

SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN LÊ VĂN VIỆT



QUY TRÌNH KỸ THUẬT
KHOA SẢN

NĂM 2024

MỤC LỤC

1.	MỤC LỤC	2
2.	PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN ĐẦU	4
3.	XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN III CUỘC CHUYỂN DẠ	9
4.	CẮT KHÂU TÀNG SINH MÔN.....	12
5.	ĐỖ ĐỂ THƯỜNG NGÔI CHỜM.....	15
6.	NẠO SỐT NHAU, SỐT THAI SAU SẦY, SAU ĐẺ.....	20
7.	PHẪU THUẬT LẤY THAI TRÊN NGƯỜI BỆNH CÓ SỢ MỒ CŨ PHỨC TẠP	24
8.	PHẪU THUẬT THAI NGOÀI TỬ CUNG VỖ	28
9.	PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ THAI NGOÀI TỬ CUNG.....	32
10.	HÚT BUỒNG TỬ CUNG.....	36
11.	QUY TRÌNH PHÁ THAI BẰNG THUỐC UỐNG 9 TUẦN VÔ KINH.....	40

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

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

STT	HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
1	Phẫu thuật lấy thai lần đầu
2	Xử trí tích cực giai đoạn III cuộc chuyển dạ
3	Cắt khâu tầng sinh môn
4	Đỡ đẻ thường ngôi chỏm
5	Nạo sót nhau, sót thai sau sảy, sau đẻ
6	Phẫu thuật lấy thai trên người có sẹo mổ cũ phức tạp
7	Phẫu thuật thai ngoài tử cung vỡ
8	Phẫu thuật nội soi điều trị thai ngoài tử cung
9	Hút buồng tử cung
10	Quy trình phá thai bằng thuốc uống 9 tuần vô kinh

PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN ĐẦU

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai và nhau thai ra khỏi tử cung qua đường rạch thành bụng và rạch tử cung.

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Chỉ định mổ lấy thai chủ động

2.1.1. Khung chậu bất thường

Nếu không phải là ngôi chỏm thì đều phải mổ lấy thai. Nếu là ngôi chỏm: Mổ lấy thai nếu khung chậu hẹp tuyệt đối, khung chậu méo.

Làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm để thử thách cho sinh đường dưới nếu khung chậu giới hạn (thai không to), nếu thất bại thì có chỉ định mổ.

2.1.2. Đường ra của thai bị cản trở

Khối u tiền đạo: thường hay gặp là u xơ ở eo tử cung hay cổ tử cung, u nang buồng trứng, các khối u khác nằm trên đường thai đi ra.

Nhau tiền đạo trung tâm hay nhau tiền đạo gây chảy máu nhiều buộc phải mổ cấp cứu để cầm máu cứu mẹ.

2.1.3. Tử cung có sẹo mổ trong trường hợp sau

Các sẹo mổ ở thân tử cung: sẹo bóc u xơ, sẹo của phẫu thuật tạo hình tử cung, sẹo khâu chỗ vỡ, chỗ thủng tử cung, sẹo của phẫu thuật cắt xén góc tử cung, sừng tử cung.

Sẹo của phẫu thuật mổ ngang đoạn dưới tử cung từ hai lần trở lên hoặc lần mổ lấy thai trước cách chưa được 24 tháng.

2.1.4. Chỉ định mổ vì nguyên nhân của người mẹ

Mẹ bị các bệnh lý toàn thân mạn tính hay cấp tính nếu sinh đường dưới có thể có nguy cơ cho tính mạng người mẹ (bệnh tim nặng, tăng huyết áp, tiền sản giật nặng và sản giật).

Các bất thường ở đường sinh dục dưới của người mẹ như: chít hẹp âm đạo (bẩm sinh hay mắc phải), tiền sử mổ rò, mổ sa sinh dục.

Các dị dạng của tử cung như: tử cung đôi (tử cung không có thai thường trở thành khối u tiền đạo), tử cung hai sừng... đặc biệt là khi kèm theo ngôi thai bất thường.

2.1.5. Nguyên nhân về phía thai

Thai bị suy dinh dưỡng/chậm tăng trưởng trong TC nặng

Thai bị bất đồng nhóm máu với mẹ nếu không lấy thai ra thì có nguy cơ thai bị chết lưu trong tử cung

2.2. Chỉ định mổ lấy thai trong quá trình chuyển dạ:

Các chỉ định này hầu hết đều là những chỉ định tương đối. Cần phải có nhiều chỉ định tương đối để hình thành nên một chỉ định mổ lấy thai.

2.2.2. Chỉ định mổ vì nguyên nhân người mẹ

Con so lớn tuổi là thai phụ con so có tuổi từ 35 trở lên. Có thể kèm theo hay

không lý do vô sinh: tiền sử điều trị vô sinh, con hiếm.

Các bệnh lý của người mẹ vẫn có thể cho phép theo dõi chuyển dạ sẽ được mổ lấy thai nếu xuất hiện thêm một yếu tố sinh khó khác.

2.2.3. Chỉ định mổ vì nguyên nhân của thai

Thai to > 4.000g không phải do thai bất thường.

Các ngôi bất thường: ngôi vai/ngang, ngôi trán, ngôi thóp trước, ngôi mặt cằm sau, ngôi mông.

Đa thai: nếu thai thứ nhất không phải là ngôi đầu.

Chuyển dạ có diễn tiến suy thai khi chưa đủ điều kiện sanh đường dưới.

2.3. Chỉ định mổ vì bất thường trong chuyển dạ

Cơ tử cung bất thường sau khi đã dùng các loại thuốc tăng co hay giảm co để điều chỉnh mà không thành công.

Cổ tử cung không xóa hay mở mặc dù cơn cơ tử cung đồng bộ, phù hợp với độ mở cổ tử cung.

Ồi vỡ non/sớm làm cuộc chuyển dạ ngừng tiến triển, giục sanh thất bại.

Bất tương xứng đầu thai với khung chậu.

Chỉ định mổ lấy thai vì các tai biến trong chuyển dạ

Chảy máu vì nhau tiền đạo, nhau bong non.

Đọa vỡ và vỡ tử cung.

Sa dây rốn khi thai còn sống.

Sa chi sau khi đã thử đẩy lên nhưng không thành công.

3. CHUẨN BỊ

3.1. Người thực hiện

Kíp gây mê hồi sức Kíp phẫu thuật Nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh

3.2. 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

3.3. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật. Thông đại, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.

4. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

a. Thì 1: Mở bụng:

Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ.

Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ.

b. Thì 2: Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung.

c. 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 810cm.

d. 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 nhót miệng trẻ.

Kẹp và cắt dây rốn.

Cho 10 đơn vị oxytocin vào chai dịch truyền đang chảy. 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.

e. 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.

f. Thì 6: Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, đếm đủ gạc:

g. Thì 7: Đóng thành bụng theo từng lớp.

h. Thì 8: Lấy máu và lau âm đạo.

5. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

5.1. 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

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).

5.2. Tai biến

5.2.1. Trong phẫu thuật

Chảy máu

Chấn thương thai nhi

Chấn thương ruột

Rạch vào bàng quang

Thắt vào niệu quản

5.2.2. Sau phẫu thuật

Nhiễm trùng vết mổ, tiêu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết

Chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật mổ lấy thai lần đầu
2. Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành phẫu thuật sản phụ khoa.

BẢNG KIỂM GIÁM SÁT QUY TRÌNH MỔ LẤY THAI LẦN ĐẦU

STT	NỘI DUNG GIÁM SÁT	THỰC HIỆN		GHI CHÚ
		CÓ	KHÔNG	
1	Chẩn đoán trước mổ: Chỉ định mổ lấy thai chủ động Chỉ định mổ lấy thai trong quá trình chuyển dạ			
2	Chuẩn bị trước mổ: Bệnh nhân, cam kết mổ Dụng cụ, Ekip mổ			
3	Thì 1: Mở bụng qua các lớp: da, mỡ, cân, cơ, phúc mạc			
4	Thì 2: Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung.			
5	Thì 3: Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối.			
6	Thì 4: Lấy thai, nhau			
7	Thì 5: Khâu lớp cơ tử cung, phúc mạc			
8	Thì 6: Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, đếm đủ gạc			
9	Thì 7: Đóng thành bụng theo từng lớp			
10	Thì 8: Lấy máu âm đạo.			
	TỔNG KẾT			

XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN III CUỘC CHUYỂN ĐẠ

1. ĐẠI CƯƠNG

Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ là các thao tác chủ động của người đỡ đẻ tác động giai đoạn sau khi sổ thai để giúp nhau bong và sổ ra ngoài nhanh hơn, nhằm phòng ngừa chảy máu sau đẻ.

