TẬP BÀI GIẢNG TIỀN LÂM SÀNG VỀ

CÁC KỸ NĂNG LÂM SÀNG

Preclinical Lectures for Clinical Skills

MED 310-410

NỘI DUNG

CHƯƠNG 1	TỔNG QUAN VỀ HUẤN LUYỆN KỸ NĂNG LÂM SÀNG, OSCE & BỆNH VIỆN MÔ PHỎNG	3
CHƯƠNG 2	KỸ NĂNG GIAO TIẾP, HỎI BỆNH & KHAI THÁC BỆNH SỬ-TIỀN SỬ CƠ BẢN	34
CHƯƠNG 3	KỸ NĂNG KHÁM TOÀN THÂN & LÀM BỆNH ÁN NỘI-NGOẠI TỔNG QUAN	75
CHƯƠNG 4	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT CƠ BẢN VỀ TIM MẠCH	125
CHƯƠNG 5	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT CƠ BẢN VỀ HÔ HẤP	176
CHƯƠNG 6	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT CƠ BẢN VỀ TIÊU HÓA	234
CHƯƠNG 7	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT CƠ BẢN VỀ THẬN-TIẾT NIỆU	305
CHƯƠNG 8	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT CƠ BẢN VỀ NỘI TIẾT	348
CHƯƠNG 9	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT CƠ BẢN VỀ HỆ VẬN ĐỘNG	391
CHƯƠNG 10	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT CƠ BẢN VỀ HỆ THẦN KINH	446
CHƯƠNG 11	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG VỀ TÂM THẦN	504
CHƯƠNG 12	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG CƠ BẢN VỀ TAI – MŨI – HỌNG	546
CHƯƠNG 13	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG CƠ BẢN VỀ RĂNG-HÀM MẶT	569
CHƯƠNG 14	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT CƠ BẢN VỀ MẮT & THỊ LỰC	606
CHƯƠNG 15	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT CƠ BẢN VỀ SẢN PHỤ	641
CHƯƠNG 16	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT CƠ BẢN VỀ NHI KHOA	695
CHƯƠNG 17	KỸ NĂNG SƠ CỨU – HỒI SINH CƠ BẢN – HỒI SINH NÂNG CAO	737

CHƯƠNG 15
KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT CƠ BẢN VỀ SẢN PHỤ

Mục tiêu: Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Thực hiện đúng các bước hỏi - khám phụ khoa, khám vú, khám thai
2. Biết thủ thuật nghe tim thai, sờ nắn ngoài, đo chiều cao tử cung, xử trí chuyển dạ, cắt tầng sinh môn theo đúng quy trình
3. Biết một số qui trình, kỹ năng, thủ thuật cơ bản liên quan khám phụ - sản của bộ Y Tế

Nội dung

15.1 Kỹ năng hỏi & khám phụ -sản
- 15.1.1. Hỏi & khám vú
- 15.1.2. Hỏi & khám phụ khoa
- 15.1.3. Hỏi & khám thai từng 3 tháng
- 15.1.4. Khám thai phụ trong chuyển dạ

15.2 Các thủ thuật trong sản phụ khoa
- 15.2.1 Nghe tim thai bàng ống nghe sản khoa
- 15.2.2. Sờ nắn ngoài xác định tư thế thai nhi & đo chiều cao tử cung
- 15.2.3. Kỹ thuật đỡ đẻ thường ngôi chỏm
- 15.2.4 Xử trí g.đoạn III của chuyển dạ.
- 15.2.5. Cắt & khâu tầng sinh môn

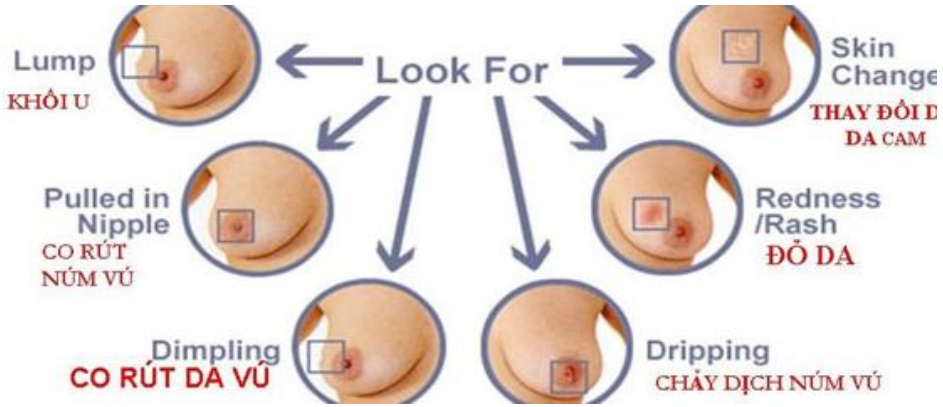
15.1 Kỹ năng hỏi & khám phụ - sản

15.1.1. Hỏi & khám vú

A. Hỏi bệnh

- Đầu tiên phải tìm hiểu cẩn thận về bệnh sử. Các thông tin cơ bản về tình trạng kinh nguyệt và các yếu tố nguy cơ liên quan đến ung thư vú của người bệnh.
- Các thông tin cơ bản về tiền sử liên quan đến ung thư vú cần chú ý hỏi gồm :
  - + Tuổi có kinh lần đầu tiên.
  - + Số lẩn có thai. Số lần sinh con.
  - + Tuổi có con lần đầu tiên.
  - + Tiền sử gia đình về bệnh ung thư vú ~ mối liên hệ với người bệnh,
  - + Tuổi mắc bệnh, có mắc ung thư vú hai bên hay không?
- Đối với phụ nữ chưa mãn kinh cần hỏi thêm một số thông tin:
  - + Thời gian có kinh nguyệt gần thời điểm khám nhất.
  - + Khoảng thời gian của chu kỳ kinh nguyệt.
  - + Chu kỳ kinh nguyệt có đều hay không đều.
  - + Bệnh nhân có sử dụng thuốc tránh thai đường uống hay không?
- Đối với các bệnh nhân tiền mãn kinh cần hỏi: Các thông tin như kỳ kinh cuối cùng khi nào, các chu kỳ kinh có đều không là các thông tin có ích khi xem xét và đánh giá các khối u cục, nang và các triệu chứng đau ở vú.

- Đối với phụ nữ đã mãn kinh cần hỏi thêm:
  + Tuổi mãn kinh.
  + Tiền sử dùng thuốc hormon thay thế, nên biết rằng có nhiều tổn thương lành tính ở vú rất hiếm gặp ở các phụ nữ đã mãn kinh nếu không có sử dụng hormon thay thế.
- Tìm dấu hiệu chủ yếu khiến người bệnh đến gặp thày thuốc và đây cũng là dấu hiệu chủ yếu nhất của ung thư vú.
  + Khoảng 65% các trường hợp được phát hiện có khối u ở vú trước khi sử dụng phương pháp chụp vú hàng loạt.
  + Đau vú, thay đổi kích thước và hình dạng vú, chảy dịch núm vú và các thay đổi màu sắc da ...là các triệu chứng không thường gặp của ung thư biểu mô tuyến vú.
  + Nói chung, khoảng thời gian có các triệu chứng, sự tồn tại dai dẳng dẳng của nó và sự thay đổi theo chu kỳ kinh nguyệt là các thông tin có giá trị cần xem xét cẩn thân.



B. Khám vú:

Thời gian tốt nhất để khám vú là khoảng ngày 10 của vòng kinh, thuộc giai đoạn nửa chu kỳ đầu, chủ yếu là estrogen làm phát triển mô mềm, mỡ, sẽ không đau, còn nếu ở giai đoạn sau thì chủ yếu là progesteron làm phát triển ống tuyến vú thì vú sẽ căng tức và gây đau khi khám.

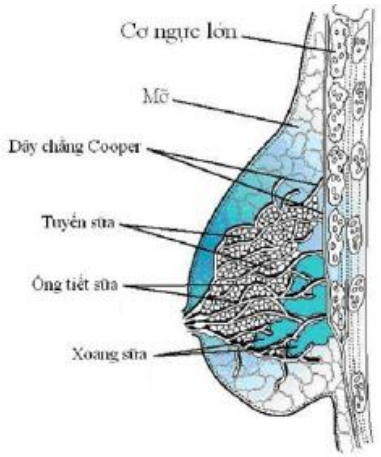
1. Tư thế bệnh nhân:

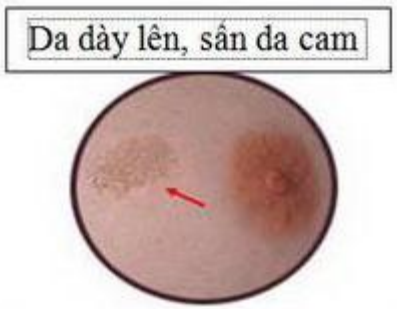
- Yêu cầu BN cởi áo, nằm xuống, tay xuôi theo thân, thoải mái. (có thể khám ngồi):
  - + (1) tay buông dọc theo thân;
  - + (2) tay giơ cao, người thẳng;
  - + (3) tay giơ cao, đổ thân người ra phía trước),
- Thường khám vú thì nằm để có mặt phẳng tựa, có thể kê gối mỏng dưới bả vai để đẩy ngực ra trước.
- Còn khám hạch vú thì ngồi cho thuận tiện.

2. Nhìn:

- Trước hết nên quan sát vú khi bệnh nhân ở tư thế ngồi, hai tay buông xuôi. Nên so sánh về kích thước và hình dạng vú hai bên.
- Nếu có sự khác biệt về kích thước thì nên tìm hiểu các yếu tố liên quan có tính mạn tính hay mới xuất hiện

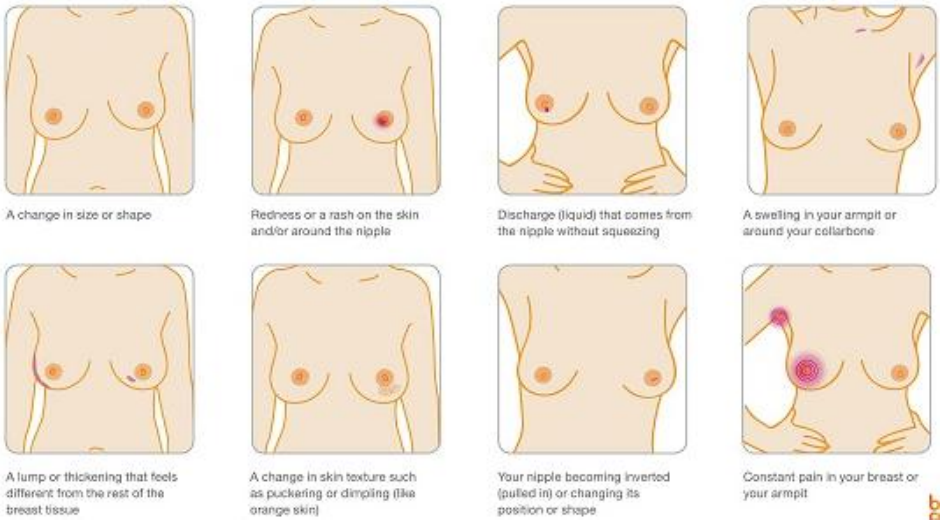
- Nhìn những thay đổi về hình dạng vú (khi không có phẫu thuật vú trước đó):
  + Các khối u nằm ở bề mặt có thể gây ra các tổn thương lồi ở rìa vú hoặc co kéo da phía trên. Sự co kéo da phía trên khối u có thể do sự xâm nhập trực tiếp của khối u hoặc do xơ hoá.
  + Các khối u ở sâu gây tổn thương các vách xơ (dây chằng Cooper) cũng có thể gây co kéo. Bản thân sự co kéo không có ý nghĩa tiên lượng trừ khi sự co kéo đó là do sự lan rộng của khối u vào mô da phía trên.
- Quan sát da vú :
  + Nếu có phù ở da vú (màu da cam) thì nó thường xuất hiện nhanh và lan rộng. Phù tại chỗ thường gặp chủ yếu ở nửa dưới, vùng quanh quầng vú và phát hiện dễ dàng hơn khi cánh tay giơ cao.
  + Đỏ da là dấu hiệu khác của bệnh nên lưu ý khi quan sát vú, nó có thể do viêm mô tế bào (cellulitis) hoặc ápxe vú.
  + Một tỷ lệ nhỏ các phụ nữ có vú to có đám da đỏ nhẹ ở phần di động nhất của vú, hiện tượng này mất đi khi nằm. Đây là hiện tượng bình thường và không có gì phải lo lắng.





