sau đó lau sạch vùng da mi quanh mắt.

- Nhỏ mắt:

+ Thuốc nước:

• Yêu cầu người bệnh nhìn lên trên và ra ngoài. Một ngón tay kéo mi dưới xuống, bông đặt ở mi dưới để thấm nước mắt sau khi tra.

• Cầm lọ thuốc cách mắt khoảng 1,5 - 2cm. Nhỏ thuốc vào góc trong mắt, cùng đồ dưới, tránh chạm đầu ống thuốc vào mắt.

• Nếu tra nhiều loại thuốc mỗi loại cách nhau 5 phút

• Tra thuốc tê tại chỗ: giọt đầu tiên tra phía cùng đồ dưới, lần tiếp theo nên tra trực tiếp lên nhãn cầu.

• Trong trường hợp trẻ nhỏ hoặc người bệnh bị đau hay chảy nước mắt không thể nhìn lên trên được, điều dưỡng dùng 2 ngón tay để giữ mi trên và mi dưới rồi tra thuốc lên mắt.

+ Thuốc mỡ:

Yêu cầu người bệnh nhìn lên trên, dùng một ngón tay kéo mi dưới, đưa một lượng thuốc dọc theo cùng đồ dưới, đảm bảo phần cuối của typ thuốc không chạm vào lông mi.

***Lưu ý:***

- Không nên tra thuốc trực tiếp lên giác mạc, không để đầu lọ thuốc chạm vào mắt.

- Không được kéo mi trên trong trường hợp người bệnh tự mở được mắt

- Khi tra thuốc độc (như atropin) phải ấn giữ góc trong mắt vùng lệ quản tránh làm thuốc xuống khoang miệng.

- Thuốc đã mở nắp chỉ dùng trong thời gian dưới 15 ngày.

**V. THEO DÕI**

- Đánh giá tình trạng mắt: mi mắt, dịch xuất tiết, kết mạc, giác mạc, màu sắc da xung quanh mắt, đau nhức, đau nhức nhiều có kèm nôn.

- Nếu có dấu hiệu bất thường ghi phiếu chăm sóc, báo cho bác sĩ.

**VI. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chạm vào giác mạc gây xước giác mạc: tra thuốc kháng sinh phòng chống bội nhiễm, tăng cường dinh dưỡng mắt.

- Các biến chứng về toàn thân liên quan đến dược động học của thuốc: báo cho bác sĩ.

- Xử trí theo hướng toàn thân.

**THAY BĂNG VÔ KHUẨN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Thay băng bằng tăm bông vô khuẩn là công việc làm sạch mắt để ngăn ngừa nhiễm khuẩn cho người bệnh.

**II . CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh sau phẫu thuật mắt và có chỉ định phải băng mắt.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định thay băng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo.

**2. Phương tiện**

Dụng cụ:

- Chuẩn bị xe thay băng theo quy định.

- Bàn thay băng.

**3. Người bệnh**

- Giải thích và hướng dẫn người bệnh.

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa trên bàn thay băng.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Chuẩn bị tăm bông, băng sạch ra khay vô khuẩn.

- Dùng kẹp phẫu tích sạch hoặc bằng tay bóc băng nhẹ nhàng.

- Tra dung dịch natri clorua 0,9% vào góc trong mắt thay băng và làm ẩm đầu bông.

- Tay trái cầm tăm bông thứ nhất vành nhẹ mi dưới xuống, hướng dẫn người bệnh ngước nhìn lên, tay phải cầm tăm bông thứ 2 lau sạch mi từ ngoài vào trong. Lau lại lần nữa bằng tăm bông thứ 3. Lau vùng xung quanh mi từ trong ra ngoài bằng tăm bông thứ 4.

- Xem tình hình vết phẫu thuật, nếu có hiện tượng bất thường báo ngay cho bác sĩ điều trị.

- Tra thuốc theo y lệnh của bác sĩ.

- Đặt gạc vô trùng và băng lại (băng che, kín, hoặc băng ép tùy theo y lệnh của bác sĩ).

**VI. THEO DÕI**

Theo dõi mắt có kích thích, đau nhức hay không? quan sát dịch thấm băng mắt và toàn trạng người bệnh. Nếu thấy bất thường cần báo ngay cho bác sĩ điều trị.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

-  Không có tai biến

**RỬA CÙNG ĐỒ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

          Bơm rửa cùng đồ là kỹ thuật làm sạch túi cùng đồ kết mạc

**II. CHỈ ĐỊNH**

          - Chuẩn bị trước các phẫu thuật có can thiệp vào nội nhãn như đục thủy tinh thể, glôcôm.

          - Một số trường hợp điều trị viêm loétgiác mạc

          - Các trường hợp bỏng nhãn cầu

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

    - Dấu hiệu toàn thân chưa cho phép

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

          Bác sĩ, điều dưỡng chuyên khoa mắt đãđược đào tạo.

**2. Phương tiện**

          - Bơm tiêm, kim bơm rửa cùng đò

          - Dung dịch nước muối sinh lý 0,9%.

          - Thuốc tê dicain 1%.

          - Dung dịch kháng sinh.

**3. Người bệnh**

          Được giải thích trước về mục đích vàcác thì của thủ thuật. Nếu là trẻ em, cần giải thích cho người nhà để cùng phốihợp.

**4. Hồ sơ bệnh án**

          Theo quy định của Bộ Y tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

          - Người bệnh nằm ngửa trên bàn. Nếu làtrẻ em thì cần có người giữ cùng

          - Tra thuốc thuốc tê bề mặt 2-3 lần,mỗi lần cách nhau 1-2 phút.

          - Người làm thủ thuật đứng ở phía đầu người bệnh.

          - Lật mi trên, kéo mi dưới

          - Bơm nước rửa cùng đồ

**VI. THEO DÕI**

          - Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường báo bác sĩ để xử trí kịp thời.

          - Hướng dẫn người bệnh tra thuốc, uốngthuốc theo đơn của bác sĩ.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

          - Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toànthân.

**NẶN TUYẾN BỜ MI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nặn tuyến bờ mi là kỹ thuật nhằm làm sạch bờ mi, đẩy các chất tiết của tuyến bờ mi ra và đưa thuốc trực tiếp lên bờ mi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các trường hợp viêm bờ mi mạn tính.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Khôngcó chống chỉ định.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bácsĩ, điều dưỡng chuyên khoa Mắt.

**2. Phương tiện**

-Thuốc:

+Thuốc gây tê bề mặt kết mạc: dicain1%.

+Thuốc dùng để đánh bờ mi theo chỉ định.

-Dụng cụ:

+Kẹp Dolnberg hoặc Bilnhermin.

+Thanh đè.

+Tăm bông nhỏ.

**3. Người bệnh**

Được giải thích về phương pháp và các thì của thủ thuật.

**V. Các bước tiến hành**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

-Gây tê bề mặt bằng dicain 1%.

-Nặn tuyến bờ mi: có 2 cách làm như sau:

+Cách 1: tay trái dùng thanh đè có bôi thuốc mỡ kháng sinh đưa vào cùng đồ trên và dưới sau đó dùng ngón cái của bàn tay phải ấn mạnh lên bờ mi và ép lên thanh đè lần lượt từ ngoài vào trong để nặn tuyến bờ mi. Sau đó dùng tăm bông làm sạch hết những chất tiết bẩn ở bờ mi.

+Cách 2: tay trái kéo nhẹ mi trên lên hoặc mi dưới xuống. Tay phải cầm kẹp Bilhermin kẹp mi ở giữa đưa kẹp vào sâu khoảng 4 - 5mm so với bờ mi, bóp nhẹ hai cành của kẹp lần lượt đi từ ngoài vào trong, dùng tăm bông làm sạch hết những chất tiết bẩn ở bờ mi. Tiến hành chà bờ mi: tay trái kéo nhẹ mi trên lên hoặc mi dưới xuống để bộc lộ bờ mi và tách bờ mi ra khỏi bề mặt nhãn cầu. Tay phải cầm tăm bông nhỏ có tẩm thuốc dùng theo chỉ định chà nhẹ và từ từ lên bờ mi theo chiều từ ngoài vào trong và mỗi lần đánh bờ mi làm như vậy từ 2 - 3 lần.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍTAI BIẾN**

Theodõi xem bờ mi có sưng nề, đỏ do nặn tuyến bờ mi không nếu thấy biểu hiện bấ tthường báo ngay cho bác sĩ. Đối với trường hợp dị ứng thuốc thì ngừng ngaythuốc đó và báo ngay cho bác sĩ.

**LẤY DỊ VẬT KẾT MẠC**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Lấy dị vât kết mạc  là để loại bỏ dị vật ra khỏi kết mạc

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Dị vật kết mạc

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo.

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ lấy dị vật kết mạc

- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch betadin 5%, 10%; Mỡ kháng sinh.

**3. Người bệnh**

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.

- Khai thác tiền sử đông máu. Tiền sử huyết áp.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

**3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ.

**3.2. Kỹ thuật**

- Đặt vành mi

- Sử dụng kim bơm tiêm 1ml,phanh vi phẫu để lấy đị vật kết mạc

- Rửa kết mạc cùng đồ

- Tra dung dịch sát khuẩn, dung dịch gây tê bề mặt, mỡ kháng sinh.

- Băng mắt.

**VI. THEO DÕI**

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường báo bác sĩ để xử trí kịp thời.

- Hướng dẫn Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

**ĐO KHÚC XẠ TỰ ĐỘNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Đo khúc xạ tự động là một phương pháp đánh giá khúc xạ khách quan dựa vào máy khúc xạ kế

tự động.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các trường hợp cần xác định tình trạng khúc xạ của mắt.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Đang có bệnh viêm nhiễm cấp tính tại mắt

- Người bệnh tuổi nhỏ quá, già quá, hoặc không phối hợp tốt trong quá trình đo.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ, điều dưỡng, hoặc kỹ thuật viên.

**2. Phương tiện**

Khúc xạ kế tự động.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Giải thích cho người bệnh trước khi đo.

+ Đây là máy để đo khúc xạ của mắt, đo rất nhanh, không đau và không hại mắt.

+ Đầu người bệnh phải cố định (đảm bảo mi mắt hoặc lông mi không che lấp giác mạc), mắt mở

to sau mỗi lần chớp.

+ Tinh thần thoải mái và tập trung vào vật tiêu trong máy, ngay cả khi hình nhòe đi.

- Bật công tắc máy: không để cằm người bệnh vào máy trong lúc khởi động.

- Kiểm tra các chế độ cài đặt: ấn nút A để chọn chế độ đo tự động hoàn toàn (FULL AUTO) hoặc

nút M để chọn chế độ đo không tự động (MANUAL).

- Yêu cầu người bệnh đặt cằm vào giá đỡ, trán áp sát băng tì trán.

- Kiểm tra để đảm bảo mắt người bệnh cùng độ cao với vạch đánh dấu trên giá cố định đầu.

- Kiểm tra mắt người bệnh trên màn hình và căn chỉnh để cho 3 chấm sáng trên giác mạc ở giữa

vòng trong và rõ nét, chỉnh lên xuống để 3 chấm sáng thẳng hàng với 2 dấu mốc ở vị trí 6 và 12

giờ.

- Yêu cầu người bệnh nhìn vật tiêu là mái nhà màu đỏ ở tâm của cảnh.

- Bấm START để bắt đầu đo. Có thể chọn chế độ đo một lần hoặc đo 3 lần liên tục.

- In ra kết quả đo

**CHÍCH CHẮP, LẸO KẾT MẠC**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Chích chắp ,lẹo  là kỹ thuật lấy đi ổ chắp hoặc lẹo.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chích chắp và lẹo khi đã hình thành mủ và ổ viêm khu trú có điểm mủ trắng hoặc thành bọc như hạt đỗ dưới da mi.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Chắp, lẹo đang sưng tấy.

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo.

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ chích chắp.

- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch betadin 5%, 10%; Mỡ kháng sinh.

**3. Người bệnh**

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.

- Khai thác tiền sử đông máu. Tiền sử huyết áp.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

***3.1. Vô cảm***

Gây tê tại chỗ.

***3.2. Kỹ thuật***

- Sát khuẩn vùng chích bằng dung dịch betadin 5%.

- Dùng cặp cố định, cố định chắp. Chú ý vặn ốc vừa phải.

- Dùng dao lưỡi nhỏ rạch kết mạc ở vị trí chắp, nếu rạch ngoài đường rạch song song với bờ mi, nếu rạch trong đường rạch vuông góc với bờ mi.

- Nếu có bọc xơ tránh làm vỡ bọc chắp, dùng kéo cong nhọn phẫu tích lấy gọn chắp.

- Nếu vết rạch quá 5mm. Khâu 1-2 mũi.

- Tra dung dịch sát khuẩn, dung dịch gây tê bề mặt, mỡ kháng sinh.

- Băng mắt.

**VI. THEO DÕI**

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường báo bác sĩ để xử trí kịp thời.

- Hướng dẫn người bệnh thay băng sau 3 giờ. Tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu: băng ép.

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

**ĐO THỊ LỰC**

**1. Đo thị lực xa**

**1.1. Nguyên tắc:**

- Bệnh nhân phải đứng cách xa bảng thị lực 5m hoặc 6m tuỳ bảng thị lực

- Bảng thị lực phải được chiếu sáng với cường độ trung bình 100 lux.

- Đo thị lực từng mắt, khi đo mắt này phải bịt kín mắt kia và ngược lại.

- Nếu bệnh nhân từ chỗ sáng vào chỗ tối phải cho bệnh nhân nghĩ chừng 15-20 phút để thời gian đảm bảo sự thích nghi của võng mạc.

**1.2. Các phương pháp đo:**

\* Dùng bảng thị lực: Đối với bảng thị lực vòng hở Londolt cho bệnh nhân đứng cách bảng thị lực 5m, lần lượt chỉ các dòng từ lớn tới nhỏ. Ghi lại thị lực tương ứng với hàng nhỏ nhất mà bệnh nhân còn có thể đọc được.

Cách ghi: MP: 10/10 MT: 5/10

\* Thị đếm ngón tay: Nếu đứng xa 5m bệnh nhân không đọc được hàng chữ lớn nhất trên bảng thị lực, cho bệnh nhân tiến gần đến bảng thị lực để đọc các hàng chữ trên bảng thị lực, kết quả cũng là hàng chữ nhỏ nhất mà bệnh nhân có thể đọc được nhưng khi đó cách ghi là MP: 2/10-2m. Hoặc cho bệnh nhân đếm số ngón tay thầy thuốc đưa ra trước mắt bệnh nhân. Kết quả thị lực là khoảng cách xa nhất mà bệnh nhân còn đếm đúng số ngón tay đưa ra.

VD: MP: ĐNT 3m MT: ĐNT 1m

Người ta quy ước ĐNT xa 5m tương đương thị lực 1/10 hay 5/50. Như vậy ĐNT xa 1m tương đương thị lực 1/50, ĐNT 2m tương đương thị lực 2/50, ĐNT 0,5m = 1/100.

\* Thị lực bóng bàn tay: Khi bệnh nhân không thể đếm đúng ngón tay thầy thuốc đưa ra, ta thử khua bàn tay trước mắt bệnh nhân, bệnh nhân nhận biết có vật đang cử động trước mắt. Kết quả là khoảng cách xa nhất mà bệnh nhân còn nhận biết được có vật cử động. Vd: MP: BBT 0,2m.

\* Thị lực hướng sáng: Dùng đèn pin chiếu vào mắt bệnh nhân lần lượt theo các vị trí, chính giữa, trên, dưới, trái, phải và bảo bệnh nhân chỉ hướng của nguồn ánh sáng tới.

\* Thị lực sáng tối: Chiếu 1 nguồn sáng vào mắt bệnh nhân, bệnh nhân biết có ánh sáng, cắt nguồn sáng đi bệnh nhân thấy tối, như vậy là cảm giác AS(+), nếu không còn cảm giác sáng tối là bệnh nhân mù tuyệt đối.

Đối với bảng thị lực chữ E cở chữ 18 và bệnh nhân đứng cách 6m thì được đánh giá như sau: kết quả thị lực nhìn xa là một phân số, tử số là khoảng cách thử tính bằng mét và mẫu số là cở chữ thử. Nếu bệnh nhân đọc được 3 trong 4 chữ cỡ chữ 18 khoảng cách 6m thì thị lực là 6/18. Nếu đọc được 3 trong 4 chữ cỡ chữ 60 khoảng cách 6m thì thị lực là 6/60....Ghi kết quả thị lực từng mắt và thị lực 2 mắt phối hợp.

Lưu ý: thị lực phụ thuộc một số yếu tố như độ sáng của nền, độ sáng chung của gian phòng, tương phản của chữ thử, đường kính đồng tử.

**2. Thị lực nhìn gần**

Để đo thị lực gần chúng ta dùng một bảng thị lực gần, bệnh nhân cầm bảng ở khoảng cách đọc sách hoặc nhìn gần bình thường. Khoảng cách này thường khoảng 33-40m. Các bảng thị lực nhìn gần thường dùng thang điểm “N”, N5 là chữ in rất nhỏ và N8 xấp xỉ kích thước chữ in báo. Một số bảng thị lực nhìn gần dùng thang Jaeger. N5 có kích thước bằng J13 và N8 bằng J16.

- Cách đo thị lực gần:

+ Bệnh nhân ngồi thoải mái trên ghế

+ Ánh sáng được chiếu từ phía sau qua vai

+ Đưa cho bệnh nhân bảng thị lực nhìn gần và yêu cầu bệnh nhân đọc. Thị lực gần đo được là hàng chữ nhỏ nhất mà bệnh nhân đọc thoải mái và ta sẽ đo khoảng cách từ mắt đến bảng thị lực nhìn gần.

- Cách ghi: nếu bệnh nhân không kính đọc được cỡ chữ N12 thì ghi N12 không kính. Nếu với kính nhìn gần đọc được N16 thì ghi N16 với kính nhìn gần.

**CẮT CHỈ KHÂU DA MI ĐƠN GIẢN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt chỉ khâu da mi  đúng thời điểm giúp cho da mi liền tốt,sẹo liền đẹp hơn

**II. CHỈ ĐỊNH**

-Vết khâu da mi đã liền tốt

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa mắt

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ cắt chỉ da mi

- Thuốc: Dung dịch betadin 5%, 10%;

**3. Người bệnh**

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.

- Tiền sử huyết áp.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

.-  Sát khuẩn vùng vết khâu da mi bằng dung dịch betadin 5%.

-   Dùng phanh kẹp chỉ,kéo cắt đứt chỉ khâu

-  Dùng phanh kẹp và rút sợi chỉ ra

-. Sát khuẩn vùng vết khâu da mi bằng dung dịch betadin 5%.

**VI. THEO DÕI**

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường báo bác sĩ để xử trí kịp thời.

- Hướng dẫn người bệnh tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

**Chương 3: Khoa Ngoại tổng hợp**

**QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

**CỐ ĐỊNH TẠM THỜI NGƯỜI BỆNH GÃY XƯƠNG**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Gãy xương là một tình trạng mất tính liên tục của xương, nó có thể biểu hiện dưới nhiều hình thức từ một vết rạn cho đến gãy hoàn toàn của xương.

Nguyên tắc cố định xương gãy:

- Không đặt nẹp trực tiếp lên da thịt nạn nhân phải có đệm lót ở đầu nẹp, đầu xương (không cởi quần áo, cần thiết rạch theo đường chỉ).

- Cố định trên và dưới ổ gãy, khớp trên và dưới ổ gãy, riêng xương đùi bất động 3 khớp.

- Bất động chi gãy ở tư thế cơ năng: Chi trên treo tay vuông góc, chi dưới duỗi thẳng 180o.

- Trường hợp gãy kín phải kéo chi liên tục bằng một lực không đổi trong suốt thời gian cố định.

- Trường hợp gãy hở: Không được kéo nắn ấn đầu xương gãy vào trong, xử trí vết thương để nguyên tư thế gãy mà cố định.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các trường hợp gãy xương do bệnh lý hoặc do chấn thương nhằm giảm đau, hạn chế di lệch, hạn chế các tổn thương thứ phát.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối trong việc cố định chi gãy. Tuy nhiên không kéo nắn đầu xương gãy với gãy xương hở.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Bác sỹ chấn thương hoặc bác sỹ đa khoa, điều dưỡng đã được đào tạo về chấn thương.

- Khử khuẩn tay, đeo găng, đội mũ, khẩu trang vô khuẩn.

**2. Dụng cụ**

- Nẹp: nẹp phải đảm bảo đủ độ dài, rộng và dày. Một số loại nẹp: nẹp gỗ các cỡ, nẹp Cramer, nẹp máng Beckel, nẹp hơi, nẹp plastic...

- Bông: Dùng để đệm lót vào đầu nẹp hoặc nơi ụ xương cọ xát vào nẹp

- Băng cuộn: Dùng để buộc cố định nẹp. Băng phải đảm bảo: Rộng bản, dài vừa phải, bền chắc.

- Băng dính to bản.

- Thuốc giảm đau toàn thân hoặc giảm đau tại chỗ Xylocain 2%

**3. Người bệnh:** Được giải thích về kỹ thuật sắp làm.

- Được giảm đau bằng thuốc giảm đau toàn thân hoặc phong bế thần kinh vùng chi bị gãy.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Được làm hồ sơ cẩn thận, chụp XQ xác định tổn thương xương tuy nhiên các trường hợp cấp cứu cần cố định xương gãy trước khi cho người bệnh đi chụp XQ.

**5. Nơi thực hiện**: khoa cấp cứu hoặc phòng thủ thuật sạch với các gãy xương hở

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Kiểm tra lại hồ sơ người bệnh

- Khám và đánh giá lại người bệnh, xác định vị trí gãy xương.

Có nhiều cách cố định xương gãy phụ thuộc vào vị trí xương gãy

**1. Gãy xương sườn và xương ức**

- Dùng băng dính to bản cố định xương sườn gãy bằng cách dán nửa ngực phía bị gãy cả phía trước lẫn phía sau.

**2. Gãy xương đòn:** Dùng băng số 8: cần 2 người tiến hành.

Người 1: Nắm 2 cánh tay nạn nhân nhẹ nhàng kéo ra phía sau bằng một lực vừa phải, không đổi trong suốt thời gian cố định.

Người 2: Dùng băng băng kiểu số 8 để cố định xương đòn.

Chú ý: Phải đệm lót tốt ở hai hố nách để tránh gây cọ sát làm nạn nhân đau khi băng.

**3. Gãy xương cánh tay**

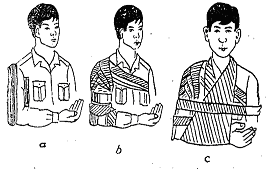
- Ðể cánh tay sát thân mình, cẳng tay vuông góc với cánh tay (tư thế co).

- Ðặt 2 nẹp, nẹp trong từ hố nách tới quá khuỷu tay, nẹp ngoài từ quá bả vai đến quá khớp khuỷu. (Hình 1a)

- Dùng 2 dây rộng bản buộc cố định nẹp: một ở trên và một ở dưới ổ gãy. (Hình 1b)

- Dùng khăn tam giác đỡ cẳng tay treo trước ngực, cẳng tay vuông góc với cánh tay, bàn tay cao hơn khuỷu tay, bàn tay để ngửa.

- Dùng băng rộng bản băng ép cánh tay vào thân mình. Thắt nút phía trước nách bên lành. (Hình 1c)

**

*Hình 1: Kỹ thuật cố định trong gãy ương cánh tay.*

**4. Gãy xương cẳng tay**

- Ðể cẳng tay sát thân mình, cẳng tay vuông góc cánh tay. Lòng bàn tay ngửa.

- Dùng hai nẹp: Nẹp trong từ lòng bàn tay đến nếp khuỷu tay, nẹp ngoài từ đầu các ngón tay đến quá khuỷu. (Hình 2A a) hoặc dùng nẹp Cramer tạo góc 90° đỡ cả xương cẳng tay và cánh tay (Hình 2B)

- Dùng 3 dây rộng bản buộc cố định nẹp bàn tay, thân cẳng tay (trên, dưới ổ gãy) (Hình 2A b)

- Dùng khăn tam giác đỡ cẳng tay treo trước ngực. (Hình 2Ac)

**

*Hình 2: Kỹ thuật cố định trong gãy ương cẳng tay với nẹp gỗ(A) và nẹp Cramer (B).*

**5. Gãy xương cột sống**

**-** Đặt người bệnh nằm thẳng trên ván cứng.

- Tùy thuộc người bệnh nghi ngờ tổn thương vùng cột sống nào mà lựa chọn đặt nẹp cột sống cổ, ngực hoặc thắt lưng cho người bệnh rồi chuyển đến cơ sở chuyên khoa.

**6. Gãy xương đùi:** Cần 3 người làm.

Người thứ nhất: luồn tay đỡ đùi ở phía trên và phía dưới ổ gãy.

Người thứ hai: đỡ gót chân và giữ bàn chân ở tư thế luôn vuông góc với cẳng chân.

Người thứ ba: đặt nẹp. Cần đặt 3 nẹp. (Hình 3a)

+ Nẹp ngoài từ hố nách đến quá gót chân

+ Nẹp dưới từ vai đến quá gót chân

+ Nẹp trong từ bẹn đến quá gót chân

Dùng dải dây rộng bản để buộc cố định nẹp ở các vị trí: trên ổ gãy, dưới ổ gãy, cổ chân, ngang ngực, ngang hông, dưới gối (Hình 3b)

**

*Hình 3: Kỹ thuật cố định trong gãy ương đùi.*

**7. Gãy xương cẳng chân**.

Cần 2 nẹp dài bằng nhau và 3 người làm:

*Người thứ nhất:* đỡ nẹp và cẳng chân phía trên và dưới ổ gãy.

*Người thứ hai:* Đỡ gót chân, cổ chân và kéo nhẹ theo trục của chi, kéo liên tục bằng một lực không đổi.

*Người thứ ba:* Ðặt 2 nẹp (Hình 4 a)

Nẹp trong từ giữa đùi đến quá gót.

Nẹp ngoài từ giữa đùi đến quá gót.

Hoặc đặt nẹp Cramer tạo góc 90 ° đỡ bàn chân và cẳng chân (Hình 5 a)

- Buộc dây cố định nẹp ở các vị trí: Trên ổ gãy và dưới ổ gãy, đầu trên nẹp và băng số 8 giữ bàn chân vuông góc với cẳng chân. (Hình 4b)

**

*Hình 4: Kỹ thuật cố định trong gãy ương cẳng chân bằng nẹp gỗ.*

**

*Hình 5: Kỹ thuật cố định trong gãy ương cẳng chân bằng nẹp Cramer.*

**VI. THEO DÕI**

- Mạch, huyết áp, tình trạng đau của người bệnh.

- Kiểm tra tưới máu vùng ngọn chi bị gãy và cố định

- Các tổn thương khác đi kèm nếu có.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**- Di lệch xương gãy:** Do cố định xương chưa tốt hoặc kéo nắn xương chưa thẳng trục. Cần chụp XQ kiểm tra và nẹp cố định lại xương gãy tránh di lệch.

**PHẪU THUẬT THƯƠNG TÍCH PHẦN MỀM**

**CÁC CƠ QUAN VẬN ĐỘNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

1. Thương tích phần mềm cơ quan vận động là một tổn thương hay gặp trong tai nạn lao động, sinh hoạt, giao thông…
2. Cần phất hiện các thương tích về da, gân cơ, thần kinh, xương, mạch máu để có thái

độk sử trí kịp thời, phù hợp

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Phân loại theo thời gian
2. Vết thương phần mềm đến sớm trong 6h đầu
3. Vết thương phần mềm đến muộn sau 6h: Viêm tấy tổ chức xung quanh
4. Vết thương phần mềm đến muộn sau 24h: Viêm tấy tổ chức xng quanh có thể kèm NK huyết
5. Phân loại theo độ sâu VT
6. Vết thương nông, nhỏ: chỉ tổn thương thượng bì
7. Vết thương rách da đơn thuần
8. Vết thương sâu: tổn thương gân, cơ, mạch máu thần kinh phía dưới
9. Vết thương bong lóc da và phần mềm rộng

**IV. CHUẨN BỊ**

1. **Người bệnh:** Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và cácxét nghiệm.
2. **Người thực hiện:**Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ
3. **Phương tiện trang thiết bị:** Bộ dụng cụ phẫu thuật chấn thương chung
4. **Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 60 - 90 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. **Vô cảm:** Gây tê hoặc gây mê
2. **Kỹ thuật:**
3. Đánh rửa vết thương bằng xà phòng và nước muối cho sạch,.Vệ sinh và chải xăng vô khuẩn
4. Ga rô gốc chi, tốt nhất là ga rô hơi
5. Cắt lọc mép vết thương 2-3 mm, riêng da mặt và da tay cắt lọc tiết kiệm
6. Cắt lọc phần mềm dưới tổn thương tới tổ chức lành, tưới rửa và thay găng tay và dụng cụ

Mở rộng vết thương, cắt lọc lại phần mềm, tưới rửa hết các ngóc ngách

1. Khâu lại các lớp, đặt dẫn lưu, khâu da

**VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ**

1. Thay băng vết thương
2. Kháng sinh phối hợp hai loại KS, tốt nhất dùng theo KSĐ

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

1. Nhiễm trùng nặng viêm tấy: cần điều trị tích cực, thay băng cắt chỉ, cấy dịch vết mổ làm KSĐ, thay kháng sinh
2. Di chứng vận động, sẹo co kéo nếu tổn thương rộng và nặng: Cần phục hồi chức năng sớ

**QUY TRÌNH THAY BĂNG VẾT THƯƠNG NHIỄM – HOẠI TỬ**

**MỤC ĐÍCH**

- Ngăn ngừa sự xâm nhập của các vi khuẩn từ môi trường.

- Loại bỏ mô chết, chất tiết từ vết thương.

- Che chở hạn chế sự tổn thương thêm cho vết thương.

- Thấm hút các dịch tiết, giữ vết thương sạch, ẩm giúp vết thương mau lành.

**CHỈ ĐỊNH**

- Vết thương bị sưng tấy, đỏ và dính dịch tiết.

- Vết thương được tạo ra trong điều kiện không vô khuẩn như: tai nạn giao thông, tai nạn nghề nghiệp,…

**CÁC BƯỚC CÔNG VIỆC**

**Chuẩn bị NB:**

- ĐD mang khẩu trang đến kiểm tra số phòng, số giường, họ tên, tuổi NB.

- Báo và giải thích cho NB biết việc sắp làm.

- Quan sát và đánh giá tình trạng vết thương.

- Về phòng rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh, soạn dụng cụ.

**Chuẩn bị dụng cụ**

**Dụng cụ vô khuẩn**

- 2 kềm kelly

- 1 chén chum đựng dung dịch rửa vết thương.

- 1 chén chum đựng dung dịch sát khuẩn da.

- Gòn viên.

- Gạc miếng.

- Gòn bao dày mỏng tùy theo tình trạng vết thương (nếu cần).

- Dụng cụ băng vết thương tùy theo từng loại vết thương (nếu có).

- Chất trơn (nếu da xung quanh có rơm lở).

**Dụng cụ sạch:**

- Mâm.

- Băng keo.

- Băng cuộn (nếu cần).

- Túi rác y tế.

- 1 đôi găng sạch.

- 1 kềm sạch gắp băng dơ.

- Tấm lót không thấm.

- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh.

**Tiến hành kỹ thuật:**

- ĐD mang dụng cụ đến giường bệnh kiểm tra số phòng, số giường, họ tên, tuổi NB.

- Báo và giải thích lại cho NB biết việc sắp làm.

- Để mâm nơi thuận tiện, gần vết thương.

- Bộc lộ vùng vết thương (giữ cho NB được kín đáo và thoải mái).

- Đặt tấm lót không thấm phía dưới nơi vị trí vết thương.

- Rửa tay thường quy/sát khuẩn tay nhanh, mang găng tay sạch.

- Tháo băng dơ (bằng kềm sạch hoặc găng tay sạch), rửa lại tay (rửa tay thường quy/sát khuẩn tay nhanh nếu cần).

- Mở khăn mâm dụng cụ vô khuẩn.

- Lấy kềm vô khuẩn an toàn.

- Dùng kềm gắp gòn viên rửa bên trong vết thương: từ trong ra ngoài rìa (từ vùng trên cao xuống thấp, từ bên xa đến bên gần) với dung dịch rửa vết thương (tiếp liệu gòn khi rửa).

- Rửa vùng da xung quanh vết thương rộng ra ngoài 5 cm bằng dung dịch rửa vết thương.

- Dùng gạc miếng chậm khô bên trong vết thương (nếu cần).

- Lau khô vùng da xung quanh vết thương (nếu da bị rơm lở dùng gạc).

- Sát khuẩn vùng da xung quanh vết thương bằng dung dịch sát khuẩn da (nếu da không rơm lở). Trường hợp da xung quanh vết thương bị rơm lở, thoa chất trơn lên vùng da xung quanh.

- Đắp thuốc lên vết thương nếu có y lệnh.

- Đặt gạc, gòn bao hoặc băng sinh học che kín vết thương (rộng ra 3 - 5cm).

- Rút tấm lót ra.

- Tháo găng tay.

- Cố định băng bằng băng keo hoặc băng cuộn (nếu cần).

- Báo cho NB biết việc đã xong, cho người bệnh nằm lại tư thế tiện nghi.

**Dọn dụng cụ:**

- Thu dọn dụng cụ, xử lý chất thải lây nhiễm và đồ vải đúng cách.

- Rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh

**Ghi hồ sơ**

**TAI BIẾN CỦA BÓ BỘT - CÁCH ĐỀ PHÒNG VÀ XỬ TRÍ**

**I. TAI BIẾN CỦA BÓ BỘT**

- Tác dụng của bó bột trong điều trị bảo tồn trong chấn thương chỉnh hình là kỹ thuật thường quy. Ngay cả ở các nước phát triển, trình độ phẫu thuật cao thì việc bó bột điều trị bảo tồn cũng vẫn được coi trọng. Nhưng nếu không tuân thủ những nguyên tắc nghiêm ngặt thì có thể xảy ra những tai biến đáng tiếc. Nguyên nhân của tai biến do bó bột có thể do tổn thương sẵn từ lúc đầu, nhưng cũng có thể do thiếu hiểu biết, thái độ cẩu thả, tắc trách của thầy thuốc, gồm:

**1. Tai biến tức thì**

- Choáng (shock) do đau đớn trong quá trình nắn, bó bột.

- Choáng phản vệ do thuốc tê, thuốc mê.

- Co thắt khí phế quản, hội chứng xâm nhập, trào ngược khi gây mê, ngừng thở, ngừng tim.

**2. Tai biến sớm**

- Tổn thương mạch máu, thần kinh.

- Xương chọc ra gây gãy hở thứ phát

- Gãy thêm xương, đặc biệt với người bệnh cao tuổi và người có bệnh lý về xương.

- Phù nề, rối loạn dinh dưỡng, hội chứng chèn ép khoang cấp gây hoại tử chi

- Gây liệt tủy với gãy cột sống không vững

**3. Tai biến muộn**

- Rối loạn dinh dưỡng bán cấp và rối loạn dinh dưỡng từ từ.

- Thiếu máu bán cấp và mãn tính gây xơ hóa các cơ

- Can lệch: do nắn không tốt, bất động không đúng quy cách...

- Khớp giả: do nắn không tốt, bất động chưa đủ thời gian, do tuổi cao, không được tư vấn tốt.

- Viêm xương: do gãy xương hở, tụ máu nhiễm trùng, loét do tỳ đè...

**II. PHÒNG NGỪA TAI BIẾN DO BÓ BỘT**

**1. Thăm khám kỹ người bệnh trước khi bó bột**

***1.1. Tình trạng toàn thân***

- Tình trạng chung:

+ Tri giác (dựa vào thang điểm Glasgow)

+ Mạch, huyết áp, có biểu hiện mất máu trong hay không: nếu mạch nhanh nhỏ, khó bắt; huyết áp thấp, da niêm mạc nhợt...thì không được nắn bó bột mà phải báo BS xử lý phù hợp,.

+ Nhịp thở: Nếu nhịp thở bất thường phải báo bác sỹ ngay.

+ Có rối loạn cơ tròn không (khi gãy cột sống): tổn thương đứt tủy, dập tủy, choáng tủy.

- Có tổn thương phối hợp không.

+ Tổn thương ở các tạng khác: sọ não (tri giác), ngực (khó thở, rối loạn nhịp thở), bụng (đau bụng, chướng bụng, bí trung đại tiện...), tiết niệu (đái máu, không tiểu tiện tự chủ được...).

+ Tổn thương ở các chi khác (có thể bỏ sót các tổn thương ở các chi còn lại).

***1.2. Tại chi gãy:*** cần thăm khám

- Gãy hở hay gãy kín.

- Mầu sắc của chi gãy. Nếu da hồng là tốt.

- Nhiệt độ chi gãy. Nếu sờ thấy ấm là tốt.

- Bắt mạch chi gãy (ở tay: mạch quay, ở chân: mạch mu chân hoặc phía sau mắt cá trong).

- Tình trạng cử động và cảm giác của chi gãy: đôi khi người bệnh chỉ cảm giác tê chân cũng có thể là dấu hiệu của tổn thương mạch máu. Nếu có nghi ngờ tổn thương mạch máu hoặc thần kinh thì không được bó bột, mà chỉ làm máng bột, nẹp bột, bất động nhanh và tối thiểu để chuyển đến cơ sở cấp cứu ngoại khoa để mổ cấp cứu.

**2. Bó bột đúng nguyên tắc và đúng chỉ định.**

Các tiêu chí cụ thể:

- Bó bột theo đúng các mốc đã được quy định đối với cụ thể từng loại bột.

- Bột bó thành một khối vững chắc (nhất là các loại bột lớn phải bó nhiều thì).

- Bất động chi gãy phải trên 1 khớp, dưới 1 khớp (trừ 1 vài trường hợp đặc biệt).

- Không tỳ đè (đặc biệt vùng khớp, phải đệm lót nhiều để tránh loét).

- Đủ độ dầy: tùy loại bột cụ thể, thường trung bình từ 5-8 lớp.

- Không chặt quá (gây chèn ép bột), không lỏng quá (không có tác dụng bất động).

- Bó đều tay (không lồi, không lõm bột).

- Bột cấp cứu (dưới 7 ngày): phải rạch dọc bột, rạch không bỏ sót dù chỉ là 1 sợi gạc (chỉ có các loại bột không rạch dọc là: Minerve, Cravate, Corset, Ngực - vai - cánh tay, bột Cẳng - bàn chân ôm gối; nhưng phải độn lót dầy. Các loại bột rạch dọc từ gốc chi trở xuống là: Chữ U, Chậu - lưng - chân, Ngực - chậu - lưng chân).

**3. Tổ chức khám kiểm tra bột, phát hiện sớm và XỬ TRÍ kịp thời các tai biến.**

***3.1. Tổ chức kiểm tra bột.***

- Thời gian nào kiểm tra: thường là 24 giờ, nặng thì 12 giờ, thậm chí từng giờ.

- Nội dung khám kiểm tra :

+ Bột bó có đúng quy định chưa, có bị gãy bột hoặc long lở bột ra không

+ Tình trạng chi gãy (lưu ý vùng ngoại vi như bàn ngón chân, bàn ngón tay). cần xem: Giảm đau hay đau tăng thêm ; phồng nước. Với trẻ em: cần chú ý có quấy khóc không

**III. XỬ TRÍ TAI BIẾN CỦA BÓ BỘT**

1. Mức độ nhẹ: Nới bột, gác cao chi bó bột.

2. Mức độ vừa: Nới bột, gác cao chi bó bột, kèm thêm thuốc chống nề, phong bế gốc chi...

3. Mức độ nặng (có dấu hiệu chèn ép khoang, hoặc có tổn thương mạch máu, thần kinh): chuyển mổ cấp cứu để xử trí theo tổn thương (giải ép, nối hoặc ghép mạch...)

**BỘT CẲNG - BÀN TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

1. Bột cẳng - bàn tay là loại bột bó từ khuỷu tay xuống đến bàn tay.

- Trên được: phía sau là mỏm khuỷu, phía trước là dưới nếp khuỷu khoảng 1 cm;

- Dưới : khớp bàn - ngón tay.

2. Một số tư thế đặc biệt của bột cẳng - bàn tay:

- Gãy Pouteau-Colless: bột tư thế cổ tay gấp nhẹ và nghiêng trụ (15-20o).

- Gãy Goyrand (hoặc gãy Smiths): bột duỗi cổ tay, ngửa cẳng tay, bàn tay.

- Gãy Bennett: bó bột ôm ngón 1, dạng đốt bàn 1, đốt 1 ngón 1.

- Trật khớp quay trụ dưới: bột duỗi cổ tay và ngửa cẳng tay, bàn tay...

**II. CHỈ ĐỊNH BÓ BỘT CẲNG- BÀN TAY**

1. Gãyy đầu dưới xương quay hoặc đầu dưới xương trụ, (kể cả 2 mỏm trâm).

2. Gãy 1 hoặc nhiều xương từ khớp cổ tay.

3. Gãy xương bàn tay, gãy đốt 1 các ngón tay (có kèm nẹp Iselin).

4. Các tổn thương phần mềm vùng cổ tay: bong gân, tổn thương dây chằng...).

5. Các tổn thương viêm nhiễm: lao khớp cổ tay, viêm khớp cổ tay.

6. Nắn chỉnh kiểu giai đoạn trong hội chứng Volkmann, co gân...

7. Sau một số phẫu thuật vùng cổ, bàn tay. Sau chọc hút bao hoạt dịch cổ tay.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Gãy hở xương độ II theo Gustilo trở lên chưa được XỬ TRÍ phẫu thuật.

2. Gãy xương có kèm đụng dập nặng phần mềm.

3. Có tổn thương mạch máu hoặc thần kinh, hội chứng chèn ép khoang.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Trường hợp không gây mê: 02 người (01 kỹ thuật viên nắn chính, 01 kỹ thuật viên phụ.

- Với trường hợp có gây mê: cần thêm 01 bác sỹ, 01 kỹ thuật viên gây mê.

**2. Phương tiện**

- 1 bàn nắn, dùng bàn sắt (inox), có các mấu ngang để mắc các đai đối lực khi kéo nắn.

- Đai đối lực: bằng vải mềm, dai, to bản để tránh gây tổn thương cho da khi kéo nắn.

- Thuốc tê hoặc thuốc mê: tùy thuộc là trẻ em hay người lớn, trọng lượng người bệnh.

- Dụng cụ gây tê, mê, hồi sức (bơm tiêm, cồn 70o, thuốc chống sốc, mặt nạ, bộ nội khí quản...).

- Bột thạch cao chuyên dụng: với người lớn cần 3-4 cuộn cỡ 10 cm, trẻ em dùng ít hơn, bột nhỏ hơn tùy theo tuổi. ***có thể*** sử dụng bột tự sản xuất.

- Giấy vệ sinh, bông cuộn, nếu dùng giấy vệ sinh bị dị ứng da thì có thể dùng jersey

- Dây rạch dọc (dùng cho bột cấp cứu.

- Dao hoặc cưa rung để rạch dọc bột trong trường hợp bó bột cấp cứu. Nếu dùng cưa rung để rạch bột, cần lưu ý phải chờ bột khô hẳn và nên cẩn thận ở dưới lưỡi cưa là các mấu xương

- Nước để ngâm bột: đủ về số lượng để ngâm chìm hẳn các cuộn bột.

- Băng vải hoặc băng thun, để băng giữ ngoài bột, khi việc bó bột và rạch dọc bột đã hoàn thành.

**3. Người bệnh**

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương, nhất là những tổn thương lớn có thể gây tử vong trong quá trình nắn bó bột (chấn thương sọ não, chấn thương ngực, vỡ tạng...).

- Được giải thích mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành thủ thuật, động viên để họ yên tâm, hợp tác tốt với thầy thuốc. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng xương gãy, cởi hoặc cắt bỏ tay áo bên chi gãy.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5 - 6 giờ, tránh nôn hoặc hiện trào ngược.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Có cam kết chấp nhận thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế**

**- Người bệnh :** Nằm ngửa, 1 đai vải đối lực đặt sát trên nếp khuỷu.

**- Kỹ thuật viên**: KTV chính đứng phía tay định bó bột của người bệnh. Trợ thủ viên cầm ngón cái, tay kia cầm vào 3 hoặc 4 ngón còn lại của người bệnh kéo xuống theo trục cơ thể người bệnh. Kỹ thuật viên chính sẽ là người trực tiếp bó bột.

**2. Các bước tiến hành bó bột**

***- Bước 1***: Quấn bông lót, hoặc lồng bít tất jersey (rộng hơn bột, đặt 1 dây rạch dọc chính giữa mặt trước cẳng bàn tay. Không đặt dây rạch dọc sang 2 bên hoặc ra sau cẳng tay.

***- Bước 2:*** Rải nẹp bột: lấy 1 cuộn bột rải lên bàn, xếp đi xếp lại hình Zích-zắc khoảng 4-6 lớp, độ dài của nẹp được đo trước (từ mỏm khuỷu đến khớp bàn-ngón), gấp nhỏ lại, ngâm nhanh trong nước, vớt ra, bóp nhẹ cho ráo nước, gỡ ra và vuốt cho phẳng, đặt nẹp bột ra sau tay theo mốc đã định, vuốt dọc nẹp bột vào sau cẳng bàn tay cho phẳng.

***- Bước 3***: Quấn bộtvòng tròn quanh tay và nẹp bột đã đặt từ trước, quấn đều tay theo kiểu xoáy trôn ốc từ trên xuống dưới rồi từ dưới lên trên cho đến hết cuộn bột. Khi bột đã đủ dày, xoa vuốt, chỉnh trang cho bột nhẵn, đều và đẹp. Cần bộc lộ mô cái để tập sớm (trừ 1 số trường hợp đặc biệt, bột ôm cả mô cái và đốt 1 ngón cái như khi gãy xương thuyền, xương bàn 1, đốt 1 ngón 1).

***- Bước 4:*** Rạch dọc bột từ trên xuống hoặc từ dưới lên (1 tay cầm đầu dây nâng cao vuông góc với mặt da, 1 tay rạch bột theo đường đi của dây), băng giữ ngoài bột. lau sạch các ngón tay để tiện theo dõi màu sắc ngón tay trong quá trình mang bột.

**VI. THEO DÕI**

1. Nặng hoặc có tổn thương phối hợp: cho người bệnh nhập viện để theo dõi

2. Nhẹ và vừa: theo dõi điều trị ngoại trú.

- Dặn dò kỹ và hướng dẫn người bệnh có thể tự theo dõi: nhiệt độ, màu sắc, vận động, cảm giác ;

- Hẹn khám lại sau 24 giờ, để phát hiện và XỬ TRÍ sớm những biến chứng.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

1. Nhẹ nhất là sưng nề, rối loạn dinh dưỡng: nới bột, kê tay cao, thuốc chống nề.

2. Nặng hơn, có thể gặp: choáng do quá sợ hãi hoặc choáng do thuốc tê: truyền dịch, an thần, thuốc chống shock, hô hấp hỗ trợ (thở ô xy), bóp bóng...

3. Nặng nữa: co thắt khí phế quản, trào ngược, ngừng thở, ngừng tim: cần hô hấp chỉ huy (đặt nội khí quản, mở khí quản), hút đờm dãi, trợ tim, bóp tim ngoài lồng ngực...và nhanh chóng chuyển người bệnh đến cơ sở cấp cứu cấp trên gần nhất.

**BỘT CẲNG - BÀN CHÂN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Bột Cẳng - bàn chân là loại bột được giới hạn bởi:

+ Phía trên: ở trước là cực dưới của lồi củ trước xương chầy, ở sau là dưới nếp gấp khoeo 2 cm

+ Phía dưới là khớp bàn-ngón chân.

- Khi gãy chỏm các xương bàn chân hoặc gãy xương các ngón chân, có thể bó bột Cẳng - bàn chân ngắn (Bottine). Trong trường hợp này, thường làm đế bột dài hơn để đỡ toàn bộ các ngón chân. Bột Cẳng - bàn chân ngắn chỉ bó từ giữa cẳng chân trở xuống.

- Trong 1 số trường hợp khác, người ta bó bột Ôm gối (Sarmiento). Thực chất bột Ôm gối cũng là 1 loại bột Cẳng - bàn chân, nhưng bột được bó quá lên trên gối ở 3 phía: trước gối bột ôm lấy xương bánh chè, 2 bên gối bột ôm lấy 2 lồi cầu của xương đùi, phía sau gối được để ngỏ như bột Cẳng - bàn chân.

- Tư thế cổ chân của bột Cẳng - bàn chân, Cẳng - bàn chân ngắn và Ôm gối đều là 90o (trừ 1 số tư thế đặc biệt có thể để cổ chân duỗi hoặc co quá 90o). Với gãy Dupuytren: bó vẹo cổ chân vào trong, gãy trật cổ chân vào trong: bó vẹo ngoài.

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Gãy các xương ở vùng cổ chân (gãy 1 hoặc nhiều mắt cá, xương sên, xương gót, các xương khác thuộc khối tụ cốt ở cổ chân).

2. Gãy các xương bàn chân, ngón chân.

3. Chấn thương, bong gân, tổn thương dây chằng, bao khớp cổ chân.

4. Viêm nhiễm vùng cổ chân (viêm, lao).

5. Nắn chỉnh các dị tật (chân khoèo, co gân Achille...).

6. Sau phẫu thuật vùng cổ chân (tạo hình, kết hợp xương không đủ vững, làm cứng khớp, chỉnh khoèo...).

7. Gãy kín, gãy hở độ 1, gãy hở độ 2 trở lên đã được phẫu thuật.

8. Gãy xương di lệch, nhưng tình trạng toàn thân không cho phép, từ chối mổ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Gãy hở độ II trở lên.

2. Có tổn thương mạch máu, thần kinh, hoặc hội chứng chèn ép khoang.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Như với bó các bột ở trên (chuyên khoa xương: 02, nếu có gây mê: thêm bác sỹ gây mê và phụ mê).

**2. Phương tiện**

- 1 bàn nắn thông thường. Bàn kéo nắn có các mấu ngang để mắc các đai đối lực khi kéo nắn.

- Trường hợp khó, gãy phức tạp: cần bàn nắn của Boehler, có hệ thống ren xoắn để căng chỉnh.

- Đai đối lực: bằng vải mềm, dai, to bản để tránh gây tổn thương cho da khi kéo nắn.

- Thuốc tê hoặc thuốc mê: số lượng tùy thuộc người bệnh là trẻ em hay người lớn, trọng lượng người bệnh. Kèm theo là dụng cụ gây tê, gây mê, hồi sức

- Bột thạch cao: với người lớn cần 6-8 cuộn, cỡ 15 cm, trẻ em thì tùy theo tuổi.

- Bông cuộn hoặc bít tất vải xốp mềm để lót (jersey).

- Dây rạch dọc (dùng cho bột cấp cứu, khi tổn thương 7 ngày trở lại): thường dùng một đoạn băng vải có độ dài vừa phải, vê săn lại để đảm bảo độ chắc là đủ, không cần dây chuyên dụng.

- Dao hoặc cưa rung để rạch dọc bột trong trường hợp bó bột cấp cứu (tổn thương trong 7 ngày đầu). Nếu dùng dao rạch bột, dao cần sắc, nhưng không nên dùng dao mũi nhọn, đề phòng lỡ tay gây vết thương cho người bệnh.

- Nước để ngâm bột

- Băng vải hoặc băng thun, để băng giữ ngoài bột, khi việc bó bột và rạch dọc bột đã hoàn thành.

- 1 độn gỗ kê dưới khoeo chân khi bó bột.

**3. Người bệnh**

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương, nhất là những tổn thương lớn có thể gây tử vong trong quá trình nắn bó bột

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật, để người bệnh khỏi bị bất ngờ, động viên để họ yên tâm, hợp tác tốt với thầy thuốc. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng xương gãy, cởi hoặc cắt bỏ tay áo bên tay gãy.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược (nước hoặc thức ăn từ dạ dày tràn sang đường thở).

**4. Hồ sơ**

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Cam kết chấp nhận thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH BÓ BỘT**

**1. Người bệnh** nằm ngửa. Với người bệnh không nắn trên khung Boehler thì chỉ cần kê chân lên độn gỗ, độn gỗ đặt ở khoeo. Trợ thủ 1 đứng ở cuối chân để kéo giữ chân. Kỹ thuật viên chính đứng bên ngoài chân người bệnh để tiến hành bó bột.

**2. Các bước tiến hành**

**- Bước 1:** Quấn bông độn hoặc jersey. Đặt dây rạch dọc, ở chính giữa trước cẳng bàn chân. Vùng cổ chân có nhiều mấu xương, nên độn lót nhiều hơn.

**- Bước 2:** Rải nẹp bột và đặt nẹp bột. Dùng cuộn bột to bản xếp hình Zích-zắc, dầy 6-8 lớp, độ dài theo mốc đã đo (từ sau khoeo đến tận cùng các ngón chân, có thể nẹp làm hơi dài 1 chút, phần thừa ra nên để ở phía dưới ngón chân, sau này cuộn lại tạo mũi đế bột, bột sẽ đẹp hơn). Nẹp bột đặt sau cẳng bàn chân.

**- Bước 3:** Quấn bột.

+ Nên quấn bột xuất phát điểm ở vùng cổ chân, quấn kiểu xoáy trôn ốc từ trên xuống dưới rồi từ dưới lên trên theo nẹp bột, vừa bó đến đâu vừa xoa và vuốt bột đến đó, bột sẽ liên kết tốt hơn và đẹp hơn. Khi nào thấy bột đủ dày thì được.

+ Quấn bột vừa tay, không miết chặt tay. Vùng trước cổ chân dễ bị căng bột, muốn bột không bị căng thì dây rạch dọc nên để chùng, nếu vẫn căng thì dùng kéo xẻ tà (cắt đứt bán phần băng bột) để bó, bột sẽ đẹp, không bị căng nữa. Phần nẹp bột chúng ta chủ ý để thừa từ trước, sẽ vê cuộn lại làm mũi đế bột cho đẹp. Sau đó băng bột bọc 1-2 lớp ra ngoài đế bột, xoa và vuốt chỉnh trang lần cuối.

**- Bước 4:** Rạch dọc bột (nếu là bột cấp cứu), lau chùi sạch các ngón chân. Trường hợp bó trên khung Boehler, bó tương tự, đến cổ chân-bàn chân thì nhớ rút bỏ băng quấn cố định vào khung khi kéo nắn, nếu để quên dễ gây chèn ép.

**VI. THEO DÕI**

- Nhẹ thì điều trị ngoại trú.

- Sưng nề nhiều hoặc có tổn thương phối hợp thì theo dõi điều trị nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Hội chứng chèn ép khoang rất hay gặp: theo dõi sát để phát hiện sớm, chuyển mổ cấp cứu giải ép khoang, XỬ TRÍ mạch máu theo tổn thương, kết hợp xương.

- Bỏ sót băng buộc vòng quanh ở cổ chân khi nắn bó bột trên khung Boehler: cách đề phòng tốt nhất là đặt dây rạch dọc ở trong cùng, khi rạch tiến hành rạch từ trên xuống dưới, nửa chừng thì rạch từ dưới lên trên, khi 2 đường rạch gần gặp nhau thì túm cả 2 đầu dây kéo lên mà rạch nốt. Khi cầm dây rạch dọc kiểm tra, nếu dây còn nguyên vẹn không bị đứt, nghĩa là bột đã được rạch không sót dù chỉ là 1 sợi gạc.

**BỘT ĐÙI - CẲNG - BÀN CHÂN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Bột đùi - cẳng - bàn chân (Gouttière) là loại bột bó từ gốc đùi đến khớp bàn-ngón các ngón chân.

- Bột đùi - cẳng - bàn chân được giới hạn bởi:

+ Phía trên: bên ngoài là cực dưới của mấu chuyển lớn xương đùi, bên trong là dưới nếp bẹn chừng 2 cm.

+ Phía dưới là khớp bàn-ngón các ngón chân (giống như bột cẳng - bàn chân).

- Bột đùi - cẳng - bàn chân được sử dụng chủ yếu trong các thương tích vùng gối, cẳng chân.

- Để chống di lệch xoay, người ta bó bột đùi - cẳng - bàn chân có que ngang.

- Bột Đùi - cẳng - bàn chân là 1 bột lớn, phải bó 2 thì, cần có nhiều người tham gia.

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Gãy đầu dưới xương đùi (1 hoặc 2 lồi cầu xương đùi, liên lồi cầu).

2. Gãy đầu trên xương cẳng chân (mâm chầy, chỏm hay cổ xương mác).

3. Gãy xương cẳng chân (1 hoặc 2 xương ở mọi vị trí, trừ mắt cá).

4. Gãy kín hoặc gãy hở độ I theo Gustilo.

5. Sau một số phẫu thuật vùng đùi, gối, cẳng chân (gãy xương, viêm xương...).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Gãy hở độ II trở lên.

2. Có tổn thương mạch máu, thần kinh, có hội chứng chèn ép khoang.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Chuyên khoa chấn thương: 4 (1 chính, 2 trợ thủ viên). Người bệnh gây mê: chuyên khoa gây mê hồi sức: 2 (1 gây mê, 1 phụ mê).

**2. Phương tiện**

- Bàn nắn:

+ Trường hợp đơn giản, ít lệch: bàn nắn bình thường (như bàn nắn bó bột Cẳng - bàn chân). Cần 1 độn gỗ để kê dưới khoeo người bệnh.

+ Trường hợp khó, phức tạp: bàn nắn chỉnh hình có hệ thống kéo và căng chỉnh (bàn Pelvie).

- Thuốc gây tê hoặc gây mê: tùy theo người bệnh là trẻ em hay người lớn, thể hình to hay bé để dự trù lượng thuốc dùng cho hợp lý. Kèm theo là các dụng cụ để gây tê, gây mê, hồi sức...Nắn xương cẳng chân rất vất vả do nhiều cơ lớn và khỏe, nên nhiều trường hợp phải gây mê, thậm chí còn phối hợp thuốc giãn cơ.

- Bột thạch cao: bột đùi - cẳng - bàn chân là 1 bột lớn, nên cần dùng bột khổ lớn. Số lượng chừng 8-10 cuộn. Trong đó: 4 - 5 cuộn khổ 20 cm, 3-4 cuộn khổ 15 cm.

- Các dụng cụ khác tương tự như để bó bột khác đã nêu ở các bài trên.

**3. Người bệnh**

Thăm khám kỹ, giải thích kỹ, vệ sinh sạch sẽ, nhịn ăn nếu gây mê.

**4. Hồ sơ**

Ghi cẩn thận, đầy đủ. Gây mê nắn: cần có cam kết chấp nhận thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH BÓ BỘT ĐÙI - CẲNG - CẲNG - BÀN CHÂN**

**1. Người bệnh**

Tư thế nằm ngửa, cởi hoặc cắt bỏ quần bên chân bó bột.

**2. Các bước tiến hành**

***2.1. Bó bột trên bàn nắn thông thường:***

**- Bước 1:** Quấn lót chân bằng giấy vệ sinh, hoặc bông, hoặc đi bít tất vải Jersey. Vùng khớp gối và cổ chân cần độn lót dầy hơn tránh đau và sự tỳ đè gây loét.

Đặt dây rạch dọc trước đùi, gối, cẳng bàn chân (cho bột cấp cứu). Dây rạch dọc nên để dài một chút cả về 2 đầu, đầu trên lên quá nếp bẹn chừng 20-30 cm, đầu dưới nên cài vào kẽ ngón 2-3, vòng quanh ngón 2 để dây khỏi tuột khi rạch bột.

**- Bước 2:** bó bột thì 1 (bó bột Cẳng - bàn chân): Dùng độn gỗ kê dưới khoeo người bệnh. Rải và đặt 1 nẹp bột tăng cường ở phía sau cẳng, bàn chân để tiến hành bó bột cẳng - bàn chân. Quấn bột xuất phát điểm là từ cổ chân, quấn từ dưới lên trên rồi từ trên xuống dưới theo kiểu xoáy trôn ốc, bó đến đâu xoa và vuốt đến đó cho bột kết dính tốt hơn, khi cảm thấy bột đủ độ dầy thì được. Lưu ý 3 điểm:

+ Một là: vùng trước cổ chân cũng giống như vùng trước của khuỷu tay, nếu bó không khéo thì bột sẽ bị căng như 1 dây cung, vừa xấu bột, vừa không bất động được tốt. Nên dùng bột cỡ nhỏ và nhiều khi dùng kéo cắt xẻ tà (cắt bán phần băng bột khi bó bột đến cổ chân), để XỬ TRÍ hiện tượng căng bột, bột sẽ đẹp hơn.

+ Hai là: Nơi mép trên của bột bó thì 1, nên bó mỏng dần, nếu bó dầy vuông thành sắc cạnh, khi bó bột thì 2 nối vào, bột dễ bị cộm hoặc dễ long lở, gãy bột.

+ Ba là: nên làm nhanh tay, vì bột bó 2 thì, nếu làm chậm, bột thì 1 đã khô cứng hẳn, sẽ khó kết dính tốt với bột bó ở thì 2 (giống như thợ xây đổ bê tông 2 thì, họ cũng phải làm như vậy thì khối bê tông mới vững chắc được).

**- Bước 3:** bó bột thì 2 (bó tiếp bột lên đùi): Bỏ độn gỗ, 1 trợ thủ viên cầm cổ chân kéo chếch chân người bệnh lên, 1 trợ thủ viên dùng 2 tay đỡ dưới đùi người bệnh và kỹ thuật viên chính tiến hành bó bột. Rải tiếp 1 nẹp bột to bản, ngâm nhanh, vắt ráo nước và đặt phía sau đùi, đầu dưới nẹp gối lên mép bột vừa bó ở thì 1. Dùng bột khổ to quấn đè lên 1 phần bột đã bó, cũng quấn bột vòng tròn, xoáy trôn ốc từ dưới lên trên, rồi từ trên xuống dưới, đến khi thấy đủ độ dầy thì thôi, theo mốc đã định từ ban đầu. Chú ý tăng cường chỗ bột nối 2 thì để bột khỏi bị long lở.

***2.2. Bó bột trên bàn chỉnh hình (Pelvie):*** vẫn bó 2 thì, nhưng khác là:

+ Thì 1: bó ống bột trước (xem bài Ống bột). Bột ở gần cổ chân cũng bó mỏng dần, để khi bó bột thì 2 nối vào, bột khỏi bị cộm, đẹp và không bị đau.

+ Thì 2: Bó nối thêm bột ở cổ chân, bàn chân: sau khi bó xong ống bột, đỡ người bệnh khỏi bàn Pelvie, đặt nằm trên bàn thường, bó nối tiếp phần bột ở cổ, bàn chân (như bó bột Cẳng - bàn chân). Bàn Pelvie chúng tôi sẽ mô tả kỹ cấu tạo và cách sử dụng trong bài Bột Chậu - lưng - chân. Nếu bột cấp cứu thì rạch dọc bột.

2.3. Bột đùi - cẳng - bàn chân que ngang: để chống di lệch xoay, bằng cách bó đến cổ chân được 4-5 lớp thì đặt 1 que ngang dưới vùng gót (que ngang này đặt song song với mặt phẳng nằm ngang), bó tiếp bột ra ngoài, đến khi xong.

**VI. THEO DÕI**

- Nhẹ thì điều trị ngoại trú.

- Sưng nề nhiều hoặc có tổn thương phối hợp thì theo dõi điều trị nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Hội chứng chèn ép khoang rất hay gặp: theo dõi sát để phát hiện sớm, chuyển mổ cấp cứu giải ép, kết hợp xương.

- Sưng nề, có phỏng nước: nới rộng bột, gác cao chân, hết sưng nề mới thay bột.

**BỘT ỐNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Bột ống hoặc còn gọi là ống bột (Tuteur), là bột hình ống được giới hạn bởi:

+ Phía trên là: ở ngoài là cực dưới mấu chuyển lớn xương đùi, ở trong là dưới nếp bẹn 2 cm

+ Phía dưới là cổ chân, trên nếp gấp trước cổ chân 1- 2 cm

- Ống bột được sử dụng khi tổn thương vùng gối và vùng gần gối. Các tổn thương vùng xa gối: nếu gần cổ chân người ta thường bó bột cẳng - bàn chân, nếu thân xương đùi thì ngược lại, bó bột chậu - lưng - chân.

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Gãy xương bánh chè, trật khớp xương bánh chè do chấn thương (đã nắn).

2. Gãy 1 hoặc 2 lồi cầu đùi, liên lồi cầu xương đùi ít di lệch hoặc không lệch.

3. Gãy đầu trên 1 hoặc 2 xương cẳng chân ít di lệch hoặc không lệch (mâm chầy, đầu trên xương mác, gai chầy).

4. Các loại gãy xương kể trên có lệch nhưng vì lý do nào đó không mổ được (thể trạng yếu, có bệnh toàn thân nặng như ung thư di căn, tiểu đường, tim mạch, huyết áp, rối loạn đông máu, tâm thần phân liệt, các trường hợp từ chối mổ...).

5. Tổn thương các loại dây chằng và bong chỗ bám của các dây chằng vùng khớp gối (dây chằng chéo trước, dây chằng chéo sau, dây chằng bên ngoài, dây chằng bên trong...).

6. Sau nắn trật khớp gối, sau mổ khớp gối (gãy hở, vết thương khớp gối, đứt gân bánh chè, đứt gân tứ đầu đùi, dẫn lưu mủ, hàn khớp gối...).

7. Chấn thương, chạm thương, tụ máu khớp gối.

8. Một số bệnh lý vùng khớp gối (viêm, lao, hư khớp, Osgood Schlatter...).

9. Sau một số phẫu thuật ở vùng gối.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tương tự như với các loại bột đã nói ở các bài trên.

1. Gãy xương hở từ độ II trở lên, trật hở khớp gối.

2. Có tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng chèn ép khoang.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Chuyên khoa xương: 3 người (1 kỹ thuật viên chính, 2 trợ thủ viên).

- Nếu có gây mê: 1 hoặc 2 chuyên khoa gây mê.

**2. Phương tiện**

- 1 Bàn nắn thông thường, 1 độn gỗ cao để kê cao gót chân.

- Bột thạch cao: 5 - 6 cuộn bột cỡ lớn.

- Các dụng cụ khác (giống như để bó các loại bột khác).

**3. Người bệnh**

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương, nhất là những tổn thương lớn có thể gây tử vong trong quá trình nắn bó bột (chấn thương sọ não, chấn thương ngực, vỡ tạng đặc, vỡ tạng rỗng...).

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật, để người bệnh khỏi bị bất ngờ, động viên để họ yên tâm, hợp tác tốt với thầy thuốc. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng xương gãy, cởi hoặc cắt bỏ tay áo bên tay gãy.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5 - 6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược (nước hoặc thức ăn từ dạ dầy tràn sang đường thở gây tắc thở).

**4. Hồ sơ:**

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH BÓ BỘT**

**1. Người bệnh**

- Nằm ngửa, gót chân kê cao trên độn gỗ.

- Được cởi hoặc cắt bỏ quần bên bó bột.

