**QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

**CHUYÊN NGÀNH SẢN PHỤ KHOA**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 2005/QĐ-TTYT ngày 20/9/2022*

*của Trung tâm Y tế Hải Hà)*

**MỤC LỤC**

[1. PHẪU THUẬT LẤY THAI VÀ CẮT TỬ CUNG TRONG RAU CÀI RĂNG LƯỢC 7](#_Toc115965651)

[2. PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN HAI TRỞ LÊN 10](#_Toc115965652)

[3. PHẪU THUẬT LẤY THAI TRÊN NGƯỜI BỆNH CÓ SẸO MỔ BỤNG CŨ PHỨC TẠP 13](#_Toc115965653)

[4. PHẪU THUẬT LẤY THAI TRÊN NGƯỜI BỆNH MẮC BỆNH TOÀN THÂN ( TIM, THẬN, GAN, HUYẾT HỌC, NỘI TIẾT …) 16](#_Toc115965654)

[5. PHẪU THUẬT LẤY THAI DO BỆNH LÝ SẢN KHOA ( RAU TIỀN ĐẠO, RAU BONG NON, TIỀN SẢN GIẬT, SẢN GIẬT …) 19](#_Toc115965655)

[6. PHẪU THUẬT LẤY THAI TRÊN NGƯỜI BỆNH CÓ BỆNH TRUYỀN NHIỄM ( VIÊM GAN NẶNG, HIV – AIDS, H5N1, TIÊU CHẢY CẤP, COVID – 19…) 22](#_Toc115965656)

[7. PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN ĐẦU 25](#_Toc115965657)

[8. PHẪU THUẬT LẤY THAI CÓ KÈM CÁC KỸ THUẬT CẦM MÁU ( THẮT ĐỘNG MẠCH TỬ CUNG, KHÂU MŨI B-LYNCH…) 28](#_Toc115965658)

[9. PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH NẶNG, VIÊM PHÚC MẠC NẶNG, KÈM VỠ TẠNG TRONG TIỂU KHUNG, VỠ TỬ CUNG PHỨC TẠP. 32](#_Toc115965659)

[10. PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG VÀ THẮT ĐỘNG MẠCH HẠ VỊ DO CHẢY MÁU THỨ PHÁT SAU PHẪU THUẬT SẢN KHOA 35](#_Toc115965660)

[11. PHẪU THUẬT THẮT ĐỘNG MẠCH HẠ VỊ TRONG CẤP CỨU SẢN PHỤ KHOA 38](#_Toc115965661)

[12. PHẪU THUẬT THẮT ĐỘNG MẠCH TỬ CUNG TRONG CẤP CỨU SẢN PHỤ KHOA 41](#_Toc115965662)

[13. PHẪU THUẬT BẢO TỒN TỬ CUNG DO VỠ TỬ CUNG 43](#_Toc115965663)

[14. PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG ĐƯỜNG TIÊU HÓA DO TAI BIẾN PHẪU THUẬT SẢN PHỤ KHOA 45](#_Toc115965664)

[15. PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG MẠCH MÁU DO TAI BIẾN PHẪU THUẬT SẢN PHỤ KHOA 47](#_Toc115965665)

[16. PHẪU THUẬT CẮT LỌC VẾT MỔ KHÂU LẠI TỬ CUNG SAU MỔ LẤY THAI 48](#_Toc115965666)

[17. KHÂU TỬ CUNG DO NẠO THỦNG 50](#_Toc115965667)

[18. GIẢM ĐAU TRONG ĐẺ BẰNG PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG 52](#_Toc115965668)

[19. GÂY CHUYỂN DẠ BẰNG THUỐC 55](#_Toc115965669)

[20. NGHIỆM PHÁP LỌT NGÔI CHỎM 58](#_Toc115965670)

[21. ĐẺ CHỈ HUY BẰNG TRUYỀN OXYTOCINE TĨNH MẠCH 60](#_Toc115965671)

[22. THEO DÕI NHỊP TIM THAI VÀ CƠN CO TỬ CUNG BẰNG MONITORING SẢN KHOA 63](#_Toc115965672)

[23. ĐỠ ĐẺ NGÔI NGƯỢC 67](#_Toc115965673)

[24. NỘI XOAY THAI 73](#_Toc115965674)

[25. ĐỠ ĐẺ TỪ SINH ĐÔI TRỞ LÊN 76](#_Toc115965675)

[26. FORCEPS 80](#_Toc115965676)

[27. GIÁC HÚT SẢN KHOA 83](#_Toc115965677)

[28. SOI ỐI 87](#_Toc115965678)

[29. KHÂU PHỤC HỒI RÁCH CỔ TỬ CUNG, ÂM ĐẠO 88](#_Toc115965679)

[30. THỦ THUẬT CẶP KÉO CỔ TỬ CUNG XỬ TRÍ BĂNG HUYẾT SAU ĐẺ SAU SẢY, SAU NẠO 91](#_Toc115965680)

[31. LẤY KHỐI MÁU TỤ ÂM ĐẠO, TẦNG SINH MÔN 93](#_Toc115965681)

[32. ĐỠ ĐẺ THƯỜNG NGÔI CHỎM 96](#_Toc115965682)

[33. CẮT VÀ KHÂU TẦNG SINH MÔN 100](#_Toc115965683)

[34. XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN III CUỘC CHUYỂN DẠ ĐẺ 103](#_Toc115965684)

[35. NGHIỆM PHÁP BONG RAU, ĐỠ RAU, KIỂM TRA RAU 106](#_Toc115965685)

[36. KIỂM SOÁT TỬ CUNG 109](#_Toc115965686)

[37. BÓC RAU NHÂN TẠO 112](#_Toc115965687)

[38. KỸ THUẬT BẤM ỐI 114](#_Toc115965688)

[39. LÀM THUỐC VẾT KHÂU TẦNG SINH MÔN NHIỄM KHUẨN 116](#_Toc115965689)

[40. KHÁM THAI 118](#_Toc115965690)

[41. HỦY THAI: CẮT THAI NHI TRONG NGÔI NGANG 121](#_Toc115965691)

[42. KỸ THUẬT CHỌC SỌ - KẸP ĐỈNH SỌ 123](#_Toc115965692)

[43. CHỌC ỐI ĐIỀU TRỊ ĐA ỐI 126](#_Toc115965693)

[44. NONG CỔ TỬ CUNG DO BẾ SẢN DỊCH 128](#_Toc115965694)

[45. NẠO SÓT THAI SỐT RAU SAU SẨY, SAU ĐẺ 131](#_Toc115965695)

[46. ĐIỀU TRỊ TẮC TIA SỮA BẰNG MÁY HÚT 134](#_Toc115965696)

[47. ĐIỀU TRỊ TẮC TIA SỮA BẰNG SÓNG NGẮN, HỒNG NGOẠI 136](#_Toc115965697)

[48. KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG 138](#_Toc115965698)

[49. CẮT CHỈ KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG 140](#_Toc115965699)

[50. CHÍCH ÁP XE TẦNG SINH MÔN 142](#_Toc115965700)

[51. PHẪU THUẬT UNG THƯ BUỒNG TRỨNG, CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN, HAI PHẦN PHỤ VÀ MẠC NỐI LỚN 144](#_Toc115965701)

[52. CẮT U TIỂU KHUNG THUỘC TỬ CUNG, BUỒNG TRỨNG TO, DÍNH, CẮM SÂU TRONG TIỂU KHUNG 146](#_Toc115965702)

[53. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN 148](#_Toc115965703)

[54. PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG ĐƯỜNG ÂM ĐẠO CÓ HỖ TRỢ CỦA NỘI SOI 152](#_Toc115965704)

[55. PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG ĐƯỜNG ÂM ĐẠO 157](#_Toc115965705)

[56. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN 161](#_Toc115965706)

[57. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN CẢ KHỐI 164](#_Toc115965707)

[58. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN 167](#_Toc115965708)

[59. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG BÓC U XƠ TỬ CUNG 170](#_Toc115965709)

[60. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG CẮT U BUỒNG TRỨNG HOẶC CẮT PHẦN PHỤ 173](#_Toc115965710)

[61. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG XỬ TRÍ VIÊM PHÚC MẠC TIỂU KHUNG, VIÊM PHẦN PHỤ, Ứ MỦ VÒI TRỨNG 176](#_Toc115965711)

[62. PHẪU THUẬT KHỐI VIÊM DÍNH TIỂU KHUNG 178](#_Toc115965712)

[63. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT PHẦN PHỤ 180](#_Toc115965713)

[64. PHẪU THUẬT NỘI SOI BÓC U LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG 184](#_Toc115965714)

[65. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U NANG BUỒNG TRỨNG XOẮN 187](#_Toc115965715)

[66. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U NANG BUỒNG TRỨNG, NANG CẠNH VÒI TỬ CUNG 189](#_Toc115965716)

[67. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U NANG BUỒNG TRỨNG 192](#_Toc115965717)

[KÈM TRIỆT SẢN 192](#_Toc115965718)

[68. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U BUỒNG TRỨNG VÀ PHẦN PHỤ 195](#_Toc115965719)

[69. CHỌC NANG BUỒNG TRỨNG ĐƯỜNG ÂM ĐẠO DƯỚI SIÊU ÂM 199](#_Toc115965720)

[70. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT GÓC TỬ CUNG 200](#_Toc115965721)

[71. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG CẮT GÓC TỬ CUNG 203](#_Toc115965722)

[72. PHẪU THUẬT NỘI SOI THAI NGOÀI TỬ CUNG VỠ 206](#_Toc115965723)

[73. PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG CHẨN ĐOÁN- TIÊM MTX TẠI CHỖ ĐIỀU TRỊ THAI NGOÀI TỬ CUNG 211](#_Toc115965724)

[74. PHẪU THUẬT NỘI SOI THAI NGOÀI TỬ CUNG CHƯA VỠ 215](#_Toc115965725)

[75. PHẪU THUẬT CHỬA NGOÀI TỬ CUNG VỠ CÓ CHOÁNG 220](#_Toc115965726)

[76. PHẪU THUẬT CHỬA NGOÀI TỬ CUNG KHÔNG CÓ CHOÁNG 223](#_Toc115965727)

[77. PHẪU THUẬT CHỬA NGOÀI TỬ CUNG THỂ HUYẾT TỤ THÀNH NANG 228](#_Toc115965728)

[78. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ VÔ SINH (SOI BUỒNG TỬ CUNG + NỘI SOI Ổ BỤNG) 231](#_Toc115965729)

[79. PHẪU THUẬT NỘI SOI SA SINH DỤC NỮ 235](#_Toc115965730)

[80. PHẪU THUẬT CROSSEN 237](#_Toc115965731)

[81. PHẪU THUẬT CẮT VÁCH NGĂN ÂM ĐẠO, MỞ THÔNG ÂM ĐẠO 241](#_Toc115965732)

[82. PHẪU THUẬT CẮT ÂM VẬT PHÌ ĐẠI 243](#_Toc115965733)

[83. PHẪU THUẬT CẮT TINH HOÀN LẠC CHỖ 245](#_Toc115965734)

[84. PHẪU THUẬT BÓC KHỐI LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG Ở TẦNG SINH MÔN, THÀNH BỤNG 248](#_Toc115965735)

[85. PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG TẦNG SINH MÔN 251](#_Toc115965736)

[86. CẮT CỔ TỬ CUNG TRÊN BỆNH NHÂN ĐÃ MỔ CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN ĐƯỜNG BỤNG 254](#_Toc115965737)

[87. CẮT CỔ TỬ CUNG TRÊN BỆNH NHÂN ĐÃ MỔ CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN ĐƯỜNG ÂM ĐẠO 256](#_Toc115965738)

[88. CẮT CỔ TỬ CUNG TRÊN BỆNH NHÂN ĐÃ MỔ CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN ĐƯỜNG ÂM ĐẠO KẾT HỢP NỘI SOI 259](#_Toc115965739)

[89. PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CẮT NHÂN XƠ TỬ CUNG DƯỚI NIÊM MẠC 261](#_Toc115965740)

[90. PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG LẤY DỊ VẬT BUỒNG TỬ CUNG 264](#_Toc115965741)

[91. NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CHẨN ĐOÁN 267](#_Toc115965742)

[92. NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CAN THIỆP 271](#_Toc115965743)

[93. NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG + SINH THIẾT BUỒNG TỬ CUNG 275](#_Toc115965744)

[94. NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG + NẠO BUỒNG TỬ CUNG 279](#_Toc115965745)

[95.PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG CHẨN ĐOÁN CÁC BỆNH LÝ PHỤ KHOA 283](#_Toc115965746)

[96. LÀM LẠI VẾT MỔ THÀNH BỤNG (BỤC, TỤ MÁU, NHIỄM KHUẨN...) SAU PHẪU THUẬT SẢN PHỤ KHOA 287](#_Toc115965747)

[97. CHỌC HÚT DỊCH MÀNG BỤNG, MÀNG PHỔI DO QUÁ KÍCH BUỒNG TRỨNG 290](#_Toc115965748)

[98. KHOÉT CHÓP CỔ TỬ CUNG 294](#_Toc115965749)

[99. CẮT CỔ TỬ CUNG BẰNG VÒNG NHIỆT ĐIỆN (LEEP) 297](#_Toc115965750)

[100. PHẪU THUẬT CẮT POLIP CỔ TỬ CUNG 300](#_Toc115965751)

[101. THỦ THUẬT XOẮN POLIP CỔ TỬ CUNG, ÂM ĐẠO 302](#_Toc115965752)

[102. ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG CỔ TỬ CUNG BẰNG ĐỐT ĐIỆN, ĐỐT NHIỆT, ĐỐT LASER, ÁP LẠNH... 304](#_Toc115965753)

[103. CẮT U THÀNH ÂM ĐẠO 308](#_Toc115965754)

[104. LẤY DỊ VẬT ÂM ĐẠO 312](#_Toc115965755)

[105. KHÂU RÁCH CÙNG ĐỒ ÂM ĐẠO 314](#_Toc115965756)

[106. LÀM LẠI THÀNH ÂM ĐẠO, TẦNG SINH MÔN KHÂU CƠ VÒNG DO RÁCH PHỨC TẠP 317](#_Toc115965757)

[107. CHÍCH ÁP XE TUYẾN BARTHOLIN 319](#_Toc115965758)

[108. BÓC NANG TUYẾN BARTHOLIN 321](#_Toc115965759)

[109. CHÍCH RẠCH MÀNG TRINH DO Ứ MÁU KINH 323](#_Toc115965760)

[110. SINH THIẾT CỔ TỬ CUNG, ÂM HỘ, ÂM ĐẠO 325](#_Toc115965761)

[111. CẮT, ĐỐT SÙI MÀO GÀ ÂM HỘ, ÂM ĐẠO, TẦNG SINH MÔN 327](#_Toc115965762)

[112. NONG BUỒNG TỬ CUNG ĐẶT DỤNG CỤ CHỐNG DÍNH 329](#_Toc115965763)

[113. HÚT BUỒNG TỬ CUNG DO RONG KINH, RONG HUYẾT 332](#_Toc115965764)

[114. NẠO HÚT THAI TRỨNG 335](#_Toc115965765)

[115. DẪN LƯU CÙNG ĐỒ DOUGLAS 338](#_Toc115965766)

[116. CHỌC DÒ TÚI CÙNG DOUGLAS 340](#_Toc115965767)

[117. CHỌC HÚT DỊCH DO MÁU TỤ SAU MỔ 342](#_Toc115965768)

[118. CHỌC DẪN LƯU DỊCH CỔ CHƯỚNG TRONG UNG THƯ BUỒNG TRỨNG 344](#_Toc115965769)

[119. CHÍCH ÁP XE VÚ 348](#_Toc115965770)

[120. KHÁM NAM KHOA 350](#_Toc115965771)

[121. KHÁM PHỤ KHOA 352](#_Toc115965772)

[122. SOI CỔ TỬ CUNG 354](#_Toc115965773)

[123. LÀM THUỐC ÂM ĐẠO 358](#_Toc115965774)

[124. CẮT U VÚ LÀNH TÍNH 359](#_Toc115965775)

[125. BÓC NHÂN XƠ VÚ 361](#_Toc115965776)

[126. CẮT BỎ ÂM HỘ ĐƠN THUẦN 364](#_Toc115965777)

[127. KHÁM MẮT SƠ SINH NON THÁNG ĐỂ TẦM SOÁT BỆNH LÝ VÕNG MẠC 366](#_Toc115965778)

[128. NUÔI DƯỠNG SƠ SINH QUA ĐƯỜNG TĨNH MẠCH 368](#_Toc115965779)

[129. ĐẶT ỐNG THÔNG TĨNH MẠCH RỐN SƠ SINH 370](#_Toc115965780)

[130. ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN - THỞ MÁY 374](#_Toc115965781)

[131. THỞ ÁP LỰC DƯƠNG LIÊN TỤC (CPAP) 378](#_Toc115965782)

[132. CHỌC DÒ TỦY SỐNG SƠ SINH 382](#_Toc115965783)

[133. ĐIỀU TRỊ VÀNG DA Ở TRẺ SƠ SINH BẰNG PHƯƠNG PHÁP CHIẾU ĐÈN 386](#_Toc115965784)

[134. TRUYỀN MÁU SƠ SINH 389](#_Toc115965785)

[135. CHỌC HÚT DỊCH, KHÍ MÀNG PHỔI SƠ SINH 392](#_Toc115965786)

[136. ĐẶT ỐNG THÔNG DẠ DÀY SƠ SINH 395](#_Toc115965787)

[137. RỬA DẠ DÀY SƠ SINH 397](#_Toc115965788)

[138. ÉP TIM NGOÀI LỒNG NGỰC 400](#_Toc115965789)

[139. DẪN LƯU MÀNG PHỔI SƠ SINH 403](#_Toc115965790)

[140. KHÁM SƠ SINH 406](#_Toc115965791)

[141. CHĂM SÓC RỐN SƠ SINH 415](#_Toc115965792)

[142. TẮM SƠ SINH 417](#_Toc115965793)

[143. ĐẶT SONDE HẬU MÔN SƠ SINH 420](#_Toc115965794)

[144. BÓP BÓNG AMBU QUA MẶT NẠ 422](#_Toc115965795)

[145. HỒI SỨC SƠ SINH NGẠT 424](#_Toc115965796)

[146. CỐ ĐỊNH TẠM THỜI NGƯỜI BỆNH GÃY XƯƠNG 429](#_Toc115965797)

[147. LỌC RỬA TINH TRÙNG 433](#_Toc115965798)

[148. BƠM TINH TRÙNG VÀO BUỒNG TỬ CUNG (IUI) 435](#_Toc115965799)

[149. PHẪU THUẬT NỘI SOI LẤY DỤNG CỤ TỬ CUNG TRONG Ổ BỤNG 437](#_Toc115965800)

[150. LẤY DỤNG CỤ TỬ CUNG TRONG Ổ BỤNG QUA ĐƯỜNG RẠCH NHỎ 440](#_Toc115965801)

[151. PHẪU THUẬT NỘI SOI TRIỆT SẢN NỮ 442](#_Toc115965802)

[152. TRIỆT SẢN NỮ QUA ĐƯỜNG RẠCH NHỎ 445](#_Toc115965803)

[153. CẤY,RÚT MẢNH GHÉP TRÁNH THAI ( LOẠI NHIỀU NANG) 448](#_Toc115965804)

[154. CẤY – THÁO THUỐC TRÁNH THAI ( LOẠI MỘT NANG) 451](#_Toc115965805)

[155. TRIỆT SẢN NAM 454](#_Toc115965806)

[156. ĐẶT VÀ THÁO DỤNG CỤ TỬ CUNG 459](#_Toc115965807)

[157. PHÁ THAI NỘI KHOA ĐẾN HẾT 9 TUẦN 464](#_Toc115965808)

[158. PHÁ NỘI KHOA ĐẾN HẾT 8 TUẦN VÔ KINH 468](#_Toc115965809)

[159. PHÁ THAI BẰNG THUỐC TỪ TUẦN 13 ĐẾN HẾT TUẦN 22 472](#_Toc115965810)

[160 .PHÁ THAI TỪ 13 ĐẾN 18 TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP NONG VÀ GẮP THAI 476](#_Toc115965811)

[161. PHÁ THAI BỆNH LÝ ( BỆNH LÝ MẸ, BỆNH LÝ THAI) 480](#_Toc115965812)

[162. PHÁ THAI NGƯỜI BỆNH CÓ SẸO MỔ LẤY THAI CŨ 490](#_Toc115965813)

[163. HÚT THAI CÓ KIỂM SOÁT BẰNG NỘI SOI 497](#_Toc115965814)

[164. HÚT THAI DƯỚI SIÊU ÂM 502](#_Toc115965815)

[165. PHÁ THAI TỪ TUẦN THỨ 6 ĐẾN HẾT 12 TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT CHÂN KHÔNG 506](#_Toc115965816)

[166. PHÁ THAI BẰNG THUỐC CHO TUỔI THAI ĐẾN HẾT 7 TUẦN 509](#_Toc115965817)

[167. HÚT THAI, TRIỆT SẢN QUA ĐƯỜNG RẠCH NHỎ 513](#_Toc115965818)

[168. PHÁ THAI ĐẾN HẾT 7 TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT CHÂN KHÔNG. 517](#_Toc115965819)

## 1. PHẪU THUẬT LẤY THAI VÀ CẮT TỬ CUNG TRONG RAU CÀI RĂNG LƯỢC

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Rau cài răng lược là một loại bệnh lý sản khoa xảy ra khi các gai rau bám đến lớp cơ tử cung, hoặc đâm xuyên qua thành tử cung

- Biến chứng nghiêm trọng của thai nghén.

- Tình trạng mất máu tối cấp và đe dọa tính mạng của bệnh nhân.

- 90% BN RCRL cần truyền máu, và 40% trường hợp cần truyền hơn 10 đơn vị HCK

- Nguy cơ tổn thương hệ tiết niệu rất cao

- Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung. Trong rau cài răng lược cần nhanh chóng cắt tử cung cầm máu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Rau cài răng lược được chẩn đoán trước trong 3 tháng cuối của thai kỳ

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- 1 Kíp gây mê , hồi sức.

- 1 Kíp phẫu thuật chuyên khoa phụ sản, chuyên khoa ngoại tiết niệu mạch máu.

- 1 Kíp hồi sức cấp cứu sơ sinh

- Nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh.

**2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc**

- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tủy sống, gây mê toàn thân.

- 01 Bộ dụng cụ mổ lấy thai đã tiệt trùng.

- 01 Bộ dụng cụ cắt tử cung đã tiệt trùng.

- Phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh.

- Các thuốc để hồi sức và các thuốc dùng trong sản khoa.

- 10 ĐV Khối hồng cầu cùng nhóm; Dung dịch cao phân tử và các dung dịch thay thế khác.

**3. Người bệnh**

- Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, cắt tử cung, Truyền máu, nguy cơ tử vong cho cả mẹ và thai nhi, nguy cơ tổn thương các mạch máu lớn, Bàng Quang, Đại - Trực Tràng, ký giấy cam đoan phẫu thuật chấp nhận rủi do.

- Thông đái, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Đầy đủ theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Gây mê toàn thân

Cắt bỏ sẹo mổ cũ đường giữa dưới rốn hoặc ngang trên vệ

Mở dọc thân tử cung lấy thai, không bóc rau ( Chuyển hồi sức sơ sinh)

Kẹp cầm máu các mép vết mổ

Cắt dây chằng tròn, dây chằng tử cung-buồng trứng

Tiếp cận mặt sau tử cung, xác định vị trí cổ tử cung, đoạn eo

Rạch mặt sau cổ tử cung (thấp hơn eo tử cung 1cm) cho đến khi chạm ống cổ tử cung

Dùng pince kẹp và cắt vòng quanh cổ tử cung sang bên và ra trước

Lật ngược cổ tử cung ra sau và lên trên

Dùng ngón tay tách dây chằng rộng 2 bên, kẹp cắt ĐM tử cung

Phẫu tích tiếp bằng ngón tay ở mặt sau bàng quang và mặt trước tử cung

Tách rời bàng quang khỏi mặt trước tử cung

Khâu mỏm cắt cổ tử cung

Phục hồi tổn thương bàng quang nếu có

Khâu phục hồi thành bụng

**V. THEO DÕI CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT**

**1. Theo dõi sau phẫu thuật.**

- Mạch, huyết áp, toàn trạng

- Bài tiết nước tiểu.

- Máu âm đạo.

- Tình trạng ổ bụng

- Vết mổ thành bụng.

- Tỉnh trạng

- Tình trạng thiếu máu

- Trung tiện.

**2. Chăm sóc.**

- Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật.

- Cho sản phụ uống, ăn (uống, thức ăn lỏng khi đã trung tiện, ăn bình thường sau khi đã có trung tiện tốt).

- Vận động sớm.

- Cho con bú nếu đủ điều kiện.

**VI. BIẾN CHỨNG**

**1. Trong phẫu thuật**

- Chảy máu

- Đâm xuyên bàng quang, trực tràng

- Chấn thương thai nhi

- Chấn thương ruột

- Rạch vào bàng quang

- Thắt vào niệu quản

**2. Sau phẫu thuật**

- Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết.

- Chảy máu, nhiễm trùng vết mổ.

***Tài liệu tham khảo:***

Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – Bộ Y Tế 2013; Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý sản phụ khoa – Bộ Y Tế 2015.

## 2. PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN HAI TRỞ LÊN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Vết mổ đẻ cũ lần II trở lên

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Kíp gây mê hồi sức.

- Kíp phẫu thuật.

- Nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh.

**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. Người bệnh**

- Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật.

- Thông đái, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Đầy đủ theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Thì 1.** Mở bụng:

- Rạch da đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ, cắt bỏ sẹo mổ đẻ cũ – Vào ổ bụng

- Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ.

**Thì 2.** Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung.

**Thì 3.** Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối:

- Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới.

- Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10 cm.

**Thì 4.** Lấy thai và rau:

- Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại.

- Dùng miếng gạc mỏng lau nhớt miệng trẻ.

- Kẹp và cắt dây rốn 1 thì.

- Cho tiếp xúc da kề da 90’ sau mổ ( Nếu đủ điều kiện)

- Tiêm tĩnh mạch chậm(qua dây truyền) 10 đơn vị oxytocin. Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần.

- Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy.

**Thì 5.** Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc:

- Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1. Có thể bằng mũi rời hay khâu vắt có khóa hay không có khóa. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung. Không nên khâu cả lớp nội mạc tử cung. Thông thường khâu một lớp là đủ. Nếu cần thì khâu vắt lớp thứ hai để cầm máu và che phủ lớp khâu thứ nhất.

- Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung bắt buộc khi có nguy cơ nhiễm khuẩn.

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

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

**Thì 8:** Lấy máu và lau âm đạo.

**V. THEO DÕI CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT**

**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.

**2. Chăm sóc.**

- Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật.

- Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện).

- Vận động sớm.

- Cho con bú sớm.

- Kháng sinh điều trị (nếu cần).

**VI. BIẾN CHỨNG**

**1. Trong phẫu thuật**

- Chảy máu

- Chấn thương thai nhi

- Chấn thương ruột

- Rạch vào bàng quang

- Thắt vào niệu quản

**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.

***Tài liệu tham khảo:***

Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – Bộ Y Tế 2013; Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý sản phụ khoa – Bộ Y Tế 2015.

## 3. PHẪU THUẬT LẤY THAI TRÊN NGƯỜI BỆNH CÓ SẸO MỔ BỤNG CŨ PHỨC TẠP

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật lấy thai trên người bệnh có sẹo mổ bụng cũ phức tạp là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung trên người bệnh có sẹo mổ bụng cũ phức tạp.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Thai đủ tháng/ Thai phụ có sẹo mổ bụng cũ phức tạp

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Kíp gây mê hồi sức.

- Kíp phẫu thuật.

- Nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh.

**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. Người bệnh**

- Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật.

- Thông đái, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Đầy đủ theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Thì 1.** Mở bụng:

- Rạch da đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ, cắt bỏ sẹo mổ bụng cũ phức tạp, gỡ dính – Vào ổ bụng

- Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ.

**Thì 2.** Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung.

**Thì 3.** Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối:

- Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới.

- Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10 cm.

**Thì 4.** Lấy thai và rau:

- Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại.

- Dùng miếng gạc mỏng lau nhớt miệng trẻ.

- Kẹp và cắt dây rốn 1 thì.

- Cho tiếp xúc da kề da 90’ sau mổ ( Nếu đủ điều kiện)

- Tiêm tĩnh mạch chậm(qua dây truyền) 10 đơn vị oxytocin. Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần.

- Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy.

**Thì 5.** Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc:

- Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1. Có thể bằng mũi rời hay khâu vắt có khóa hay không có khóa. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung. Không nên khâu cả lớp nội mạc tử cung. Thông thường khâu một lớp là đủ. Nếu cần thì khâu vắt lớp thứ hai để cầm máu và che phủ lớp khâu thứ nhất.

- Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung bắt buộc khi có nguy cơ nhiễm khuẩn.

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

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

**Thì 8:** Lấy máu và lau âm đạo.

**V. THEO DÕI CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT**

**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.

**2. Chăm sóc.**

- Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật.

- Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện).

- Vận động sớm.

- Cho con bú sớm.

- Kháng sinh điều trị (nếu cần).

**VI. BIẾN CHỨNG**

**1. Trong phẫu thuật**

- Chảy máu

- Chấn thương thai nhi

- Chấn thương ruột

- Rạch vào bàng quang

- Thắt vào niệu quản

**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.

***Tài liệu tham khảo:***

Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – Bộ Y Tế 2013; Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý sản phụ khoa – Bộ Y Tế 2015.

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

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật lấy thai trên người bệnh mắc bệnh toàn thân ( thận, tim, gan, huyết học, nội tiết …) là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung trên người bệnh mắc bệnh toàn thân ( thận, tim, gan, huyết học, nội tiết …).

**II. CHỈ ĐỊNH**

Thai đủ tháng / Người bệnh mắc bệnh toàn thân ( thận, tim, gan, huyết học, nội tiết …)

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Kíp gây mê hồi sức.

- Kíp phẫu thuật.

- Nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh.

**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. Người bệnh**

- Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật.

- Thông đái, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Đầy đủ theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Thì 1.** Mở bụng:

- Rạch da đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ, cắt bỏ sẹo mổ bụng cũ phức tạp, gỡ dính – Vào ổ bụng

- Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ.

**Thì 2.** Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung.

**Thì 3.** Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối:

- Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới.

- Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10 cm.

**Thì 4.** Lấy thai và rau:

- Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại.

- Dùng miếng gạc mỏng lau nhớt miệng trẻ.

- Kẹp và cắt dây rốn 1 thì.

- Cho tiếp xúc da kề da 90’ sau mổ ( Nếu đủ điều kiện)

- Tiêm tĩnh mạch chậm(qua dây truyền) 10 đơn vị oxytocin. Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần.

- Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy.

**Thì 5.** Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc:

- Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1. Có thể bằng mũi rời hay khâu vắt có khóa hay không có khóa. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung. Không nên khâu cả lớp nội mạc tử cung. Thông thường khâu một lớp là đủ. Nếu cần thì khâu vắt lớp thứ hai để cầm máu và che phủ lớp khâu thứ nhất.

- Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung bắt buộc khi có nguy cơ nhiễm khuẩn.

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

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

**Thì 8:** Lấy máu và lau âm đạo.

**V. THEO DÕI CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT**

**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.

**2. Chăm sóc.**

- Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật.

- Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện).

- Vận động sớm.

- Cho con bú sớm.

- Kháng sinh điều trị (nếu cần).

**VI. BIẾN CHỨNG**

**1. Trong phẫu thuật**

- Chảy máu

- Chấn thương thai nhi

- Chấn thương ruột

- Rạch vào bàng quang

- Thắt vào niệu quản

**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.

***Tài liệu tham khảo:***

Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – Bộ Y Tế 2013; Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý sản phụ khoa – Bộ Y Tế 2015.

## 5. PHẪU THUẬT LẤY THAI DO BỆNH LÝ SẢN KHOA ( RAU TIỀN ĐẠO, RAU BONG NON, TIỀN SẢN GIẬT, SẢN GIẬT …)

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật lấy thai do bệnh lý sản khoa ( rau tiền đạo, rau bong non, tiền sản giật, sản giật…) là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung trên những thai phụ có bệnh lý sản khoa ( rau tiền đạo, rau bong non, tiền sản giật, sản giật…).

**II. CHỈ ĐỊNH**

Thai đủ tháng/ Bệnh nhân có bệnh lý sản khoa ( rau tiền đạo, rau bong non, tiền sản giật, sản giật…)

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Kíp gây mê hồi sức.

- Kíp phẫu thuật.

- Nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh.

**2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc**

- Bộ dụng cụ, thuốc dùng 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. Người bệnh**

- Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật.

- Thông đái, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Đầy đủ theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Thì 1.** Mở bụng:

- Rạch da đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ, cắt bỏ sẹo mổ đẻ cũ – Vào ổ bụng

- Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ.

**Thì 2.** Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung.

**Thì 3.** Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối:

- Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới.

- Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10 cm.

**Thì 4.** Lấy thai và rau:

- Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại.

- Dùng miếng gạc mỏng lau nhớt miệng trẻ.

- Kẹp và cắt dây rốn 1 thì.

- Cho tiếp xúc da kề da 90’ sau mổ ( Nếu đủ điều kiện)

- Tiêm tĩnh mạch chậm(qua dây truyền) 10 đơn vị oxytocin. Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần.

- Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy.

**Thì 5.** Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc:

- Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1. Có thể bằng mũi rời hay khâu vắt có khóa hay không có khóa. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung. Không nên khâu cả lớp nội mạc tử cung. Thông thường khâu một lớp là đủ. Nếu cần thì khâu vắt lớp thứ hai để cầm máu và che phủ lớp khâu thứ nhất.

- Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung bắt buộc khi có nguy cơ nhiễm khuẩn.

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

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

**Thì 8:** Lấy máu và lau âm đạo.

**V. THEO DÕI CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT**

**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.

**2. Chăm sóc.**

- Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật.

- Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện).

- Vận động sớm.

- Cho con bú sớm.

- Kháng sinh điều trị (nếu cần).

**VI. BIẾN CHỨNG**

**1. Trong phẫu thuật**

- Chảy máu

- Chấn thương thai nhi

- Chấn thương ruột

- Rạch vào bàng quang

- Thắt vào niệu quản

**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.

***Tài liệu tham khảo:***

Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – Bộ Y Tế 2013; Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý sản phụ khoa – Bộ Y Tế 2015.

## 6. PHẪU THUẬT LẤY THAI TRÊN NGƯỜI BỆNH CÓ BỆNH TRUYỀN NHIỄM ( VIÊM GAN NẶNG, HIV – AIDS, H5N1, TIÊU CHẢY CẤP, COVID – 19…)

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật lấy thai trên người bệnh có bệnh truyền nhiễm (Viêm gan nặng, HIV/AIDS, H5N1, tiêu chảy cấp, COVID-19 …) là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung trên những bệnh nhân có bệnh truyền nhiễm (Viêm gan nặng, HIV/AIDS, H5N1, tiêu chảy cấp, COVID-19…).

**II. CHỈ ĐỊNH**

Thai phụ có các bệnh truyền nhiễm (Viêm gan nặng, HIV – AIDS, H5N1, tiêu chảy cấp, COVID – 19 …)

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Kíp gây mê hồi sức.

- Kíp phẫu thuật.

- Nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh.

**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. Người bệnh**

- Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật.

- Thông đái, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Đầy đủ theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Thì 1.** Mở bụng:

- Rạch da đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ, cắt bỏ sẹo mổ đẻ cũ – Vào ổ bụng

- Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ.

**Thì 2.** Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung.

**Thì 3.** Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối:

- Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới.

- Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10 cm.