- Quan sát núm vú:
  + bao gồm quan sát sự đồng tâm, sự co kéo và các thay đổi về màu da.
  + Nếu hiện tượng co kéo núm vú mới xuất hiện thì cần hết sức lưu ý trừ khi hiện tượng này xuất hiện ngay khi mới thôi cho con bú.
  + Loét hoặc các eczema của núm vú có thể là các dấu hiệu đầu tiên của bệnh Paget.
  + Sau khi quan sát ở tư thế tay buông xuôi nên yêu cầu người bệnh giơ tay lên để có thể quan sát nửa dưới của vú. Sau đó, để người bệnh chống tay vào hông, tư thế này giúp nổi rõ những vùng bị co kéo một cách kín đáo mà ở tư thế tay buông xuôi khó phát hiện ra

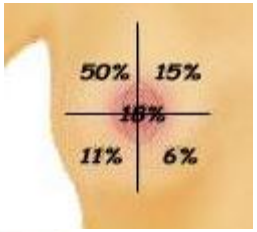
- Có 7 dấu hiệu sớm nhất và đáng chú ý nhất của ung thư vú là:
  1. *Đau ở ngực hoặc vú*
  2. *Ngứa ở ngực*
  3. *Đau ở vai, lưng trên hoặc cổ*
  4. *Những thay đổi về hình dạng vú, kích thước*
  5. *Sự thay đổi ở núm vú hoặc núm vú nhạy cảm hơn*
  6. *Sưng hoặc có khối u ở nác*
  7. *Vú bị đỏ và sưng*



(Sự thay đổi ở núm vú hoặc núm vú nhạy cảm hơn)

3. Sờ nắn:

Vú được chia 5 phần theo một đường ngang và đường đứng dọc qua núm vú: đuôi vú, góc phần tư: trên trong, trên ngoài, dưới trong, dưới ngoài.

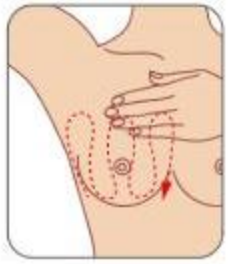


– Sờ vú ở tư thế nằm:

+ Tay bên khám nâng quá đầu. Khám vú có thể theo hình đồng tâm hoặc toả theo hình nan hoa, phải đảm bảo khám toàn bộ vú, dùng 3 ngón giữa nắn theo một vòng xoáy ốc từ ngoài vào trong: đuôi vú → bờ bên vú → rãnh dưới vú → 4 góc phần tư → núm vú.

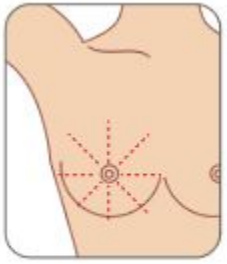
Circular Motion

+ Nếu một khối u rõ rệt được phát hiện thì nên xác định kích thước, vị trí, khả năng di động, các đặc điểm khác của nó và ghi vào bệnh án hay y bạ.


Up & Down Motion

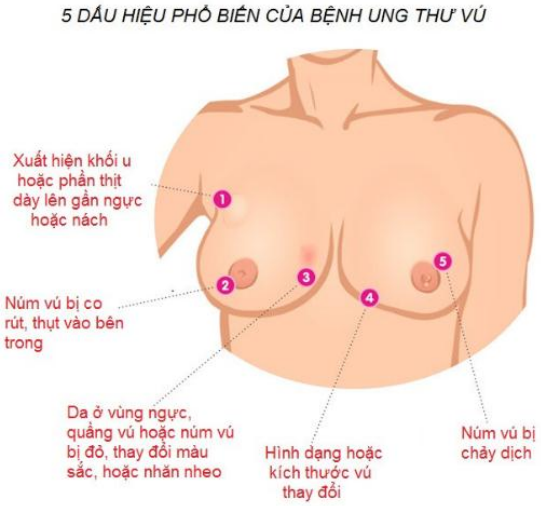
+ Nếu bệnh nhân thấy có khối u mà thày thuốc không thấy thì nên yêu cầu người bệnh chỉ cho vùng mà họ nghi ngờ.

+ Nếu vẫn không chắc chắn thì khám lại ở thời điểm khác trong chu kỳ kinh nguyệt có thể sẽ giúp làm rõ vấn đề.


Wedge Motion

+ Kết hợp sờ nắn và quan sát khi cố định u, yêu cầu BN đưa cánh tay lên xuống, nếu khối u di động cùng cơ ngực → dấu hiệu dính cơ ngực. (nghiệm pháp Tillaux)

- Sờ vú khi cho bệnh nhân ở tư thế đứng thẳng:
  + khám ở tư thế này giúp phát hiện rõ các tổn thương ở phần đuôi của vú. Khi khám vú, một tay đỡ nhẹ nhàng ở dưới, dùng bốn ngón tay của tay kia để khám. (Nếu dùng hai ngón tay để bóp tuyến vú sẽ có cảm giác có khối u trong vú và đây là lỗi thường gặp của các thày thuốc không có kinh nghiệm và của các phụ nữ cố tự khám sai quy cách).
- Sờ hạch vùng.
  + Khám hạch nách và hạch thượng đòn tốt nhất khi bệnh nhân ở tư thế thẳng.
  + Hạch bên phải được khám bằng tay trái của người thầy thuốc, tay phải của bệnh nhân gấp và được kê lên, điều này giúp cơ ngực được thả lỏng và tay thày thuốc có thể dễ dàng đi vào nách. Nách bên trái được khám tương tự.
  + Khi sờ thấy hạch nách nên ghi nhận các đặc điểm về kích thước, số lượng hạch, hạch cứng hay mềm, đau hay không đau, hạch đơn độc hay có nhiều hạch, hạch có dính nhau hay không, hạch có dính vào tổ chức ở hố nách? hạch di động hay cố định?



4. Phương pháp bệnh nhân tự khám vú

(breast self - examination = B.S.E):

Phương pháp bệnh nhân tự khám vú cần phải được phổ biến rộng rãi cho phụ nữ, bởi vì đây là phương pháp có hiệu quả nhất góp phần phát hiện sớm ung thư vú.

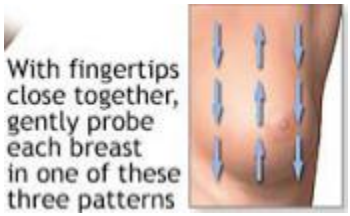
Phụ nữ cần phải tiến hành phương pháp BSE hàng tháng, bắt đầu từ 7 - 10 ngày sau khi sạch kinh. Nếu chưa có kinh nguyệt thì cần phải tiến hành khám vú vào cùng một ngày nhất định trong tháng.

– Tự quan sát:

+ Đứng ngay ngắn trước gương, cởi trần tới ngang thắt lưng để quan sát kỹ và tỉ mỉ từng vú riêng biệt. Cần chú ý tới kích thước, hình dạng, màu sắc, các đường viền, vị trí và hướng của vú cũng như của núm vú.
+ Giơ hai tay lên cao quá đầu và quay nghiêng, rồi từ từ hạ tay từng bên một xuống để quan sát các đường viền của vú.
+ Chống hai tay vào mạng sườn và vươn hai vai ra phía trước để quan sát và phát hiện những chỗ da bị lúm xuống hoặc nhăn lại. Kiểm tra tình trạng tiết dịch và phát hiện những thay đổi về kích thước, hình dáng hay màu sắc của hai núm vú.

- Tự sờ nắn vú:
  + Đứng ngay ngắn trước gương. Dùng bàn tay trái để khám vú phải và ngược lại. Để cho tuyến vú trượt giữa hai bình diện là lòng bàn tay dùng để khám và thành ngực của bệnh nhân. Cần ép với một lực không đổi lên từng vùng nhỏ của da theo một quy luật nhất định (từ trên xuống dưới, từ sau ra trước hay khám theo hình nan hoa...). đổi tay và lại làm tương tự như vậy ở vú bên đối diện.
  + Nằm xuống trên một mặt phẳng, kê gối ở bên vai có vú đang khám. Dùng lòng bàn tay và các ngón tay duỗi thẳng để khám mặt ngoài của vú. Di chuyển bàn tay khám theo chiều kim đồng hồ. Đưa cánh tay bên vú đang khám lên trên đầu và tiếp tục khám dọc theo phần trên của xương đòn và vùng nách. Lập lại cách làm như vậy đối với vú bên kia.
  + Nếu vú quá to thì cần sử dụng cả hai tay để khám: dùng một bàn tay để nâng vú lên và dùng bàn tay kia để khám mặt trên của vú.

Breast self-exam: Manual inspection



15.1.2. Hỏi & khám phụ khoa

Đại cương

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

1. Chuẩn bị dụng cụ và bệnh nhân

- Dụng cụ:
  - + Bàn khám phụ khoa; Đèn chiếu để soi trong âm đạo và CTC;
  - + Mỏ vịt, kìm cặp bông, kìm sinh thiết, thước đo buồng TC, kìm Pozzi;
  - + Bông thấm nước, gạc, găng tay vô khuẩn;
  - + Dầu parafin, d.dịch acid acetic 3%, d.dịch lugol 3%, thuốc sát khuẩn;
  - + Nếu ở phòng khám hiện đại thì phải có máy soi CTC.
- Chuẩn bị bệnh nhân:
  - + Phải được đi tiểu trước, nếu táo bón thì phải thụt tháo, nếu không tự đi tiểu được thì phải thông tiểu trước khi khám;
  - + Tư thế phụ khoa: đầu gối cao 30 độ, mông sát mép bàn, hai chân gác lên giá đỡ, hai tay xuôi dọc theo người
  - + Để giúp cho BN yên tâm khi khám, nếu thầy thuốc là nam giới cần tôn trọng quy tắc khám ba người: thầy thuốc, BN và một y tá hoặc hộ lý.