- Nếu hút dịch hoặc máu tụ khớp gối, phải đảm bảo nguyên tắc vô trùng: vệ sinh bằng xà phòng, sát trùng cồn 70o rộng rãi, trải toan lỗ đã hấp tiệt trùng, đi găng hấp. Chọc hút: dùng bơm tiêm 20 ml hoặc to hơn, kim to và dài, chọc ở vị trí túi cùng cơ tứ đầu đùi ngoài (phần căng phồng ở phía trên-ngoài của cực trên xương bánh chè). Chỉ cần chọc hút ở 1 vị trí trên, do các túi cùng thông nhau, dịch hoặc máu tụ sẽ ra tốt. Không cố hút hết dịch hoặc máu, còn một ít, dịch hoặc máu sẽ tự tiêu trong 1 vài tuần.

2. Các bước tiến hành bó bột: sau khi nắn xương (nếu gãy có di lệch) và làm các thủ thuật khác (hút máu tụ, hút dịch...), kê gót chân người bệnh lên độn gỗ, rồi:

**Bước 1:** Quấn giấy hoặc bông lót, hoặc lông tất jersey, đặt dây rạch dọc mặt trước đùi, gối, cẳng chân. Vùng khớp gối và cổ chân nên độn dầy hơn để đỡ đau và đỡ chèn ép. Đặt dây rạch dọc (với bột cấp cứu) ở phía trước đùi, gối, cẳng chân).

**Bước 2:** Đặt nẹp bột: Rải 1 nẹp bột bằng bột khổ rộng theo độ dài đo trước, theo mốc đã định, chú ý vuốt cho nẹp bột phẳng phiu, đỡ cộm khi bó bột.

**Bước 3:** Quấn bột: trong khi trợ thủ 1 giữ nẹp bột vào mặt sau đùi, 1 tay dưới đầu trên nẹp, 1 tay dưới khoeo người bệnh, trợ thủ 2 giữ nẹp bột, 1 tay dưới mặt sau cẳng chân, 1 tay dưới đầu nẹp ở cổ chân. Kỹ thuật viên chính tiến hành quấn bột. Dùng bột to bản quấn từ giữa gối, quấn từ dưới lên trên, rồi từ trên xuống dưới kiểu xoáy trôn ốc, quấn đến đâu, trợ thủ viên nhấc tay ra đỡ chân người bệnh ở vị trí khác, 2 trợ thủ viên nhớ dùng cả lòng bàn tay để đỡ bột và thay đổi liên tục vị trí đỡ bột để bột khỏi bị móp,bị lõm. Thường thì bó 6-8 lớp là đủ. Xoa, vuốt, chỉnh trang cho bột nhẵn, phẳng và đẹp. Đỡ bột cho khô dần ở tư thế duỗi (nhưng không để ưỡn tối đa, gây khó chịu khi mang bột).

**Bước 4:** Rạch dọc bột (nếu bột cấp cứu).

**VI. THEO DÕI**

- Nhẹ thì điều trị ngoại trú.

- Sưng nề nhiều hoặc có tổn thương phối hợp thì theo dõi điều trị nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Lưu ý: với các thương tổn vùng 1/3 trên cẳng chân, mâm chầy, lồi cầu xương đùi...cần theo dõi sát sao nhằm phát hiện sớm các biểu hiện của hội chứng chèn ép khoang hoặc rối loạn dinh dưỡng nặng để có biện pháp XỬ TRÍ kịp thời.

**BỘT CHẬU - LƯNG – CHÂN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Bột chậu - lưng - chân (Pelvie) là loại bột gồm 2 phần: một phần ôm vòng quanh khung chậu và bụng dưới được liên kết với một phần là toàn bộ chân bên tổn thương (phần bột ở chân về bản chất không khác gì 1 bột Đùi - cẳng - bàn chân).

- Bột chậu - lưng - chân là 1 loại bột lớn, muốn bó được cần phải có bàn đặc dụng (bàn chỉnh hình Pelvie), và cần nhiều người phục vụ.

- Bột chậu - lưng - chân thường sử dụng trong các thương tổn ở vùng háng và vùng đùi, trong đó hay sử dụng nhất là để bất động gãy xương đùi ở trẻ em.

- Bột chậu - lưng - chân cấp cứu cũng phải rạch dọc, rạch dọc từ bẹn trở xuống.

- Gãy xương đùi ở vị trí 1/3 giữa, 1/3 trên, người ta thường bó bột cả phần đùi bên đối diện nữa, mục đích để bất động được tốt hơn (bột chậu - lưng - chân- đùi).

- Trong gãy xương đùi, giai đoạn đầu bắt buộc phải bó bột chậu - lưng - chân. Nhưng khi đã có can, để bất động thêm 1 thời gian nữa tùy theo vị trí gãy cao hay thấp, có thể thay bằng bột chậu - lưng - đùi (đến gối) hoặc chậu - lưng - cổ chân (đến cổ chân). Bột ếch cũng là 1 kiểu bột chậu - lưng - chân, giống với tư thế sản khoa, dùng cho cho người bệnh dưới 2 tuổi, để dễ săn sóc khi trẻ đại tiểu tiện.

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Gãy xương đùi trẻ em, ở mọi vị trí.

2. Gãy cổ xương đùi, vỡ chỏm xương đùi ít lệch (hoặc di lệch nhưng đã được phẫu thuật).

3. Gãy ổ cối : Trong một số trường hợp vỡ xương chậu, toác khớp mu.

4. Gãy mấu chuyển lớn, mấu chuyển bé, gãy liên mấu chuyển.

5. Sau nắn trật khớp háng (cả khớp háng tự nhiên và khớp háng nhân tạo).

6. Bệnh lý về khớp háng: viêm khớp háng, lao khớp háng, Perthès...

7. Sau mổ các thương tổn và bệnh lý vùng háng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Gãy hở xương độ II theo Gustilo trở lên chưa được XỬ TRÍ phẫu thuật.

2. Có tổn thương đụng dập nặng phần mềm vùng háng, đùi, khoeo, cẳng chân.

3. Có tổn thương mạch máu, thần kinh, theo dõi hội chứng khoang.

4. Có tổn thương bụng hoặc theo dõi tổn thương bụng, đa chấn thương, người bệnh đang trong trạng thái shock.

5. Người bệnh có thai.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Chuyên khoa xương: 4-5 người, ít nhất cũng là 4 (1 chính, 3 phụ).

- Nếu người bệnh cần gây mê: 1 hoặc 2 chuyên khoa gây mê.

**2. Phương tiện**

Tương tự như bó bột Đùi - cẳng - bàn chân. Khác là:

- Thuốc gây tê hoặc gây mê: Thường là gây mê. Tùy theo người bệnh là trẻ em hay người lớn, thể hình to hay bé để dự trù lượng thuốc dùng cho hợp lý. Kèm theo là các dụng cụ để gây tê, gây mê, hồi sức...Do có nhiều cơ lớn và khỏe (các cơ vùng đùi, kèm theo đó là các cơ chậu hông-mấu chuyển), nên việc kéo nắn và bó bột chậu - lưng - chân gặp khó khăn hơn tất cả các loại bột khác, phải gây mê, thậm chí cuộc gây mê có thể kéo dài hơn, nhiều khi phải sử dụng cả thuốc giãn cơ mới đạt kết quả.

- Bàn nắn: bó bộ chậu - lưng - chân dù có phải nắn xương hay không, nặng hay nhẹ, thì cũng đều bắt buộc phải có bàn chuyên dụng (bàn chỉnh hình Pelvie). Cấu tạo 1 bàn chỉnh hình gồm 3 phần chủ yếu:

+ Phần 1: Bộ phận phía đầu: là 1 bàn để người bệnh nằm, mặt bàn phải phẳng, rộng, chắc chắn và cố định, để đỡ toàn bộ lưng, cổ và đầu người bệnh.

Có 2 giá đỡ 2 tay.

+ Phần 2: Bộ phận trung tâm: là 1 giá đỡ xương cùng cụt và 2 mông, có 1 ống kim loại hình trụ, đường kính chừng 4-5 cm, cao chừng 15-17 cm theo chiều thẳng đứng, để giữ vững vùng xương cùng cụt lại làm đối lực khi ta kéo nắn ở 2 chân. Ống đối lực bằng kim loại này thường được bọc lót đủ êm để khi kéo nắn không gây loét vùng cùng cụt. Giá đỡ này không cố định hẳn, khi rỗi có thể thu gọn lại ở gầm bàn đã mô tả ở phần 1.

+ Phần 3: Bộ phận phía cuối: là 2 khung đỡ 2 chân, choãi ra 2 bên như hình chữ V, có gắn 2 đế giầy bằng kim loại để cố định 2 chân người bệnh và kèm theo mỗi đế giầy là 1 bộ vô lăng, trục xoắn để căng chỉnh. Bộ phận này không cố định, có thể tháo lắp tùy khi sử dụng hay không.

- Bột thạch cao: bột Chậu - lưng - chân là 1 bột rất lớn, nên cần: 15 cuộn bột khổ 20 cm. Có thể chuẩn bị thêm vài cuộn bột cỡ nhỏ hơn (15 cm) để bó vùng cổ chân, bàn chân.

**3. Người bệnh:** được thăm khám kỹ tránh bỏ sót tổn thương, được giải thích kỹ, vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ quần, nếu gây mê phải dặn nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ.

**4. Hồ sơ:** ghi đầy đủ ngày giờ xảy ra tai nạn, ngày giờ bó bột, hướng dẫn dặn dò người bệnh, nếu gây mê phải có giấy cam kết thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH BÓ BỘT CHẬU - LƯNG - CHÂN**

**1. Người bệnh**

- Tư thế: Nằm ngửa trên bàn chỉnh hình.

+ Lưng trở lên đặt nằm trên phần 1 của bàn.

+ Vùng cùng cụt được đặt trên giá đỡ thuộc phần 2 của bàn. Bụng, thắt lưng, cùng cụt được giải phóng hoàn toàn xung quanh để bó bột vùng chậu.

+ 2 chân của người bệnh được cố định vào phần 3 của bàn, nơi có 2 đế giầy gắn vào khung. Lông mu cần được che phủ khỏi bị dính bột, gây đau khi tháo bột.

**2. Các bước tiến hành:** Sau khi quấn giấy vệ sinh hoặc bông lót, bó bột 2 thì

***2.1. Thì 1:*** bó bột Chậu - lưng - đùi: (bó xuống đến gối hoặc 1/3 dưới cẳng chân).

- Người bệnh được đặt nằm trên bàn như đã mô tả ở trên, hai bàn chân được cố định chặt vào 2 đế giầy của khung kéo. Với người bệnh nam, nhớ vén bìu người bệnh lên để khi kéo nắn bìu không bị kẹt vào ống đối lực.

- Quay vô lăng để căng chỉnh, nắn xương gãy. Chân bên lành cũng được căng chỉnh làm đối lực, nhưng lực căng thường giảm hơn bên chân có tổn thương.

- Chỉnh 2 khung đỡ 2 chân cho chân dạng ra hoặc khép vào, xoay vào hoặc xoay ra theo ý muốn rồi cố định khung lại (bằng cờ-lê có sẵn). Quấn giấy vệ sinh hoặc bông lót toàn bộ vùng định bó bột (nên quấn lót rộng rãi hơn phần bó bột).

- Đo chu vi khung chậu và dùng bột khổ lớn nhất (20 cm) để rải 1 đai bột to, rộng (thường rộng từ 20 cm trở lên, tùy hình thể người bệnh), đủ dài để bó vòng quanh khung chậu và bụng. Ngâm bột nhanh, vắt ráo nước, vuốt phẳng đai bột, luồn qua dưới lưng người bệnh. Bên kia, trợ thủ viên đón đầu đai bột. Đưa 2 đầu đai bột gặp nhau và gối lên nhau ở trước giữa bụng. Nên đặt 1 gối mỏng trước bụng, bó xong thì rút bỏ để tránh bột chặt khi người bệnh ăn no.

- Rải tiếp 2 nẹp bột to bản nữa, đủ dài:

+ 1 nẹp đặt từ trước bụng bên tổn thương, gối lên phần đai bột đã đặt trước đó (đai bột vòng quanh khung chậu và bụng). Quấn bắt chéo qua cung đùi ra ngoài, để ra sau đùi, quấn chéo từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong cho hết nẹp bột.

+ 1 nẹp bột nữa tương tự, nhưng quấn chéo và xoáy trôn ốc theo chiều ngược lại với nẹp bột trên. Xuất phát điểm từ sau mào chậu, quấn vòng từ trên xuống dưới, qua mào chậu để từ ngoài vào trong, từ trước ra sau và cuối cùng từ trong ra ngoài cho hết chiều dài của nẹp bột. Mép trên của nẹp bột trùng với cung đùi. Có thể đặt 2 nẹp bột trên song song nhau, cùng chiều, gối nhau 1 ít, đỡ bị cộm.

- Dùng bột rải kiểu Zích-zắc tăng cường vùng trước bẹn. Đến đây coi như xong phần rải và đặt các nẹp bột.

- Quấn bột: dùng bột to bản (cỡ 20 cm) quấn từ trên xuống dưới, đến 1/3 dưới cẳng chân hoặc gần cổ chân thì dừng lại, quấn ngược lên trên, quấn lên quấn xuống như vậy đến khi cảm thấy đủ dầy thì được. Nhớ quấn bổ sung cho đai bột ở xung quanh bụng và khung chậu đã được đặt ban đầu. Sửa sang, chỉnh trang cho đẹp. Cũng như các loại bột bó 2 thì khác, chỗ bột nối nhau giữa 2 thì nên bó mỏng dần để khi bó bột thì 2 gối lên khỏi bị cộm.

Nếu bó bột Chậu - lưng - chân-đùi, phần bột đùi đối diện được bó đồng thời với bên đùi tổn thương, đặt các nẹp và kỹ thuật bó tương tự như bên đùi tổn thương.

***2.2. Thì 2***

- Cắt băng cố định cổ bàn chân khỏi đế giày.

- Đưa người bệnh sang bàn nắn thường để bó nốt bột Cẳng - bàn chân. Tăng cường bột ở chỗ nối giữa 2 thì. Xong rồi thì xoa cho bột đẹp và mịn. Lau chùi sạch các ngón chân để dễ theo dõi. Nếu bó bột cấp cứu, vẫn rạch dọc bột từ bẹn trở xuống. Trẻ em dưới 2 tuổi: bó bột Ếch để dễ săn sóc khi vệ sinh.

**VI. THEO DÕI**

- Nhẹ: theo dõi điều trị ngoại trú (chủ yếu trong điều trị gãy xương đùi ở trẻ em).

- Nặng, có tổn thương phối hợp, sưng nề: cho vào viện theo dõi điều trị nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Tương tự như với các loại bột khác, lưu ý thêm:

- Khi người bệnh đau bụng, cần nhanh chóng rạch dọc bột ở phần bụng và rạch dọc bột từ bẹn trở xuống, để tiện cho việc theo dõi, thăm khám và xử trí. Theo dõi, nếu không phải XỬ TRÍ cấp cứu ngoại khoa, sẽ quấn tăng cường để trả lại nguyên trạng của bột sau.

- Bột bó 2 thì, thì 1 bột được bó khi chân được kéo rất căng trên khung, bó xong rồi chân người bệnh được giải phóng sức căng, chân sẽ dồn lên do lực co của cơ, dễ gây chèn ép và mép bột có thể thúc vào bẹn gây đau hoặc loét, nên phải quấn độn lót cho dầy, nhất là vùng bẹn, gối, cổ chân. Bó xong nên sửa mép bột ở bẹn cho rộng rãi.

**NẮN BÓ BỘT TRẬT KHỚP HÁNG**

1. **ĐẠICƯƠNG:**
   * Khớp háng cũng là 1 khớp chỏm (giống như khớp vai), là khớp lớn nhất cơ thể, ổ khớp rất sâu, được nhiều cơ che phủ nên trật khớp háng phải do 1 chấn thương rất nặng và việc phẫu thuật cũng gặp nhiều khó khăn. Ổ cối là nơi gặp nhau của 3 xương (chậu, ngồi, mu), điểm yếu ở giữa hõm khớp nên một khi ổ cối bị vỡ, chỏm xương đùi chui qua chỗ gẫy tạo trật khớp kiểu trungtâm.
   * Tuổi hay gặp là thanh niên và trung niên (tuổi lao động), nam gặp nhiều hơn nữ (4/1). Điều này có thể lý giải bởi nam giới ở tuổi này thường phải làm những công việc nặng nhọc, vất vả hơn nữ giới. Đa số là gặp trật khớpkín.
   * Nguyên nhân hay gặp ở phương Tây thường do người bệnh đang lái xe ô tô, xe bị dừng lại đột ngột, đùi đang khép, đầu gối bị dồn thúc vào phần cứng ở phía trước, lực mạnh truyền từ gối lên thân và chỏm xương đùi làm chỏm bị trật ra sau ổ cối. Ở ta, ngoài nguyên nhân trên, còn hay gặp khi ngã cao, hoặc các tai nạn laođộng.
   * Phân loại: Theo vị trí chỏm xương đùi trật ra ở đâu, người ta chia ra 5 kiểutrật:

+ Kiểu chậu: chỏm xương đùi ra sau, lên trên, và ra phía ngoài ổ cối. Lâm sàng thấy đùi khép và xoay trong.

+ Kiểu ngồi: chỏm xương đùi ra sau, xuống dưới, và ra phía ngoài ổ cối.

Lâm sàng đùi khép và xoay trong.

+ Kiểu mu: chỏm xương đùi ra trước ra trước, lên trên, vào phía trong ổ cối và có thể nhìn thấy rõ hoặc sờ thấy được ở vùng nếp bẹn. Lâm sàng thấy đùi dạng, xoay ngoài.

+ Kiểu bịt: chỏm xương đùi nằm ở trước hố bịt (ra trước, xuống dưới, và phía trong ổ cối). Lâm sàng thấy đùi dạng và xoay ngoài.

+ Kiểu trung tâm: chỏm xương đùi chui qua chỗ xương gẫy ở ổ cối vào trong tiểu khung. Lâm sàng thường khó chẩn đoán, chỉ phát hiện qua phim X quang.

1. **CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN TRẬT KHỚPHÁNG**
2. Trật khớp kín. Trật khớp háng đến sớm (3 tuần trởlại).
3. Trật khớp háng đơn thuần (không có gẫy xương vùng háng kèmtheo).
4. Trật khớp háng có kèm gẫy xương vùng háng nhưng ít dilệch.
5. Trật khớp háng có kèm gẫy xương vùng háng di lệch nhưng không đủ điều kiện mổ (bệnh toàn thân nặng, các trường hợp khó khăn về kinh tế hoặc người bệnh từ chốimổ).
6. **CHỐNG CHỈĐỊNH:**
7. Trật khớp hở chưa XỬ TRÍ phẫu thuật. Trật khớp háng đến muộn (sau 3 tuần).
8. Có vỡ xương chậu nặng (gẫy Malgaigne).Gẫy đùi, cẳng chân cùngbên.
9. Người bệnh có chấn thương nặng ở tạng khác, đa chấn thương, hôn mê, hoặc không đủ điều kiện gâymê.
10. **CHUẨNBỊ:**
11. **Ngườithựchiện**:donắntrậtkhớphángbắtbuộcphảigâymê,nêncần:
    * Kỹ thuật viên xương bột: 3-4 người (1 chính, 2-3 trợ thủviên).
    * Chuyên khoa gây mê hồi sức: 2 người (1 bác sỹ gây mê, 1 phụmê).
12. **Phươngtiện**
    * 1 ván cứng, nếu không có ván cứng, dùng bàn nắn thông thường. Nắn trên bàn cần 1 bàn nữa kê bên cạnh cho kỹ thuật viên quỳnắn.
    * 1 bàn chỉnh hình (Pelvie): để nắn trật khớp kiểu trung tâm và để bó bột Chậu-lưng-chân sau khi đã nắnxong.
    * Bột thạch cao: tùy theo, nếu bó bột chống xoay (với trật khớp đơn thuần): 6-8 cuộn bột cỡ lớn 20 cm và vài cuộn bột cỡ 15 cm. Nếu bó bột Chậu- lưng-chân (với trật khớp không vững, trật khớp có kèm vỡ xương vùng khớp như vỡ ổ cối, vỡ chỏm xương đùi, vỡ mấu chuyển lớn...): 15 cuộn bột cỡ 20cm.
    * Dụng cụ gây mê, thuốc gây mê (do bác sỹ gây mê chuẩnbị).
    * 1 đai vải to bản làm đai số 8 để kéo nắn, thường lấy khăn mổ hoặc toan mổ lớn, xoắn lại và buộc chéo 2 góc đối đỉnh làm đai số8.
    * 1 đai vải nữa để buộc giữ khung chậu người bệnh vào cáng làm đốilực.
    * Các dụng cụ khác để phục vụ bó bột (giấy vệ sinh, bông lót cuộn, dây rạch dọc... như để bó các loại bộtkhác).
13. **Người bệnh**

Mọi trường hợp trật khớp háng người bệnh đều cần phải gây mê, nên cần dặn người bệnh nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, và làm tờ cam kết, chấp nhận thủ thuật. Người bệnh được cởi bỏ quần (kể cả quần lót).

1. **Hồsơ**
   * Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khámlại.
   * Vì người bệnh gây mê để nắn, cần có tờ cam kết chấp nhận thủthuật.
2. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN, BẤT ĐỘNG TRẬT KHỚPHÁNG:**

Ở đây chúng tôi chỉ nói đến phương pháp Boehler, 1 trong những phương pháp kinh điển, dễ làm, an toàn, và cho đến hiện nay nhiều bệnh viện và trung tâm lớn vẫn đang áp dụng. Các phương pháp khác chỉ có ý nghĩa tham khảo.

1. **Người bệnh**
   * Đặt nằm ngửa trên ván cứng trên sàn nhà. Tư thế háng gấp 90o, gối gấp 90o. Dùng 1 đai vải đối lực cố định chắc khung chậu vào cáng. Người bệnh được gây mê (việc tiền mê, gây mê, hồi sức do bác sỹ gây mê thựchiện).
2. **Tiến hànhnắn**
   * Người nắn quỳ cùng bên chân địnhnắn.
   * Quàng 1 đai vải số 8 qua cổ người nắn, đầu kia đai số 8 qua khoeo người bệnh. Chỉnh đai số 8 sao cho vừa, dài quá đai bị trùng không có lực, ngắn quá người nắn sẽ phải cúi quá cũng không có lực (thường người nắn cúi khoảng 30o là vừa).
   * Người nắn từ từ nâng cao cổ và lưng lên, đồng thời dùng 1 tay vít cổ chân người bệnh xuống làm lực đòn bẩy nhằm nâng gối của người bệnh lên cao dễ dàng hơn.
   * Kéo từ từ, đủ lực, đủ thời gian (khoảng 5-7 phút), khớp sẽ vào, nghe tiếng “khục” là được. Nếu thấy khó khăn, sửa thêm tư thế (nếu trật ở tư thế khép thì cho chân dạng, nếu trật tư thế dạng thì cho chân khép, nếu trật ở tư thế xoay trong thì cho chân xoay ngoài và ngược lại). Nếu vẫn khó vào, dùng đầu gối của mình độn dưới khoeo người bệnh nâng lên (phối hợp với kiểu nắn của Kocher). Với người nắn khỏe lại có kinh nghiệm, đôi khi không cần dùng đai số 8, người nắn ngồi lên cổ chân người bệnh như kiểu trẻ em ngồi chơi bập bênh, dùng 1 cẳng tay hoặc 2 cẳng tay bắt chéo dưới khoeo người bệnh để kéo nắn, dùng luôn 2 tay ở dưới khoeo đưa gối người bệnh ra hay vào để sửa tư thế, tùy theo kiểu trật. Lưu ý: kéo nắn kiểu này có thể làm gẫy xương cánh tay ngườinắn.
3. **Bấtđộng**
   1. Ngày xưa người ta hay buộc chéo chân với trật háng đơn thuần, nay phương pháp này không được áp dụng nữa, do tư thế này gây khó chịu cho ngườibệnh.
   2. Bó bột chống *xoay* (với trật khớp đơn thuần): bó bột Cẳng-bàn chân có que ngang, có thể bó lên đến giữa đùi, để gối không co lại được, sẽ gián tiếp làm háng không co lên, từ đó khớp háng khó trậtra.
   3. Bột Chậu-lưng-chân (với trật khớp kèm vỡ xương vùng háng, trật khớp háng kiểu trungtâm).

**- Thì 1**: sau khi người bệnh được gây mê.

+ Đặt người bệnh trên bàn chỉnh hình, quấn bông lót toàn bộ vùng định bó

bột.

+ Đặt 1 nẹp bột to bản vòng quanh bụng và khung chậu, 2 nẹp bột khác

đặt chéo đi chéo lại (hoặc đặt song song, gối mép lên nhau) qua vùng háng đau.

+ Quấn bột từ trên xuống dưới, từ dưới lên trên theo các nẹp bột đã đặt, thành 1 bột Chậu-lưng-đùi. Đợi bột khô đỡ người bệnh xuống bàn thường để bó nốt thì 2.

**- Thì 2**: bó nốt bột ở cẳng-bàn chân: bó nối tiếp và gối đè lên phần bột đã bó ở thì 1. Lưu ý tăng cường bột chỗ nối 2 thì để bột khỏi long lở.

* 1. Kéo liên tục với trật háng kiểu trungtâm.

1. **Thời gian bấtđộng**

Ba tuần với trật đơn thuần, và 4-5 tuần với trật khớp kèm gẫy xương.

1. **THEODÕI**
   * Trật khớp háng đơn thuần: theo dõi ngoạitrú.
   * Trật khớp háng kèm gẫy xương hoặc có tổn thương phối hợp: điều trị nộitrú.

**QUY TRÌNH KỸ THUẬT HÚT DỊCH KHỚP GỐI**

**(tràn dỊch khỚp gỐi)**

**ĐẠI CƯƠNG**

       Khớp gối được tạo nên bởi đầu dưới xương đùi, đầu trên xương chày và xương bánh chè. Màng hoạt dịch khớp gối rất rộng, bao phủ đủ toàn bộ khớp gối và tạo nên túi cùng màng hoạt dịch lót trong khớp gối vị trí trên xương đùi và dưới xương bánh chè. Khi khớp gối bị tràn dịch, dịch khớp thường tập trung tại túi cùng màng hoạt dịch

      Tràn dịch khớp gối có thể gặp trong một số bệnh lý: thoái hóa khớp gối có phản ứng viêm, các bệnh viêm khớp tự miễn (viêm khớp dạng thấp, lupus..), gút, bệnh lý cột sống huyết thanh âm tính, hay nhiễm khuẩn khớp, chấn thương khớp, bệnh lý rối loạn đông máu...

**CHỈ ĐỊNH**

* + Hút dịch làm xét nghiệm dịch để chẩn đoán nguyên nhân
  + Hút tháo dịch để điều trị
  + Hút dịch sau đó tiêm khớp điều trị

**CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

* + Các bệnh lý rối loạn đông máu.
  + Nhiễm khuẩn ngoài da tại vị trí khớp định chọc hút.

**CHUẨN BỊ**

***Phương tiện***

* + Kim chọc hút (18Gauche, 20Gauche, 23 Gauche, dài 4-8cm, bơm tiêm 10ml, 20 ml.
  + Bông, cồn iod sát trùng, panh, băng dính vô khuẩn.
  + Thuốc gây tê Lidocain 2%.
  + Lam kính, ống nghiệm vô khuẩn, ống nghiệm có Heparin chống đông - Hộp dụng cụ chống sốc.
  + Gối kê khoeo chân để chân gấp nhẹ 150.

***Chuẩn bị bệnh nhân***

* + Người bệnh được giải thích trước về thủ thuật nhằm hợp tác với bác sỹ.
  + Bệnh án hoặc các tài liệu (ơn, xét nghiệm, X quang…) để thầy thuốc kiểm tra (nếu cần thiết) trước khi thực hiện thủ thuật (chú ý xét nghiệm đông máu cơ bản, chỉ định, bệnh kết hợp…).
  + Bác sỹ thăm khám lại bệnh nhân trước khi tiến hành chọc dịch.
  + Chuẩn bị tư thế bệnh nhân: tuỳ theo vị trí khớp cần chọc dich.
  + Hồ sơ bệnh án, đơn
  + Theo mẫu quy định

**CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH CHỌC HÚT DỊCH KHỚP**

* + Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định.
  + Kiểm tra hồ sơ bệnh án, đơn hoặc phiếu chỉ định thủ thuật về chỉ định, chống chỉ định
  + Hướng dẫn tư thế bệnh nhân và xác định các mốc giải phẫu:
  + Hút dịch khớp gối vị trí túi cùng trên ngoài: Bệnh nhân nằm ngửa, gối hơi gấp 15 độ bằng gối kê dưới khoeo chân. Xác định điểm đặt kim là vị trí trên ngoài, chỗ hõm giữa bờ trên ngoài xương bánh chè và bờ ngoài gân cơ tứ đầu đùi, hướng kim chếch vào trong và xung dưới gầm xương bánh chè hoặc vị trí cạnh bên khe khớp giữa xương bánh chè và đầu dưới xương đùi.
  + Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn.
  + Sát khuẩn rộng vùng có chỉ định chọc hút dịch.
  + Gây tê dưới da vị trí đặt kim.
  + Đưa kim vào vị trí đã xác định, hướng kim vuông góc với mặt da vừa đưa kim vừa hút chân không cho tới khi thấy dịch, hút nhẹ nhàng và từ từ.
  + Khi lấy được dịch khớp: cần đánh giá lại thể dịch khớp (số lượng, màu sắc, độ nhớt, độ trong ), hoặc cần làm xét nghiệm nếu có chỉ định.
  + Sau khi đã hút hết dịch, tiến hành tiêm thuốc nếu có chỉ định.
  + Kết thúc thủ thuật: rút kim, sát trùng lại và băng vị trí chọc dịch bằng băng dính y tế.
  + Dặn dò bệnh nhân không cho nước tiếp xúc với vị trí chọc dịch trong vòng 24 giờ, tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí chọc dò, sốt,…

**THEO DÕI**

* + Tình trạng đau; chảy máu tại chỗ; tình trạng nhiễm trùng thứ phát nếu có.

**TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

* + Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp: do thủ thuật chọc dịch không ảm bảo vô khuẩn. Bệnh nhân thường có biểu hiện sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch tái phát nhanh: cần điều trị kháng sinh.
  + Chảy máu kéo dài tại chỗ chọc dò: cầm máu tại chỗ và kiểm tra lại tình trạng bệnh lý rối loạn đông máu của bệnh nhân để xử trí tùy theo trường hợp.
  + Biến chứng hiếm gặp: tai biến do bệnh nhân quá sợ hãi, có các biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: Bệnh nhân choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn,...

**QUY TRÌNH THAY BĂNG VẾT THƯƠNG**

**NHIỄM KHUẨN (RỘNG)**

**I. MỤC ĐÍCH**

- Ngăn ngừa sự xâm nhập của các vi khuẩn từ môi trường.

- Loại bỏ mô chết, chất tiết từ vết thương.

- Che chở hạn chế sự tổn thương thêm cho vết thương.

- Thấm hút các dịch tiết, giữ vết thương sạch, ẩm giúp vết thương mau lành.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Vết thương bị sưng tấy, đỏ và dính dịch tiết.

- Vết thương được tạo ra trong điều kiện không vô khuẩn như: tai nạn giao thông, tai nạn nghề nghiệp,…

**III. CÁC BƯỚC CÔNG VIỆC**

**1. Chuẩn bị NB:**

- ĐD mang khẩu trang đến kiểm tra số phòng, số giường, họ tên, tuổi NB.

- Báo và giải thích cho NB biết việc sắp làm.

- Quan sát và đánh giá tình trạng vết thương.

- Về phòng rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh, soạn dụng cụ.

**2. Chuẩn bị dụng cụ**

**\*  Dụng cụ vô khuẩn**

- 2 kềm kelly

- 1 chén chum đựng dung dịch rửa vết thương.

- 1 chén chum đựng dung dịch sát khuẩn da.

- Gòn viên.

- Gạc miếng.

- Gòn bao dày mỏng tùy theo tình trạng vết thương (nếu cần).

- Dụng cụ băng vết thương tùy theo từng loại vết thương (nếu có).

- Chất trơn (nếu da xung quanh có rơm lở).

**\*  Dụng cụ sạch:**

- Mâm.

- Băng keo.

- Băng cuộn (nếu cần).

- Túi rác y tế.

- 1 đôi găng sạch.

- 1 kềm sạch gắp băng dơ.

- Tấm lót không thấm.

- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh.

**3. Tiến hành kỹ thuật:**

- ĐD mang dụng cụ đến giường bệnh kiểm tra số phòng, số giường, họ tên, tuổi NB.

- Báo và giải thích lại cho NB biết việc sắp làm.

- Để mâm nơi thuận tiện, gần vết thương.

- Bộc lộ vùng vết thương (giữ cho NB được kín đáo và thoải mái).

- Đặt tấm lót không thấm phía dưới nơi vị trí vết thương.

- Rửa tay thường quy, sát khuẩn tay nhanh, mang găng tay sạch.

- Tháo băng dơ (bằng kềm sạch hoặc găng tay sạch), rửa lại tay (rửa tay thường quy, sát khuẩn tay nhanh nếu cần).

- Mở khăn mâm dụng cụ vô khuẩn.

- Lấy kiềm vô khuẩn an toàn.

- Dùng kiềm gắp gòn viên rửa bên trong vết thương: từ trong ra ngoài rìa (từ vùng trên cao xuống thấp, từ bên xa đến bên gần) với dung dịch rửa vết thương (tiếp liệu gòn khi rửa).

- Rửa vùng da xung quanh vết thương rộng ra ngoài 5 cm bằng dung dịch rửa vết thương.

- Dùng gạc miếng chậm khô bên trong vết thương (nếu cần).

- Lau khô vùng da xung quanh vết thương (nếu da bị rơm lở dùng gạc).