**Thì 4.** Lấy thai và rau:

- Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại.

- Dùng miếng gạc mỏng lau nhớt miệng trẻ.

- Kẹp và cắt dây rốn 1 thì.

- Cho tiếp xúc da kề da 90’ sau mổ ( Nếu đủ điều kiện)

- Tiêm tĩnh mạch chậm(qua dây truyền) 10 đơn vị oxytocin. Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần.

- Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy.

**Thì 5.** Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc:

- Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1. Có thể bằng mũi rời hay khâu vắt có khóa hay không có khóa. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung. Không nên khâu cả lớp nội mạc tử cung. Thông thường khâu một lớp là đủ. Nếu cần thì khâu vắt lớp thứ hai để cầm máu và che phủ lớp khâu thứ nhất.

- Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung bắt buộc khi có nguy cơ nhiễm khuẩn.

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

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

**Thì 8:** Lấy máu và lau âm đạo.

**V. THEO DÕI CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT**

**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.

**2. Chăm sóc.**

- Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật.

- Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện).

- Vận động sớm.

- Cho con bú sớm.

- Kháng sinh điều trị (nếu cần).

**VI. BIẾN CHỨNG**

**1. Trong phẫu thuật**

- Chảy máu

- Chấn thương thai nhi

- Chấn thương ruột

- Rạch vào bàng quang

- Thắt vào niệu quản

**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.

***Tài liệu tham khảo:***

Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – Bộ Y Tế 2013; Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý sản phụ khoa – Bộ Y Tế 2015.

## 7. PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN ĐẦU

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung.

**II. CHỈ ĐỊNH**

1) Do nguyên nhân từ thai.

- Các chỉ định do ngôi thai bất thường.

- Thai to

- Thai suy

- Bệnh lý của thai có chống chỉ định đẻ đường âm đạo:

2) Do nguyên nhân phần phụ của thai.

3) Do nguyên nhân đường sinh dục.

4) Do bệnh lý của mẹ

5) Những chỉ định khác

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Kíp gây mê hồi sức.

- Kíp phẫu thuật.

- Nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh.

**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. Người bệnh**

- Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật.

- Thông đái, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.

**4.Hồ sơ bệnh án:** Đầy đủ theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Thì 1.** Mở bụng:

- Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu.

- Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ.

**Thì 2.** Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung.

**Thì 3.** Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối:

- Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới.

- Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10 cm.

**Thì 4.** Lấy thai và rau:

- Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại.

- Dùng miếng gạc mỏng lau nhớt miệng trẻ.

- Kẹp và cắt dây rốn.

- Tiêm tĩnh mạch chậm(qua dây truyền) 10 đơn vị oxytocin. Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần.

- Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy.

**Thì 5.** Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc:

- Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1. Có thể bằng mũi rời hay khâu vắt có khóa hay không có khóa. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung. Không nên khâu cả lớp nội mạc tử cung. Thông thường khâu một lớp là đủ. Nếu cần thì khâu vắt lớp thứ hai để cầm máu và che phủ lớp khâu thứ nhất.

- Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung bắt buộc khi có nguy cơ nhiễm khuẩn.

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

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

**Thì 8:** Lấy máu và lau âm đạo.

**V. THEO DÕI CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT**

**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.

**2. Chăm sóc.**

- Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật.

- Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện).

- Vận động sớm.

- Cho con bú sớm.

- Kháng sinh điều trị (nếu cần).

**VI. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

**1. Trong phẫu thuật**

- Chảy máu

- Chấn thương thai nhi

- Chấn thương ruột

- Rạch vào bàng quang

- Thắt vào niệu quản

**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.

***Tài liệu tham khảo:***

Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – Bộ Y Tế 2013; Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý sản phụ khoa – Bộ Y Tế 2015.

## 8. PHẪU THUẬT LẤY THAI CÓ KÈM CÁC KỸ THUẬT CẦM MÁU ( THẮT ĐỘNG MẠCH TỬ CUNG, KHÂU MŨI B-LYNCH…)

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật lấy thai có kèm các kỹ thuật cầm máu là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung, tử cung co kém, chảy máu phải thực hiện các kỹ thuật cầm máu( Thắt động mạch tử cung, khâu mũi B-LYNCH …).

**II. CHỈ ĐỊNH**

Sau khi mổ lấy thai tử cung co kém, chảy máu

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Kíp gây mê hồi sức.

- Kíp phẫu thuật.

- Nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh.

**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. Người bệnh**

- Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật.

- Thông đái, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.

**4.Hồ sơ bệnh án:** Đầy đủ theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Thì 1.** Mở bụng:

- Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu.

- Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ.

**Thì 2.** Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung.

**Thì 3.** Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối:

- Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới.

- Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10 cm.

**Thì 4.** Lấy thai và rau:

- Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại.

- Dùng miếng gạc mỏng lau nhớt miệng trẻ.

- Kẹp và cắt dây rốn.

- Tiêm tĩnh mạch chậm(qua dây truyền) 10 đơn vị oxytocin. Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần.

- Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy.

**Thì 5.** Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc:

- Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1. Có thể bằng mũi rời hay khâu vắt có khóa hay không có khóa. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung. Không nên khâu cả lớp nội mạc tử cung. Thông thường khâu một lớp là đủ. Nếu cần thì khâu vắt lớp thứ hai để cầm máu và che phủ lớp khâu thứ nhất.

- Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung bắt buộc khi có nguy cơ nhiễm khuẩn.

**Thì 6.**

Lau sạch ổ bụng.

Kiểm tra tử cung co kém, chảy máu: Kích thích tử cung, tiêm các thuốc tăng co cơ tử cung… sau xử trí TC vẫn co kém từng đợt chảy máu – Tiến hành các kỹ thuật cầm máu:

Thắt động mạch tử cung:

+ Bóc tách lá phúc mạc trước và sau, bộc lộ động mạch tử cung ở vị trí động mạch đổi hướng từ đáy dây chằng rộng quặt ngược lên mặt bên thân tử cung.

+ Thắt động mạch tử cung:

Sau khi bộc lộ động mạch dùng chỉ perlon luồn qua động mạch và thắt động mạch tử cung bên phải và bên trái.

Khi có thai, cuống mạch phát triển, bóc tách có nguy cơ chảy máu nhiều, có thể dùng kim chọc qua mặt dưới cuống mạch lấy cả tổ chức cơ tử cung và buộc.

Thắt động mạch tử cung bằng cách khâu cả tổ chức quanh động mạch.

+ Khâu phúc mạc rồi tiếp tục thắt động mạch đối diện.

Khâu mũi B – LYNCH : Sau khi đẩy bàng quang xuống, mũi khâu bắt đầu từ góc trái vết mổ ngang, cách bờ dưới vết mổ 3cm, cách bờ trái tử cung 3cm. mũi kim đâm vào lòng tử cung rồi xuyên qua bờ trên vết mổ ngang, cách bờ trên khoảng 3cm và cách bờ trái tử cung khoảng 4cm, sau đó vòng chỉ lên đáy tử cung cách góc sừng trái khoảng 4cm rồi ra qua mặt sau tử cung. Đâm kim từ mặt sau tử cung ngang vị trí vết mổ ngang, kéo ngang sợi chỉ song song đường mổ ngang rồi đâm kim từ lòng tử cung ra mặt sau cách bờ phải tử cung 4cm, vòng chỉ lên đáy tử cung cách góc sừng phải 4cm rồi ra mặt trước tử cung, sau đó đâm kim từ mặt trước tử cung vào lòng tử cung, cách bờ trên 3cm, cách bờ phải 4cm rồi đâm xuyên từ lòng tử cung ra mặt trước tử cung cách mép dưới vết mổ 3cm, cách bờ phải tử cung 3cm. khâu 2 góc vết mổ trước, rồi cột 2 mối chỉ lại với nhau ở mặt trước đoạn dưới tử cung, trên bàng quang.

Kiểm tra phần phụ và các tạng xung quanh, đếm đủ gạc:

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

**Thì 8:** Lấy máu và lau âm đạo.

**V. THEO DÕI CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT**

**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.

**2. Chăm sóc.**

- Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật.

- Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện).

- Vận động sớm.

- Cho con bú sớm.

- Kháng sinh điều trị (nếu cần).

**VI. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

**1. Trong phẫu thuật**

- Chảy máu

- Chấn thương thai nhi

- Chấn thương ruột

- Rạch vào bàng quang

- Thắt vào niệu quản

**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.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – 2013;

Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa – Bệnh viện Từ Dũ 2016;

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý sản phụ khoa – Bộ Y Tế 2015.

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

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật cắt tử cung tình trạng người bệnh nặng là phẫu thuật cắt bỏ một phần hoặc toàn bộ khối tử cung để lại cổ tử cung hoặc phúc mạc đoạn dưới đủ để khâu phủ kín vùng hố chậu, phẫu thuật được thực hiện trên tịnh trạng người bệnh nặng, Viêm phúc mạc nặng, kèm vỡ tạng trong tiểu khung, vỡ tử cung phức tạp.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tỉnh trạng người bệnh nặng, viêm phúc mạc nặng, vỡ tạng trong tiểu khung, vỡ tử cung phúc tạp … có chỉ định cắt tử cung

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản đã được đào tạo và kíp trợ thủ.

**2. Phương tiện**

Dụng cụ phẫu thuật đại phẫu.

**3. Người bệnh**

- Được chuẩn bị như một trường hợp phẫu thuật cấp cứu sản khoa.

- Người bệnh được tư vấn mục đích, tai biến có thể gặp phải khi thực hiện.

**4.Hồ sơ bệnh án:** Đầy đủ theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**\* Thì 1:**

Mở thành bụng theo đường Pfannenstiel hoặc đường giữa dưới rốn.

**\* Thì 2:**

Kẹp cắt các dây chằng thắt lưng - buồng trứng, dây chằng tử cung - vòi trứng và cuống mạch, dây chằng tròn cả hai bên, hai lá dây chằng rộng.

**\* Thì 3:**

- Tách và cắt phúc mạc tử cung - bàng quang.

- Dùng kéo tách lớp mỏng phúc mạc ngang với chỗ bám di động ở eo tử cung và cắt ngang trước đoạn dưới tử cung. Dùng gạc gấp hình củ ấu nhỏ đẩy phúc mạc xuống sâu. Động tác này sẽ tách đẩy bàng quang ra phía trước, bộc lộ cổ tử cung và túi cùng âm đạo trước.

**\* Thì 4:**

- Cắt dây chằng tử cung - cùng và phúc mạc sau.

- Kéo tử cung ra phía trước, bộc lộ hai dây chằng tử cung - cùng và mặt sau cổ tử cung. Dùng kéo sắc cắt gốc hai dây chằng tử cung - cùng gần chỗ bám ở cổ tử cung.

- Tách phúc mạc sau vòng quanh cổ tử cung phía trên và đẩy xuống ngang mức cắt âm đạo.

**\* Thì 5:**

- Kẹp các cuống mạch đi vào tử cung

- Kẹp cắt động mạch tử cung

- Kẹp nhánh động mạch âm đạo

- Dùng kéo cong tách phần tổ chức phía trước dây chằng tử cung - cùng sát theo mặt của mỗi bên cổ tử cung, bộc lộ nhánh động mạch nhỏ từ dưới đi lên và kẹp bằng kẹp Kocher cong.

- Vị trí này gần sát với niệu quản nên cần chú ý: không nên kéo mạnh, không cắt ra ngoài quá, phải kẹp sát bờ bên tử cung

- Kẹp động mạch tử cung từng bên.

- Tiếp tục phẫu tích lên phía trên vị trí kẹp tử cung - cùng, bộc lộ động mạch tử cung và kẹp động mạch tử cung từng bên bằng kẹp J.L Fauvre. Khi kẹp và cắt bó mạch đi vào tử cung này sẽ bộc lộ vòm âm đạo.

**\* Thì 6:**

- Cắt âm đạo.

- Dùng gạc lớn che phủ cùng đồ sau.

- Tay trái phẫu thuật viên kéo tử cung mạnh lên trên, tay phải dùng kéo sắc mở cùng đồ trước

- Dùng kẹp Kocher thẳng kẹp mép trước âm đạo để giữ.

- Tiếp tục cắt vòng quanh sát với chỗ bám âm đạo và cổ tử cung từ phía trước sang phải, ra sau và qua trái.

**\* Thì 7:**

- Đóng âm đạo.

- Dùng kim cong và chỉ tiêu khâu qua lớp tổ chức dưới niêm mạc và niêm mạc âm đạo bằng mũi khâu vắt hoặc mũi rời chữ X.

**\* Thì 8.**

- Thắt các cuống mạch tử cung.

- Dùng kim cong và chỉ lâu tiêu (hoặc chỉ không tiêu) khâu vào tổ chức gần cuống mạch ngay dưới chỗ kẹp để tránh tuột chỉ.

**\* Thì 9:** Phủ phúc mạc tiểu khung.

**\* Thì 10:** Đóng thành bụng.

**V. THEO DÕI BIẾN CHỨNG**

- Chảy máu: do buộc chỉ lỏng, hay tuột chỉ ở các cuống mạch và mỏm cắt âm đạo

- Nhiễm trùng: do chuẩn bị người bệnh không tốt.

- Tổn thương bàng quang: do khâu chọc vào bàng quang, cắt vào bàng quang do đẩy phúc mạc tử cung - bàng quang không tốt.

- Thắt hoặc cắt vào niệu quản: do dính hoặc thắt cuống động mạch cổ tử cung - âm đạo quá xa bờ ngoài cổ tử cung.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – 2013;

Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa – Bệnh viện Từ Dũ 2016

## 10. PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG VÀ THẮT ĐỘNG MẠCH HẠ VỊ DO CHẢY MÁU THỨ PHÁT SAU PHẪU THUẬT SẢN KHOA

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật cắt tử cung bán phần và thắt động mạch hạ vị trong các trường hợp chảy máu thứ phát trong phẫu thuật sản khoa.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Áp dụng phẫu thuật này trong trường hợp chảy máu thứ phát sau mổ lấy thai.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản có kinh nghiệm

**2. Phương tiện:**

Bộ phẫu thuật phụ khoa, kim chỉ tốt

**3. Người bệnh:**

Khám kỹ lưỡng để phát hiện các tổn thương ở tầng sinh môn và cơ vòng hậu môn

**4. Hồ sơ bệnh án:** Đầy đủ theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Thì 1: Mở thành bụng theo đường giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên khớp mu ( theo đường rạch của phẫu thuật trước đó )

- Thì 2: Cặp cắt dây chằng tròn

- Thì 3: Bóc tách phúc mạc đoạn dưới tử cung và đẩy xuống dưới, tách bàng quang ra khỏi tử cung.

- Thì 4: cặp cắt dây chằng thắt lưng buồng trứng ( nếu cắt bỏ phần phụ) hoặc cặp cắt dây chằng vòi - buồng trứng nếu để lại phần phụ.

- Thì 5: cặp cắt các cuống mạch.

Cặp cắt động mạch tử cung hai bên ở ngang mức hoặc thấp hơn một chút phần thân tử cung sẽ cắt bỏ ( thường cặp cắt ngang phần ranh giới giữa thân tử cung và cổ tử cung ).

-Thì 6: cắt bỏ thân tử cung để lại cổ tử cung. Thường cắt theo hình chêm để khâu cầm máu mỏm cắt cho dễ dàng.

- Thì 7: Khâu mỏm cắt và phủ phúc mạc mỏm cắt

- Thì 8: thắt động mạch hạ vị :

+ Rạch phúc mạc sau tương ứng với vị trí của động mạch hạ vị

Điểm mốc: 2- 3cm bên phải và bên trái mỏm nhô, có thể dùng ngón tay trỏ thăm dò động mạch chậu gốc phải và trái (dựa vào vị trí mạch đập) xuống dần đến chỗ phân nhánh động mạch chậu ngoài và động mạch chậu trong

Dùng kẹp kéo nếp phúc mạc lên để cắt thủng một lỗ ở phúc mạc sau đúng vị trí điểm mốc

Dùng kéo cong tù đầu tách phúc mạc và cắt rộng phúc mạc xuống dưới khoảng 4cm dọc theo đường đi của động mạch chậu trong.

Chú ý: niệu quản nằm ngay dưới phúc mạc và bắt chéo động mạch chậu ở trị trí này, nên rất dễ bị tổn thương khi cắt phúc mạc

+ Bộc lộ niệu quản và động mạch hạ vị

Dùng kéo cong khép kín luồn mặt dưới phúc mạc tách lớp tổ chức dưới phúc mạc bằng cách mở mũi kéo ra (không được cắt vì dễ cắt nhầm vào niệu quản).

Bộc lộ niệu quản sang một bên bằng cách luồn chỉ hoặc ống cao su nhỏ có đường kính 1.5 – 2mm qua mặt dưới niệu quản kéo sang một bên.

Tiếp tục bóc tách tổ chức quanh động mạch chậu bằng kéo theo động tác như đã mô tả trên, bộc lộ động mạch chậu gốc dần xuống chỗ phân nhánh của động mạch chậu trong và động mạch chậu ngoài

Tách động mạch chậu trong khỏi thành trước tĩnh mạch chậu. Động tác này phải nhẹ nhành, cẩn thận để tránh tổn thương tĩnh mạch chậu nằm sau động mạch.

+ Thắt động mạch hạ vị

Sử dụng kẹp mũi cong tù, luồn qua mặt dưới động mạch hạ vị và phía trước tĩnh mạch hạ vị từ ngoài vào trong. Khi thấy mũi kẹp lộ rõ ở bờ trong động mạch hạ vị thì mở kẹp để kẹp một sợi chỉ perlon kéo luồn qua động mạch hạ vị

Xác định sợi chỉ đã luồn đúng phía dưới động mạch hạ vị

Thắt động mạch hạ vị: sau khi đã kiểm tra vị trí luồn chỉ đúng mới buộc thắt động mạch hạ vị và cắt chỉ cách nút buộc 1cm

Kiểm tra lại mạch bẹn

+ Khâu phục hồi phúc mạc

Để lại vị trí niệu quản như cũ

Khâu vết cắt phúc mục bằng mũi khâu vắt với chỉ catgut (không nên khâu kín vết cắt phúc mạc bằng mũi khâu túi, vì mũi khâu túi sẽ làm co kéo phúc mạc và có thể làm gấp khúc niệu quản)

- Thì 9: kiểm tra sự chảy máu và nhu động niệu quản hai bên

- Thì 10: đóng thành bụng theo các lớp giải phẫu.

**VI. THEO DÕI**

Giống như theo dõi các trường hợp mổ sản khác ở ổ bụng

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu nhất là buộc các cuống mạch không kỹ và rối loạn đông máu do chảy máu kéo dài. Vì vậy cần buộc các cuống mạch thật chắc, truyền máu và các chất tăng đông máu.

Theo dõi sát sao mạch, huyết áp và huyết động sau mổ.

Trong những trường hợp có biểu hiện rối loạn đông máu nên đặt ống dẫn lưu ổ bụng.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – 2013;

Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa – Bệnh viện Từ Dũ 2016

## 11. PHẪU THUẬT THẮT ĐỘNG MẠCH HẠ VỊ TRONG CẤP CỨU SẢN PHỤ KHOA

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Thắt động mạch hạ vị (động mạch chậu trong) là làm tắc dòng máu chảy vào động mạch hạ vị, làm giảm lưu lượng máu tại các cơ quan vùng tiểu khung tức thời.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chảy máu tại vùng tiểu khung do nhiều nguyên nhân khác nhau: rau tiền đạo, rách hoặc chấn thương đoạn dưới tử cung.

Phẫu thuật phức tạp vùng tiểu khung dễ chảy máu cần phải làm giảm lưu lượng tuần hoàn tiểu khung trong quá trình phẫu thuật.

Phẫu thuật ung thư, đặc biệt là ung thư tế bào nuôi có nhiều nhân ung thư không thể bóc tách hết cần làm giảm lượng máu tới tế bào ung thư.

Chỉ định có tính chất cấp cứu trong quá trình phẫu thuật, thường không có chỉ định chủ động trước.

Tuy nhiên, phải chỉ định sớm, không được để người bệnh bị mất máu nhiều gây rối loạn đông máu.

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản đã được đào tạo và kíp trợ thủ.

**2. Phương tiện**

Dụng cụ phẫu thuật đại phẫu

Kim chỉ tốt, thông Neslaton, Disteur để bóc tách và bộc lộ động mạch hạ vị, niệu quản

**3. Người bệnh**

Được chuẩn bị như một trường hợp phẫu thuật cấp cứu sản phụ khoa.

Người bệnh được tư vấn mục đích, tai biến có thể gặp phải khi thực hiện.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Thì 1**. Rạch phúc mạc sau tương ứng với vị trí của động mạch hạ vị

Điểm mốc: 2- 3cm bên phải và bên trái mỏm nhô, có thể dùng ngón tay trỏ thăm dò động mạch chậu gốc phải và trái (dựa vào vị trí mạch đập) xuống dần đến chỗ phân nhánh động mạch chậu ngoài và động mạch chậu trong.

Dùng kẹp kéo nếp phúc mạc lên để cắt thủng một lỗ ở phúc mạc sau đúng vị trí điểm mốc.

Dùng kéo cong tù đầu tách phúc mạc và cắt rộng phúc mạc xuống dưới khoảng 4cm dọc theo đường đi của động mạch chậu trong. Chú ý: niệu quản nằm ngay dưới phúc mạc và bắt chéo động mạch chậu ở trị trí này, nên rất dễ bị tổn thương khi cắt phúc mạc.

**Thì 2**. Bộc lộ niệu quản và động mạch hạ vị.

- Dùng kéo cong khép kín luồn mặt dưới phúc mạc tách lớp tổ chức dưới phúc mạc bằng cách mở mũi kéo ra (không được cắt vì dễ cắt nhầm vào niệu quản)

- Bộc lộ niệu quản sang một bên bằng cách luồn chỉ hoặc ống cao su nhỏ có đường kính 1.5 – 2mm qua mặt dưới niệu quản kéo sang một bên.

Tiếp tục bóc tách tổ chức quanh động mạch chậu bằng kéo theo động tác như đã mô tả trên, bộc lộ động mạch chậu gốc dần xuống chỗ phân nhánh của động mạch chậu trong và động mạch chậu ngoài.

Tách động mạch chậu trong khỏi thành trước tĩnh mạch chậu. Động tác này phải nhẹ nhành, cẩn thận để tránh tổn thương tĩnh mạch chậu nằm sau động mạch.

**Thì 3**.Thắt động mạch hạ vị.

Sử dụng kẹp mũi cong tù, luồn qua mặt dưới động mạch hạ vị và phía trước tĩnh mạch hạ vị từ ngoài vào trong. Khi thấy mũi kẹp lộ rõ ở bờ trong động mạch hạ vị thì mở kẹp để kẹp một sợi chỉ perlon kéo luồn qua động mạch hạ vị.

Xác định sợi chỉ đã luồn đúng phía dưới động mạch hạ vị.

Thắt động mạch hạ vị: sau khi đã kiểm tra vị trí luồn chỉ đúng mới buộc thắt động mạch hạ vị và cắt chỉ cách nút buộc 1cm.

Kiểm tra lại mạch bẹn.

**Thì 4**. Khâu phục hồi phúc mạc.

Để lại vị trí niệu quản như cũ.

Khâu vết cắt phúc mục bằng mũi khâu vắt với chỉ vicryl (không nên khâu kín vết cắt phúc mạc bằng mũi khâu túi, vì mũi khâu túi sẽ làm co kéo phúc mạc và có thể làm gấp khúc niệu quản).

**VI. BIẾN CHỨNG**

Chảy máu.

Tổn thương niệu quản.

Thắt nhầm động mạch chậu ngoài.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – 2013;

## 12. PHẪU THUẬT THẮT ĐỘNG MẠCH TỬ CUNG TRONG CẤP CỨU SẢN PHỤ KHOA

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Thắt động mạch tử cung là thủ thuật làm tắc nghẽn luồng máu chảy trong động mạch tử cung, do đó làm giảm lưu lượng máu tới tử cung.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Chảy máu ở buồng tử cung do những nguyên nhân khác nhau.

- Chảy máu ở vùng rau bám trong rau tiền đạo.

- Đờ tử cung.

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản đã được đào tạo.

- Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn.

**2. Phương tiện**

- Dụng cụ phẫu thuật trung phẫu.

- Chỉ tiêu, kim lớn, tan nhanh.

**3. Người bệnh**

- Được chuẩn bị như một trường hợp phẫu thuật cấp cứu sản phụ khoa.

- Người bệnh được tư vấn mục đích, tai biến có thể gặp phải khi thực hiện.

**4.Hồ sơ bệnh án:** Đầy đủ theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**\* Thì 1.** Mở phúc mạc đoạn dưới.

- Đường rạch ngang đoạn dưới thấp.

- Nếu thắt động mạch tử cung ngay sau khi phẫu thuật lấy thai thì sử dụng đường rạch ngang đoạn dưới ở thì phẫu thuật lấy thai.

**\* Thì 2**. Bóc tách lá phúc mạc trước và sau, bộc lộ động mạch tử cung ở vị trí động mạch đổi hướng từ đáy dây chằng rộng quặt ngược lên mặt bên thân tử cung.

**\* Thì 3**. Thắt động mạch tử cung.

- Sau khi bộc lộ động mạch dùng chỉ perlon luồn qua động mạch và thắt động mạch tử cung bên phải và bên trái.

- Trong trường hợp có thai, cuống mạch phát triển, bóc tách có nguy cơ chảy máu nhiều, có thể dùng kim chọc qua mặt dưới cuống mạch lấy cả tổ chức cơ tử cung và buộc.

Thắt động mạch tử cung bằng cách khâu cả tổ chức quanh động mạch.

**\* Thì 4**. Khâu phúc mạc rồi tiếp tục thắt động mạch đối diện.

**V. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Khi thắt động mạch tử cung ở thấp có thể thắt vào niệu quản, trong trường hợp đó phải mổ và tháo ra.

- Huyết tụ khi kim chọc vào búi mạch trong trường hợp không bóc tách hai lá của dây chằng rộng để bộc lộ động mạch tử cung. Cần kẹp chặn ngay các mạch máu ở phía dưới dây chằng rộng đề phòng máu tụ lan ra đáy chậu và thành tử cung.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – 2013;

Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa – Bệnh viện Từ Dũ 2016

## 13. PHẪU THUẬT BẢO TỒN TỬ CUNG DO VỠ TỬ CUNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật tái tạo lại sự toàn vẹn của tử cung do vỡ tử cung.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Trong trường hợp vỡ tử cung có chỉ định bảo tồn tử cung.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản có kinh nghiệm

**2. Phương tiện:**

Bộ phẫu thuật phụ khoa, kim chỉ tốt

**3. Người bệnh:**

Khám kỹ lưỡng để phát hiện, đánh giá đầy đủ các tổn thương của tử cung

**4. Hồ sơ bệnh án:** Đầy đủ theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Thì 1: Mở thành bụng theo đường giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên khớp mu ( theo đường rạch của phẫu thuật trước đó )

- Thì 2: Bộc lộ kiểm tra đánh giá tình trạng vỡ tử cung

- Thì 3: Khâu phục hồi cơ tử cung cầm máu.

- Thì 4: Kiểm tra sự chảy máu và niệu quản hai bên

- Thì 5: Đóng thành bụng theo các lớp giải phẫu.

**VI. THEO DÕI**

Giống như theo dõi các trường hợp mổ sản khác ở ổ bụng

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu nhất là buộc các cuống mạch không kỹ và rối loạn đông máu do chảy máu kéo dài. Vì vậy cần buộc các cuống mạch thật chắc, truyền máu và các chất tăng đông máu.

Theo dõi sát sao mạch, huyết áp và huyết động sau mổ.

Trong những trường hợp có biểu hiện rối loạn đông máu nên đặt ống dẫn lưu ổ bụng.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – 2013;

Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa – Bệnh viện Từ Dũ 2016

## 14. PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG ĐƯỜNG TIÊU HÓA DO TAI BIẾN PHẪU THUẬT SẢN PHỤ KHOA

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật tổn thương đường tiêu hóa do tai biến phẫu thuật sản phụ khoa đảm bảo nguyên tắc:

- Đảm bảo lòng ruột thông và không làm hẹp lòng ruột sau khi khâu

- Đảm bảo sự nuôi dưỡng máu đầy đủ vùng ruột khâu

- Không khâu dọc theo trục ruột mà phải khâu ngang bằng chỉ lâu tiêu hoặc không tiêu

**II. CHỈ ĐỊNH**

Phẫu thuật tổn thương đường tiêu hóa do tai biến phẫu thuật sản phụ có: - Lỗ rách nhỏ

- Đoạn ruột bị rách phải hoàn toàn bình thường

- Ổ bụng sạch, không nhiễm trùng

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản đã được đào tạo.

- Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn.

**2. Phương tiện**

- Dụng cụ phẫu thuật trung phẫu.

- Chỉ tiêu, kim lớn, tan nhanh.

**3. Người bệnh**

- Được chuẩn bị như một trường hợp phẫu thuật cấp cứu sản phụ khoa.

- Người bệnh được tư vấn mục đích, tai biến có thể gặp phải khi thực hiện.

**4.Hồ sơ bệnh án:** Đầy đủ theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Bước 1:** Cách ly đoạn ruột rách

Cách ly đoạn ruột rách với ổ bụng bằng gạc che phủ phía dưới đoạn ruột rách

Biến vết rách dọc thành đường ngang bằng cách dùng kẹp Chaput cặp 2 mép vết rách dọc để kéo ngang( đoạn ruột chỗ rách được kéo doãng rộng bề ngang)

**Bước 2:** Khâu vết rách theo chiều ngang của ruột

+ Lớp 1: Khâu chỉ Lin dài,ép sát hai mép ruột rách ở vị trí cặp kẹp Chaput để làm mốc kéo, còn lại đầu chỉ dài để khâu vắt. Khâu kín vết rách bằng các mũi khâu vắt xuyên từ thanh mạc đến niêm mạc ruột( khâu xuyên toàn thể thành ruột)

+ Lớp 2: Khâu mũi rời hoặc khâu vắt phủ kín lớp thứ nhất( có thể không khâu lớp thứ hai)

**Bước 3**: Đưa ruột về vị trí cũ

Kiểm tra chảy máu, sát trùng vết khâu và đưa ruột rách về vị trí cũ.

***Note:***

Khâu túi vết rách nếu vết rách nhỏ

Khâu hai lớp bằng mũi khâu( sau khi khâu, ruột bị hẹp không đáng kể).

**VI. THEO DÕI**

Giống như theo dõi các trường hợp mổ sản khác ở ổ bụng

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu nhất là buộc các cuống mạch không kỹ và rối loạn đông máu do chảy máu kéo dài. Vì vậy cần buộc các cuống mạch thật chắc, truyền máu và các chất tăng đông máu.

Theo dõi sát sao mạch, huyết áp và huyết động sau mổ.

Trong những trường hợp có biểu hiện rối loạn đông máu nên đặt ống dẫn lưu ổ bụng.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – 2013;

Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa – Bệnh viện Từ Dũ 2016

## 15. PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG MẠCH MÁU DO TAI BIẾN PHẪU THUẬT SẢN PHỤ KHOA

## 16. PHẪU THUẬT CẮT LỌC VẾT MỔ KHÂU LẠI TỬ CUNG SAU MỔ LẤY THAI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật được tiến hành nhằm xử trí lại vết khâu tại tử cung do tai biến sau mổ lấy thai.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Trong trường hợp chảy máu tại vết khâu tử cung sau mổ lấy thai hoặc đường dò sản dịch vào ổ bụng gây viêm phúc mạc tiểu khung...

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản có kinh nghiệm

**2. Phương tiện:**

Bộ phẫu thuật phụ khoa, kim chỉ tốt

**3. Người bệnh:**

Khám kỹ lưỡng để phát hiện, đánh giá đầy đủ các tổn thương của tử cung

**4. Hồ sơ bệnh án:** Đầy đủ theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Thì 1: Mở thành bụng theo đường giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên khớp mu cắt lọc, làm sạch theo vết mổ cũ vào ổ bụng

- Thì 2: Bộc lộ kiểm tra đánh giá tình trạng tử cung

- Thì 3: Khâu phục hồi cơ tử cung cầm máu.

- Thì 4: Kiểm tra sự chảy máu và niệu quản hai bên

- Thì 5: Đóng thành bụng theo các lớp giải phẫu.

**VI. THEO DÕI**

Giống như theo dõi các trường hợp mổ sản khác ở ổ bụng

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu nhất là buộc các cuống mạch không kỹ và rối loạn đông máu do chảy máu kéo dài. Vì vậy cần buộc các cuống mạch thật chắc, truyền máu và các chất tăng đông máu.

Theo dõi sát sao mạch, huyết áp và huyết động sau mổ.

Trong những trường hợp có biểu hiện rối loạn đông máu nên đặt ống dẫn lưu ổ bụng.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – 2013;

Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa – Bệnh viện Từ Dũ 2016

## 17. KHÂU TỬ CUNG DO NẠO THỦNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật nhằm phục hồi lại sự toàn vẹn của tử cung do tai biến nạo thủng tử cung.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Trong trường hợp thủng tử cung do nạo

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản có kinh nghiệm

**2. Phương tiện:**

Bộ phẫu thuật nội soi phụ khoa, kim chỉ khâu.

**3. Người bệnh:**

Khám kỹ lưỡng để phát hiện, đánh giá đầy đủ các tổn thương của tử cung

**4. Hồ sơ bệnh án:** Đầy đủ theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Thì 1: Chọc 03 Trocar vào ổn bụng, bơm CO2.

- Thì 2: Bộc lộ kiểm tra đánh giá tình trạng tử cung

- Thì 3: Khâu phục hồi cơ tử cung cầm máu.

- Thì 4: Kiểm tra sự chảy máu và niệu quản hai bên

- Thì 5: Ngắt CO2, Rút Trocar, khâu lỗ chọc.

**VI. THEO DÕI**

Giống như theo dõi các trường hợp mổ nội soi phụ khoa khác.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu nhất là buộc các cuống mạch không kỹ và rối loạn đông máu do chảy máu kéo dài. Vì vậy cần đốt các cuống mạch thật kỹ.

Theo dõi sát sao mạch, huyết áp và huyết động sau mổ.

Trong những trường hợp có nhiễm trùng hoặc nghi chảy máu thứ phát… nên đặt ống dẫn lưu ổ bụng.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – 2013;

Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa – Bệnh viện Từ Dũ 2016

## 18. GIẢM ĐAU TRONG ĐẺ BẰNG PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gây tê ngoài màng cứng là kỹ thuật gây tê vùng được thực hiện bằng cách tiêm truyền thuốc tê vào khoang ngoài màng cứng nhằm ức chế tạm thời dẫn truyền thần kinh qua tủy sống nhằm đáp ứng yêu cầu vô cảm để giảm đau.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Yêu cầu giảm đau trong đẻ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Dị ứng thuốc tê.

Viêm nhiễm vùng chọc kim gây tê.

Thiếu khối lượng tuần hoàn chưa bù đủ, sốc.

Rối loạn đông máu nặng.

Dừng các thuốc chống đông chưa đủ thời gian.

Hẹp van hai lá khít, van động mạch chủ khít.

Tăng áp lực nội sọ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ thực hiện quy trình kỹ thuật:**

Bác sĩ, điều dưỡng viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

**2. Phương tiện:**

**2.1. Phương tiện cấp cứu và theo dõi.**

Phương tiện hồi sức: nguồn oxy, bóng Ambu, mask, các phương tiện đặt nội khí quản, máy mê kèm thở, máy sốc điện, máy hút…

Thuốc hồi sức tuần hoàn: dịch truyền, thuốc: ephedrine, adrenalin…

Thuốc chống co giật: họ barbituric, benzodiazepine, giãn cơ, intralipid 10- 20%...