2. CHỈ ĐỊNH

Cho mọi trường hợp sanh ngã âm đạo, khi thai vừa mới sổ ra ngoài và chắc chắn không còn thai nào trong tử cung.

3. CHUẨN BỊ

3.1. 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.

3.2. 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.

4. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

a. Thì 1: Sử dụng ngay Oxytocin:

Sau khi sổ thai, trẻ khóc tốt đặt trẻ lên bụng người mẹ đã được trải sẵn sàng và hai tay người mẹ ôm lấy trẻ.

Người phụ đỡ đẻ sờ nắn bụng sản phụ để chắc chắn không còn thai trong tử cung. Người phụ đỡ đẻ tiến hành tiêm bắp 10 đơn vị Oxytocin vào mặt trước đùi sản phụ. Chỉ sau khi đã tiêm Oxytocin, người đỡ đẻ tiến hành cặp dây rốn và cắt rốn cho trẻ. Khi cặp dây rốn chú ý cặp sát vào âm hộ sản phụ. Người phụ đỡ đẻ đưa trẻ ra bàn làm rốn và chăm sóc trẻ, nhanh chóng lau khô, lau sạch rốn, quấn tã lót và đưa trẻ cho sản phụ để cho bú sớm nếu thích hợp.

b. 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 mới thực hiện các bước tiếp theo. Một tay cầm panh và dây rốn. Giữ căng dây rốn. Bàn tay còn lại đặt lên bụng sản phụ ngay vùng trên xương vẹo, giữ và ấn tử cung theo hướng ngược lên về phía xương ức trong khi tay cầm panh kẹp dây rốn kéo với lực vừa phải và kéo theo hướng của cơ chế đẻ (lúc đầu kéo xuống, tiếp đến kéo ngang và cuối cùng kéo lên) Động tác này nhằm đề phòng lộn tử cung và đẻ 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

cơ co. Khi kéo, nếu thấy dây rốn dài ra, khó thao tác có thể cuộn dây rốn vào phanh (kẹp dây rốn) cho ngắn lại, nếu cần thiết thì dùng phanh 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.

c. Thì 3. Xoa đáy tử cung:

Ngay lập tức sau khi rau sổ phải xoa tử cung cho đến khi tử cung co chặt. Cứ 15 phút xoa tử cung một lần trong vòng 2 giờ đầu. Bảo đảm tử cung vẫn co tốt sau khi kết thúc xoa tử cung.

5. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Các bước tiếp theo 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 sĩ/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.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Quy trình kỹ thuật xử trí tích cực giai đoạn III cuộc chuyển dạ Bộ y tế 2015
2. Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành sản phụ khoa.

**BẢNG KIỂM GIÁM SÁT QUY TRÌNH XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN III
CUỘC CHUYỂN DẠ**

STT	NỘI DUNG GIÁM SÁT	THỰC HIỆN		GHI CHÚ
		CÓ	KHÔNG	
1	Chỉ định: Cho mọi trường hợp sanh ngã âm đạo, khi thai vừa mới sổ ra ngoài và chắc chắn không còn thai nào trong tử cung.			
2	Chuẩn bị trước thủ thuật: 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. 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.			
3	Thì 1: Sử dụng Oxytocin ngay sau sổ vai			
4	Thì 2: Kéo dây rốn có kiểm soát để gây sổ nhau			
5	Thì 3. Xoa đáy tử cung			
	TỔNG KẾT			

CẮT KHÂU TẦNG SINH MÔN

1. ĐẠI CƯƠNG

Mục đích cắt chủ động tầng sinh môn để thai sổ ra dễ dàng, không làm rách tầng sinh môn và vết khâu liền tốt.

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Cắt tầng sinh môn vì lý do người mẹ:

Tầng sinh môn cứng, dày, hẹp, âm hộ và tầng sinh môn phù nề do chuyển dạ kéo dài, thăm khám nhiều.

Trong các bệnh lý của mẹ cần cho thai phải sổ nhanh để đảm bảo sức khỏe cho người mẹ: như suy tim, tiền sản giật, cao huyết áp.

2.2. * Cắt tầng sinh môn vì lý do thai nhi:

Thai to toàn bộ hoặc đầu to

Các kiểu sổ bất thường như sổ chằm cùng, ngôi mặt, ngôi mông

Thai non tháng, thai có nguy cơ bị ngạt

* Cắt tầng sinh môn khi làm các thủ thuật:

Forceps, giác hút, đỡ đẻ ngôi mông,...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định cắt tầng sinh môn khi không lấy thai được ngã âm đạo.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện:

Nữ hộ sinh, Bác sĩ sản khoa

4.2. Phương tiện, vật tư, thuốc

Bộ cắt khâu tầng sinh môn bao gồm: 1 kéo thẳng đầu tù, 1 kim 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 hoặc polyvidin...

1 bơm tiêm 5ml, 1 ống Lidocain 2%

4.3. Người bệnh:

Kiểm tra toàn trạng, mạch, huyết áp, máu âm đạo. Phải chắc chắn không còn sót rau, tử cung co tốt, không rách âm đạo mới tiến hành khâu tầng sinh môn

5. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

a. Thì 1. Sát trùng vùng âm hộ tầng sinh môn

b. Thì 2. Gây tê vùng tầng sinh môn định cắt bằng Lidocain 2% 2ml.

Nếu người bệnh đã được gây tê ngoài màng cứng để giảm đau rồi thì không cần gây tê tại chỗ nữa.

c. Thì 3. Cắt tầng sinh môn:

Kỹ thuật mà nhiều người áp dụng là cắt chéo hướng 7 giờ hoặc 5 giờ tại vị trí 6 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 tầng sinh môn

Không cắt sâu tới cơ nâng hậu môn

Không cắt ngang vị trí 9 giờ để tránh vào những tổ chức dễ chảy máu như tuyến Bartholin, các tổ chức xốp vùng âm hộ và cũng không cắt theo đường giữa để tránh nút thắt trung tâm vùng sinh môn, cơ thắt hậu môn và trực tràng.

Thường cắt 1 bên là đủ, nếu cần thiết thì cắt cả 2 bên.

d. *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 sinh dục

Nếu đường cắt tầng sinh môn không rách thêm, chúng ta sẽ thực hiện 3 mũi khâu vắt bằng chỉ vicryl rapid:

Mũi khâu vắt thứ nhất bắt đầu từ trên vết cắt trong âm đạo 0,5cm ra tới gốc của màng trinh phía ngoài; khâu hết đến tận đáy kéo hai mép của âm đạo gốc của màng trinh sát vào nhau

Mũi khâu vắt thứ hai: bắt đầu từ đỉnh của vết cắt tầng sinh môn phía ngoài vào tới gốc của màng trinh phía trong. Khâu từ phần dưới da cho đến gốc của màng trinh phía trong

Khâu vắt dưới da hoặc trong da để tạo cho sẹo tầng sinh môn nhỏ và mềm mại (Ở những cơ sở y tế không có chỉ đảm bảo cho khâu vắt chúng ta có thể khâu mũi rời với 3 thì khâu như trên. Lớp ngoài cùng nên khâu mũi rời bằng chỉ không tiêu và sẽ cắt chỉ ngoài da sau 5 ngày)

Nếu vết rách sau ở trong âm đạo và rách sâu ở tầng sinh môn thì chúng ta phải khâu mũi rời; Khâu da nên khâu luôn trong da bằng chỉ vicryl rapid để cho sẹo nhỏ và mềm mại

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. 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

6.2. Xử trí tai biến:

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

Nhiễm khuẩn: Cắt chỉ tầng sinh môn cách quãng, rửa sạch, kháng sinh tại chỗ và toàn thân; Vệ sinh, rửa bằng dung dịch sát trùng, sử dụng kháng sinh điều trị.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Quy trình kỹ thuật cắt khâu tầng sinh môn
2. Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành sản phụ khoa.
3. Thực hành sản phụ khoa bài cắt và khâu tầng sinh môn Ths Trịnh Hữu Phúc.