2. Cách hỏi & khám

2.1. Hỏi

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

2.2. Nhìn

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

2.3. Sờ nắn ngoài (khám bụng)

- Theo nguyên tắc khám bụng ngoại khoa, chú ý vùng bụng dưới để phát hiện u cục. Khám hạch bẹn 2 bên xem có sưng nề.
- BS đứng 1 bên của BN.
  - + quan sát: sự cân đối, sẹo (mổ đẻ, mổ phụ khoa), bụng chướng (do khối u hoặc cổ trướng).
  - + sờ nắn: nắn bụng từ ngoài vào, hỏi xem BN đau ở đâu để nắn từ chỗ không đau tới chỗ đau, phối hợp với nhịp thở của BN, xác định điểm đau, ranh giới - mật độ - kích thước khối u.
  - + gõ bụng (nếu cần thiết): xác định cổ trướng hay chướng hơi, ranh giới khối u.

2.4. Khám bằng mỏ vịt

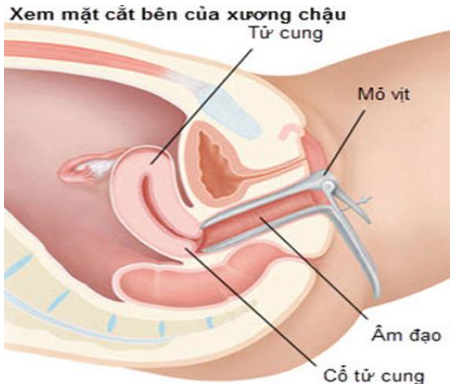
- BS ngồi phía dưới, giữa ai chân BN, điều chỉnh đèn hướng vào phòng khám.
  - + đi găng
  - + quan sát môi lớn, môi bé, tầng sinh môn, tuyến Bartholin (tiền đình lớn), lỗ niệu đạo…
  - + thông báo cho bệnh nhân BS sẽ đặt mỏ vịt
  - + sát trùng âm hộ (betadine)
  - + lựa chọn mỏ vịt phù hợp kích cỡ âm đạo, bôi trơn bằng dầu parafin.
  - + dùng hai ngón tay tách hai môi nhỏ.

2.4.1. Cách đặt mỏ vịt:

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

2.4.2. Quan sát qua mỏ vịt:

+ Nhìn thấy niêm mạc âm đạo màu hồng, có một ít niêm dịch. Nếu bị viêm nhiễm thì niêm mạc âm đạo đỏ, có nhiều khí hư.
+ Tùy theo nguyên nhân gây viêm âm đạo và tính chất khí hư có thể khác nhau: khí hư đặc trắng như bột, khí hư loãng có bọt hay khí hư như mủ. Ở âm đạo còn có thể thấy những tổn thương viêm loét, lộ tuyến. Ngoài ra còn có thể có dị tật bẩm sinh như vách ngăn dọc hoặc ngang, những chấn thương do đẻ như vết rách cũ của CTC.



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

2.4.3. Sau khi quan sát kỹ âm đạo và CTC:

+ Dùng bông thấm nước lau sạch khí hư, sau đó bôi acid acetic 3% để làm chứng nghiệm Hinsenlmann, acid acetic chỉ có tác dụng trong khoảng 1 - 2 phút, có thể bôi acid acetic 2 - 3 lần vào CTC để xem rõ tổn thương.
+ Sau khi bôi acid acetic thì vùng tổn thương loét sẽ rớm máu, còn vùng lộ tuyến sẽ thấy se trắng lại, chế tiết sẽ kết tủa, nhìn tổn thương sẽ rõ hơn.
+ Sau đó dùng bông thấm nước bôi lugol 3% vào CTC để làm chứng nghiệm Schiller, iod trong dung dịch lugol tác dụng với glycogen có nhiều ở các tế bào lớp giữa và lớp bề mặt của biểu mô lát tầng CTC và âm đạo tạo ra một màu nâu thẫm.
+ Nếu toàn bộ CTC có màu nâu thẫm là biểu mô lát bình thường, gọi là chứng nghiệm Schiller âm tính. Nếu có điều kiện soi CTC để phát hiện các tổn thương nghi ngờ.

2.4.4. Tháo mỏ vịt:

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

2.5. Thăm âm đạo bằng tay kết hợp với nắn bụng

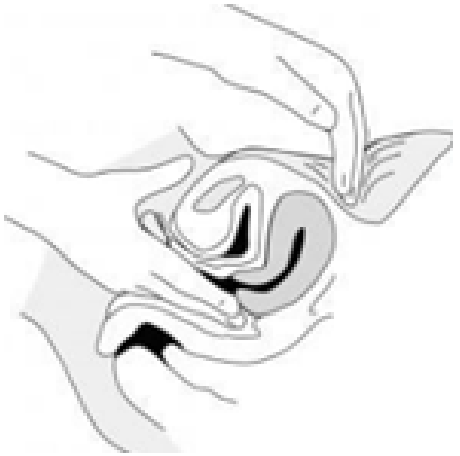
– Đây là thì căn bản của thăm khám phụ khoa
– Là p.pháp thăm dò được tình trạng TC và 2 phần phụ.

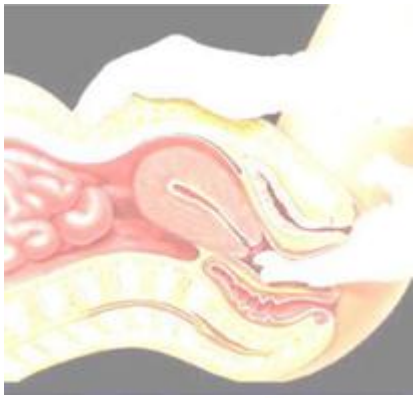
2.5.1. Cách khám

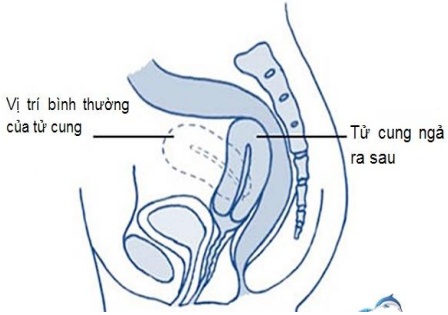
– BS đứng bên phải BN; Bàn tay phải đeo găng vô khuẩn;
  + Dùng ngón tay trỏ và giữa của bàn tay phải đưa nhẹ nhàng vào âm đạo tìm CTC, di động CTC.
  + Tay ngoài nắn trên khớp vệ, phối hợp 2 tay để xác định thể tích, tư thế, mật độ và di động của TC và phát hiện các bất thường của vòi TC, buồng trứng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

2.5.2. Nhận định kết quả

  + TC bình thường to bằng quả trứng gà, tư thế ngả trước hoặc sau, lệch phải hoặc trái, mật độ chắc, di động dễ, không đau.
  + Nếu TC gấp trước, bàn tay nắn trên bụng dễ thấy đáy TC khi 2 ngón tay trong âm đạo đẩy CTC lên.
  + Nếu TC đổ sau, bàn tay trên bụng khó nắn thấy đáy TC. Phải cho 2 ngón tay vào túi cùng sau mới thấy được đáy TC.







+ TC to có thể là có thai hay có khối u. TC bé có thể gặp ở người đã mãn kinh hoặc ở người có TC nhi tính. Nếu TC di động hạn chế và BN đau là bị dính.
+ Hai phần phụ (gồm vòi trứng và buồng trứng) bình thường không nắn thấy, nhưng đôi khi có thể nắn thấy có một khối u nhỏ ranh giới không rõ, ấn đau phải xem có phải khối chứa ở vòi trứng không. Nếu thấy khối u to, ranh giới rõ, biệt lập với TC thì phải nghĩ tới khối u buồng trứng.

2.6. Gõ

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

2.7. Nghe

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

2.8. Đo buồng tử cung

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

15.1.3. Hỏi & khám thai từng 3 tháng

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

• Khi khám cần theo các trình tự sau:

1. Phần hỏi

1.1 Bản thân

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

1.2 Sức khỏe

1.2.1 Hiện tại

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

1.2.2 Tiền sử bệnh

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

1.2.3. Tiền sử sản khoa (PARA bao gồm 4 con số xếp theo thứ tự: SANH-THIẾU-SẨY-CÒN ~ P: para (number of births of viable offspring - số con sinh ra))

- Đã có thai bao nhiêu lần, ghi theo 4 số:
  + Số thứ nhất là số lần đẻ đủ tháng;
  + Số thứ hai là số lần đẻ non;
  + Số thứ ba là số lần sảy thai hoặc phá thai;
  + Số thứ tư là số con hiện sống.

  Ví dụ: 2012 = đã đẻ đủ tháng 2 lần, không đẻ non, 1 lần sảy hoặc phá thai, hiện 2 con sống.
- Với từng lần có thai:
  + Tuổi thai khi đẻ (để biết đẻ non hay đủ tháng);
  + Nơi đẻ: bệnh viện, trạm xá, tại nhà, đẻ rơi;
  + Thời gian chuyển dạ;
  + Cách đẻ: đẻ thường, đẻ khó Forceps, giác hút (phẫu thuật lấy thai...).
  + Các bất thường ở lần có thai trước: ra máu, TSG, ngôi bất thường, đẻ khó, thai dị dạng, băng huyết, nhiễm khuẩn.
  + Tình trạng con khi đẻ ra: cân nặng, giới tính, khóc ngay, ngạt, chết...

1.2.4. Hỏi về tiền sử phụ khoa

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

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

- Loại biện pháp tránh thai (BPTT); Thời gian sử dụng của từng biện pháp;
- Lý do ngừng sử dụng; BPTT dùng ngay trước lần có thai này (nếu có).

1.2.6. Hỏi về lần có thai này

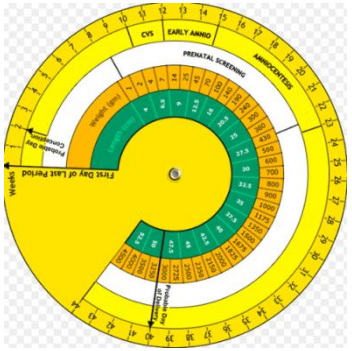
- Chu kỳ kinh nguyệt có đều không và ngày đầu của kỳ kinh cuối;
- Các triệu chứng nghén; Ngày thai máy;
- Sụt bụng (xuất hiện 1 tháng trước đẻ, do ngôi thai xuống thấp);
- Các dấu hiệu bất thường như đau bụng, ra máu, dịch tiết âm đạo tăng;
- Mệt mỏi, uể oải, đau đầu, ăn kém ngon (dấu hiệu thiếu máu);
- Nhức đầu, hoa mắt, đau thượng vị, nôn mửa (dấu hiệu TSG).

1.2.7. Gia đình

- Sức khỏe, tuổi bố mẹ, anh chị, còn sống hay đã chết. Nếu chết, cho biết lý do;
- Có ai mắc bệnh nội khoa: tăng HA, đái tháo đường, tim mạch, gan, thận, lao.
- Có ai mắc bệnh nhiễm khuẩn: lao, bệnh LTQĐTD, HIV/AIDS, sốt rét.
- Các tình trạng bệnh lý khác: sinh đôi, đẻ con dị dạng, dị ứng...
- Hỏi để sàng lọc bạo hành phụ nữ

1.2.8. Tiền sử hôn nhân

- Lấy chồng năm bao nhiêu tuổi;
- Họ tên, tuổi, nghề nghiệp, sức khỏe, bệnh tật của chồng.