Phương tiện theo dõi thường quy: điện tim, huyết áp, bão hòa oxy, nhịp thở…

**2.2. Phương tiện, dụng cụ gây tê và thuốc tê**

Bộ gây tê ngoài màng cứng, bơm kim tiêm các cỡ, găng tay, gạc vô trùng, pince, cồn sát trùng, khăn lỗ vô trùng…

Thuốc tê: bupivacain, chirocain… phối hợp với thuốc họ morphin (fentanyl 25-50 mcg…).

Liều dùng dựa vào trọng lượng, chiều cao và thể trạng của cơ thể sản phụ.

**3. Sản phụ:**

Thăm khám trước mổ, giải thích cho sản phụ cùng hợp tác khi gây tê.

Vệ sinh vùng gây tê.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Đầy đủ theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

**3.1. Kỹ thuật gây tê ngoài màng cứng.**

Đặt đường truyền tĩnh mạch có hiệu quả .

Tư thế: thường có 2 tư thế.

+ Tư thế ngồi: sản phụ ngồi cong lưng, đầu cúi, cằm tì vào ngực, chân duỗi trên mặt bàn mổ hoặc bàn chân đặt trên ghế.

+ Tư thế nằm: sản phụ nằm nghiêng cong lưng, hai đầu gối áp sát vào bụng, cằm tì vào ngực.

Người thực hiện: đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay, mặc áo, đi găng vô khuẩn.

Sát trùng vùng chọc kim 3 lần bằng dung dịch sát trùng và phủ khăn lỗ vô trùng.

Kỹ thuật gây tê ngoài màng cứng: đường giữa.

+ Đường giữa: chọc vào khe giữa hai đốt sống, vị trí chọc thông thường L2- L3 hoặc L3- L4.

+ Chọc kim cho đến khi đạt được cảm giác mất sức cản do kim đi vào khoang ngoài màng cứng.

+ Kiểm tra chắc chắn vào khoang ngoài màng cứng thì luồn catheter vào đạt độ sâu theo vùng chi phối giảm đau.

+ Cố định catheter ngoài màng cứng.

+ Pha thuốc tê theo nồng độ quy định truyền liên tục điều chỉnh liều đạt độ giảm đau.

**VI. THEO DÕI**

Các dấu hiệu sinh tồn: tri giác, nhịp tim, huyết áp, độ bão hòa oxy mao mạch.

Mức độ phong bế cảm giác và vận động.

Các tác dụng không mong muốn của gây tê ngoài màng cứng.

Tiêu chuẩn người bệnh đạt mức độ giảm đau.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**Tai biến do thuốc và xử trí**

**Dị ứng, sốc phản vệ với thuốc tê:** ít gặp với các thuốc tê thế hệ mới.

Xử trí: dừng sử dụng thuốc tê, sử dụng phác đồ chống sốc phản vệ theo Bộ y tế.

**Ngộ độc thuốc tê:** do tiêm nhầm vào mạch máu.

Xử trí: dừng sử dụng thuốc tê, chống co giật, cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn, truyền intralipid khi bị ngộ độc thuốc tê nhóm bupivacain và ropivacain.

**Tai biến do kỹ thuật và xử trí**

Hạ huyết áp, mạch chậm: điều trị bằng thuốc co mạch (ephedrine, adrenalin…), atropin và bù dịch.

Đau đầu: nằm bất động, bù đủ dịch, sử dụng thuốc giảm đau, vá màng cứng bằng máu tự thân (Blood Patch).

Buồn nôn và nôn: kiểm soát huyết áp, sử dụng thuốc chống nôn.

Bí tiểu: chườm ấm, đặt ống thông bàng quang nếu cần.

Gây tê tủy sống toàn bộ: cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn.

Các biến chứng khác: tụ máu quanh tủy, tổn thương tủy, hội chứng đuôi ngựa, viêm màng não tủy. Cần hội chẩn và thăm dò thêm để xác định tổn thương.

Gây tê thất bại phải chuyển phương pháp vô cảm.

***Tài liệu tham khảo:***

Quy trình kỹ thuật gây mê hồi sức của Bộ y tế.

## 19. GÂY CHUYỂN DẠ BẰNG THUỐC

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gây chuyển dạ hay khởi phát chuyển dạ là chủ động gây ra cơn co tử cung trước khi chuyển dạ tự nhiên bằng các phương pháp nội khoa hoặc ngoại khoa.

Các phương pháp gây chuyển dạ đều hướng tới mục tiêu gây được cơn co tử cung đều đặn, làm cho cổ tử cung xóa và mở, làm cho ngôi thai lọt xuống và cuối cùng thai nhi được đẻ qua đường âm đạo một cách an toàn.

Hiện nay có hai phương pháp gây chuyển dạ bằng thuốc chủ yếu và an toàn là truyền oxytocin tĩnh mạch và dùng thuốc và biệt dược có thành phần Prostaglandin E2.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Ối vỡ non

- Thai quá ngày sinh

- Ối giảm có chỉ định đình chỉ thai nghén

- Thai chậm phát triển trong tử cung có chỉ định đình chỉ thai nghén

- Thai bất thường có chỉ định đình chỉ thai nghén

- Thai lưu

- Bệnh lý của mẹ cần đình chỉ thai nghén: ung thư, tiền sản giật, tăng huyết áp, đái tháo đường,...

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

|  |  |
| --- | --- |
| **Chống chỉ định tuyệt đối** | **Chống chỉ định tương đối** |
| **Chống chỉ định về phía mẹ** | |
| - Khung chậu hẹp  - Sẹo mổ cũ ở thân tử cung  - Herpes sinh dục đang hoạt động  - Bệnh lý mạn tính trầm trọng | - Ung thư cổ tử cung  - Sẹo mổ lấy thai ngang đoạn dưới tử cung  - Đa thai  - Đẻ nhiều lần |
| **Chống chỉ định về phía thai và phần phụ của thai** | |
| - Ngôi ngang  - Thai suy  - Rau tiền đạo | - Ngôi mông  - Thai to  - Rau bám thấp |

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ: bác sỹ chuyên khoa sản ra chỉ định dùng thuốc và chỉ định theo dõi người bệnh.

- Nữ hộ sinh: thực hiện y lệnh của bác sỹ; theo dõi cuộc chuyển dạ theo hướng dẫn quốc gia.

**2. Phương tiện**

Bàn đẻ, máy monitor sản khoa, thuốc và dịch truyền, phương tiện đỡ đẻ,…

**3. Người bệnh**

Được tư vấn về quá trình gây chuyển dạ, vệ sinh bộ phận sinh dục trước khi dùng thuốc.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Đầy đủ theo quy định.

**5. Chỉ tiến hành khởi phát chuyển dạ ở cơ sở có phẫu thuật**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Khám sản phụ**

Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tim phổi, ngôi thai, ước trọng lượng thai, khung chậu, đánh giá sự chín muồi của cổ tử cung.

**2. Thang điểm tính chỉ số Bishop**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Điểm** | **0** | **1** | **2** | **3** |
| **Độ mở cổ tử cung**  **( cm)** | 0 | <2 | 2-4 | >4 |
| **Độ xóa cổ tử cung (%)** | 0 - 30 | 40 - 50 | 60 - 70 | ≥ 80 |
| **Vị trí ngôi thai** | -3 | -2 | -1; 0 | +1; +2 |
| **Mật độ cổ tử cung** | Cứng | Vừa | Mềm |  |
| **Tư thế cổ tử cung** | Sau | Trung gian | Trước |  |

**3. Theo dõi tim thai và cơn co tử cung 30 phút**

**4. Gây chuyển dạ bằng Prostaglandin E2.**

Hiện nay TTYT Hải Hà không áp dụng phương pháp này.

**5. Gây chuyển dạ bằng Oxytocin:**

- Pha 5 đơn vị oxytocin trong 500ml dung dịch Glucose 5%, truyền tĩnh mạch cho người bệnh.

- Cách tính nồng độ oxytocin (kim truyền 1ml = 20giọt):

+ 10 giọt/phút = 5 mU/phút

+ 20 giọt/phút = 5 mU/phút

+ 30 giọt/phút = 5 mU/phút

+ 40 giọt/phút = 5 mU/phút

+ 50 giọt/phút = 5 mU/phút

**VI. THEO DÕI**

Theo dõi sát tim thai, cơn co tử cung mỗi 30 phút

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Tai biến**

Suy thai, cơn co tử cung mau mạnh, ngộ độc nước do truyền oxytocin liều cao kéo dài

**2. Xử trí**

Ngừng truyền, nằm nghiêng trái, thở oxy, cho thuốc giảm co bóp nếu cần; mổ lấy thai nếu suy thai

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – 2013;

Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa – Bệnh viện Từ Dũ 2016

## 20. NGHIỆM PHÁP LỌT NGÔI CHỎM

**I.ĐẠI CƯƠNG**

Là phương pháp đánh giá cuộc đẻ khi khung chậu giới hạn, trong lượng thai bình thường, hoặc khi khung chậu bình thường nhưng trọng lượng thai lại khá to, nhằm đưa đến quyết định có thể sinh qua đường âm đạo hay phải phẫu thuật lấy thai.

**II. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản có kinh nghiệm

**2. Dụng cụ**

Monitoring sản khoa

Bộ dụng bấm ối

**3.** **Sản phụ**

Theo dõi trên Monitoring trong phòng đẻ

Nằm tư thế sản khoa

CTC mở từ 4cm trở lên, cơn co tần số 4

**4. Hồ sơ bệnh án:** Đầy đủ theo quy định.

**III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Chuẩn bị tư thế sản phụ

2. Khám đánh giá tình trạng tim thai, cơn co tử cung, ngôi thai

3. Bấm ối khi có cơn co tử cung và xé rộng màng ối cho ngôi tì vào cổ tử cung, nếu ngôi thai còn cao phải đề phòng sa dây rốn

4. Ghi rõ giờ bắt đầu bấm ối, diễn biến của tim thai, cơn co tử cung, ngôi thai

5. Đánh giá độ lọt của ngôi thai mỗi giờ trong 2 giờ

**IV. Theo dõi và xử trí tai biến**

**1. Phẫu thuật cấp cứu lấy thai ngay trong các trường hợp:**

Cơn co tử cung cường tính dừ đã ngừng Oxytocin và cho thuốc giảm co.

Thai suy

Sa dây rốn

Sau 2 giờ làm nghiệm pháp lọt cổ tử cung không mở thêm hoặc rắn hơn, hoặc phù nề, ngôi thai vẫn cao, không lọt và bắt đầu có bướu huyết thanh.

**2. Theo dõi thêm chuyển dạ**

Nếu sau 2 giờ làm nghiệm pháp lọt mà cổ tử cung mở thêm từ 2cm trở lên, tim thai trong giới hạn bình thường, ngôi thai xuống sâu hơn trong tiểu khung, có thể tiếp tục theo dõi thêm; khi cổ tử cung mở hết, đầu lọt thấp có thể cho sản phụ rặn đẻ.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – 2013;

Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa – Bệnh viện Từ Dũ 2016

## 21. ĐẺ CHỈ HUY BẰNG TRUYỀN OXYTOCINE TĨNH MẠCH

**I. ĐẠI CƯƠNG**

-Đẻ chỉ huy là một cuộc đẻ do người thầy thuốc sản khoa khởi động và điều khiển các cơn co tử cung.

-Khởi phát chuyển dạ: kích thích để tử cung bắt đầu có cơn co.

-Tăng cường chuyển dạ: kích thích tử cung trong chuyển dạ nhằm tăng tần số, thời gian và độ mạnh của cơn co. Một cuộc chuyển dạ thực sự được tạo ra khi có 3 cơn co trong 10 phút, và cường độ cơn co tăng dần.

**II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1. Chỉ định**

- Mẹ bị bệnh cần lấy thai ra sớm theo đường dưới.

- Thai quá ngày sinh, hết tuần thứ 41.

- Ối vỡ non, ối vỡ sớm mà cơn co tử cung thưa yếu.

- Chuyển dạ kéo dài, cơn co tử cung không phù hợp

**2. Chống chỉ định**

- Bất tương xứng giữa thai nhi và khung chậu.

- Bất thường ở tử cung: tử cung dị dạng, nhân xơ, sẹo mổ đẻ cũ, sẹo mổ bóc nhân xơ cũ.

- Không phải là ngôi đầu.

- Có dấu hiệu suy thai.

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Phương tiện**

- Bộ bấm ối.

- Găng vô khuẩn.

- Dung dịch Glucose 5%.

- Kim và dây truyền vô khuẩn.

- Thuốc Oxytocin 5 đơn vị.

- Phiếu theo dõi tiêm truyền và biểu đồ chuyển dạ.

**2. Điều kiện, người thực hiện**

- Chỉ được gây đẻ chỉ huy tại cơ sở có phẫu thuật.

- Cán bộ y tế: bác sĩ chuyên khoa.

**3.Người bệnh**

- Được giải thích rõ.

- Được khám và đánh giá tình trạng thai, cổ tử cung, ngôi thai bằng chỉ số Bishop .

**4. Hồ sơ bệnh án:** Đầy đủ theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Theo dõi tim thai và cơn co tử cung trên monitor sản khoa**. Nếu nhịp tim thai bất thường ( dưới 120 hoặc trên 160 nhịp mỗi phút), phải nghi ngờ suy thai.

**2. Bấm ối** nếu cổ tử cung đã mở, người đẻ con rạ và có khả năng lọt dễ thì chỉ cần bấm ối cho đầu xuống tì vào cổ tử cung.

**2. Sau khi bấm ối**

- Cho kháng sinh dự phòng để giúp giảm nhiễm khuẩn liên cầu khuẩn nhóm B ở trẻ sơ sinh nếu ối vỡ > 6h. Thường là dùng nhóm Beta - Lactam.

**3. Truyền Oxytocin**

- Truyền Oxytocin 5 đơn vị trong 500ml dung dịch Glucose 5% với tốc độ 10 giọt mỗi phút.

- Điều chỉnh số giọt truyền theo cơn co tử cung và độ xóa mở cổ tử cung.

- Nếu tử cung quá kích thích (bất cứ cơn co nào kéo dài trên 60 giây), hoặc nếu hơn 4 cơn co trong 10 phút, thì ngừng truyền và cho thuốc giảm co bóp tử cung.

- Nếu sau 6 giờ vẫn chưa tạo được chuyển dạ, coi như đẻ chỉ huy thất bại, phải mổ lấy thai.

**V . THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**

- Theo dõi mạch, huyết áp, cơn co tử cung, nhịp tim thai, độ xóa mở cổ tử cung và độ tiến triển của ngôi

- Ghi lại các kết quả quan sát trên biểu đồ chuyển dạ theo dõi mỗi 15 phút/lần

- Thai suy phải hồi sức thai không kết quả chuyển mổ lấy thai

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – 2013;

Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa – Bệnh viện Từ Dũ 2016

## 22. THEO DÕI NHỊP TIM THAI VÀ CƠN CO TỬ CUNG BẰNG MONITORING SẢN KHOA

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Theo dõi liên tục cơn co tử cung và nhịp tim thai nhằm mục đích:

- Phát hiện thai suy trong quá trình có thai và trong chuyển dạ.

- Phát hiện cơn co tử cung bất thường và sự đáp ứng của tim thai với cơn co tử cung.

**II.CHỈ ĐỊNH**

Nếu có điều kiện nên áp dụng cho tất cả sản phụ.

- Áp dụng cho các trường hợp thai nghén có nguy cơ cao như:

+ Sản phụ bị bệnh lý ảnh hưởng đến thai.

+ Sản phụ có tiền sử sản khoa nặng nề.

+ Sản phụ lớn tuổi.

+Có dấu hiệu nghi ngờ thai suy hoặc thai kém phát triển trong tử cung.

+Chuyển dạ bất thường: ối vỡ non, ối vỡ sớm, rối loạn cơn co tử cung, chuyển dạ kéo dài, tử cung có sẹo mổ cũ.

**III. CHUẨN BỊ**

1. Phương tiện: monitor sản khoa ghi cơn co tử cung và nhịp tim thai.

2.Sản phụ: được giải thích về mục đích theo dõi thai bằng máy và cách thức tiến hành.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Đặt đầu dò ghi cơn co tử cung và nhịp tim thai.

- Ghi biểu đồ nhịp tim thai và cơn co tử cung.

- Ghi những thông tin cần thiết về sản phụ trên băng giấy ghi của máy.

**V. PHÂN TÍCH KẾT QUẢ**

- Nhịp tim thai: tần số, đường tim thai cơ bản, độ dao động.

- Sự thay đổi của tim thai khi có cơn co tử cung.

- Cơn co tử cung: tần số, biên độ của cơn co và trương lực cơ bản của ử cung.

**1. Theo dõi liên tục nhịp tim thai trước chuyển dạ.**

-  Nhằm mục đích đánh giá tình trạng thiếu oxygen gây suy thai, còn gọi là các thử nghiệm theo dõi  thai.

- Có hai loại thử nghiệm chính:

+ Test không đả kích: theo dõi nhịp tim thai đơn thuần, không cần tạo nên cơn co tử cung.

+Test đả kích: theo dõi nhịp tim thai tương ứng với cơn co tử cung hay là thử nghiệm chịu đựng của thai đối với cơn co tử cung tạo nên do oxytocin (test oxytocin) hoặc do kích thích núm vú.

1.1. Theo dõi liên tục nhịp tim thai không sử dụng oxytocin.

*1.1.1 Chỉ định.*

        Tất cả phụ nữ có thai, đặc biệt là thai nghén nguy cơ cao.

*1.1.2. Thời gian thử nghiệm.*

         Trong khoảng từ 20 đến 30 phút nếu xuất hiện 3 - 4 lần nhịp tim thai đáp ứng rõ, tương ứng với thai vận động có thể kết luận là thai bình thường.

*1.1.3. Phân tích kết quả.*

         -  Thử nghiệm có đáp ứng: tim thai tăng lên khoảng 15 nhịp/phút trong thời điểm thai cử động. Đường tim thai cơ bản dao động bình thường.

         - Thử nghiệm không đáp ứng: nhịp tim thai không thay đổi hoặc tăng dưới 15 nhịp trong thời điểm thai cử động hoặc nhịp tim thai cơ bản và dao động của tim thai không bình thường (< 5 nhịp/phút). Nếu thử nghiệm không đáp ứng thì thai nhi có thể bị đe dọa, khi đó cần có những đánh giá tiếp theo (test có đả kích hoặc các chỉ số sinh học của thai nhi hoặc can thiệp để lấy thai ra).

            - Test được cho là bệnh lý khi nhịp tim thai chậm kèm theo đường nhịp tim thai cơ bản bất thường

1.2. Theo dõi liên tục nhịp tim thai có sử dụng oxytocin.

*1.2.1. Chỉ định.*

-          Chỉ áp dụng ở những cơ sở có điều kiện, phương tiện.

-          Thai nghén có nguy cơ cao cần đánh giá tình trạng thai khi test không đả kích không đáp ứng.

*1.2.2. Chống chỉ định tuyệt đối.*

-          Tử cung có sẹo mổ cũ, rau tiền đạo, rỉ ối.

*1.2.3. Chống chỉ định tương đối.*

-          Đa ối, tiền sử đẻ non, đa thai.

*1.2.4. Thời điểm làm thử nghiệm.*

-          Chỉ làm khi tuổi thai sau 34 tuần.

*1.2.5. Các bước tiến hành.*

-          Chuẩn bị người thực hiện, dụng cụ và thai phụ, các bước tiến hành như theo dõi liên tục nhịp tim thai tương ứng với cơn co tử cung trong chuyển dạ.

-          Theo dõi nhịp tim thai có sử dụng oxytocin.

-          Pha 5 đv oxytocin trong dung dịch glucose 5 % truyền nhỏ giọt tĩnh mạch liều ban đầu 5 giọt/phút, sau 10 - 15 phút tăng dần liều cho đến khi đạt được 3 cơn co tử cung trong 10 phút, ghi lại nhịp tim thai và cơn co tử cung trong thời gian từ 30 - 40 phút.

*1.2.6. Đánh giá kết quả*

-          Kết quả âm tính khi nhịp tim thai không thay đổi về tần số và cường độ.

-          Kết quả dương tính khi xuất hiện nhịp tim thai chậm muộn thường xuyên.

-          Kết quả nghi ngờ khi thỉnh thỏang mới xuất hiện nhịp tim thai chậm muộn, phải làm lại thử nghiệm trong vòng 24 giờ.

-          Tăng kích thích: nhịp tim thai chậm muộn xảy ra do cơn co quá mau, mỗi cơn co cách nhau dưới 2 phút hoặc cơn co kéo dài trên 60 giây, trương lực cơ bản của tử cung tăng.

-          Không đạt yêu cầu khi đường biểu diễn nhịp tim thai không rõ ràng, khó phân tích.

1.3.   Thử nghiệm kích thích đầu vú:

Giống như thử nghiệm dùng oxytocin nhưng oxytocin được thay thế bằng kích thích hai núm vú.

**2. Theo dõi monitoring trong chuyển dạ:**

Đánh giá cường đồ tần số cơn co tử cung và độ xóa mở cổ tử cung để phát hiện sớm chuyển dạ kéo dài

Theo dõi tim thai liên tục và mối liên hệ với cơn co tử cung để phát hiện sớm suy thai

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

-  Dặn thai phụ không cử động nhiều vì có thể làm thay đổi vị trí của đầu dò gây nhiễu trên giấy ghi.

- Nếu thấy nhịp tim thai bị nhiễu, cần kiểm tra lại vị trí đặt đầu dò và băng chun cố định đầu dò để có kết quả rõ ràng.

 -  Xem kết quả ghi trên giấy 10 phút/lần, nếu xuất hiện nhịp tim thai hay cơn co tử cung bất thường cần khám lại ngay để có thái độ xử trí kịp thời.

**2. Xử trí.**

-  Do tư thế nằm ngửa, thai phụ có thể bị choáng (mạch nhanh, huyết áp hạ, vã mồ hôi, mệt mỏi) và thai có thể bị suy do tư thế nằm ngửa của mẹ biểu hiện bằng nhịp tim thai chậm, kéo dài có khi tới vài phút. Cần phải thay đổi ngay tư thế nằm của sản phụ (nghiêng trái) và cho mẹ thở oxygen, nếu nhịp tim thai không được cải thiện phải tìm cách lấy thai ra nhanh nhất.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – 2013;

Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa – Bệnh viện Từ Dũ 2016

## 23. ĐỠ ĐẺ NGÔI NGƯỢC

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Ngôi mông là một ngôi đẻ khó, nhưng vẫn có thể đẻ đường dưới được. Ngôi mông có tần suất 2 - 6% trong tổng số các cuộc chuyển dạ. Ngôi mông có tỷ lệ rất cao ở các ca đẻ non.

**II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

|  |  |
| --- | --- |
| **Chỉ định** | **Chống chỉ định** |
| Có thể lựa chọn cho đẻ đường âm đạo dưới các ca sau:  - Ngôi mông hoàn toàn hoặc không hoàn toàn kiểu mông.  - Tuổi thai > 34 tuần.  - Trọng lượng thai dự đoán 2500 -3000g.  - Đầu thai nhi cúi tốt.  - Khung chậu người mẹ rộng (qua khám lâm sàng và siêu âm hoặc Xquang).  - Không có chỉ định mổ lấy thai cả về phía mẹ hoặc con.  - Biểu hiện của mẹ trong quá trình chuyển dạ thuận lợi, không có tình trạng nguy hiểm cho mẹ và con.  - Xác định các dị tật có thể làm thai chết. | **1. Chống chỉ định về phía mẹ:**  - Bất thường khung chậu.  - Có khối u tiền đạo.  - Có sẹo mổ cũ ở tử cung.  - Tổn thương ở vùng chậu và tầng sinh môn.  - Các bệnh lý của mẹ lúc mang thai (đái đường, cao huyết áp...)  - Các bệnh lý tim mạch, suy hô hấp.  **2. Chống chỉ định do phần phụ của thai:**  - Rau tiền đạo.  - Đa ối.  - Dây rốn ngắn hoặc dây rốn quấn cổ.  **3. Chống chỉ định về phía thai:**  - Suy thai mãn.  - Đầu ngửa nguyên phát.  - Đẻ non, thai 1500-2500 gr.  - Trọng lượng thai dự đoán > 3000gr.  - Thai già tháng.  - Đa thai có hơn 1 thai là ngôi mông. |

**III. ĐIỀU KIỆN**

❖ Đỡ đẻ ngôi mông đường âm đạo được thực hiện do một người có kinh nghiệm sẽ an toàn và khả thi với những điều kiện sau đây:

- Ngôi mông hoàn toàn hoặc ngôi mông không hoàn toàn.

- Khung chậu bình thường.

- Thai nhi không quá lớn.

- Không có sẹo mổ cũ ở tử cung.

- Đầu thai cúi tốt.

- Khám sản phụ thường xuyên và ghi lại quá trình chuyển dạ trên biểu đồ chuyển dạ.

- Nếu ối vỡ, khám sản phụ ngay lập tức để loại trừ sa dây rốn.

***Lưu ý:***

- Không được bấm ối.

- Nếu có sa dây rốn và cuộc đẻ không xảy ra ngay lập tức, chỉ định mổ lấy thai.

- Nếu nhịp tim thai bất thường (<100 hoặc >180 lần/phút) hoặc chuyển dạ kéo dài, chỉ định mổ lấy thai.

- Phân su thường gặp trong ngôi mông và đó không phải là dấu hiệu suy thai nếu nhịp tim thai bình thường.

- Sản phụ không được rặn cho đến khi cổ tử cung mở hết. Phải khám âm đạo để xác định cổ tử cung mở hết.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Một kíp đỡ đẻ ngôi mông cần có từ 3 - 4 người.

- Chỉ nên cho đẻ đường âm đạo ở những nơi có điều kiện phẫu thuật và hồi sức sơ sinh tốt.

- Khi quyết định cho đẻ đường âm đạo trong ngôi mông, nên chọn bác sĩ sản khoa có kinh nghiệm đỡ đẻ ngôi mông.

- Một người gây mê có khả năng hồi sức sơ sinh hoặc triển khai nhanh cuộc mổ cấp cứu.

- Có sẵn kíp gây mê, bác sĩ nhi khoa để hỗ trợ khi cần.

**2. Phương tiện dụng cụ**

- Một bộ khăn vải vô trùng (04 cái).

- Găng tay vô khuẩn (04 đôi).

- Dung dịch Glucose 5%, Glucose 10%, Bicarbonate natri 4,2%.

- Dây truyền dịch (01 bộ).

- Thuốc Oxytocin 5 đơn vị (2 - 4 ống), thuốc tê Lidocain 2%.

- Bơm tiêm (03 cái).

- Dung dịch sát trùng Povidine 10% (50ml).

- Ống thông bàng quang 01 cái.

- Forcep Piper để lấy đầu hậu.

- Hộp dụng cụ cắt - khâu TSM.

- Hộp dụng cụ đỡ đẻ.

- Máy hút dịch.

- Ống hút nhớt trẻ sơ sinh (01 cái).

- Dụng cụ và thuốc hồi sức sơ sinh (01 hộp).

**3. Sản phụ**

Sản phụ phải được tư vấn về thuận lợi và nguy cơ của sinh ngôi mông đường âm đạo, cách rặn đẻ để phối hợp với bác sĩ trong quá trình rặn sổ thai. Lựa chọn đẻ đường âm đạo khi có các điều kiện sau:

- Cổ tử cung đã mở hết.

- Cơn co tử cung phải hiệu quả, không có nguy cơ gián đoạn chuyển dạ.

- Luôn luôn theo dõi, kiểm tra chuyển dạ ngay khi có sự xóa mở cổ tử cung.

- Chuẩn bị sẵn forceps để lấy thai khi cần thiết.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Đầy đủ theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Giai đoạn cho sản phụ rặn đẻ chỉ được tiến hành khi có đủ các điều kiện sau đây:

- Cổ tử cung đã mở hết và ngôi thai đã xuống sát với tầng sinh môn.

- Chỉ cho sản phụ rặn khi có cơn co tử cung.

- Đảm bảo cơn co tử cung có hiệu quả, truyền nhỏ giọt Oxytocin có hệ thống từ lúc bắt đầu cho sản phụ rặn.

- Cắt tầng sinh môn chủ động có hệ thống khi tầng sinh môn giãn căng.

- Không dùng bất cứ một thủ thuật nào khi sổ thai cho tới khi xuất hiện đỉnh của xương bả vai thai nhi.

**1) Đỡ đẻ**

**\* Đỡ đẻ ngôi mông theo phương pháp Vermelin**

- Để thai nhi sổ tự do do sự kết hợp của cơn co tử cung và sức rặn của mẹ.

- Khi mông hoặc chân chuẩn bị sổ thì cắt tầng sinh môn.

- Trải một khăn vải ở dưới tầng sinh môn.

- Khi thai sổ đến bụng, người đỡ đẻ luồn ngón tay nới lỏng dây rốn.

- Đẩy trên bụng mẹ ở phía đáy tử cung.

- Giúp cho đầu hậu sổ kịp thời tránh cho trẻ hít phải nước ối.

- Người thầy thuốc sản khoa là người quan sát tích cực, không vội vã, càng ít đụng chạm vào thai nhi càng tốt.

**\* Đỡ đẻ ngôi mông theo phương pháp Sôvianốp ngôi mông không hoàn toàn).**

- Khi mông sổ hai bàn tay người đỡ đẻ ôm lấy đùi và hông thai, các ngón cái ở phía đùi các ngón khác phía xương cùng.

- Trong cơn rặn hướng cho khối thai ra trước và giữ cho chi dưới của thai luôn áp sát vào bụng và ngực.

- Khi sổ vai tiêm thuốc Oxytocin.

- Giúp sổ đầu hậu đồng thời hướng thai ra trước cho lưng thai sát vào phần trước âm hộ, lật ngửa thai lên bụng mẹ cho sổ đầu (giống như thủ thuật Bracht).

**\* Đỡ đẻ ngôi mông hoàn toàn theo phương pháp Sôvianốp:**

- Giữ không cho chân và mông không sổ sớm: dùng gạc lớn đặt trước âm hộ và lấy lòng bàn tay đè lên gạc trong cơn co.

- Hướng dẫn sản phụ rặn thật tốt.

- Thời gian giữ từ vài phút đến 15 - 20 phút cho tới khi tầng sinh môn giãn hết mức.

- Lúc không thể giữ nữa và bắt đầu cho rặn sổ.

- Các động tác đỡ thai khác tuần tự được tiến hành như khi đỡ ngôi mông theo đường dưới một cách tự nhiên.

**2) Các thủ thuật thường dùng khi đỡ đẻ ngôi mông**

❖ Các thủ thuật đỡ đầu hậu

***- Thủ thuật Bracht:***

+ Người đỡ đẻ giữ thai với hai bàn tay: các ngón tay cái vào mặt trước đùi, bằng các động tác phối hợp đưa thai ra trước, lên trên và lật ngửa thai lên bụng mẹ, không được lôi kéo vào thai.

+ Người đỡ phụ ấn tay vào đáy tử cung giúp cho đầu thai ra dễ dàng hơn.

+ Khi thai đã sổ qua cằm, người đỡ có thể luồn ngón tay vào miệng thai nhi giúp đầu cúi để sổ dễ hơn.

***- Thủ thuật Mauriceau:***

Thủ thuật này thường chỉ định cho các sản phụ đẻ con so, thai có thể hơi to, tầng sinh môn rắn, cần tiên lượng những khó khăn và nếu thấy có chỉ định thì làm ngay thủ thuật Mauriceau. Thời điểm bắt đầu làm Mauriceau là khi vai và 2 chi trên đã sổ hẳn ra ngoài âm hộ.

***Cách làm:***

- Cho thai nhi cưỡi lên cẳng tay người đỡ đẻ.

- Hai ngón tay trỏ và giữa cho vào miệng của thai đến tận đáy lưỡi ấn cho cằm sát vào ngực giúp cho đầu cúi thêm.

- Bàn tay ngoài đặt trên lưng, sát vai dùng các ngón ấn vào vùng chẩm để phối hợp cùng lúc với bàn tay bên trong làm cho đầu cúi.

- Sau đó dùng các ngón bàn tay ngoài ôm lấy 2 vai và kẹp ngón trỏ - giữa ôm lấy gáy thai rồi phối hợp với tay trong kéo thai xuống, đưa đầu về chẩm - vệ, hướng thai ra ngoài lật lên phía bụng mẹ.

- Người phụ đẩy vào tử cung giúp cho đầu sổ dễ hơn.

- Cắt nới rộng tầng sinh môn

**❖ Các thủ thuật hạ tay**

***- Thủ thuật LOVSET***

+ Khi thai nhi sổ đến mỏm xương bả vai, người đỡ đẻ đưa ngón tay lên kiểm tra xem tay thai nhi có bị giơ lên cao hay không. Nếu tay bị giơ cao thì bắt đầu ngay thủ thuật hạ tay.

+ Người đỡ đẻ nắm giữ thai nhi bằng 2 bàn tay, ngón cái ở vùng thắt lưng, lòng bàn tay ở 2 mông, các ngón tay khác ở phía bụng.

+ Thực hiện vòng quay đầu tiên 90o cho lưng thai quay sang phải để cánh tay trước của thai xuống dưới xương vệ sẽ sổ.

+ Sau đó tiến hành vòng quay thứ 2, 180o theo hướng ngược lại để đưa tay sau ra trước, khuỷu tay sẽ xuất hiện ở âm hộ.

+ Tiếp đó thai sẽ được hạ xuống, cố định chẩm dưới khớp vệ cho đầu sổ.

***- Hạ tay theo phương pháp cổ điển:***

+ Bao giờ cũng phải hạ tay sau xuống trước.

+ Một bàn tay cầm chân thai nhấc lên và về phía đối diện với lưng của thai.

+ Bàn tay còn lại luồn vào âm đạo theo ngực cằm đi dần lên.

+ 2 ngón tay trỏ và giữa đi dọc theo cánh tay tìm đến nếp khuỷu thì ấn vào nếp đó để cẳng tay gấp lại và bàn tay vuốt qua mặt thai nhi để đưa xuống dưới. Động tác này người ta ví như mèo rửa mặt

+ Khi tay đã xuống, vào tới âm đạo thì gỡ dần ra theo mép sau âm hộ.

+ Đối với tay trước, lại luồn tay lên làm các thao tác như trên.

+ Ca không thể luồn tay lên được thì phải xoay 180o biến tay trước thành tay sau. Nếu tay đó chưa sổ thì làm thao tác gỡ tay sau như đã mô tả trên.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nếu đầu bị ngửa hay không quay về chẩm vệ thì thời gian kéo đầu thai nhi quá lâu làm thai nhi bị ngạt hay bị sang chấn sọ não.

- Tầng sinh môn có thể bị rách rộng khi đầu thai sổ, nên cắt nới tầng sinh môn trước để thai sổ dễ dàng.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – 2013;

Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa – Bệnh viện Từ Dũ 2016

## 24. NỘI XOAY THAI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Xoay thai là một thủ thuật nhằm chuyển thai nhi từ ngôi bất thường, khó hoặc không đẻ được thành ngôi đẻ được qua đường âm đạo. Có hai loại xoay thai là ngoại xoay thai và nội xoay thai (xoay thai ngoài và xoay thai trong).

Xoay thai ngoài thường tiến hành khi thai gần đủ tháng, mục đích là biến ngôi vai, ngôi mông thành ngôi thuận. Tuy nhiên phương pháp này thường nguy hiểm vì có thể gây vỡ tử cung, rau bong non, sang chấn cho thai…

Nội xoay thai có nghĩa là xoay thai trong buồng tử cung, tiến hành khi đẻ và thường làm khi đẻ thai thứ hai của cuộc chuyển dạ sinh song thai. Mục đích của xoay thai trong là chuyển ngôi vai thành ngôi mông.

