

KỸ THUẬT KHÂU PHỤC HỒI VẾT CẮT TẦNG SINH MÔN

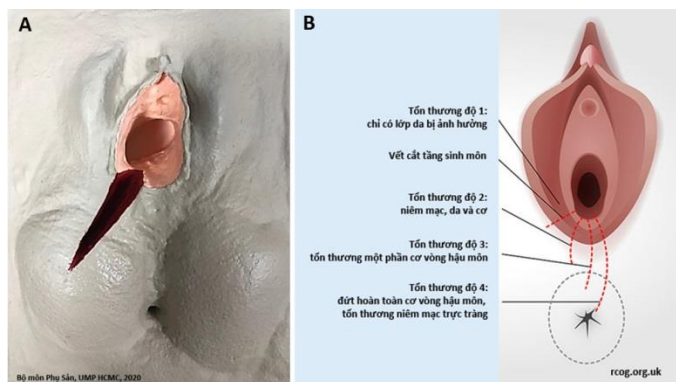
Âu Nhật Luân

Mục tiêu học tập:

- Thực hiện đúng kỹ thuật khâu phục hồi vết cắt tầng sinh môn theo đường chéo phải trên mô hình.
- Thực hiện được, dưới sự giám sát của giảng viên, kỹ thuật khâu phục hồi vết cắt tầng sinh môn theo đường chéo phải trên thai phụ.

GIẢI PHẪU CỦA VẾT CẮT TẦNG SINH MÔN

Ở Việt Nam, đường cắt tầng sinh môn được thực hiện phổ biến là đường cắt chéo phải



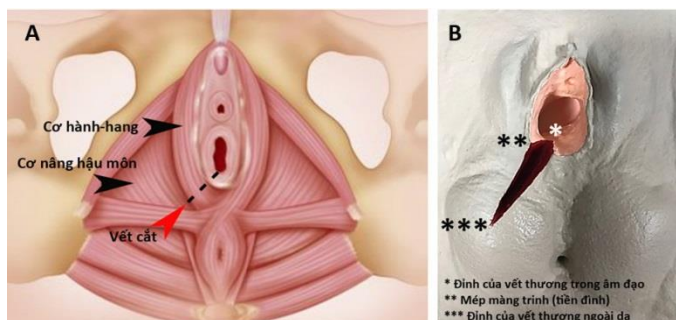
Hình 1: Vết thương cắt tầng sinh môn theo đường chéo phải (A).

Vết thương là vết thương tầng sinh môn độ 2, ảnh hưởng đến các lớp: niêm mạc, cơ và da (B).

Nguồn: Bộ môn Phụ Sản và ATCS ĐHY Dược TP.HCM (A), và RCOG (B) 2020

Vết thương cắt tầng sinh môn là một tổn thương tầng sinh môn độ 2. Vết thương cắt tầng sinh môn gồm 3 lớp:

- Lớp niêm mạc-dưới niêm mạc.
- Lớp cơ, gồm cơ hành-hang và cơ ngang tầng sinh môn.
- Lớp da.



Hình 2: Tổn thương do cắt tầng sinh môn

Giải phẫu các cơ lớp nông của sàn chậu (A). Các cơ bị cắt đứt là cơ hành-hang và cơ nâng hậu môn.

Ba lớp của vết thương cắt tầng sinh môn (B). Màu hồng là vết thương của niêm mạc. Màu đỏ nâu là vết thương của lớp cơ. Màu trắng xám là vết thương ngoài da. Dấu (*) chỉ đỉnh của vết thương trong âm đạo, (**) chỉ mép của màng trinh (tiền đỉnh), (***) chỉ đỉnh của vết thương ngoài da.

Nguồn: Bộ môn Phụ Sản và ATCS ĐHY Dược TP.HCM, 2020

Lớp dưới niêm mạc và niêm mạc rất nhiều mạch máu.

Vết thương cắt đứt các cơ hành-hang và cơ nâng hậu môn. Các cơ này có chức năng khác nhau.

Cần khâu phục hồi theo đúng các lớp giải phẫu.