1.2.9. Dự tính ngày sinh gồm các cách chính sau:

- Tính theo kỳ kinh cuối: đúng 40 tuần kể từ ngày đầu của kỳ kinh cuối.
- Theo dương lịch, lấy ngày đầu của kỳ kinh cuối cộng 7, tháng cuối cộng 9 (hoặc trừ 3 nếu tổng số lớn hơn 12). Ví dụ: ngày đầu của kỳ kinh cuối: 15/9/2012 / Ngày dự kiến đẻ: 22/6/2013;
- Sử dụng bảng quay (nếu có) để tính ngày dự kiến đẻ;
- Nếu không nhớ ngày đầu của kỳ kinh cuối thì có thể dựa trên kết quả siêu âm (tốt nhất là trong 3 tháng đầu của thai kỳ) để xác định tuổi thai. Nếu sản phụ chỉ nhớ ngày âm lịch thì chuyển ngày âm sang ngày dương lịch để tính tuổi thai;
- Trong trường hợp bơm tinh trùng vào TC thì ngày đầu của kỳ kinh cuối được tính là trước ngày bơm 14 ngày. Dự tính ngày đẻ được tính như cách trên.
- Sử dụng siêu âm để tính tuổi thai không cần dựa vào ngày mất kinh hay ngày thụ thai; 5 tuần đã có thể nhận ra một cực thai; 7-8 tuần đã nhận ra nhịp đập của tim thai.

  Đo đường kính lưỡng đỉnh của thai là phương pháp đáng tin cậy để xác định tuổi thai ở 20-30 tuần. Sự phát triển của thai trong giai đoạn này tăng dần và nhanh; số đo chính xác nhất ở tuần 20-24 và đo lại vào lúc 26-30 tuần. Do vậy đây là căn cứ để xác định ngày trẻ chào đời.

15.1.4. Khám thai phụ trong chuyển dạ

1. Chào hỏi - giới thiệu - giải thích - đề nghị đồng ý và hợp tác
2. Chuẩn bị:

– Dụng cụ: thước dây mềm độ chia cm, ống nghe tim thai, dụng cụ sát khuẩn, bôi trơn, găng tay vô khuẩn…
– BN:
  + Cởi quần, vén áo, nằm ở tư thế phụ khoa (đầu gối cao 30 độ, mông sát mép bàn, 2 chân gác lên giá đỡ,2 tay xuôi dọc theo người), bộc lộ toàn bộ vùng bụng đến mũi ức, tầng sinh môn, âm hộ.
  + Vệ sinh vùng âm hộ - tầng sinh môn bằng dung dịch sát khuẩn.
– BS:
  + Đứng bên trái khi đo chiều cao tử cung vòng bụng và khám ngoài xác định tư thế thai.
  + Đứng bên phải hoặc giữa hai chân sản phụ khi thăm khám xác định độ xoá mở của tử cung.

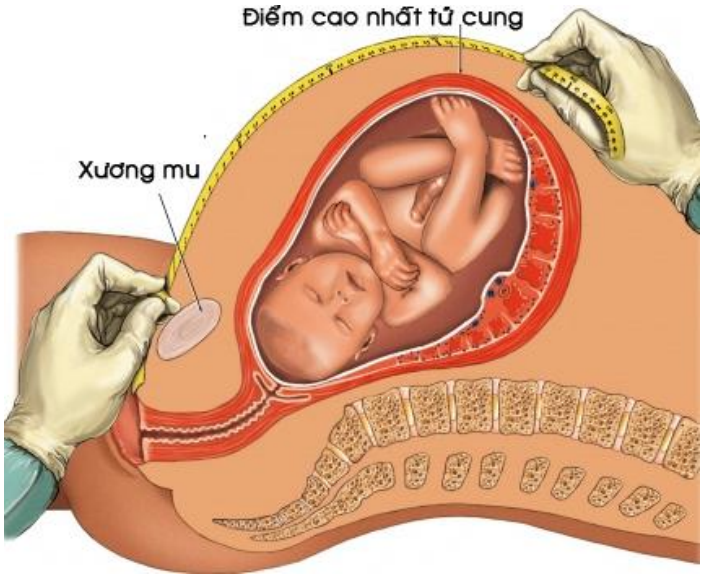
3. Quan sát:

– Sẹo mổ, hình thể bên ngoài của thai, có thể sơ bộ đánh giá tư thế thai, ngôi thai.
– Các biểu hiện bất thường khác: màu sắc, t.mạch bàng hệ…

4. Đo chiều cao tử cung, vòng bụng:

- xác định bờ trên khớp mu bằng cách sờ vùng hạ vị từ rốn xuống, là bờ xương thấp nhất ở hạ vị theo đường giữa dưới rốn.
- xác định điểm chính giữa đáy tử cung: sờ từ mũi ức và hai hạ sườn xuống, xác định ranh giới toàn bộ đáy tử cung, tìm điểm chính giữa của cung tròn đáy tử cung.
- đặt thước dây đo giữa 2 điểm trên, cố gắng để thước căng thành đường thẳng → chiều cao tử cung.
- vòng bụng là vòng chu vi bụng lớn nhất vuông góc với cột sống, thường thì là qua rốn. Yêu cầu BN luồn 1 đầu thước dây qua lưng. Đo với lực căng vừa phải và thước phải luôn áp sát da sản phụ.
- ước lượng trọng lượng thai dựa vào công thức:

  P thai (g) = [cao tử cung (cm) + vòng bụng (cm)] x 25.



5. Sờ nắn bụng bằng 4 thủ thuật sản khoa (thủ thuật Leopold):

– Thăm khám thực hiện khi không có cơn co tử cung.

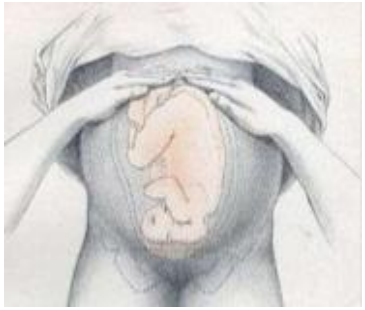
– Sờ nắn lần lượt cực dưới, cực trên, hai thành tử cung:

+ Sờ nắn cực dưới: 2 bàn tay mở, các ngón áp sát, đặt lên vùng 2 hố chậu và hạ vị, các ngón hướng về phía khớp mu. Sờ nhẹ nhàng từ dưới lên và di động sang 2 bên để tìm dấu hiệu lúc lắc đầu thai nhi. Nhận biết cực đầu thai: khối tròn, nhẵn, rắn, di động trong đa số trường hợp ngôi đầu.

+ Sờ nắn cực trên: động tác tay tương tự theo chiều ngược lại, các ngón tay hướng về phía mũi ức, sờ nắn từ trên xuống dưới. Nhận biết cực mông thai: khối không đồng đều về mật độ, ít di động.

+ Sờ nắn hai thành trái, phải tử cung: 2 bàn tay mở, các ngón áp sát, đặt lên 2 thành tử cung tương ứng với vùng mạng sườn. Một bàn tay cố định tử cung, bàn tay kia sờ nắn nhẹ nhàng tử trên xuống, làm tương tự với bên còn lai. Nhận biết diện lưng: diện phẳng, không di động, ngăn cách với đầu bởi rãnh gáy. Nhận biết các chi ở đối diện với diện lưng: các khối nhỏ lổn nhổn, dấu hiệu “cục nước đá nổi”.

→ sau khi thăm khám cần xác định tư thế thai trong tử cung.



6. Đo cơn co tử cung bằng tay:

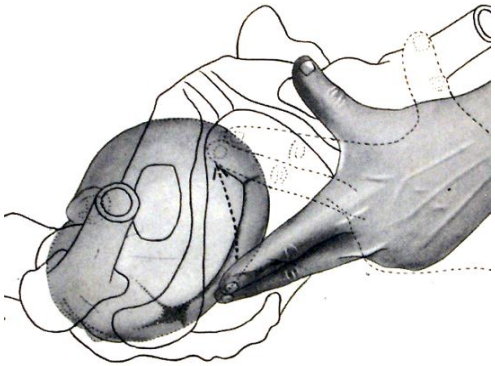
- Bàn tay mở, các ngón áp sát, đặt lên đáy-sừng phải tử cung (nơi xuất phát cơn co). Khi cơ tử cung bắt đầu tăng trương lực là thời điểm bắt đầu của cơn co. Tính thời gian kéo dài của cơn co tử cung, khoảng cách giữa 2 cơn co (đo bằng giây).
- Phải đo được ít nhất 2 cơn co, từ đó tính ra tần số cơn co tử cung trong 10 phút.

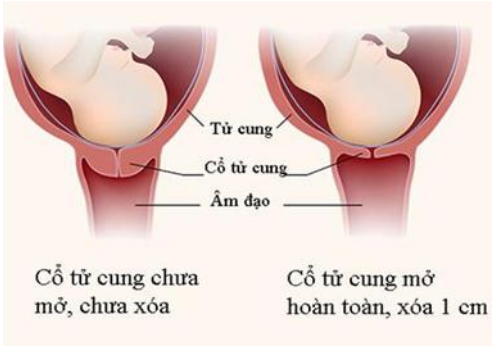
7. Nghe tim thai ở vị trí mỏm vai:

- Xác định vị trí mỏm vai: chỗ nhô lên ngăn cách với đầu bởi một rãnh.
- Đầu to ống nghe tim thai lên vùng mỏm vai của em bé, nếu dưới rốn thì mặt BS quay về phía chân sản phụ, nếu mỏm vai trên rốn thì mặt BS quay về phía đầu sản phụ.
- Bình thường: nghe thấy tim thai, tần số 120-160 nhịp/ phút.

8. Thăm khám âm đạo xác định độ xoá mở của cổ tử cung:

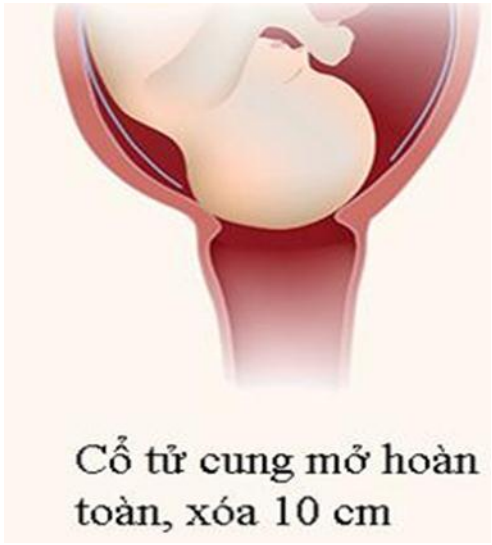
- Đeo găng vô khuẩn, bôi trơn 2 ngón tay thăm khám. Tay trái mở rộng 2 môi nhỏ để quan sát lỗ âm đạo, thay phải nhẹ nhàng đưa hai ngón 2,3 vào âm đạo theo chiều thẳng đứng của bàn tay và theo trục của âm đạo cho đến khi sờ thấy cổ tử cung.
- Sờ vòng quanh mép cổ tử cung để ước lượng độ mở (cm), không đưa cả 2 ngón tay vào banh rộng cổ tử cung. Nếu cổ tử cung đã mở, đưa 1 ngón tay vào lỗ trong cổ tử cung để ước lượng độ xoá (%). Nếu cổ tử cung chưa mở, sờ vòng quanh cổ tử cung bên ngoài đến cùng đồ để ước lượng độ xoá của cổ tử cung.