**II. CHỈ ĐỊNH**

**1. Chỉ định**

Đẻ thai cuối - ngôi vai trong đỡ đẻ đa thai (thường là thai thứ hai trong đẻ song thai).

Đẻ một thai nhưng thai nhỏ, ngôi vai, tiên lượng thai khó có khả năng sống được.

**2. Điều kiện**

Cổ tử cung mở hết.

Còn ối.

Không có bất tương xứng đầu - chậu.

Thai không suy.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Con so.

Không đủ điều kiện xoay thai.

Tử cung có sẹo mổ cũ.

Hết ối

- Nơi không có phòng mổ, thiếu các phương tiện theo dõi, hồi sức cho sản phụ và trẻ sơ sinh.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ sản khoa có kinh nghiệm.

Rửa tay, mặc áo, đi găng.

**2. Phương tiện**

Găng vô khuẩn ít

Thuốc giảm co, giãn cơ, giảm đau, an thần: Papaverin 40mg, Dolosal 100mg…

Dịch truyền, các phương tiện để hồi sức mẹ và hồi sức thai nhi.

Bình Oxy.

Người bệnh: Sản phụ được tư vấn trước khi tiến hành thủ thuật về các bước tiến hành, về thuận lợi và những nguy cơ có thể xảy ra.

Thông tiểu, vệ sinh âm hộ âm đạo.

Hồ sơ bệnh án: ngoài các thủ tục của một bệnh án thông thường nên ghi rõ tình trạng thai: ngôi thế của thai, dự kiến trọng lượng thai, tình trạng ối, dây rốn.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Thì 1:** Kiểm tra lại đủ các điều kiện trước khi xoay thai:

Cơn co thưa, còn ối, ngôi cao lỏng, cổ tử cung mở hết, khung chậu rộng, thai nhỏ..

Khám kỹ xác định tình trạng thai, ngôi thai, vị trí của đầu và mông thai nhi

**Thì 2:** bấm ối, kéo thai

Bấm ối và đưa tay (tay thuận) vào buồng tử cung về hướng mông thai nhi để tìm chân thai nhi và kéo xuống (đã khám và xác định mông thai nhi bên nào của tử cung).

Trước khi kéo phải phân biệt chân hoặc tay thai nhi để khỏi kéo nhầm.

Tốt nhất là kéo cả hai chân của thai nhi cùng lúc, nếu khó quá phải kéo một chân thì kéo chân trước. Nếu kéo phải chân sau thì quay cho chân sau thành chân trước rồi kéo xuống.

Sau khi chuyển thành ngôi mông có thể để đẻ tự nhiên, tuy nhiên thông thường kéo từ từ thai nhi ra luôn (đại kéo thai).

**Thì 3:** bóc rau và kiểm tra sự an toàn của tử cung

Sau khi thai sổ phải bóc rau và kiểm tra sự an toàn của tử cung ngay, đây là chỉ định bắt buộc nhằm xem tử cung có tổn thương, vỡ hay không.

Kiểm tra cổ tử cung, âm đạo, âm hộ.

**Chú ý:**

Nếu tử cung co cường tính, phần thai bị bóp chặt, xoay thai sẽ khó khăn nên phải kiểm soát cơn co bằng cách giảm co trước khi xoai thai.

Nếu phần thai đã xuống thấp, ối đã vỡ và chảy hết, tay thai nhi sa xuống…nói chung không đủ điều kiện phải mổ lấy thai.

**VI. THEO DÕI VÀ TAI BIẾN**

1.Nhằm phát hiện các nguy cơ sau khi xoay thai trong là vỡ tử cung, chảy máu, choáng mất máu…

2.Theo dõi sát mạch, huyết áp, co hồi tử cung, ra huyết âm đao, hoặc biểu hiện chảy máu trong.

3.Nếu nội xoay thai không đúng chỉ định và kỹ thuật dễ xảy ra tai biến như vỡ tử cung, thai bị sang chấn, bong nhau, suy thai...

4.Nếu phát hiện vỡ tử cung phải hồi sức và mổ cấp cứu ngay. Khi mổ tùy tình trạng tổn thương mà giải quyết. Nếu sản phụ chưa có con, vết nứt nhỏ, không nhiễm trùng thì khâu phục hồi. Nếu sản phụ đã có đủ con, vết vỡ rộng, nham nhở, nhiễm trùng thì cắt tử cung.

5.Mọi ca sau khi can thiệp vào buồng tử cung phải dùng kháng sinh toàn thân đề phòng nhiễm trùng.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – 2013;

Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa – Bệnh viện Từ Dũ 2016

## 25. ĐỠ ĐẺ TỪ SINH ĐÔI TRỞ LÊN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Sinh đôi là thai nghén có nguy cơ cao. Đặc điểm "nguy cơ cao" xảy ra ngay cả trong thời kỳ mang thai cũng như trong chuyển dạ đẻ.

Thành công hay thất bại khi đỡ đẻ song thai tùy thuộc vào chẩn đoán chính xác các ngôi, thế của hai thai, sự chuẩn bị tốt các phương tiện chăm sóc, hồi sức cho mẹ và thai nhi, vào kiến thức, kỹ năng cũng như kinh nghiệm của người đỡ đẻ.

Nguy cơ gặp trong cuộc đẻ song thai thường là suy thai, ngôi bất thường, sang chấn cho thai.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các ca chuyển dạ sinh đôi và cuộc chuyển dạ tiến triển thuận lợi.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Sinh đôi hai thai dính nhau.

- Sinh đôi hai thai mắc nhau: thai thứ nhất là ngôi mông, thai thứ hai ngôi đầu do đó khi xuống hai thai có thể mắc nhau.

- Thai 1 ngôi bất thường, ngôi vai.

- Suy thai, sa dây rốn…

- Tử cung có sẹo mổ cũ, rau tiền đạo, sản phụ sinh con so lớn tuổi.

- Mẹ bị các bệnh lý không được đẻ đường âm đạo: bệnh tim mạch, cao huyết áp, tiền sản giật nặng…

- Nơi không có phòng mổ, thiếu các phương tiện theo dõi, hồi sức cho sản phụ và trẻ sơ sinh.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Tuyến áp dụng**

Chỉ tiến hành theo dõi chuyển dạ và đỡ đẻ sinh đôi ở tuyến huyện trở lên. Tuy nhiên đôi khi có khả năng tất cả các tuyến bắt buộc phải xử trí nếu sản phụ đến muộn không thể chuyển tuyến hoặc không chẩn đoán song thai được từ trước.

**2. Người thực hiện**

Kíp đỡ đẻ tốt nhất có 3 người: 1 bác sỹ sản khoa (hoặc nữ hộ sinh giỏi, có kinh nghiệm), 1 người gây mê hồi sức, 1 chuyên chăm sóc và hồi sức sơ sinh. Tuy nhiên trong một số ca đặc biệt, không đủ nhân viên thì tối thiểu kíp đỡ đẻ phải có 2 người: 1 để đỡ đẻ, 1 chăm sóc và hồi sức sơ sinh.

**3. Phương tiện**

- Hai hộp đỡ đẻ

- Hai bộ làm rốn

- Hai bộ khăn bông, áo tã cho trẻ sơ sinh

- Hai bộ dụng cụ hồi sức sơ sinh.

- Bộ săng trải bàn vô khuẩn: 5 cái

- Găng vô khuẩn: ít nhất 5 cặp

- Thuốc co hồi tử cung: Oxytocin, Ergometrine, Alsoben, Duratocin

- Dịch truyền, các phương tiện để hồi sức mẹ và sơ sinh

**4. Sản phụ:**

- Sản phụ được tư vấn trước sinh về thuận lợi và khó khăn trong cuộc đẻ sinh đôi.

- Thụt tháo, thông tiểu, vệ sinh âm hộ âm đạo

**5. Hồ sơ bệnh án:** Đầy đủ theo quy định.

Ngoài các thủ tục của một bệnh án thông thường nên ghi rõ tình trạng của hai thai: ngôi thế của hai thai, dự kiến trọng lượng thai, tình trạng ối, dây rốn (xác định qua khám lâm sàng và siêu âm thai)

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Nguyên tắc**

- Luôn theo dõi tình trạng sức khỏe của người mẹ và hai thai, nhất là thai nhi thứ hai. Phát hiện kịp thời nguy cơ suy thai và có biện pháp xử trí thích hợp.

- Do tử cung quá căng nên cơn co tử cung thường yếu và thưa, cổ tử cung mở chậm. Nếu đủ điều kiện có thể bấm ối cho tử cung bớt căng, điều chỉnh cơn co tử cung để chuyển dạ tiến triển tốt hơn.

- Nên đặt một đường truyền tĩnh mạch để điều chỉnh cơn co tử cung và có thể hồi sức ngay cho mẹ và thai khi cần.

- Kiểm tra, bổ sung hồ sơ đầy đủ trước khi đỡ đẻ.

- Chuẩn bị đầy đủ các trang thiết cần thiết cho cuộc đẻ, cho mẹ và trẻ sơ sinh

**2. Các bước tiến hành**

**- Thì 1:** đỡ đẻ thai nhi thứ nhất:

Thai thứ nhất thường là ngôi thuận, đôi khi là ngôi mông. Thường ngôi lọt chậm, cơn co yếu. Nếu là ngôi chỏm thì đỡ đẻ như bình thường, chú ý khi ối vỡ dễ gây sa dây rốn. Sau khi thai sổ kẹp chặt dây rốn về phía bánh rau trước khi cắt để ngăn ngừa mất máu của thai thứ hai nếu có tuần hoàn nối thông.

**- Thì 2:** kiểm tra ngay ngôi, thế và tim thai của thai thứ hai:

+ Chú ý thai thứ hai luôn bị đe dọa trước nguy cơ thiếu oxy. Sau khi thai thứ nhất sổ, buồng tử cung trở thành quá rộng làm cho thai thứ hai không bình chỉnh tốt, dễ sinh ra ngôi bất thường như ngôi vai, ngôi ngược.

+ Lập tức khám ngay (khám ngoài và khám âm đạo) để kiểm tra ngôi, thế, kiểu thế của thai thứ hai.

+ Nếu đang truyền Oxytocin mà tử cung co mạnh, bóp chặt, khó xác định được ngôi, phải tạm thời ngừng truyền để tử cung bớt co, xác định được ngôi thai và cũng để thuận lợi hơn cho việc xoay thai trong nếu thai thứ hai ngôi bất thường.

+ Giai đoạn này cần nhanh, chính xác nhưng không vội vàng. Phải xác định rõ ngôi thai thứ hai trước khi quyết định.

**- Thì 3:** đỡ đẻ thai thứ hai

Tùy theo thai thứ hai là ngôi gì mà có hướng xử trí thích hợp:

+ Nếu ngôi đầu: tiếp tục truyền Oxytocin, chờ có cơn co tử cung rồi bấm ối, cố định ngôi và đỡ đẻ như thường lệ.

+ Nếu ngôi mông: đỡ đẻ như ngôi mông.

+ Nếu ngôi bất thường: ngôi vai, ngôi trán, thì phải bấm ối ngay và nội xoay thai thành ngôi mông. Sau đó đỡ đẻ ngôi mông như thường hoặc đại kéo thai ngay.

+ Trong song thai, thai nhi thường nhỏ, hơn nữa sau khi đẻ thai 1, buồng tử cung rộng nên việc xoay thai có thể tiến hành thuận lợi. Nếu quá chậm cổ tử cung sẽ co lại, bong rau nên thai thứ hai dễ bị suy.

***Chú ý:***

+ Chỉ tiến hành xoay thai thứ hai trong đẻ song thai với điều kiện ối còn, thai nhỏ, tử cung không co cứng bóp chặt phần thai, không bị ngôi vai sa tay. Nếu không đủ điều kiện phải mổ lấy thai.

+ Nếu nội xoay thai không đúng chỉ định và kỹ thuật dễ xảy ra tai biến như vỡ tử cung, thai bị sang chấn, bong rau, suy thai...

**- Thì 4:** sổ rau

Sau khi thai sổ thai hai tiến hành xử trí tích cực giai đoạn 3, trong thời kỳ sổ nhau dễ có biến chứng chảy máu do đờ tử cung, do đó phải dùng thuốc co bóp tử cung ngay và duy trì nhỏ giọt tĩnh mạch.

**VI. THEO DÕI**

- Nguy cơ sau khi thai sổ là đờ tử cung, do đó cần dự phòng bằng các thuốc tăng co tử cung, xoa tử cung đảm bảo tử cung co thành khối an toàn.

- Cần theo dõi sát sản phụ những giờ đầu sau đẻ vì dễ xảy ra chảy máu do đờ tử cung thứ phát. Bảo đảm tốt chế độ dinh dưỡng để tạo cho sản phụ khả năng nhanh chóng phục hồi sức khỏe và có đủ sữa nuôi hai con.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – 2013;

Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa – Bệnh viện Từ Dũ 2016

## 26. FORCEPS

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là thủ thuật sử dụng hai cành forceps cặp hai bên đầu thai nhi hỗ trợ giúp đầu thai nhi sổ ra ngoài.

**II. CHỈ ĐỊNH**

**1. Về phía mẹ**

Mẹ rặn không sổ.

Mẹ có chống chỉ định cho rặn: bệnh lý nội khoa (tim, phổi, thận, thần kinh), tử cung có sẹo mổ cũ, tiền sản giật nặng, sản giật...

Tầng sinh môn rắn, không giãn nở.

**2. Về phía thai**

- Thai suy.

Forceps đầu hậu trong ngôi mông**.**

**3. Điều kiện**

Thai đẻ được đường dưới

Đầu lọt trung bình hoặc thấp

Cổ tử cung mở hết

Ối vỡ hoàn toàn hoặc bấm ối.

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Y sĩ, bác sĩ chuyên khoa phụ sản

Khám lại toàn thân, tư vấn cho người mẹ và gia đình.

- Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đeo găng đã được tiệt khuẩn như làm phẫu thuật.

**2. Phương tiện**

Bộ forceps, bộ dụng cụ đỡ đẻ và bộ khâu tầng sinh môn, bộ kiểm tra cổ tử cung.

Các phương tiện để hồi sức sơ sinh.

**3. Sản phụ**

Đặt sản phụ ở tư thế sản khoa, mở rộng hai đùi.

Động viên sản phụ nằm yên, thở đều, không rặn.

Sát khuẩn rộng vùng âm hộ, tầng sinh môn.

Thông đái.

Trải khăn vô khuẩn như phẫu thuật đường dưới.

Nếu mẹ được chỉ định forceps vì bệnh tim, tăng huyết áp, tiền sản giật… thì phải điều trị nội khoa thích hợp trước khi làm thủ thuật.

Nên giảm đau bằng gây tê tại chỗ hoặc gây tê ngoài màng cứng hoặc gây tê tủy sống.

Chỉ rặn khi hai bướu đỉnh đã ra khỏi âm hộ nếu không phải trường hợp chỉ định vì không được cho sản phụ rặn.

Theo dõi mạch, huyết áp, chảy máu.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Thì 1:** Xác định ngôi, thế, kiểu thế, độ lọt và điều kiện làm forceps.

**Thì 2:** Đặt hai cành forceps.

Đặt cành trái:

+ Dùng hai ngón tay phải đưa vào bên trái khung chậu (giữa đầu thai nhi và âm đạo), nhằm mục đích bảo vệ và hướng dẫn khi đặt cành forcep.

+ Cầm cành trái bằng tay trái, đưa nhẹ nhàng cán và thân foóc xép vào vị trí giữa đầu thai nhi và hai ngón tay phải. Lúc đầu cành forceps ở tư thế thằng đứng, sau khi cán đã ôm đầu thai nhi thì chuyển hướng thành ngang.

+ Đưa cành trái forcep cho người phụ giữ.

Đặt cành phải: Đặt tiếp cành phải, đối xứng để khớp với cành trái. Nếu không khớp, cần đặt lại.

**Thì 3:** Khớp cành vàkéo.

Khớp hai cành với nhau.

Kéo từ từ theo cơ chế đẻ bằng sức của cẳng tay, tốt nhất trong cơn co phối hợp với sức rặn của người mẹ, trừ trường hợp có chống chỉ định rặn.

Cắt tầng sinh môn giữa hai cành forceps.

**Thì 4:** Tháo cành forceps.

Khi đường kính lớn nhất của đầu thai nhi (lưỡng đỉnh) qua âm hộ thì ngừng kéo để tháo cành. Cành đặt sau lấy ra trước, cành đặt trước lấy ra sau.

Đỡ thai nhi như đỡ đẻ thường.

Đỡ rau như thường lệ bằng phương pháp xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ.

Kiểm tra tổn thương cổ tử cung âm đạo và tầng sinh môn. Khâu tầng sinh môn và các vết rách.

**V. THEO DÕI**

- Tình hình sản phụ: Huyết áp, nhịp tim, nhịp thở, nhiệt độ

-Lượng máu mất, thường do chấn thương đường sinh dục.

**VI. TAI BIẾN**

**1.Sản phụ**

- Chấn thương tầng sinh môn: Tai biến thường gặp hàng đầu sau can thiệp forceps. Đối với forceps eo dưới, tỷ lệ rách tầng sinh môn độ 3 và 4 chiếm 13%.

Són tiểu không tự chủ

Do chấn thương cơ đáy chậu và các đám rối thần kinh

Mất máu sau can thiệp bằng forceps:

+ Thường là hậu quả của tình trạng chấn thương tầng sinh môn nặng nề

+ Tỷ lệ truyền máu sau sinh cao hơn nhiều (4,2%) so với mổ lấy thai không biến chứng (1,4%) và đẻ thường (0,4%).

+ Nếu nặng có thể dẫn tới shock giảm thể tích.

Nhiễm trùng hậu sản

**2.Thai nhi**

Đẻ bằng forceps có thể gây tai biến nặng nề cho sản phụ nhưng ít gây ảnh hưởng xấu trên thai nhi. Các tai biến có thể gặp bao gồm tụ máu dưới da đầu, liệt dây thần kinh sọ VII, liệt đám rối thần kinh cánh tay.

***Tài liệu tham khảo***

Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ CSSKSS-2016

## 27. GIÁC HÚT SẢN KHOA

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Giác hút sản khoa (Ventouse) là một loại dụng cụ dùng lực hút chân không tác động lên đầu thai nhi, qua trung gian một chụp kim loại, để giúp sổ đầu khi cuộc chuyển dạ không tiến triển thuận lợi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Giai đoạn hai kéo dài.

Nghi ngờ suy thai (nước ối có phân su).

Tử cung có sẹo mổ cũ (từ tuyến tỉnh trở lên).

**Điều kiện**

Thai sống.

Ngôi chỏm.

Cổ tử cung mở hết.

Đầu lọt thấp.

Ối đã vỡ hay đã bấm ối.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Mẹ có bệnh nội khoa không được phép rặn đẻ (thay thế bằng forceps).

Các ngôi không phải ngôi chỏm.

Thai non tháng.

Đầu có bướu huyết thanh to.

Đầu chưa lọt thấp.

Suy thai.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Y sĩ, bác sĩ chuyên khoa phụ sản

Khám lại toàn thân, tư vấn cho người mẹ và gia đình.

Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đeo găng đã được tiệt khuẩn như làm phẫu thuật.

**2. Phương tiện**

Máy hút bơm điện hay bơm tay, các chụp giác kéo cỡ to nhỏ khác nhau, một tay cầm để kéo, dây xích và các ống cao su.

Bộ đỡ đẻ và cắt khâu tầng sinh môn.

Khăn vô khuẩn.

**3. Sản phụ**

Tư vấn cho sản phụ và gia đình.

Đặt sản phụ ở tư thế sản khoa, mở rộng hai đùi.

Động viên sản phụ nằm yên, thở đều, không rặn.

Sát khuẩn rộng vùng âm hộ, tầng sinh môn.

Thông đái.

Trải khăn vô khuẩn như phẫu thuật đường dưới.

Nên giảm đau bằng gây tê tại chỗ hoặc gây tê ngoài màng cứng hoặc gây tê tủy sống.

**4. Hồ sơ bệnh án**: ghi chép đầy đủ diễn biến của cuộc chuyển dạ, ghi rõ chỉ định giác hút và các bước thực hiện, kết quả thực hiện.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Thì 1:** Kiểm tra lại kiểu thế và độ lọt của ngôi.

**Thì 2:** đặt nắp giác hút

Ngón cái và ngón trỏ bàn tay trái mở rộng âm đạo

Tay phải cầm nghiêng nắp giác hút lách vào âm đạo, đặt nắp trên nền xương đầu thai nhi, tránh đặt trùm lên các thóp. Tốt nhất là trước thóp sau 1cm, hoặc sau thóp trước 6 cm trên đường liên thóp . Thóp trước là điểm mốc chính để kiểm tra vị trí đặt nắp .

**Thì 3:** hút chân không

- Kiểm tra để chắc chắn không kẹp cổ tử cung, thành âm đạo vào giữa da đầu thai nhi và nắp giác hút. Bơm hút không khí đến 0,2 kg/cm2 rồi dùng ngón trỏ và ngón giữa bàn tay phải rà soát quanh chu vi nắp để bảo đảm không có gì bị hút vào nắp .

- Bơm tiếp từ từ lên 0,8 kg/cm2. Thời gian bơm từ 6 - 10 phút.

**Thì 4:** kéo

Kéo thẳng góc với nắp, theo trục khung chậu, kéo đều tay, không để nắp bị hở, kéo bằng sức cẳng tay, theo trục của cơ chế đẻ. Nghe tim thai giữa mỗi cơn co. Trong khi một tay kéo thì ngón cái bàn tay kia đặt trên nắp, các ngón còn lại tựa vào da đầu để giúp theo dõi sự đi xuống của ngôi thai và khả năng bật nắp.

Chỉ kéo khi có cơn co, giữ đầu ở nguyên vị trí khi ngừng kéo. Nếu cơn co yếu thì phải điều chỉnh cơn co bằng Oxytocin truyền tĩnh mạch và kết hợp với sức rặn của sản phụ. Lúc đầu tiên thì kéo xuống. Khi nắp giác hút lộ ở tầng sinh môn thì kéo ngang và cắt tầng sinh môn nếu cần. Khi chẩm đã tỳ vào bờ dưới xương vệ thì kéo lên 450 sovới sàn chậu để sổ đầu. Thời gian kéo không lâu quá 20 phút.

Trong khi kéo, nếu thấy ngôi thai không chuyển và nặng tay hoặc bật nắp thì phải ngừng kéo và phải mổ lấy thai vì có khả năng bất xứng đầu chậu.

**Thì 5:** tháo nắp giác hút

Sau khi đã sổ 2 bướu đỉnh thì giảm áp suất từ từ. Khi áp suất bằng 0 thì tháo nắp và đỡ như đỡ đẻ thường.

**VI. THEO DÕI VÀ TAI BIẾN**

**Tai biến cho mẹ**

Tai biến xảy ra cho mẹ tương tự như đối với sinh thường: rách cổ tử cung, rách âm đạo sâu, khối máu tụ tầng sinh môn, rách cơ vòng hậu môn, vỡ tử cung, bí tiểu sau sinh.

**Tai biến cho con**

Xước da đầu thường xảy ra nhưng không ảnh hưởng gì. Lau rửa vết thương. Nếu da bị rách thì phải khâu lại.

Bướu huyết thanh: sẽ tự hết sau vài giờ.

Tụ máu dưới da đầu (6%): khối máu tụ không lan qua đường khớp giữa, cần theo dõi và sẽ khỏi sau 3 - 4 tuần.

Tụ máu dưới màng xương (1- 3,8%) khối máu tụ lan qua đường khớp giữa và làm tăng kích thước đầu thai nhi. Trẻ có thể bị thiếu máu, nhịp tim nhanh, tụt huyết áp cần theo dõi và hồi sức .

Xuất huyết não: tỷ lệ 1/860 so với 1/1900 nếu sinh thường. Cần được theo dõi và hồi sức tích cực ngay.

Xuất huyết võng mạc: thường tự khỏi sau vài tuần

Những tổn thương như bại não, liệt cơ, chậm phát triển tâm thần thường xảy ra với tỷ lệ thấp.

Tử vong thường là do ngạt vì làm thủ thuật khó khăn, quá lâu.

***Tài liệu tham khảo***

Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ CSSKSS-2016

## 28. SOI ỐI

**CHỈ ĐỊNH**

Tuổi thai trên 37 tuần trong mọi trường hợp thai nghén có nghi ngờ thai suy khi ối chưa vỡ.

**CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Nhiễm trùng âm đạo

Rau tiền đạo

Thai chết trong tử cung (vì nguy cơ làm ối vỡ và nhiễm trùng nặng sau vỡ ối) Ngôi ngược

**KẾT QUẢ**

Nước ối bình thường: Màu trong, có vài nụ chất gây chuyển động

Nước ối có màu vàng: dấu hiệu này có thể cho thấy có phân su cũ trong nước ối, có tình trạng thai suy trước đó. Biểu hiện này không có ý nghĩa rõ ràng là thai đang suy hay không

Nước ối màu xanh đặc, chứng tỏ có sự thải phân su mới

Đôi khi sự quan sát nước ối bị hạn chế do chất nhầy cổ tử cung nhiều và đặc, hoặc trong trường hợp thiểu ối.

***Tài liệu tham khảo***

Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh

## 29. KHÂU PHỤC HỒI RÁCH CỔ TỬ CUNG, ÂM ĐẠO

**I. ĐẠI CƯƠNG**

**1.Rách cổ tử cung (CTC)** là thương tổn thường gặp có hoặc không kèm theo rách âm đạo và tầng sinh môn. Tùy theo tổn thương để phân loại độ rách.

Rách CTC dưới chỗ bám của thành âm đạo, tổn thương nhẹ, chảy máu ít nhiều tùy theo vị trí rách.

Rách CTC trên chỗ bám của thành âm đạo, tổn thương nhẹ, chảy máu ít, nhiều tùy theo vị trí rách.

Rách CTC thường gây chảy máu nhiều nhưng không được phát hiện và xử trí kịp thời có thể gây choáng và gây tử vong.

**\* Nguyên nhân:**

- CTC xơ cứng do có sẹo, do rách cũ, mổ cắt cụt CTC, viêm nhiễm CTC đã đốt điện nhiều lần.

- CTC phù nề do chuyển dạ lâu, thăm khám nhiều lần.

- Rặn quá sớm khi CTC chưa mở hết, đầu chưa lọt.

- Sau khi làm thủ thuật fooc xép, giác hút…

**\* Triệu chứng, chẩn đoán:**

- Chảy máu ít hay nhiều tùy theo thương tổn rách.

- Tử cung vẫn co tốt.

- Cần dùng 2 van âm đạo bộc lộ rõ âm đạo, CTC. Dùng 2 kẹp hình tim cặp từng phần CTC để phát hiện tổn thương giữa 2 cặp, đánh giá tất cả các vết rách để xử trí kịp thời có hiệu quả.

**2. Rách âm đạo** thường xảy ra sau đẻ thường hoặc đẻ thủ thuật như forceps, giác hút… Rách âm đạo thường kèm theo rách tầng sinh môn. Tùy theo tổn thương, rách âm đạo được chia ra 3 loại:

- Rách âm đạo ở mức thấp: là loại rách ở 1/3 dưới âm đạo, thường kèm theo rách âm hộ và tầng sinh môn.

- Rách âm đạo ở phần giữa: ít gặp hơn, tổn thương nặng, chảy máu nhiều hơn và khó phát hiện nếu không bộc lộ rõ.

- Rách âm đạo cao: là rách ở 1/3 trên âm đạo, ít gặp thường kèm theo rách cùng đồ.

- Rách âm đạo nếu không được phát hiện xử trí kịp thời có thể gây mất máu cấp, gây choáng và có khi tử vong.

\* Triệu chứng

- Ra máu âm đạo nhiều hay ít tùy theo tổn thương.

- Tổn thương rách ở âm đạo có thể ở thành phải, thành trái hoặc thành sau âm đạo. Cần phải dùng 2 van âm đạo bộc lộ từng phần của âm đạo: mặt dưới, mặt bên phải, mặt bên trái, phía trên và cùng đồ để đánh giá và phân loại tổn thương mới có thể có thái độ xử trí đúng đắn.

**IV. CHỈ ĐỊNH**

Chỉ định khâu phục hồi rách cổ tử cung, âm đạo phải được thực hiện ngay sau khi chẩn đoán có tổn thương cổ tử cung để tránh mất máu cho sản phụ.

**V. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Một Bác sĩ sản khoa có kinh nghiệm, 1 Bác sĩ sản khoa hoặc 1 nữ hộ sinh có kinh nghiệm phụ.

**2. Phương tiện**

- 2 van âm đạo

- 2 panh hình tim cặp CTC

- 1 panh sát trùng

- 1 kéo thẳng đầu tù, sắc

- 1 panh cặp kim

- 1 panh đỡ kim

- 1 cốc đựng dung dịch sát trùng

- 1 đến hai sợi chỉ vicryl số 1

- 1 bơm tiêm 10ml

- 20ml dung dịch polydin hoặc polyvidin.

**3. Người bệnh**

- Người bệnh phải được đánh giá toàn diện: lượng máu mất, mạch, huyết áp, toàn trạng, mức độ co chắc của tử cung sau đẻ (nếu co kém cần dùng thuốc co tử cung); các bệnh của người mẹ đặc biệt các bệnh có liên quan đến đông cầm máu như giảm tiểu cầu, APTT kéo dài, giảm fibrtinogen…

- Chúng ta cần hỏi người bệnh và kiểm tra bệnh án để không bỏ sót các ca dị ứng với các thuốc gây tê, giảm đau, kháng sinh.

**4. Hồ sơ bệnh án**: Đầy đủ theo quy định.

**VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Giảm đau cho sản phụ (nếu chưa có gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong và sau đẻ).

- Khâu vùng rách cổ tử cung, âm đạo. Chú ý quan sát rõ hai mép rách để khâu và tránh khâu nhầm môi dưới và môi trên ở hai bên. Khâu bằng chỉ tự tiêu.

- Khâu lại vết rách ngoài tử cung (cùng đồ nếu có) bằng chỉ tiêu mũi rời.

**VII. THEO DÕI**

- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp.

- Theo dõi chảy máu: nếu chảy máu phải kiểm tra kỹ khâu lại.

- Theo dõi lượng máu mất, các xét nghiệm hồng cầu, hemoglobin, khi cần thiết phải truyền máu.

- Dùng kháng sinh 5 ngày sau khi khâu.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – 2013;

Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa – Bệnh viện Từ Dũ 2016

## 30. THỦ THUẬT CẶP KÉO CỔ TỬ CUNG XỬ TRÍ BĂNG HUYẾT SAU ĐẺ SAU SẢY, SAU NẠO

**I. ĐẠI CƯƠNG**

**Băng huyết là biến chứng chảy máu tại đường sinh dục bất thường sau đẻ, sau sảy, sau nạo. Thủ thuật cặp kéo cổ tử cung xử trí băng huyết sau đẻ, sau sảy, sau nạo cần áp dụng kịp thời.**

**II. CHỈ ĐỊNH**

**Băng huyết sau đẻ, sau sẩy, sau nạo thai**

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Nguời thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản

Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn

Giải thích cho người bệnh yên tâm điều trị

**2. Phương tiện, thuốc giảm đau và hồi sức**

Bộ nạo sẩy và nong Hegar từ cỡ nhỏ đến to

Atropin 0,25 mg tiêm dưới da hay Dolosal 0,10g tiêm bắp trước nạo 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

**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 phụ khoa

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Sát khuẩn âm hộ, vùng tầng sinh môn

Sát khuẩn âm đạo, cổ tử cung

Trải khăn vô khuẩn dưới mông, trên bụng và hai bên đùi

Đeo găng vô khuẩn

Thông tiểu nếu cần

Đặt van, bộc lộ âm đạo, cổ tử cung

Dùng kẹp Pozzi cặp cổ tử cung (tuỳ tư thế tử cung mà kẹp mép trước hay mép sau cổ tử cung)

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – 2013;

Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa – Bệnh viện Từ Dũ 2016

Quy trình kỹ thuật bệnh viện đa khoa tỉnh quảng ninh 2020.

## 31. LẤY KHỐI MÁU TỤ ÂM ĐẠO, TẦNG SINH MÔN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Huyết tụ là những biến chứng chảy máu và tụ máu thành một khối máu trên đường thai sổ qua âm đạo. Tùy theo khối huyết tụ ở cao hay thấp mà ta chia ra ba hình thái.

- Huyết tụ tiểu khung: khối huyết tụ ở trên cơ nâng hậu môn và dưới phúc mạc. Huyết tụ thường là biến chứng của rách tử cung, rách âm đạo với đoạn dưới tử cung (vỡ tử cung dưới phúc mạc).

- Huyết tụ âm đạo.

- Huyết tụ âm hộ.

Cả hai loại sau đều ở dưới cơ nâng hậu môn, có thể phối hợp với nhau và có tiên lượng giống nhau

**II.      NGUYÊN NHÂN:**

**1.       Loại huyết tụ âm hộ - âm đạo**

- Sang chấn do cuộc đẻ gây nên và chỉ xuất hiện sau đẻ.

**2.       Loại huyết tụ tiểu khung:** rất hiếm

Thường do đứt các nhánh động mạch hay tĩnh mạch tương đối lớn trong trường hợp tử cung dưới phúc mạc. Máu lan tràn vào các bộ phận khác lân cận và hai lá dây chằng rộng, khối huyết tụ hình thành mỗi lúc một to lên, có khi đến cơ hoành. Nếu khối huyết tụ nhỏ có khi tự tiêu đi. Khối huyết tụ to trong trường hợp vỡ tử cung có thể gây tử vong vì sốc và nhiễm khuẩn

**III.    CHẨN ĐOÁN**

**1.       Triệu chứng cơ năng**

- Không đau đớn gì.

- Có cảm giác nặng ở âm hộ và âm đạo.

- Có khi khối huyết tụ ở âm đạo gây cho thai phụ có cảm giác muốn rặn mặc dù đã đẻ rồi.

**2.       Triệu chứng thực thể**

Khi quan sát có thể rất dễ phát hiện được một khối máu tím đen chiếm cả môi lớn, có khi to bằng quả cam hay to hơn nữa.

Khối huyết tụ âm đạo khó phát hiện vì phải thăm khám âm đạo, thăm trực tràng và đặt van mới rõ được.

Riêng khối huyết tụ tiểu khung, nếu vỡ tử cung ở đoạn dưới, thai phụ sẽ có dấu hiệu của vỡ tử cung, có thể sốc và có thể thấy khối huyết tụ ở các hố chậu.

**3.       Tiến triển và biến chứng**

Có hai cách tiến triển

- Huyết tụ tan dần và thu nhỏ lại sau vài tuần lễ, để lại một khối rất nhỏ, cứng và đau khi nắn.

- Huyết tụ to dần lên, căng phồng rồi vỡ ra, chảy máu, máu cục, máu loãng sẽ trào ra, thai phụ có thể bị sốc.

Có khi có biến chứng nhiễm khuẩn và gây nên lỗ rò, thường là do liên cầu khuẩn hay vi khuẩn kỵ khí, thai phụ sẽ tốt, rét run và rất đau, tiên lượng xấu.

**IV.    ĐIỀU TRỊ:**

- Nếu huyết tụ không to lên, cứ để nguyên, không nên chích.

- Chỉ nên chích trong các trường hợp sau đây:

+ Đứt các mạch máu lớn, khối huyết tụ to nhanh lên nhiều.

+ Đau nhiều, thai phụ không chịu được.

+ Huyết tụ bị nhiễm khuẩn.

+ Huyết tụ nhiễm khuẩn, có lỗ rò.