BẢNG KIỂM GIÁM SÁT QUY TRÌNH CẮT KHÂU TẦNG SINH MÔN

STT	NỘI DUNG GIÁM SÁT	THỰC HIỆN		GHI CHÚ
		CÓ	KHÔNG	
1	Chỉ định: Cắt tầng sinh môn vì lý do người mẹ Cắt tầng sinh môn vì lý do thai nhi Cắt tầng sinh môn khi làm các thủ thuật			
2	Chuẩn bị: Người thực hiện: Nữ hộ sinh, Bác sĩ sản khoa Phương tiện, vật tư, thuốc Bộ cắt khâu tầng sinh môn Chỉ khâu 10ml dung dịch sát trùng: povidin hoặc polyvidin... 1 bơm tiêm 5ml, 1 ống Lidocain 2% Người bệnh: Kiểm tra toàn trạng, mạch, huyết áp, máu âm đạo. Phải chắc chắn không còn sót rau, tử cung co tốt, không rách âm đạo mới tiến hành khâu tầng sinh môn.			
3	Thì 1. Sát trùng vùng âm hộ tầng sinh môn			
4	Thì 2. Gây tê vùng tầng sinh môn định cắt			
5	Thì 3. Cắt tầng sinh môn			
6	Thì 4. Khâu tầng sinh môn			
	TỔNG KẾT			

ĐỖ ĐẼ THƯỜNG NGÔI CHỖM

1. ĐỊNH NGHĨA

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

2. CHỈ ĐỊNH

Thai ngôi chỏm, đầu đã lọt thấp, thập thò ở âm hộ và chuẩn bị sổ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thai không có khả năng đẻ được theo ngã âm đạo.

Ngôi chỏm chưa lọt.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Phương tiện, vật tư, thuốc

- Bộ dụng cụ đỡ đẻ và bộ khăn vô khuẩn.
- Bộ dụng cụ cắt, khâu tầng sinh môn.
- Khăn, bông, băng, gạc hấp, chỉ khâu, kim khâu, kẹp rốn vô khuẩn.
- Thuốc oxytocin 10 đơn vị lấy sẵn trong bơm tiêm.
- Dụng cụ để hút nhót và hồi sức sơ sinh (máy hút, ống hút, bóng và mặt nạ sơ sinh).
- Sonde tiểu.

4.2. Người bệnh:

- Được động viên, hướng dẫn cách thở, cách rặn và thư giãn ngoài cơn rặn.
- Được hướng dẫn đi đại tiện hoặc thụt tháo phân lúc mới bắt đầu chuyển dạ và tiểu tiện khi sắp đẻ. Nếu có cầu bằng quang mà không tự đại được thì thông tiểu.
- Rửa vùng sinh dục ngoài bằng nước sạch.
- Sát khuẩn rộng vùng sinh dục và bẹn, đùi.
- Trải 1 khăn vô khuẩn lên bụng, đùi, dưới mông, chừa vùng âm hộ, tầng sinh môn.
- Sản phụ tư thế sản khoa: đầu cao 450, hai chân gác lên giá đỡ chân, mở rộng hai đùi.
- Người đỡ sanh đội nón, đeo khẩu trang và đi gants vô khuẩn.

5. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

5.1. 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 cổ tử cung mở hết và có cơn co tử cung, không được nong cổ tử cung và âm đạo, không được đẩy bụng sản phụ.

Ở thì lọt, xuống và xoay không can thiệp, chỉ theo dõi cơn co tử cung, tim thai, độ xóa mở cổ tử cung, độ lọt, khi cổ tử cung 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 rạ là 30 phút. Nếu quá thời gian này cần can thiệp để lấy thai ra bằng forceps hoặc bằng giác hút.

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

5.2. Người đỡ đẻ chỉ bắt đầu đỡ khi có đủ các điều kiện sau:

Cổ tử cung mở hết.

Ổi đã vỡ (chưa vỡ thì bấm ối).

Ngôi thai đã lọt và thập thò ở âm môn làm tăng sinh môn 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 tử cung.

5.3. Các thao tác đỡ đẻ gồm có:

5.3.1. Đỡ đầu

a. Sở kiểu chằm vệ.

Giúp đầu cúi tốt: dùng 3 ngón tay giữa đè vào vùng thượng chằm để đầu cúi thêm, cho tới khi hạ chằm tới dưới khớp vệ.

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

Nếu cần thì cắt tầng sinh môn ở vị trí hướng 5 giờ hoặc 7 giờ, vào lúc tầng sinh môn giãn căng (thì sổ trán).

Nếu thấy dây rốn quấn cổ lỏng, tháo dây rốn qua đầu thai ngay. Nếu quấn chặt thì kẹp cắt rốn ngay tại vùng cổ thai nhi.

b. Sở kiểu chằm cùng.

Khi đỡ đầu vì ngôi chỏm sở kiểu chằm cùng mặt thai ngửa lên phía xương mu người mẹ nên phải giúp đầu cúi bằng cách dùng đầu ngón tay ấn vào đầu thai từ dưới lên.

Khi hạ chằm của thai ra đến mép sau âm hộ thì cho đầu thai ngửa dần ra sau để lộ các phần trán, mắt, mũi, cằm.

Khi đầu đã sổ hoàn toàn chờ cho đầu tự quay về phía nào sẽ giúp thai quay hẳn sang bên đó (trái hoặc phải ngang).

5.3.2. Đỡ vai.

Quan sát xem đầu thai có xu hướng quay về bên nào thì giúp cho chằm quay về bên đó (chằm chậu trái ngang hoặc chằm chậu phải ngang), kiểm tra dây rốn nếu quấn cổ: gỡ hoặc cắt (khi chặt không gỡ được).

Hai bàn tay ôm đầu thai nhi ở hai bên đỉnh thái dương, kéo thai xuống theo trục rốn để vai trước sổ trước. Khi bờ dưới cơ delta từ dưới khớp vệ thì một tay giữ đầu (cổ nằm giữa khe hai ngón cái và trỏ) tay kia giữ tầng sinh môn, nhấc thai lên phía trên và cho sổ vai sau. Ở thì này dễ rách tầng sinh môn, vì vậy phải giữ tầng sinh môn tốt và cho vai sổ từ từ.

5.3.3. Đỡ thân, mông và chi.

Khi đã sổ xong hai vai, bỏ tay giữ tầng sinh môn để vuốt dọc lưng thai tới chân, nắm 2 chân bằng cách cầm 2 bàn chân bằng 3 ngón cái, ngón trỏ, ngón giữa.

5.4. Tiếp xúc da kề da ngay sau đẻ.

Sau khi thai sổ, đánh giá nhanh tình trạng trẻ. Nếu trẻ khóc hoặc trương lực cơ tốt thì đặt trẻ lên bụng mẹ.

Nhanh chóng, vừa lau khô trẻ theo trình tự (lau mắt, mặt, đầu, ngực, bụng, tay, chân, mông...) vừa đánh giá nhanh toàn trạng chung của trẻ theo thường qui.

Bỏ khăn đã lau khô cho trẻ

Đặt trẻ nằm sấp tiếp xúc da kề da trên bụng mẹ, đầu nằm nghiêng giữa hai bầu vú, ngực áp vào ngực mẹ, tay để sang hai bên. Dùng 1 khăn khô, sạch để che lưng cho trẻ. Đội mũ cho trẻ. Nếu trời lạnh có thể dùng thêm áo ấm của mẹ hoặc khăn bông ấm đắp bên ngoài cho cả mẹ và con.

Hướng dẫn và hỗ trợ người mẹ ôm ấp, vuốt ve trẻ. Chú ý: Chỉ kẹp cắt rốn ngay nếu trẻ cần phải hồi sức

5.5. Tiêm Oxytocin.

Sau khi đặt trẻ lên bụng mẹ, cho mẹ ôm lấy trẻ, sờ nắn tử cung qua thành bụng sản phụ để chắc chắn không còn thai trong tử cung.

Tiến hành tiêm 10đv oxytocin vào mặt trước đùi sản phụ.

5.6. Kẹp dây rốn muộn, một thì.

Chờ đến khi dây rốn ngừng đập thì mới tiến hành kẹp và cắt dây rốn.

Kẹp thứ nhất cách chân rốn 2cm, kẹp thứ 2 cách kẹp thứ nhất 3cm, cắt dây rốn sát kẹp thứ nhất bằng kéo vô khuẩn.

5.7. Kéo dây rốn có kiểm soát.

Đặt bàn tay lên bụng dưới sản phụ để đánh giá co hồi tử cung. Chỉ khi tử cung đã co tốt mới thực hiện các bước tiếp theo.