9. Nhận định kết quả thăm khám

- Chiều cao tử cung - vòng bụng → trọng lượng thai.
- Tư thế thai trong tử cung so với người mẹ: vị trí cực đầu, cực mông, diện lưng, các chi.
- Độ xoá mở cổ tử cung. Lưu ý sự khác nhau giữa sản phụ đẻ con so và con rạ.



10. Thông báo kết thúc khám, chào và cảm ơn BN.

Thăm khám → tiên lượng cuộc đẻ.

- Tư thế của thai nhi có thể thay đổi trong chuyển dạ → thăm khám ngoài cần được thực hiện nhiều lần trong suốt quá trình chuyển dạ.
- Cơn co tử cung khi chuyển dạ tác động lên cổ tử cung gây xoá mở.
  + Xoá là quá trình cổ tử cung thu ngắn lại, lỗ ngoài và trong của cổ tử cung càng ngàng càng gần nhau và chập làm một. Bình thường chiều dài của ống cổ tử cung là 25 - 30mm. Độ xoá = % chiều dài giảm đi so với ban đầu.
  + Mở là quá trình cổ tử cung mở rộng về kích thước, mở hết khi đạt 10cm (bình thường 1-10cm).
- Động lực của cuộc đẻ là cơn co tử cung.
- Nhận định thai:
  + 22-37 tuần → đẻ non,
  + 37 - 42 tuần → bình thường,
  + trên 42 tuần → già tháng.

15.2 Các thủ thuật trong sản phụ khoa

15.2.1 Nghe tim thai bàng ống nghe sản khoa

- Nghe tim thai là một bước khám không thể thiếu được khi khám thai từ tuần lễ thứ 22 trở đi và trong chuyển dạ.

– Xác định tim thai bằng nhiều cách khác nhau (Ống nghe gỗ sản khoa, doppler, siêu âm, monitoring sản khoa).

– Nghe tim thai để theo dõi sự phát triển của thai nhi và tiên lượng cuộc đẻ.

- Khi nghe tim thai cần theo trình tự sau:

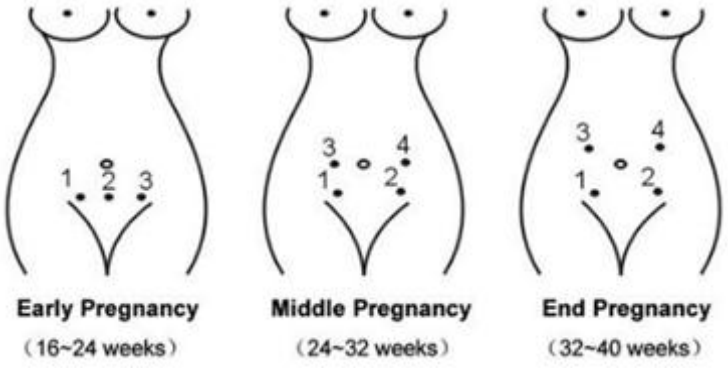
1. Chuẩn bị

– Thầy thuốc: trang phục gọn gàng, đứng bên phải hoặc bên trái thai phụ (tốt nhất cùng bên với ổ tim thai);

– Thai phụ: nằm ngửa trên giường hoặc bàn khám, bộc lộ toàn bộ vùng bụng, hai chân chống 45 độ so với mặt giường;

– Dụng cụ: ống nghe tim thai (gỗ, nhựa hoặc kim loại), đồng hồ có kim giây.

– Các vị trí nghe tim thai tương ứng với tuổi thai



2. Kỹ thuật nghe tim thai

- Xác định vị trí ổ tim thai bằng cách sờ nắn xác định mỏm vai, phối hợp hỏi vị trí thai đạp để tìm vị trí nghe tim thai rõ nhất (cùng phía với đầu, cùng bên với lưng thai nhi)
- Đặt ống nghe vuông góc với thành bụng của thai phụ, áp tai nghe, phân biệt nhịp tim thai với tiếng thổi của động mạch TC hoặc tiếng đập của động mạch chủ bụng bằng cách đồng thời bắt mạch quay của mẹ. Nhận định hai tiếng không trùng nhau nghĩa là xác định đúng ổ tim thai, nếu hai nhịp trùng nhau cần xác định lại vị trí ổ tim thai. Nếu trong chuyển dạ, nghe tim thai ngoài cơn co TC.

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

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

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

15.2.2. Sờ nắn ngoài xác định tư thế thai nhi & đo chiều cao tử cung

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

a. Chuẩn bị

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

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

- Chào hỏi thai phụ, giải thích mục đích của việc sờ nắn xác định tư thế thai nhi
- Hướng dẫn thai phụ nằm ngửa, hai chân chống để đùi tạo với mặt giường một góc 45 độ, bộc lộ rõ toàn bộ vùng bụng;
- Hỏi về ngày kinh cuối cùng, vị trí thai đạp để sơ lược xác định ngôi thai;
- Người khám ngồi bên trái hoặc bên phải thai phụ, nắn theo thứ tự: cực dưới, cực trên và hai bên TC.
- Nắn cực dưới: người khám ngồi quay mặt xuống phía chân sản phụ. Đặt hai bàn tay hai bên cực dưới TC.

Sờ nắn để xác định ngôi đầu hay ngôi mông.

+ Nếu là đầu giữa hai bàn tay sẽ thấy một khối tròn rắn. Khi thai chưa đủ tháng, khối này còn cao so với khớp vệ và khi hai tay đẩy lên thì nó di động dễ dàng trong buồng ối, tạo nên dấu hiệu lúc lắc của đầu thai nhi.
+ Nếu là mông sẽ thấy một khối mềm và thường ít di động hơn, không có hình tròn rõ như ngôi đầu.
+ Ngôi ngang thì không nắn thấy khối nào trên khớp vệ (dấu hiệu tiểu khung rỗng);

– Nắn cực trên: người khám quay mặt lên phía đầu thai phụ, dùng hai tay nắn hai bên dần lên đáy TC.
  + Nếu là ngôi đầu, sờ cực trên sẽ thấy mông và hai chi hợp thành một khối to, chỗ rắn chỗ mềm, không tròn, di động ít.
  + Nếu là ngôi mông, sờ sẽ thấy một khối tròn đều, rắn và di động dễ, chính là đầu thai nhi;

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

B. **Đo chiều cao tử cung - vòng bụng**

a. Đo chiều cao TC:

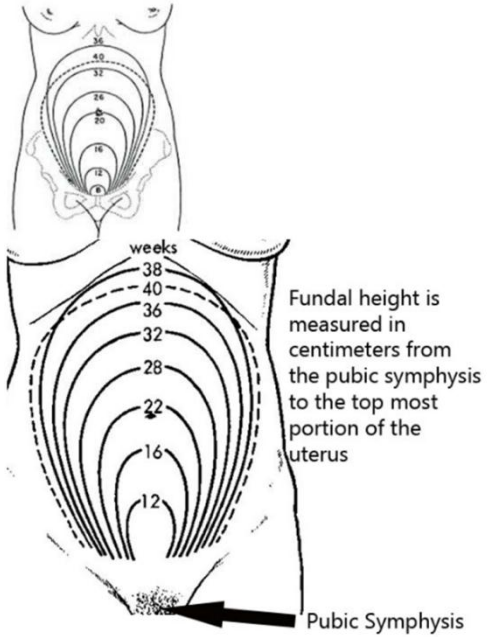
+ thai phụ nằm ngửa, thầy thuốc một tay giữ đầu thước dây và đặt ở bờ trên khớp vệ.
+ Tay kia xác định đáy TC và đặt bàn tay thẳng góc với thành bụng, kẹp thước dây giữa ngón trỏ và ngón giữa sao cho thước dây thẳng căng.
+ Nhìn vào mức của thước dây để xác định chiều cao TC.
+ Trong trường hợp TC lệch trục, đẩy TC nhẹ nhàng về trung gian rồi đo hoặc có thể đo chiều cao TC theo hướng của TC.

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

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

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

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



15.2.3. Kỹ thuật đỡ đẻ thường ngôi chỏm

1. Định nghĩa

Đỡ đẻ thường ngôi chỏm kiểu chẩm vệ là thủ thuật tác động vào thì sổ thai để giúp cuộc đẻ được an toàn theo đường âm đạo, không cần can thiệp (trừ trường hợp cắt TSM).

2. Chuẩn bị

2.1. Dụng cụ

- Bộ dụng cụ đỡ đẻ: 2 kìm Kocher, 1 kéo cắt cuống rốn;
- Bộ dụng cụ cắt, khâu TSM;
- Khăn, bông, băng, gạc hấp, chỉ khâu, kim khâu;
- Dụng cụ để hút nhớt và hồi sức sơ sinh (máy hút, ống nhựa); Thông tiểu.

2.2. Sản phụ

- Được động viên, hướng dẫn cách thở, cách rặn đẻ và thư giãn ngoài cơn rặn;
- Nếu có cầu bàng quang mà không tự đái được thì tiến hành thông tiểu;
- Rửa vùng sinh dục ngoài bằng nước chín;
- Sát khuẩn rộng vùng sinh dục ngoài, trải khăn vô khuẩn.

2.3. Tư thế sản phụ

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

3. Các bước tiến hành

3.1. Nguyên tắc

- Người đỡ đẻ phải tôn trọng nguyên tắc vô khuẩn trong khi đỡ đẻ, phải kiên nhẫn chờ đợi, hướng dẫn sản phụ rặn khi CTC mở hết và có cơn co TC, không được nong CTC và âm đạo, không được đẩy bụng sản phụ.
- Ở thì lọt, xuống và xoay không can thiệp, chỉ theo dõi cơn co TC, tim thai, độ xóa mở CTC, độ lọt, khi CTC mở hết đầu lọt thấp mới cho sản phụ rặn.
- Thời gian rặn tối đa ở người con so là 60 phút, ở người con dạ là 30 phút. Nếu quá thời gian này cần can thiệp để lấy thai ra bằng Forceps hoặc bằng giác hút.
- Trong thời gian sản phụ rặn đẻ vẫn phải theo dõi tim thai thường xuyên, sau mỗi cơn rặn.

3.2. Kỹ thuật đỡ đẻ ngôi chỏm kiểu chẩm vệ

3.2.1. Thời điểm đỡ đẻ

- Cổ tử cung mở hết;
- Ối đã vỡ (chưa vỡ thì bấm ối);
- Ngôi thai đã lọt và thập thò ở âm môn làm TSM căng giãn, hậu môn loe rộng;
- Hướng dẫn cho sản phụ chỉ rặn khi có cảm giác mót rặn cùng với sự xuất hiện của cơn co TC.
- Những lưu ý khi tiến hành đỡ đẻ:
  + Thao tác nhẹ nhàng, đỡ thai, không kéo thai; Giúp cho thai sổ từ từ;
  + Kiên nhẫn động viên sản phụ, không thúc ép, giục giã, sốt ruột.