+ Huyết tụ cản trở khi bóc rau nhân tạo hay kiểm soát tử cung.

- Cách chích: chích ở chỗ cao nhất một lỗ nhỏ, nặn hết máu cục, rồi chèn gạc tẩm kháng sinh vào, the kiểu đèn xếp để cầm máu. Để 24 giờ sau đó rút gạc ra.  
Cần điều trị kháng sinh toàn thân, thêm các vitamin để nâng cao thể trạng.

- Đối với huyết tụ do các mạch máu to vỡ, cần rạch lấy máu cục ra, khâu bằng những mũi chữ X để cầm máu, sau khi buộc các mạch máu thì chèn gạc tẩm kháng sinh và thrombose, sau 24 giờ rút gạc.

- Các huyết tụ ở tiểu khung, dù không chảy máu ra ngoài cũng tiến hành thăm khám, theo dõi cẩn thận, không được bỏ sót vỡ tử cung.

Nếu có vỡ đoạn phúc mạc thì phải mổ tử cung.

Nếu rách tử cung dài gây huyết tụ tiểu khung thì phải kiểm tra vết rách, nếu vết rách kéo dài lên đoạn dưới và gây vỡ tử cung, phải xử trí như trong xử trí rách cổ tử cung

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – 2013;

Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa – Bệnh viện Từ Dũ 2016

## 32. ĐỠ ĐẺ THƯỜNG NGÔI CHỎM

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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).

**II. CHUẨN BỊ**

**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. 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.

**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.

**Hồ sơ bệnh án:** Đầy đủ theo quy định.

**III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Đỡ đầu**

Khi đầu thai nhi đã thập thò ở âm hộ, lúc này TSM bị giãn rất mỏng, nếu có chỉ định thì tiến hành cắt TSM trước khi đỡ đầu.

\* *Đỡ chẩm:* Trong cơn rặn, người đỡ đẻ phối hợp 2 tay:

- Tay trái chụm các đầu ngón lại, ấn nhẹ vào vùng chỏm giúp cho đầu cúi tốt (gọi là tay đỡ đầu).

- Tay phải giữ TSM không cho trán sổ đồng thời với chẩm.

Dưới áp lực của cơn co tử cung và sức rặn người mẹ, phần chỏm đầu và chẩm sẽ sổ dần ra khỏi âm đạo. Khi hạ chẩm tỳ cố định dưới khớp vệ thì chuyển sang đỡ trán và mặt.

\* *Đỡ trán và mặt:* Sau sổ chẩm, sản phụ không rặn nữa; lúc này người đỡ cần giúp cho đầu ngửa dần để phần mặt sổ từ từ, tránh rách rộng tầng sinh môn.

Người đỡ vẫn phối hợp 2 tay:

- Tay giữ TSM giữ nguyên nhưng với lực mạnh hơn.

- Tay kia lách cho từng bướu đỉnh sổ, rồi hướng cho đầu ngửa dần để lần lượt: trán, mũi, miệng, cằm sổ ra ngoài âm đạo.

\* *Sau khi đầu sổ:*

- Đầu sẽ tự quay 450 từ phải sang trái với thế trái hoặc từ trái sang phải với thế phải, người đỡ giúp đầu quay thêm 450 nữa, như vậy đầu quay tổng cộng 900 về tư thế chẩm ngang để cho đường kính lưỡng mỏm vai trùng với đường kính trước sau của eo dưới (cụt-hạ mu) thì vai mới sổ được.

- Trong khi đầu quay, người phụ nhanh chóng tiến hành:

+ Nới hoặc cắt dây rau quấn cổ (nếu có).

+ Lau hoặc hút dịch nhớt ở mũi, miệng đứa trẻ.

Hai việc làm này rất cần thiết, để phòng tránh ngạt sơ sinh.

**2. Đỡ vai**

Đỡ vai được tiến hành theo nguyên tắc: đỡ vai trước trước và đỡ vai sau sau.

\* *Đỡ vai trước:*

- Hai bàn tay áp vào 2 bên vùng đỉnh-thái dương-gò má thai nhi, các đầu ngón tay ôm vào bờ xương hàm dưới.

- Kéo từ từ đầu xuống dưới, đồng thời hướng dẫn sản phụ rặn nhẹ để cho vai trước sổ tới khi bờ dưới cơ delta tỳ vào bờ dưới khớp vệ thì dừng lại, chuyển sang đỡ vai sau.

\* *Đỡ vai sau:*

- Dùng kẽ giữa ngón 1 và 2 của bàn tay đỡ đầu ôm vào vùng gáy-cổ thai nhi, nâng đầu thai nhi lên trên để vai sau sổ.

- Tay kia giữ tầng sinh môn để nó không bị rách khi sổ vai sau.   
- Khi bờ dưới cơ đen ta vai sau tỳ vào bờ sau âm hộ thì kết thúc sổ vai sau, chuyển sang đỡ lưng-mông và chân.

**3. Đỡ thân, mông và chi**

- Phần đầu tiếp tục được giữ giữa ngón 1 và 2 của bàn tay đỡ đầu, chuyển tay giữ TSM sang đỡ lưng, mông và chân. Chỉ cần kéo nhẹ là ngực, lưng, mông và chân thai nhi sẽ sổ ra dễ dàng.

- Nắm chặt 2 cổ chân thai nhi giữa ngón 1 và 2; 2 và 3 của bàn tay đỡ chân.

- Với 2 bàn tay, thai nhi được giữ chắc chắn ở tư thế nghiêng, đầu thấp và thấp hơn mặt bàn để dịch nhớt trong mũi, miệng có thể chảy ra ngoài, không bị trẻ hít ngược vào phổi khi có nhịp thở đầu tiên

- Để trẻ nằm trên bụng mẹ theo phương pháp Skin by skin

- Đỡ rau có kiểm soát

- Kẹp cắt dây rốn một thì khi dây rốn ngừng đập

- Tiêm bắp Oxytocin 10 đv sau sổ thai

**\* Kỹ thuật đỡ đẻ kiểu chẩm cùng**

Cách theo dõi đỡ đẻ cơ bản giống như đỡ đẻ ngôi chẩm vệ chỉ khác một số điểm sau:  
- Khi đỡ đầu vì ngôi chỏm sổ kiểu chẩm 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 chẩm 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);

- Tiếp tục đỡ vai và các phần khác của thai như với đỡ ngôi chỏm kiểu chẩm vệ.  
**Chú ý:**

Ngôi chỏm sổ chẩm cùng thường diễn biến lâu, sổ khó hơn và dễ gây sang chấn cho mẹ vì vậy cần cắt rộng TSM trước khi đỡ đầu thai nhi.

Thai nhi sổ chẩm cùng cũng dễ bị ngạt vì thế cũng phải hồi sức thai thật tốt.

**IV. Theo dõi và xử trí tai biến**

**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 TC.

Hạ bàn đẻ nằm ngang khi thai đã sổ ra ngoài.

Sau khi đỡ đẻ, người đỡ chính phải quan sát sản phụ để kịp thời phát hiện chảy máu, vết rách và đánh giá mức co hồi TC để chuẩn bị xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ.

Ghi lại tình hình diễn biến cuộc đẻ vào hồ sơ.

**2. Cách xử trí một số tai biến sau đẻ**

Ngay sau khi sổ thai, rau bong dở dang gây băng huyết cần bóc rau nhân tạo và kiểm soát TC ngay.

Nếu rách âm hộ, âm đạo, TSM (hoặc cắt chủ động): khâu lại sau khi đã sổ rau và kiểm tra bánh rau.

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.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – 2013;

Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa – Bệnh viện Từ Dũ 2016

## 33. CẮT VÀ KHÂU TẦNG SINH MÔN

**I. 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.

**II. CHỈ ĐỊNH**

**1. Cắt tầng sinh môn vì lý do người mẹ**

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

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

**2. Cắt tầng sinh môn vì lý do thai nhi**

- Thai to toàn bộ hoặc đầu to.

- Các kiểu sổ bất thường như sổ chẩm cùng, ngôi mặt, ngôi mông.

- Thai non tháng, thai có nguy cơ bị ngạt.

**3. Cắt tầng sinh môn khi làm các thủ thuật** như foóc xép, giác hút, đỡ đẻ ngôi mông…

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Chống chỉ định cắt tầng sinh môn khi không lấy thai được đường dưới.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Nữ hộ sinh

- Bác sĩ sản khoa

**2. Phương tiện, vật tư, thuốc**

- Bộ cắt khâu tầng sinh môn bao gồm: 1 kéo thẳng đầu tù, 1 kìm cặp kim, 1 panh đỡ kim, 1 panh sát trùng, 1 cốc đựng dung dịch sát trùng.

- Chỉ khâu (chỉ vicryl rapid hoặc chỉ catgut, lanh,...).

- 10ml dung dịch sát trùng: povidin hoặc polyvidin…

- 1 bơm tiêm 5ml

- 1 ống Lidocain 2%

**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.

**4. Hồ sơ bệnh án**: Đầy đủ theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

**Thì 2.** Gây tê vùng tầng sinh môn định cắt bằng Lidocain 2% 2ml +3ml nước cất. Nếu người bệnh đã được gây tê ngoài màng cứng để giảm đau rồi thì không cần gây tê tại chỗ nữa.

**Thì 3.** Cắt tầng sinh môn:

- Kỹ thuật mà nhiều người áp dụng là cắt chếch 45o tại vị trí 7 giờ. Sản phụ nằm tư thế đẻ thường, trong cơn co tử cung, khi tầng sinh môn và âm hộ phồng căng hoặc khi kéo forceps, giác hút dùng một kéo thẳng và sắc cắt chéo 45o từ mép sau của âm hộ (thường cắt ở bên phải của sản phụ). Cắt 2 - 4 cm tùy mức độ cần thiết. Đường cắt này sẽ cắt các cơ thắt âm hộ, cơ ngang nông và sâu, cùng với thành âm đạo và da dùng tầng 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 thớ 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.

**Thì 4.** Khâu tầng sinh môn:

- Chỉ khâu tầng sinh môn khi chắc chắn rau thai đã sổ, không sót rau, đã kiểm soát được đờ tử cung và các sang chấn đường sinh dục.

- 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 0,5 cm 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.

Nếu vết rách sau ở trong âm đạo và rách sâu ở tầng sinh môn thì chúng ta phải khâu mũi rời.

Khâu da nên khâu luồn trong da bằng chỉ vicryl rapid để cho sẹo nhỏ và mềm mại.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**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.

**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.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – 2013;

Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa – Bệnh viện Từ Dũ 2016

## 34. XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN III CUỘC CHUYỂN DẠ ĐẺ

**I. 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 rau bong và sổ ra ngoài nhanh hơn, nhằm phòng ngừa chảy máu sau đẻ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện:** Bác sỹ chuyên khoa phụ sản/ NHS chuyên ngành sản phụ khoa

**Người bệnh.**

Giải thích công việc sẽ tiến hành để lấy rau 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 rau, - Oxytocin 10 đv, chuẩn bị trong bơm tiêm để sẵn trên bàn dụng cụ đỡ đẻ.Bộ dụng cụ đỡ đẻ

**Hồ sơ bệnh án:** Đầy đủ theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Thì 1.** Sử dụng ngay Oxytocin:

- Sau khi sổ thai, trẻ khóc tốt đặt trẻ lên bụng người mẹ đã được trải sẵn săng, lau khô cho bé, cho tiếp xúc da kề da 90’ đầu sau sinh.

- 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 cắt dây rốn 1 thì cho trẻ khi dây rốn không còn mạch đập. Khi cặp dây rốn chú ý cặp cách rốn 2-3cm.

- Hướng dẫn cho trẻ bú sớm giờ đầu ngay sau sinh

**Thì 2.** Kéo dây rốn có kiểm soát để gây sổ rau:

- Người đỡ đẻ đứng bên cạnh hoặc ở giữa hai chân sản phụ thực hiện các công việc sau:

- Đặt bàn tay lên bụng dưới sản phụ đánh giá co hồi tử cung. Chỉ khi tử cung đã co lại tốt (chắc như trái bưởi) 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 vệ, giữ và ấn tử cung theo hướng ngược lên về phía xương ức trong khi tay cầm panh kẹp dây rốn kéo với lực vừa phải và kéo theo hướng của cơ chế đẻ (lúc đầu kéo xuống, tiếp đến kéo ngang và cuối cùng kéo lên). Động tác này nhằm đề phòng lộn tử cung và để rau sổ theo hướng độ cong của khung chậu.

- Khi bánh rau đã ra đến lỗ ngoài âm đạo thì tay giữ dây rốn hạ thấp xuống cho trọng lượng bánh ra kéo màng ra theo. Nếu màng không ra thì hai tay người đỡ giữ bánh rau xoắn theo 1 chiều để màng rau thoát ra ngoài.

- Nếu kéo dây rốn trong 30 - 40 giây mà bánh rau không tụt xuống thấp (nghĩa là không có dấu hiệu bong rau) thì dừng lại không tiếp tục kéo dây rốn nữa.

- 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 cơn co.

- Khi kéo, nếu thấy dây rốn dài ra, khó thao tác có thể cuộn dây rốn vào panh (kẹp dây rốn) cho ngắn lại, nếu cần thiết thì dùng panh cặp lại dây rốn sát vào âm hộ.

***Chú ý:***

- Động tác kéo dây rốn, không được làm quá thô bạo.

- Không được kéo dây rốn mà không dùng bàn tay thứ hai đẩy tử cung theo chiều ngược lên về phía xương ức

**Thì 3.** Xoa tử cung:

- 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.

**V. THEO DÕI**

- Các bước tiếp theo thực hiện như trước, tức là phải kiểm tra bánh rau, màng rau để đảm bảo không sót rau hay sót màng. Nếu tiếp tục chảy máu, phải tìm các nguyên nhân khác gây băng huyết sau đẻ (rách đường sinh dục, sót rau) và thực hiện xử trí phù hợp với từng nguyên nhân.

- Nếu chỉ có 1 bác sỹ/nữ hộ sinh tham gia đỡ đẻ thì các bước thực hiện đến khi thai sổ, người đỡ đẻ giao bé cho mẹ ôm trong khi chuẩn bị tiến hành lấy rau. Các bước lấy rau tiếp tục tiến hành như hướng dẫn cho đến khi rau và màng rau 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.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – 2013;

Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa – Bệnh viện Từ Dũ 2016

## 35. NGHIỆM PHÁP BONG RAU, ĐỠ RAU, KIỂM TRA RAU

**I.ĐẠI CƯƠNG**

Nghiệm pháp bong rau là thao tác nhằm đánh giá xem bánh rau đã bong ra khỏi tử cung hay chưa, thực chất là xem bánh rau đã xuống đoạn dưới hay chưa. Ðỡ rau là thủ thuật lấy rau chủ động, sau khi rau đã bong, không để rau tự sổ ra ngoài.  
Kiểm tra rau là thao tác xem xét các mặt màng rau, dây rốn có bình thường hay không, để xem có sót rau, sót màng không.

**II. CHỈ ÐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1. Chỉ định**

Sau khi đẻ thai, muốn biết chắc rau đã bong ra khỏi tử cung hay chưa để đỡ rau, tránh cho rau sổ tự động dễ sót rau.

Kiểm tra bánh rau sau khi rau đã được lấy ra để đề phòng sót rau, sót màng rau.

**2. Chống chỉ định**

Rau thai chưa bong ra khỏi buồng tử cung để tránh gây lộn tử cung.

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Cán bộ chuyên khoa**

Là người vừa đỡ đẻ cho sản phụ.

**2. Người bệnh**

**3. Phương tiện**

Một khay men to, phẳng hoặc một chậu men để đựng rau sau khi đỡ.

Các thuốc gây co bóp tử cung để phòng đờ tử cung gây chảy máu.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.**

**1. Nghiệm pháp bong rau.**

Sản phụ nằm ở tư thế lúc đẻ.

Người đỡ rau đứng bên phải, hướng về phía âm hộ

Ðặt bờ trong bàn tay trái lên xương mu ấn vào đoạn dưới tử cung để đẩy thân tử cung lên phía trên.

Quan sát dây rốn đã được cặp kìm ở phía ngoài âm hộ:

Nếu dây rốn vẫn nằm yên tại chỗ hay dài thêm ra là rau đã bong khỏi tử cung và đã xuống đoạn dưới.

Nếu dây rốn còn bị kéo lên theo sự di chuyển của đáy tử cung là rau chưa bong và chưa xuống, phải chờ đợi thêm.

**2. Ðỡ rau:** chỉ đỡ rau khi rau đã bong khỏi tử cung.

Tay phải cầm kìm đã cặp dây rốn để vào khay men hoặc chậu rồi để khay (chậu) hứng ở phía dưới âm hộ.

Tay trái đặt trên xương mu ấn vào đoạn dưới tử cung đẩy thân tử cung lên phía trên, bánh rau sẽ từ từ lên khỏi âm hộ. Nếu bánh rau còn vướng ở trong chưa ra được, dung tay phải cầm kìm kẹp dây rốn kéo nhẹ bánh rau xuống cùng với động tác ấn của bàn tay trên bụng; nếu màng rau chưa bong hết thì hạ thấp bánh rau xuống để trọng lượng bánh rau kéo bong nốt phần màng còn sót.  
Nếu không được, đặt bàn tay trên bụng đẩy thân tử cung lên, màng sẽ bong khỏi chỗ bám và tuột dần ra.

Nếu vẫn chưa ra thì cầm bánh rau bằng hai bàn tay lựa chiều xoay lại bánh rau để màng bong và sổ dần ra.Tránh giật mạnh vào bánh rau sẽ gây sót màng.

**3. Kiểm tra bánh rau:** lần lượt kiểm tra các phần sau.

\* Múi bánh rau.

Ðặt bánh rau trên mặt phẳng của khay hoặc trên hai lòng bàn tay, cho mặt múi ngửa lên trên; dùng bông, gạc gạt máu cục để dễ quan sát.

Quan sát kĩ các múi rau từ trung tâm ra xung quanh xem có múi nào bị khuyết tật không. Nếu có khuyết tật thì múi rau đó bị sót bên trong tử cung.

Ðánh giá chất lượng bánh rau: có các ổ nhồi máu, các ổ lắng đọng canxi, tình trạng rau có bị xơ hóa hay không.

Mặt màng của bánh rau:

Ðặt bánh rau cho mặt úp vào lòng bàn tay, màng rau toả xung quanh lòng bàn tay.  
Quan sát vị trí bám của dây rốn: bám trung tâm, bám cạnh hay bám màng.  
sát các mạch máu từ chân rốn đi ra đến tận bờ mép bánh rau. Chú ý tìm kỹ xem có mạch máu nào đi qua rìa bánh rau ra phía màng rau để theo hướng đó phát hiện múi rau phụ. Nếu chỉ thấy mạch máu chạy ra khỏi bánh rau mà không tìm thấy múi rau phụ nào thì chắc chắn múi rau phụ còn sót trong tử cung.  
\* Màng rau.

Quan sát màng rau và đánh giá xem đủ hay thiếu.

Quan sát vị trí lỗ rách ối có cân đối so với màng chung quanh (rau bám đáy) hoặc lỗ rách ối bị lệch, một bên màng ngắn dưới 10 cm, bên kia dài hơn nhiều (rau bám thấp).

Với bánh rau sinh đôi cần bóc tách màng ối ngăn đôi hai buồng ối xem có mấy nội và trung sản mạc. Nếu tách ra được làm 4 màng mỏng, 2 nội, 2 trung sản mạc hoặc 3 màng (2 nội và 1 trung sản mạc) thì có thể kết luận là có hai bánh rau. Nếu chỉ có 2 nội sản mạc thôi thì đó là sinh đôi một bánh rau.  
\* Dây rốn.

Tìm xem có bị thắt nút.

Quan sát mặt cắt của dây rốn, kiểm tra 2 động mạch 1 tĩnh mạch rốn xem có gì bất thường.

Sau cùng đo độ dài dây rốn, đo 2 phía: phía bám vào bánh rau và phía bám vào rốn sơ sinh.

**V. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN.**

**1. Theo dõi.**

Mạch, HA, mức độ chảy máu, toàn trạng trước khi chuyển về buồng hậu sản.

**2. Xử lý**

Rau chưa bong bị băng huyết: bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung ngay rồi cho uống thuốc co tử cung (oxytocin, ergometrin).

Băng huyết sau khi đã đỡ rau: kiểm soát tử cung và cho uống thuốc co tử cung.  
Sót rau hay sót màng nhiều (trên 1/3): kiểm soát tử cung để lấy nốt rau và màng sót.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – 2013;

Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa – Bệnh viện Từ Dũ 2016

## 36. KIỂM SOÁT TỬ CUNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Kiểm soát tử cung là thủ thật tiến hành sau khi rau đã sổ hoặc ngay khi bóc rau nhân tạo để kiểm tra xem có sót rau hoặc sót màng hay không và kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Chảy máu khi sổ rau.

- Kiểm tra rau còn thiếu rau sau khi sổ, thấy nghi ngờ còn sót một phần của múi rau. Sót 1/3 hay 1/4 màng rau.

- Rau sổ kiểu múi (Duncan) mặt múi ra trước, hay gây sót rau, nên có chỉ định kiểm soát tử cung.

- Kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung xem có vỡ tử cung không sau các thủ thuật khó khăn (foóc xép, nội xoay, cắt thai…) hoặc trên tử cung có sẹo phẫu thuật lấy thai cũ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Sản phụ đang choáng phải hồi sức sau đó mới kiểm soát tử cung.

**1. Chuẩn bị**

- Y sĩ, bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản.

- Thủ thuật viên rửa tay, đội mũ, mặc áo đi găng tay vô khuẩn như trong phẫu thuật.

**2. Phương tiện**

Thuốc hồi sức, trợ tim đề phòng choáng, thuốc co bóp tử cung: Oxytocin, Ergometrine.

**3. Sản phụ**

- Giải thích cho sản phụ hiểu và nằm thoải mái, không co cứng thành bụng.

- Giảm đau cho sản phụ bằng Dolosal hoặc Fentanyl.

- Sát trùng

**4. Hồ sơ bệnh án:** Đầy đủ theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Nguyên tắc**

Thủ thuật được tiến hành ngay sau khi có chỉ định

**2. Các bước**

Nếu kiểm soát tử cung sau khi bóc rau nhân tạo: sau khi bóc rau, không rút bàn tay phải ra khỏi tử cung âm đạo, mà dùng luôn bàn tay đó để kiểm soát tử cung.

**Bước 1.** Tay trái đặt lên thành bụng nắm đáy tử cung để cố định tử cung

**Bước 2.** Tay phải cho vào âm đạo, qua cổ tử cung, vào buồng tử cung tới tận đáy tử cung,

**Bước 3.** Kiểm tra lần lượt đáy tử cung, mặt trước, mặt sau, hai bờ và hai sừng tử cung bằng các đầu ngón tay. Bình thường buồng tử cung phải nhẵn, không sần sùi. Nếu thấy các mảnh rau và các màng rau thì vét nhẹ nhàng, đồng thời kiểm tra xem tử cung có bị rạn nứt không.

**Bước 4.** Kiểm tra xong mới rút tay ra, tránh đưa tay vào nhiều lần dễ nhiễm khuẩn và choáng.

**Bước 5.** Sau khi kiểm soát nếu tử cung co hồi chưa tốt thì dùng tay trong buồng tử cung nâng đáy tử cung lên sát thành bụng để người phụ tiêm 5 đơn vị Oxytocin vào cơ tử cung qua thành bụng, sau đó mới rút bàn tay ra.

**Bước 6.** Sau khi bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung phải tiêm hoặc cho uống kháng sinh 5 ngày.

**V. THEO DÕI**

- Sau bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung phải đo lại mạch, huyết áp,

- Theo dõi sự co hồi của tử cung

- Mức độ chảy máu trong buồng tử cung.

**VI. TAI BIẾN VÀ DỰ PHÒNG**

Đôi khi không thể cho tay vào buồng tử cung được vì eo tử cung bóp chặt lại. Khi đó thủ thuật viên phải chờ, rồi nong dần cổ tử cung bằng tay đồng thời tiêm thuốc giảm co bóp tử cung.

Nếu không bóc được bánh rau vì rau bám chặt hoặc cài răng lược thì không nên cố sức bóc vì sẽ làm đứt cơ tử cung gây chảy máu nhiều: phải cắt tử cung bán phần.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – 2013;

Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa – Bệnh viện Từ Dũ 2016

## 37. BÓC RAU NHÂN TẠO

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Bóc rau nhân tạo là cho tay vào buồng tử cung để lấy rau còn sót trong buồng tử cung ra sau khi thai đã sổ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Rau chậm bong: thường thì sau khi sổ thai 15 - 20 phút thì rau sẽ tự bong, nếu quá 30 phút rau không tự bong phải bóc rau

- Chảy máu trong thời kỳ sổ rau khi rau còn nằm trong buồng tử cung

- Những trường hợp cần kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung sau khi sổ thai, phải bóc rau nhân tạo ngay để kiểm soát buồng tử cung, như nghi vỡ tử cung sau khi làm thủ thuật đường dưới khó khăn (fooc-xép cao, nội xoay thai, cắt thai hoặc sẹo mổ cũ ở tử cung...)

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Sản phụ đang choáng, phải hồi sức rồi mới bóc rau nhân tạo.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Y sĩ, hoặc bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản.

- Thủ thuật viên rửa tay, mặc áo đi găng tay vô khuẩn như trong phẫu thuật.

**2. Phương tiện**

- Thuốc giảm đau Dolosal 0,10g hay Fentanyl, Seduxen.

- Thuốc trợ tim, hồi sức để dùng khi cần.

**3. Sản phụ**

- Được tư vấn và giải thích phải bóc rau để khỏi chảy máu và động viên sản phụ, thở đều, không co cứng bụng.

- Thông tiểu, sát khuẩn tầng sinh môn, âm đạo, trải khăn vô khuẩn.

4. Hồ sơ bệnh án: Đầy đủ theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Nguyên tắc**

- Phải bóc bằng hai tay

- Phải làm trong điều kiện vô trùng

**2. Các bước tiến hành**

**- Bước 1.** Tay trái đặt lên thành bụng để cố định đáy tử cung.

**- Bước 2.** Tay phải cho vào âm đạo, qua cổ tử cung còn mở và lần theo dây rốn đến vùng rau bám.

**- Bước 3.** Bóc bánh rau bằng cách dùng bờ trụ của bàn tay để lách giữa bánh rau và thành tử cung. Bóc từ dưới, từ ngoài rìa bánh rau rồi vòng lên tận bờ trên bánh rau để tránh sót rau, sót màng rau.

**- Bước 4.** Khi rau bong hết thì tay trong tử cung kéo đẩy bánh rau ra ngoài, nhưng không rút tay ra khỏi tử cung, nếu cần tay trái kéo dây rốn lấy rau ra.

**- Bước 5.** Khi bánh rau ra ngoài phải kiểm tra cả hai mắt bánh rau: mặt màng và mặt múi.

**- Bước 6.** Sau khi bóc rau phải tiến hành kiểm soát buồng tử cung ngay.

**VI. THEO DÕI**

- Mạch, huyết áp, toàn trạng và phản ứng của sản phụ.

- Lượng máu chảy từ tử cung ra.

**VII. TAI BIẾN, DỰ PHÒNG**

- Choáng do đau và sợ hãi khi cho tay vào bóc rau: vấn đề hồi sức trước và sau bóc rau là vô cùng quan trọng.

- Sử dụng các thuốc giảm đau trước khi làm thủ thuật

- Sử dụng thuốc co hồi tử cung sau bóc rau.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – 2013;

Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa – Bệnh viện Từ Dũ 2016

## 38. KỸ THUẬT BẤM ỐI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Bấm ối là một thủ thuật được làm trong quá trình chuyển dạ đẻ, khi cổ tử cung đã xóa mở, mục đích làm vỡ màng ối chủ động để nước ối thoát ra ngoài.

**II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1. Chỉ định.**

- Màng ối dầy, cổ tử cung không tiến triển.

- Gây đẻ chỉ huy hay làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm hoặc đẻ thai thứ hai trong đẻ sinh đôi.

- Rau bám bên, bám mép chảy máu.

- Bấm ối cho nước ối chảy ra từ từ trong trường hợp đa ối.

- Bấm ối khi cổ tử cung mở hết.

- Một số bệnh lý của người mẹ cần bấm ối để rút ngắn chuyển dạ, như bệnh tim, tiền sản giật nặng khi cổ tử cung đã mở từ 4 cm trở lên.

**2. Chống chỉ định.**

- Chưa chuyển dạ thực sự.

- Sa dây rốn trong bọc ối.

- Cổ tử cung chưa mở hết trong ngôi mông, ngôi mặt, ngôi vai.

**III. CHUẨN BỊ**

**1.Người thực hiện:** Bác sĩ chuyên khoa sản hoặc bác sỹ được bổ túc về sản khoa, nữ hộ sinh, y sỹ sản nhi

**2.Phương tiện:** một kim dài 15 - 20 cm đầu tù có nòng hoặc 1 cành của kẹp Kocher có răng.

**3.Sản phụ:** nằm trên bàn đẻ, tư thế sản khoa, thở đều, không rặn.

**4.Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Rửa sạch âm hộ bằng nước vô khuẩn.

- Đeo găng vô khuẩn.

- Trước khi bấm ối, kiểm tra lại xem có sa dây rốn trong bọc ối không.

- Trong ngôi đầu, đầu ối dẹt thì nên bấm trong cơn co tử cung, đầu ối phồng bấm ngoài cơn co.

- Đối với ngôi mông, nên bấm ối ngoài cơn co tử cung chỉ khi cổ tử cung mở hết, cho nước ối chảy ra từ từ rồi mới xé rộng màng ối.

- Đối với ngôi vai (thai thứ 2) khi có chỉ định và đủ điều kiện để nội xoay thai thì chọc đầu ối, đưa được cả bàn tay vào buồng tử cung và nắm lấy chân thai nhi làm nội xoay. Vì vậy, sau khi chọc ối và xé màng ối, phải đưa ngay cả bàn tay vào buồng tử cung, vừa tìm chân thai nhi vừa ngăn không cho nước ối chảy ồ ạt ra ngoài.

-          Nếu bấm ối trong rau tiền đạo bám thấp, bám mép, sau khi chọc đầu ối, xé rộng màng ối song song với bờ bánh rau, tránh xé vào bánh rau gây chảy máu.

-          Nếu bấm ối trong đa ối cẩn để sản phụ nằm đầu thấp, mông hơi cao. Dùng phương pháp tia ối, nghĩa là dùng kim chọc một lỗ nhỏ, chọc ngoài cơn co tử cung, để cho nước ối chảy từ từ, khi nước ối chảy gần hết mới xé rộng màng ối. Trong trường hợp này nếu để nước ối chảy ào ra ngoài, dễ gây bong rau và sa dây rốn hoặc ngôi có thể trở thành bất thường.

**V. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**

- Sau khi bấm ối phải kiểm tra lại xem có sa dây rốn hay không và ngôi thai có thay đổi gì không để có hướng xử lý kịp thời. Sau cùng nghe lại tim thai, rồi nhận định màu sắc và lượng nước ối.

- Nếu sau khi bấm ối bị sa dây rốn, phải cho sản phụ nằm tư thế đầu gối - ngực (đầu thấp, mông cao), dùng 2 ngón tay đẩy ngôi thai lên tránh đè vào dây rốn và phẫu thuật lấy thai ngay. Nếu chảy máu sau bấm ối hay nước ối bất thường (có máu hoặc lẫn phân su) phải tìm nguyên nhân để xử lý kịp thời.

***Tài liệu tham khảo:***

Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – Bộ Y Tế 2013;

## 39. LÀM THUỐC VẾT KHÂU TẦNG SINH MÔN NHIỄM KHUẨN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

**-** Là tình trạng vi khuẩn gây bệnh sinh trưởng và phát triển tại tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo biểu hiện bằng các triệu chứng: hội chứng nhiễm trùng, sốt 38 – 38,5 độ C, ra khí hư, dịch mủ màu vàng, xanh, đen chảy ra từ âm hộ, âm đạo, có mùi hôi

- Trong trường hợp nhiễm trùng xảy ra trong thời kỳ hậu sản(6 tuần sau sinh) thì được coi là một dạng của nhiễm trùng hậu sản

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tất cả các trường hợp nhiễm khuẩn tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Chống chỉ định các bệnh nhân dị ứng với cồn Iod

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Nữ hộ sinh

- Bác sĩ sản khoa

**2. Phương tiện, vật tư, thuốc**

-Găng vô khuẩn

- Bộ dụng cụ bao gồm: 01 mỏ vịt, 01 panh sát trùng, 01 cốc đựng dung dịch sát trùng, bông , gạc củ ấu

-Dung dịch sát khuẩn cồn iod 10 % Povidin , Povidon

- Thuốc kháng sinh dạng đặt âm đạo: Cindem, Metronidazol…

**3. Người bệnh**

- Giải thích đầy đủ bệnh nhân trước khi làm thủ thuật

- Nằm tư thế sản khoa trên bàn khám sản

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Rửa tay thường quy, đi găng

**-** Sát trùng vùng âm hộ tầng sinh môn, trải xăng

**-** Kiểm tra tầng sinh môn, đặt mỏ vịt bộc lộ cổ tử cung

**-** Dùng gạc thấm cồn iod sát khuẩn toàn bộ cổ tử cung, âm đạo

**-** Kiểm tra kỹ tổn thương đặc biệt vị trí vết mổ trong những trường hợp sau đẻ có khâu cắt tầng sinh môn

- Nặn dịch, mủ (nếu có)

- Sát khuẩn lại và đặt thuốc âm đạo

- Thu dọn dụng cụ

**VI. THEO DÕI**

- Giữ vệ sinh, theo dõi nhiệt độ, sản dịch, khí hư ra hàng ngày

- Những trường hợp có vết khâu cần theo dõi chảy mủ nhiều tại chân chỉ cần đánh giá lại tổn thương và phải xử trí tại chỗ, không khâu lại ngay.

***Tài liệu tham khảo:***

Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – Bộ Y Tế 2013;

## 40. KHÁM THAI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Mang thai là cả một quá trình dài.Khám thai là cẩn thiết để đảm bảo sức khỏe của bà mẹ và thai nhi, Khám thai để phát hiện các trường hợp thai nghén nguy cơ cao, đề phòng 6 tai biến của sản khoa, khám thai hiệu quả đảm bảo quá trình mang thai và sinh nở của sản phụ được an toàn nhất, em bé sinh ra khỏe mạnh nhất có thể

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tất cả các thai nghén, thai nghén bình thường và thai nghén nguy cơ cao

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Bác sĩ chuyên khoa sản hoặc bác sỹ được bổ túc về sản khoa, nữ hộ sinh, y sỹ sản nhi

**2. Phương tiện:**

- Sổ khám thai

- Bàn khám thai

- Cân, thước đo

- Máy đo huyết áp, nghe tim thai

- Máy siêu âm thai, máy xét nghiệm nước tiểu, máu...

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Hỏi**

- Khám thai 3 tháng đầu: hỏi các thông tin về sản phụ bao gồm tên tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ, dân tộc, trình độ văn hóa, điều kiện sống, gia đình, hôn nhân. Hỏi về các dấu hiệu nghén, tiền sử sản khoa, tiền sử bệnh tật, các dấu hiệu bất thường khác.

- Khám thai 3 tháng giữa: hỏi về hiện tượng thai máy, những sự thay đổi trong cơ thể hoặc các dấu hiệu bất thường.

- Khám thai 3 tháng cuối: hỏi về thai máy, có xuất hiện triệu chứng cơ năng nào không.