CHUẨN BỊ TRƯỚC TIỂU PHẪU

Vô khuẩn

Làm sạch vùng vết thương bằng các dung dịch sát khuẩn nhẹ.

Vùng hội âm luôn có sẵn các vi khuẩn có từ lân cận đường sinh như *E. coli* từ đường tiêu hóa. Khâu tầng sinh môn là một thủ thuật sạch nhiễm. Thường dùng các dung dịch sát khuẩn nhẹ, không gây kích ứng cho vết thương.

Trải khăn vô khuẩn, bộc lộ vùng khâu.

Vô cảm

Nếu sản phụ đã được gây tê ngoài màng cứng giảm đau sản khoa trước đó, thì không cần phải thực hiện vô cảm.

Nếu sản phụ chưa được giảm đau sản khoa, thì cần thực hiện tê tại chỗ bằng Lidocain.

Đưa thuốc tê vào lớp dưới niêm mạc, dưới da của tầng sinh môn và sâu trong cơ tầng sinh môn. Thường chỉ cần khoảng 10 mL thuốc tê. Không được bơm thuốc tê vào mạch máu.

Chọn chỉ khâu và kim khâu

Kim khâu là kim tròn, độ cong lớn.

Phẫu trường trong khâu tầng sinh môn rất hẹp, vì thế, không dùng kim có độ cong nhỏ.

Nên dùng chỉ Polyglycolic hơn là chỉ Chromic.

Khi khâu các vết thương ở âm đạo-tầng sinh môn, cần sử dụng chỉ tiêu. Chỉ tổng hợp có sức căng chịu lực tốt hơn, không dị ứng và ít có nguy cơ bị nhiễm trùng. Có thể dùng chỉ catgut chromic như giải pháp thay thế nhưng không phải là lý tưởng.

KHÂU VẾT THƯƠNG CẮT TẦNG SINH MÔN

Bộc lộ và làm sạch phẫu trường

Đặt 1-2 tampon vào âm đạo, chặn không cho máu từ trên chảy xuống phẫu trường.

Máu từ trên chảy xuống phẫu trường gây khó khăn cho phẫu thuật khâu tầng sinh môn. Hơn nữa, nó có thể gây ra tình trạng lạc nội mạc tử cung tại sẹo của vết cắt tầng sinh môn sau này.

Ghi nhớ số tampon đã đặt, tránh sót tampon.

Dùng 1 tampon khác thấm sạch máu trên vết cắt.

Nhận diện mạch máu đang chảy từ vết thương hay tụ máu.

Nếu có động mạch đang chảy, thì động mạch này phải được không chế riêng biệt. Xử lý tụ máu nếu có.

Bộc lộ đỉnh vết thương ở niêm mạc âm đạo

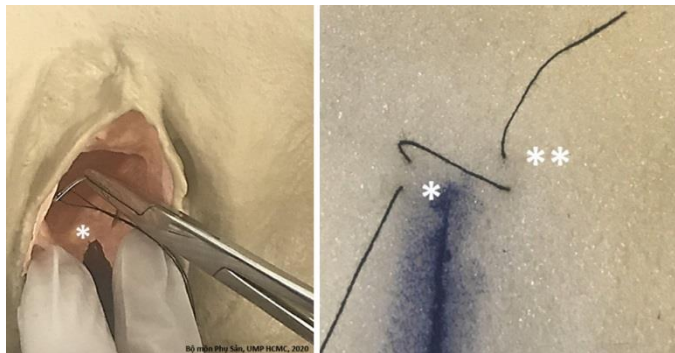
Mũi khâu đầu tiên là một mũi chữ X, ở khoảng 1 cm phía trên đỉnh của vết thương.

Dùng hai ngón tay bộc lộ rõ ràng đỉnh vết cắt trong âm đạo.

Thực hiện mũi khâu chữ X đầu tiên, ở vị trí 1 cm phía trên đỉnh của vết cắt.

Mũi khâu chữ **X** này có nhiệm vụ chặn tất cả các mạch máu từ trên xuống.

Không được sờ sờ đỉnh vết thương. Nếu sờ sờ, có nguy cơ cao gây ra tụ máu vết thương tầng sinh môn.