- Sát khuẩn vùng da xung quanh vết thương bằng dung dịch sát khuẩn da (nếu da không rơm lở). Trường hợp da xung quanh vết thương bị rơm lở, thoa chất trơn lên vùng da xung quanh.

- Đối với vết thương rộng có nhiều mô hoại tử thì tiến hành cắt lộc mô hoại tử.

- Đắp thuốc lên vết thương nếu có y lệnh.

- Đặt gạc, gòn bao hoặc băng sinh học che kín vết thương (rộng ra 3 - 5cm).

- Rút tấm lót ra.

- Tháo găng tay.

- Cố định băng bằng băng keo hoặc băng cuộn (nếu cần).

- Báo cho NB biết việc đã xong, cho người bệnh nằm lại tư thế tiện nghi.

**4. Dọn dụng cụ:**

- Thu dọn dụng cụ, xử lý chất thải lây nhiễm và đồ vải đúng cách.

- Rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh

**5. Ghi hồ sơ:**

- Ngày, giờ thay băng.

- Tình trạng vết thương.

- Dung dịch sử dụng để rửa vết thương đã dùng, thuốc đắp lên vết thương (nếu có).

- Loại băng dùng trên vết thương (nếu có).

- Các can thiệp trên vết thương nếu có: cắt lọc mô chết,....

- Phản ứng của NB (nếu có).

- Tên ĐD thực hiện.

**QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẮT CHỈ VẾT THƯƠNG**

**I. MỤC ĐÍCH**

- Tránh xẹo xấu.

- Thoát lưu dịch, mủ.

**II. CHỈ ĐỊNH:**

- Vết thương lành tốt đến ngày cắt chỉ.

- Vết thương nhiễm trùng.

**III. CÁC BƯỚC CÔNG VIỆC:**

**1. Chuẩn bị NB :**

-  ĐD mang khẩu trang đến kiểm tra số phòng, số giường, tên, tuổi NB.

-  Báo và giải thích cho NB biết việc sắp làm.

-  Quan sát và đánh giá tình trạng vết thương.

-  Về phòng rửa tay thường quy sát khuẩn tay nhanh, soạn dụng cụ đầy đủ và phù hợp.

**2. Chuẩn bị dụng cụ**

\* Dụng cụ vô khuẩn:

- Kềm kelly.

- Nhíp không mấu.

- Kéo cắt chỉ.

- Chén chum đựng dung dịch sát khuẩn da (cồn Iod 1%o hoặc Betadine 10%).

- Gòn.

- Gạc.

Hoặc bộ thay băng vô khuẩnđóng gói sẵngồm:1 kềm kelly (1 nhíp), 1 kéo cắt chỉ,chén chum đựng dung dịch.

\* Dụng cụ sạch:

- Găng tay sạch.

- Giấy lót không thấm.

- Băng keo.

- Kéo cắt băng (nếu cần)

**3. Tiến hành kỹ thuật**

- ĐD mang khẩu trang đến kiểm tra số phòng, số giường, họ tên, tuổi NB.

- Báo và giải thích lại cho NB biết việc sắp làm.

- Để mâm nơi thuận tiện, gần vết thương.

- Bọc lộ vết khâu (giữ cho người bệnh được kín đáo và thoải mái).

- Đặt tấm lót không thấm phía dưới nơi vị trí vết khâu.

- Rửa tay thường quy sát khuẩn tay nhanh, mang găng tay sạch.

- Tháo băng bẩn (bằng kềm sạch hoặc găng tay sạch ), rửa lại tay (rửa tay thường quy sát khuẩn tay nhanh nếu cần).

- Mở khăn mâm dụng cụ vô khuẩn (hoặc mở bao gói bộ thay băng vô khuẩn)

- Lấy kềm vô khuẩn an toàn.

- Sát khuẩn vết khâu và vùng da xung quanh an toàn.

- Đặt gạc ở vị trí an toàn gần vết khâu.

- Dùng kéo cắt từng mối chỉ nhẹ nhàng (chỉ nằm trên da không được chui xuống dưới da).

- Đặt từng mối chỉ lên miếng gạc để kiểm tra sự nguyên vẹn của mối chỉ.

- Sát khuẩn lại vết khâu, rộng ra xung quanh 5 cm.

- Che chở vết khâu (rộng ra 5 cm).

- Cố định bông băng.

- Tháo găng tay, rửa tay thường quy sát khuẩn tay nhanh.

- Báo cho người bệnh biết việc đã xong, cho người bệnh nằm lại tư thế tiện nghi.

- Thu dọn dụng cụ mang về phòng, xử lý chất thải lây nhiễm đúng cách.

- Rửa tay thường quy sát khuẩn tay nhanh.

- Ghi hồ sơ.

**4. Dọn dụng cụ**

- Ngâm ngập dụng cụ trong dung dịch khử khuẩn - trả về chỗ cũ hoặc gởi đi tiệt khuẩn.

**5. Ghi hồ sơ**

- Ngày giờ cắt chỉ.

- Tình trạng vết khâu.

- Dung dịch, loại băng sử dụng.

- Phản ứng của người bệnh (nếu có).

- Tình trạng vết khâu.

- Có cắt chỉ hay mở kẹp.

- Phản ứng của người bệnh (nếu có).

- Nội dung giáo dục sức khoẻ cho người bệnh.

- Họ và tên người thực hiện.

**KHÂU VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**  
- Vết thương rách vùng đầu mặt cổ là loại vết thương hay gặp, có thể đơn  
giản hay phức tạp, đơn thuần hay liên quan đến những bộ phận lân cận. Loại vết  
thương này cần được điều trị sớm trong vòng vài giờ đầu.

**II. CHỈ ĐỊNH**  
- Vết thương rách thuộc phần mềm vùng đầu, mặt, cổ đơn thuần hay vết  
thương rách có tổn thương phối hợp cả phần mềm và phần xương.  
- Không kèm [chấn thương](http://khamgiodau.com/tin-tuc/chan-thuong-chinh-hinh.html) sọ não  
- Tình trạng toàn thân ổn định

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**  
-Tình trạng toàn thân đe dọa tính mạng  
- Kèm chấn thương sọ não

**IV. CHUẨN BỊ**  
1.Người thực hiện  
1 Bác sĩ, 2 điều dưỡng  
2. Phương tiện  
- Gạc vô trùng, oxy già, betadin, nước muối rửa vết thương, thuốc tê  
lidocain 2%, bơm tiêm  
- Dụng cụ tiến hành thủ thuật: khai nhỏ, panh cầm máu, kìm kẹp kim, chỉ  
khâu trong, chỉ khâu ngoài da, cán dao, lưỡi dao  
3. Người bệnh  
Chuẩn bị tâm lý, giải thích và ký cam kết thực hiện thủ thuật.  
4. Hồ sơ bệnh án  
- Phần hành chính: số bệnh án, mã số, họ tên người bệnh, tuổi…

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**  
1. Kiểm tra hồ sơ  
Giấy tờ , hồ sơ đầy đủ theo yêu cầu.  
2. Kiểm tra người bệnh  
Tình trạng toàn thân, đảm bảo các chức năng sống  
3. Thực hiện kỹ thuật  
- Gây tê. Nếu vết thương phức tạp cần gây mê, đặc biệt gây mê được chỉ  
định rộng rãi hơn với trẻ em.  
- Làm sạch vết thương  
- Cắt lọc vết thương  
- Cầm máu  
- Tách bóc  
- Khâu đóng vết thương: khâu từng lớp, không để khoảng chết. Đóng kín  
từ sâu ra nông.  
- Dẫn lưu: cần tiến hành nếu vết thương lớn thiếu hổng tổ chức nhiều,  
khâu đóng xong vẫn để lại khoảng trống.  
- Dùng kháng sinh, giảm đau, vitamin.

**VI. THEO DÕI**- Vấn đề nhiễm khuẩn  
- Sự liền vết thương  
- Có co kéo, để lại sẹo lồi hoặc lõm không ?

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**1.Nhiễm trùng  
- Lâm sàng: Sốt, vết mổ chảy mủ, không liền  
- Xử trí: cấy mủ làm kháng sinh đồ.

- Trong lúc cho kháng sinh toàn  
thân phổ rộng. Tại chỗ: Mở vết mổ lấy tổ chức hoại tử, tổ chức viêm , mảnh  
xương chết.

Bởm rửa hàng ngày.  
2.Sẹo xấu  
- Xử trí: Sửa sẹo sau [phẫu thuật](http://khamgiodau.com/s/Ph%E1%BA%ABu%20thu%E1%BA%ADt.html) lần 1 ít nhất sau 1 năm.

**QUY TRÌNH NẮN BÓ BỘT GẪY XƯƠNG CHÀY**

1. **ĐẠICƯƠNG**
   * Cẳng chân có hai xương: xương chày và xương mác, xương chày chịu toàn bộ sức tỳ nén của cơ thể nên cần nắn chỉnh tốt. Xương mác chỉ quan trọng khi gẫy ở vị trí 1/3 dưới hoặc đầu dưới (nơi cùng đầu dưới xương chày và xương sên cấu tạo nên khớp cổchân).
   * Khi xương chày bị gẫy, vì có cân cơ dép (một loại cân nội cơ), vách liên cơ lại dầy và chắc nên nguy cơ dẫn đến hội chứng khoang, đặc biệt là ở vùng 1/3 trên cẳngchân.
   * Dinh dưỡng vùng cẳng chân nói chung kém, tuần hoàn tĩnh mạch dễ bị ứ trệ, vùng 1/3 dưới xương hầu như chỉ được bao quanh bởi các nhóm gân và da do vậy gẫy xương chày ở người lớn và người già thường chậmliền.
   * Xương chày hình lăng trụ tam giác, mặt trước trong không được cơ che phủ, nên dễ bị gẫy hở, gây nhiều khó khăn trong điều trị, đặc biệt là vấn đề nhiễmkhuẩn.
2. **CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢOTỒN**
3. Gẫy xương chày không di lệch hoặc di lệchít.

2. Gẫy di lệch lẽ ra có chỉ định mổ, nhưng do điều kiện y tế, tình trạng người bệnh không tiến hành phẫu thuật được (thể trạng kém, có bệnh toàn thân nặng như tiểu đường nặng, bệnh tim mạch, rối loạn đôngmáu...).

1. **CHỐNG CHỈĐỊNH**
2. Không điều trị bảo tồn những trường hợp gẫy hở độ II của Gustilo trở lên chưa được XỬ TRÍ phẫuthuật.
3. Gẫy xương kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứngkhoang.
4. Những trường hợp sưng nề, nốt phỏng nhiều nên kê chân cao trên khung (có thể kéo liên tục qua xương gót) chờ khi chân bớt nề sẽ bóbột.
5. **CHUẨNBỊ**
6. **Người thựchiện**
   * Chuyên khoa chấn thương: 4 người (1 chính và 3phụ).
   * Chuyên khoa gây mê hồi sức: 2 (nếu người bệnh cần gâymê).
7. **Phươngtiện**
   * Bànnắn:

+ Trường hợp đơn giản, ít lệch: bàn nắn bình thường. Cần thêm 1 độn gỗ để kê dưới chân người bệnh.

+ Trường hợp khó, phức tạp: bàn nắn chỉnh hình có hệ thống kéo và căng chỉnh (bàn Pelvie).

* + Thuốc gây tê hoặc gâymê.
  + Bột thạch cao: 4-5 cuộn khổ 20 cm, 3- 4 cuộn khổ 15cm.

1. **Người bệnh**
   * Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc ngườithân.
   * Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ quần.
   * Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng tràongược.
2. **Hồsơ**
   * Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí,những điều dặn dò và hẹn khámlại.
   * Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủthuật.
3. **CÁC BƯỚC TIẾNHÀNH**
4. **Nắn chỉnh ổgẫy**
   * Tư thế người bệnh: Nằm ngửa trên bàn, tốt nhất là bàn chỉnhhình.
   * Gây tê tại chỗ hoặc gâymê.
   1. ***Nếu dùng bàn chỉnh hình***: cố định cổ bàn chân vào giá kéo qua một băng vải quấn vào cổ chân. Tăng dần lực kéo để sửa di lệch chồng. Sau đó tùy theo di lệch thế nào, dùng hai lòng bàn tay đặt ở trên và dưới ổ gẫy, ép đẩy hai đầu xương về vị trí. Thả chùng dây kéo để hai đầu xương cài vào nhau. Kiểm tra bằng cách sờ dọc mào chày và mặt trước trong xương chày (là các vị trí xương chày nằm ngay dưới da, dễ kiểm tra nhất). Chụp kiểm tra nếu hai đầu xương gẫy áp vào nhau là được. Các di lệch gấp góc vượt quá giới hạn cho phép là 15o với gãy 1/3 giữa và 10o với 1/3 trên có thể dễ dàng sửa bằng cách cắt bột hình chêm (còn gọi là cắt múi cam) sau khoảng 2-3 tuầnđầu.
   2. ***Nếu nắn trên bàn thường***: để gối gấp qua mép cuối bàn, có đệm lót mặt dưới đùi cho êm. Người nắn ngồi trên ghế thấp, kẹp chặt bàn chân người bệnh vào giữa hai đầu gối kéo giãn cẳng chân xuống (hoặc trợ thủ 1 dùng tay để kéo cũng được). Có thể tăng lực kéo giãn bằng cách nâng bàn cao hơn để sửa di lệch chồng. Hai tay được tự do nắn chỉnh di lệch như mô tả trên. Để cơ giãn và chùng ra tiện lợi hơn trong việc nắn, nhiều khi người ta để chân buông thõng,buộc

băng qua cổ chân để kéo tạ với trọng lượng 5-7 kg, trong khoảng 10-12 phút rồi mới tiến hành kéo nắn như trên.

1. **Bất động**: bó bột Đùi-cẳng-bàn chân rạch dọc 2thì.
   1. **Bó bột trên bàn thôngthường**
      * Bước 1: Quấn lót chân bằng giấy vệ sinh, hoặc bông, hoặc đi bít tất vải Jersey.

Đặt dây rạch dọc trước đùi, gối, cẳng bàn chân (cho bột cấp cứu).

* + - Bước 2: bó bột thì 1 (bó bột Cẳng-bàn chân): Dùng độn gỗ kê dưới khoeo người bệnh. Rải và đặt 1 nẹp bột tăng cường ở phía sau cẳng, bàn chân để tiến hành bó bột Cẳng-bàn chân. Quấn bột xuất phát điểm là từ cổ chân, quấn từ dưới lên trên rồi từ trên xuống dưới theo kiểu xoáy trôn ốc, bó đến đâu xoa và vuốt đến đó cho bột kết dính tốt hơn, khi cảm thấy bột đủ độ dầy thì được. Lưu ý 3điểm:

+ Một là: dây rạch dọc nên đặt chùng, bột bó không bị căng ở trước cổ

chân.

+ Hai là: Nơi mép trên của bộtbó thì 1, nên bó mỏng dần, nếu bó dầy

vuông thành sắc cạnh, khi bó bột thì 2 nối vào, bột dễ bị cộm hoặc dễ long lở, gẫy bột.

+ Ba là: nên làm nhanh tay, vì bột bó 2 thì, nếu làm chậm, bột thì 1 đã khô cứng hẳn, sẽ khó kết dính tốt với bột bó ở thì2.

* + - Bước 3: bó bột thì 2 (bó tiếp bột lên đùi): Bỏ độn gỗ, 1 trợ thủ viên cầm cổ chân kéo chếch chân người bệnh lên, 1 trợ thủ viên dùng 2 tay đỡ dưới đùi người bệnh và kỹ thuật viên chính tiến hành bó bột. Rải tiếp 1 nẹp bột to bản, ngâm nhanh, vắt ráo nước và đặt phía sau đùi, đầu dưới nẹp gối lên mép bột vừa bó ở thì 1. Dùng bột khổ to quấn đè lên 1 phần bột đã bó, cũng quấn bột vòng tròn, xoáy trôn ốc từ dưới lên trên, rồi từ trên xuống dưới, đến khi thấy đủ độ dầy thì thôi, theo mốc đã định từ ban đầu. Chú ý tăng cường chỗ bột nối 2 thì để bột khỏi bị longlở.
  1. **Bó bột trên bàn chỉnhhình**
     + Thì 1: bó ốngbột.
     + Thì 2: gỡ chân người bệnh ra khỏi khung kéo, chuyển người bệnh lên bàn thường để bó tiếp xuống cổ chân và bànchân.
  2. ***Bột Đùi-cẳng-bàn chân que ngang***: để chống di lệch xoay, bằng cách bó đến cổ chân được 4-5 lớp thì đặt 1 que ngang dưới vùng gót (que ngang này đặt song song với mặt phẳng nằm ngang), bó tiếp bột ra ngoài, đến khixong.

Bột bó trong cấp cứu phải rạch dọc hoàn toàn, không để sót dù là 1 sợi gạc.

* 1. ***Thời gian bất động bột***: với người lớn tổng thời gian mang bột trung bình khoảng 12 tuần. Trong quá trình bất độngấy:
     + Sau 1 tuần đầu, chụp kiểm tra nếu di lệch thứ phát có thể nắn lại (như với nắn lần đầu) hoặc chuyển mổ có chuẩn bị. Nếu tốt: thay bột tròn (nên đỡ nhẹ nhàng).
     + Sau 3-4 tuần tiếp theo, lại chụp kiểm tra lần nữa và thay bột, tránh hiện tượng bột lỏng dần gây di lệch thứ phát trongbột.
     + 1 tháng cuối cùng của quá trình bất động, tùy vị trí gẫy cao hay thấp mà có thể thay bột Cẳng-bàn chân hoặc bột Ôm gối (với gẫy thấp), hoặc bột Ống (với gẫy cao gầngối).

1. **THEODÕI**

Nhẹ thì điều trị ngoại trú, nặng thì cho vào theo dõi nội trú.

1. **TAI BIẾN VÀ XỬTRÍ**

**-** Gãy cẳng chân, đặc biệt là gẫy ở vị trí 1/3 trên thì biến chứng hay gặp và nguy hiểm nhất là hội chứng chèn ép khoang hoặc chèn ép do bó bột không đúng nguyên tắc (không rạch dọc bột trong bó bột cấpcứu).

- Với những trường hợp biến chứng mạch máu, hội chứng khoang cần phải mổ cấp cứu để xử trí tổn thương, càng sớm càngtốt.

**Chương 4: Sản – Phụ Khoa**

**Phần 1: Phụ Khoa**

**PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH NẶNG, VIÊM PHÚC MẠC NẶNG, KÈM VỠ TẠNG TRONG TIỂU KHUNG, VỠ TỬ CUNG PHỨC TẠP**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật cắt tử cung bán phần và thắt động mạch hạ vị trong các trường hợp chảy máu thứ phát trong phẫu thuật sản khoa.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Áp dụng phẫu thuật này trong trường hợp chảy máu thứ phát sau mổ lấy thai.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện: Bác sĩ chuyên khoa phụ sản có kinh nghiệm

2. Phương tiện: Bộ phẫu thuật phụ khoa, kim chỉ tốt

3. Người bệnh: Khám kỹ lưỡng để phát hiện các tổn thương ở tầng sinh môn và cơ vòng hậu môn

4. Hồ sơ bệnh án: Bệnh án sản khoa theo quy định, có khám lâm sàng và xét nghiệm.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Thì 1:** Mở thành bụng theo đường giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên khớp

mu ( theo đường rạch của phẫu thuật trước đó )

**Thì 2 :** Cặp cắt dây chằng tròn

**Thì 3:** Bóc tách phúc mạc đoạn dưới tử cung và đẩy xuống dưới, tách bàng

quang ra khỏi tử cung.

**Thì 4:** cặp cắt dây chằng thắt lưng buồng trứng ( nếu cắt bỏ phần phụ) hoặc

cặp cắt dây chằng vòi – buồng trứng nếu để lại phần phụ.

**Thì 5:** cặp cắt các cuống mạch. Cặp cắt động mạch tử cung hai bên ở ngang mức hoặc thấp hơn một c hút phần

thân tử cung sẽ cắt bỏ ( thường cặp cắt ngang phần ranh giới giữa thân tử cung và cổ tử cung ).

**Thì 6:** cắt bỏ thân tử cung để lại cổ tử cung. Thường cắt theo hình chêm để

khâu cầm máu mỏm cắt cho dễ dàng.

**Thì 7:** Khâu mỏm cắt và phủ phúc mạc mỏm cắt

**Thì 8:** thắt động mạch hạ vị nếu có chỉ định (xem bài thắt động mạch hạ vị)

**Thì 9:** kiểm tra sự chảy máu và niệu quản hai bên

**Thì 10:** đóng thành bụng theo các lớp giải phẫu.

**VI. THEO DÕI:** Giống như theo dõi các trường hợp mổ sản khác ở ổ bụng

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

-Chảy máu nhất là buộc các cuống mạch không kỹ và rối loạn đông máu do chảy máu kéo dài. Vì vậy cần buộc các cuống mạch thật chắc, truyền máu và các chất tăng đông máu.

- Theo dõi sát sao mạch, huyết áp và huyết động sau mổ.

- Trong những trường hợp có biểu hiện rối loạn đông máu nên đặt ống dẫn lưu ổ bụng.

## **PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG ĐƯỜNG ÂM ĐẠO**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Là phẫu thuật cắt bỏ tử cung hoàn toàn qua đường âm đạo.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Âm đạo rộng, mềm

- Các tổn thương ở tử cung có chỉ định cắt tử cung.

- Sa sinh dục

- Tử cung không quá to

- Không viêm dính vùng chậu

- Phẫu thuật viên có kinh nghiệm

**III. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện

- Bác sỹ : 03 bác sỹ (01 bác sỹ chính, 02 bác sỹ phụ)

- Điều dưỡng: 02 (01 dụng cụ viên, 01 phụ dụng cụ)

- Kỹ thuật viên, bác sỹ vô cảm: 01. Phụ gây mê, vô cảm : 01

2. Phương tiện:Bộ dụng cụ phẫu thuật cắt tử cung

3. Người bệnh: Chuẩn bị như các trưởng hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thụt tháo và sử dụng an thần trước mổ.

**IV. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN KỸ THUẬT**

**Thì 1:** Bộc lộ cổ tử cung

- Bộc lộ phẫu trường: khâu môi bé sang hai bên da bẹn, khâu mép dưới âm hộ vào vải vô trùng phủ mặt dưới.

- Thông tiểu, đặt van âm đạo và sử dụng 02 kìm Pozzi kẹp cổ tử cung.

**Thì 2:** Mở cùng đồ sau và thăm dò

- Rạch một nửa đường vòng niêm mạc âm đạo mặt sau cổ tử cung gần đường bám âm đạo vào cổ tử cung. Bóc tách niêm mạc đúng lớp giữa cổ tử cung và trực tràng lên phía trên đến cùng đồ sau.

- Mở rộng cùng đồ sau vào ổ bụng, dùng hai ngón tay thăm dò tiểu khung, xác định lại điều kiện phẫu thuật, nếu khó khăn thì phải ngừng phẫu thuật ở thì này.

**Thì 3:** Mở cùng đồ trước, bóc tách đẩy bàng quang lên phía trên.

- Rạch một nửa đường vòng niêm mạc âm đạo trước sát gần chỗ bám âm đạo vào cổ tử cung đến tận lớp bóc tách nối liền với nửa đường rạch vòng phía sau.

- Bóc tách niêm mạc âm đạo khỏi bàng quang. Dùng kéo cắt các thớ dây chằng bàng quang cổ tử cung đúng lớp bóc tách (lớp mạc quanh âm đạo).

- Dùng cặp kẹp gạc gấp hình củ ấu hoặc ngón tay bọc gạc tách niêm mạc khỏi mặt sau bàng quang và mặt trước tử cung lên đến phúc mạc cùng đồ trước.

- Tách niêm mạc âm đạo hai bên bộc lộ dây chằng bên và cuống mạch cổ tử cung âm đạo.

**Thì 4:** Thắt và cắt dây chằng và cuống mạch tử cung.

- Kéo tử cung sang trái rồi sang phải để cắt dây chằng ngang cổ tử cung (phải và trái) trong đó có cuống mạch âm đạo - cổ tử cung. Khâu các dây chằng.

- Kẹp cắt và thắt cuống mạch cổ tử cung âm đạo và dây chằng tử cung - cùng.

**Thì 5:** Thắt và cắt cuống mạch tử cung và dây chằng rộng.

- Đẩy dây chằng đã cắt lên phía trên, bộc lộ phần tổ chức trên dây chằng.

- Đưa ngón trỏ vào cùng đồ, cách ly quai ruột, kẹp cắt và khâu tổ chức sát mặt bên tử cung và động mạch tử cung.

- Kéo thấp tử cung xuống âm đạo để lộ dây chằng rộng phần trên.

- Tiếp tục thắt và cắt dây chằng rộng để sát bờ bên tử cung dưới sự hướng dẫn của ngón tay đưa vào cùng đồ sau sát bờ bên, sau tử cung.

**Thì 6:** Cắt hai phần phụ

- Kéo đáy tử cung và cổ tử cung xuống và lệch sang trái hoặc phải tùy theo cắt phần phụ bên nào.

- Dùng van âm đạo kéo rộng phẫu trường phía trên và giữ bàng quang không tụt xuống và một van âm đạo thứ hai vén mặt bên để lộ phần phụ.

- Kéo phần phụ, dây chằng và cuống mạch bên trái.

- Dùng kéo cắt sát bờ bên tử cung, các dây chằng và cuống mạch đã cặp, sau khi kiểm tra mặt sau các dây chằng để tránh cặp vào ruột.

- Khâu riêng cuống mạch dây chằng tử cung - buồng trứng và dây chằng tròn, dây chằng rộng, có thể buộc tăng cường.

- Kẹp và cắt phần phụ, dây chằng và cuống bên phải tương tự bên trái.

**Thì 7:** Kiểm tra chảy máu.

- Kiểm tra chảy máu các vị trí cắt khâu, kiểm tra xem có các tổn thương ruột hay niệu quản.

- Nâng đầu bệnh nhân lên cao để thoátdịch, máu xuống cùng đồ, lau sạch bằng kẹp cặp gạc.

**Thì 8:** Đóng phúc mạc cùng đồ và khâu niêm mạc âm đạo.

- Dùng các mũi chỉ khâu kín phúc mạc. Mũi khâu ở góc phải và trái đính vào phúc mạc hai phần phụ mỗi bên.

- Khâu đỉnh mỏm cắt dây chằng vào góc thành âm đạo từng bên tương ứng

- Khâu hai mép niêm mạc âm đạo lại với nhau.

**V. CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT**

- Đặt thông tiểu và theo dõi màu sắc, số lượng trong 2 – 3 ngày

- Lau sát trùng âm hộ hàng ngày bằng Betadin

- Rút ống dẫn lưu (nếu có) 24-48 giờ.

- Nếu chèn gạc thì rút sau 24 giờ.

- Cho người bệnh ngồi dậy sớm 8-12 tiếng sau mổ.

**VI. BIẾN CHỨNG TRONG PHẪU THUẬT**

- Không kéo được tử cung xuống âm đạo, nguyên nhân dotử cung quá to, chưa cắt hết các dây chằng tử cung, dính nhiều

- Chảy máu do tuột chỉ buộc cuống mạch hoặc cặp không hết cuống mạch

- Tổn thương niệu quản

- Tổn thương bàng quang

- Tổn thương trực tràng

- Tổn thương ruột

Xử trí: tất cả các trường hợp khó phải chuyển mổ mở

**VII. BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT**

- Chảy máu: 4- 6 ngày sau phẫu thuật do nhiễm khuẩn, tổn thương đến mạch máu tiêu chỉ sớm, vì vậy nên sử dụng chỉ lâu tiêu.

- Nhiễm khuẩn

- Tắc ruột: thường do nhiễm trùng tiểu khung gây các vùng dính ruột gây tắc ruột.

**PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U BUỒNG TRỨNG HOẶC CẮT PHẦN PHỤ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Hiện nay nội soi đang dần chiếm ưu thế trong phẫu thuật cắt u buồng trứng hoặc phần phụ, tuy nhiên không phải tất cả vẫn các ca đều mổ nội soi được mà bắt buộc phải phải mở bụng để thực hiện các phẫu thuật trên vì dính hoặc mổ cũ nhiều lần hoặc có những chống chỉ định cho nội soi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U buồng trứng không nghi ngờ ác tính và không quá to, không quá dính.

- Nang nước cạnh vòi trứng.

- Viêm ứ mủ vòi trứng.

- Ung thư vú có chỉ định cắt buồng trứng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh đang trong chu kỳ kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi.

- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu.

- Các bệnh nội khoa và các trường hợp có chống chỉ định mổ nội soi.

- Khối u dính nhiều, phẫu thuật ổ bụng nhiều lần.

- Ung thư buồng trứng.

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi.

- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

2. Phương tiện

- Bộ phẫu thuật nội soi.

- Dàn máy và phương tiện nội soi ổ bụng.

3. Người bệnh

- Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.

- Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra.

- Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần

- Vệ sinh tại chỗ, thụt tháo.

- Sát khuẩn vùng bụng, trải khăn vô khuẩn

- Gây mê nội khí quản

4. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị theo qui định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Bơm hơi ổ phúc mạc (qua kim hoặc qua trocart);

- Đưa đèn soi vào ổ bụng;

1. Cắt khối u buồng trứng qua nội soi

- Thăm khám đánh giá tình trạng khối u buồng trứng xem mức độ di động và dính với các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để khối u bị vỡ.

- Nếu dính nhiều tiên lượng khó khăn khi cắt bằng nội soi thì phải chuyển sang mổ mở

**\*Bóc u nang buồng trứng**

- Dùng dao một cực rạch trên mặt khối u dài khoảng 2cm sát với buồng trứng

lành

- Dùng forcep nhỏ cặp một bên mép của vết rạch khối u và kéo lên cao

- Dùng que gẩy, bóc tách dần khối u khỏi vỏ u

- Khi đã đến đáy (cuống) khối u, tùy thuộc vào tình trạng của khối u:

+ Nếu u nhỏ, tiên lượng không chảy máu thì bóc lấy hết khối u.

+ Nếu nguy cơ chảy máu ở cuống khối u thì dùng dao điện 2 cực đốt tổ chức dưới đáy khối u, dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u.

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

**\*Cắt khối u**

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u từ dây chằng thắt lưng - buồng trứng

- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Kiểm tra buồng trứng bên đối diện. Nếu nghi nghờ khối u vừa cắt bị ung thư thì cắt miếng nhỏ (sinh thiết) buồng trứng đối diện để xét nghiệm mô bệnh học

- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

Ghi chú: Nếu khối u to, chọc hút bớt dịch rồi tiến hành như trên

2. Cắt phần phụ

- Thăm khám đánh giá tình trạng phần phụ xem có bị dính với các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để vỡ dịch (trong ứ mủ

VTC)

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u bao gồm dây chằng rộng và mạc treo vòi - buồng trứng

- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống dây chằng thắt lưng buồng trứng và dây chằng rộng

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi xem băng có bị thấm máu không

- Vết mổ có bị bầm tím do máu

- Sưng đỏ do viêm nhiễm

- Theo dõi tình trạng nước tiểu: có máu không và số lượng trong 24 giờ

- Cắt chỉ sau mổ 5 ngày

- Bình thường ra viện sau 24 hoặc 48 giờ

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tai biến và xử trí nói chung giống như nội soi ổ bụng thông thường

- Nếu chảy máu không cầm được thì phải chuyển mổ mở

## **PHẪU THUẬT NỘI SOI XỬ TRÍ VIÊM PHÚC MẠC TIỂU KHUNG,**

## **VIÊM PHẦN PHỤ, Ứ MỦ VÕI TỬ CUNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Viêm vùng chậu là nguyên nhân phổ biến gây đau vùng chậu và vô sinh, các biến chứng cấp tính gồm áp xe vòi tử cung, buồng trứng và viêm phúc mạc tiểu khung. Phần lớn nguyên nhân viêm vùng chậu là do viêm nhiễm đường sinh dục dưới.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Viêm cấp phần phụ đã được điều trị nội khoa từ 48 đến 72 giờ.

- Áp xe phần phụ cần dẫn lưu hoặc cắt bỏ khối áp-xe phần phụ.

- Viêm dính gây đau vùng chậu mạn tính.

- Vỡ khối áp xe phần phụ, viêm phúc mạc tiểu khung.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Có tiền sử phẫu thuật ổ phúc mạc như phẫu thuật ruột, sửa chữa thoát vị rốn, viêm ruột thừa vỡ, tiền sử xạ trị… gây tình trạng dính nặng ổ phúc mạc hoặc làm thay đổi các cấu trúc giải phẫu trong hố chậu.

- Rối loạn huyết động, rối loạn đông chảy máu.

- Viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng thành bụng.

- Bệnh lý tim mạch, phổi, gan cấp tính.

- Lao phúc mạc.

- Tắc hoặc liệt ruột.

- Chống chỉ định tương đối trong béo phì, thai nghén.

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện: Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản đã được đào tạo.

2. Phương tiện: Dụng cụ nội soi ổ bụng chẩn đoán và phẫu thuật.

3. Người bệnh: Người bệnh được giải thích đầy đủ các lợi ích, nguy cơ có thể xảy ra trong phẫu thuật và có thể chuyển sang phẫu thuật mở bụng.

- Chuẩn bị xét nghiệm, khám phụ khoa, cấy dịch âm đạo.

- Vệ sinh, thụt tháo.

- Kháng sinh đã được sử dụng theo đúng phác đồ.

- Đặt thông Foley bàng quang.

- Tư thế người bệnh: người bệnh được đặt tư thế phụ khoa, hai đùi dạng rộng cho phép tiếp cận tới âm đạo, đặt tư thế Trendeleburg sau khi đã chọc trocar mang kính soi.

4. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án phẫu thuật theo qui định.