3.2.2. Kỹ thuật đỡ đẻ: Đỡ đẻ khi thai phụ mót rặn, hậu môn nở, tầng sinh môn giãn, âm môn giãn, đầu thập thò.

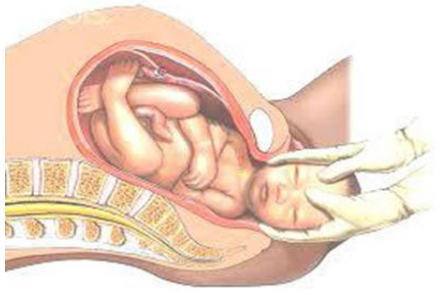
A. Đỡ chẩm:

- Khi thấy thóp sau thì bàn tay phải giữ tầng sinh môn (để trán không sổ cùng với chẩm), bàn tay trái dùng các đầu ngón giúp cho đầu cúi.
- Nếu có chỉ định thì cắt tầng sinh môn
- Khi gáy tới bờ dưới xương mu là chẩm đã sổ hết

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

B. Đỡ trán và mặt:

- Bàn tay phải đang giữ tầng sinh môn ấn mạnh hơn để trán sổ từ từ cho tầng sinh môn có thời gian giãn, tránh rách.
- Bàn tay trái, dùng ngón tay và sau đó là cả lòng bàn tay hướng đầu ngửa lên để trán sổ rồi các phần còn lại của mặt sổ. (sổ cằm dễ làm rách tầng sinh môn)
- Với con so (con đầu lòng) nên làm thêm động tác nghiêng cho một bướu đỉnh sổ trước để giảm đường kính ngang của đầu.
- Khi đầu lọt ra, nó sẽ ở tư thế sấp, sau đó tự quay về bên phải (trong trường hợp ngôi chẩm chậu trái trước), ta có xoay giúp trẻ bằng cách dùng 2 bàn tay áp bào hai vùng đỉnh gò má.



C. Đỡ vai

- 2 bàn tay đang áp vào má trẻ, kéo nhẹ đầu xuống, hướng dẫn sản phụ rặn nhẹ cho vai trước sổ trước
- Bàn tay phải chuyển sang vùng cổ (giữa ngón 1.2) , nâng đầu lên cho vai sau sổ, đồng thời tay trái giữ tầng sinh môn do sổ vai sau dễ làm rách.

D. Đỡ mông và chân

- Tay trái chuyển sang đỡ lưng và đỡ mông,chân.
- Giữ 2 chân giữa ngón 1.2.3 của bàn tay đỡ chân.
- Với 5 ngón của 2 bàn tay, thai nhi được giữ ở tư thế ngửa và chắc chắn, không sợ bi tuột, không sợ bóp chặt vào cổ trẻ.

E. Cắt rốn và làm rốn, lau khô, mặc áo, tã cho trẻ:

- Cắt rốn: dùng 1 kẹp rốn (có mấu để tránh tuột) kẹp ở phía con trước. Vuốt 1 đoạn 1.5 cm về phía mẹ rồi kẹp tiếp. Cắt rốn giữa 2 kẹp (nhờ vuốt nên không có máu toé ra).
- Làm rốn:
  + buộc 1 sợi chỉ vô khuẩn cách gốc rốn 2cm (hoặc dùng kẹp rốn cách gốc rốn 2cm), buộc nút thứ 2 ngoài nút 1 khoảng 1cm.
  + cắt rốn ngoài nút 2 khoảng 1cm (kéo cắt rốn phải được tiệt khuẩn).
  + sát khuẩn mỏm cắt bằng cồn iod 3%, tránh chạm tay vào mỏm cắt. Bọc mỏm cắt bằng gạc vô khuẩn.
  + băng rốn lại.

F. Cân, đo trẻ:

- Cân nặng tính theo gram (độ chính xác tới 10gram). Từ 2490g trở xuống là non tháng hay suy dinh dưỡng trong bào thai.
- Chiều dài nằm tính bằng cm, dưới 45 cm là trẻ non tháng.
- Phát hiện xem trẻ có dị tật bẩm sinh không
- Ủ ấm ngay nếu là mùa lạnh.

4. Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ: (bài sau)

5. Thông báo. thông báo kết quả cuộc đẻ cho sản phụ (cân nặng, giới tính của trẻ), chào, cảm ơn sản phụ, ghi chép hồ sơ bệnh án.

(!) đỡ đẻ khi: cổ tử cung mở hết - đầu lọt - hạ chẩm tỳ dưới khớp mu (khớp vệ) - hút nhớt để tránh trẻ hít phải nước ối, hoặc chỉ cần lau.

6. Theo dõi và xử trí tai biến (tóm tắt)

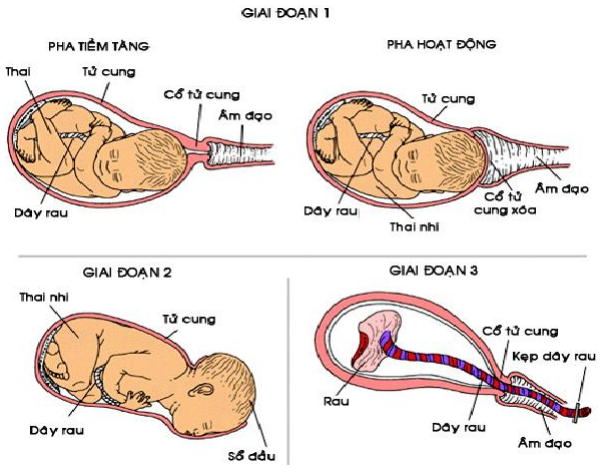
6.1. Theo dõi

- Sau mỗi cơn rặn, người đỡ phụ lại nghe nhịp tim thai, báo lại cho người đỡ chính, nhằm phát hiện suy thai để có thái độ xử lý thích hợp.
- Luôn quan sát bụng sản phụ phát hiện kịp thời dấu hiệu dọa vỡ tử cung.

6.2. Cách xử trí một số tai biến sau đẻ

- Nếu bị băng huyết do đờ TC phải tập trung cấp cứu bằng các biện pháp làm ngừng chảy máu và bồi phụ lượng máu đã mất.
- Nếu trẻ bị ngạt: phải hồi sức sơ sinh tích cực.

15.2.4. Xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ.



1. Chỉ định:

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

2. Cách thức tiến hành

2.1. Tư vấn

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

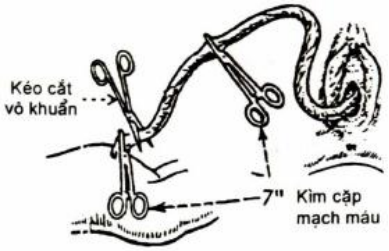
2.2. Thuốc và dụng cụ

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

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

2.3. Quy trình thực hiện

- Bước 1: nắn TC ngay sau khi thai sổ ra ngoài để chắc chắn trong TC không còn thai nào nữa.
- Bước 2: tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin vào 1/3 dưới mặt trước ngoài đùi cho sản phụ.
- Bước 3: cặp dây rốn ở gần sát âm hộ người mẹ để khi kéo dây rốn dễ dàng hơn.



- Bước 4: kéo dây rốn có kiểm soát.
  + Kiểm tra sự co bóp TC: một tay giữ căng dây rốn chờ đợi TC co lại, tay còn lại đặt trên bụng sản phụ đánh giá TC đã có cơn co.
  + Đỡ rau: một tay người đỡ đẻ đặt trên bụng sản phụ, phía trên xương mu, ấn nhẹ vào mặt trước đoạn dưới TC, đẩy nhẹ lên phía xương ức tránh TC bị kéo xuống dưới khi kéo dây rốn. Tay kia giữ kẹp dây rốn, kéo dây rốn nhẹ nhàng và liên tục dọc theo ống đẻ, kéo như vậy trong vòng 2 - 3 phút, nếu rau không sổ trong giai đoạn này, dừng lại 5 phút rồi kéo lại. Khi bánh rau đã sổ ra đỡ màng rau bằng cách: hạ thấp bánh rau xuống lợi dụng sức nặng của bánh rau kéo màng ra. Cũng có thể dùng hai bàn tay đỡ bánh rau và xoay tròn nhẹ nhiều vòng giúp màng rau bong hết
  + Xoa bóp TC: sau khi rau sổ, xoa bóp ngay đáy TC qua thành bụng đến khi TC co tốt. Hướng dẫn sản phụ xoa bóp nhẹ đáy TC 15 phút/lần trong vòng 2 giờ đầu để đảm bảo chắc chắn TC co tốt.
  + Kiểm tra rau: khi đã chắc chắn TC co tốt và không thấy chảy máu mới tiến hành kiểm tra bánh rau, màng rau, dây rốn như thường lệ.

2.4. Khó khăn và cách xử trí

- Kéo dây rốn nhưng bánh rau không bong và không xuống dần trong TC, không được kéo giật, kéo mạnh, cần chờ đợi một lát rồi tiếp tục kéo.
- Trường hợp dây rốn bị đứt trong khi kéo: thực hiện bóc rau nhân tạo...

15.2.5. Cắt & khâu tầng sinh môn

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

1. Chỉ định cắt tầng sinh môn

1.1. Chỉ định về phía mẹ

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

1.2. Chỉ định do thai

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

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

2. Chuẩn bị

2.1. Phương tiện

– Bộ cắt, khâu TSM: một kéo thẳng đầu tù, phẫu tích, kìm mang kim, bông, cồn, panh sát trùng.
– Thuốc gây tê, phương tiện sát khuẩn.

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

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

3. Kỹ thuật cắt tầng sinh môn

- Thời điểm cắt: cắt khi âm hộ, TSM đã phồng căng giãn tối đa, cắt trong cơn co TC sản phụ đang rặn, như vậy sẽ đỡ đau và xác định được độ dài của đường cắt.
- Trừ đau bằng gây tê tại chỗ: novocain 1 - 2% từ 5 - 10ml.
- Vị trí cắt: thông thường vị trí cắt là ở vị trí 5 giờ hoặc 7 giờ. Cắt chếch xuống dưới và ra ngoài theo một góc 450 so với đường trục âm hộ. Độ dài vết cắt từ 3 - 5cm tuỳ theo mức độ cần thiết. Cắt ở bên phải hay bên trái tuỳ theo tay thuận của thủ thuật viên. Thường cắt một bên là đủ, không nên cắt rộng quá vì có thể sẽ vào cơ nâng hậu môn, nếu cần cắt rộng như trong kiểu sổ chẩm - cùng thì có thể phải cắt cả hai bên TSM.
- Cắt như thế nào?: cắt bằng kéo thẳng, sắc, một đầu tù. Người cắt dùng ngón tay trỏ và giữa cho vào âm đạo nâng vùng định cắt lên để luồn kéo vào cho căng và đồng thời để bảo vệ ngôi thai, tay kia cắt một nhát dứt khoát và gọn trong cơn rặn.
- Sau khi cắt TSM tiến hành đỡ đẻ (Xem bài Đỡ đẻ thường)

4. Kỹ thuật khâu và chăm sóc sau đẻ

4.1. Kỹ thuật khâu tầng sinh môn: Thường khâu sau khi rau đã sổ.

4.1.1. Chuẩn bị

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

4.1.2. Cách khâu

- Đặt một bấc to vào âm đạo trên chỗ cắt để cho máu rỉ từ TC ra không làm cản trở đến thủ thuật. Người phụ dùng van mở rộng âm đạo bộc lộ rõ vùng khâu. Vết cắt gồm 3 lớp tổ chức là: thành âm đạo, cơ TSM và da. Vì vậy khâu TSM gồm 3 thì:
- Thì khâu âm đạo: khâu từ trong ra ngoài, khâu mũi rời bằng chỉ catgut số 0 hay số 1. Mũi khâu lấy tất cả bề dày của thành âm đạo đến tận đáy vết thương, nếu vết thương sâu có thể khâu 2 lớp. Hai mép vết khâu phải khớp nhau và khi khâu đến âm hộ phải lấy gốc màng trinh làm điểm chuẩn phân biệt giữa âm đạo và âm hộ;
- Thì khâu cơ: khâu cơ bằng những mũi chỉ catgut rời số 0 hay số 1, cẩn thận tránh để lại những khoảng trống giữa cơ và da, vì vậy nên khâu gần tới da;
- Thì khâu da: khâu mũi rời bằng chỉ line hoặc bằng catgut chậm tiêu luồn trong da (Vicryl 2.0).