Hình 3: Điểm khởi đầu của đường khâu phục hồi lớp niêm mạc.

Vết khâu niêm mạc phải được bắt đầu bằng một mũi khâu chữ X (**), đặt tại một vị trí cách xa phía trên của đỉnh vết thương trong niêm mạc 1 cm (*).

Nguồn: Bộ môn Phụ Sản và ATCS ĐHY Dược TP.HCM, 2020

Khâu phục hồi lớp niêm mạc âm đạo

Dùng mũi khâu liên tục, không vắt, đi từ phía trong, hướng về phía màng trinh, để kết thúc ở đó.

Khâu phục hồi lớp niêm mạc âm đạo với chỉ 2-0.

Khoảng cách giữa 2 mũi khâu khoảng 0.5-1 cm.

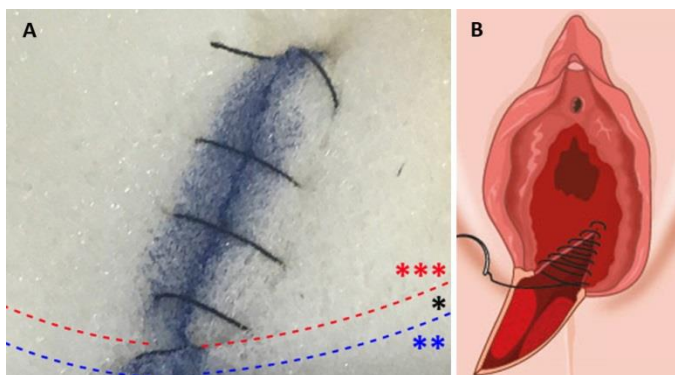
Khi khâu lớp này, chỉ lấy lớp niêm mạc và dưới niêm mạc. Không lấy sâu xuống lớp cơ bên dưới.



Hình 4: Kỹ thuật khâu phục hồi lớp niêm mạc

Trên mô hình, lớp niêm mạc được tô màu xanh. Dùng pick-up để cặp mô, bóc lộ rõ lớp niêm mạc và mô bên dưới (*). Mũi kim đi qua lớp niêm mạc, đến lớp mô bên dưới, lấy một phần mô bên dưới, nhưng không lấy lớp cơ (**).

Nguồn: Bộ môn Phụ Sản và ATCS ĐHY Dược TP.HCM, 2020



Hình 5: Kỹ thuật khâu phục hồi lớp niêm mạc

Đường khâu niêm mạc là một đường khâu liên tục, không vắt (B). Đường khâu được kết thúc ở tiền đình âm hộ (*), dính khớp hai mép của màng trinh lại với nhau (A). (**): da bên ngoài, (***) niêm mạc bên trong.

Nguồn: Bộ môn Phụ Sản và ATCS ĐHY Dược TP.HCM, 2020

Chú ý hai mép có thể có độ dài không đều nhau, do mô bị kéo giãn khi cắt.

Các mũi khâu trên mép sau có thể cách giãn hơi xa hơn các mũi khâu trên mép trước một ít (khoảng 1 mm).

Khi đến vị trí của lỗ mở âm đạo (vết tích của màng trinh), dính 2 mép ngoài vết thương với nhau cho khớp.

Lớp cơ phải được khâu riêng.

Khâu phục hồi lớp cơ

Phải dùng pick-up kẹp mô để thấy rõ trước khi khâu.

Không được phép khâu mù mà không kẹp mô lên.

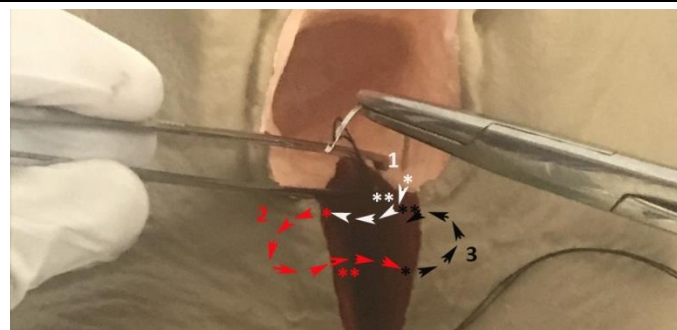
Khâu mù rất dễ gây thâm phải trực tràng.