5. Nơi thực hiện thủ thuật: Phòng mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Thì 1:** Chọc trocar và bơm khí, Vị trí chọc có thể, ngay dưới mép rốn hoặc có thể trên rốn gần mũi ức trong ca khối u lớn. Trường hợp dính nhiều, chọc kim Veress và bơm CO2 trước khi đưa Trocar vào hoặc áp dụng kỹ thuật Hasson (nội soi mở).

**Thì 2:** Quan sát ổ phúc mạc

- Quan sát toàn bộ ổ phúc mạc.

- Đặt người bệnh ở tư thế Trendelenburg chọc thêm 2 – 3 trocar ở 2 hố chậu, trên vệ.

- Đánh giá tổn thương, lấy dịch ổ phúc mạc làm xét nghiệm.

- Giải phóng các dải dính.

**Thì 3:** Xử trí nguyên nhân

Nếu viêm phúc mạc do áp xe phần phụ, ứ mủ vòi tử cung:

- Người bệnh dưới 40 tuổi, còn có nguyên vọng sinh đẻ, có thể thực hiện:

+ Bọc lộ khối áp xe.

+ Dùng dao điện đơn cực mở ổ áp xe ở bờ tự do vòi tử cung, dẫn lưu mủ, đốt cầm máu diện rạch. Trong quá trình thao tác hạn chế phát tán thêm mủ, dịch viêm vào ổ phú mạc.

+ Rửa ổ phúc mạc.

+ Đặt dẫn lưu

- Người bệnh trên 40 tuổi, đủ con: cắt phần phụ bị tổn thương.

- Nếu những trường hợp nội soi khó khăn, chuyển mổ mở.

**Thì 4:** Làm sạch khoang bụng

- Lấy bỏ các giả mạc.

- Rửa bằng dung dịch Ringer Lactat hoặc dung dịch muối sinh lý làm ấm.

**Thì 5:** Đặt dẫn lưu

- Dùng ống dẫn lưu mềm đặt túi cùng sau trong trường hợp cần thiết

- Kết thúc phẫu thuật, lấy bệnh phẩm, tháo CO2, đóng bụng

- Có thể chụp ảnh, ghi hình để thông báo cho người bệnh, lưu thông tin để theo dõi điều trị.

**VI. THEO DÕI**

- Điều trị nội khoa sau mổ dựa vào kháng sinh đồ (nếu có).

- Theo dõi cải thiện các triệu chứng lâm sàng

- Nuôi dưỡng.

- Chăm sóc tại chỗ ống dẫn lưu (nếu có).

- Vận động sớm.

- Phát hiện biến chứng

**VII. TAI BIẾN**

- Tổn thương các tạng rỗng và mạch máu khi chọc trocar.

- Tổn thương đường tiết niệu, tiêu hóa.

**PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U BUỒNG TRỨNG HOẶC CẮT PHẦN PHỤ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Hiện nay nội soi đang dần chiếm ưu thế trong phẫu thuật cắt u buồng trứng hoặc phần phụ, tuy nhiên không phải tất cả vẫn các ca đều mổ nội soi được mà bắt buộc phải phải mở bụng để thực hiện các phẫu thuật trên vì dính hoặc mổ cũ nhiều lần hoặc có những chống chỉ định cho nội soi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U buồng trứng không nghi ngờ ác tính và không quá to, không quá dính.

- Nang nước cạnh vòi trứng.

- Viêm ứ mủ vòi trứng.

- Ung thư vú có chỉ định cắt buồng trứng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh đang trong chu kỳ kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi.

- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu.

- Các bệnh nội khoa và các trường hợp có chống chỉ định mổ nội soi.

- Khối u dính nhiều, phẫu thuật ổ bụng nhiều lần.

- Ung thư buồng trứng.

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi.

- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

2. Phương tiện

- Bộ phẫu thuật nội soi.

- Dàn máy và phương tiện nội soi ổ bụng.

3. Người bệnh

- Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.

- Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra.

- Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần

- Vệ sinh tại chỗ, thụt tháo.

- Sát khuẩn vùng bụng, trải khăn vô khuẩn

- Gây mê nội khí quản

4. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị theo qui định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Bơm hơi ổ phúc mạc (qua kim hoặc qua trocart);

- Đưa đèn soi vào ổ bụng;

1. Cắt khối u buồng trứng qua nội soi

- Thăm khám đánh giá tình trạng khối u buồng trứng xem mức độ di động và dính với các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để khối u bị vỡ.

- Nếu dính nhiều tiên lượng khó khăn khi cắt bằng nội soi thì phải chuyển sang mổ mở

**\*Bóc u nang buồng trứng**

- Dùng dao một cực rạch trên mặt khối u dài khoảng 2cm sát với buồng trứng

lành

- Dùng forcep nhỏ cặp một bên mép của vết rạch khối u và kéo lên cao

- Dùng que gẩy, bóc tách dần khối u khỏi vỏ u

- Khi đã đến đáy (cuống) khối u, tùy thuộc vào tình trạng của khối u:

+ Nếu u nhỏ, tiên lượng không chảy máu thì bóc lấy hết khối u.

+ Nếu nguy cơ chảy máu ở cuống khối u thì dùng dao điện 2 cực đốt tổ chức dưới đáy khối u, dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u.

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

**\*Cắt khối u**

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u từ dây chằng thắt lưng - buồng trứng

- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Kiểm tra buồng trứng bên đối diện. Nếu nghi nghờ khối u vừa cắt bị ung thư thì cắt miếng nhỏ (sinh thiết) buồng trứng đối diện để xét nghiệm mô bệnh học

- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

Ghi chú: Nếu khối u to, chọc hút bớt dịch rồi tiến hành như trên

2. Cắt phần phụ

- Thăm khám đánh giá tình trạng phần phụ xem có bị dính với các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để vỡ dịch (trong ứ mủ

VTC)

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u bao gồm dây chằng rộng và mạc treo vòi - buồng trứng

- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống dây chằng thắt lưng buồng trứng và dây chằng rộng

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi xem băng có bị thấm máu không

- Vết mổ có bị bầm tím do máu

- Sưng đỏ do viêm nhiễm

- Theo dõi tình trạng nước tiểu: có máu không và số lượng trong 24 giờ

- Cắt chỉ sau mổ 5 ngày

- Bình thường ra viện sau 24 hoặc 48 giờ

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tai biến và xử trí nói chung giống như nội soi ổ bụng thông thường

- Nếu chảy máu không cầm được thì phải chuyển mổ mở

## **PHẪU THUẬT CHỬA NGOÀI TỬ CUNG VỠ**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Chửa ngoài tử cung là hiện tượng trứng đã thụ tinh làm tổ ở ngoài buồng tử cung (ở vòi trứng, buồng trứng, ổ bụng,…). Khi thai phát triển to lên, vòi trứng, buồng trứng sẽ nứt vỡ gây chảy máu trong ổ bụng gọi là chửa ngoài tử cung vỡ, cần phải phẫu thuật cấp cứu. Các vị trí của chửa ngoài tử cung: vòi tử cung (chủ yếu), buồng trứng, ống cổ tử cung, ổ bụng.

**II. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ**

- Mổ cấp cứu, hồi sức tích cực trước, trong và sau phẫu thuật.

**III. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có choáng hoặc huyết động không ổn định.

- Việc tiếp cận nội soi quá khó khăn như dính nhiều vùng tiểu khung.

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa sản đã từng làm phẫu thuật trong sản phụ khoa.

- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

2. Phương tiện, thuốc

- Bộ phẫu thuật ổ bụng.

- Các loại dịch truyền thay máu và các thuốc hồi sức.

- Thuốc tiền mê, gây mê, nội khí quản.

- Máu cùng loại trong ca mất máu nhiều cần truyền máu cấp cứu.

3. Người bệnh

- Được tư vấn về lý do phải mổ cấp cứu và nguy cơ có thể xảy ra, ký giấy cam đoan mổ. Nếu người bệnh choáng nặng thì người nhà ký thay.

- Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông tiểu sát khuẩn thành bụng vùng mổ.

- Tiền mê, hồi sức tích cực trong ca choáng mất máu nặng.

- Gây mê nội khí quản để chủ động về hô hấp và tuần hoàn trong khi mổ

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Rạch bụng đường giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ, qua các lớp da, cân, cơ, phúc mạc để vào ổ bụng.

- Dùng 2 panh kẹp nhấc phúc mạc lên cao và mở phúc mạc. Kiểm tra xem có máu trong ổ bụng, máu mầu gì

- Nếu có nhiều máu đỏ tươi: múc máu trong ổ bụng đổ vào chai có chứa Natri citrat qua phễu có 8 lần gạc để lọc lấy lại máu truyền cho người bệnh.

- Nếu máu trong bụng mầu nâu sẫm hoặc hơi đen là máu chảy đã lâu có thể bị vỡ hồng cầu, không nên truyền hoàn hồi.

- Cho tayvào tìm đáy tử cung kẹp kéo lên cao kiểm tra 2 bên vòi tử cung, buồng trứng tìm chỗ vòi trứng tổn thương kẹp lại cầm máu.

- Mở rộng thành bụng bằng hai panh Harmann kéo sang hai bên, nếu vòi tử cung bị vỡ, máu chảy nhiều nên cắt bỏ vòi tử cung cầm máu, dùng kìm có mấu kẹp sát với tử cung, nơi mạc treo vòi ít mạch máu, dùng kéo cắt khối chửa tới sát tai vòi tử cung.

- Nếu tổn thương ở vòi tử cung có thể bảo tồn thì khâu phục hồi vòi trứng khi người bệnh trẻ, chưa đủ con.

- Khâu cuống mạch bên vòi tử cung bị cắt bằng chỉ tự tiêu và buộc chặt cầm máu.

- Nếu chửa ở đoạn kẽ tử cung (khối chửa nằm ngoài dây chằng tròn) thì có thể cắt góc tử cung hay cắt tử cung bán phần nếu người bệnh có 2 con, trên 35 tuổi.

- Nếu chửa ngoài tử cung ở buồng trứng thì cắt vùng buồng trứng tổn thương, khâu cầm máu bằng chỉ tự tiêu vắt cầm máu.

- Cho nằm đầucao, lau sạch ổ bụng, kiểm tra lại tiểu khung, 2 vòi tử cung, buồng trứng, cùng đồ và các tạng lân cận.

- Không đặt dẫn lưu

- Đóng thành bụng theo lớp giải phẫu..

- Truyền máu hoàn hồi cho người bệnh hoặc dịch thay máu và máu tươi nếu cần.

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu sau phẫu thuật: trong 6 giờ đầu phải theo dõi mạch, huyết áp và toàn trạng tại phòng hồi tỉnh (chăm sóc cấp I). Nếu mạch nhanh, huyết áp giảm, bụng gõ đục, siêu âm có nhiều dịch tự do, phải nghĩ đến chảy máu trong, có thể do tuột chỉ khâu diện cắt vòi tử cung. Cần phải phẫu thuật lại ngay để cầm máu.

- Nhiễm khuẩn: trong khi phẫu thuật phải lau sạch lấy hết máu đọng và máu cục trong ổ bụng để tránh nhiễm khuẩn. Tuy nhiên tránh lau kỹ quá gây dính ổ bụng vì thanh mạc bị tổn thương. Phải cho kháng sinh toàn thân liều điều trị để dựphòng nhiễm khuẩn, đặc biệt là khi truyền máu hoàn hồi.

## **PHẪU THUẬT CẮT VÁCH NGĂN ÂM ĐẠO - MỞ THÔNG ÂM ĐẠO**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật tao hình âm đạo trong trường hợp âm đạo có vách ngăn ngang hay dọc.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Dị dạng đường sinh dục có vách ngăn âm đạo dọc hoặc ngang

**III. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện: Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản đã được đào tạo.

2. Phương tiện: Bộ dụng cụ phẫu thuật đường âm đạo

3. Người bệnh

- Khám toàn thân và chuyên khoa đánh giá các bệnh lý phối hợp

- Được tư vấn về nguy cơ, biến chứng, tai biến của phẫu thuật

4. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án phẫu thuật theo qui định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Phẫu thuật cắt vách ngăn dọc

- Thăm dò vách ngăn:

+ Bằng ống thông tiểu sắt để xác định vị trí bám của vách ngăn với thành trước âm đạo

+ Khám trực tràng để xác định vị trí bám của vách ngăn với thành sau âm đạo

+ Khám âm đạo đẻ xác định độ dài vách ngăn

- Dùng dao cắt dọc tận chỗ bám toàn bộ phía trước và phía sau vách ngăn, tốt nhất nên dùng dao điện

- Nếu không chảy máu: chèn bấc gạc trong 24giờ. Nếu chảy máu: khâu cầm máu và chèn ống thông, nên khâu bằng chỉ tiêu.

2. Phẫu thuật cắt vách ngăn ngang âm đạo

- Thăm dò:

+ Thăm dò vách ngăn, xác định vị trí vách ngăn bằng tay qua khám âm đạo, trực tràng và thăm dò bàng quang.

+ Thăm dò âm đạo trong qua lỗ thông giữa vách ngăn bằng ống thông nelaton

hoặc bằng kim tiêm nếu không có lỗ thông

- Kỹ thuật:

+ Làm thủng vách ngăn bằng cách rạch ở vị trí thăm dò đã xác định (hình tam giác, chữ thập hoặc đường rạch đơn thuần)

+ Cắt một phần vách ngăn, càng sát âm đạo càng tốt.

+ Khâu các mép cắt còn lại bằng chỉ tiêu, chú ý lấy hết niêm mạc.

- Đặt bấc gạc âm đạo, lưu ít nhất 24 tiếng để tránh dính trở lại.

**PHẪU THUẬT BÓC KHỐI LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG**

**Ở TẦNG SINH MÔN, THÀNH BỤNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Lạc nội mạc tử cung(LNMTC) tại tầng sinh môn (TSM) hoặc thành bụng là do những tế bào nội mạc tử cung dừng lại tại TSM khi đẻ có cắt TSM hoặc mổ lấy thai mà dừng lại ở thành bụng, phát triển dần và to lên, gây các triệu chứng đau theo chu kỳ kinh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Khi khối LNMTC gây đau, khó chịu ảnh hưởng đến sinh hoạt bình thường hay tình dục

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Khi khối LNMTC còn quá nhỏ

- Khi đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu

- Khi đang có thai

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện: Bác sĩ Phụ sản

2. Phương tiện: Bộ tiểu hoặc trung phẫu (những khối LNMTC to và nằm sâu trong tổ chức)

3. Người bệnh

- Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện

những chóng chỉ đinh.

- Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra.

- Vệ sinh tại chỗ

- Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần.

4. Hồ sơ bệnh án: Được chuẩn bị theo qui định

**VIII. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Bóc LNMTC tại thành bụng

- Gây tê hoặc tiền mê

- Sát khuẩn vùng phẫu thuật.

- Trải khăn vô khuẩn

- Rạch da theo đường ngang để hạn chế sẹo xấu. Rạch chiều rộng vừa đủ để bóc nang

- Dùng kéo phẫu thuật bóc tách vỏ nang xuống tận đáy (cố gắng không làm vỡ nang)

- Dùng kìm chắc kẹp cuống nang ở phần đáy, tránh chảy máu

- Dùng chỉ Vicryl số 2 hoặc 3 khâu cầm máu kỹ cuống khối LNMTC và ở thành của nang, sau đó khâu đáy và tổ chức dưới da một hoặc hai lớp tùy thuộc tổn thương. Lấy hết đáy tránh máu đọng hoặc chảy máu dưới đáy vết mổ

- Đóng da bằng khâu da mũi liền hoặc khâu da mũi rời theo thông thường bằng chỉ tự tiêu hoặc chỉ không tiêu

- Sát khuẩn lại vết mổ và bằng lại

- Thay băng và cắt chỉ (nếu khâu da bằng chỉ không tiêu) theo qui định thông thường

2. Bóc LNMTC tại TSM

- Bóc sau sạch kinh 1 tuần để chức năng đông máu trở về bình thường và xa kỳ kinh sau vì hành kinh dễ làm cho vết thương bị nhiễm khuẩn, khó liền

- Gây tê hoặc tiền mê. Tùy tổn thương mà có thể gây tê đám rối thần kinh thẹn hoặc gây tê tủy sống

- Nếu LNMTC ở sâu trong lớp cơ mông hoặc vào đáy chậu hoặc trực tràng thì phải thực hiện ở phòng mổ

- Sát khuẩn âm đạo và TSM.

- Trải khăn vô khuẩn

- Rạch da theo đường ngang hoặc dọc tùy theo vị trí của LNMTC để hạn chế sẹo xấu. Rạch chiều rộng vừa đủ để bóc nang

- Dùng kéo phẫu thuật bóc tách vỏ nang xuống tận đáy (cố gắng không làm vỡ nang)

- Dùng kìm chắc kẹp cuống nang ở phần đáy, tránh chảy máu

- Dùng chỉ Vicryl số 2 hoặc 3 khâu cầm máu kỹ cuống khối LNMTC và ở thành của nang, sau đó khâu đáy và tổ chức dưới da một hoặc hai lớp tùy thuộc tổn thương. Nhớ lấy hết đáy tránh máu đọng hoặc chảy máu dưới đáy vết mổ.

- Nếu tổn thương nằm sâu trong lớp cơ mông thì phải khâu nhiều lớp để tránh hở đáy và gãy kim khi khâu

- Đóng da bằng khâu da mũi liền hoặc khâu da mũi rời theo thông thường bằng chỉ tự tiêu hoặc chỉ không tiêu

- Sát khuẩn lại vết mổ và bằng lại

- Thay băng và cắt chỉ (nên khâu da bằng chỉ không tiêu) theo qui định thông

thường

**IX. THEO DÕI**

- Theo dõi xem băng có bị thấm máu không, vết mổ có bị bầm tím do máu, sưng đỏ do viêm nhiễm

- Dặn người bệnh vệ sinh TSM ngày 2 lần hoặc sau đại tiểu tiện, sau đó lau khô

**V. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Nếu chảy máu vết mổ nhiều thì khâu tăng cường để cầm máu

- Nếu tụ máu thì để 3-4 ngày sau, cắt nới 1 mũi chỉ và nặn dịch máu ra rồi rửa và thay băng bằng nước Oxy già

- Nếu nhiễm khuẩn vết mổ thì tăng liều thuốc kháng sinh

- Bóc LNMTC ở đáy chậu hoặc sát vùng hậu môn có thể làm tổn thương đến trực tràng: thấy phân và niêm mạc đỏ. Xử trí là bóc tách thành trực tràng và thành âm đạo. Khâu thành trực tràng mép lộn vào lòng trực tràng.

**Phần 2: Sản Khoa**

### **PHẪU THUẬT LẤY THAI**

1. **ĐẠICƯƠNG**

Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tửcung.

### **CHỈ ĐỊNH**

1. Do nguyên nhân từ thai.

* Các chỉ định do ngôi thai bất thường.
* Thai to
* Thai suy
* Bệnh lý của thai có chống chỉ định đẻ đường âm đạo:

1. Do nguyên nhân phần phụ của thai.
2. Do nguyên nhân đường sinh dục.
3. Do bệnh lý của mẹ
4. Những chỉ địnhkhác

### **CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện

* Kíp gây mê hồi sức.
* Kíp phẫu thuật.
* Nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh.

1. Phương tiện, dụng cụ,thuốc

* Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tủy sống, gây mê toàn thân.
* Bộ dụng cụ mổ lấy thai đã tiệt trùng.
* Phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh.
* Các thuốc để hồi sức và các thuốc dùng trong sản khoa.

1. Người bệnh

* Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật.
* Thông đái, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH Thì 1.** Mở bụng:

* Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu.
* Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ.

**Thì 2.** Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung.

**Thì 3.** Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối:

* Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới.
* Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm.

**Thì 4.** Lấy thai và nhau:

* Lấy thai:lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các

ngôi còn lại.

* Dùng miếng gạc mỏng lau nhớt miệng trẻ.
* Kẹp và cắt dây rốn.
* Tiêm tĩnh mạch chậm (qua dây truyền) 10 đơn vị oxytocin. Lấy nhau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần.
* Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy.

**Thì 5.** Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc:

* Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1. Có thể bằng mũi rời hay khâu vắt có khóa hay không có khóa. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung. Không nên khâu cả lớpnội mạc tử cung.Thông thường khâu một lớplà đủ. Nếu cần thì khâu vắt lớp thứ hai để cầm máu và che phủ lớp khâu thứ nhất.
* Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung bắt buộc khi có nguy cơ nhiễm khuẩn.

**Thì 6.** Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, đếm đủ gạc:

**Thì 7.** Đóng thành bụng theo từng lớp.

**Thì 8.** Lấy máu và lau âm đạo.

### **THEO DÕI CHĂM SÓC SAU PHẪUTHUẬT**

* 1. Theo dõi sau phẫu thuật.
* Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu.
* Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ tử cung ra.
* Vết mổ thành bụng.
* Trung tiện.
  1. Chămsóc.
* Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật.
* Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện).
* Vận động sớm, Cho con bú sớm.
* Kháng sinh điều trị (nếu cần).

### **BIẾN CHỨNG**

1. Trong phẫu thuật

* Chảy máu
* Chấn thương thai nhi
* Chấn thương ruột
* Rạch vào bàng quang
* Thắt vào niệu quản

1. Sau phẫu thuật

* Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết.
* Chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung.

**BẢNG KIỂM PHẪU THUẬT LẤY THAI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Nội dung** | **Có** | **Không** | **Ghi chú** |
| **Thì 1. Mở bụng:** | |  |  |  |
| 1. | Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu. |  |  |  |
| 2. | Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ. |  |  |  |
| **Thì 2:** | |  |  |  |
| 3. | Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung. |  |  |  |
| **Thì 3. Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối:** | |  |  |  |
| 4. | Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới. Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm |  |  |  |
| **Thì 4. Lấy thai và rau:** | |  |  |  |
| 5. | Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại. |  |  |  |
| 6. | Dùng miếng gạc mỏng lau nhớt miệng trẻ. |  |  |  |
| 7. | Kẹp và cắt dây rốn. |  |  |  |
| 8. | Tiêm tĩnh mạch chậm(qua dây truyền) 10 đơn vị oxytocin. Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần. |  |  |  |
| 9. | Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy. |  |  |  |
| **Thì 5. Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc:** | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 10. | Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1. Có thể bằng mũi rời hay khâu vắt có khóa hay không có khóa. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung. Không nên khâu cả lớp nội mạc tử cung. Thông thường khâu một lớp là đủ. Nếu cần thì khâu vắt lớp thứ hai để cầm máu và che phủ lớp khâu thứ nhất. |  |  |  |
| 11. | Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung bắt buộc khi có nguy cơ nhiễm khuẩn. |  |  |  |
| **Thì 6:** | |  |  |  |
| 12. | Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, đếm đủ gạc: |  |  |  |
| **Thì 7:** | |  |  |  |
| 13. | Đóng thành bụng theo từng lớp. |  |  |  |
| **Thì 8:** | |  |  |  |
| 14. | Lấy máu và lau âm đạo. |  |  |  |

### **XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN III CUỘC CHUYỂN DẠ**

* 1. **ĐẠICƯƠNG**

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

### **CHỈĐỊNH**

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

### **CHUẨN BỊ**

1. Người bệnh.

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

1. Phương tiện, dụng cụ.

* Dụng cụ, thuốc men, đồ vải và các vật liệu vô khuẩn cần thiết cho đỡ đẻ và kiểm tra nhau.
* Oxytocin 10 đv, chuẩn bị trong bơm tiêm để sẵn trên bàn dụng cụ đỡ đẻ.
  1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH Thì 1.** Sử dụng ngay Oxytocin:
* Sau khi sổ thai,trẻ khóc tốt đặt trẻ lên bụng người mẹ đã được trải sẵn săng và hai tay người mẹ ôm lấytrẻ.
* Người phụ đỡ đẻ sờ nắn bụng sản phụ để chắc chắn không còn thai trong tử cung.
* Người phụ đỡ đẻ tiến hành tiêm bắp 10 đơn vị Oxytocin vào mặt trước đùi sản phụ.
* Chỉ sau khi đã tiêm Oxytocin, người đỡ đẻ tiến hành cặp dây rốn và cắt rốn cho trẻ. Khi cặp dây rốn chú ý cặp sát vào âm hộ sản phụ.
* Người phụ đỡ đẻ đưa trẻ ra bàn làm rốn và chăm sóc trẻ, nhanh chóng lau khô, hút nhớt, làm rốn, quấn tã lót và đưa trẻ cho sản phụ để cho bú sớm nếu thíchhợp.

**Thì 2.** Kéo dây rốn có kiểm soát để gây sổ nhau: Người đỡ đẻ đứng bên cạnh hoặc ở giữa hai chân sản phụ thực hiện các công việc sau:

* Đặt bàn tay lên bụng dưới sản phụ đánh giá co hồi tử cung. Chỉ khi tử cung đã co lại tốt tạo khối cầu an toàn mới thực hiện các bước tiếptheo.
* Một tay cầm panh và dây rốn. Giữ căng dây rốn. Bàn tay còn lại đặt lên bụng sản phụ ngay vùng trên xương vệ, giữ và ấn tử cung theo hướng ngược lên về phía xương ức trong khi tay cầm panh kẹp dây rốn kéo với lực vừa phải và kéo theo hướng của cơ chế đẻ (lúc đầu kéo xuống, tiếp đến kéo ngang và cuối cùng kéo lên). Động tác này nhằm đề phòng lộn tử cung và để nhau sổ theo hướng độ cong của khung chậu.
* Khi bánh nhau đã ra đến lỗ ngoài âm đạo thì tay giữ dây rốn hạ thấp xuống cho

trọng lượng bánh ra kéo màng ra theo. Nếu màng không ra thì hai tay người đỡ giữ bánh nhau xoắn theo 1 chiều để màng nhau thoát ra ngoài.

* Nếu kéo dây rốn trong 30 - 40 giây mà bánh nhau không tụt xuống thấp (nghĩa là không có dấu hiệu bong nhau) thì dừng lại không tiếp tục kéo dây rốn nữa.
* Lúc này chỉ giữ dây rốn và chờ đến lúc tử cung co bóp trở lại.
* Tiếp tục lặp lại động tác kéo dây rốn vừa phải cùng với ấn ngược tử cung khi có cơnco.
* Khi kéo, nếu thấy dây rốn dài ra, khó thao tác có thể cuộn dây rốn vào panh (kẹp dây rốn) cho ngắn lại, nếu cần thiết thì dùng panh cặp lại dây rốn sát vào âmhộ.

Chú ý:

* Động tác kéo dây rốn, không được làm quá thô bạo.
* Không được kéo dây rốn mà không dùng bàn tay thứ hai đẩy tử cung theo chiều ngược lên về phía xươngức

**Thì 3.** Xoa tử cung:

* Ngay lập tức sau khi nhau sổ phải xoa tử cung cho đến khi tử cung cochặt.
* Cứ 15 phút xoa tử cung một lần trong vòng 2 giờđầu
* Bảo đảm tử cung vẫn co tốt sau khi kết thúc xoa tửcung.

### **THEODÕI**

* Các bước tiếptheo thực hiện như trước,tức là phải kiểm tra bánh nhau, màng nhau để đảm bảo không sót nhau hay sót màng. Nếu tiếp tục chảy máu, phải tìm các nguyên nhân khác gây băng huyết sau đẻ (rách đường sinh dục, sót nhau) và thực hiện xử trí phù hợp với từng nguyên nhân.
* Nếu chỉ có 1 bác sỹ/nữ hộ sinh tham gia đỡ đẻ thì các bước thực hiện đến khi thai sổ, người đỡ đẻ giao bé cho mẹ ôm trong khi chuẩn bị tiến hành lấy nhau. Các bước lấy nhau tiếp tục tiến hành như hướng dẫn cho đến khi nhau và màng nhau đã ra. Lúc này, người đỡ đẻ hướng dẫn và giám sát sản phụ tự xoa tử cung 15 phút/lần qua thành bụng cho đến khi tử cung co tốt. Người đỡ đẻ tiến hành làm rốn và mặc áo cho trẻ sơ sinh và đặt trẻ lên bụng mẹ để mẹ cho bú sớm.

## **BẢNG KIỂM XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN III CUỘC CHUYỂN DẠ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Nội dung** | **Có** | **Không** | **Ghi chú** |
| **Thì 1. Sử dụng ngay Oxytocin:** | |  |  |  |
| 1. | Sau khi sổ thai, trẻ khóc tốt đặt trẻ lên bụng người mẹ đã được trải sẵn săng và hai tay người mẹ ôm lấy trẻ. |  |  |  |
| 2. | Người phụ đỡ đẻ sờ nắn bụng sản phụ để chắc chắn không còn thai trong tử cung. |  |  |  |
| 3. | Người phụ đỡ đẻ tiến hành tiêm bắp 10 đơn vị Oxytocin vào mặt trước đùi sản phụ. |  |  |  |
| 4. | Chỉ sau khi đã tiêm Oxytocin, người đỡ đẻ tiến hành cặp dây rốn và cắt rốn cho trẻ. Khi cặp dây rốn chú ý cặp sát vào âm hộ sản phụ. |  |  |  |
| 5. | Người phụ đỡ đẻ đưa trẻ ra bàn làm rốn và chăm sóc trẻ, nhanh chóng lau khô, hút nhớt, làm rốn, quấn tã lót và đưa trẻ cho sản phụ để cho bú sớm nếu thích hợp. |  |  |  |
| **Thì 2. Kéo dây rốn có kiểm soát để gây sổ rau:** | |  |  |  |
| 6. | Người đỡ đẻ đứng bên cạnh hoặc ở giữa hai chân sản phụ thực hiện các công việc sau: |  |  |  |
| 7. | Đặt bàn tay lên bụng dưới sản phụ đánh giá co hồi tử cung. Chỉ khi tử cung đã co lại tốt (chắc như trái bưởi) mới thực hiện các bước tiếp theo. |  |  |  |
| 8. | Một tay cầm panh và dây rốn. Giữ căng dây rốn. Bàn tay còn lại đặt lên bụng sản phụ ngay vùng trên xương vệ, giữ và ấn tử cung theo hướngngược  lên về phía xương ức trong khi tay cầm panh kẹp |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | dây rốn kéo với lực vừa phải và kéo theo hướng của cơ chế đẻ (lúc đầu kéo xuống, tiếp đến kéo ngang và cuối cùng kéo lên). Động tác này nhằm đề phòng lộn tử cung và để rau sổ theo hướng độ cong của khung chậu. |  |  |  |
| 9. | Khi bánh rau đã ra đến lỗ ngoài âm đạo thì tay giữ dây rốn hạ thấp xuống cho trọng lượng bánh ra kéo màng ra theo. Nếu màng không ra thì hai tay người đỡ giữ bánh rau xoắn theo 1 chiều để màng rau thoát ra ngoài. |  |  |  |
| 10. | Nếu kéo dây rốn trong 30 - 40 giây mà bánh rau không tụt xuống thấp (nghĩa là không có dấu hiệu bong rau) thì dừng lại không tiếp tục kéo dây rốn nữa. |  |  |  |
| 11. | Lúc này chỉ giữ dây rốn và chờ đến lúc tử cung co bóp trở lại. |  |  |  |
| 12. | Tiếp tục lặp lại động tác kéo dây rốn vừa phải cùng với ấn ngược tử cung khi có cơn co. |  |  |  |
| 13. | Khi kéo, nếu thấy dây rốn dài ra, khó thao tác có thể cuộn dây rốn vào panh (kẹp dây rốn) cho ngắn lại, nếu cần thiết thì dùng panh cặp lại dây rốn sát vào âm hộ. |  |  |  |
| ***Chú ý:***  Động tác kéo dây rốn, không được làm quá thô bạo.  Không được kéo dây rốn mà không dùng bàn tay thứ hai đẩy tử cung theo chiều ngược lên về phía xương ức. | | | | |
| **Thì 3. Xoa tử cung:** | |  |  |  |
| 14. | Ngay lập tức sau khi rau sổ phải xoa tử cung cho đến khi tử cung co chặt |  |  |  |
| 15. | Cứ 15 phút xoa tử cung một lần trong vòng 2 giờ đầu |  |  |  |
| 16. | Bảo đảm tử cung vẫn co tốt sau khi kết thúc xoa tử cung. |  |  |  |

### **CẮT KHÂU TẦNG SINH MÔN**

1. **ĐẠICƯƠNG**

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

### **CHỈĐỊNH**

* 1. Cắt tầng sinh môn vì lý do người mẹ
* Tầng sinh môn cứng, dầy, hẹp, âm hộ và tầng sinh môn phù nề do chuyển dạ kéo dài, thăm khám nhiều.
* Trong các bệnh lý của mẹ cần cho thai phải sổ nhanh để đảm bảo sức khỏe cho người mẹ: như suy tim, tiền sản giật, cao huyết áp.
  1. Cắt tầng sinh môn vì lý do thai nhi
* Thai to toàn bộ hoặc đầu to.
* Các kiểu sổ bất thường như sổ chẩm cùng, ngôi mặt, ngôi mông.
* Thai non tháng, thai có nguy cơ bị ngạt.
  1. Cắt tầng sinh môn khi làm các thủ thuật như foóc xép, giác hút, đỡ đẻ ngôi mông…

### **CHỐNG CHỈĐỊNH**

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

### **CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện

* Nữ hộsinh
* Bác sĩ sản khoa

1. Phương tiện, vật tư,thuốc.

* Bộ cắt khâu tầng sinh môn bao gồm: 1 kéo thẳng đầu tù, 1 kìm cặp kim, 1 panh đỡ kim, 1 panh sát trùng, 1 cốc đựng dung dịch sát trùng.
* Chỉ khâu (chỉ vicryl rapid hoặc chỉ cat gut,lanh,...).
* 10ml dung dịch sát trùng: povidin hoặcpolyvidin…
* 1 bơm tiêm5ml
* 1 ống Lidocain2%

1. Người bệnh: Kiểm tra toàn trạng, mạch, huyết áp, máu âm đạo. Phải chắc chắn không còn sót nhau, tử cung co tốt, không rách âm đạo mới tiến hành khâu tầng sinh môn.