- Sau khi khâu xong, rút bấc chèn trong âm đạo, sát trùng âm hộ, TSM lau khô và đóng khố sạch.
- Một số chú ý khâu TSM:
  + Đúng bình diện giải phẫu;
  + Không để đường hầm;
  + Buộc chỉ vừa đủ khoảng cách và độ chặt.

4.2 . Chăm sóc tầng sinh môn

- Việc chăm sóc TSM sau đẻ phải hết sức chu đáo. Nên giữ cho vết khâu luôn được sạch và khô giúp TSM liền tốt. Phải đóng khố sạch, thay khố 3 - 4 lần trong ngày bằng nước chín, lau sạch và thấm khô vùng âm hộ TSM nhất là sau mỗi lần đại tiểu tiện.
- Tại vết khâu không nên dùng các loại thuốc nước hay thuốc mỡ. Kiểm tra vết khâu hàng ngày nếu khô liền tốt thì cắt chỉ vào ngày thứ 5 (trong trường hợp khâu chỉ line).

5. Tai biến và cách xử trí tai biến

- Chảy máu do có khoảng trống giữa các lớp khâu: khâu lại cho các lớp liền và ép vào nhau.
- Nhiễm khuẩn: cắt chỉ TSM cách quãng, rửa sạch, k.sinh tại chỗ và toàn thân.
- Nếu không liền do nhiễm khuẩn cần phải rửa sạch vết thương dùng kháng sinh tại chỗ hoặc toàn thân. Chỉ khâu lại khi vết thương đã hết tình trạng nhiễm khuẩn và lên tổ chức hạt.

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

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do- Hạnh Phúc

DANH MỤC HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH CHUYÊN NGÀNH PHỤ SẢN

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24 tháng 4 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

STT	HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
Chương I: Sản khoa	
1	Phẫu thuật lấy thai
2	Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ
3	Cắt khâu tầng sinh môn
4	Khâu phục hồi rách âm đạo
5	Khâu rách cổ tử cung
6	Forceps
7	Giác hút sản khoa
8	Đỡ đẻ ngôi mông
9	Nội xoay thai
10	Đỡ đẻ sinh đôi
11	Bóc rau nhân tạo
12	Kiểm soát tử cung
13	Chọc sọ, kẹp đinh sọ
14	Nạo sẩy thai
15	Khâu vòng cổ tử cung
16	Gây chuyển dạ bằng thuốc
17	Phẫu thuật thắt động mạch tử cung
18	Phẫu thuật thắt động mạch hạ vị
19	Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn do chảy máu thứ phát sau phẫu thuật sản khoa
20	Phẫu thuật cắt tử cung bán phần và thắt động mạch hạ vị do chảy máu thứ phát trong phẫu thuật sản khoa
Chương II: Phụ khoa	
21	Bóc nhân xơ vú
22	Chích áp xe vú
23	Phẫu thuật cắt một phần tuyến vú
24	Phẫu thuật cắt bỏ vú (Patey) + vét hạch nách
25	Phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn và vét hạch chậu hai bên
26	Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn + phần phụ và vét hạch chậu hai bên
27	Phẫu thuật Wertheim
28	Phẫu thuật ung thư buồng trứng + cắt tử cung hoàn toàn + hai phần phụ + mạc nối lớn
29	Phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn
30	Phẫu thuật mở bụng cắt tử cung hoàn toàn và hai phần phụ
31	Phẫu thuật cắt tử cung đường âm đạo
32	Phẫu thuật nội soi cắt tử cung bán phần
33	Phẫu thuật mở bụng cắt tử cung bán phần
34	Phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung
35	Phẫu thuật mở bụng bóc u xơ tử cung
36	Soi buồng tử cung chẩn đoán
37	Phẫu thuật soi buồng tử cung cắt nhân xơ tử cung dưới niêm mạc
38	Phẫu thuật soi buồng tử cung cắt polyp buồng tử cung
39	Phẫu thuật soi buồng tử cung tách dính buồng tử cung
40	Phẫu thuật soi buồng tử cung cắt vách ngăn tử cung
41	Soi buồng tử cung lấy dị vật
42	Cắt cụt cổ tử cung
43	Khoét chóp cổ tử cung
44	Cắt cổ tử cung bằng vòng nhiệt điện (LEEP)
45	Phẫu thuật cắt polyp cổ tử cung
46	Phẫu thuật nội soi cắt u buồng trứng hoặc cắt phần phụ
47	Phẫu thuật mở bụng cắt u buồng trứng hoặc cắt phần phụ
48	Phẫu thuật chửa ngoài tử cung vỡ
49	Phẫu thuật nội soi điều trị chửa ngoài tử cung
50	Phẫu thuật nội soi điều trị tắc vòi tử cung
51	Phẫu thuật nội soi tạo hình vòi tử cung, nối lại vòi tử cung
52	Vi phẫu thuật tạo hình vòi tử cung, nối lại vòi tử cung

53	Phẫu thuật nội soi xử trí viêm phúc mạc tiểu khung, viêm phần phụ, ứ mủ vòi tử cung
54	Phẫu thuật mở bụng xử trí viêm phúc mạc tiểu khung, viêm phần phụ, ứ mủ vòi tử cung
55	Phẫu thuật Crossen
56	Phẫu thuật Manchester
57	Phẫu thuật tạo hình tử cung Strassman
58	Phẫu thuật tạo hình âm đạo (nội soi kết hợp đường dưới)
59	Phẫu thuật cắt vách ngăn âm đạo- mở thông âm đạo
60	Trích rạch màng trinh do ứ máu kinh
61	Đóng rò trực tràng - âm đạo
62	Phẫu thuật làm lại tầng sinh môn và cơ vòng do rách phức tạp
63	Phẫu thuật bóc khối lạc nội mạc tử cung ở tầng sinh môn, thành bụng
64	Phẫu thuật bóc nhân ung thư nguyên bào nuôi di căn âm đạo
65	Bóc nang tuyến Bartholin
66	Hút thai trứng
67	Hút buồng tử cung do rong kinh rong huyết
68	Nong buồng tử cung đặt dụng cụ chống dính
69	Nạo sinh thiết từng phần
70	Phẫu thuật cắt âm hộ + vét hạch bẹn
Chương III: Sơ sinh	
71	Tắm sơ sinh
72	Chăm sóc rốn sơ sinh
73	Đặt ống thông tĩnh mạch rốn sơ sinh
74	Thở áp lực dương liên tục (CPAP)
75	Đặt nội khí quản - thở máy
76	Chọc dò tủy sống sơ sinh
77	Điều trị vàng da ở trẻ sơ sinh bằng phương pháp chiếu đèn
78	Thay máu sơ sinh
79	Hồi sức sơ sinh ngạt
Chương IV: Hỗ trợ sinh sản	
80	Lọc rửa tinh trùng
81	Bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI)
82	Chọc hút noãn
83	Chuyển phôi
84	Chuyển phôi đông lạnh (FET)
85	Tiêm tinh trùng vào bào tương noãn (ICSI)
86	Giảm thiểu phôi
87	Trữ lạnh tinh trùng
88	Rã đông tinh trùng
89	Trữ lạnh mô tinh hoàn
90	Rã đông mô tinh hoàn
91	Trữ lạnh noãn
92	Rã đông noãn
93	Trữ lạnh phôi
94	Rã đông phôi
95	Chọc hút tinh trùng từ mào tinh
Chương IV: Kế hoạch hóa gia đình	
96	Phá thai nội khoa đến hết 9 tuần vô kinh
97	Phá thai nội khoa cho thai 13-22 tuần
98	Hút thai đến 12 tuần
99	Phá thai từ 13 đến 18 tuần bằng phương pháp nong và gắp thai
100	Đặt và tháo dụng cụ tử cung
101	Cấy, rút mảnh ghép tránh thai
102	Triệt sản nữ qua đường rạch nhỏ
103	Phẫu thuật nội soi triệt sản nữ
104	Phẫu thuật nội soi lấy dụng cụ tử cung trong ổ bụng

Tổng số : 104 Quy trình kỹ thuật.

Tài liệu tham khảo

Tiếng Việt

1. Nguyễn Đức Hinh (2014), Bài giảng kỹ năng y khoa, Nhà xuất bản Y học
2. Cao Văn Thịnh (2005), Tài liệu huấn luyện kỹ năng y khoa tiền lâm sàng, tập 1, 2; ĐH PNT
3. Nguyễn Văn Sơn (2013), Bảng kiểm dạy/học kỹ năng lâm sàng; Nhà xuất bản Y học
4. Đặng Hanh Đệ (2007), Phẫu thuật thực hành,Mã số: Đ.01.Y.12 Nhà xuất bản Y học
5. Sổ tay thăm khám ngoại khoa lâm sàng, BV ND Gia Định
6. Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

Tiếng Anh

5. Chris Hatton Roger Blackwood (2011), Clinical Skills, Nhà xuất bản Blackwell
6. Lynn S. Bickley;(2013), Bate's Guide to Physical Examination; 11th Edition, NXB Lippicot
7. Wienner, Fauci; Harrison’s internal medicine – self-assessment & board review, 17th Edition
8. Richard F. LeBlond;(2009), DeGowin's Diagnostic Examination, 9th Edition
9. Anne Griffin Perry, Patricia A. Potter and Wendy Ostendorf; 2014. Clinical Nursing Skill & Techniques, 8th Edition; Mosby.

* Một số website

1. http://www.nguyenphuchoc1915.com/med-3-410.html
2. https://geekymedics.com/gynaecology-history-taking/
3. http://www.osceskills.com/e-learning/modules/obstetrics-and-gynaecology/
4. http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/bimanual-vaginal-examination/
5. http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/pregnant-abdomen-examination/
6. http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/breast-examination/
7. https://batesvisualguide.com/multimedia.aspx?categoryId=21787#21779
8. https://batesvisualguide.com/multimedia.aspx?categoryId=21787#21781
9. https://batesvisualguide.com/multimedia.aspx?categoryId=21787#21782
10. http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/taking-a-smear/
11. http://www.nguyenphuchoc1915.com/nur-313/bai-giang-nur-313

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

15.1. Chọn đúng/sai - Thời gian tốt nhất để khám vú là khoảng ngày 10 của vòng kinh, thuộc giai đoạn nửa chu kỳ đầu?.

A. Đúng
B. Sai

15.2. Chọn câu sai – Tự quan sát, trong phương pháp bệnh nhân tự khám vú (breast self - examination = B.S.E) nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

A. Đứng ngay ngắn trước gương, cởi trần tới ngang thắt lưng để quan sát kỹ và tỉ mỉ từng vú riêng biệt
B. Giơ hai tay lên cao quá đầu và quay nghiêng, rồi từ từ hạ tay từng bên một xuống để quan sát các đường viền của vú
C. Chống hai tay vào mạng sườn và vươn hai vai ra phía trước để quan sát và phát hiện những chỗ da bị lúm xuống hoặc nhăn lại.
D. Đứng ngay ngắn trước gương. Dùng bàn tay trái để khám vú phải và ngược lại.