**2. Khám toàn thân**

Khám toàn thân được thực hiện ở mỗi lần khám thai bao gồm đo chiều cao, cân nặng, mạch, huyết áp, khám bướu giáp, nghe tim phổi, khám da niêm mạc, phù, khám vùng thận, phản xạ gân xương, khám vú,…

**3. Khám sản khoa**

Khám sản khoa bao gồm xem bụng có sẹo mổ cũ không, nắn bụng tìm đáy tử cung, các cực của thai, đo chiều cao tử cung, vòng bụng, nghe tim thai,theo dõi monitoring sản khoa …

**4. Xét nghiệm**

- Thử protein niệu, công thức máu (Hb, Hct), HIV, giang mai, HbsAg, đường máu,sàng lọc trước sinh (double test, tripple test, NIPTY) khi có chỉ định…  
- Siêu âm tối thiểu 3 lần vào 3 thời điểm quan trọng: tuần 12 – 14, tuần 22 – 24, tuần 32 – 34 để phát hiện những bất thường về nhiễm sắc thể, bất thường về hình thái thai.

**5. Tiêm phòng uốn ván**

Hướng dẫn bệnh nhân tiêm phòng uốn ván vào quý II của thời kỳ thai nghén, tiêm 2 mũi mỗi mũi cách nhau một tháng. Mũi tiêm nhắc lại phải trước ngày sinh dự kiến sinh ít nhất 4 tuần.

**6. Cung cấp viên sắt, acid folic, can xi**

Mẹ bầu cần bổ sung sắt, acid folic , can xi từ lúc phát hiện có thai đến khi sau sanh 1 tháng.

**7. Giáo dục vệ sinh thai nghén**

Hướng dẫn, tư vấn cho sản phụ về chế độ dinh dưỡng, chế độ sinh hoạt, nghỉ ngơi và làm việc, cách đi đứng khi mang thai, vệ sinh thân thể và vệ sinh vùng kín đúng cách.

**8. Điền vào sổ, nhập máy**

Công việc này giúp bác sĩ có thể theo sát và nắm chắc tình trạng sức khỏe của bà mẹ và thai nhi, đồng thời lập ra kế hoạch chăm sóc, tiên lượng và chuẩn bị tốt cho ngày sinh, đề phòng những nguy cơ có thể xảy ra khi chuyển dạ.

**9. Thông báo kết quả khám, hẹn lịch khám lại**

Sau khi được trải qua các bước khám thai toàn diện, mẹ bầu sẽ được bác sĩ thông báo về kết quả khám thai và hẹn lịch khám tiếp theo. Chị em cần chú ý tuân thủ theo lịch hẹn khám của bác sĩ để đảm bảo việc theo dõi, chăm sóc sức khỏe mẹ và bé được tốt nhất.

***Tài liệu tham khảo:***

Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – Bộ Y Tế 2013;

## 41. HỦY THAI: CẮT THAI NHI TRONG NGÔI NGANG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt thai nhi trong ngôi ngang là những thủ thuật được làm khi thai nhi đã chết hoặc thai có những bất thường không phù hợp cuộc sống đã có chỉ định chấm dứt thai kỳ, với mục đích làm nhỏ đường kính đầu thai nhi để lấy thai dễ dàng qua đường âm đạo.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Thai chết

Thai có những bất thường không phù hợp cuộc sống.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Dọa vỡ tử cung

Thai còn sống dù tiên lượng đẻ ra chắc chết.

Cổ tử cung chưa mở hết (ít nhất 7cm) hay chưa phù hợp với kích thước của thai.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản được đào tạo và kíp trợ thủ.

- Người làm thủ thuật và người phụ rửa tay, mặc áo, mũ, khẩu trang, mang găng tay vô khuẩn.

**2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc**

- Bộ dụng cụ hủy thai: ??

- Bộ dụng cụ kiểm tra cổ tử cung.

- Các thuốc chống sốc.

**3. Chuẩn bị người bệnh**

- Được giải thích rõ trước khi làm thủ thuật, ký giấy cam kết làm thủ thuật.

- Thông tiểu, sát khuẩn và trải khăn tiệt khuẩn, sát trùng vùng âm hộ và tầng sinh môn.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Sản phụ nằm trên bàn đẻ, lập đường truyền tĩnh mạch, cho thuốc tiền mê.

- Đặt van trong âm đạo bộc lộ rõ cổ tử cung.

- Người phụ dùng tay cố định đầu thai nhi qua thành bụng.

**Bước 4:** Kéo thai ra theo trục âm đạo, theo cơ chế đẻ.

**Bước 5:** Sau khi sổ nhau kiểm tra xem có tổn thương tử cung, cổ tử cung và âm đạo.

**Bước 6:** Thực hiện các bước tiếp theo như sau sổ thai.

**VI. THEO DÕI- CHĂM SÓC**

- Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu.

- Lượng máu chảy ra từ âm đạo.

- Kháng sinh phù hợp.

**VII. BIẾN CHỨNG**

- Chảy máu.

- Rách cổ tử cung, tử cung, âm đạo.

- Tổn thương bàng quang.

## 

## 42. KỸ THUẬT CHỌC SỌ - KẸP ĐỈNH SỌ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Chọc sọ và kẹp đỉnh sọ là những thủ thuật được làm khi thai nhi đã chết hoặc thai có những bất thường không phù hợp cuộc sống đã có chỉ định chấm dứt thai kỳ, với mục đích làm nhỏ đường kính đầu thai nhi để lấy thai dễ dàng qua đường âm đạo.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Thai chết

Thai có những bất thường không phù hợp cuộc sống.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Dọa vỡ tử cung

Thai còn sống dù tiên lượng đẻ ra chắc chết.

Cổ tử cung chưa mở hết (ít nhất 7cm) hay chưa phù hợp với kích thước của thai.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

-Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản được đào tạo và kíp trợ thủ.

-Người làm thủ thuật và người phụ rửa tay, mặc áo, mũ, khẩu trang, mang găng tay vô khuẩn.

**2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc**

-Bộ dụng cụ chọc sọ và kẹp đỉnh sọ: khoan Blot, kìm Museux, kìm Braun hai gọng.

-Bộ dụng cụ kiểm tra cổ tử cung.

-Các thuốc chống sốc.

-Khoan Blot

**3. Chuẩn bị người bệnh**

-Được giải thích rõ trước khi làm thủ thuật, ký giấy cam kết làm thủ thuật.

-Thông tiểu, sát khuẩn và trải khăn tiệt khuẩn, sát trùng vùng âm hộ và tầng sinh môn.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

-Sản phụ nằm trên bàn đẻ, lập đường truyền tĩnh mạch, cho thuốc tiền mê.

- Đặt van trong âm đạo bộc lộ rõ cổ tử cung.

- Người phụ dùng tay cố định đầu thai nhi qua thành bụng.

**1. Thì 1. Chọc sọ**

**Bước 1**: Người làm thủ thuật cho một tay vào âm đạo tìm đầu thai để dẫn đường và bảo vệ phần mềm của sản phụ, tay còn lại dùng khoan Blot chọc một lỗ thủng và hộp sọ, thường chọc qua thóp hay đường khớp. Để tránh chọc vào phần mềm của mẹ, phải chụm các ngón của bàn tay dẫn đường để che và hướng dẫn mũi khoan.

**Bước 2**: Mở rộng khoan để xé rộng lỗ thủng hoặc quay mũi khoan làm nát các tổ chức trong hộp sọ, giúp cho nước

**Bước 3**: Sau khi đầu thai nhi nhỏ lại, cho sản phụ tiếp tục rặn đẻ hoặc làm tiếp thủ thuật kẹp đỉnh sọ nếu đầu thai nhi khá lớn.

**2.Thì 2. Kẹp đỉnh sọ**

**Bước 1:** Sau khi chọc sọ, rút khoan Blot ra, cho gọng đặc của kìm Braun vào lỗ thủng, để mặt trong của gọng quay về phía mặt thai nhi.

**Bước 2:** Đặt gọng thủng ở phía ngoài, mặt lõm của gọng này úp vào mặt thai.

**Bước 3:** Đặt then ngang, vặn vít kẹp chặt đầu thai nhi.

**Bước 4:** Kéo thai ra theo trục âm đạo, theo cơ chế đẻ.

**Bước 5:** Sau khi sổ nhau kiểm tra xem có tổn thương tử cung, cổ tử cung và âm đạo.

**Bước 6:** Thực hiện các bước tiếp theo như sau sổ thai.

**VI. THEO DÕI- CHĂM SÓC**

-Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu.

- Lượng máu chảy ra từ âm đạo.

- Kháng sinh phù hợp.

**VII. BIẾN CHỨNG**

-Chảy máu.

- Rách cổ tử cung, tử cung, âm đạo.

- Tổn thương bàng quang.

***Tài liệu tham khảo***

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ sản,

Bộ Y tế, 2013.

## 43. CHỌC ỐI ĐIỀU TRỊ ĐA ỐI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Chọc ối là một thủ thuật lấy nước ối của thai nhi, bằng một kim chọc chuyên dụng qua thành bụng của người mẹ, lấy lượng nước ối cần thiết để làm giảm lượng nước ối trong buồng tử cung trong những trường hợp đa ối thể nặng hoặc thể trung bình có triệu chứng. Thủ thuật này giúp cho thai phụ dễ chịu hơn, đỡ khó thở, bụng giảm căng cứng. Ngoài ta, nhờ chọc ối ta còn sử dụng dich ối để làm xét nghiệm nhiễm sắc thể, tế bào học.

**II. CHỈ ĐỊNH**

-Đa ối thể nặng

-Đa ối thể trung bình có triệu chứng gây khó chịu cho thai phụ hoặc kèm siêu âm thai có bất thường( chọc ối làm xét nghiệm sinh hóa và tế bào)

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

CBYT có kiến thức kỹ năng được đào tạo thực hành kỹ thuật, rửa tay thường quy, mặc trang phục theo quy định

**2. Dụng cụ**

- Xe tiêm chuyên dụng làm thủ thuật

- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh

- Thùng đựng rác theo quy định

- Xô đựng dung dịch khử khuẩn

- Máy siêu âm có đầu dò đường bụng

- Cuộn Parafilm

- Huyết áp, ống nghe tim phổi, nhiệt kế

- Bộ dụng cụ vô khuẩn: Bộ dụng cụ chọc ối vô khuẩn còn hạn sử dụng: Gạc, bơm tiêm Terumo đầu xoắn 10ml, bơm 5ml, găng tay vô khuẩn không bột, cồn Povidon 10%, opsite 6,5x5cm, ống falcon 15ml, túi nilon bọc đầu dò siêu âm vô khuẩn, kim chọc hút dịch ối( kim chọc tủy sống cỡ 25G)

- Mũ,khẩu trang, áo phẫu thuật vô khuẩn.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Bước 1:** Kiểm tra tên, tuổi, địa chỉ của thai phụ trước khi làm thủ thuật

**Bước 2:** Siêu âm kiểm tra trước chọc ối: hoạt động của tim thai, vị trí bánh rau và xác định vị trí chọc kim trên thành bụng( tránh vị trí bánh rau)

**Bước 3:** Sát khuẩn. trải săng vô khuẩn. Chọc kim dưới hướng dẫn của siêu âm: chọc nhanh, rút nước ối từ từ và rút kim nhanh

**Bước 4**: Siêu âm lại sau khi rút kim. Để thai phụ nằm nghỉ ngơi tư thế Fowler trong 2 giờ sau khi làm thủ thuật. Siêu âm kiểm tra trước khi cho thai phụ về.

**Bước 5:** Ghi chép hồ sơ bệnh án. Hướng dẫn sử dụng thuốc sau khi làm thủ thuật.

**VI. BIẾN CHỨNG**

**1. Về phía mẹ**

-Chảy máu tại vị trí chọc kim

- Chảy nước ối qua vị trí chọc kim

- Nhiễm trùng

**2. Về phía con**

-Sảy thai

-Rỉ ối

-Nhiễm Trùng

-Thai lưu

***Tài liệu tham khảo***

Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa bệnh viện sản nhi tỉnh Quảng Ninh.

## 44. NONG CỔ TỬ CUNG DO BẾ SẢN DỊCH

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Bế (tắc) sản là hiện tượng sản dịch không thể thoát ra ngoài theo đường âm đạo mà ứ đọng lại trong tử cung của sản phụ. Điều trị bế sản dịch là phương pháp giúp tống đẩy sản dịch ra ngoài tử cung, giúp sản phụ thoát khỏi sự khó chịu và nhiều biến chứng nguy hiểm

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Bế sản dịch sau sinh thường, sau phẫu thuật lấy thai hay nạo hút thai

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bệnh nhân có dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân

Bệnh nhân có hiệu mất máu nặng

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- NHS cao cấp hay bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản.

- Thủ thuật viên rửa tay, mặc áo đi găng tay vô khuẩn như trong phẫu thuật.

**2. Phương tiện**

- Que nong cổ tử cung các số

- Bộ dụng cụ hút chân không gồm: Bơm hút một van, bơm hút hai van, các ống hút và dầu bôi trơn

- Hai kẹp sát khuẩn ngoài và trong

- Van hoặc mỏ vịt

- Kẹp cổ tử cung

- Bơm, kim tiêm gây tê tại cổ tử cung

- Bông gạc và dung dịch sát khuẩn

- Thuốc giảm đau:Fentanyl 2mg, dorlargan 100mg Paracetamol 500mg, Ibuprophen 400 mg. Thuốc gây tê tại chỗ Lidocain 1% hoặc Xylocain 1% thuốc co hồi tử cung, hộp chống choáng.

- Các phương tiện xử lý dụng cụ và xử lý chất thải

**3. Người bệnh**

- Hỏi tiền sử về các bệnh nội ngoại khoa

- Khám toàn thân

- Khám phụ khoa

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Cho uống thuốc giảm đau và kháng sinh 30 phút trước khi làm thủ thuật

- Khám xác định kích thước và tư thế tử cung

- Thay găng vô khuẩn

- Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông

- Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo

- Kẹp cổ tử cung

- Gây tê cạnh cổ tử cung bằng dung dịch Lidocain 1% hoặc dung dịch Xylocain 1%

- Đo buồng tử cung bằng ống hút

- Nong cổ tử cung (nếu cần)

- Hút dịch buồng tử cung

- Tiêm thuốc tăng co bóp tử cung ( nếu cần)

- Lau lại âm đạo cổ tử cung

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

- Theo dõi mạch, huyết áp và ra máu âm đạo ít nhất 30 phút sau thủ thuật

- Kháng sinh đường uống

- Tư vấn sau thủ thuật

- Hẹn khám lại sau hai tuần

**2. Tai biến và xử trí**

**- Tai biến sớm:** choáng, chảy máu, thủng tử cung, rách cổ tử cung

**- Tai biến muộn:** nhiễm khuẩn, dính buồng tử cung, bế sản dịch tái phát

- **Xử trí:**

+ Xử trí theo phác đồ cho từng tai biến

+ Thủng tử cung: nếu lỗ thủng nhỏ, không chảy máu, đảm bảo buồng tử cung sạch, cho kháng sinh, thuốc co hồi tử cung, theo dõi toàn trạng.

+ Nếu lỗ thủng to, có chảy máu trong hoặc chảy máu ra ngoài nhiều kèm theo tổn thương các tạng trong ổ bụng phải phẫu thuật khâu lỗ thủng, phục hồi tổn thương các tạng (nếu có)

+ Rách cổ tử cung: chèn bấc gạc hoặc khâu vết rách

+ Nhiễm khuẩn sau nong: điều trị kháng sinh

+ Dính buồng tử cung nong: phải nong buồng tử cung, cho vòng kinh nhân tạo, đặt vòng chống dính hoặc phẫu thuật để tách dính

***Tài liệu tham khảo:***

Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – Bộ Y Tế 2013;

## 45. NẠO SÓT THAI SỐT RAU SAU SẨY, SAU ĐẺ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH,**

- Thai sắp sẩy, cổ tử cung xóa gần hết

- Thai đang sẩy, chảy máu

- Thai đã sẩy, nhưng đang chảy máu, cổ tử cung còn mở.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Sẩy thai nhiễm khuẩn (chỉ nạo khi đã điều trị kháng sinh )

- Sẩy thai băng huyết, tụt huyết áp (phải hồi sức tích cực, vừa hồi sức vừa nạo)

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản

- Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn.

- Giải thích cho người bệnh yên tâm điều trị.

**2. Phương tiện, thuốc giảm đau và hồi sức**

- Bộ nạo sẩy và nong Hegar từ cỡ nhỏ đến to.

- Atropin 0,25 mg tiêm dưới da hay Dolosal 0,10g , Fentanyl 0,1 mg trước nạo.

- 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.

**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 phụ khoa.

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

**4.Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Sát khuẩn âm hộ, vùng tầng sinh môn

- Sát khuẩn âm đạo, cổ tử cung

- Trải khăn vô khuẩn dưới mông, trên bụng và hai bên đùi

- Đeo găng vô khuẩn

- Thông tiểu nếu cần

- Đặt van, bộc lộ âm đạo, cổ tử cung

- Dùng kẹp Pozzi cặp cổ tử cung (tùy tư thế tử cung mà kẹp mép trước hay mép sau cổ tử cung)

- Gây tê tại chỗ cổ tử cung bằng Lidocain 1%, 10ml

- Đo chiều cao và xác định tư thế tử cung.

- Nong cổ tử cung đến số 9-10 nếu cổ tử cung chưa đủ rộng

- Dùng kẹp hình tim gắp thai và nhau

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

- Tiêm Oxytoxin vào cổ tử cung nếu tử cung co kém, chảy máu

- Đo lại buồng tử cung bằng thước đo

- Sát khuẩn âm đạo và cổ tử cung.

- Lấy tổ chức nạo thử giải phẫu bệnh

- Viết hồ sơ bệnh án, cho đơn kháng sinh, dặn người bệnh khám lại nếu có gì bất thường

**VI. 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: 7-10 ngày sau hoặc khi có triệu chứng bất thường phải đi khám ngay.

- Cho toa thuốc và hướng dẫn sử dụng: kháng sinh, giảm đau từ 5 - 7 ngày.

**VII. TAI BIẾN**

**1. Thủng tử cung**

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

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

**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 đề 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.

**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 mệ, khó thở, tím tái, mạch nhanh, huyết áp giảm, phải ngưng ngay thủ thuật, điều trị như một trường hợp sốc + thuốc giảm đau, Atropine 1 hoặc 2 ống pha loãng tiêm mạch chậm.

**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 nghi sót nhau.

***Tài liệu tham khảo:***

Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – Bộ Y Tế 2013;

## 46. ĐIỀU TRỊ TẮC TIA SỮA BẰNG MÁY HÚT

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Điều trị tắc tia sữa máy hút sửa dụng máy hút để hút sữa ra tránh ứ đọng, Là cách điều trị đơn giản, có thể áp dụng tại nhà

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Tắc tia sữa

- Viêm tắc tuyến vú chưa tạo thành ổ áp xe

- Kết hợp với điều trị tắc tia sữa bằng chiếu đèn hồng ngoại, sóng ngắn sẽ hiệu quả hơn

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không có chống chỉ định tuyệt đối

- Viêm tuyến vú đã tạo ổ áp xe nên kết hợp trích rạch và hút sữa sẽ hiệu quả hơn

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Bác sỹ chuyên khoa sản, Nữ hộ sinh , bệnh nhân, người nhà đã được hướng dẫn…

**2. Phương tiện:** Túi chườm ấm, máy hút sữa

**3. Người bệnh:**

Biết cách massage , phối hợp với nhân viên y tế, người nhà để thực hiện

**4. Hồ sơ bệnh án theo quy định.**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Chườm ấm: Dùng túi chườm ấm quanh bầu vú, có thể cùng chai nước nóng già, có thể chườm trực tiếp hay qua 1 lần vải mỏng tránh bỏng

Massage quanh vú nhẹ nhàng nhưng phải có 1 lực nhất định vào nới tắc, massage từ nơi bị tắc hướng về núm vú,

- Dùng máy hút hút sữa ra

- Nên lặp lại quy trình nhiều lần trong ngày cho đến khí hết tắc, sữa sau khi hút ra có thể cho trẻ ăn hay trữ đông cho trẻ dùng sau

**VI. THEO DÕI**

Thực hiện nhiều lần trong ngày cho đến khi các tia sữa thông, các bà mẹ có thể tự làm hay dưới sự trợ giúp của nhân viên y tế hay người nhà

Theo dõi vú trong trường hợp không hết tắc hay hình thành ổ áp xe có thể kết hợp điều trị bằng sóng ngắn, chiếu đèn, trích áp xe..

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – 2013;

## 47. ĐIỀU TRỊ TẮC TIA SỮA BẰNG SÓNG NGẮN, HỒNG NGOẠI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Viêm tắc tia sữa hay gặp ở bà mẹ đang nuôi con bú, nếu điều trị không kịp thời gây viêm tuyến vú hay áp xe vú sẽ gây ảnh hưởng đến việc nuôi con bằng sữa mẹ. Điều trị tắc tia sữa bằng sóng ngắn , hồng ngoài làm tăng nhiệt tại chỗ làm giảm viêm , giảm đau, tăng cường lưu thông, làm các tuyến sữa dễ lưu thông hơn

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Tắc tia sữa

- Viêm tắc tuyến vú chưa tạo thành ổ áp xe

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người có mang máy tạo nhịp tim.

- Viêm tuyến vú đã tạo ổ áp xe

- Viêm nhiễm cấp tính khác vùng ngực

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** bác sỹ Phục hồi chức năng hoặc kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

**2. Phương tiện:** máy sóng ngắn hay đèn hồng ngoại

**3. Người bệnh:** giải thích cho người bệnh yên tâm. Tháo bỏ các dụng cụ kim loại như đồng hồ, đồ trang sức…

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Điều trị bằng sóng ngắn**

- Cho bệnh nhân tư thế nằm thoái mái, chọn và đặt điện cực

- Đặt các thông số kỹ thuật như công suất, thời gian, chế độ biểu hiện trên máy.

- Kiểm tra giây nối đất nếu có.

- Kiểm tra trường điện từ phát ra ở điện cực bằng đèn thử điều trị.

- Tắt máy khi hết thời gian, thăm hỏi người bệnh, ghi phiếu

**2. Điều trị bằng hồng ngoại**

- Chiếu đèn theo các theo các thông số chỉ định (công suất đèn, khoảng cách, thời gian)

- Kiểm tra da vùng điều trị, thăm hỏi người bệnh, ghi chép hồ sơ.

Sau điều trị bằng sóng ngắn, đèn hồng ngoại kết hợp với massage hay máy hút sữa làm tăng tác dụng điều trị tắc tia sữa

**VI. THEO DÕI**

- Cảm giác và phản ứng của người bệnh.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Điện giật: tắt máy, xử trí điện giật.

- Bỏng tại chỗ: xử trí như xử trí bỏng nhiệt

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – 2013;

## 48. KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là thủ thuật khâu một đường vòng tròn quanh cổ tử cung để thu hẹp lỗ trong cổ tử cung.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Sẩy thai liên tiếp do hở eo tử cung.

- Trong các trường hợp tiền sử sẩy thai từ hai lần trở lên mà nguyên nhân không rõ.

- Trong các trường hợp đặc biệt như song thai mà siêu âm đo chiều dài cổ tử cung dưới 25mm

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Tuổi thai trên 14 tuần.

- Viêm nhiễm âm đạo, cổ tử cung.

- Thai chết.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản đã được đào tạo và kíp trợ thủ.

- Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn.

**2. Phương tiện, dụng cụ.**

- Dung dịch betadine.

- Chỉ perlon.

- Van âm đạo.

**3. Người bệnh**

- Nằm tư thế phụ khoa.

- Giải thích mục đích khâu, tai biến có thể xảy ra sau khi khâu.

**4 . Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**⮚ Thì 1:** Bộc lộ cổ tử cung.

Sát trùng, kẹp kéo cổ tử cung ra ngoài.

⮚ **Thì 2:** Khâu vòng.

- Dùng chỉ perlon bền chọc kim vào vị trí 11 giờ 30, ra ở vị trí 9 giờ 30, rồi tiếp tục chọc vào ở vị trí 8 giờ 30 xuống 7 giờ 30, tiếp tục chọc vào ở vị trí 5 giờ 30 lên 3 giờ 30 và mũi chọc cuối cùng vào vị trí 2 giờ 30 lên 12 giờ 30.

- Buộc chỉ ở vị trí 12 giờ.

- Cắt đầu chỉ xa nút buộc khoảng 1 cm.

⮚ **Thì 3:** Kiểm tra nút chỉ.

- Sát trùng âm đạo và cổ tử cung.

- Khi thắt, hai mũi chỉ sẽ kéo hẹp lỗ cổ tử cung chít lại theo hai chiều đứng và ngang.

- Cắt hai đầu chỉ dài khoảng 1-1.5 cm.

**VI. THEO DÕI**

- Để người bệnh nghỉ lại giường sau 3 ngày để theo dõi chảy máu, cơn co tử cung, vỡ ối.

- Rút gạc sau 4-6 giờ.

- Điều trị kháng sinh (uống) và chống co tử cung.

- Thai phụ xuất viện sau 3 ngày và hướng dẫn thai phụ vào viện lại khi có: cơn co tử cung, ra máu đường âm đạo, ra nước ối đường âm đạo, ngày cắt chỉ tính vừa đủ thai 37 tuần.

**VII. TAI BIẾN.**

- Ra máu: thường hết ra máu (trừ trường hợp bị bệnh về máu không phát hiện trước) sau khi chèn gạc cầm máu từ 3-4 giờ.

- Nhiễm trùng: do thủ thuật tiến hành không vô trùng, hoặc do ổ nhiễm trùng đường sinh dục chưa điều trị ổn định.

- Gây sẩy thai hoặc đẻ non: do có cơn co.

- Vỡ ối, hoặc rỉ ối.

- Gãy kim vào trong cổ tử cung: nên dùng kim tròn to có độ cong nhỏ.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – 2013;

## 49. CẮT CHỈ KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là thủ thuật cắt chỉ khâu vòng ở cổ tử cung

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh nhân đã khâu vòng cổ tử cung khi:

- Chuyển dạ tiến triển ( bất kì tuổi thai nào)

- Có đình chỉ thai nghén

- Tuổi thai hết tuần 37

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Thai bình thường chưa hết tuần 37.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản đã được đào tạo và kíp trợ thủ.

- Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn.

**2. Phương tiện, dụng cụ.**

- Dung dịch betadine.

- Kéo cắt chỉ

- Van âm đạo.

**3. Người bệnh**

- Nằm tư thế phụ khoa.

- Giải thích mục đích khâu, tai biến có thể xảy ra sau cắt chỉ

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**⮚ Thì 1:**

**-** Bộc lộ cổ tử cung.

- Sát trùng, kẹp kéo cổ tử cung ra ngoài.

⮚ **Thì 2**: Cắt chỉ

- Dùng panh hay phẫu tích tìm kẹp chỗ chỉ buộc

- Dùng kéo cắt nhẹ nhàng

- Dùng tay hoặc panh gỡ hết chỉ ra khỏi cổ tử cung .

⮚ **Thì 3:**

- Sát trùng âm đạo và cổ tử cung.

- Thu dọn dụng cụ.

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi chảy máu chuyển dạ sau thủ thuật

Theo dõi tim thai, cơn co tử cung sau thủ thuật

**VII. TAI BIẾN.**

- Chảy máu nhiều do cắt phải cổ tử cung hoặc gỡ chỉ làm rách cổ tử cung.

- Vỡ ối, hoặc rỉ ối.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – 2013;

## 50. CHÍCH ÁP XE TẦNG SINH MÔN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là tổn thương ổ mủ ở tầng sinh môn. Cần lưu ý phân biệt với áp xe cạnh hậu môn trong rò hậu môn trực tràng ( do xử lý khác nhau)

**II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1. Chỉ định**

Các ổ áp xe đã hóa mủ

**2. Chống chỉ định**

Các ổ viêm đỏ chưa hóa mủ

Nhiễm trùng toàn thân nặng chưa được điều trị

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản đã được đào tạo.

**2. Dụng cụ**

- Cồn 70 hoặc dung dịch sát trùng như Betadin

- Bơm tiêm 5ml

- Thuốc giảm đau toàn thân : dolargan, fentanyl….

- Thuốc gây tê tại chỗ bằng Lindocain 1%

- Bộ dụng cụ để chích áp xe.

- Các khăn trải phẫu thuật vô khuẩn

- Bàn khám hoặc bàn mổ.

**3. Người bệnh**

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định

- Người bệnh được vệ sinh vùng tầng sinh môn trước khi làm thủ thuật

- Tư thế nằm tư thế sản khoa bộ lộ ổ áp xe

**4. Hồ sơ bệnh án:**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

⮚ **Thì 1.**

- Sát trùng rộng vùng áp xe từ trong ra ngoài

- Dùng khăn vô trùng để bao bọc xung quanh vùng thủ thuật.

⮚ **Thì 2.**

Xác định khối áp xe, tìm chỗ da mềm nhất. Gây tê tại chỗ

⮚ **Thì 3.**

- Rạch da ngay trên khối áp xe chỗ mềm nhất đường rạch đủ rộng để tháo hết mủ

- Sau khi rạch qua da và tổ chức dưới da đi thẳng vào khối áp xe tránh làm nát các tổ chức xung quanh gây chảy máu. Dùng kẹp nhỏ hoặc đầu ngón tay trỏ phá các vách của khối áp xe thông nhau để mủ chảy ra

- Để da hở, đặt một gạc con trong ổ áp xe để dẫn lưu mủ ra ngoài, rút sau 12 giờ.

**V. THEO DÕI**

- Người bệnh được dùng thuốc giảm đau và kháng sinh uống hoặc tiêm trong 5 đến 7 ngày, thuốc chống phù nề.

- Theo dõi chảy máu tại vết rạch.

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu: chảy máu tại vùng rạch da hoặc trong ổ áp xe, khâu chỗ chảy máu dùng tiếp kháng sinh

- Không thoát mủ: mở thông lại, dùng kháng sinh tiêm

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – 2013;

## 51. PHẪU THUẬT UNG THƯ BUỒNG TRỨNG, CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN, HAI PHẦN PHỤ VÀ MẠC NỐI LỚN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật ung thư buồng trứng bao gồm cắt tử cung hoàn toàn + 2 phần phụ + mạc nối lớn là phương pháp điều trị ngoại khoa để loại bỏ khối ung thư buồng trứng để phòng tái phát và di căn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

-Ung thư buồng trứng giai đoạn I, II

- Ung thư buồng trứng giai đoạn muộn đã được điều trị hóa chất

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Ung thư buồng trứng giai đoạn muộn đã di căn nhiều nơi

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa phụ ung thư, bác sĩ phụ sản có kinh nghiệm

**2. Phương tiện**

Bộ đại phẫu của phụ khoa ung thư

**3. Người bệnh**

-Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá bệnh lý phối hợp

- Tư vấn cho người bệnh và gia đình về nguy cơ phẫu thuật

- Thụt tháo, vệ sinh bụng và âm đạo

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án phẫu thuật theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Thì 1**: Mở bụng theo đường trắng giữa dưới rốn và trên rốn nếu cần

**Thì 2:**

-Thăm dò ổ bụng

- Lấy dịch ổ bụng làm xét nghiệm tế bào

- Đánh giá khối u

**Thì 3:** Cắt bỏ khối u, lấy tới mô u có thể

**Thì 4:** Cắt tử cung hoàn toàn và 2 phần phụ

**Thì 5:** Cắt mạc nối lớn

**Thì 6:**

-Vét hạch chậu 2 bên: vét hạch ở chỗ phân nhánh động mạch chậu để làm xét nghiệm tức thì, nếu xét nghiệm dương tính thì vét hạch dọc theo mạch máu đến chỗ phân nhánh 2 động mạch chậu gốc, nếu xét nghiệm còn dương tính thì vét hạch theo động mạch chủ lên đến cơ hoành.

-Kiểm tra và cầm máu kỹ

**Thì 7:** Đóng bụng theo các lớp giải phẫu

**VI. THEO DÕI**

Theo dõi các yếu tố huyết động, theo dõi bụng, ra máu âm đạo

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

-Chảy máu trong và sau mổ. Phát hiện sớm chảy máu để mổ lại cầm máu

- Viêm phúc mạc

- Tổn thương đường tiêu hóa : ruột, đại tràng, trực tràng

- Tổn thương đường tiết niệu : bàng quang, niệu quản

- Tổn thương mạch máu : dễ xảy ra trong thì vét hạch.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản – 2013;

## 52. CẮT U TIỂU KHUNG THUỘC TỬ CUNG, BUỒNG TRỨNG TO, DÍNH, CẮM SÂU TRONG TIỂU KHUNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Các khối u phụ khoa gồm u buồng trứng,u tử cung, u trong dây chằng rộng… nhiều lúc khối u phát triển ăn sâu vào trong tiểu khung, dính vào các tạng xung quanh, gây đau bụng, hay rối loạn đại tiểu tiện, rối loạn kinh nguyệt…. Cắt khối u khó khăn dễ tổn thương các tạng xung quanh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Khối u vùng tiểu khung, u buồng trứng, u xơ tử cung, u trong dây chằng rộng…gây đau hay rối loạn đại tiểu tiện, rối loạn kinh nguyệt

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản đã được đào tạo.

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật mở bụng.

**3. Người bệnh**

- Khám toàn thân và chuyên khoa đánh giá các bệnh lý phối hợp

- Được tư vấn về nguy cơ, biến chứng, tai biến của phẫu thuật

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**IV. QUY TRÌNH KỸ THUẬT KỸ THUẬT**

- **Thì 1:** Mở bụng đường trắng giữa, đường ngang trên vệ tùy theo tổn thương đủ rộng.

**- Thì 2:** Xác định tổn thương, ranh giới khối u, liên quan khối u với các tạng xung quanh

- **Thì 3:** gỡ dính, giải phóng khối u với các tạng xung quanh, tránh tổn thương tạng xung quanh

**- Thì 4:** Cắt bỏ khối u, khâu cầm máu

- **Thì 5:** Lau rửa ổ bụng, kiểm tra, xử lý các tổn thương thứ phát

- **Thì 6:** Dẫn lưu ổ bụng (nếu cần).

- **Thì 7:** Đóng bụng

**V. THEO DÕI SAU MỔ**

- Điều trị kháng sinh dự phòng

- Toàn trạng: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ. Nếu người bệnh mất máu nhiều, thể trạng xanh, xét nghiệm máu có biểu hiện thiếu máu thì truyền máu.

- Tình trạng tiểu tiện trung, đại tiện.

- Vết mổ.

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Gỡ dính gây tổn thương ruột, bàng quang niệu quản, khâu phụ hồi ruột, bàng quang, niệu quản, khâu phục hồi ruột, bàng quang , niệu quản…

- Dính sau mổ cần ngồi dậy, tập luyện sớm…

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 53. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt tử cung bán phần qua nội soi là phẫu thuật sử dụng các dụng cụ được đưa vào ổ bụng qua các lỗ chọc ở thành bụng để tiến hành cắt bỏ tử cung, để lại phần cổ tử cung. Bảo tồn hay cắt phần phụ chủ yếu dựa vào có tổn thương phần phụ hay không và tuổi của người bệnh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U xơ tử cung.

- Políp buồng tử cung

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Ruột chướng

- Thoát vị cơ hoành

- Các bệnh nhiễm khuẩn, các bệnh về máu.

- Các bệnh nội khoa cấp tính đang điều trị chưa can thiệp phẫu thuật được.

- Các bệnh lý chống chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng

- Khối u xơ tử cung quá to

- Thiếu thiết bị gây mê toàn thân

**IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH TƯƠNG ĐỐI**

- Béo phì

- Tiền sử phẫu thuật ổ bụng nhiều lần, dính nhiều.