### **CÁC BƯỚC TIẾNHÀNH**

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

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

**Thì 3.** Cắt tầng sinh môn:

* Kỹ thuật mà nhiều người áp dụng là cắt chếch 45º, tại vị trí 7 giờ. Sản phụ nằm

tư thế đẻ thường, trong cơn co tử cung, khi tầng sinh môn và âm hộ phồng căng hoặc khi kéo forceps, giác hút dùng một kéo thẳng và sắc cắt chéo 45º từ mép sau của âm hộ (thường cắt ở bên phải của sản phụ). Cắt 2 – 4 cm tùy mức độ cần thiết. Đường cắt này sẽ cắt các cơ thắt âm hộ, cơ ngang nông và sâu, cùng với thành âm đạo và da dùng tầng sinhmôn.

* Không cắt sâu tới cơ nâng hậumôn.
* Không cắt ngang vị trí 9 giờ để tránh vào những tổ chức dễ chảy máu như tuyến Bartholin, các tổ chức xốp vùng âm hộ và cũng không cắt theo đường giữa để tránh nút thớ trung tâm vùng sinh môn, cơ thắt hậu môn và trựctràng.
* Thường cắt 1 bên là đủ, nếu cần thiết thì cắt cả 2bên.

**Thì 4.** Khâu tầng sinh môn:

* Chỉ khâu tầng sinh môn khi chắc chắn nhau thai đã sổ, không sót nhau, đã kiểm soát được đờ tử cung và các sang chấn đường sinhdục.
* Nếu đường cắt tầng sinh môn không rách thêm, chúng ta sẽ thực hiện 3mũi khâu vắt bằng chỉ vicrylrapid:

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

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

+ Khâu vắt dư ới da hoặc trong da để tạo cho sẹo tầng sinh môn nhỏ và mềm mại.(Ở những cơ sở y tế không có chỉ đảm bảo cho khâu vắt chúng ta có thể khâu mũi rời với 3 thì khâu như trên. Lớp ngoài cùng nên khâu mũi rời bằng chỉ không tiêu và sẽ cắt chỉ ngoài da sau 5 ngày). Nếu vết rách sau ở trong âm đạo và rách sâu ở tầng sinh môn thì chúng ta phải khâu mũi rời.

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

### **THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAIBIẾN**

1. Theo dõi

* Giữ vết khâu sạch và khô. Cắt chỉ vào ngày thứ 5 nếu khâu da bằng chỉ không tiêu.
* Nếu vết khâu không liền do nhiễm khuẩn phải xử trí tại chỗ, không khâu lại ngay.

1. Xử trí tai biến

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

+ Cắt chỉ tầng sinh môn cách quãng, rửa sạch, kháng sinh tại chỗ và toàn thân.

+ Vệ sinh, rửa bằng dung dịch sát trùng, sử dụng kháng sinh điều trị.

## **BẢNG KIỂM CẮT KHÂU TẦNG SINH MÔN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Nội dung** | **Có** | **Không** | **Ghi chú** |
| **Thì 1:** | |  |  |  |
| 1. | Sát trùng vùng âm hộ tầng sinh môn |  |  |  |
| **Thì 2:** | |  |  |  |
| 2. | Gây tê vùng tầng sinh môn định cắt bằng Lidocain 2% 2ml +3ml nước cất. Nếu người bệnh đã được gây tê ngoài màng cứng để giảm đau rồi thì không cần gây tê tại chỗ nữa. |  |  |  |
| **Thì 3. Cắt tầng sinh môn:** | |  |  |  |
| 3. | Kỹ thuật mà nhiều người áp dụng là cắt chếch 450 tại vị trí 7 giờ. Sản phụ nằm tư thế đẻ thường, trong cơn co tử cung, khi tầng sinh môn và âm hộ phồng căng hoặc khi kéo forceps, giác hút dùng một kéo thẳng và sắc cắt chéo 450 từ mép sau của âm hộ (thường cắt ở bên phải của sản phụ). Cắt 2 – 4 cm tùy mức độ cần thiết. Đường cắt này sẽ cắt các cơ thắt âm hộ, cơ ngang nông và sâu, cùng với thành âm đạo và da dùng tầng sinhmôn. |  |  |  |
| 4. | Không cắt sâu tới cơ nâng hậu môn. |  |  |  |
| 5. | Không cắt ngang vị trí 9 giờ để tránh vào những tổ chức dễ chảy máu như tuyến Bartholin, các tổ chức xốp vùng âm hộ và cũng không cắt theo đường giữa để tránh nút thớ trung tâm vùng sinh môn, cơ thắt hậu môn và trựctràng. |  |  |  |
| Thì 4. Khâu tầng sinh môn: | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 6. | Chỉ khâu tầng sinh môn khi chắc chắn rau thai đã sổ, không sót rau, đã kiểm soát được đờ tử cung và các sang chấn đường sinh dục. |  |  |  |
| 7. | Nếu đường cắt tầng sinh môn không rách thêm, chúng ta sẽ thực hiện 3 mũi khâu vắt bằng chỉ vicryl rapid: |  |  |  |
| 7a. | Mũi khâu vắt thứ nhất bắt đầu từ trên vết cắt trong âm đạo 0,5cm ra tới gốc của màng trinh phía ngoài; khâu hết đến tận đáy kéo hai mép của âm đạo gốc của màng trinh sát vào nhau. |  |  |  |
| 7b. | Mũi khâu vắt thứ hai: bắt đầu từ đỉnh của vết cắt tầng sinh môn phía ngoài vào tới gốc của màng trinh phía trong. Khâu từ phần dưới da cho đến gốc của màng trinh phía trong |  |  |  |
| 7c. | Khâu vắt dưới da hoặc trong da để tạo cho sẹo tầng sinh môn nhỏ và mềm mại. *(Ở những cơ sở y tế không có chỉ đảm bảo cho khâu vắt chúng ta có thể khâu mũi rời với 3 thì khâu như trên. Lớp ngoài cùng nên khâu mũi rời bằng chỉ không tiêu và sẽ cắt chỉ ngoài da sau 5 ngày* |  |  |  |
| 8. | Nếu vết rách sau ở trong âm đạo và rách sâu ở tầng sinh môn thì chúng ta phải khâu mũi rời |  |  |  |
| 9. | Khâu da nên khâu luồn trong da bằng chỉ vicryl rapid để cho sẹo nhỏ và mềm mại. |  |  |  |

### **KHÂU PHỤC HỒI RÁCH ÂM ĐẠO**

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

* Rách âm đạo ở mức thấp: là loại rách ở 1/3 dưới âm đạo, thường kèm theo rách âm hộ và tầng sinh môn.
* Rách âm đạo ở phần giữa: ít gặp hơn, tổn thương nặng, chảy máu nhiều hơn và khó phát hiện nếu không bộc lộrõ.
* Rách âm đạo cao: là rách ở 1/3 trên âm đạo, ít gặp thường kèm theo rách cùng đồ.
* Rách âm đạo nếu không được phát hiện xử trí kịp thời có thể gây mất máu cấp, gây choáng và có khi tử vong.

1. Triệu chứng

* Ra máu âm đạo nhiều hay ít tùy theo tổnthương.
* Tổn thương rách ở âm đạo có thể ở thành phải, thành trái hoặc thành sau âm đạo. Cần phải dùng 2 van âm đạo bộc lộ từng phần của âm đạo: mặt dưới, mặt bên phải, mặt bên trái, phía trên và cùng đồ để đánh giá và phân loại tổn thương mới có thể có thái độ xử trí đúngđắn.

### **CHỈĐỊNH**

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

### **CHUẨN BỊ**

1. Người thựchiện

* Tùy theo mức độ rách nông, rách sâu, rách ở ngoài, ở giữa hay ởtrong.
* Rách ở 1/3 ngoài, rách nông: NHS có kinh nghiệm, BS sảnkhoa.
* Rách 1/3 ngoài, rách sâu, rách ở giữa, rách 1/3 trên: nữ hộ sinh có kinh nghiệm hoặc bác sỹ sản khoaphụ.

1. Phươngtiện

* 2 van âmđạo
* 2 panh hình tim cặpCTC
* 1 panh sáttrùng
* 1 kéo thẳng đầu tù,sắc
* 1 panh cặpkim
* 1 panh đỡkim
* 1 cốc đựng dung dịch sáttrùng
* 1 đến 2 sợi chỉ vicryl số1
* 1 bơm tiêm 10ml
* 20ml dung dịch polydin hoặcpolyvidin.

1. Người bệnh

* Đánh giá toàn trạng người bệnh: lượng máu mất, mạch, huyết áp, toàn trạng, mức độ co tử cung sau đẻ (nếu co kém cần dùng thuốc co tử cung); cácbệnh của người mẹ đặc biệt các bệnh có liên quan đến đông cầm máu như giảm tiểu cầu, APTT kéo dài, giảmfibrinogen…
* Cần hỏi người bệnh và kiểm tra bệnh án để không bỏ sót các ca dị ứng với các thuốc gây tê, giảm đau, khángsinh.

### **CÁC BƯỚC TIẾNHÀNH**

* Sát trùng âm đạo TSM, thông tiểu, người phụ giữ van bộc lộ âmđạo.
* Giảm đau bằng gây tê tại chỗ Lidocain 2% 2ml +3ml nước cất (trừ khi thai phụ đã được gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong và sauđẻ).
* Khâu lại vếtrách:

+ Khâu từ trên xuống dưới.

+ Khâu 1 lớp khâu vắt (bằng chỉ vicryl hay chỉ tự tiêu khác) nếu rách nông.

+ Khâu nhiều lớp, khâu mũi rời bằng chỉ tự tiêu nếu rách sâu, phức tạp. Lớp trên khâu chồng lên lớp dưới để tránh máu tụ, lớp dưới phải khâu sâu đảm bảo vừa sát qua đáy của tổn thương để đề phòng máu tụ mà lại không vào trực tràng.

+ Sát trùng âm đạo sau khi khâu xong.

+ Cho 1 ngón tay vào hậu môn kiểm tra xem có khâu vào trực tràng không, nếu có phải cắt chỉ khâu lại.

+ Sát trùng hậu môn.

### **THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAIBIẾN**

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

## **BẢNG KIỂM KHÂU PHỤC HỒI RÁCH ÂM ĐẠO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Nội dung** | **Có** | **Không** | **Ghi chú** |
| 1. | Sát trùng âm đạo TSM, thông tiểu, người phụ giữ van bộc lộ âm đạo. |  |  |  |
| 2. | Giảm đau bằng gây tê tại chỗ Lidocain 2%2ml  +3ml nước cất (trừ khi thai phụ đã được gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong và sauđẻ). |  |  |  |
| **Khâu lại vết rách:** | |  |  |  |
| 4. | Khâu từ trên xuống dưới. |  |  |  |
| 5. | Khâu 1 lớp khâu vắt (bằng chỉ vicryl hay chỉ tự tiêu khác) nếu rách nông. |  |  |  |
| 6. | Khâu nhiều lớp, khâu mũi rời bằng chỉ tự tiêu nếu rách sâu, phức tạp. Lớp trên khâu chồng lên lớp dưới để tránh máu tụ, lớp dưới phải khâu sâu đảm bảo vừa sát qua đáy của tổn thương để đề phòng máu tụ mà lại không vào trực tràng. |  |  |  |
| 7. | Sát trùng âm đạo sau khi khâu xong. |  |  |  |
| 8. | Cho 1 ngón tay vào hậu môn kiểm tra xem có khâu vào trực tràng không, nếu có phải cắt chỉ khâu lại |  |  |  |
| 9. | Sát trùng hậu môn. |  |  |  |

### **KHÂU RÁCH CỔ TỬ CUNG**

1. **ĐẠICƯƠNG**

* Rách cổ tử cung (CTC) là thương tổn thường gặp có hoặc không kèm theo rách âm đạo và tầng sinh môn. Tùy theo tổn thương để phân loại độ rách.
* Rách CTC dưới chỗ bám của thành âm đạo, tổn thương nhẹ, chảy máu ít nhiều tùy theo vị trí rách.
* Rách CTC trên chỗ bám của thành âm đạo, tổn thương nhẹ, chảy máu ít, nhiều tùy theo vị trí rách.
* Rách CTC thường gây chảy máu nhiều nhưng không được phát hiện và xử trí kịp thời có thể gây choáng và gây tử vong.

### **NGUYÊNNHÂN**

* CTC xơ cứng do có sẹo, do rách cũ, mổ cắt cụt CTC, viêm nhiễm CTC đã đốt điện nhiều lần.
* CTC phù nề do chuyển dạ lâu, thăm khám nhiềulần.
* Rặn quá sớm khi CTC chưa mở hết, đầu chưa lọt.
* Sau khi làm thủ thuật fooc xép, giá chút…

### **TRIỆU CHỨNG, CHẨNĐOÁN**

* Chảy máu ít hay nhiều tùy theo thương tổn rách.
* Tử cung vẫn cotốt.
* Cần dùng 2 van âm đạo bộc lộ rõ âm đạo, CTC. Dùng 2 kẹp hình tim cặp từng phần CTC để phát hiện tổn thương giữa 2 cặp, đánh giá tất cả các vết rách để xử trí kịp thời có hiệu quả.

### **CHỈĐỊNH**

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

### **CHUẨN BỊ**

* 1. Người thựchiện

Một Bác sĩ sản khoa có kinh nghiệm, 1 Bác sĩ sản khoa hoặc 1 nữ hộ sinh có kinh nghiệm phụ.

* 1. Phương tiện
* 2 van âm đạo
* 2 panh hình tim cặp CTC
* 1 panh sát trùng
* 1 kéo thẳng đầu tù, sắc
* 1 panh cặp kim
* 1 panh đỡ kim
* 1 cốc đựng dung dịch sát trùng
* 1 đến hai sợi chỉ vicryl số 1
* 1 bơm tiêm 10ml
* 20ml dung dịch polydin hoặc polyvidin.
  1. Người bệnh
* Người bệnh phải được đánh giá toàn diện: lượng máu mất, mạch, huyết áp, toàn trạng, mức độ co chắc của tử cung sau đẻ (nếu co kém cần dùng thuốc co tử cung); các bệnh của người mẹ đặc biệt các bệnh có liên quan đến đông cầm máu như giảm tiểu cầu, APTT kéo dài, giảm fibrtinogen…
* Chúng ta cần hỏi người bệnh và kiểm tra bệnh án để không bỏ sót các ca dị ứng với các thuốc gây tê, giảm đau, kháng sinh.

### **CÁC BƯỚC TIẾNHÀNH**

* Giảm đau cho sản phụ (nếu chưa có gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong và sau đẻ).
* Khâu vùng rách cổ tử cung. Chú ý quan sát rõ hai mép rách để khâu và tránh khâu nhầm môi dưới và môi trên ở hai bên. Khâu bằng chỉ tự tiêu.
* Khâu lại vết rách ngoài tử cung (cùng đồ nếu có) bằng chỉ tiêu mũi rời.

### **THEODÕI**

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

## **BẢNG KIỂM KHÂU RÁCH CỔ TỬ CUNG**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Nội dung** | **Có** | **Không** | **Ghi chú** |
| 1. | Giảm đau cho sản phụ (nếu chưa có gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong và sau đẻ). |  |  |  |
| 2. | Khâu vùng rách cổ tử cung. Chú ý quan sát rõ hai mép rách để khâu và tránh khâu nhầm môi dưới và môi trên ở hai bên. Khâu bằng chỉ tự tiêu. |  |  |  |
| 3. | Khâu lại vết rách ngoài tử cung (cùng đồ nếu có) bằng chỉ tiêu mũi rời. |  |  |  |

### **ĐỠ ĐẺ NGÔI MÔNG**

* 1. **ĐẠICƯƠNG**

Ngôi mông là một ngôi đẻ khó, nhưng vẫn có thể đẻ đường dưới được. Ngôi mông có tần suất 2 - 6% trong tổng số các cuộc chuyển dạ. Ngôi mông có tỷ lệ rất cao ở các ca đẻ non.

### **CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈĐỊNH**

1. Chỉ định: có thể lựa chọn cho đẻ đường âm đạo dưới các casau:

* Ngôi mông hoàn toàn hoặc không hoàn toàn kiểumông.
* Tuổi thai > 34tuần.
* Trọng lượng thai dự đoán 2500-3000g.
* Đầu thai nhi cúi tốt.
* Khung chậu người mẹ rộng (qua khám lâm sàng và siêu âm hoặc Xquang).
* Không có chỉ định mổ lấy thai cả về phía mẹ hoặc con.
* Biểu hiện của mẹ trong quá trình chuyển dạ thuận lợi, không có tình trạng nguy hiểm cho mẹ và con.
* Xác định các dị tật có thể làm thai chết.

1. Chống chỉđịnh
   1. Chống chỉ định về phía mẹ:

* Bất thường khung chậu.
* Có khối u tiền đạo.
* Có sẹo mổ cũ ở tửcung.
* Tổn thương ở vùng chậu và tầng sinh môn.
* Các bệnh lý của mẹ lúc mang thai (đái đường, cao huyết áp...)
* Các bệnh lý tim mạch, suy hô hấp.
  1. Chống chỉ định do phần phụ của thai:
* Nhau tiền đạo.
* Đa ối.
* Dây rốn ngắn hoặc dây rốn quấn cổ.

1. Chống chỉ định về phía thai:

* Suy thai mãn.
* Đầu ngửa nguyên phát.
* Đẻ non, thai 1500-2500gr.
* Trọng lượng thai dự đoán >3000gr.
* Thai già tháng.
* Đa thai có hơn 1 thai là ngôi mông.

### **ĐIỀU KIỆN**

* Đỡ đẻ ngôi mông đường âm đạo được thực hiện do một người có kinh nghiệm sẽ an toàn và khả thi với những điều kiện sau đây:

+ Ngôi mông hoàn toàn hoặc ngôi mông không hoàn toàn.

+ Khung chậu bình thường.

+ Thai nhi không quá lớn.

+ Không có sẹo mổ cũ ở tử cung.

+ Đầu thai cúi tốt.

+ Khám sản phụ thường xuyên và ghi lại quá trình chuyển dạ trên biểu đồ chuyểndạ.

+ Nếu ối vỡ, khám sản phụ ngay lập tức để loại trừ sa dây rốn. Lưu ý:

* Không được bấm ối.
* Nếu có sa dây rốn và cuộc đẻ không xảy ra ngay lập tức, chỉ định mổ lấythai.
* Nếu nhịp tim thai bất thường (<100 hoặc >180 lần/phút) hoặc chuyển dạ kéo dài, chỉ định mổ lấy thai.
* Phân su thường gặp trong ngôi mông và đó không phải là dấu hiệu suy thai nếu nhịp tim thai bìnhthường.
* Sản phụ không được rặn cho đến khi cổ tử cung mở hết. Phải khám âm đạo để xác định cổ tử cung mở hết.

### **CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện

* Một kíp đỡ đẻ ngôi mông cần có từ 3 – 4 người.
* Chỉ nên cho đẻ đường âm đạo ở những nơi có điều kiện phẫu thuật và hồi sức sơ sinhtốt.
* Khi quyết định cho đẻ đường âm đạo trong ngôi mông, nên chọn bác sĩ sản khoa có kinh nghiệm đỡ đẻ ngôi mông.
* Một người gây mê có khả năng hồi sức sơ sinh hoặc triển khai nhanh cuộc mổ cấp cứu.
* Có sẵn kíp gây mê, bác sĩ nhi khoa để hỗ trợ khi cần.

1. Phương tiện dụng cụ

* Một bộ khăn vải vô trùng (04cái).
* Găng tay vô khuẩn (04 đôi).
* Dung dịch Glucose 5%, Glucose 10%, Bicarbonate natri4,2%.
* Dây truyền dịch (01bộ).
* Thuốc Oxytocin 5 đơn vị (2 – 4 ống), thuốc tê Lidocain2%.
* Bơm tiêm (03cái).
* Dung dịch sát trùng Povidine 10%(50ml).
* Ống thông bàng quang 01cái.
* Hộp dụng cụ cắt – khâu TSM.
* Hộp dụng cụ đỡ đẻ.
* Máy hút dịch.
* Ống hút nhớt trẻ sơ sinh (01cái).
* Dụng cụ và thuốc hồi sức sơ sinh (01hộp).

1. Sản phụ

Sản phụ phải được tư vấn về thuận lợi và nguy cơ của sinh ngôi mông đường âm đạo, cách rặn đẻ để phối hơp với bác sĩ trong quá trình rặn sổ thai. Lựa chọn đẻ đường âm đạo khi có các điều kiện sau:

* Cổ tử cung đã mở hết.
* Cơn co tử cung phải hiệu quả, không có nguy cơ gián đoạn chuyển dạ.
* Luôn luôn theo dõi, kiểm tra chuyển dạ ngay khi có sự xoá mở cổ tử cung.
* Chuẩn bị sẵn forceps để lấy thai khi cần thiết.

1. Hồ sơ bệnh án: Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án sản khoa và các xét nghiệm cơ bản, siêu âm để có thể chuyển sang mổ cấp cứu khicần.

### **CÁC BƯỚC TIẾNHÀNH**

Giai đoạn cho sản phụ rặn đẻ chỉ được tiến hành khi có đủ các điều kiện sau

đây:

* Cổ tử cung đã mở hết và ngôi thai đã xuống sát với tầng sinh môn.
* Chỉ cho sản phụ rặn khi có cơn co tử cung.
* Đảm bảo cơn co tử cung có hiệu quả, truyền nhỏ giọt Oxytocin có hệ thống từ lúc bắt đầu cho sản phụ rặn.
* Cắt tầng sinh môn chủ động có hệ thống khi tầng sinh môn giãn căng.
* Không dùng bất cứ một thủ thuật nào khi sổ thai cho tới khi xuất hiện đỉnh của xương bả vai thai nhi.

### **Đỡ đẻ**

* **Đỡ đẻ ngôi mông theo phương phápVermelin**
* Để thai nhi sổ tự do do sự kết hợp của cơn co tử cung và sức rặn của mẹ.
* Khi mông hoặc chân chuẩn bị sổ thì cắt tầng sinh môn.
* Trải một khăn vải ở dưới tầng sinh môn.
* Khi thai sổ đến bụng, người đỡ đẻ luồn ngón tay nới lỏng dây rốn.
* Đẩy trên bụng mẹ ở phía đáy tử cung.
* Giúp cho đầu hậu sổ kịp thời tránh cho trẻ hít phải nước ối.
* Người thầy thuốc sản khoa là người quan sát tích cực, không vội vã, càng ít đụng chạm vào thai nhi càng tốt.

### Đỡ đẻ ngôi mông theo phương pháp Sôvianốp (ngôimôngkhônghoàntoàn).

* Khi mông sổ hai bàn tay người đỡ đẻ ôm lấy đùi và hông thai, các ngón cái ở phía đùi các ngón khác phía xương cùng.
* Trong cơn rặn hướng cho khối thai ra trước và giữ cho chi dưới của thai luôn áp sát vào bụng và ngực.
* Khi sổ vai tiêm thuốcOxytocin.
* Giúp sổ đầu hậu đồng thời hướng thai ra trước cho lưng thai sát vào phần trước âm hộ, lật ngửa thai lên bụng mẹ cho sổ đầu (giống như thủ thuậtBracht).

### Đỡ đẻ ngôi mông hoàn toàn theo phương phápSôvianốp:

* Giữ không cho chân và mông không sổ sớm: dùng gạc lớn đặt trước âm hộ và lấy lòng bàn tay đè lên gạc trong cơn co.
* Hướng dẫn sản phụ rặn thậttốt.
* Thời gian giữ từ vài phút đến15–20 phút cho tới khi tầng sinh môn giãn hết mức.
* Lúc không thể giữ nữa và bắt đầu cho rặn sổ.
* Các động tác đỡ thai khác tuần tự được tiến hành như khi đỡ ngôi mông theo đường dưới một cách tựnhiên.

### Các thủ thuật thường dùng khi đỡ đẻ ngôi mông Các thủ thuật đỡ đầuhậu

**Thủ thuật Bracht:**

* Người đỡ đẻ giữ thai với hai bàn tay: các ngón tay cái vào mặt trước đùi, bằng các động tác phối hợp đưa thai ra trước, lên trên và lật ngửa thai lên bụng mẹ, không được lôi kéo vào thai.
* Người đỡ phụ ấn tay vào đáy tử cung giúp cho đầu thai ra dễ dàng hơn.
* Khi thai đã sổ qua cằm, người đỡ có thể luồn ngón tay vào miệng thai nhi giúp đầu cúi để sổ dễ hơn.

### Thủ thuật Mauriceau:

Thủ thuật này thường chỉ định cho các sản phụ đẻ con so, thai có thể hơi to, tầng sinh môn rắn, cần tiên lượng những khó khăn và nếu thấy có chỉ định thì làm ngay thủ thuật Mauriceau. Thời điểm bắt đầu làm Mauriceau là khi vai và 2chi trên đã sổ hẳn ra ngoài âm hộ.

Cách làm:

* Cho thai nhi cưỡi lên cẳng tay người đỡ đẻ.
* Hai ngón tay trỏ và giữa cho vào miệng của thai đến tận đáy lưỡi ấn cho cằm sát vào ngực giúp cho đầu cúi thêm.
* Bàn tay ngoài đặt trên lưng, sát vai dùng các ngón ấn vào vùng chẩm để phối hợp cùng lúc với bàn tay bên trong làm cho đầucúi.
* Sau đó dùng các ngón bàn tay ngoài ôm lấy 2 vai và kẹp ngón trỏ – giữa ôm lấy gáy thai rồi phối hợp với tay trong kéo thai xuống, đưa đầu về chẩm – vệ, hướng thai ra ngoài lật lên phía bụng mẹ.
* Người phụ đẩy vào tử cung giúp cho đầu sổ dễhơn.
* Cắt nới rộng tầng sinhmôn

### Các thủ thuật hạ tay Thủ thuật LOVSET

* Khi thai nhi sổ đến mỏm xương bả vai, người đỡ đẻ đưa ngón tay lên kiểm tra xem tay thai nhi có bị giơ lên cao hay không. Nếu tay bị giơ cao thì bắt đầu ngay thủ thuật hạ tay.
* Người đỡ đẻ nắm giữ thai nhi bằng 2 bàn tay, ngón cái ở vùng thắt lưng, lòng bàn tay ở 2 mông, các ngón tay khác ở phía bụng.
* Thực hiện vòng quay đầu tiên 90ºcho lưng thai quay sang phải để cánh tay trước của thai xuống dưới xương vệ sẽ sổ.
* Sau đó tiến hành vòng quay thứ 2, 180º theo hướng ngược lại để đưa tay sau ra trước, khuỷu tay sẽ xuất hiện ở âm hộ.
* Tiếp đó thai sẽ được hạ xuống, cố định chẩm dưới khớp vệ cho đầu sổ.

### Hạ tay theo phương pháp cổ điển:

* Bao gờ cũng phải hạ tay sau xuống trước.
* Một bàn tay cầm chân thai nhấc lên và về phía đối diện với lưng của thai.
* Bàn tay còn lại luồn vào âm đạo theo ngực cằm đi dần lên.
* 2ngón tay trỏ và giữa đi dọc theo cánh tay tìm đến nếp khuỷu thì ấn vào nếp đó để cẳng tay gấp lại và bàn tay vuốt qua mặt thai nhi để đưa xuống dưới. Động tác này người ta ví như mèo rửa mặt
* Khi tay đã xuống, vào tới âm đạo thì gỡ dần ra theo mép sau âm hộ.
* Đối với tay trước, lại luồn tay lên làm các thao tác như trên.
* Ca không thể luồn tay lên được thì phải xoay 180º biến tay trước thành tay sau. Nếu tay đó chưa sổ thì làm thao tác gỡ tay sau như đã mô tả trên.

### **THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

* Nếu đầu bị ngửa hay không quay về chẩm vệ thì thời gian kéo đầu thai nhi quá lâu làm thai nhi bị ngạt hay bị sang chấn sọ não.
* Tầng sinh môn cóthể bị rách rộng khi đầu thai sổ, nên cắt nới tầng sinh môn trước để thai sổ dễ dàng.

## **BẢNG KIỂM ĐỠ ĐẺ NGÔI MÔNG**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Nội dung** | **Có** | **Không** | **Ghi chú** |
| **Giai đoạn cho sản phụ rặn đẻ chỉ được tiến hành khi có đủ các điều kiện sau đây:** | |  |  |  |
| 1. | Cổ tử cung đã mở hết và ngôi thai đã xuống sát với tầng sinh môn. |  |  |  |
| 2. | Chỉ cho sản phụ rặn khi có cơn co tử cung. |  |  |  |
| 3. | Đảm bảo cơn co tử cung có hiệu quả, truyền nhỏ giọt Oxytocin có hệ thống từ lúc bắt đầu cho sản phụ rặn. |  |  |  |
| 4. | Cắt tầng sinh môn chủ động có hệ thống khi tầng sinh môn giãn căng. |  |  |  |
| 5. | Không dùng bất cứ một thủ thuật nào khi sổ thai cho tới khi xuất hiện đỉnh của xương bả vai thai nhi. |  |  |  |
| **Đỡ đẻ ngôi mông theo phương pháp Vermelin** | |  |  |  |
| 1. | Để thai nhi sổ tự do do sự kết hợp của cơn co tử cung và sức rặn của mẹ. |  |  |  |
| 2. | Khi mông hoặc chân chuẩn bị sổ thì cắt tầng sinh môn. Trải một khăn vải ở dưới tầng sinh môn. |  |  |  |
| 3. | Khi thai sổ đến bụng, người đỡ đẻ luồn ngón tay nới lỏng dây rốn. |  |  |  |
| 4. | Đẩy trên bụng mẹ ở phía đáy tử cung. |  |  |  |
| 5. | Giúp cho đầu hậu sổ kịp thời tránh cho trẻ hít phải nước ối. |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 6. | Người thầy thuốc sản khoa là người quan sát tích cực, không vội vã, càng ít đụng chạm vào thai nhi càng tốt. |  |  |  |
| **Đỡ đẻ ngôi mông theo phương pháp Sôvianốp ngôi**  **mông không hoàn toàn).** | |  |  |  |
| 1. | Khi mông sổ hai bàn tay người đỡ đẻ ôm lấy đùi và hông thai, các ngón cái ở phía đùi các ngón khác phía xương cùng. |  |  |  |
| 2. | Trong cơn rặn hướng cho khối thai ra trước và giữ cho chi dưới của thai luôn áp sát vào bụng và ngực. |  |  |  |
| 3. | Khi sổ vai tiêm thuốc Oxytocin. |  |  |  |
| 4. | Giúp sổ đầu hậu đồng thời hướng thai ra trước cho lưng thai sát vào phần trước âm hộ, lật ngửa thai lên bụng mẹ cho sổ đầu (giống như thủ thuật Bracht). |  |  |  |
| **Đỡ đẻ ngôi mông hoàn toàn theo phương pháp Sôvianốp**: | |  |  |  |
| 1. | Giữ không cho chân và mông không sổ sớm: dùng gạc lớn đặt trước âm hộ và lấy lòng bàn tay đè lên gạc trong cơn co. |  |  |  |
| 2. | Hướng dẫn sản phụ rặn thật tốt. |  |  |  |
| 3. | Thời gian giữ từ vài phút đến 15 – 20 phút cho tới khi tầng sinh môn giãn hết mức. |  |  |  |
| 4. | Lúc không thể giữ nữa và bắt đầu cho rặn sổ. |  |  |  |
| 5. | Các động tác đỡ thai khác tuần tự được tiến hành như khi đỡ ngôi mông theo đường dưới một cách tự nhiên. |  |  |  |

### **NỘI XOAY THAI**

1. **ĐẠICƯƠNG**

* Xoay thai là một thủ thuật nhằm chuyển thai nhi từ ngôi bất thường, khó hoặc không đẻ được thành ngôi đẻ được qua đường âm đạo. Có hai loại xoay thai là ngoại xoay thai và nội xoay thai (xoay thai ngoài và xoay thai trong). Xoay thai ngoài thường tiến hành khi thai gần đủ tháng, mục đích là biến ngôi vai, ngôi mông thành ngôi thuận. Tuy nhiên phương pháp này thường nguy hiểm vì có thể gây vỡ tử cung, nhau bong non, sang chấn cho thai…
* Nội xoay thai có nghĩa là xoay thai trong buồng tử cung, tiến hành khi đẻ và thường làm khi đẻ thai thứ hai của cuộc chuyển dạ sinh song thai. Mục đích của xoay thai trong là chuyển ngôi vai thành ngôi mông.

### **CHỈĐỊNH**

* 1. Chỉ định
* Đẻ thai cuối - ngôi vai trong đỡ đẻ đa thai (thường là thai thứ hai trong đẻ song thai).
* Đẻ một thai nhưng thai nhỏ, ngôi vai, tiên lượng thai khó có khả năng sống được.
  1. Điều kiện
* Cổ tử cung mở hết.
* Còn ối.
* Không có bất tương xứng đầu -chậu.
* Thai không suy.

### **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

* Con so.
* Không đủ điều kiện xoay thai.
* Tử cung có sẹo mổ cũ.
* Hết ối
* Nơi không có phòng mổ, thiếu các phương tiện theo dõi, hồi sức cho sản phụ và trẻ sơ sinh.

### **CHUẨN BỊ**

1. Người thựchiện

* Bác sỹ sản khoa có kinh nghiệm.
* Rửa tay, mặc áo, đi găng

1. Phương tiện

* Găng vô khuẩn ít
* Thuốc giảm co, giãn cơ, giảm đau, an thần: Papaverin 40mg, Dolosal100mg…
* Dịch truyền, các phương tiện để hồi sức mẹ và hồi sức thai nhi.
* Bình Oxy.
* Người bệnh: sản phụ được tư vấn trước khi tiến hành thủ thuật về các bước tiến

hành, về thuận lợi và những nguy cơ có thể xảyra.