Nếu tổn thương phức tạp và khâu khó, thì phải thăm trực tràng để chắc chắn rằng không khâu phải trực tràng.

Không cột chỉ sau khi kết thúc lớp niêm mạc.

Khâu lớp cơ được thực hiện tiếp ngay sau khâu niêm mạc.

Khâu phục hồi lớp cơ bắt đầu bằng mũi khâu “crown” đỉnh 2 mép đứt của cơ hành hang (hình 6).



Hình 6: Kỹ thuật khâu 2 đầu cơ hành hang bằng mũi khâu “crown”.

Đường khâu tiếp nối đường khâu niêm mạc. Mũi crown có bản chất là mũi chữ U, xuất phát từ tiền đình một bên (* trắng), đi ra ở đầu cơ hành hang ngang-cùng bên (** trắng) 1, rồi đi vào ở đầu cơ hành hang đối diện (* đỏ), để thoát ra cùng bên đó (** đỏ) 2, rồi đi vào lại bên xuất phát (* đen) cuối cùng đi ra ở gần nơi khởi đầu (** đen) 3.

Nguồn: Bộ môn Phụ Sản và ATCS ĐHY Dược TP.HCM, 2020

Đường khâu liên tục khâu 2 cơ nâng hậu môn tiếp theo sau ngay sau mũi crown.

Mũi liên tục được dùng cho những tổn thương đơn giản.

Nếu tổn thương lớp cơ là sâu hay phức tạp, thì buộc phải khâu bằng mũi rời.

Nếu tổn thương sâu, có thể phải thực hiện khâu theo 2 lớp để tránh khoảng chết.

Khâu phục hồi lớp da

Nếu đơn giản, lớp da được khâu bằng mũi liên tục trong da.

Nếu vết thương do cắt không biến chứng, đơn giản, nguy cơ nhiễm trùng thấp, thì tiếp tục đường khâu liên tục.

Sau khi kết thúc lớp cơ ở gần đỉnh của vết cắt ngoài da, thì chuyển sang khâu trong da, theo hướng ngược lại về phía lỗ mở âm đạo.

Nếu tổn thương phức tạp, có nguy cơ tụ máu hay nhiễm trùng cao, thì phải khâu da bằng các mũi rời, để có thể cắt chỉ bỏ mỗi khi cần thiết.

Đường khâu da mũi rời đi theo hướng từ lỗ mở âm đạo về phía đỉnh vết thương da.

Lưu ý đến độ chênh về chiều dài giữa 2 mép da.

Khi khâu da, cũng cần lưu ý đến độ dài không đều nhau của 2 mép da trên và dưới.

Các mũi khâu ở mép sau có thể cách giãn hơi xa hơn các mũi khâu ở mép trước khoảng 1-2 mm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Âu Nhật Luân. *Bóc nhau nhân tạo Kiểm tra cổ tử cung và đường sanh*. Bài giảng Sản khoa. Bộ môn Phụ Sản Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. 1st Ed. Nhà xuất bản Y học, 2020, pp 387-394.
2. WHO. *WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*. The WHO reproductive health library. Geneva. 2018. <https://extranet.who.int/rhl/guidelines/who-recommendations-intrapartum-care-positive-childbirth-experience> .
3. Kettle C, Dowswell T, Ismail KMK. *Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 11. Art. No.: CD000947. DOI: 10.1002/14651858.CD000947.pub3.
4. Obstetrics and gynecology 7th Edition. Tác giả Beckmann. Hợp tác xuất bản với ACOG. Nhà xuất bản Wolters Kluwer Health 2014.
5. Williams Obstetrics 24th Edition. Nhà xuất bản McGraw-Hill Education 2014.

Sau khi hoàn tất phẫu thuật

Nhớ lấy hết tampon sau khi khâu xong.

Kiểm tra lại có tụ máu hay không.

Nếu cần thì kiểm tra trực tràng xem có bị khâu phải không.

Kháng sinh không phải là bắt buộc.