- Phẫu thuật viên thiếu kinh nghiệm

**V. CHUẨN BỊ**

**1. Người bệnh**

- Người bệnh và gia đình: được giải thích lý do phải phẫu thuật và ký giấy cam đoan đồng ý mổ.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định

**2. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa sản hay bác sĩ khoa ngoại đã được huấn luyện, đào tạo mổ nội soi và kỹ thuật cắt tử cung qua nội soi.

- Bác sĩ đã được đào tạo phụ mổ nội soi.

- Bác sĩ hoặc kỹ thuật viên gây mê hồi sức.

- Điều dưỡng viên/y tá làm người đưa dụng cụ.

**3. Thuốc và dụng cụ**

-Thuốc gây mê toàn thân, các thuốc hồi sức, dịch truyền thay thế máu và máu nếu có.

- Dụng cụ đặt nội khí quản và máy thở.

- Dàn máy, hệ thống khí CO2, màn hình TV

- Bộ dụng cụ nội soi cắt tử cung.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Người bệnh được sát khuẩn vùng bụng, đùi. Đặt ống thông tiểu trước khi tiến hành phẫu thuật.

- Gây mê toàn thân và thở máy.

**1. Thì 1: Chọc trocars và bơm CO2 vào ổ bụng**

- Rạch dưới rốn 5 hoặc 10mm (phù hợp với đèn soi)

- Nâng thành bụng lên cao để chọc kim (hoặc chọc ngay troca 5 hoặc troca 10 nếu phẫu thuật viên có kinh nghiệm), dùng nước nhỏ vào đốc kim kiểm tra xem đầu kim đã nằm trong ổ bụng chưa.

- Bơm CO2 vào ổ bụng, tốc độ bơm khí được đặt 3 lít/+phút. Cảm ứng tắt tự động nếu áp lực bơm trên 15-20 mm Hg

- Chọc troca 5 hoặc 10

- Đưa đèn soi. Kiểm tra xem trocart đã nằm trong ổ bụng chưa.

- Chọc 2 trocart 10 ở hai bên hố chậu, gần mào chậu, chú ý tránh chọc vào mạch máu.

**2. Thì 2: Kiểm tra tử cung và các tạng xung quanh**

- Quan sát tử cung, hai phần phụ, tiểu khung, kiểm tra dạ dày và gan. Đánh giá tổn thương tại tử cung:

- Trước khi cắt để giải phóng các phần của tử cung, cần sử dụng dao 2 cực để đốt cầm máu

**3. Thì 3: Giải phóng hai cánh bên của tử cung:**

Bắt đầu đốt cầm máu dây chằng tròn rộng khoảng 1 cm. Cắt giữa hai chỗ đốt. Nếu bảo tồn buồng trứng thì cầm máu và giải phóng tiếp dây chằng tử cung - buồng trứng ở gần tử cung và cắt điểm giữa chỗ đốt. Nếu không bảo tồn buồng trứng thì đốt cầm máu, cắt dây chằng thắt lưng buồng trứng. Chỉ cắt hai buồng trứng khi có thương tổn hay người bệnh đã cao tuổi.

**4. Thì 4: Bóc tách bàng quang và cắt động mạch tử cung:**

- Bóc tách xuống sát eo tử cung để bộc lộ động mạch tử cung.

- Bóc tách phúc mạc đoạn dưới, đấy bàng quang xuống thấp.

- Đốt và khâu động mạch tử cung ở vị trí ngang với đoạn dưới tử cung tương ứng eo tử cung khi không có thai, chú ý đến niệu quản chỉ cách cổ tử cung 1,5 cm về phía ngoài. Lần lượt cắt hai cuống mạch tử cung ở hai bên

**5. Thì 5: Cắt và khâu mỏm cắt:**

- Cắt tử cung ở mức ngang đoạn eo tử cung. Không cần khâu mỏm cắt tử cung vì cắt bằng dao điện đã cầm máu.

**6. Thì 6: Kiểm tra cầm máu:**

- Cẩn thận các cuống mạch và mỏm cắt. Chú ý xem tình trạng huyết áp của người bệnh tại thời điểm kiểm tra cầm máu.

- Rửa lại ổ bụng bằng huyết thanh ấm, kiểm tra các cuống mạch không thấy chảy máu, nước rửa trong.

**7. Thì 7: Khâu da**

- Tháo CO2, rút 2 trocart ở hố chậu trước, trocart ở rốn có đèn soi rút sau cùng

- Khâu da

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Chảy máu sau mổ**

Có thể do tuột chỉ cuống mạch, do chảy máu từ mỏm cắt vì khâu cầm máu không tốt, rối loạn đông máu. Biểu hiện bằng choáng, tụt huyết áp, tình trạng thiếu máu cấp, ổ bụng có dịch... phải mổ lại để cầm máu đồng thời hồi sức tích cực, điều chỉnh rối loạn đông máu, bồi phụ thể tích tuần hoàn

**2. Máu tụ ngoài phúc mạc**

Do không cầm máu tốt khi mổ. Thường chỉ cần theo dõi và điều trị nội khoa, hồi sức tuần hoàn nếu không thấy khối máu tụ to lên thì không cần mổ lại.

**3. Tổn thương đường tiết niệu**

Chủ yếu là tại bàng quang và niệu quản. Phải mổ lại để xử trí tổn thương khi phát hiện.

**4. Viêm phúc mạc sau mổ**

Phải tiến hành hồi sức, điều trị bằng kháng sinh phối hợp, liều cao và mổ lại để rửa ổ bụng, dẫn lưu.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 54. PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG ĐƯỜNG ÂM ĐẠO CÓ HỖ TRỢ CỦA NỘI SOI

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Là phẫu thuật cắt bỏ tử cung hoàn toàn qua đường âm đạo có hỗ trợ của nội soi. Phẫu thuật bổ trợ cho phẫu thuật cắt tử nội soi khi không có máy say lấy bệnh phẩm hay bổ trợ cho phẫu thuật cắt tử cung đường âm đạo khi có dính tiểu khung mức độ nhẹ hay trung bình, làm tăng ưu điểm, bù đắp nhược điểm của 2 phương pháp pháp cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi và âm đạo

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Âm đạo rộng, mềm

- Các tổn thương ở tử cung có chỉ định cắt tử cung.

- Sa sinh dục

- Tử cung không quá to

- Có viêm dính tiểu khung mức độ nhẹ, trung bình

- Phẫu thuật viên có kinh nghiệm

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ: 03 bác sỹ (01 bác sỹ chính, 02 bác sỹ phụ)

- Điều dưỡng: 02 (01 dụng cụ viên, 01 phụ dụng cụ)

- Kỹ thuật viên, bác sỹ vô cảm: 01. Phụ gây mê, vô cảm: 01

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật cắt tử cung

Bộ phẫu thuật nội soi sản khoa

**3. Người bệnh**

Chuẩn bị như các trưởng hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thụt tháo và sử dụng an thần trước mổ.

**4.Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN KỸ THUẬT**

- Người bệnh được sát khuẩn vùng bụng, đùi. Đặt ống thông tiểu trước khi tiến hành phẫu thuật.

- Gây mê toàn thân và thở máy.

**1. Thì 1: Chọc trocars và bơm CO2 vào ổ bụng**

- Rạch trên hay dưới rốn 5 hoặc 10mm (phù hợp với đèn soi)

- Nâng thành bụng lên cao để chọc kim (hoặc chọc ngay troca 5 hoặc troca 10 nếu phẫu thuật viên có kinh nghiệm), dùng nước nhỏ vào đốc kim kiểm tra xem đầu kim đã nằm trong ổ bụng chưa.

- Bơm CO2 vào ổ bụng, tốc độ bơm khí được đặt 3 lít/+phút. Cảm ứng tắt tự động nếu áp lực bơm trên 15-20 mm Hg

- Chọc troca 5 hoặc 10

- Đưa đèn soi. Kiểm tra xem trocart đã nằm trong ổ bụng chưa.

- Chọc 2 trocart 10 ở hai bên hố chậu, gần mào chậu, chú ý tránh chọc vào mạch máu.

**2. Thì 2: Kiểm tra tử cung và các tạng xung quanh**

- Quan sát tử cung, hai phần phụ, tiểu khung, kiểm tra dạ dày và gan. Đánh giá tổn thương tại tử cung:

- Trước khi cắt để giải phóng các phần của tử cung, cần sử dụng dao 2 cực để đốt cầm máu

**3. Thì 3: Bộc lộ cổ tử cung, đặt cần nâng tử cung**

- Bộc lộ phẫu trường: khâu môi bé sang hai bên da bẹn, khâu mép dưới âm hộ vào vải vô trùng phủ mặt dưới.

- Thông tiểu, đặt van âm đạo và sử dụng 02 Kìm pozzi kẹp cổ tử cung.

Đặt cần nâng tử cung vào buồng tử cung, dùng cần nâng chỉnh tử thế tử cung sang trái, sang phải, nâng lên hay hạ xuống cho phù hợp với tăng thì của phẫu thuật viện chính

**3. Thì 3: Giải phóng hai cánh bên của tử cung:**

Bắt đầu đốt cầm máu dây chằng tròn rộng khoảng 1 cm. Cắt giữa hai chỗ đốt. Nếu bảo tồn buồng trứng thì cầm máu và giải phóng tiếp dây chằng tử cung - buồng trứng ở gần tử cung và cắt điểm giữa chỗ đốt. Nếu không bảo tồn buồng trứng thì đốt cầm máu, cắt dây chằng thắt lưng buồng trứng. Chỉ cắt hai buồng trứng khi có thương tổn hay người bệnh đã cao tuổi. Kết hợp với cần nâng tử cung để đẩy tử cung sang trái khi phẫu thuật bên phải và ngược lại ,làm rộng phẫu trường.

**4. Thì 4 , mở vào cùng đồ sau và cùng đồ trước**

Kiểm tra cùng đồ trước và cùng đồ sau nếu có dính thì gỡ dính, bộc lộ tử cung

- Mở lá phúc mạc ở túi cùng trước, đẩy bàng quang xuống thấp, dùng thớt của cần nâng xác định vị trí của nếp cổ tử cung âm đạo, mở đường vào cùng đồ trước và cung đồ sau trên thớt

Kết hợp dùng cần đẩy nâng tử cung lên hay xuống để làm rộng phẫu trường, dùng thớt ở cần đẩy xác định vị trí của cổ tử cung bám vào âm đạo

**5. Thì 5: Vào cùng đồ sau và cùng đồ trước**

- Tắt máy bơm CO2 ,rút hết dụng cậu nội soi ra khỏi bụng bệnh nhân, lưu lại các troca, tắt đèn nội soi, xả hết CO2

- Sát khuẩn lại âm đạo, đặt van bộc lỗ cổ tử cung , sử dụng 02 Kìm pozzi kẹp cổ tử cung

-Dùng hai ngón tay mở rộng lỗ cùng đồ sau vào ổ bụng, ( Làm rộng lỗ mở vào cùng đồ sau ở thì nội soi ổ bụng)

Dùng hai ngón tay mở rộng lỗ cùng đồ trước vào ổ bụng, ( Làm rộng lỗ mở vào cùng đồ trước ở thì nội soi ổ bụng)

- Tách niêm mạc âm đạo hai bên bộc lộ dây chằng bên và cuống mạch cổ tử cung âm đạo.

**6. Thì 6: Thắt và cắt dây chằng và cuống mạch tử cung.**

- Kéo tử cung sang trái rồi sang phải để cắt dây chằng ngang cổ tử cung (phải và trái) trong đó có cuống mạch âm đạo - cổ tử cung. Khâu các dây chằng.

- Kẹp cắt và thắt cuống mạch cổ tử cung âm đạo và dây chằng tử cung - cùng.

**7. Thì 7: Thắt và cắt cuống mạch tử cung và dây chằng rộng.**

- Đẩy dây chằng đã cắt lên phía trên, bộc lộ phần tổ chức trên dây chằng.

- Đưa ngón trỏ vào cùng đồ, cách ly quai ruột, kẹp cắt và khâu tổ chức sát mặt bên tử cung và động mạch tử cung.

- Kéo thấp tử cung xuống âm đạo để lộ dây chằng rộng còn lại sau thì cắt nội soi

- Tiếp tục thắt và cắt dây chằng rộng để sát bờ bên tử cung dưới sự hướng dẫn của ngón tay đưa vào cùng đồ sau sát bờ bên, sau tử cung.

***Chú ý:*** luôn bám sát thành tử cung

**Sau khi cắt hết giải phóng tử cung** hoàn toàn, kéo tử cung ra ngoài khỏi âm hộ, nếu tử cung quá to có thế xẻ dọc tử cung lấy bệnh phẩm

**8. Thì 8: Kiểm tra chảy máu.**

- Kiểm tra chảy máu các vị trí cắt khâu, kiểm tra xem có các tổn thương ruột hay niệu quản.

- Nâng đầu bệnh nhân lên cao để thoát dịch, máu xuống cùng đồ, lau sạch bằng kẹp cặp gạc.

**9. Thì 9: Đóng phúc mạc cùng đồ và khâu niêm mạc âm đạo.**

- Dùng các mũi chỉ khâu kín phúc mạc. Mũi khâu ở góc phải và trái đính vào phúc mạc hai phần phụ mỗi bên.

- Khâu đỉnh mỏm cắt dây chằng vào góc thành âm đạo từng bên tương ứng

- Khâu hai mép niêm mạc âm đạo lại với nhau.

**10. Thì 10: Kiểm tra , làm sạch ổ bụng bằng nội soi**

Mở máy nội soi ổ bụng, bơm CO2,

- Kiểm tra các vị trí cắt , đốt .Cầm máu ( nếu cần)

- Rửa bụng

- Kiểm tra niệu quản, bàng quang, trực tràng

Rút các trocar , tháo hết CO2 và khâu các lỗ chọc

**V. CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT**

- Đặt thông tiểu và theo dõi màu sắc, số lượng trong 2 - 3 ngày

- Lau sát trùng âm hộ hàng ngày bằng Betadin

- Rút ống dẫn lưu (nếu có) 24-48 giờ.

- Nếu chèn gạc thì rút sau 24 giờ.

- Cho người bệnh ngồi dậy sớm 8-12 tiếng sau mổ.

**VI. BIẾN CHỨNG TRONG PHẪU THUẬT**

- Chảy máu do tuột chỉ buộc cuống mạch hoặc cặp không hết cuống mạch

- Tổn thương niệu quản

- Tổn thương bàng quang

- Tổn thương trực tràng

- Tổn thương ruột

Xử trí: tất cả các trường hợp khó phải chuyển mổ mở

**VII. BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT**

- Chảy máu: 4 - 6 ngày sau phẫu thuật do nhiễm khuẩn, tổn thương đến mạch máu tiêu chỉ sớm, vì vậy nên sử dụng chỉ lâu tiêu.

- Nhiễm khuẩn

- Tắc ruột: thường do nhiễm trùng tiểu khung gây các vùng dính ruột gây tắc ruột.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 55. PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG ĐƯỜNG ÂM ĐẠO

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Là phẫu thuật cắt bỏ tử cung hoàn toàn qua đường âm đạo.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Âm đạo rộng, mềm

- Các tổn thương ở tử cung có chỉ định cắt tử cung.

- Sa sinh dục

- Tử cung không quá to

- Không viêm dính vùng chậu

- Phẫu thuật viên có kinh nghiệm

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ: 03 bác sỹ (01 bác sỹ chính, 02 bác sỹ phụ)

- Điều dưỡng: 02 (01 dụng cụ viên, 01 phụ dụng cụ)

- Kỹ thuật viên, bác sỹ vô cảm: 01. Phụ gây mê, vô cảm: 01

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật cắt tử cung

**3. Người bệnh**

Chuẩn bị như các trưởng hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thụt tháo và sử dụng an thần trước mổ.

**4.Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định. Các xét nghiệm máu cơ bản: công thức máu, chức năng gan, thận, chức năng đông cầm máu, chụp tim phổi, siêu âm ổ bụng…sàng lọc K cổ tử cung.

Giấy đồng ý phẫu thuật của bệnh nhân, người nhà bệnh nhân kí, biên bản hội chẩn, duyệt mổ…

**IV. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN KỸ THUẬT**

**1. Thì 1: Bộc lộ cổ tử cung**

- Bộc lộ phẫu trường: khâu môi bé sang hai bên da bẹn, khâu mép dưới âm hộ vào vải vô trùng phủ mặt dưới.

- Thông tiểu, đặt van âm đạo và sử dụng 02 Kìm pozzi kẹp cổ tử cung.

**2. Thì 2: Mở cùng đồ sau và thăm dò**

- Rạch một nửa đường vòng niêm mạc âm đạo mặt sau cổ tử cung gần đường bám âm đạo vào cổ tử cung. Bóc tách niêm mạc đúng lớp giữa cổ tử cung và trực tràng lên phía trên đến cùng đồ sau.

- Mở rộng cùng đồ sau vào ổ bụng, dùng hai ngón tay thăm dò tiểu khung, xác định lại điều kiện phẫu thuật, nếu khó khăn thì phải ngừng phẫu thuật ở thì này.

**3. Thì 3: Mở cùng đồ trước, bóc tách đẩy bàng quang lên phía trên.**

- Rạch một nửa đường vòng niêm mạc âm đạo trước sát gần chỗ bám âm đạo vào cổ tử cung đến tận lớp bóc tách nối liền với nửa đường rạch vòng phía sau.

- Bóc tách niêm mạc âm đạo khỏi bàng quang. Dùng kéo cắt các thớ dây chằng bàng quang cổ tử cung đúng lớp bóc tách (lớp mạc quanh âm đạo).

- Dùng cặp kẹp gạc gấp hình củ ấu hoặc ngón tay bọc gạc tách niêm mạc khỏi mặt sau bàng quang và mặt trước tử cung lên đến phúc mạc cùng đồ trước.

- Tách niêm mạc âm đạo hai bên bộc lộ dây chằng bên và cuống mạch cổ tử cung âm đạo.

**4. Thì 4: Thắt và cắt dây chằng và cuống mạch tử cung.**

- Kéo tử cung sang trái rồi sang phải để cắt dây chằng ngang cổ tử cung (phải và trái) trong đó có cuống mạch âm đạo - cổ tử cung. Khâu các dây chằng.

- Kẹp cắt và thắt cuống mạch cổ tử cung âm đạo và dây chằng tử cung - cùng.

**5. Thì 5: Thắt và cắt cuống mạch tử cung và dây chằng rộng.**

- Đẩy dây chằng đã cắt lên phía trên, bộc lộ phần tổ chức trên dây chằng.

- Đưa ngón trỏ vào cùng đồ, cách ly quai ruột, kẹp cắt và khâu tổ chức sát mặt bên tử cung và động mạch tử cung.

- Kéo thấp tử cung xuống âm đạo để lộ dây chằng rộng phần trên.

- Tiếp tục thắt và cắt dây chằng rộng để sát bờ bên tử cung dưới sự hướng dẫn của ngón tay đưa vào cùng đồ sau sát bờ bên, sau tử cung.

***Chú ý:*** luôn bám sát thành tử cung

**6. Thì 6: Cắt hai phần phụ**

- Kéo đáy tử cung và cổ tử cung xuống và lệch sang trái hoặc phải tùy theo cắt phần phụ bên nào.

- Dùng van âm đạo kéo rộng phẫu trường phía trên và giữ bàng quang không tụt xuống và một van âm đạo thứ hai vén mặt bên để lộ phần phụ.

- Kéo phần phụ, dây chằng và cuống mạch bên trái.

- Dùng kéo cắt sát bờ bên tử cung, các dây chằng và cuống mạch đã cặp, sau khi kiểm tra mặt sau các dây chằng để tránh cặp vào ruột.

- Khâu riêng cuống mạch dây chằng tử cung - buồng trứng và dây chằng tròn, dây chằng rộng, có thể buộc tăng cường.

- Kẹp và cắt phần phụ, dây chằng và cuống bên phải tương tự bên trái.

**7. Thì 7: Kiểm tra chảy máu.**

- Kiểm tra chảy máu các vị trí cắt khâu, kiểm tra xem có các tổn thương ruột hay niệu quản.

- Nâng đầu bệnh nhân lên cao để thoát dịch, máu xuống cùng đồ, lau sạch bằng kẹp cặp gạc.

**8. Thì 8: Đóng phúc mạc cùng đồ và khâu niêm mạc âm đạo.**

- Dùng các mũi chỉ khâu kín phúc mạc. Mũi khâu ở góc phải và trái đính vào phúc mạc hai phần phụ mỗi bên.

- Khâu đỉnh mỏm cắt dây chằng vào góc thành âm đạo từng bên tương ứng

- Khâu hai mép niêm mạc âm đạo lại với nhau.

**V. CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT**

- Đặt thông tiểu và theo dõi màu sắc, số lượng trong 2 - 3 ngày

- Lau sát trùng âm hộ hàng ngày bằng Betadin

- Rút ống dẫn lưu (nếu có) 24-48 giờ.

- Nếu chèn gạc thì rút sau 24 giờ.

- Cho người bệnh ngồi dậy sớm 8-12 tiếng sau mổ.

**VI. BIẾN CHỨNG TRONG PHẪU THUẬT**

- Không kéo được tử cung xuống âm đạo. Nguyên nhân: Tử cung quá to; Chưa cắt hết các dây chằng tử cung; Dính nhiều

- Chảy máu do tuột chỉ buộc cuống mạch hoặc cặp không hết cuống mạch

- Tổn thương niệu quản

- Tổn thương bàng quang

- Tổn thương trực tràng

- Tổn thương ruột

Xử trí: tất cả các trường hợp khó phải chuyển mổ mở

**VII. BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT**

- Chảy máu: 4 - 6 ngày sau phẫu thuật do nhiễm khuẩn, tổn thương đến mạch máu tiêu chỉ sớm, vì vậy nên sử dụng chỉ lâu tiêu.

- Nhiễm khuẩn

- Tắc ruột: thường do nhiễm trùng tiểu khung gây các vùng dính ruột gây tắc ruột.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 56. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối tử cung bao gồm thân tử cung, cổ tử cung, để lại buồng trứng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

**1. Bệnh lý liên quan đến sản khoa**

- Hầu hết trong phẫu thuật cấp cứu sản khoa thường có chỉ định cắt tử cung bán phần, tuy nhiên trong một số trường hợp đặc biệt phải có chỉ định cắt tử cung hoàn toàn.

- Rau tiền đạo trung tâm, rau bám chặt xuống sâu tận cổ tử cung gây chảy máu mà thắt động mạch hạ vị không cầm máu được.

- Thai ở cổ tử cung bị sẩy, chảy máu, sau khi can thiệp các thủ thuật như khâu, đốt nhiệt mà không có kết quả.

- Nhiễm trùng sau phẫu thuật lấy thai lan tới buồng tử cung đã bị rách phức tạp.

**2. Bệnh lý liên quan đến phụ khoa**

- Một số bệnh lý tiền ung thư và ung thư của bộ phận sinh dục (cổ tử cung, tử cung, vòi tử cung, buồng trứng, rau, chửa trứng lớn tuổi…)

- Những khối u lành tính ở tử cung có chỉ định cắt tử cung nhưng cổ tử cung không bình thường (tổn thương lành tính hoặc nghi ngờ cổ tử cung)

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ: 01 bác sỹ mổ chính, 02 bác sỹ phụ

- Điều dưỡng: 01 dụng cụ viên, 01 phụ dụng cụ

- Kỹ thuật viên: 01 Bác sỹ vô cảm: 01. Phụ gây mê, vô cảm: 01

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ cắt tử cung

**3. Người bệnh**

Chuẩn bị như các trưởng hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thụt tháo và sử dụng an **thần trước mổ.**

**4.Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Thì 1: Mở thành bụng**

Thường sử dụng đường rạch Pfannenstiel, đối với trường hợp cấp cứu hoặc khó khăn hay đã có sẹo mổ cũ đường trắng dưới rốn thì sử dụng đường trắng giữa dưới rốn.

**2. Thì 2: Cắt các dây chằng**

Kẹp và cắt dây chằng tử cung - vòi tử cung và các cuống mạch, cắt dây chằng tròn hai bên, cắt hai lá dây chằng rộng. Khâu lại các cuống mạch và mỏm cắt.Kẹp cắt vòi trứng để lại buồng trứng, khâu cầm máu.

**3. Thì 3: Tách và cắt phúc mạc tử cung- bàng quang**

- Dùng kéo mở phúc mạc ngang với chỗ bám di động ở eo tử cung và cắt ngang trước đoạn dưới tử cung.

- Dùng gạc đẩy phúc mạc xuống sâu, giúp đẩy bàng quang ra trước, bộc lộ cổ tử cung và túi cùng âm đạo trước.

**4. Thì 4: Cắt dây chằng tử cung - cùng và phúc mạc mặt sau.**

- Kéo tử cung ra trước, bộc lộ hai dây chằng tử cung - cùng và mặt sau cổ tử cung.

- Cắt hai dây chằng tử cung - cùng gần chỗ bám ở cổ tử cung

- Tách phúc mạc sau vòng quanh cổ tử cung phía trên và đẩy xuống ngang mức cắt âm đạo.

**5. Thì 5: Cặp các cuống mạch đi vào tử cung**

- Cặp các động mạch tử cung từng bên. Cắt và khâu cuống mạch

- Cặp nhánh động mạch cổ TC, cắt và khâu cuống mạch.

**6. Thì 6: Cắt âm đạo**

- Tay trái phẫu thuật viên kéo mạnh tử cung lên trên, tay phải dùng kéo mở cùng đồ trước hoặc cùng đồ sau.

- Dùng kẹp thẳng cặp mép trước âm đạo để giữ.

- Tiếp tục cắt vòng quanh sát với chỗ bám âm đạo và cổ tử cung từ phía trước sang phải, ra sau và qua trái.

**7. Thì 7: Đóng âm đạo**

Dùng kim cong và chỉ tiêu khâu qua lớp tổ chức dưới niêm mạc và niêm mạc âm đạo bằng mũi khâu vắt hoặc mũi rời chữ X.

**8. Thì 8: Phủ phúc mạc tiểu khung**

Lau bụng và kiểm tra ổ bụng, kiểm tra niệu quản

**9. Thì 9: Đóng thành bụng**

**V. BIẾN CHỨNG**

**1. Trong phẫu thuật**

- Chảy máu: do buộc chỉ lỏng hay bị tuột chỉ mỏm cắt và cuống mạch.

- Nhiễm trùng: ở vết mổ hoặc mỏm cắt.

- Tổn thương bàng quang: do khâu chọc vào bàng quang, cắt vào bàng quang do đẩy phúc mạc tử cung - bàng quang không tốt.

- Thắt hoặc cắt vào niệu quản: do dính hoặc thắt động mạch cổ tử cung - âm đạo quá xa bờ ngoài cổ tử cung.

**2. Sau phẫu thuật**

- Tạo thành khối máu tụ

- Tắc mạch vùng hố chậu hoặc tĩnh mạch chi dưới

- Dò bàng quang

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 57. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN CẢ KHỐI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối tử cung bao gồm thân tử cung, cổ tử cung, vòi tử cung, buồng trứng. Tuy nhiên cũng có những trường hợp cắt tử cung hoàn toàn để lại một hoặc hai phần phụ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

**1. Bệnh lý liên quan đến sản khoa**

- Hầu hết trong phẫu thuật cấp cứu sản khoa thường có chỉ định cắt tử cung bán phần, tuy nhiên trong một số trường hợp đặc biệt phải có chỉ định cắt tử cung hoàn toàn.

- Rau tiền đạo trung tâm, rau bám chặt xuống sâu tận cổ tử cung gây chảy máu mà thắt động mạch hạ vị không cầm máu được.

- Thai ở cổ tử cung bị sẩy, chảy máu, sau khi can thiệp các thủ thuật như khâu, đốt nhiệt mà không có kết quả.

- Nhiễm trùng sau phẫu thuật lấy thai lan tới buồng tử cung đã bị rách phức tạp.

**2. Bệnh lý liên quan đến phụ khoa**

- Một số bệnh lý tiền ung thư và ung thư của bộ phận sinh dục (cổ tử cung, tử cung, vòi tử cung, buồng trứng, rau, chửa trứng lớn tuổi…)

- Những khối u lành tính ở tử cung có chỉ định cắt tử cung nhưng cổ tử cung không bình thường (tổn thương lành tính hoặc nghi ngờ cổ tử cung)

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ: 01 bác sỹ mổ chính, 02 bác sỹ phụ

- Điều dưỡng: 01 dụng cụ viên, 01 phụ dụng cụ

- Kỹ thuật viên: 01 Bác sỹ vô cảm: 01. Phụ gây mê, vô cảm: 01

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ cắt tử cung

**3. Người bệnh**

Chuẩn bị như các trưởng hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thụt tháo và sử dụng an thần trước mổ.

**4.Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án phẫu thuật theo quy định

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Thì 1: Mở thành bụng**

Thường sử dụng đường rạch Pfannenstiel, đối với trường hợp cấp cứu hoặc khó khăn thì sử dụng đường trắng giữa dưới rốn.

**2. Thì 2: Cắt các dây chằng**

Kẹp và cắt dây chằng thắt lưng - buồng trứng, tử cung - vòi tử cung và các cuống mạch, cắt dây chằng tròn hai bên, cắt hai lá dây chằng rộng. Khâu lại các cuống mạch và mỏm cắt.

**3. Thì 3: Tách và cắt phúc mạc tử cung- bàng quang**

- Dùng kéo mở phúc mạc ngang với chỗ bám di động ở eo tử cung và cắt ngang trước đoạn dưới tử cung.

- Dùng gạc đẩy phúc mạc xuống sâu, giúp đẩy bàng quang ra trước, bộc lộ cổ tử cung và túi cùng âm đạo trước.

**4. Thì 4: Cắt dây chằng tử cung - cùng và phúc mạc mặt sau.**

- Kéo tử cung ra trước, bộc lộ hai dây chằng tử cung - cùng và mặt sau cổ tử cung.

- Cắt hai dây chằng tử cung - cùng gần chỗ bám ở cổ tử cung

- Tách phúc mạc sau vòng quanh cổ tử cung phía trên và đẩy xuống ngang mức cắt âm đạo.

**5. Thì 5: Cặp các cuống mạch đi vào tử cung**

- Cặp các động mạch tử cung từng bên. Cắt và khâu cuống mạch

- Cặp nhánh động mạch cổ TC, cắt và khâu cuống mạch.

**6. Thì 6: Cắt âm đạo**

- Tay trái phẫu thuật viên kéo mạnh tử cung lên trên, tay phải dùng kéo mở cùng đồ trước hoặc cùng đồ sau.

- Dùng kẹp thẳng cặp mép trước âm đạo để giữ.

- Tiếp tục cắt vòng quanh sát với chỗ bám âm đạo và cổ tử cung từ phía trước sang phải, ra sau và qua trái.

**7. Thì 7: Đóng âm đạo**

Dùng kim cong và chỉ tiêu khâu qua lớp tổ chức dưới niêm mạc và niêm mạc âm đạo bằng mũi khâu vắt hoặc mũi rời chữ X.

**8. Thì 8: Phủ phúc mạc tiểu khung**

Lau bụng và kiểm tra ổ bụng, kiểm tra niệu quản

**9. Thì 9: Đóng thành bụng**

**V. BIẾN CHỨNG**

**1. Trong phẫu thuật**

- Chảy máu: do buộc chỉ lỏng hay bị tuột chỉ mỏm cắt và cuống mạch.

- Nhiễm trùng: ở vết mổ hoặc mỏm cắt.

- Tổn thương bàng quang: do khâu chọc vào bàng quang, cắt vào bàng quang do đẩy phúc mạc tử cung - bàng quang không tốt.

- Thắt hoặc cắt vào niệu quản: do dính hoặc thắt động mạch cổ tử cung - âm đạo quá xa bờ ngoài cổ tử cung.

**2. Sau phẫu thuật**

- Tạo thành khối máu tụ

- Tắc mạch vùng hố chậu hoặc tĩnh mạch chi dưới

- Dò bàng quang

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 58. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Phẫu thuật cắt tử cung bán phần có nghĩa là cắt bỏ thân tử cung để lại cổ tử cung qua đường bụng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý phụ khoa:

+ Tổn thương ở thân tử cung

+ Khối u lành tính ở thân tử cung

+ Phẫu thuật cắt tử cung bán phần khi cổ tử cung hoàn toàn bình thường.

- Bệnh lý liên quan đến sản khoa:

+ Chảy máu ở tử cung sau đẻ do các nguyên nhân khác nhau (đờ tử cung, rau cài răng lược, vỡ tử cung, phong huyết tử cung rau)

+ Nhiễm trùng tử cung sau đẻ, sau thủ thuật, nếu có chỉ định cắt tử cung.

+ Đình chỉ thai nghén vì bệnh lý của người mẹ (bệnh tim, huyết áp cao) có chỉ định cắt tử cung bán phần để nguyên thai trong tử cung (cắt tử cung cả khối)

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ: 01 bác sỹ mổ chính, 02 bác sỹ phụ

- Điều dưỡng: 01 dụng cụ viên, 01 phụ dụng cụ

- Kỹ thuật viên: 01 bác sỹ vô cảm: 01. Phụ gây mê, vô cảm: 01

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ cắt tử cung

**3. Người bệnh**

Chuẩn bị như các trưởng hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thụt tháo và sử dụng an thần trước mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Thì 1: Mở thành bụng**

- Đường rạch ngang Pfannenstiel, đối với những trường hợp khó thì sử dụng đường trắng giữa dưới rốn.

- Chèn gạc cách ly tử cung với ruột

- Đặt van trên xương vệ và banh thành bụng.

- Bộc lộ tử cung, thăm dò phần phụ để xác định chỉ định cắt hay không cắt phần phụ

**2. Thì 2: Bộc lộ tử cung.**

Cặp tử cung bằng kẹp cặp tử cung hoặc bằng chỉ khâu. Có thể đưa tử cung ra ngoài thành bụng và lệch sang phía đối diện của bên cắt.

**3. Thì 3: Cắt và thắt dây chằng tròn**

Dùng hai kẹp có răng cặp dây chằng tròn cách xa chỗ tử cung khoảng 2-3 cm tùy theo tử cung to hay nhỏ. Dùng kéo cắt dây chằng tròn giữa hai kẹp. Khâu lại cuống mạch.

**4. Thì 4: Tách phúc mạc tử cung- bàng quang**

- Dùng kéo cong tách phúc mạc ở vùng eo tử cung (nơi phúc mạc di động) và cắt vòng ngang qua mặt trước tử cung, và vòng ra phía sau trên dây chằng tử cung cùng.

- Dùng kẹp cặp gạc gấp hình củ ấu nhỏ đẩy phúc mạc

**5. Thì 5: Cặp cắt và thắt dây chằng tử cung buồng trứng**

- Dùng hai kẹp có răng để kẹp 1/3 trên của dây chằng, kèm theo mạch máu đi sát dây chằng. Nếu để lại buồng trứng thì chú ý không làm tổn thương cuống động mạch buồng trứng.

- Cặp kẹp trên trước, sau đó cặp kẹp dưới cách nhau 1 cm. Dùng kéo cắt dây chằng sát với kẹp trên (sát với phần bỏ đi) để mỏm cắt phần dưới dài hơn, tránh tụt chỉ sau khi buộc mỏm cắt.

- Nếu cắt cả buồng trứng thì kẹp cặp luôn cả dây chằng vòi tử cung.

- Khâu buộc cuống mạch và dây chằng bằng mũi khâu số 8.

**6. Thì 6: Bộc lộ động mạch tử cung**

Dùng kéo tách và cắt phúc mạc , đẩy phúc theo hướng từ ngoài vào trong và xuống dưới bộ lộc động mạch tử cung.

**7. Thì 7: Cắt động mạch tử cung**

- Kẹp thẳng góc mỗi bên động mạch tử cung ngang mức eo tử cung.