* Thông tiểu, vệ sinh âm hộ âm đạo.
* Hồ sơ bệnh án: ngoài các thủ tục của một bệnh án thông thường nên ghi rõ tình trạng thai: ngôi thế của thai, dự kiến trọng lượng thai, tình trạng ối, dâyrốn.

### **CÁC BƯỚC TIẾNHÀNH**

**Thì 1.** Kiểm tra lại đủ các điều kiện trước khi xoay thai:

* Cơn co thưa, còn ối, ngôi cao lỏng, cổ tử cung mở hết, khung chậu rộng, thainhỏ..
* Khám kỹ xác định tình trạng thai, ngôi thai, vị trí của đầu và mông thainhi

**Thì 2.** bấm ối, kéo thai

* Bấm ối và đưa tay (tay thuận) vào buồng tử cung về hướng mông thai nhi để tìm chân thai nhi và kéo xuống (đã khám và xác định mông thai nhi bên nào của tử cung).
* Trước khi kéo phải phân biệt chân hoặc tay thai nhi để khỏi kéo nhầm.
* Tốt nhất là kéo cả hai chân của thai nhi cùng lúc, nếu khó quá phải kéo một chân thì kéo chân trước. Nếu kéo phải chân sau thì quay cho chân sau thành chân trước rồi kéo xuống.
* Sau khi chuyển thành ngôi mông có thể để đẻ tự nhiên, tuy nhiên thông thường kéo từ từ thai nhi ra luôn (đại kéo thai).

**Thì 3.** bóc nhau và kiểm tra sự an toàn của tử cung

* Sau khi thai sổ phải bóc nhau và kiểm tra sự an toàn của tử cung ngay, đây là chỉ định bắt buộc nhằm xem tử cung có tổn thương, vỡ haykhông.
* Kiểm tra cổ tử cung, âm đạo, âmhộ.

### Chú ý:

* Nếu tử cung co cường tính, phần thai bị bóp chặt, xoay thai sẽ khó khăn nên phải kiểm soát cơn co bằng cách giảm co trước khi xoai thai.
* Nếu phần thai đã xuống thấp, ối đã vỡ và chảy hết, tay thai nhi sa xuống…nói chung không đủ điều kiện phải mổ lấy thai.

### **THEO DÕI VÀ TAIBIẾN**

* Nhằm phát hiện các nguy cơ sau khi xoay thai trong là vỡ tử cung, chảy máu, choáng mấtmáu…
* Theo dõi sát mạch, huyếtáp, co hồi tử cung, ra huyết âm đao,hoặc biểu hiện chảy máu trong.
* Nếu nội xoay thai không đúng chỉ định và kỹ thuật dễ xảy ra tai biến như vỡ tử cung, thai bị sang chấn, bong nhau, suy thai...
* Nếu phát hiện vỡ tử cung phải hồi sức và mổ cấp cứu ngay. Khi mổ tùy tình trạng tổn thương mà giải quyết. Nếu sản phụ chưa có con, vết nứt nhỏ, không nhiễm trùng thì khâu phục hồi. Nếu sản phụ đã có đủ con, vết vỡ rộng, nham nhở, nhiễm trùng thì cắt tử cung.
* Mọi ca sau khi can thiệp vào buồng tử cung phải dùng kháng sinh toàn thân đề phòng nhiễm trùng.

## **BẢNG KIỂM NỘI XOAY THAI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Nội dung** | **Có** | **Không** | **Ghi chú** |
| **Thì 1: Kiểm tra lại đủ các điều kiện trước khi xoay thai:** | |  |  |  |
| 1. | Cơn co thưa, còn ối, ngôi cao lỏng, cổ tử cung mở hết, khung chậu rộng, thainhỏ. |  |  |  |
| 2. | Khám kỹ xác định tình trạng thai, ngôi thai, vị trí của đầu và mông thai nhi. |  |  |  |
| **Thì 2: bấm ối, kéo thai** | |  |  |  |
| 3. | Bấm ối và đưa tay (tay thuận) vào buồng tử cung về hướng mông thai nhi để tìm chân thai nhi và kéo xuống (đã khám và xác định mông thai nhi bên nào của tử cung). |  |  |  |
| 4. | Trước khi kéo phải phân biệt chân hoặc tay thai  nhi để khỏi kéo nhầm. |  |  |  |
| 5. | Tốt nhất là kéo cả hai chân của thai nhi cùng lúc, nếu khó quá phải kéo một chân thì kéo chân trước. Nếu kéo phải chân sau thì quay cho chân sau thành chân trước rồi kéo xuống. |  |  |  |
| 6. | Sau khi chuyển thành ngôi mông có thể để đẻ tự nhiên, tuy nhiên thông thường kéo từ từ thai nhi ra luôn (đại kéo thai). |  |  |  |
| **Thì 3:** bóc rau và kiểm tra sự an toàn của tử cung | |  |  |  |
| 7. | Sau khi thai sổ phải bóc rau và kiểm tra sự an toàn của tử cung ngay, đây là chỉ định bắt buộc nhằm xem tử cung có tổn thương, vỡ hay không. |  |  |  |
| 8. | Kiểm tra cổ tử cung, âm đạo, âm hộ. |  |  |  |
| ***Chú ý:***  - Nếu tử cung co cường tính, phần thai bị bóp chặt, xoay thai sẽ khó khăn nên phải kiểm soát cơn co bằng cách giảm co trước khi xoai thai.  - Nếu phần thai đã xuống thấp, ối đã vỡ và chảy hết, tay thai nhi sa xuống…nói chung không đủ điều kiện phải mổ lấy thai | | | | |

### **ĐỠ ĐẺ SINH ĐÔI**

1. **ĐẠICƯƠNG**

Sinh đôi là thai nghén có nguy cơ cao. Đặc điểm "nguy cơ cao" xảy ra ngay cả trong thời kỳ mang thai cũng như trong chuyển dạ đẻ.Thành công hay thất bại khi đỡ đẻ song thai tùy thuộc vào chẩn đoán chính xác các ngôi, thế của hai thai, sự chuẩn bị tốt các phương tiện chăm sóc, hồi sức cho mẹ và thai nhi, vào kiến thức, kỹ năng cũng như kinh nghiệm của người đỡ đẻ. Nguy cơ gặp trong cuộc đẻ song thai thường là suy thai, ngôi bất thường, sang chấn cho thai.

### **CHỈĐỊNH**

Các ca chuyển dạ sinh đôi và cuộc chuyển dạ tiến triển thuận lợi.

### **CHỐNG CHỈĐỊNH**

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

### **CHUẨN BỊ**

1. Nguời thực hiện

Kíp đỡ đẻ tốt nhất có 3 người:

-1 bác sỹ sản khoa (hoặc nữ hộ sinh, có kinh nghiệm),

-1 người gây mê hồi sức.

-1 chuyên chăm sóc và hồi sức sơ sinh. Tuy nhiên trong một số ca đặc biệt, không đủ nhân viên thì tối thiểu kíp đỡ đẻ phải có 2 người: 1 để đỡ đẻ, 1 chăm sóc và hồi sức sơ sinh.

1. Phươngtiện

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

1. Sản phụ

* Sản phụ được tư vấn trước sinh về thuận lợi và khó khăn trong cuộc đẻ sinh đôi.
* Thụt tháo, thông tiểu, vệ sinh âm hộ âm đạo

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

### **CÁC BƯỚC TIẾNHÀNH**

* 1. Nguyên tắc
* Luôn theo dõi tình trạng sức khỏe của người mẹ và hai thai, nhất là thai nhi thứ hai. Phát hiện kịp thời nguy cơ suy thai và có biện pháp xử trí thích hợp.
* Do tử cung quá căng nên cơn co tử cung thường yếu và thưa, cổ tử cung mở chậm. Nếu đủ điều kiện có thể bấm ối cho tử cung bớt căng, điều chỉnh cơn co tử cung để chuyển dạ tiến triển tốt hơn.

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

* Kiểm tra, bổ xung hồ sơ đầy đủ trước khi đỡ đẻ.
* Chuẩn bị đầy đủ các trang thiết cần thiết cho cuộc đẻ, cho mẹ và trẻ sơ sinh
  1. Các bước tiến hành

**Thì 1.** đỡ đẻ thai nhi thứ nhất

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

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

* Chú ý thai thứ hai luôn bị đe doạ trước nguy cơ thiếu oxy. Sau khi thai thứ nhất sổ, buồng tử cung trở thành quá rộng làm cho thai thứ hai không bình chỉnh tốt, dễ sinh ra ngôi bất thường như ngôi vai, ngôi ngược.
* Lập tức khám ngay (khám ngoài và khám âm đạo) để kiểm tra ngôi, thế, kiểu thế của thai thứ hai.
* Nếu đang truyền Oxytocin mà tử cung co mạnh, bóp chặt, khó xác định được ngôi, phải tạm thời ngừng truyền để tử cung bớt co, xác định được ngôi thai và cũng để thuận lợi hơn cho việc xoay thai trong nếu thai thứ hai ngôi bất thường.
* Giai đoạn này cần nhanh, chính xác nhưng không vội vàng. Phải xác định rõ ngôi thai thứ hai trước khi quyết định.

**Thì 3.** đỡ đẻ thai thứ hai, tùy theo thai thứ hai là ngôi gì mà có hướng xử trí thích hợp:

* Nếu ngôi đầu: tiếp tục truyền Oxytocin, chờ có cơn co tử cung rồi bấm ối, cố định ngôi và đỡ đẻ như thường lệ.
* Nếu ngôi mông: đỡ đẻ như ngôi mông.
* Nếu ngôi bất thường: ngôi vai, ngôi trán, thì phải bấm ối ngay và nội xoay thai

thành ngôi mông. Sau đó đỡ đẻ ngôi mông như thường hoặc đại kéo thai ngay.

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

### Chú ý:

* Chỉ tiến hành xoay thai thứ hai trong đẻ song thai với điều kiện ối còn, thai nhỏ, tử cung không co cứng bóp chặt phần thai, không bị ngôi vai sa tay. Nếu không đủ điều kiện phải mổ lấythai.
* Nếu nội xoay thai không đúng chỉ định và kỹ thuật dễ xảy ra tai biến như vỡ tử cung, thai bị sang chấn, bong nhau, suy thai...

**Thì 4.** sổ nhau, Sau khi thai sổ thai hai tiến hành xử trí tích cực giai đoạn 3, trong thời kỳ sổ nhau dễ có biến chứng chảy máu do đờ tử cung, do đó phải dùng thuốc co bóp tử cung ngay và duy trì nhỏ giọt tĩnh mạch.

### **THEODÕI**

* Nguy cơ sau khi thai sổ là đờ tử cung, do đó cần dự phòng bằng các thuốc tăng co tử cung, xoa tử cung đảm bảo tử cung co thành khối an toàn.
* Cần theo dõi sát sản phụ những giờ đầu sau đẻ vì dễ xảy ra chảy máu do đờ tử cung thứ phát. Bảo đảm tốt chế độ dinh dưỡng để tạo cho sản phụ khả năng nhanh chóng phục hồi sức khoẻ và có đủ sữa nuôi hai con.

## **BẢNG KIỂM ĐỠ ĐẺ SINH ĐÔI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Nội dung** | **Có** | **Không** | **Ghi chú** |
| **Thì 1: đỡ đẻ thai nhi thứ nhất:** | |  |  |  |
| 1. | Thai thứ nhất thường là ngôi thuận, đôi khi là ngôi mông. Thường ngôi lọt chậm, cơn co yếu. Nếu là ngôi chỏm thì đỡ đẻ như bình thường, chú ý khi ối vỡ dễ gây sa dây rốn. Sau khi thai sổ kẹp chặt dây rốn về phia bánh rau trước khi cắt để ngăn ngừa mất máu của thai thứ hai nếu có tuần hoàn nối thông. |  |  |  |
| **Thì 2:kiểm tra ngay ngôi, thế và tim thai của thai thứ hai:** | |  |  |  |
| 2. | Chú ý thai thứ hai luôn bị đe doạ trước nguy cơ thiếu oxy. Sau khi thai thứ nhất sổ, buồng tử cung trở thành quá rộng làm cho thai thứ hai không bình chỉnh tốt, dễ sinh ra ngôi bất thường như ngôi vai, ngôi ngược. |  |  |  |
| 3. | Lập tức khám ngay (khám ngoài và khám âm đạo) để kiểm tra ngôi, thế, kiểu thế của thai thứ hai. |  |  |  |
| 4. | Nếu đang truyền Oxytocin mà tử cung co mạnh, bóp chặt, khó xác định được ngôi, phải tạm thời ngừng truyền để tử cung bớt co, xác định được ngôi thai và cũng để thuận lợi hơn cho việc xoay thai trong nếu thai thứ hai ngôi bất thường. |  |  |  |
| 5. | Giai đoạn này cần nhanh, chính xác nhưng không vội vàng. Phải xác định rõ ngôi thai thứ hai trước khi quyết định. |  |  |  |
| **Thì 3**: **đỡ đẻ thai thứ hai** | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 6. | Nếu ngôi đầu: tiếp tục truyền Oxytocin, chờ có cơn co tử cung rồi bấm ối, cố định ngôi và đỡ đẻ như thường lệ. |  |  |  |
| 7. | Nếu ngôi mông: đỡ đẻ như ngôi mông. |  |  |  |
| 8. | Nếu ngôi bất thường: ngôi vai, ngôi trán, thì phải bấm ối ngay và nội xoay thai thành ngôi mông. Sau đó đỡ đẻ ngôi mông như thường hoặc đại kéo thai ngay. |  |  |  |
| 9. | Trong song thai, thai nhi thường nhỏ, hơn nữa sau khi đẻ thai 1, buồng tử cung rộng nên việc xoay thai có thể tiến hành thuận lợi. Nếu quá chậm cổ tử cung sẽ co lại, bong rau nên thai thứ hai dễ bị suy. |  |  |  |
| ***Chú ý:***  + Chỉ tiến hành xoay thai thứ hai trong đẻ song thai với điều kiện ối còn, thai nhỏ, tử cung không co cứng bóp chặt phần thai, không bị ngôi vai sa tay. Nếu không đủ điều kiện phải mổ lấy thai.  + Nếu nội xoay thai không đúng chỉ định và kỹ thuật dễ xảy ra tai biến như vỡ tử cung, thai bị sang chấn, bong rau, suy thai... | | | | |
| **Thì 4: sổ rau** | |  |  |  |
| 10. | Sau khi thai sổ thai hai tiến hành xử trí tích cực giai đoạn 3, trong thời kỳ sổ nhau dễ có biến chứng chảy máu do đờ tử cung, do đó phải dùng thuốc co bóp tử cung ngay và duy trì nhỏ giọt tĩnhmạch. |  |  |  |

### **BÓC NHAU NHÂN TẠO**

1. **ĐẠICƯƠNG**

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

### CHỈĐỊNH

* Nhau chậm bong: thường thì sau khi sổ thai 15 - 20 phút thì nhau sẽ tự bong, nếu quá 30 phút nhau không tự bong phải bócnhau
* Chảy máu trong thời kỳ sổ nhau khi nhau còn nằm trong buồng tửcung
* Những truờng hợp cần kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung sau khi sổ thai, phải bóc nhau nhân tạo ngay để kiểm soát buồng tử cung, như nghi vỡ tử cung sau khi làm thủ thuật đường dưới khó khăn (fooc-xép cao, nội xoay thai, cắt thai hoặc sẹo mổ cũ ở tửcung...)

### **CHỐNG CHỈĐỊNH**

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

### **CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện

* Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản.
* Thủ thuật viên rửa tay, mặc áo đi găng tay vô khuẩn như trong phẫu thuật.

1. Phương tiện

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

1. Sảnphụ

* Được tư vấn và giải thích phải bóc nhau để khỏi chảy máu và động viên sản phụ, thở đều, không co cứng bụng.
* Thông tiểu, sát khuẩn tầng sinh môn, âm đạo, trải khăn vô khuẩn.

### **CÁC BUỚC TIẾNHÀNH**

1. Nguyên tắc

* Phải bóc bằng hai tay
* Phải làm trong điều kiện vô trùng

1. Các bước tiến hành

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

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

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

**Bước4.** Khi nhau bong hết thì tay trong tử cung kéo đẩy bánh nhau ra ngoài, nhưng không rút tay ra khỏi tử cung, nếu cần tay trái kéo dây rốn lấy nhau ra.

**Bước 5.** Khi bánh nhau ra ngoài phải kiểm tra cả hai mắt bánh nhau: mặt màng và mặt múi.

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

### **THEODÕI**

* Mạch, huyết áp, toàn trạng và phản ứng của sản phụ.
* Lượng máu chảy từ tử cungra.

### **TAI BIẾN, DỰPHÒNG**

* Choáng do đau và sợ hãi khi cho tay vào bóc nhau: vấn đề hồi sức trước và sau bóc nhau là vô cùng quan trọng.
* Sử dụng các thuốc giảm đau trước khi làm thủ thuật
* Sử dụng thuốc co hồi tử cung sau bóc nhau.

## **BẢNG KIỂM BÓC RAU NHÂN TẠO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Nội dung** | **Có** | **Không** | **Ghi chú** |
| 1. | Tay trái đặt lên thành bụng để cố định đáy tử |  |  |  |
| 2. | Tay phải cho vào âm đạo, qua cổ tử cung còn mở và lần theo dây rốn đến vùng rau bám. |  |  |  |
| 3. | Bóc bánh rau bằng cách dùng bờ trụ của bàn tay để lách giữa bánh rau và thành tử cung. Bóc từ dưới, từ ngoài rìa bánh rau rồi vòng lên tận bờ trên bánh rau để tránh sót rau, sót màngrau. |  |  |  |
| 4. | Khi rau bong hết thì tay trong tử cung kéo đẩy bánh rau ra ngoài, nhưng không rút tay ra khỏi tử cung, nếu cần tay trái kéo dây rốn lấy rau ra. |  |  |  |
| 5. | Khi bánh rau ra ngoài phải kiểm tra cả hai mắt bánh rau: mặt màng và mặt múi. |  |  |  |
| 6. | Sau khi bóc rau phải tiến hành kiểm soát buồng tử cung ngay. |  |  |  |

### **KIỂM SOÁT TỬ CUNG**

1. **ĐẠICƯƠNG**

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

### **CHỈĐỊNH**

* Chảy máu khi sổnhau.
* Kiểm tra nhau còn thiếu nhau sau khi sổ, thấy nghi ngờ còn sót một phần của múi nhau. Sót 1/3 hay 1/4 màngnhau.
* Nhau sổ kiểu múi (Duncan) mặt múi ra trước, hay gây sót nhau, nên có chỉ định kiểm soát tử cung.
* Kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung xem có vỡ tử cung không sau các thủ thuật khó khăn (foóc xép, nội xoay, cắt thai…) hoặc trên tử cung có sẹo phẫu thuật lấy thai cũ.

### **CHỐNG CHỈĐỊNH**

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

1. Chuẩn bị

* Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản.
* Thủ thuật viên rửa tay, đội mũ, mặc áo đi găng tay vô khuẩn như trong phẫu thuật.

1. Phương tiện: Thuốc hồi sức, trợ tim đề phòng choáng, thuốc co bóp tử cung: Oxytocin,Ergometrine.
2. Sảnphụ

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

### **CÁC BƯỚC TIẾNHÀNH**

1. Nguyên tắc

Thủ thuật được tiến hành ngay sau khi có chỉ định

1. Các bước

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

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

**Buớc2:**Tay phải cho vào âm đạo, qua cổ tử cung,vào buồng tử cung tới tận đáy

tử cung.

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

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

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

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

### **THEODÕI**

* Sau bóc nhau nhân tạo và kiểm soát tử cung phải đo lại mạch, huyếtáp.
* Theo dõi sự co hồi của tửcung
* Mức độ chảy máu trong buồng tửcung.

### **TAI BIẾN VÀ DỰPHÒNG**

* Đôi khi không thể cho tay vào buồng tử cung được vì eo tử cung bóp chặt lại. Khi đó thủ thuật viên phải chờ, rồi nong dần cổ tử cung bằng tay đồng thời tiêm thuốc giảm co bóp tửcung.
* Nếu không bóc được bánh nhau vì nhau bám chặt hoặc cài răng lược thì không nên cố sức bóc vì sẽ làm đứt cơ tử cung gây chảy máu nhiều: phải cắt tử cung bán phần.

## **BẢNG KIỂM KIỂM SOÁT TỬ CUN**G

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Nội dung** | **Có** | **Không** | **Ghi chú** |
| 1. | Tay trái đặt lên thành bụng nắm đáy tử cung để cố định tử cung |  |  |  |
| 2. | Tay phải cho vào âm đạo, qua cổ tử cung, vào buồng tử cung tới tận đáy tử cung. |  |  |  |
| 3. | Kiểm tra lần lượt đáy tử cung, mặt trước, mặt sau, hai bờ và hai sừng tử cung bằng các đầu ngón tay. Bình thường buồng tử cung phải nhẵn, không sần sùi. Nếu thấy các mảnh rau và các màng rau thì vét nhẹ nhàng, đồng thời kiểm tra xem tử cung có bị rạn nứt không. |  |  |  |
| 4. | Kiểm tra xong mới rút tay ra, tránh đưa tay vào nhiều lần dễ nhiễm khuẩn và choáng. |  |  |  |
| 5. | Sau khi kiểm soát nếu tử cung co hồi chưa tốt thì dùng tay trong buồng tử cung nâng đáy tử cung lên sát thành bụng để người phụ tiêm 5 đơn vị Oxytocin vào cơ tử cung qua thành bụng, sau đó mới rút bàn tay ra. |  |  |  |
| 6. | Sau khi bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung phải tiêm hoặc cho uống kháng sinh 5 ngày. |  |  |  |

### **KỸ THUẬT CHỌC SỌ - KẸP ĐỈNH SỌ**

1. **ĐẠICUƠNG**

Chọc sọ và kẹp đỉnh sọ là những thủ thuật được làm khi thai nhi đã chế thoặc thai có những bất thường không phù hợp cuộc sống đã có chỉ định chấm dứt thai kỳ, với mục đích làm nhỏ đường kính đầu thai nhi để lấy thai dễ dàng qua đường âm đạo.

### **CHỈĐỊNH**

* Thai chết
* Thai có những bất thường không phù hợp cuộc sống.

### **CHỐNG CHỈĐỊNH**

* Dọa vỡ tử cung
* Thai còn sống dù tiên lượng đẻ ra chắc chết.
* Cổ tử cung chưa mở hết (ít nhất 7cm) hay chưa phù hợp với kích thước của thai.

### **CHUẨN BỊ**

1. Nguời thựchiện

* Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản được đào tạo và kíp trợ thủ.
* Người làm thủ thuật và người phụ rửa tay,mặc áo, mũ, khẩu trang, mang găng tay vô khuẩn.

1. Phuơng tiện, dụng cụ, thuốc

* Bộ dụng cụ chọc sọ và kẹp đỉnh sọ: khoan Blot, kìm Museux, kìm Bnhaun hai gọng.
* Bộ dụng cụ kiểm tra cổ tửcung.
* Các thuốc chống sốc.
* Khoan Blot

1. Chuẩn bị người bệnh

* Được giải thích rõ trước khi làm thủ thuật, ký giấy cam kết làm thủ thuật.
* Thông tiểu, sát khuẩn và trải khăn tiệt khuẩn, sát trùng vùng âm hộ và tầng sinh môn.

### **CÁC BUỚC TIẾNHÀNH**

* Sản phụ nằm trên bàn đẻ, lập đường truyền tĩnh mạch, cho thuốc tiền mê.
* Đặt van trong âm đạo bộc lộ rõ cổ tử cung.
* Người phụ dùng tay cố định đầu thai nhi qua thành bụng.
  1. **Thì 1.** Chọc sọ

**Bước 1:** Người làm thủ thuật cho một tay vào âm đạo tìm đầu thai để dẫn đường và bảo vệ phần mềm của sản phụ, tay còn lại dùng khoan Blot chọc một lỗ thủng và hộp sọ, thường chọc qua thóp hay đường khớp. Để tránh chọc vào phần mềm của

mẹ, phải chụm các ngón của bàn tay dẫn đường để che và hướng dẫn mũi khoan.

**Bước 2:** Mở rộng khoan để xé rộng lỗ thủng hoặc quay mũi khoan làm nát các tổ chức trong hộp sọ, giúp cho nước

**Bước 3:** Sau khi đầu thai nhi nhỏ lại, cho sản phụ tiếp tục rặn đẻ hoặc làm tiếp thủ thuật kẹp đỉnh sọ nếu đầu thai nhi khá lớn.

* 1. **Thì 2.** Kẹp đỉnhsọ

**Bước 1:** Sau khi chọc sọ, rút khoan Blot ra, cho gọng đặc của kìm Bnhaun vào lỗ thủng, để mặt trong của gọng quay về phía mặt thai nhi.

**Bước 2:** Đặt gọng thủng ở phía ngoài, mặt lõm của gọng này úp vào mặt thai.

**Bước 3:** Đặt then ngang, vặn vít kẹp chặt đầu thai nhi.

**Bước 4:** Kéo thai ra theo trục âm đạo, theo cơ chế đẻ.

**Bước 5:** Sau khi sổ nhau kiểm tra xem có tổn thương tử cung, cổ tử cung và âm đạo.

**Bước 6:** Thực hiện các bước tiếp theo như sau sổ thai.

### **THEO DÕI- CHĂMSÓC**

* Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu.
* Lượng máu chảy ra từ âm đạo.
* Kháng sinh phù hợp.

### **BIẾNCHỨNG**

* Chảymáu.
* Rách cổ tử cung, tử cung, âmđạo.
* Tổn thương bàng quang.

## **BẢNG KIỂM KỸ THUẬT CHỌC SỌ - KẸP ĐỈNH SỌ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Nội dung** | **Có** | **Không** | **Ghi chú** |
| **Thì 1. Chọc sọ** | |  |  |  |
| 1. | Người làm thủ thuật cho một tay vào âm đạo tìm đầu thai để dẫn đường và bảo vệ phần mềm của sản phụ, tay còn lại dùng khoan Blot chọc một lỗ thủng và hộp sọ, thường chọc qua thóp hay đường khớp. Để tránh chọc vào phần mềm của mẹ, phải chụm các ngón của bàn tay dẫn đường để che và hướng dẫn mũi khoan. |  |  |  |
| 2. | Mở rộng khoan để xé rộng lỗ thủng hoặc quay mũi khoan làm nát các tổ chức trong hộp sọ, giúp cho nước |  |  |  |
| 3. | Sau khi đầu thai nhi nhỏ lại, cho sản phụ tiếp tục rặn đẻ hoặc làm tiếp thủ thuật kẹp đỉnh sọ nếu đầu thai nhi khá lớn. |  |  |  |
| **Thì 2. Kẹp đỉnh sọ** | |  |  |  |
| 4. | Sau khi chọc sọ, rút khoan Blot ra, cho gọng đặc của kìm Braun vào lỗ thủng, để mặt trong của gọng quay về phía mặt thai nhi.. |  |  |  |
| 5. | Đặt gọng thủng ở phía ngoài, mặt lõm của gọng này úp vào mặt thai. |  |  |  |
| **Thì 2. Kéo dây rốn có kiểm soát để gây sổ rau:** | |  |  |  |
| 6. | Đặt then ngang, vặn vít kẹp chặt đầu thai nhi. |  |  |  |
| 7. | Kéo thai ra theo trục âm đạo, theo cơ chế đẻ. |  |  |  |
| 8. | Sau khi sổ nhau kiểm tra xem có tổn thương tử cung, cổ tử cung và âm đạo. |  |  |  |
| 9. | Thực hiện các bước tiếp theo như sau sổ thai. |  |  |  |

### **NẠO SẨY THAI**

1. **ĐẠICƯƠNG**

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

### **CHỈĐỊNH**

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

### **CHỐNG CHỈĐỊNH**

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

### **CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện

* Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản
* Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn.
* Giải thích cho người bệnh yên tâm điều trị.

1. Phương tiện, thuốc giảm đau và hồi sức

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

1. Người bệnh

* Hỏi bệnh, khám toàn thân: đếm mạch, cặp nhiệt độ, đo huyết áp, nghe tim phổi, phát hiện những bệnh lý nội khoa kèm theo.
* Cho nằm tư thế phụkhoa.
* Khám xác định tuổi thai, tình trạng sẩy thai, tư thế tử cung và độ mở của cổ tử cung. Xác định lượng máu mất để chuẩn bị hồi sức.

### **CÁC BUỚC TIẾNHÀNH**

* Sát khuẩn âm hộ, vùng tầng sinh môn
* Sát khuẩn âm đạo, cổ tử cung
* Trải khăn vô khuẩn dưới mông, trên bụng và hai bên đùi
* Đeo găng vô khuẩn
* Thông tiểu nếu cần
* Đặt van, bộc lộ âm đạo, cổ tử cung
* Dùng kẹp Pozzi cặp cổ tử cung (tuỳ tư thế tử cung mà kẹp mép trước hay mép sau cổ tử cung)
* Gây tê tại chỗ cổ tử cung bằng Lidocain 1%,10ml
* Đo chiều cao và xác định tư thế tửcung.
* Nong cổ tử cung đến số 9-10 nếu cổ tử cung chưa đủrộng
* Dùng kẹp hình tim gắp thai vànhau
* Nạo kiểm tra bằng thìa cùn đủ 2 mặt trước sau, đáy, 2 bờ và 2 sừng tử cung
* Tiêm Oxytoxin vào cổ tử cung nếu tử cung co kém, chảy máu
* Đo lại buồng tử cung bằng thước đo
* Sát khuẩn âm đạo và cổ tử cung.
* Lấy tổ chức nạo thử giải phẫu bệnh
* Viết hồ sơ bệnh án, cho đơn kháng sinh, dặn người bệnh khám lại nếu có gì bất thường

### **THEODÕI**

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

### **TAI BIẾN**

1. Thủng tửcung

* Nếu khi nạo người bệnh đau chói, máu âm đạo ra nhiều, phải dùng thước đo thăm dò lại buồng tử cung để xem có bị thủng không. Nếu lỗ thủng nhỏ, mạch, huyết áp ổn định và không nhiễm khuẩn có thể điều trị nội khoa thủng tử cung tại bệnh viện.
* Nếu lỗ thủng to hoặc có dấu hiệu chảy máu trong cần phẫu thuật khâu lỗ thủng hay cắt tử cung tuỳ theo tổn thương. Khi mổ cần kiểm tra kỹ các tạng trong ổbụng.

1. Chảy máu

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

1. Sốcvagal

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

1. Nhiễm khuẩn

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

## **BẢNG KIỂM NẠO SẨY THAI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Nội dung** | **Có** | **Không** | **Ghi chú** |
| 1. | Sát khuẩn âm hộ, vùng tầng sinh môn. |  |  |  |
| 2. | Sát khuẩn âm đạo, cổ tử cung. |  |  |  |
| 3. | Trải khăn vô khuẩn dưới mông, trên bụng và hai bên đùi. |  |  |  |
| 4. | Đeo găng vô khuẩn. |  |  |  |
| 5. | Thông tiểu nếu cần. |  |  |  |
| 6. | Đặt van, bộc lộ âm đạo, cổ tử cung |  |  |  |
| 7. | Dùng kẹp Pozzi cặp cổ tử cung (tuỳ tư thế tử cung mà kẹp mép trước hay mép sau cổ tử cung). |  |  |  |
| 8. | Gây tê tại chỗ cổ tử cung bằng Lidocain 1%, 10ml. |  |  |  |
| 9. | Đo chiều cao và xác định tư thế tử cung. |  |  |  |
| 10. | Nong cổ tử cung đến số 9-10 nếu cổ tử cung chưa đủ rộng. |  |  |  |
| 11. | Nạo kiểm tra bằng thìa cùn đủ 2 mặt trước sau, đáy, 2 bờ và 2 sừng tử cung. |  |  |  |
| 12. | Tiêm Oxytoxin vào cổ tử cung nếu tử cung co kém, chảy máu. |  |  |  |
| 13. | Đo lại buồng tử cung bằng thước đo |  |  |  |
| 14. | Sát khuẩn âm đạo và cổ tử cung. |  |  |  |
| 15. | Lấy tổ chức nạo thử giải phẫu bệnh |  |  |  |
| 16. | Viết hồ sơ bệnh án, cho đơn kháng sinh, dặn người bệnh khám lại nếu có gì bất thường. |  |  |  |

### **NẠO SÓT NHAU**

* 1. **ĐẠICƯƠNG**

Là thủ thuật dùng dụng cụ lấy hết phần nhau để tránh chảy máu và nhiễm khuẩn, làm sạch buồng tử cung sau sinh, sau khi thai đã sẩy.

### **CHỈĐỊNH**

* Sót nhau sau sinh thường, sinhmổ
* Thai đã sẩy, nhưng đang chảy máu, cổ tử cung cònmở.

### **CHỐNG CHỈĐỊNH**

* Sót nhau bị nhiễm khuẩn, nhiễm khuẩn (chỉ nạo khi đã điều trị kháng sinh)
* Sau sinh, sau sẩy thai băng huyết, tụt huyết áp (phải hồi sức tích cực, vừa hồi sức vừa nạo)

### **CHUẨN BỊ**

1. Người thựchiện

* Bác sỹ chuyên khoa Phụsản
* Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay vôkhuẩn.
* Giải thích cho người bệnh yên tâm điềutrị.