Một tay cầm kẹp và dây rốn, giữ căng dây rốn, bàn tay còn lại đặt lên trên khớp vệ giữ và ấn tử cung theo hướng ngược lên trên về phía xương ức trong khi tay cầm kẹp dây rốn kéo với lực vừa phải theo hướng của cơ chế đẻ (lúc đầu kéo xuống, tiếp đến kéo ngang rồi kéo lên). Động tác này nhằm đề phòng lộn đáy tử cung.

Khi bánh nhau đã ra đến âm hộ thì tay giữ dây rốn hạ thấp xuống cho trọng lượng bánh rau kéo màng nhau bong ra theo. Nếu màng nhau không bong ra thì 2 tay người đỡ giữ bánh nhau xoay theo 1 chiều để màng nhau sổ ra ngoài.

Nếu kéo dây rốn trong 3040 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 khi tử cung co bóp trở lại.

Tiếp tục lặp lại động tác kéo dây rốn vừa phải kết hợp với ấn ngược tử cung về phía xương ức khi có cơn co tử cung.

5.8. Xoa đáy tử cung

Sau khi nhau sổ ra ngoài phải xoa đáy tử cung qua thành bụng cho đến khi tử cung co chặt lại.

Cứ 15 phút xoa đáy tử cung 1 lần trong 2 giờ đầu (có thể hướng dẫn cho sản phụ hoặc gia đình hỗ trợ).

Bảo đảm tử cung vẫn co tốt sau khi kết thúc xoa tử cung.

Chú ý

Kiểm tra nhau để tránh sót nhau. Nếu sót nhau hay có chảy máu phải tiến hành kiểm soát tử cung, tìm nguyên nhân chảy máu sau đẻ để kịp thời xử trí theo đúng phác đồ.

Nếu sau 30 phút mà bánh nhau chưa bong hoặc chảy máu nhiều thì cần tiến hành bóc rau nhân tạo ngay.

5.9. Hỗ trợ bà mẹ cho trẻ bú sớm và bú mẹ hoàn toàn.

Quan sát các dấu hiệu đòi bú của trẻ: trẻ mở miệng, chấy dãi, mút ngón tay, trườn tìm vú mẹ.

Hỗ trợ bà mẹ cho trẻ bú sớm ngay trên bụng mẹ, cho em bé nằm trên bụng mẹ 60-90 phút nếu tình trạng của mẹ và bé cho phép.

Sau khi trẻ bú xong bữa bú đầu tiên mới tiến hành chăm sóc thường quy như cân, đo chiều cao, vòng đầu, tiêm vacxin, vitamin K1 theo quy định.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Quy trình kỹ thuật đỡ sanh ngôi chỏm
2. Thực hành sản phụ khoa bài kỹ thuật đỡ sanh ngôi chỏm của PGS. TS. Nguyễn Ngọc Thoa.

BẢNG KIỂM GIÁM SÁT QUY TRÌNH ĐỖ ĐẼ THƯỜNG NGÔI CHỖM

STT	NỘI DUNG GIÁM SÁT	THỰC HIỆN		GHI CHÚ
		CÓ	KHÔNG	
1	Chỉ định: Thai ngôi chỏm, đầu đã lọt thấp, thập thò ở âm hộ và chuẩn bị sổ.			
2	Chuẩn bị Dụng cụ Thuốc oxytocin Dụng cụ hồi sức sơ sinh. Sonde tiểu. Hướng dẫn bệnh nhân Nếu có cầu bàng quang mà không tự đái được thì thông tiểu. Rửa vùng sinh dục ngoài bằng nước sạch. Sát khuẩn rộng vùng sinh dục và bẹn, đùi. Trai 1 khăn vô khuẩn lên bụng, đùi, dưới mông, chừa vùng âm hộ, tầng sinh môn. Sân phụ tư thế sản khoa: đầu cao 45 ⁰ , hai chân gác lên giá đỡ chân, mở rộng hai đùi. Người đỡ sanh đội nón, đeo khẩu trang và đi gants vô khuẩn.			
3	Thì 1. Đỡ đầu: giữ cằm cho đầu cúi tốt, sổ cằm, sổ trán, sổ mặt			
4	Thì 2. Đỡ vai: đỡ vai trước kéo đầu xuống thấp để sổ vai trước đến bờ dưới cơ delta, tiếp đó đỡ vai sau kéo đầu lên trên để sổ vai sau.			
5	Thì 3. Đỡ thân, mông, chi:			
	TỔNG KẾT			

NAO SÓT NHAU, SÓT THAI SAU SẤY, SAU ĐẼ

1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật dùng dụng cụ lấy hết phần thai và nhau để tránh chảy máu và nhiễm khuẩn sau khi thai đã sảy.

2. CHỈ ĐỊNH

Thai đang sảy tiến triển, chảy máu
Thai đã sảy, nhưng đang chảy máu, cổ tử cung còn mở.
Sốt nhau không đáp ứng với điều trị nội.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Sảy thai nhiễm khuẩn (chỉ nạo khi đã điều trị kháng sinh)
Sảy thai bằng huyết có ảnh hưởng dấu hiệu sinh tồn: tụt huyết áp (phải hồi sức tích cực, vừa hồi sức vừa nạo)

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản
Rửa tay, mặc áo, đội nón, đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn
Giải thích cho người bệnh yên tâm điều trị

4.2. Phương tiện, thuốc giảm đau và hồi sức

Bộ nạo sảy và nong Hegar từ cỡ nhỏ đến to
Ngừa sốc vagal: Chích atropin 0,25mg x 1 ống (tiêm dưới da hoặc pha loãng tiêm mạch chậm).

Giảm đau: Pethidin 100mg ½ ống (tiêm bắp hoặc pha loãng tiêm mạch chậm)
Lidocaine 1% 10ml để gây tê cổ tử cung. Dung dịch huyết thanh đẳng trương và các dịch thay thế máu Các loại thuốc co hồi tử cung, trợ tim, hồi sức

4.3. 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 sản phụ khoa

Khám xác định tuổi thai, tình trạng sảy thai, tư thế tử cung và độ mở của cổ tử cung. Xác định lượng máu mất để chuẩn bị hồi sức.

5. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Đeo găng vô khuẩn
Trải khăn vô khuẩn dưới mông, trên bụng và hai bên đùi
Sát khuẩn âm hộ, vùng tầng sinh môn
Đặt van hoặc mỏ vịt, bộc lộ âm đạo, cổ tử cung
Sát khuẩn âm đạo, cổ tử cung
Gây tê tại chỗ cổ tử cung bằng Lidocain 1%, 10ml (tránh vị trí trí 3 giờ và 9 giờ có động mạch 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)
Đo chiều cao và xác định tư thế tử cung Nong cổ tử cung đến số 910 nếu cổ tử

cung chưa đủ rộng

Đo lòng tử cung

Dùng kẹp hình tim gấp thai và nhau

Nạo kiểm tra bằng thìa cùn đủ 2 mặt trước sau, đáy, 2 bờ và 2 sừng tử cung

Đưa ống hút vào lòng tử cung, vừa đưa ống hút vào vừa chậm chậm xoay ống quanh một trục để hút mô trong lòng tử cung tới khi có cảm giác sạch.

Tiêm Oxytotoxin vào cổ tử cung nếu tử cung co kém, chảy máu

Đo lại buồng tử cung bằng thước đo

Tháo kẹp cổ tử cung

Lau sạch máu, sát khuẩn âm đạo và cổ tử cung

Tháo mỏ vịt hoặc van

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.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

Toàn trạng, mạch, huyết áp, đau bụng, huyết âm đạo Thời gian 01 giờ Dặn dò các triệu chứng có thể xảy ra

Hẹn tái khám: 710 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 35 ngày

6.2. Tai biến

6.2.1. Thủng tử cung

Nếu khi nạo người bệnh đau chói, máu âm đạo ra nhiều, phải dùng thước đo thăm dò lại buồng tử cung để xem có bị thủng không. Nếu lỗ thủng nhỏ, mạch, huyết áp ổn định và không nhiễm khuẩn có thể điều trị nội khoa thủng tử cung tại bệnh viện.

Nếu lỗ thủng to hoặc có dấu hiệu chảy máu trong cần phẫu thuật khâu lỗ thủng hay cắt tử cung tùy theo tổn thương. Khi mổ cần kiểm tra kỹ các tạng trong ổ bụng.