15.3. Chọn câu sai – nguyên tắc chuẩn bị bệnh nhân trong khám phụ khoa nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

A. Phải được đi tiểu trước, nếu táo bón thì phải thụt tháo
B. Nằn ở tư thế phụ khoa
C. Cần tôn trọng quy tắc khám ba người: thầy thuốc, BN và một y tá hoặc hộ lý
D. nếu không tự đi tiểu được thì phải thông tiểu trước khi khám

15.4. Chọn câu sai – trong khai thác tiền sử sản khoa (PARA), được ghi theo 4 số nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

A. Số thứ nhất là số lần đẻ đủ tháng
B. Số thứ hai là số lần đẻ non.
C. Số thứ ba là số lần sảy thai hoặc phá thai
D. Số thứ tư là số con không còn sống

15.5. Chọn câu sai – Dự tính ngày sinh, gồm cách cách chính nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

A. Tính theo kỳ kinh cuối: đúng 40 tuần kể từ ngày đầu của kỳ kinh cuối
B. Nếu không nhớ ngày đầu của kỳ kinh cuối thì có thể dựa trên kết quả siêu âm (tốt nhất là trong 3 tháng cuối của thai kỳ) để xác định tuổi thai
C. Theo dương lịch, lấy ngày đầu của kỳ kinh cuối cộng 7, tháng cuối cộng 9 (hoặc trừ 3 nếu tổng số lớn hơn 12)
D. Sử dụng bảng quay để tính ngày dự kiến đẻ.

15.6. Chọn đúng sai - nằm ở tư thế phụ khoa là đầu gối cao 30 độ, mông sát mép bàn, 2 chân gác lên giá đỡ,2 tay xuôi dọc theo người, bộc lộ toàn bộ vùng bụng đến mũi ức, tầng sinh môn, âm hộ?.

A. Đúng
B. Sai

15.7. Chọn câu sai – Sờ nắn bụng bằng 4 thủ thuật sản khoa (thủ thuật Leopold) nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

A. Thăm khám thực hiện kể cả khi không có cơn co tử cung
B. Sờ nắn cực dưới
C. Sờ nắn cực trên
D. Sờ nắn hai thành trái, phải tử cung.

15.8. Chọn câu sai – Đo cơn co tử cung bằng tay nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

A. Bàn tay mở, các ngón áp sát, đặt lên đáy- sừng phải tử cung (nơi xuất phát cơn co).
B. Khi cơ tử cung bắt đầu tăng trương lực là thời điểm bắt đầu của cơn co.
C. Tính thời gian kéo dài của cơn co tử cung, khoảng cách giữa 2 cơn co (đo bằng giây).
D. Phải đo được ít nhất 2 cơn co, từ đó tính ra tần số cơn co tử cung trong 30 phút

15.9. Chọn đúng/sai – Xoá là quá trình cổ tử cung thu ngắn lại, lỗ ngoài và trong của cổ tử cung càng ngàng càng gần nhau và chập làm một. Bình thường chiều dài của ống cổ tử cung là 25 - 30mm. Độ xoá = % chiều dài giảm đi so với ban đầu.

A. Đúng
B. Sai

15.10. Chọn đúng/sai Mở là quá trình cổ tử cung mở rộng về kích thước, mở hết khi đạt 10cm (bình thường 1-10cm).?

A. Đúng
B. Sai

15.11. Chọn câu sai – Nhận định thai nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

A. 22-37 tuần → đẻ non
B. 37 - 42 tuần → bình thường
C. trên 40 tuần → già tháng
D. trên 42 tuần → già tháng.

15.12. Chọn câu sai – Nhận định kết quả khi nghe tim thai có các nội dung nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

A. Tần số tim thai/phút
B. Cường độ tim thai
C. Biên độ nhịp tim thai.
D. Vị trí ổ tim thai

15.13. Chọn câu sai – Nắn cực dưới để xác định ngôi đầu hay ngôi mông sẽ thấy mô tả nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

A. Nếu là đầu giữa hai bàn tay sẽ thấy một khối tròn rắn.
B. Nếu là ngôi mông, sờ sẽ thấy một khối tròn đều
C. Nếu là mông sẽ thấy một khối mềm và thường ít di động hơn
D. Ngôi ngang thì không nắn thấy khối nào trên khớp vệ .

15.14. Chọn câu sai – Nguyên tắc trong đỡ đẻ thường ngôi chỏm kiểu chẩm vệ nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

A. Thời gian rặn tối đa ở người con so là 30 phút, ở người con dạ là 60 phút. Nếu quá thời gian này cần can thiệp để lấy thai ra bằng Forceps hoặc bằng giác hút.
B. Người đỡ hướng dẫn sản phụ rặn khi CTC mở hết và có cơn co TC, không được nong CTC và âm đạo, không được đẩy bụng sản phụ.
C. Ở thì lọt, xuống và xoay không can thiệp, chỉ theo dõi cơn co TC, tim thai, độ xóa mở CTC, độ lọt, khi CTC mở hết đầu lọt thấp mới cho sản phụ rặn
D. Trong thời gian sản phụ rặn đẻ vẫn phải theo dõi tim thai thường xuyên, sau mỗi cơn rặn.

15.15. Chọn câu sai – trong kỹ thuật đỡ đẻ ngôi chỏm kiểu chẩm vệ - thời điểm tiến hành thao tác đỡ đẻ nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

A. Cổ tử cung mở hết
B. Ối đã vỡ (chưa vỡ thì bấm ối);
C. Ngôi thai đã lọt và thập thò ở âm môn làm TSM căng giãn, hậu môn loe rộng;
D. Hướng dẫn cho sản phụ rặn khi có sự xuất hiện của cơn co TC.

15.16. Chọn đúng/sai – Đỡ đẻ khi thai phụ mót rặn, hậu môn nở, tầng sinh môn giãn, âm môn giãn, đầu thập thò?

A. Đúng
B. Sai

15.17. Chọn câu sai – tiến hành đỡ chẩm trong kỹ thuật đỡ đẻ ngôi chỏm kiểu chẩm vệ nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

A. Khi thấy thóp sau thì bàn tay phải giữ tầng sinh môn bàn tay trái dùng các đầu ngón giúp cho đầu cúi.
B. Nếu có chỉ định thì cắt tầng sinh môn
C. Khi gáy tới bờ dưới xương mu là chẩm đã sổ hết
D. Dùng các đầu ngón tay phải giữ tầng sinh môn và dùng bàn tay trái giúp cho đầu cúi.

15.18. Chọn câu sai – tiến hành đỡ trán và mặt trong kỹ thuật đỡ đẻ ngôi chỏm kiểu chẩm vệ nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

A. Bàn tay phải đang giữ tầng sinh môn ấn mạnh hơn để trán sổ từ từ cho tầng sinh môn có thời gian giãn, tránh rách.
B. Khi đầu lọt ra, nó sẽ ở tư thế sấp, sau đó tự quay về bên phải, ta không được xoay giúp trẻ bằng cách dùng 2 bàn tay áp bào hai vùng đỉnh gò má.
C. Bàn tay trái, dùng ngón tay và sau đó là cả lòng bàn tay hướng đầu ngửa lên để trán sổ rồi các phần còn lại của mặt sổ..
D. Với con so (con đầu lòng) nên làm thêm động tác nghiêng cho một bướu đỉnh sổ trước để giảm đường kính ngang của đầu.

15.19. Chọn câu sai – khi thực hiện động đỡ vai trong kỹ thuật đỡ đẻ ngôi chỏm kiểu chẩm vệ nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

A. 2 bàn tay đang áp vào má trẻ, kéo nhẹ đầu lên
B. hướng dẫn sản phụ rặn nhẹ cho vai trước sổ trước
C. bàn tay phải chuyển sang vùng cổ (giữa ngón 1.2) , nâng đầu lên cho vai sau sổ,
D. đồng thời tay trái giữ tầng sinh môn do sổ vai sau dễ làm rách.

15.20. Chọn câu sai – khi thực hiện động tác đỡ mông-chân trong kỹ thuật đỡ đẻ ngôi chỏm kiểu chẩm vệ nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

A. Tay trái chuyển sang đỡ lưng và đỡ mông,chân
B. Giữ 2 chân giữa ngón 1.2.3 của bàn tay đỡ chân
C. Với 5 ngón của 2 bàn tay, thai nhi được giữ ở tư thế ngửa và chắc chắn
D. Cắt rốn và làm rốn, lau khô, mặc áo, tã cho trẻ.

15.21. Trong các động tác làm rốn – động tác nào nêu trong câu này có nội dung không đúng?:

A. buộc 1 sợi chỉ vô khuẩn cách gốc rốn 1cm (hoặc dùng kẹp rốn cách gốc rốn 1cm), buộc nút thứ 2 ngoài nút 1 khoảng 1cm.
B. cắt rốn ngoài nút 2 khoảng 1cm (kéo cắt rốn phải được tiệt khuẩn).
C. sát khuẩn mỏm cắt bằng cồn iod 3%, tránh chạm tay vào mỏm cắt. Bọc mỏm cắt bằng gạc vô khuẩn.
D. băng rốn lại

15.22. Chọn đúng/sai – trong cân đo trẻ sau sinh - cân nặng tính theo gram (độ chính xác tới 10gram). Từ 2490g trở xuống là non tháng hay suy dinh dưỡng trong bào thai & chiều dài nằm tính bằng cm, dưới 50 cm là trẻ non tháng.

A. Đúng
B. Sai

15.23. Chọn đúng/sai – theo dõi trong khi đẻ chú ý sau mỗi cơn rặn, người đỡ phụ lại nghe nhịp tim thai, báo lại cho người đỡ chính, nhằm phát hiện suy thai để có thái độ xử lý thích hợp và luôn quan sát bụng sản phụ phát hiện kịp thời dấu hiệu dọa vỡ tử cung

A. Đúng
B. Sai

15.24. Chọn đúng/sai – Thời điểm cắt tầng sinh môn: cắt khi âm hộ, TSM đã phồng căng giãn tối đa, cắt trong cơn co TC sản phụ đang rặn, như vậy sẽ đỡ đau và xác định được độ dài của đường cắt.

A. Đúng
B. Sai

15.25. Chọn câu sai – Quy trình xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

A. Bước 1: nắn kiểm tử cung ngay sau khi thai sổ ra ngoài
B. Bước 2: tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin vào 1/3 mặt trước ngoài đùi cho sản phụ.
C. Bước 3: cặp dây rốn ở gần sát âm hộ người mẹ
D. Bước 4: kéo dây rốn có kiểm soát