1. Phương tiện, thuốc giảm đau và hồisức

* Bộ nạo sẩy và nong Hegar từ cỡ nhỏ đếnto.
* Atropin 0,25 mg tiêm dưới da hay Dolosal 0,1g tiêm bắp trướcnạo.
* Lidocaine 1% 10ml để gây tê cổ tửcung.
* Dung dịch huyết thanh đẳng trương và các dịch thay thếmáu.
* Các loại thuốc co hồi tử cung, trợ tim, hồisức.

1. Ngườibệnh

* Hỏi bệnh, khám toàn thân: đếm mạch, cặp nhiệt độ, đo huyết áp, nghe tim phổi, phát hiện những bệnh lý nội khoa kèmtheo.
* Cho nằm tư thế phụkhoa.
* Khám xác định tuổi thai, tình trạng sẩy thai, tư thế tử cung và độ mở của cổ tử cung. Xác định lượng máu mất để chuẩn bị hồisức.

### **CÁC BUỚC TIẾNHÀNH**

* Sát khuẩn âm hộ, vùng tầng sinhmôn
* Sát khuẩn âm đạo, cổ tửcung
* Trải khăn vô khuẩn dưới mông, trên bụng và hai bênđùi
* Đeo găng vôkhuẩn
* Thông tiểu nếucần
* Đặt van, bộc lộ âm đạo, cổ tửcung
* Dùng kẹp Pozzi cặp cổ tử cung (tuỳ tư thế tử cung mà kẹp mép trước hay mép sau cổ tử cung)
* Gây tê tại chỗ cổ tử cung bằng Lidocain 1%,10ml
* Đo chiều cao và xác định tư thế tửcung.
* Nong cổ tử cung đến số 9-10 nếu cổ tử cung chưa đủrộng
* Dùng kẹp hình tim gắp thai vànhau
* Nạo kiểm tra bằng thìa cùn đủ 2 mặt trước sau, đáy, 2 bờ và 2 sừng tửcung
* Tiêm Oxytoxin vào cổ tử cung nếu tử cung co kém, chảymáu
* Đo lại buồng tử cung bằng thướcđo
* Sát khuẩn âm đạo và cổ tửcung.
* Lấy tổ chức nạo thử giải phẫubệnh
* Viết hồ sơ bệnh án, cho đơn kháng sinh, dặn người bệnh khám lại nếu có gì bất thường

### **THEODÕI**

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

### **TAI BIẾN**

1. Thủng tử cung

* Nếu khi nạo người bệnh đau chói, máu âm đạo ra nhiều, phải dùng thước đo thăm dò lại buồng tử cung để xem có bị thủng không. Nếu lỗ thủng nhỏ, mạch, huyết áp ổn định và không nhiễm khuẩn có thể điều trị nội khoa thủng tử cung tại bệnh viện.
* Nếu lỗ thủng to hoặc có dấu hiệu chảy máu trong cần phẫu thuật khâu lỗ thủng hay cắt tử cung tuỳ theo tổn thương. Khi mổ cần kiểm tra kỹ các tạng trong ổbụng.

1. Chảy máu

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

1. Sốcvagal

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

1. Nhiễm khuẩn

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

## **BẢNG KIỂM NẠO SÓT NHAU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Nội dung** | **Có** | **Không** | **Ghi chú** |
| 1. | Sát khuẩn âm hộ, vùng tầng sinh môn. |  |  |  |
| 2. | Sát khuẩn âm đạo, cổ tử cung. |  |  |  |
| 3. | Trải khăn vô khuẩn dưới mông, trên bụng và hai bên đùi. |  |  |  |
| 4. | Đeo găng vô khuẩn. |  |  |  |
| 5. | Thông tiểu nếu cần. |  |  |  |
| 6. | Đặt van, bộc lộ âm đạo, cổ tử cung |  |  |  |
| 7. | Dùng kẹp Pozzi cặp cổ tử cung (tuỳ tư thế tử cung mà kẹp mép trước hay mép sau cổ tử cung). |  |  |  |
| 8. | Gây tê tại chỗ cổ tử cung bằng Lidocain 1%, 10ml. |  |  |  |
| 9. | Đo chiều cao và xác định tư thế tử cung. |  |  |  |
| 10. | Nong cổ tử cung đến số 9-10 nếu cổ tử cung chưa đủ rộng. |  |  |  |
| 11. | Nạo kiểm tra bằng thìa cùn đủ 2 mặt trước sau, đáy, 2 bờ và 2 sừng tử cung. |  |  |  |
| 12. | Tiêm Oxytoxin vào cổ tử cung nếu tử cung co kém, chảy máu. |  |  |  |
| 13. | Đo lại buồng tử cung bằng thước đo |  |  |  |
| 14. | Sát khuẩn âm đạo và cổ tử cung. |  |  |  |
| 15. | Lấy tổ chức nạo thử giải phẫu bệnh |  |  |  |
| 16. | Viết hồ sơ bệnh án, cho đơn kháng sinh, dặn người bệnh khám lại nếu có gì bất thường. |  |  |  |

### **KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG**

* 1. **ĐẠICƯƠNG**

Là thủ thuật khâu một đường vòng tròn quanh cổ tử cung để thu hẹp lỗ trong cổ tử cung.

### **CHỈĐỊNH**

* Sẩy thai liên tiếp do hở eo tửcung.
* Trong các trường hợp tiền sử sẩy thai từ hai lần trở lên mà nguyên nhân không rõ.
* Trong các trường hợp đặc biệt như song thai mà siêu âm đo chiều dài cổ tử cung dưới 25mm

### **CHỐNG CHỈĐỊNH**

* Tuổi thai trên 14tuần.
* Viêm nhiễm âm đạo, cổ tửcung.
* Thai chết.

### **CHUẨN BỊ**

1. Người thựchiện

* Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản đã được đào tạo và kíp trợthủ.
* Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay vôkhuẩn.

1. Phuơng tiện, dụngcụ.

* Dung dịchbetadine.
* Chỉperlon.
* Van âmđạo.

1. Ngườibệnh

* Nằm tư thế phụkhoa.
* Giải thích mục đích khâu, tai biến có thể xảy ra sau khikhâu.

### **CÁC BƯỚC TIẾNHÀNH**

Thì 1: Bộc lộ cổ tử cung, sát trùng, kẹp kéo cổ tử cung ra ngoài.

Thì 2: Khâu vòng.

* Dùng chỉ perlon bền chọc kim vào vị trí 11 giờ 30, ra ở vị trí 9 giờ 30, rồi tiếp tục chọc vào ở vị trí 8 giờ 30 xuống 7 giờ 30, tiếp tục chọc vào ở vị trí 5 giờ 30 lên 3 giờ 30 và mũi chọc cuối cùng vào vị trí 2 giờ 30 lên 12 giờ30.
* Buộc chỉ ở vị trí 12giờ.
* Cắt đầu chỉ xa nút buộc khoảng1cm.

Thì 3: Kiểm tra nút chỉ.

* Sát trùng âm đạo và cổ tử cung.
* Khi thắt, hai mũichỉsẽ kéo hẹp lỗ cổ tử cung chít lại theo hai chiều đứng và ngang.
* Cắt hai đầu chỉ dài khoảng 1-1.5cm.

### **THEODÕI**

* Để người bệnh nghỉ lại giường sau 3 ngày để theo dõi chảy máu, cơn co tử

cung, vỡối.

* Rút gạc sau 4-6giờ.
* Điều trị kháng sinh (uống) và chống co tửcung.
* Thai phụ xuất viện sau 3 ngày và hướng dẫn thai phụ vào viện lại khi có: cơn co tử cung, ra máu đường âm đạo, ra nước ối đường âm đạo, ngày cắt chỉ tính vừa đủ thai 37tuần.

### **TAI BIẾN**

* Ra máu: thường hết ra máu (trừ trường hợp bị bệnh về máu không phát hiện trước) sau khi chèn gạc cầm máu từ 3-4giờ.
* Nhiễm trùng: do thủ thuật tiến hành không vô trùng, hoặc do ổ nhiễm trùng đường sinh dục chưa điều trị ổnđịnh.
* Gây sẩy thai hoặc đẻ non: do có cơnco.
* Vỡ ối, hoặc rỉối.
* Gãy kim vào trong cổ tử cung: nên dùng kim tròn to có độ congnhỏ.

## **BẢNG KIỂM KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Nội dung** | **Có** | **Không** | **Ghi chú** |
| **Thì 1: Bộc lộ cổ tử cung.** | |  |  |  |
| 1. | Sát trùng, kẹp kéo cổ tử cung ra ngoài. |  |  |  |
| **Thì 2**: **Khâu vòng.** | |  |  |  |
| 2. | Dùng chỉ perlon bền chọc kim vào vị trí 11 giờ 30, ra ở vị trí 9 giờ 30, rồi tiếp tục chọc vào ở vị trí 8 giờ 30 xuống 7 giờ 30, tiếp tục chọc vào ở vị trí 5 giờ 30 lên 3 giờ 30 và mũi chọc cuối cùng vào vị trí 2 giờ 30 lên 12 giờ 30. |  |  |  |
| 3. | Buộc chỉ ở vị trí 12 giờ. |  |  |  |
| 4. | Cắt đầu chỉ xa nút buộc khoảng 1cm. |  |  |  |
| **Thì 3**: **Kiểm tra nút chỉ.** | |  |  |  |
| 5. | Sát trùng âm đạo và cổ tử cung. |  |  |  |
| 6. | Khi thắt, hai mũi chỉ sẽ kéo hẹp lỗ cổ tử cung chít lại theo hai chiều đứng và ngang. |  |  |  |
| 7. | Cắt hai đầu chỉ dài khoảng 1- 1.5cm. |  |  |  |

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

* 1. **ĐẠICƯƠNG**

Phẫu thuật trích rạch tạo lỗ thủng màng trinh nhằm dẫn lưu máu kinh, chống đau, nhiễm trùng do ứ máu kinh và thuận lợi khi giao hợp.

### **CHỈĐỊNH**

* Màng trinh không cólỗ.
* Ứ máu kinh trong âm đạo, buồng tử cung, và cổ tửcung.
* Ứ máu kinh trong buồng tử cung và lan ra cả hai vòi tửcung.
* Giao hợp khó khăn do màng trinh không thủng hoặc có lỗ thủng nhỏ.

### **CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện: Bác sỹ chuyên khoa Phụsản
2. Phương tiện: Bộ dụng cụ cắt tử cung đường âm đạo.
3. Người bệnh

* Người bệnh phải đủ điều kiện thực hiện phẫu thuật.
* Không có biểu hiện của triệu chứng viêm nhiễm đường sinh dục.

1. Hồ sơ bệnh án: Phẫu thuật theo quiđịnh.

### **CÁC BƯỚC TIẾNHÀNH**

**Thì 1.** Thăm dò màng trinh: Vị trí độ dày của màng trinh để quyết định đường rạch

**Thì 2.** Rạch màng trinh theo hình dấu cộng.

* Đường rạch qua lỗ chọc kim thăm dò.
* Cắt một mảnh màngtrinh
* Tách niêm mạc để khâu kín mép, tránhdính.

### **THEODÕI**

* Theo dõi toàn trạng, các dấu hiệu sinh tồn đặc biệt trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật, Theo dõi tình trạng chảy máu qua âm đạo
* Chăm sóc vệ sinh: lau âm đạo, tầng sinh môn bằng dung dịch sát khuẩn

## **BẢNG KIỂM TRÍCH RẠCH MÀNG TRINH DO Ứ MÁU KINH**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Nội dung** | **Có** | **Không** | **Ghi chú** |
| **Thì 1.** Thăm dò màng trinh: Vị trí độ dày của màng trinh  để quyết định đường rạch | |  |  |  |
| **Thì 2.** Rạch màng trinh theo hình dấu cộng. | |  |  |  |
| 1. | Đường rạch qua lỗ chọc kim thăm dò. |  |  |  |
| 2. | Cắt một mảnh màng trinh |  |  |  |
| 3. | Tách niêm mạc để khâu kín mép, tránh dính. |  |  |  |

### **PHẪU THUẬT LÀM LẠI TẦNG SINH MÔN VÀ KHÂU**

### **CƠ VÒNG DO RÁCH PHỨC TẠP**

1. **ĐẠICƯƠNG**

Phẫu thuật làm lại tầng sinh môn và cơ vòng hậu môn là phương pháp khâu phục hồi tầng sinh môn và cơ vòng hậu môn theo đúng giải phẫu đã bị rách trong cuộc đẻ.

### **CHỈĐỊNH**

Chấn thương tầng sinh môn phức tạp trong đó có rách cơ vòng hậu môn.

### **CHỐNG CHỈĐỊNH**

Không có chống chỉ định

### **CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện: Bác sĩ chuyên khoa phụ sản có kinh nghiệm
2. Phương tiện: Bộ phẫu thuật phụ khoa, kim chỉ tốt
3. Người bệnh: Khám kỹ để phát hiện các tổn thương ở tầng sinh môn và cơ vòng hậu môn
4. Hồ sơ bệnh án: Bệnh án sản khoa theo quy định, có khám lâm sàng và xét nghiệm.
5. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH Thì 1:** Rạch da

* Dùng dao rạch vòng cung phía trên đường ranh giới giữa hậu môn và âm đạo khoảng 15-25 mm, từ hai mép bên rạch thẳng vào âm đạo tạo thành hình thang, đỉnh tròn.
* Mép phải và trái đường rạch xuống gần mặt bên hậu môn để có thể tách vào hố bên hậu môn tìm hai đầu cơ bị đứt cửa cơ vòng hậumôn.

**Thì 2:** Bóc tách mảnh niêm mạc âm đạo đến mặt trước cơ nâng hậu môn ở phía trên và đầu đứt của vòng hậu môn phía dưới,

**Thì 3:** Khâu cơ vòng hậu môn bằng hai mũi chỉ catgut crôm hoặc chỉ vicryl hình chữ U.

**Thì 4:** cắt mảnh niêm mạc âm đạo và khâu tầng sinh môn sau

* Khâu bờ trong và sâu của hai bó cơ nâng hậu môn bằng chỉ khôngtiêu
* Khâu niêm mạc âm đạo từ trên xuống bằng chỉ vicryl mũirời.
* Khâu tổ chức dưới da và cân tầng sinh môn bằng chỉ vicryl số2.0
* Mũi khâu tăng cường cuối cùng bằng chỉ vicryl xuyên từ da qua tổ chức dưới da đến hai đầu cơ vòng bị đứt, sẽ làm tăng độ chắc của cơ vòng hậu môn.

### **THEODÕI**

Giống như theo dõi các trường hợp mổ sản phụ khoa khác ở đáy chậu và tầng sinh môn

### **TAI BIẾN VÀ XỬTRÍ**

* Khối máu tụ và chảy máu khi bóc tách niêm mạc âm đạo: lấy hết khối máu tụ và cầm máu kỹ.
* Nhiễm trùng vết mổ: Cho kháng sinh, sát trùng âm đạo hàng ngày.

## **BẢNG KIỂM PHẪU THUẬT LÀM LẠI TẦNG SINH MÔN VÀ KHÂU CƠ VÒNG DO RÁCH PHỨC TẠP**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Nội dung** | **Có** | **Không** | **Ghi chú** |
| **Thì 1:** Rạch da | |  |  |  |
| 1. | Dùng dao rạch vòng cung phía trên đường ranh giới giữa hậu môn và âm đạo khoảng 15-25 mm, từ hai mép bên rạch thẳng vào âm đạo tạo thành hình thang,  đỉnh tròn. |  |  |  |
| 2. | Mép phải và trái đường rạch xuống gần mặt bên hậu môn để có thể tách vào hố bên hậu môn tìm hai đầu cơ bị đứt cửa cơ vòng hậu môn. |  |  |  |
| **Thì2:** | |  |  |  |
| 3. | Bóc tách mảnh niêm mạc âm đạo đến mặt trước cơ nâng hậu môn ở phía trên và đầu đứt của vòng hậu môn phía dưới |  |  |  |
| **Thì 3:** | |  |  |  |
| 4. | Khâu cơ vòng hậu môn bằng hai mũi chỉ catgut crôm hoặc chỉ vicryl hình chữ U. |  |  |  |
| **Thì 4:** cắt mảnh niêm mạc âm đạo và khâu tầng sinh môn  Sau | |  |  |  |
| 5. | Khâu bờ trong và sâu của hai bó cơ nâng hậu môn bằng chỉ không tiêu |  |  |  |
| 6. | Khâu niêm mạc âm đạo từ trên xuống bằng chỉ vicryl mũi rời. |  |  |  |
| 7. | Khâu tổ chức dưới da và cân tầng sinh môn bằng chỉ  vicryl số 2.0 |  |  |  |
| 8. | Mũi khâu tăng cường cuối cùng bằng chỉ vicryl xuyên từ da qua tổ chức dưới da đến hai đầu cơ vòng bị đứt, sẽ làm tăng độ chắc của cơ vòng hậu môn. |  |  |  |

### **PHẪU THUẬT BÓC KHỐI LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG Ở TẦNG SINH MÔN, THÀNH BỤNG**

1. **ĐẠICƯƠNG**

Lạc nội mạc tử cung(LNMTC) tại tầng sinh môn (TSM) hoặc thành bụng là do những tế bào nội mạc tử cung dừng lại tại TSM khi đẻ có cắt TSM hoặc mổ lấy thai mà dừng lại ở thành bụng, phát triển dần và to lên, gây các triệu chứng đau theo chu kỳ kinh.

### **CHỈĐ ỊNH**

Khi khối LNMTC gây đau, khó chịu ảnh hưởng đến sinh hoạt bình thường hay tình dục

### **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

* Khi khối LNMTC còn quánhỏ
* Khi đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu
* Khi đang có thai

### **CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện: Bác sĩ Phụsản
2. Phương tiện: Bộ tiểu hoặc trung phẫu (những khối LNMTC to và nằm sâu trong tổ chức)
3. Ngườibệnh

* Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chóng chỉđinh.
* Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảyra.
* Vệ sinh tạichỗ
* Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1tuần.

1. Hồ sơ bệnh án: Được chuẩn bị theo quiđịnh

### **CÁC BƯỚC TIẾNHÀNH**

1. Bóc LNMTC tại thànhbụng

* Gây tê hoặc tiền mê
* Sát khuẩn vùng phẫu thuật.
* Trải khăn vô khuẩn
* Rạch da theo đường ngang để hạn chế sẹo xấu. Rạch chiều rộng vừa đủ để bóc nang
* Dùng kéo phẫu thuật bóc tách vỏ nang xuống tận đáy (cố gắng không làm vỡ nang)
* Dùng kìm chắc kẹp cuống nang ở phần đáy, tránh chảymáu
* Dùng chỉ Vicryl số 2 hoặc 3 khâu cầm máu kỹ cuống khối LNMTC và ở thành của nang, sau đó khâu đáy và tổ chức dưới da một hoặc hai lớp tùy thuộc tổn thương. Lấy hết đáy tránh máu đọng hoặc chảy máu dưới đáy vết mổ
* Đóng da bằng khâu da mũi liền hoặc khâu da mũi rời theo thông thường bằng chỉ tự tiêu hoặc chỉ không tiêu
* Sát khuẩn lại vết mổ và bằng lại
* Thay băng và cắt chỉ (nếu khâu da bằng chỉ không tiêu) theo qui định thông thường

1. Bóc LNMTC tạiTSM

* Bóc sau sạch kinh 1 tuần để chức năng đông máu trở về bình thường và xa kỳ kinh sau vì hành kinh dễ làm cho vết thương bị nhiễm khuẩn, khó liền
* Gây tê hoặc tiền mê. Tùy tổn thương mà có thể gây tê đám rối thần kinh thẹn hoặc gây tê tủy sống
* Nếu LNMTC ở sâutrong lớp cơ mông hoặc vào đáy chậu hoặc trực tràng thì phải thực hiện ở phòng mổ
* Sát khuẩn âm đạo vàTSM.
* Trải khăn vôkhuẩn
* Rạch da theo đường ngang hoặc dọc tùy theo vị trí của LNMTC để hạn chế sẹo xấu. Rạch chiều rộng vừa đủ để bócnang
* Dùng kéo phẫu thuật bóc tách vỏ nang xuống tận đáy (cố gắng không làm vỡ nang)
* Dùng kìm chắc kẹp cuống nang ở phần đáy, tránh chảy máu
* Dùng chỉ Vicryl số 2 hoặc 3 khâu cầm máu kỹ cuống khối LNMTC và ở thành của nang, sau đó khâu đáy và tổ chức dưới da một hoặc hai lớp tùy thuộc tổn thương. Nhớ lấy hết đáy tránh máu đọng hoặc chảy máu dưới đáy vết mổ.
* Nếu tổn thương nằm sâu trong lớp cơ mông thì phải khâu nhiều lớp để tránh hở đáy và gãy kim khi khâu
* Đóng da bằng khâu da mũi liền hoặc khâu da mũi rời theo thông thường bằng chỉ tự tiêu hoặc chỉ không tiêu
* Sát khuẩn lại vết mổ và bằng lại
* Thay băng và cắt chỉ (nên khâu da bằng chỉ không tiêu) theo qui định thông thường

### **THEODÕI**

* Theo dõi em băng có bị thấm máu không, vết mổ có bị bầm tím do máu, sưng đỏ do viêm nhiễm
* Dặn người bệnh vệ sinh TSM ngày 2 lần hoặc sau đại tiểu tiện, sau đó lau khô

### **V.TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

* Nếu chảy máu vết mổ nhiều thì khâu tăng cường để cầm máu
* Nếu tụ máu thì để 3-4 ngày sau, cắt nới 1 mũi chỉ và nặn dịch máu ra rồi rửa và thay băng bằng nước Oxygià
* Nếu nhiễm khuẩn vết mổ thì tăng liều thuốc kháng sinh
* Bóc LNMTC ở đáy chậu hoặc sát vùng hậu môn có thể làm tổn thương đến trực tràng: thấy phân và niêm mạc đỏ. Xử trí là bóc tách thành trực tràng và thành âm đạo. Khâu thành trực tràng mép lộn vào lòng trực tràng.

## **BẢNG KIỂM PHẪU THUẬT BÓC KHỐI LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG Ở TẦNG SINH MÔN, THÀNH BỤNG**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Nội dung** | **Có** | **Không** | **Ghi chú** |
| **1. Bóc LNMTC tại thành bụng** | |  |  |  |
| 1. | Gây tê hoặc tiền mê |  |  |  |
| 2. | Sát khuẩn vùng phẫu thuật. |  |  |  |
| 3. | Trải khăn vô khuẩn |  |  |  |
| 4. | Rạch da theo đường ngang để hạn chế sẹo xấu. Rạch chiều rộng vừa đủ để bóc nang |  |  |  |
| 5. | Dùng kéo phẫu thuật bóc tách vỏ nang xuống tận đáy (cố gắng không làm vỡ nang) |  |  |  |
| 6. | Dùng kìm chắc kẹp cuống nang ở phần đáy, tránh chảy máu |  |  |  |
| 7. | Dùng chỉ Vicryl số 2 hoặc 3 khâu cầm máu kỹ cuống khối LNMTC và ở thành của nang, sau đó khâu đáy và tổ chức dưới da một hoặc hai lớp tùy thuộc tổn thương. Lấy hết đáy tránh máu đọng hoặc chảy máu dưới đáy vếtmổ |  |  |  |
| 8. | Đóng da bằng khâu da mũi liền hoặc khâu da mũi rời theo thông thường bằng chỉ tự tiêu hoặc chỉ khôngtiêu |  |  |  |
| 9. | Sát khuẩn lại vết mổ và bằng lại |  |  |  |
| 10. | Thay băng và cắt chỉ (nếu khâu da bằng chỉ không tiêu) theo qui định thông thường |  |  |  |
| **2. Bóc LNMTC tại TSM** | |  |  |  |
| 1. | Bóc sau sạch kinh 1 tuần để chức năng đông máu trở về bình thường và xa kỳ kinh sau vì hành kinh dễ làm cho vết thương bị nhiễm khuẩn, khó liền |  |  |  |
| 2. | Gây tê hoặc tiền mê. Tùy tổn thương mà có thể gây  tê đám rối thần kinh thẹn hoặc gây tê tủy sống |  |  |  |
| 3. | Nếu LNMTC ở sâu trong lớp cơ mông hoặc vào đáy chậu hoặc trực tràng thì phải thực hiện ở phòng mổ |  |  |  |
| 4. | Sát khuẩn âm đạo và TSM. |  |  |  |
| 5. | Trải khăn vô khuẩn |  |  |  |
| 6. | Rạch da theo đường ngang hoặc dọc tùy theo vị trí của LNMTC để hạn chế sẹo xấu. Rạch chiều rộng vừa đủ để bóc nang |  |  |  |
| 7. | Dùng kéo phẫu thuật bóc tách vỏ nang xuống tận đáy (cố gắng không làm vỡ nang) |  |  |  |
| 8. | Dùng kìm chắc kẹp cuống nang ở phần đáy, tránh chảy máu |  |  |  |
| 9. | Dùng chỉ Vicryl số 2 hoặc 3 khâu cầm máu kỹ cuống khối LNMTC và ở thành của nang, sau đó khâu đáy và tổ chức dưới da một hoặc hai lớp tùy thuộc tổn thương. Nhớ lấy hết đáy tránh máu đọng  hoặc chảy máu dưới đáy vết mổ. |  |  |  |
| 10. | Nếu tổn thương nằm sâu trong lớp cơ mông thì phải khâu nhiều lớp để tránh hở đáy và gãy kim khi khâu |  |  |  |
| 11. | Đóng da bằng khâu da mũi liền hoặc khâu da mũi rời theo thông thường bằng chỉ tự tiêu hoặc chỉ khôngtiêu |  |  |  |
| 12. | Sát khuẩn lại vết mổ và bằng lại |  |  |  |
| 13. | Thay băng và cắt chỉ (nên khâu da bằng chỉ không tiêu) theo qui định thông  thường |  |  |  |

PHẪU THUẬT LẤY THAI TRÊN NGƯỜI BỆNH MẮC BỆNH TOÀN THÂN (TIM, THẬN, GAN, HUYẾT HỌC, NỘI TIẾT...)

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở

bụng và mở tử cung

Đối với sản phụ có bệnh lí toàn thân ngoài các nguy cơ thường gặp trong phẫu thuật lấy thai còn có nguy cơ có các biến chứng của các bệnh lí toàn thân kèm theo ảnh hưởng đến mẹ và thai. Trước mổ, trong mổ và sau mổ, tiên lượng và dự phòng các biến chứng này là vô cùng quan trọng

**II. CHỈ ĐỊNH**

Do nguyên nhân từ thai

Các chỉ định do ngôi thai bất thường

Thai to

Thai suy

Bệnh lý của thai có chống chỉ định đẻ đường âm đạo:

Do nguyên nhân phần phụ của thai

Do nguyên nhân đường sinh dục

Do bệnh lý của mẹ

Những chỉ định khác

**III. CHUẨN BỊ**

Người thực hiện

Kíp gây mê hồi sức

Kíp phẫu thuật

Nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh

Bác sĩ chuyên khoa liên quan đến bệnh lí toàn thân của mẹ

Phương tiện, dụng cụ, thuốc

Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tủy sống, gây mê toàn thân

Bộ dụng cụ mổ lấy thai đã tiệt trùng

Phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh

Các thuốc để hồi sức và các thuốc dùng trong sản khoa

Dự trù máu, tiểu cầu..

Người bệnh

Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật  Khám xin ý kiến chuyên khoa về các bệnh lí toàn thân, dùng các thuốc điều trị cần thiết trước mổ

Thông đái, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Thì 1.** Mở bụng:

Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ

**Thì 2**. Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung

**Thì 3.** Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối. Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới. Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm

**Thì 4.** Lấy thai và rau:

Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại

Dùng miếng gạc mỏng lau nhớt miệng trẻ

Kẹp và cắt dây rốn

Tiêm tĩnh mạch chậm(qua dây truyền) 10 đơn vị oxytocin.

Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy

**Thì 5**. Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc:

Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1. Có thể bằng mũi rời hay khâu vắt có khóa hay không có khóa. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung. Không nên khâu cả lớp nội mạc tử cung. Thông thường khâu một lớp là đủ. Nếu cần thì khâu vắt lớp thứ hai để cầm máu và che phủ lớp khâu thứ nhất

Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung bắt buộc khi có nguy cơ nhiễm khuẩn

**Thì 6.** Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, xem xét đặt dẫn lưu ổ bụng, đếm gạc đủ

**Thì 7:** Đóng thành bụng theo từng lớp, xem xét đặt dẫn lưu vết mổ

**Thì 8:** Lấy máu và lau âm đạo

**V. THEO DÕI CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT**

Theo dõi sau phẫu thuật

Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu

Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ tử cung ra

Vết mổ thành bụng.

Các dẫn lưu (nếu có)

Các triệu chứng và xét nghiệm liên quan đến bệnh lí toàn thân

Trung tiện

Chăm sóc

Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật

Thuốc điều trị bệnh lí toàn thân theo bác sĩ chuyên khoa

Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện)

Vận động sớm

Cho con bú sớm

Kháng sinh điều trị (nếu cần)

**VI. BIẾN CHỨNG**

Trong phẫu thuật

Chảy máu

Chấn thương thai nhi

Chấn thương ruột

Rạch vào bàng quang

Thắt vào niệu quản

Biến chứng liên quan đến bệnh lí toàn thân

Sau phẫu thuật

Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết Chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung Biến chứng liên quan đến bệnh lí toàn thân

PHẪU THUẬT LẤY THAI TRÊN NGƯỜI BỆNH

CÓ SẸO MỔ CŨ PHỨC TẠP

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung. Phẫu thuật lấy thai trên người bệnh có sẹo mổ cũ phức tạp áp dụng cho những bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật vùng bụng trước đó. Khó khăn của phấu thuật này là ổ bụng dính nhiều các dậy chằng và mạc nối, thay đôi vị trí giải phẫu của các cơ quan trong ổ bụng. Khi tiến hành phẫu thuật thì mở bụng phải gỡ dính, cầm máu, nguy cơ tồn thương các tạng xung quanh, nguy cơ chảy máu, khó bộc lộ đoạn dưới tử cung, đôi khi không thể bộc lộ được đoạn dưới mà phải rạch ngang hoặc dọc thân tử cung để lấy thai. Do đó thời gian từ lúc giảm đau đến lúc lấy thai bị kéo dài. Sau mổ nguy cơ vết mổ liền kém, tụ máu ở thành bụng cao hơn các trường hợp khác

**II. CHỈ ĐỊNH**

Do nguyên nhân từ thai

Các chỉ định do ngôi thai bất thường

Thai to

Thai suy

Bệnh lý của thai có chống chỉ định đẻ đường âm đạo:

Do nguyên nhân phần phụ của thai

  Do nguyên nhân đường sinh dục

  Do bệnh lý của mẹ

Những chỉ định khác

**III. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Kíp gây mê hồi sức Kíp phẫu thuật Nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh

**Phương tiện, dụng cụ, thuốc**

Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tủy sống, gây mê toàn thân Bộ dụng cụ mổ lấy thai đã tiệt trùng Phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh Các thuốc để hồi sức và các thuốc dùng trong sản khoa

**Người bệnh**

Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật Làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản Định nhóm máu và dự trù máu Thông đái, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Thì 1:**Mở bụng:

Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu, nếu sẹo mổ cũ là 1 trong 2 đường này thì rạch theo đường mổ cũ, qua các lớp vào ổ bụng, chú ý tổn thương các tạng bên dưới

**Thì 2:** Bộc lộ đoạn dưới tử cung, gỡ dính, cầm máu

**Thì 3:** Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung

**Thì 4:**Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối

Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với

đường mở phúc mạc đoạn dưới Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm.

**Thì 5:**Lấy thai và rau:

Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại Dùng miếng gạc mỏng lau nhớt miệng trẻ Kẹp và cắt dây rốn Tiêm tĩnh mạch chậm(qua dây truyền) 10 đơn vị oxytocin. Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy

**Thì 6:**Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc:

Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1. Có thể bằng mũi rời hay khâu vắt có khóa hay không có khóa. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung. Không nên khâu cả lớp nội mạc tử cung. Thông thường khâu một lớp là đủ. Nếu cần thì khâu vắt lớp thứ hai để cầm máu và che phủ lớp khâu thứ nhất   Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung bắt buộc khi có nguy cơ nhiễm khuẩn

**Thì 7:**Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh

Mời Bs Ngoại khoa khi có tổn thương bàng quang , niệu quản, ruột.

Cầm máu kỹ

  Tùy trường hợp cụ thể xem xét đặt dẫn lưu ổ bụng

**Thì 8:**Đếm gạc đủ. Đóng thành bụng theo giải phẫu, xem xét đặt dẫn lưu vết mổ

**Thì 9:**Lấy máu và lau âm đạo

**V. THEO DÕI CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT**

**Theo dõi sau phẫu thuật:**mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu, co hồi tử cung, lượng máu chảy từ tử cung ra, vết mổ thành bụng, các dẫn lưu (nếu có),trung tiện

**Chăm sóc**: Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật. Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện) Vận động sớm Cho con bú sớm Kháng sinh điều trị (nếu cần)

**VI. BIẾN CHỨNG**

**Trong phẫu thuật**

Chảy máu

Chấn thương thai nhi

Chấn thương ruột

Rạch vào bàng quang

  Thắt vào niệu quản

**Sau phẫu thuật**

Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết

Chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung

Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện)

Vận động sớm

Cho con bú sớm

Kháng sinh điều trị (nếu cần)

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế, tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nhi khoa 2016
2. Bộ Y tế, Quyết định 2831/QĐ-BYT ngày 04/7/2019 của Bộ Y tế ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nhi khoa
3. Bộ Y tế, Quyết định số 5344/QĐ-BYT ban hành tài liệu 200 Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nhi khoa, 2017
4. Phác đồ điều trị Nhi khoa, Bệnh viện Nhi Đồng 1, 2020
5. Phác đồ điều trị Nhi khoa, Bệnh viện Nhi Đồng 1, 2020