6.2.2. Chảy máu

Nếu ra máu âm đạo nhiều phải cho thuốc co hồi tử cung, nếu không cầm máu phải kiểm tra lại buồng tử cung để phòng thủng, sót rau, tử cung co hồi kém hoặc chảy máu ở cổ tử cung nơi kẹp kìm Pozzi và xử trí theo tổn thương.

6.2.3. Sốc vagal

Xảy ra khi không thực hiện thuốc chống sốc, không giảm đau tốt hoặc thực hiện thủ thuật quá thô bạo. Nếu có sốc xảy ra biểu hiện bởi tình trạng mê, khó thở, tím tái, mạch nhanh, huyết áp giảm, phải ngưng ngay thủ thuật, điều trị như một trường hợp sốc + thuốc giảm đau, Atropine 1 hoặc 2 ống pha loãng tiêm mạch chậm.

6.2.4. Nhiễm khuẩn

Nếu có dấu hiệu nhiễm khuẩn sau nạo, sốt cao, tử cung to, cổ tử cung còn mở, sản dịch hôi nên điều trị kháng sinh liều cao. Chỉ nạo lại buồng tử cung sau khi hạ sốt và nghỉ sốt nhau.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Quy trình kỹ thuật nạo hút buồng tử cung Bộ y tế 2015
2. Bài giảng Sản phụ khoa của Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh.

BẢNG KIỂM GIÁM SÁT QUY TRÌNH NẠO SÓT NHAU, SÓT THAI SAU SẴY, SAU ĐẼ

STT	NỘI DUNG GIÁM SÁT	THỰC HIỆN		GHI CHÚ
		CÓ	KHÔNG	
1	Chỉ định: Thai đang sảy tiến triển, chảy máu Thai đã sảy, nhưng đang chảy máu, cổ tử cung còn mở. Sốt nhau không đáp ứng với điều trị nội.			
2	Chuẩn bị Người thực hiện Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản Dụng cụ Phương tiện, thuốc giảm đau và hồi sức Bộ nạo sảy và nong Hegar từ cỡ nhỏ đến to Ngừa sốc vagal Giảm đau Dung dịch huyết thanh đẳng trương và các dịch thay thế máu Các loại thuốc co hồi tử cung, trợ tim, hồi sức 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 sản phụ khoa Khám xác định tuổi thai, tình trạng sảy thai, tư thế tử cung và độ mở của cổ tử cung. Xác định lượng máu mất để chuẩn bị hồi sức .			
3	Kỹ thuật: Đeo găng vô khuẩn Trải khăn Sát khuẩn âm hộ, tầng sinh môn			
4	Đặt van hoặc mở vít, bộc lộ âm đạo, cổ tử cung Sát khuẩn âm đạo, cổ tử cung			
5	Gây tê tại chỗ cổ tử Dùng kẹp Pozzi cặp cổ tử cung			
6	Đo lòng tử cung			
7	Dùng kẹp hình tim gấp thai và nhau Nạo kiểm tra bằng thìa cùn đủ 2 mặt trước sau, đáy, 2 bờ và 2 sừng tử cung			

8	Đo lại buồng tử cung bằng thước đo			
9	Tháo kẹp cổ tử cung Sát khuẩn âm đạo và cổ tử cung			
10	Tháo mỏ vịt hoặc van			
11	Lấy tổ chức nạo thử giải phẫu bệnh			
12	Viết hồ sơ bệnh án, cho đơn kháng sinh, dặn người bệnh khám lại nếu có gì bất thường.			
	TỔNG KẾT			

PHẪU THUẬT LẤY THAI TRÊN NGƯỜI BỆNH CÓ SẼO MỖ CŨ PHỨC TẠP

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi rạch da thành bụng và rạch 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 phẫu thuật này là ổ bụng dính nhiều các dây chằng và mạc nối, thay đổi 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 tổn 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.

2. 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 để 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.

3. CHUẨN BỊ

3.1. 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.

3.2. 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 trữ máu
Sonde tiểu, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.

4. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

a. 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

b. Thì 2: Bộc lộ đoạn dưới tử cung, gỡ dính, cầm máu

c. Thì 3: Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung

d. 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 810cm.

e. Thì 5: 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 nhót miệng trẻ. Kẹp và cắt dây rốn. Tiêm tĩnh mạch chậm(quả 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

f. 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.

g. Thì 7: Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh. Cầm máu kỹ.

Tùy trường hợp cụ thể xem xét đặt dẫn lưu ổ bụng.

h. Thì 8: Đếm gạc đủ. Đóng thành bụng theo giải phẫu, xem xét đặt dẫn lưu vết mổ.

i. Thì 9: Lấy máu và lau âm đạo.

5. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

5.1. 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, 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).

5.2. Biến chứng

5.2.1. Biến chứng

Chảy máu

Chấn thương thai nhi

Chấn thương ruột

Rạch vào bàng quang

Thắt vào niệu quản

5.2.2. Sau phẫu thuật

Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết. Chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung.

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).

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

3. Quy trình kỹ thuật phẫu thuật lấy thai Bộ y tế 2015
4. Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành phẫu thuật sản phụ khoa.

**BẢNG KIỂM GIÁM SÁT QUY TRÌNH PHẪU THUẬT LẤY THAI TRÊN
NGƯỜI BỆNH CÓ SEO MỔ CŨ PHỨC TẠP**

TT	NỘI DUNG GIÁM SÁT	THỰC HIỆN		GHI CHÚ
		CÓ	KHÔNG	
1	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			
2	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 tùy 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 trữ máu Sonde tiểu, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.			
3	Thì 1: Mở bụng các lớp: da, mỡ, cân, cơ, phúc mạc			
	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			
	Thì 5: Lấy thai, nhau			
	Thì 6: Khâu vết rạch tử cung, phúc mạc			
	Thì 7: Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh. Cầm máu kỹ. Tùy trường hợp cụ thể xem xét đặt dẫn lưu ổ bụng.			
	Thì 8: Đếm gạc đủ, kiểm dụng cụ. Đóng thành bụng theo giải phẫu, xem xét đặt dẫn lưu vết mổ.			
	Thì 9: Lấy máu và lau âm đạo.			
	TỔNG KẾT			

PHẪU THUẬT THAI NGOÀI TỬ CUNG VỠ

1. ĐỊNH NGHĨA

Thai ngoài tử cung là hiện tượng trứng đã thụ tinh làm tổ ở ngoài buồng tử Cung. Khi thai phát triển to lên, vòi trứng, buồng trứng sẽ nứt vỡ gây chảy máu trong ổ bụng gọi là thai ngoài tử cung vỡ, cần phải phẫu thuật cấp cứu.

Các vị trí của thai ngoài tử cung: vòi tử cung (chủ yếu), buồng trứng, ống cổ tử cung, ổ bụng, seo mô cũ,...

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có choáng hoặc huyết động không ổn định.

Việc tiếp cận nội soi quá khó khăn như dính nhiều vùng tiểu khung.

3. CHUẨN BỊ

3.1. 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 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

3.2. 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.

4. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Thì 1: Rạch bụng đường giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ, qua các lớp da, cân, cơ, phúc mạc để vào ổ bụng

Thì 2: Dùng 2 panh kẹp nhấc phúc mạc lên cao và mở phúc mạc. Kiểm tra xem có máu trong ổ bụng.

Thì 3: Cho tay vào tìm đáy tử cung kẹp kéo lên cao kiểm tra 2 bên vòi tử cung, buồng trứng tìm chỗ vòi trứng tổn thương kẹp lại cầm máu

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 kim có máu kẹp sát vòi tử cung, nơi mạc treo vòi ít mạch máu, dùng kéo cắt khối chứa tới sát tai vòi tử cung

Thì 4: Khâu cuống mạch bên vòi tử cung bị cắt bằng chỉ tự tiêu và buộc chặt cầm máu

Nếu thai ở đoạn kẽ tử cung (khối chứa 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 thai ngoài tử cung ở buồng trứng thì cắt vùng buồng trứng tổn thương, khâu cầm máu bằng chỉ tự tiêu vắt cầm máu

Thì 5: Cho nằm đầu cao, lau sạch ổ bụng, kiểm tra lại tiểu khung, 2 vòi tử cung, buồng trứng, cùng đồ và các tạng lân cận

Thì 6: Đóng thành bụng theo lớp giải phẫu. Truyền máu hoàn hồi cho người bệnh hoặc dịch thay máu và máu tươi nếu cần

5. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Chảy máu sau phẫu thuật: trong 6 giờ đầu phải theo dõi mạch, huyết áp và toàn trạng tại phòng hồi tỉnh (chăm sóc cấp I). Nếu mạch nhanh, huyết áp giảm, bụng gõ đục, siêu âm có nhiều dịch tự do, phải nghĩ đến chảy máu trong, có thể do tuột chỉ khâu diện cắt vôi tử cung. Cần phải phẫu thuật lại ngay để cầm máu.

Nhiễm khuẩn: trong khi phẫu thuật phải lau sạch lấy hết máu đọng và máu cục trong ổ bụng để tránh nhiễm khuẩn. Tuy nhiên tránh lau kỹ quá gây dính ổ bụng vì thanh mạc bị tổn thương. Phải cho kháng sinh toàn thân liều điều trị để dự phòng nhiễm khuẩn, đặc biệt là khi truyền máu hoàn hồi.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Quy trình kỹ thuật phẫu thuật phụ khoa mổ mở thai ngoài tử cung vỡ Bộ y tế 2015
2. Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành phẫu thuật sản phụ khoa.

BẢNG KIỂM GIÁM SÁT QUY TRÌNH PHẪU THUẬT THAI NGOÀI TỬ CUNG VỠ

TT	NỘI DUNG GIÁM SÁT	THỰC HIỆN		GHI CHÚ
		CÓ	KHÔNG	
1	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.			
2	Chuẩn bị: 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 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 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			
3	Thì 1: Rạch bụng đường giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ, qua các lớp da, cân, cơ, phúc mạc để vào ổ bụng			
4	Thì 2: Dùng 2 panh kẹp nhấc phúc mạc lên cao và mở phúc mạc. Kiểm tra xem có máu trong ổ bụng.			
5	Thì 3: Cho tay vào tìm đáy tử cung kẹp kéo lên cao kiểm tra 2 bên vòi tử cung, buồng trứng tìm chỗ vòi trứng tổn thương kẹp lại cầm máu 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 kim có máu kẹp sát với tử cung, nơi mạc treo vòi ít mạch máu, dùng kéo cắt khối thai tới sát tai vòi tử cung			
6	Thì 4: Khâu cuống mạch bên vòi tử cung bị cắt bằng chỉ tự tiêu và buộc chặt cầm máu Nếu thai ở đoạn kẽ tử cung (khối chưa 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 thai ngoài tử cung ở buồng trứng thì cắt vùng buồng trứng tổn thương, khâu cầm máu bằng chỉ tự tiêu vắt cầm máu			
7	Thì 5: Cho nằm đầu cao, lau sạch ổ bụng, kiểm tra lại tiểu khung, 2 vôi tử cung, buồng trứng, cùng đồ và các tạng lân cận			
8	Thì 6: Đóng thành bụng theo lớp giải phẫu. Truyền máu hoàn hồi cho người bệnh hoặc dịch thay máu và máu tươi nếu cần			
	TỔNG KẾT			

PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ THAI NGOÀI TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Thai ngoài tử cung là hiện tượng trứng đã thụ tinh làm tổ ở ngoài buồng tử cung
Các vị trí của chửa ngoài tử cung: vòi tử cung (chiếm 95 – 98%), buồng trứng, ống cổ tử cung, ổ bụng, sẹo mổ cũ,...

Phẫu thuật nội soi chửa ngoài tử cung là một phương pháp dùng để chẩn đoán sớm và điều trị có hiệu quả các trường hợp thai ngoài tử cung chưa vỡ hoặc chửa ngoài tử cung vỡ với lượng máu trong ổ bụng chưa nhiều, chưa ảnh hưởng đến tổng trạng của người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Thai ngoài tử cung đã vỡ hoặc chưa vỡ với huyết động ổn định.
Chống chỉ định với Methotrexate
Điều trị Methotrexate thất bại
Có bệnh lý hiểm muộn do nguyên nhân từ vòi trứng cần cắt bỏ và có kế hoạch thụ tinh trong ống nghiệm
Có thai trong tử cung cùng tồn tại
Mong muốn triệt sản
Khối thai ngoài tử cung >5cm
Thai ngoài tử cung tái phát cùng bên

3. CHUẨN BỊ

3.1. Người thực hiện

BS chuyên khoa Phụ sản có kinh nghiệm, được đào tạo và có kỹ năng về phẫu thuật nội soi

3.2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi

3.3. Người bệnh

Khám toàn thân và khám chuyên khoa để đánh giá toàn trạng bệnh nhân có chỉ định mổ nội soi không

Tư vấn cho người bệnh về lý do phẫu thuật, các nguy cơ của phẫu thuật, tương lai sinh sản sau này, các biện pháp tránh thai có thể được áp dụng và nguy cơ thai ngoài tử cung tái phát

Người bệnh ký cam đoan phẫu thuật

Thụt tháo

Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông tiêu, sát khuẩn thành bụng vùng mổ

Gây mê nội khí quản

Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ phẫu thuật theo quy định.

4. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Thì 1: Bơm CO₂

Điểm chọc kim bơm CO₂ thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc trocar đèn soi (đây là điểm chọc phổ biến nhất). Trong ca có sẹo mổ cũ đường trắng giữa dưới rốn thì có thể chọc kim ở vị trí hạ sườn trái hoặc nội soi mở

Có thể chọc trocar ở mép dưới rốn sau đó bơm CO2 Bơm CO2 đến áp lực mong muốn (khoảng 15mmHg)

Thì 2: Chọc Trocart

Chọc trocar đèn soi (trocart 10 hoặc 5) ở ngay mép rốn và trocar phẫu thuật trên vệt

Thì 3: Đánh giá ổ bụng và tiểu khung

Hút hết máu, rửa ổ bụng, đánh giá toàn bộ ổ bụng và tiểu khung đặc biệt là vị trí, tình trạng khối chứa và vòi tử cung bên đối diện

Thì 4: Phẫu thuật:

Cắt vòi tử cung triệt để

Cắt vòi tử cung sát góc đèn loa hoặc ngược lại

Kẹp vòi tử cung chỗ tiếp giáp giữa eo và bóng để bộc lộ đoạn eo

Đưa dao điện 2 cực vào trocar bên đối diện với khối chứa, cầm máu từ eo vòi tử cung, vừa cầm máu vừa cắt bằng kéo hoặc dao điện 1 cực dọc theo bờ mạc treo vòi tử cung về phía loa, cần chú ý nhánh nối giữa động mạch buồng trứng và động mạch tử cung

Lấy bệnh phẩm: phần vòi tử cung cắt bỏ được cho vào túi nội soi sau đó lấy ra ngoài qua thành bụng, có thể lấy từng phần qua trocar to nhưng không nên vì đề phòng sót nguyên bào nuôi trong ổ bụng sẽ dẫn đến biến chứng nguyên bào nuôi tồn tại sau mổ

Rửa ổ bụng và kiểm tra lần cuối

Kết thúc cuộc mổ

Kiểm tra lại vòi trứng

Rửa vùng tiểu khung

Đánh giá lại vòi trứng đối diện cũng như toàn bộ tiểu khung

Cần cân nhắc đặt dẫn lưu hay không

5. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

5.1. Tai biến của phẫu thuật nội soi nói chung

Tổn thương đường tiêu hoá

Tổn thương hệ tiết niệu

Tổn thương vòi tử cung

Bỏng do điện

Chảy máu trong mổ

5.2. Tai biến của nội soi điều trị chứa ngoài tử cung

Ngoài các tai biến, biến chứng chung của soi ổ bụng can thiệp, soi ổ bụng điều trị chứa ngoài tử cung có một số tai biến đặc trưng như:

Điều trị triệt để cắt vòi trứng

Chảy máu: trong lúc gỡ dính, cầm máu không tốt, tổn thương mạc treo vòi tử cung, các nhánh nối giữa động mạch buồng trứng và động mạch tử cung

Chấn thương các cơ quan khác: do khối chứa dính với ruột, thành chậu hông

Tổn thương ruột: do dính nhiều và chảy máu nhiều

Tồn tại nguyên bào nuôi: do lấy bệnh phẩm không hết để các nguyên bào nuôi rơi vào trong bụng và tiếp tục phát triển.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Quy trình kỹ thuật phẫu thuật nội soi phụ khoa của TS.BS. Bùi Chí Thương
2. Điều trị thai ngoài tử cung của bài giảng sản khoa Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh.

**BẢNG KIỂM GIÁM SÁT QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ
THAI NGOÀI TỬ CUNG**

TT	NỘI DUNG GIÁM SÁT	THỰC HIỆN		GHI CHÚ
		CÓ	KHÔNG	
1	Chỉ định: Thai ngoài tử cung đã vỡ hoặc chưa vỡ với huyết động ổn định. Chống chỉ định với Methotrexate Điều trị Methotrexate thất bại Có bệnh lý hiếm muộn do nguyên nhân từ vòi trứng cần cắt bỏ và có kế hoạch thụ tinh trong ống nghiệm Có thai trong tử cung cùng tồn tại Mong muốn triệt sản Khối thai ngoài tử cung >5cm Thai ngoài tử cung tái phát cùng bên			
2	Chuẩn bị: Người thực hiện BS chuyên khoa Phụ sản có kinh nghiệm, được đào tạo và có kỹ năng về phẫu thuật nội soi Phương tiện Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi Người bệnh Khám toàn thân và khám chuyên khoa để đánh giá toàn trạng bệnh nhân có chỉ định mổ nội soi không Tư vấn cho người bệnh về lý do phẫu thuật, các nguy cơ của phẫu thuật, tương lai sinh sản sau này, các biện pháp tránh thai có thể được áp dụng và nguy cơ thai ngoài tử cung tái phát Người bệnh ký cam đoan phẫu thuật Thụt tháo Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông tiêu, sát khuẩn thành bụng vùng mổ Gây mê nội khí quản Hồ sơ bệnh án Hồ sơ phẫu thuật theo quy định			
3	Thì 1: Bơm CO2 Thì 2: Chọc Trocart			
4	Thì 3: Đánh giá ổ bụng và tiêu khung			
5	Thì 4: Phẫu thuật: Kẹp cắt lấy khối thai, cầm máu.			
6	Gửi giải phẫu bệnh			
7	Hoàn tất hồ sơ bệnh án			
	TỔNG KẾT			

HÚT BUỒNG TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Là một thủ thuật đưa ống hút vào buồng tử cung, dưới áp lực âm hút tổ chức từ buồng tử cung ra.

2. CHỈ ĐỊNH

Rong huyết kéo dài đã loại trừ có thai
Mãn kinh ra máu
Rong huyết trong u xơ tử cung.
Rong huyết không rõ nguyên nhân.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thiếu máu nặng, thể trạng người bệnh chưa cho phép tiến hành thủ thuật.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người bệnh

4.1.1. Tư vấn:

Tình trạng bệnh lý phải chỉ định hút buồng tử cung.

Quá trình thực hiện thủ thuật: các bước thực hiện thủ thuật, tai biến có thể gặp trong khi làm thủ thuật và sau thủ thuật. Theo dõi sau hút buồng tử cung.

4.1.2. Chuẩn bị:

Khám toàn trạng (mạch, nhiệt độ, huyết áp).

Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.

Giảm đau bằng tiền mê tĩnh mạch: tiêm thuốc tiền mê.

Dụng cụ và vật tư tiêu hao

Bơm hút chân không bằng tay loại 1 van.

Thuốc: Misopristol, Ergometrin, Oxytixin.

Thuốc giảm đau: tiêm tĩnh mạch hoặc thuốc gây tê ở cổ tử cung. Khăn vải trải vô khuẩn: trải ở mông, trên bụng và 2 đùi Găng tay vô khuẩn: 2 đôi.

Áo, mũ, khẩu trang vô khuẩn.

4.2. Bộ dụng cụ:

Kẹp sát trùng: 2; Van âm đạo: 1; Kẹp cổ tử cung: 1; Thước đo tử cung; Ống hút: cỡ số 4,5,6; Dụng dịch sát khuẩn, bông hoặc gạc sát khuẩn.

4.3. Người thực hiện:

Bác sĩ sản phụ khoa có chứng chỉ liên quan nạo hút buồng tử cung.

Rửa tay theo quy định

Mặc áo, đeo khẩu trang, đi găng tay

5. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Sát khuẩn vùng âm hộ và hai bên đùi.

Trải khăn vải vô khuẩn.

Sát khuẩn vùng âm hộ, âm đạo.

Đặt van âm đạo: sát khuẩn lại âm đạo, sát khuẩn cổ tử cung.

Kẹp cổ tử cung và đo buồng tử cung.

Hút buồng tử cung bằng bơm hút hoặc máy hút.

Đo lại buồng tử cung.

Lau và sát khuẩn lại âm đạo, cổ tử cung bằng 1 kẹp sát khuẩn mới. Tháo dụng cụ.

Lấy bệnh phẩm hút ra gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh

Trao đổi với người bệnh về kết quả thủ thuật.

Ghi chép hồ sơ.

Chỉ định điều trị thích hợp: kháng sinh, thuốc co tử cung.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp.

Theo dõi ra máu âm đạo.

6.2. Tai biến

Chảy máu: loại trừ tổn thương tử cung, dùng thuốc co tử cung Oxytocin, Ecgotamin, Misoprostol và kháng sinh.

Thủng tử cung: mổ cấp cứu

Nếu người bệnh nguyện vọng còn có con, hút sạch buồng tử cung, khâu lại chỗ thủng. Sau hút nên dùng thuốc tạo vòng kinh nhân tạo.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Quy trình kỹ thuật nạo hút buồng tử cung Bộ y tế 2015
2. Bài giảng Sản phụ khoa của Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh.

BẢNG KIỂM GIÁM SÁT QUY TRÌNH HÚT BUỒNG TỬ CUNG

T T	NỘI DUNG GIÁM SÁT	THỰC HIỆN		GHI CHÚ
		CÓ	KHÔNG	
1	Chỉ định: Rong huyết kéo dài đã loại trừ có thai Mãn kinh ra máu Rong huyết trong u xơ tử cung. Rong huyết không rõ nguyên nhân			
2	Chuẩn bị: Người bệnh Tư vấn: Tình trạng bệnh lý phải chỉ định hút buồng tử cung. Quá trình thực hiện thủ thuật: các bước thực hiện thủ thuật, tai biến có thể gặp trong khi làm thủ thuật và sau thủ thuật. Theo dõi sau hút buồng tử cung. Chuẩn bị: Khám toàn trạng (mạch, nhiệt độ, huyết áp). Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa. Giảm đau bằng tiền mê tĩnh mạch: tiêm thuốc tiền mê. Dụng cụ và vật tư tiêu hao Bơm hút chân không bằng tay loại 1 van. Thuốc: Misopristol, Ergometrin, Oxytoxin. Thuốc giảm đau Bộ dụng cụ: Kẹp sát trùng: 2; Van âm đạo: 1; Kẹp cổ tử cung: 1; Thước đo tử cung; Ống hút: cỡ số 4,5,6; Dụng dịch sát khuẩn, bông hoặc gạc sát khuẩn. Người thực hiện: Bác sĩ sản phụ khoa có chứng chỉ liên quan nạo hút buồng tử cung. Rửa tay theo quy định Mặc áo, đeo khẩu trang, đi găng tay			
3	Sát khuẩn vùng âm hộ và hai bên đùi. Trải khăn vải vô khuẩn. Sát khuẩn vùng âm hộ, âm đạo. Đặt van âm đạo: sát khuẩn lại âm đạo, sát khuẩn cổ tử cung.			
4	Đặt van âm đạo: sát khuẩn lại âm đạo, sát khuẩn cổ tử cung			
5	Gây tê cổ tử cung vị trí 4 giờ, 8 giờ, 12 giờ			
6	Kẹp cổ tử cung và đo buồng tử cung			
7	Hút buồng tử cung bằng bơm hút hoặc máy hút.			
8	Đo lại buồng tử cung			
9	Sát khuẩn lại âm đạo, cổ tử cung bằng 1 kẹp sát khuẩn mới. Tháo dụng cụ.			
10	Lấy bệnh phẩm hút ra gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh			
11	Ghi chép hồ sơ.			

	Chỉ định điều trị thích hợp: kháng sinh, thuốc co tử cung.			
	TỔNG KẾT			

QUY TRÌNH PHÁ THAI BẰNG THUỐC UỐNG 9 TUẦN VÔ KINH

1. ĐỊNH NGHĨA:

Là phương pháp chấm dứt thai kì trong tử cung bằng cách sử dụng phối hợp mifepriston và misoprostol gây sảy thai, cho các thai đến hết tuần thứ 9 (63 ngày).

2. CHỈ ĐỊNH:

Thai trong tử cung với tuổi thai phù hợp theo tuyến được áp dụng.

3. 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

3.1. Tuyệt đối:

Bệnh lí tuyến thượng thận

Điều trị corticoid toàn thân lâu ngày

Tăng huyết áp, hẹp van 2 lá, tắc mạch hoặc có tiền sử tắc mạch

Rối loạn đông máu, sử dụng thuốc chống đông

Thiếu máu nặng

Dị ứng mifepriston hay misoprostol

3.2. Tương đối:

Đang cho con bú

Đặt dụng cụ tử cung

Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính.

4. CHUẨN BỊ:

Nơi cung cấp dịch vụ phải có nhà vệ sinh gần phòng theo dõi khi phá thai.

Có phòng thủ thuật đầy đủ phương tiện theo tiêu chuẩn quy định để can thiệp khi cần thiết,

Phương tiện dụng cụ; cấp cứu, xử lí dụng cụ và chất thải

Thuốc: mifepriston và misoprostol, giảm đau, cấp cứu chống choáng.

5. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT:

5.1. Người bệnh:

Người cung cấp dịch vụ tự giới thiệu với bệnh nhân.

Hỏi tiền sử nội, ngoại, sản phụ khoa, dị ứng.

Hỏi ngày đầu của kì kinh cuối

Khám lâm sàng: Khám toàn thân và khám phụ khoa và phát hiện các bệnh lí lây truyền qua đường tình dục.

Siêu âm chẩn đoán thai trong tử cung và tuổi thai.

Kí cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố mẹ hoặc người giám hộ).

5.2. Tư vấn phá thai bằng thuốc:

Việc tư vấn thường được thực hiện bởi nữ hộ sinh đã được đào tạo làm công tác tư vấn. Phụ nữ có nhu cầu phá thai sẽ được giới thiệu quy trình phá thai bằng thuốc, các triệu chứng xuất hiện sau khi uống thuốc, hiệu quả của phương pháp. Nhấn mạnh về tầm quan trọng của việc tái khám đúng hẹn và khẳng định thai phụ phải chấp nhận phá thai ngoại khoa (nạo hút thai) nếu phá thai bằng thuốc thất bại.

Thai phụ cũng sẽ được giới thiệu về các tác dụng phụ của thuốc, cách theo dõi và

tự chăm sóc sau dùng thuốc, nhấn mạnh các triệu chứng cần phải đến các cơ sở y tế ngay để được kiểm tra cùng các thông tin liên lạc trong những tình huống cấp cứu. Ngoài ra, thai phụ cũng được cung cấp thông tin về khả năng có thai lại sau phá thai bằng thuốc, tư vấn để lựa chọn phương pháp tránh thai phù hợp.

5.3. Quy trình phá thai:

Thai đến hết 49 ngày : Thai phụ sẽ được cho uống 200mg mifepriston tại cơ sở y tế, theo dõi 15 phút sau uống. Từ 3648 giờ kể từ khi uống mifepriston, thai phụ uống hoặc ngâm dưới lưỡi 400 mcg misoprostol. Việc uống misoprostol có thể được thực hiện tại cơ sở y tế hoặc tại nhà.

Thai từ 50 đến hết 63 ngày: Uống 200mg mifepriston. Sau 3648 giờ uống mifepristone, tiến hành ngâm dưới lưỡi 800 mcg misoprostol (nếu nôn nhiều có thể đặt túi cùng sau). Việc sử dụng hai loại thuốc phải được thực hiện tại cơ sở y tế, theo dõi sau dùng thuốc ít nhất 3 giờ.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

Sau khi uống thuốc, thai phụ sẽ được theo dõi dấu hiệu sinh tồn 1 lần/giờ trong 3 giờ đầu. Theo dõi tình trạng đau bụng, ra máu âm đạo và các tác dụng phụ của thuốc có thể gặp như nôn, buồn nôn, sốt, tiêu chảy. Cho thai phụ sử dụng thuốc giảm đau nếu cần.

Sau 2 tuần phá thai bằng thuốc, thai phụ sẽ tái khám để bác sĩ đánh giá kết quả điều trị.

Nếu sảy thai hoàn toàn, việc điều trị xem như kết thúc.

Nếu qua siêu âm, phát hiện thai phụ còn sót nhau, sót thai, thai lưu, bác sĩ sẽ cho thai phụ dùng 400600 mcg misoprostol uống/ngâm dưới lưỡi hoặc hút buồng tử cung.

Nếu thai tiếp tục phát triển phải sử dụng phương pháp hút thai.

Nếu có hiện tượng ứ máu trong buồng tử cung, tùy theo mức độ, có thể điều trị nội khoa hoặc hút buồng tử cung.

6.2. Các tai biến

Chảy máu nhiều: Tình trạng chảy máu nhiều được xác định khi máu âm đạo ra ướt đầm 2 băng vệ sinh dày trong 1 giờ và kéo dài 2 giờ liên tiếp. Khi chảy máu nhiều không ảnh hưởng đến tổng trạng, nếu sảy thai đang tiến triển và nhau thập thò cổ tử cung, dùng kẹp gấp mô nhau ra, cho bệnh nhân dùng có các co hồi tử cung như oxytocin, misoprostol,...Nếu chảy máu ảnh hưởng đến tổng trạng, vừa thực hiện các thủ thuật trên, vừa hồi sức cho bệnh nhân.

Rong huyết kéo dài, có dấu hiệu thiếu máu: điều trị nội khoa hoặc ngoại khoa tùy tình trạng bệnh.

Nhiễm khuẩn: Bệnh nhân có các triệu chứng như sốt, ớn lạnh, đau vùng bụng hoặc vùng chậu, dịch tử cung có mùi hôi, ra máu âm đạo kéo dài, bạch cầu tăng, CRP tăng. Người bệnh sẽ được sử dụng kháng sinh liều cao, điều trị nội khoa hoặc ngoại khoa tùy tình trạng bệnh.

7. LIỆU THAM KHẢO:

1. Phá thai nội khoa của TS. Võ Minh Tuấn

2. Thực hành Sản phụ khoa của Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh.

BẢNG KIỂM GIÁM SÁT QUY TRÌNH PHÁ THAI NỘI KHOA

T T	NỘI DUNG GIÁM SÁT	THỰC HIỆN		GHI CHÚ
		CÓ	KHÔNG	
1	Chỉ định: Thai trong tử cung với tuổi thai phù hợp theo tuyến được áp dụng. Chống chỉ định: Tuyệt đối: Bệnh lý tuyến thượng thận Điều trị corticoid toàn thân lâu ngày Tăng huyết áp, hẹp van 2 lá, tắc mạch hoặc có tiền sử tắc mạch Rối loạn đông máu, sử dụng thuốc chống đông Thiếu máu nặng Dị ứng mifepriston hay misoprostol Tương đối: Đang cho con bú Đặt dụng cụ tử cung Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính.			
2	Chuẩn bị: Nơi cung cấp dịch vụ phải có nhà vệ sinh gần phòng theo dõi khi phá thai. Có phòng thủ thuật đầy đủ phương tiện theo tiêu chuẩn quy định để can thiệp khi cần thiết, Phương tiện dụng cụ; cấp cứu, xử lý dụng cụ và chất thải Thuốc: mifepriston và misoprostol, giảm đau, cấp cứu chống choáng.			
3	Quy trình kỹ thuật: Người bệnh: Người cung cấp dịch vụ tự giới thiệu với bệnh nhân. Hỏi tiền sử nội, ngoại, sản phụ khoa, dị ứng. Hỏi ngày đầu của kì kinh cuối Khám lâm sàng Siêu âm chẩn đoán thai trong tử cung và tuổi thai. Kí cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố mẹ hoặc người giám hộ).			
4	Tư vấn phá thai bằng thuốc			
5	Quy trình phá thai: Thai đến hết 49 ngày: Thai phụ sẽ được cho uống 200mg mifepriston tại cơ sở y tế, theo dõi 15 phút sau uống. Từ 36-48 giờ kể từ khi uống mifepriston, thai phụ uống hoặc ngâm dưới lưỡi 400 mcg misoprostol. Việc uống misoprostol có thể được thực			

	hiện tại cơ sở y tế hoặc tại nhà. Thai từ 50 đến hết 63 ngày: Uống 200mg mifepriston. Sau 36-48 giờ uống mifepristone, tiến hành ngâm dưới lưỡi 800 mcg misoprostol (nếu nôn nhiều có thể đặt túi cùng sau). Việc sử dụng hai loại thuốc phải được thực hiện tại cơ sở y tế, theo dõi sau dùng thuốc ít nhất 3 giờ.			
	Hoàn tất hồ sơ bệnh án			
	TỔNG KẾT			