- Cắt hai động mạch tử cung sát với kẹp phía trên.

- Khâu buộc cuống mạch động mạch tử cung

**8. Thì 8: Cắt cổ tử cung**

- Dùng kéo cong, dao mổ hoặc dao điện cắt vòng quanh cổ tử cung chếch xuống dưới về phía lỗ cổ tử cung tạo thành hình chóp nông.

**9. Thì 9: Khâu mỏm cắt**

Dùng kim cong sắc và chỉ Vicryl khâu mỏm cắt chữ X hoặc mũi rời. Khâu một lớp từ phải qua trái.

**10. Thì 10: Phủ phúc mạc mỏm cắt và cuống mạch**

- Dùng kim cong, chỉ tiêu nhỏ khâu lại phúc mạc mỏm cắt

- Lau sạch cùng đồ Douglas

- Kiểm tra ổ bụng, niệu quản

**11. Thì 11:** Đóng thành bụng

**V. TAI BIẾN**

- Chảy máu

- Nhiễm trùng

- Khối máu tụ

- Tắc mạch vùng hố chậu hoặc tĩnh mạch chi dưới

-Tổn thương ruột

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 59. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG BÓC U XƠ TỬ CUNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật bóc nhân xơ tử cung đường bụng nhằm mục đích lấy hoàn toàn nhân xơ nằm trong cơ tử cung, bảo tồn tử cung và hai phần phụ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Tử cung có nhân xơ phát triển nhanh

- Nhân xơ phát triển gây chèn ép làm cho người bệnh đau.

- Nhân xơ thoái hóa, gây đau (phát hiện qua siêu âm)

- Nhân xơ phát triển vào niêm mạc gây chảy máu, ảnh hưởng đến sức khỏe.

- Bóc nhân xơ khi phẫu thuật lấy thai.

**III. ĐIỀU KIỆN**

- Có nhân xơ rõ, các lớp xơ cơ đồng tâm, xung quanh là các tổ chức lỏng lẻo, dễ tách. Trên hình ảnh siêu âm tạo bờ rõ nét, khác biệt với tổ chức cơ.

- Không có quá nhiều nhân vì bóc tách nhiều sẽ gây chảy máu.

- Nhân xơ rõ trên tử cung không có dấu hiệu nhiễm trùng (đặc biệt là khi phẫu thuật bóc nhân xơ dưới niêm mạc).

- Vị trí nhân xơ cách xa sừng tử cung.

- Nhân xơ không quá to, kẹt vào vùng tiểu khung.

- Trong các trường hợp cần bảo tồn khả năng sinh sản cần thận trọng trong chỉ định vì có thể thất bại mà phải cắt tử cung.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ: 01 bác sỹ mổ chính, 02 bác sỹ phụ

- Điều dưỡng: 01 dụng cụ viên, 01 phụ dụng cụ

- Kỹ thuật viên: 01 bác sỹ vô cảm: 01. Phụ gây mê, vô cảm: 01

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ cắt tử cung

**3. Người bệnh**

Chuẩn bị như các trưởng hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thụt tháo và sử dụng an thần trước mổ.

**4.Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Thì 1: Mở thành bụng**

Rạch thành bụng theo đường ngang nếu có nhân xơ nhỏ, dễ bóc tách, hoặc đường dọc giữa dưới rốn.

**2. Thì 2: Bộc lộ khối u để bóc tách**

**3. Thì 3: Dùng dao điện hoặc dao thường**

Rạch TC ở vị trí khối xơ đảm bảo yêu cầu

+ Đường rạch gọn, gần chỗ lồi nhất của khối xơ.

+ Đường rạch càng gần đường giữa càng đỡ chảy máu

+ Đường rạch càng xa sừng tử cung càng đỡ dính tắc vòi tử cung

+ Đường rạch ở vị trí có thể bóc được nhiều nhân xơ.

+ Đường rạch đủ độ sâu đến vỏ ngoài nhân xơ mới có thể bóc tách được dễ dàng.

**4. Thì 4: Bóc tách khối u**

- Dùng cái kẹp hoặc sợi chỉ to khâu sâu vào khối u để giữ chắc khối u, vừa kéo vừa tách vỏ khối u bằng mũi kéo. Dùng ngón tay trỏ thăm dò các vùng dính và tách hẳn khối u ra ngoài.

- Có thể sử dụng vết rạch này để bóc các khối u khác. Động tác bóc tách cần nhẹ nhàng, tránh thủng buồng tử cung.

- Cầm máu bằng các mũi khâu chữ X hoặc bằng kẹp khi thấy rõ mạch máu. Không nên cặp ngang cơ tử cung vì sẽ làm cho cơ rách, gây chảy máu nhiều.

**5. Thì 5: Khâu kín khoang bóc tách**

- Khâu từng lớp bằng các mũi chữ X bằng chỉ Vicryl

- Lớp đầu tiên đảm bảo lấy hết đáy khoang bóc tách

- Các lớp sau đảm bảo khâu chồng qua lớp trước

- Đóng các lớp ngoài cùng bằng mũi khâu vắt và lộn méo rạch vào trong.

**6. Thì 6: Đóng bụng**

- Lau sạch ổ bụng

- Kiểm tra niệu quản

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Chảy máu:** tai biến hay gặp nhất

- Sử dụng các mũi chữ X cầm máu hoặc bằng kẹp máu tạm thời hoặc chèn gạc tạm thời.

- Chảy máu nhiều tiên lượng không cầm máu được phải cắt tử cung bán phần.

**2. Thủng khoang bóc tách u xơ thông với buồng tử cung**

**Nguyên nhân:**

+ Động tác bóc tách thô bạo làm rách lớp cơ sâu, kéo theo niêm mạc tử cung.

+ Do mũi khâu sâu thủng qua niêm mạc tử cung

+ Trong ca này cần mở rộng buồng tử cung và dùng chỉ khâu lại niêm mạc tử cung.

**VII. CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT**

**1.** Đảm bảo sạch máu cục trong âm đạo, tránh nhiễm trùng từ âm đạo ngược lên.

**2.** Ngồi dậy sớm để tránh biến chứng tắc mạch và nhiễm trùng, gây dính buồng tử cung và vô sinh.

**3.** Theo dõi chu kỳ kinh sau phẫu thuật, nếu kinh trở lại là biểu hiện sự cân bằng hoạt động nội tiết và niêm mạc tử cung hồi phục bình thường.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 60. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG CẮT U BUỒNG TRỨNG HOẶC CẮT PHẦN PHỤ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật mở ổ bụng để cắt buồng trứng, cắt vòi trứng, hay cắt cả phần phụ trong trường hợp chảy máu, ứ mủ hay xoắn buồng trứng và vòi trứng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

U nang buồng trứng hoặc phần phụ không có chỉ định mổ nội soi

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh đang hành kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi

- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu,

- Các bệnh nội khoa không có chịu đựng được phẫu thuật

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa sản đã từng làm phẫu thuật trong sản phụ khoa.

- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

**2. Phương tiện**

Bộ trung phẫu hoặc đại phẫu

**3. Người bệnh**

- Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.

- Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra.

- Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần

- Vệ sinh tại chỗ, thụt tháo, sát khuẩn vùng bụng

- Gây mê nội khí quản

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Trải khăn vô khuẩn.

- Mở bụng theo đường giữa dưới rốn hay đường ngang trên vệ vào ổ bụng.

- Bọc mép vết mổ.

**1. Cắt khối u buồng trứng**

- Thăm khám đánh giá tình trạng khối u buồng trứng xem mức độ di động và dính với các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để khối u bị vỡ

- Chèn gạc xung quanh, tách biệt với khối u

- Nếu khối u nhỏ: dùng một (hoặc 2) kìm có răng to, chắc khỏe cặp cuống khối u (dây chằng thắt lưng - buồng trứng), càng sát khối u càng tốt.

- Dùng một (hoặc 2) kìm có răng to, chắc khỏe cặp cuống khối u, cách kìm trước 1 đến 1,5 cm

- Dùng kéo cong cắt bỏ khối u

- Khâu mỏm cắt.

- Nếu khối u to, sau khi bọc lót kỹ, có thể dùng 2 hoặc 3 kìm cặp lôi khối u lên, chọc một lỗ để hút bớt dịch trong khối u, sau đó dùng kìm kẹp mép khối u vừa mở, rồi tiến hành cắt khối u như trên.

- Trong trường hợp xác định khối u lành tính thì bóc tách khối u để lại phần buồng trứng lành: dùng dao rạch nhẹ trên phần khối u sát với phần buồng trứng lành; dùng kéo cong đầu tù kết hợp với đầu ngón tay để bóc tách phần u buồng trứng ra khỏi phần lành; sau đó cầm máu kỹ.

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu chỉ chưa được buộc chặt, hoặc khâu chưa hết tổn thương thì phải khâu tăng cường để cầm máu.

- Gửi bệnh phẩm xét nghiệm giải phẫu bệnh.

- Kiểm tra buồng trứng bên đối diện. Nếu nghi ngờ khối u vừa cắt bị ung thư thì cắt miếng nhỏ buồng trứng đối diện để xét nghiệm mô bệnh học

**2. Cắt phần phụ**

- Thăm khám đánh giá tình trạng phần phụ xem có bị dính với các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để vỡ dịch (trong ca ứ mủ VTC)

- Dùng một kìm có răng to, chắc khỏe cặp dây chằng thắt lưng - buồng trứng và dây chằng rộng sát với tử cung

- Dùng một kìm có răng to, chắc khỏe cặp cách kìm trước 1 đến 1,5 cm

- Dùng kéo cong cắt bỏ phần phụ

- Khâu mỏm cắt bằng mũi thông thường hay mũi khâu số 8. Kiểm tra xem có còn rỉ máu không

- Lau sạch ổ bụng

- Đóng bụng theo các lớp, đóng da mũi rời hoặc trong da

- Sát khuẩn lại và băng vết thương

**VI. THEO DÕI VÀ TAI BIẾN**

- Tổn thương mạch máu, hệ tiết niệu, hệ tiêu hóa trong quá trình phẫu thuật.

- Nhiễm trùng, chảy máu trong

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 61. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG XỬ TRÍ VIÊM PHÚC MẠC TIỂU KHUNG, VIÊM PHẦN PHỤ, Ứ MỦ VÒI TRỨNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Viêm phúc mạc tiểu khung nguyên nhân thường gặp là do vỡ áp xe ở vòi tử cung, buồng trứng, nhiễm trùng sau mổ lấy thai, sẩy thai nhiễm trùng, nhiễm trùng tiểu khung sau cắt tử cung, hoặc cắt ruột thừa viêm, dò đường khâu sau nối ruột, lây nhiễm từ dịch tiêu hóa sau mổ đường tiêu hóa, tổn thương ruột sau mổ triệt sản qua nội soi không phát hiện được. Viêm phúc mạc thứ phát thường do nhiễm khuẩn nhiều loại vi khuẩn, có thể vừa hiếu khí vừa yếm khí từ ruột và âm đạo.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Áp xe phần phụ

- Thủng tử cung do nạo phá thai hoặc nạo buồng tử cung

- Viêm phúc mạc do các nguyên nhân từ đường tiêu hóa

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản đã được đào tạo.

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật mở bụng.

**3. Người bệnh**

- Khám toàn thân và chuyên khoa đánh giá các bệnh lý phối hợp

- Được tư vấn về nguy cơ, biến chứng, tai biến của phẫu thuật

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**5. Nơi thực hiện thủ thuật**

Phòng mổ.

**IV. QUY TRÌNH KỸ THUẬT KỸ THUẬT**

- **Thì 1:** Mở bụng đường trắng giữa, đủ rộng.

- **Thì 2:** Lấy dịch ổ bụng để nuôi cấy vi khuẩn cả hai loại ái khí và yếm khí.

- **Thì 3:** Kiểm tra kỹ toàn bộ ổ phúc mạc.

- **Thì 4:** Tìm nguồn nhiễm trùng và cắt bỏ, nếu áp xe Douglas thì phải dẫn lưu.

- **Thì 5:** Rửa ổ phúc mạc bằng dung dịch Ringer Lactat hoặc dung dịch muối sinh lý.

- **Thì 6**: Dẫn lưu ổ phúc mạc (nếu cần).

- **Thì 7:** Đóng da thưa và mũi rời.

**V. THEO DÕI SAU MỔ**

- Điều trị kháng sinh đường tiêm liều cao trước và sau mổ, phổ rộng và phối hợp 2-3 loại (Beta-Lactam, Aminosid, Metronidazol).

- Toàn trạng: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ. Nếu người bệnh mất máu nhiều, thể trạng xanh, xét nghiệm máu có biểu hiện thiếu máu thì truyền máu.

- Vết mổ.

- Tình trạng trung, đại tiện.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 62. PHẪU THUẬT KHỐI VIÊM DÍNH TIỂU KHUNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Viêm phần phụ gặp hay gặp ở phụ nữ trong thời kỳ quan hệ tình dục, viêm phần phụ điều trị nội khoa không triệt để tại thành khối viêm mạn tính,

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Viêm phần phụ điều trị nội khoa không kết quả

- Khối viêm phần phụ điều trị nội khoa nhiều lần

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản đã được đào tạo.

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật mở bụng.

**3. Người bệnh**

- Khám toàn thân và chuyên khoa đánh giá các bệnh lý phối hợp

- Được tư vấn về nguy cơ, biến chứng, tai biến của phẫu thuật

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**IV. QUY TRÌNH KỸ THUẬT KỸ THUẬT**

- **Thì 1:** Mở đường ngang trên vệ hoặc mở bụng đường trắng giữa,

- **Thì 2:** Lấy dịch ổ bụng để nuôi cấy vi khuẩn cả hai loại ái khí và yếm khí.( nếu có dịch ổ bụng)

- **Thì 3:** Kiểm tra kỹ toàn bộ ổ bụng

- **Thì 4:** Gỡ dính , giải phóng khối viêm dính, cắt khối viêm dính, khâu, đốt cầm máu,

-**Thì 5:** Lau rửa ổ bụng, xử lý tổn thương thứ phát (nếu có)

- **Thì 6:** Dẫn lưu ổ phúc mạc (nếu cần).

- **Thì 7:** Khâu phục hồi thành bụng

**V. THEO DÕI SAU MỔ**

- Điều trị kháng sinh đường tiêm trước và sau mổ, phổ rộng và phối hợp 2-3 loại (Beta-Lactam, Aminosid, Metronidazol…).

- Toàn trạng: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ. Nếu người bệnh mất máu nhiều, thể trạng xanh, xét nghiệm máu có biểu hiện thiếu máu thì truyền máu.

- Vết mổ.

- Tình trạng trung, đại tiện.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 63. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT PHẦN PHỤ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Hiện nay nội soi đang dần chiếm ưu thế trong phẫu thuật cắt u buồng trứng hoặc phần phụ, tuy nhiên không phải tất cả vẫn các ca đều mổ nội soi được mà bắt buộc phải mở bụng để thực hiện các phẫu thuật trên vì dính hoặc mổ cũ nhiều lần hoặc có những chống chỉ định cho nội soi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U buồng trứng không nghi ngờ ác tính và không quá to, không quá dính, bệnh nhân > 50 tuổi

- Ung thư vú có chỉ định cắt buồng trứng.

- Nang nước cạnh vòi trứng .

- Viêm phúc mạc do ứ mủ vòi trứng.

- Viêm phần phụ cấp điều trị nội khoa không kết quả

- U tại vòi trứng không nghi ngờ ác tính

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh đang trong chu kỳ kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi.

- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu.

- Các bệnh nội khoa và các trường hợp có chống chỉ định mổ nội soi.

- Khối u dính nhiều, phẫu thuật ổ bụng nhiều lần.

- Ung thư buồng trứng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi.

- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

**2. Phương tiện**

- Bộ phẫu thuật nội soi.

- Dàn máy và phương tiện nội soi ổ bụng.

**3. Người bệnh**

- Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.

- Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra.

- Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần

- Vệ sinh tại chỗ, thụt tháo.

- Sát khuẩn vùng bụng, trải khăn vô khuẩn

- Gây mê nội khí quản

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Bơm hơi ổ phúc mạc (qua kim hoặc qua trocart)

- Đưa đèn soi vào ổ bụng

**1. Cắt khối u buồng trứng qua nội soi**

- Thăm khám đánh giá tình trạng khối u buồng trứng xem mức độ di động và dính với các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để khối u bị vỡ.

- Nếu dính nhiều tiên lượng khó khăn khi cắt bằng nội soi thì phải chuyển sang mổ mở

***Bóc u nang buồng trứng***

- Dùng dao một cực rạch trên mặt khối u dài khoảng 2 cm sát với buồng trứng

lành

- Dùng forcep nhỏ cặp một bên mép của vết rạch khối u và kéo lên cao

- Dùng que gẩy, bóc tách dần khối u khỏi vỏ u

- Khi đã đến đáy (cuống) khối u, tùy thuộc vào tình trạng của khối u:

+ Nếu u nhỏ, tiên lượng không chảy máu thì bóc lấy hết khối u.

+ Nếu nguy cơ chảy máu ở cuống khối u thì dùng dao điện 2 cực đốt tổ chức

dưới đáy khối u, dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u.

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

***Cắt khối u***

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u buồng trứng từ dây chằng thắt lưng - buồng trứng

- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Kiểm tra buồng trứng bên đối diện. Nếu nghi ngờ khối u vừa cắt bị ung thư thì cắt miếng nhỏ (sinh thiết) buồng trứng đối diện để xét nghiệm mô bệnh học

- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

Ghi chú: Nếu khối u to, chọc hút bớt dịch rồi tiến hành như trên

**2. Cắt phần phụ**

- Thăm khám đánh giá tình trạng phần phụ xem có bị dính với các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để vỡ dịch (trong ứ mủ VTC)

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u bao gồm dây chằng rộng và mạc treo vòi - buồng trứng

- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống dây chằng thắt lưng buồng trứng và dây chằng rộng

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi xem băng có bị thấm máu không

- Vết mổ có bị bầm tím do máu

- Sưng đỏ do viêm nhiễm

- Theo dõi tình trạng nước tiểu: có máu không và số lượng trong 24 giờ

- Cắt chỉ sau mổ 5 ngày

- Bình thường ra viện sau 5 ngày

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tai biến và xử trí nói chung giống như nội soi ổ bụng thông thường

- Nếu chảy máu không cầm được thì phải chuyển mổ mở.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013

## 64. PHẪU THUẬT NỘI SOI BÓC U LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Lạc nội mạc tử cung (LNMTC) là bệnh lý liên quan đến sự hiện diện của các  
tuyến nội mạc tử cung và mô đệm ở bên ngoài tử cung. Sự hiện diện này tạo nên  
tình trạng viêm mạn tính, phát triển và thoái hóa theo chu kỳ kinh nguyệt chịu ảnh hưởng của nội tiết sinh dục. Việc điều trị phụ thuộc nhiều vào việc bệnh nhân còn có nhu cầu sinh đẻ hay không . Trong các chỉ định can thiệp ngoại khoa thì phẫu thuật nội soi bóc u lạc nội mạc tử cung được khuyến cáo .

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng kích thước > 3 cm

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh đang trong chu kỳ kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi.

- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu.

- Các bệnh nội khoa và các trường hợp có chống chỉ định mổ nội soi.

- Khối u dính nhiều, phẫu thuật ổ bụng nhiều lần.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi.

- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

**2. Phương tiện**

- Bộ phẫu thuật nội soi.

- Dàn máy và phương tiện nội soi ổ bụng.

**3. Người bệnh**

- Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.

- Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra.

- Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần

- Vệ sinh tại chỗ, thụt tháo.

- Sát khuẩn vùng bụng, trải khăn vô khuẩn

- Gây mê nội khí quản

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Bơm hơi ổ phúc mạc (qua kim hoặc qua trocart)

- Đưa đèn soi vào ổ bụng

- Thăm khám đánh giá tình trạng khối lạc nội mạc , phần phụ xem có bị dính với các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính, chú ý không để vỡ khối lạc nội mạc

- Dùng dao một cực rạch trên mặt khối u dài khoảng 2 cm sát với buồng trứng

lành

- Dùng forcep nhỏ cặp một bên mép của vết rạch khối u và kéo lên cao

- Dùng que gẩy, bóc tách dần khối u khỏi vỏ u

- Khi đã đến đáy (cuống) khối u, tùy thuộc vào tình trạng của khối u:

+ Nếu u nhỏ, tiên lượng không chảy máu thì bóc lấy hết khối u.

+ Nếu nguy cơ chảy máu ở cuống khối u thì dùng dao điện 2 cực đốt tổ chức

dưới đáy khối u, dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u.

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi xem băng có bị thấm máu không

- Vết mổ có bị bầm tím do máu

- Sưng đỏ do viêm nhiễm

- Theo dõi tình trạng nước tiểu: có máu không và số lượng trong 24 giờ

- Cắt chỉ sau mổ 5 ngày

- Bình thường ra viện sau 5 ngày

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tai biến và xử trí nói chung giống như nội soi ổ bụng thông thường

- Nếu chảy máu không cầm được hoặc dính nhiều tạng xung quanh không thể mổ nội soi thì phải chuyển mổ mở.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành

Phụ Sản của bộ y tế 2013

Quy trình kỹ thuật phụ khoa – Bv Từ Dũ 2016

## 65. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U NANG BUỒNG TRỨNG XOẮN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Hiện nay nội soi đang dần chiếm ưu thế trong phẫu thuật cắt u buồng trứng hoặc phần phụ, tuy nhiên không phải tất cả vẫn các ca đều mổ nội soi được mà bắt buộc phải mở bụng để thực hiện các phẫu thuật trên vì dính hoặc mổ cũ nhiều lần hoặc có những chống chỉ định cho nội soi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U buồng trứng xoắn không nghi ngờ ác tính và không quá to, không quá dính

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Các bệnh nội khoa và các trường hợp có chống chỉ định mổ nội soi.

- Khối u dính nhiều, phẫu thuật ổ bụng nhiều lần.

- Ung thư buồng trứng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi.

- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

**2. Phương tiện**

- Bộ phẫu thuật nội soi.

- Dàn máy và phương tiện nội soi ổ bụng.

**3. Người bệnh**

- Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.

- Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra.

- Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần

- Vệ sinh tại chỗ, thụt tháo.

- Sát khuẩn vùng bụng, trải khăn vô khuẩn

- Gây mê nội khí quản

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Bơm hơi ổ phúc mạc (qua kim hoặc qua trocart)

- Đưa đèn soi vào ổ bụng

- Thăm khám đánh giá tình trạng khối u xoắn mấy vòng , có tím đen hay không , tháo xoắn buồng trứng có hồng trở lại hay không

- Nếu U buồng trứng sau tháo xoắn không hồi phục tiến hành cắt u buồng trứng

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u buồng trứng từ dây chằng thắt lưng - buồng trứng

- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Kiểm tra buồng trứng bên đối diện. Nếu nghi ngờ khối u vừa cắt bị ung thư thì cắt miếng nhỏ (sinh thiết) buồng trứng đối diện để xét nghiệm mô bệnh học

- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

Ghi chú: Nếu khối u to, chọc hút bớt dịch rồi tiến hành như trên

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi xem băng có bị thấm máu không

- Vết mổ có bị bầm tím do máu

- Sưng đỏ do viêm nhiễm

- Theo dõi tình trạng nước tiểu: có máu không và số lượng trong 24 giờ

- Cắt chỉ sau mổ 5 ngày

- Bình thường ra viện sau 5 ngày

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tai biến và xử trí nói chung giống như nội soi ổ bụng thông thường

- Nếu chảy máu không cầm được thì phải chuyển mổ mở.

***Tài liệu tham khảo:***

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013

## 66. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U NANG BUỒNG TRỨNG, NANG CẠNH VÒI TỬ CUNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Hiện nay nội soi đang dần chiếm ưu thế trong phẫu thuật cắt u buồng trứng hoặc phần phụ, tuy nhiên không phải tất cả vẫn các ca đều mổ nội soi được mà bắt buộc phải mở bụng để thực hiện các phẫu thuật trên vì dính hoặc mổ cũ nhiều lần hoặc có những chống chỉ định cho nội soi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U nang buồng trứng , nang cạnh vòi tử cung không nghi ngờ ác tính và không quá to, không quá dính,

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh đang trong chu kỳ kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi.

- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu.

- Các bệnh nội khoa và các trường hợp có chống chỉ định mổ nội soi.

- Khối u dính nhiều, phẫu thuật ổ bụng nhiều lần.

- Ung thư buồng trứng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi.

- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

**2. Phương tiện**

- Bộ phẫu thuật nội soi.

- Dàn máy và phương tiện nội soi ổ bụng.

**3. Người bệnh**

- Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.

- Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra.

- Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần

- Vệ sinh tại chỗ, thụt tháo.

- Sát khuẩn vùng bụng, trải khăn vô khuẩn

- Gây mê nội khí quản

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Bơm hơi ổ phúc mạc (qua kim hoặc qua trocart)

- Đưa đèn soi vào ổ bụng

- Thăm khám đánh giá tình trạng khối U buồng trứng , nang cạnh vòi tử cung xem có bị dính với các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính

- Nếu dính nhiều tiên lượng khó khăn khi cắt bằng nội soi thì phải chuyển sang mổ mở

**1. Bóc u nang buồng trứng**

- Dùng dao một cực rạch trên mặt khối u dài khoảng 2 cm sát với buồng trứng

lành

- Dùng forcep nhỏ cặp một bên mép của vết rạch khối u và kéo lên cao

- Dùng que gẩy, bóc tách dần khối u khỏi vỏ u

- Khi đã đến đáy (cuống) khối u, tùy thuộc vào tình trạng của khối u:

+ Nếu u nhỏ, tiên lượng không chảy máu thì bóc lấy hết khối u.

+ Nếu nguy cơ chảy máu ở cuống khối u thì dùng dao điện 2 cực đốt tổ chức

dưới đáy khối u, dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u.

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

**2. Cắt khối u nang**

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u buồng trứng từ dây chằng thắt lưng - buồng trứng

- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Kiểm tra buồng trứng bên đối diện. Nếu nghi ngờ khối u vừa cắt bị ung thư thì cắt miếng nhỏ (sinh thiết) buồng trứng đối diện để xét nghiệm mô bệnh học

- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

Ghi chú: Nếu khối u to, chọc hút bớt dịch rồi tiến hành như trên

**3. Cắt nang cạnh vòi**

- Thăm khám đánh giá tình trạng phần phụ xem có bị dính với các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối nang cạnh vòi trứng , chú ý hạn chế tổn thương vòi trứng

- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối nang cạnh vòi

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi xem băng có bị thấm máu không

- Vết mổ có bị bầm tím do máu

- Sưng đỏ do viêm nhiễm

- Theo dõi tình trạng nước tiểu: có máu không và số lượng trong 24 giờ

- Cắt chỉ sau mổ 5 ngày

- Bình thường ra viện sau 5 ngày

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tai biến và xử trí nói chung giống như nội soi ổ bụng thông thường

- Nếu chảy máu không cầm được thì phải chuyển mổ mở.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của

bộ y tế 2013

## 67. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U NANG BUỒNG TRỨNG

## KÈM TRIỆT SẢN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Hiện nay nội soi đang dần chiếm ưu thế trong phẫu thuật cắt u buồng trứng hoặc phần phụ, tuy nhiên không phải tất cả vẫn các ca đều mổ nội soi được mà bắt buộc phải mở bụng để thực hiện các phẫu thuật trên vì dính hoặc mổ cũ nhiều lần hoặc có những chống chỉ định cho nội soi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U nang buồng trứng không nghi ngờ ác tính và không quá to, không quá dính, bệnh nhân và gia đình cam kết xin triệt sản

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh đang trong chu kỳ kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi.

- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu.

- Các bệnh nội khoa và các trường hợp có chống chỉ định mổ nội soi.

- Khối u dính nhiều, phẫu thuật ổ bụng nhiều lần.

- Ung thư buồng trứng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi.

- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

**2. Phương tiện**

- Bộ phẫu thuật nội soi.

- Dàn máy và phương tiện nội soi ổ bụng.

**3. Người bệnh**

- Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.

- Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra.

- Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần

- Vệ sinh tại chỗ, thụt tháo.

- Sát khuẩn vùng bụng, trải khăn vô khuẩn

- Gây mê nội khí quản

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Bơm hơi ổ phúc mạc (qua kim hoặc qua trocart)

- Đưa đèn soi vào ổ bụng

- Thăm khám đánh giá tình trạng khối U buồng trứng xem có bị dính với các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính

- Nếu dính nhiều tiên lượng khó khăn khi cắt bằng nội soi thì phải chuyển sang mổ mở

**1. Bóc u nang buồng trứng**

- Dùng dao một cực rạch trên mặt khối u dài khoảng 2 cm sát với buồng trứng

lành

- Dùng forcep nhỏ cặp một bên mép của vết rạch khối u và kéo lên cao

- Dùng que gẩy, bóc tách dần khối u khỏi vỏ u

- Khi đã đến đáy (cuống) khối u, tùy thuộc vào tình trạng của khối u:

+ Nếu u nhỏ, tiên lượng không chảy máu thì bóc lấy hết khối u.

+ Nếu nguy cơ chảy máu ở cuống khối u thì dùng dao điện 2 cực đốt tổ chức

dưới đáy khối u, dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u.

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

**2. Cắt khối u nang**

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u buồng trứng từ dây chằng thắt lưng - buồng trứng

- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Kiểm tra buồng trứng bên đối diện. Nếu nghi ngờ khối u vừa cắt bị ung thư thì cắt miếng nhỏ (sinh thiết) buồng trứng đối diện để xét nghiệm mô bệnh học

- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

Ghi chú: Nếu khối u to, chọc hút bớt dịch rồi tiến hành như trên

**3. Triệt sản**

- Thăm khám đánh giá tình trạng phần phụ xem có bị dính với các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt mạc treo vòi - buồng trứng, đốt vòi trứng đến sát sừng tử cung 2 bên

- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống dây chằng vòi - buồng trứng và vòi trứng đoạn eo sát tử cung

- Lấy bệnh phẩm qua túi

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi xem băng có bị thấm máu không

- Vết mổ có bị bầm tím do máu

- Sưng đỏ do viêm nhiễm

- Theo dõi tình trạng nước tiểu: có máu không và số lượng trong 24 giờ

- Cắt chỉ sau mổ 5 ngày

- Bình thường ra viện sau 5 ngày

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tai biến và xử trí nói chung giống như nội soi ổ bụng thông thường

- Nếu chảy máu không cầm được thì phải chuyển mổ mở.

***Tài liệu tham khảo:***

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013

## 68. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U BUỒNG TRỨNG VÀ PHẦN PHỤ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Hiện nay nội soi đang dần chiếm ưu thế trong phẫu thuật cắt u buồng trứng hoặc phần phụ, tuy nhiên không phải tất cả vẫn các ca đều mổ nội soi được mà bắt buộc phải mở bụng để thực hiện các phẫu thuật trên vì dính hoặc mổ cũ nhiều lần hoặc có những chống chỉ định cho nội soi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U buồng trứng không nghi ngờ ác tính và không quá to, không quá dính, bệnh nhân > 50 tuổi

- Ung thư vú có chỉ định cắt buồng trứng.

- Nang nước cạnh vòi trứng .

- Viêm phúc mạc do ứ mủ vòi trứng.

- Viêm phần phụ cấp điều trị nội khoa không kết quả

- U tại vòi trứng không nghi ngờ ác tính

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh đang trong chu kỳ kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi.

- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu.

- Các bệnh nội khoa và các trường hợp có chống chỉ định mổ nội soi.

- Khối u dính nhiều, phẫu thuật ổ bụng nhiều lần.

- Ung thư buồng trứng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi.

- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

**2. Phương tiện**

- Bộ phẫu thuật nội soi.

- Dàn máy và phương tiện nội soi ổ bụng.

**3. Người bệnh**

- Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.

- Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra.

- Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần

- Vệ sinh tại chỗ, thụt tháo.

- Sát khuẩn vùng bụng, trải khăn vô khuẩn

- Gây mê nội khí quản

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Bơm hơi ổ phúc mạc (qua kim hoặc qua trocart)

- Đưa đèn soi vào ổ bụng

**1. Cắt khối u buồng trứng qua nội soi**

- Thăm khám đánh giá tình trạng khối u buồng trứng xem mức độ di động và dính với các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để khối u bị vỡ.

- Nếu dính nhiều tiên lượng khó khăn khi cắt bằng nội soi thì phải chuyển sang mổ mở

***Bóc u nang buồng trứng***

- Dùng dao một cực rạch trên mặt khối u dài khoảng 2 cm sát với buồng trứng

lành

- Dùng forcep nhỏ cặp một bên mép của vết rạch khối u và kéo lên cao

- Dùng que gẩy, bóc tách dần khối u khỏi vỏ u

- Khi đã đến đáy (cuống) khối u, tùy thuộc vào tình trạng của khối u:

+ Nếu u nhỏ, tiên lượng không chảy máu thì bóc lấy hết khối u.

+ Nếu nguy cơ chảy máu ở cuống khối u thì dùng dao điện 2 cực đốt tổ chức

dưới đáy khối u, dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u.

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

***Cắt khối u***

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u buồng trứng từ dây chằng thắt lưng - buồng trứng

- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Kiểm tra buồng trứng bên đối diện. Nếu nghi ngờ khối u vừa cắt bị ung thư thì cắt miếng nhỏ (sinh thiết) buồng trứng đối diện để xét nghiệm mô bệnh học

- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

Ghi chú: Nếu khối u to, chọc hút bớt dịch rồi tiến hành như trên

**2. Cắt phần phụ**

- Thăm khám đánh giá tình trạng phần phụ xem có bị dính với các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để vỡ dịch (trong ứ mủ VTC)

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u bao gồm dây chằng rộng và mạc treo vòi - buồng trứng

- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống dây chằng thắt lưng buồng trứng và dây chằng rộng

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi xem băng có bị thấm máu không

- Vết mổ có bị bầm tím do máu

- Sưng đỏ do viêm nhiễm

- Theo dõi tình trạng nước tiểu: có máu không và số lượng trong 24 giờ

- Cắt chỉ sau mổ 5 ngày

- Bình thường ra viện sau 5 ngày

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tai biến và xử trí nói chung giống như nội soi ổ bụng thông thường

- Nếu chảy máu không cầm được thì phải chuyển mổ mở.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của

bộ y tế 2013

## 69. CHỌC NANG BUỒNG TRỨNG ĐƯỜNG ÂM ĐẠO DƯỚI SIÊU ÂM

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Chọc hút nang buồng trứng là một thủ thuật thường được dùng trong thụ tinh ống nghiệm (IVF). Sau khi trứng đã trưởng thành đạt yêu cầu, quy trình chọc hút trứng trong IVF được thực hiện bằng cách hút lấy tế bào trứng từ buồng trứng qua đường âm đạo người phụ nữ và đem đi thụ tinh trong ống nghiệm. Thủ thuật này có thể được sử dụng để xử trí những u nang buồng trứng thanh dịch hoặc nang nhầy ở những vị trí thuận lợi khác.

**II. QUI TRÌNH CHỌC HÚT TRỨNG**

**• Bước 1**: Người bệnh nằm tư thế phụ khoa, theo dõi nhịp tim và huyết áp.

• Bệnh nhân được gây mê hoặc gây tê tại chỗ kết hợp tiền mê.

• **Bước 2**: Điều dưỡng lau sạch âm hộ, mở mỏ vịt, lau âm đạo cho bệnh nhân bằng nước muối sinh lý hoặc nước làm sạch chuyên dụng.

**• Bước 3**: Bác sĩ đưa đầu dò siêu âm vào âm đạo, kiểm tra số lượng trứng trưởng thành.

• **Bước 4:** Gắn kim chọc trứng vào bơm tiêm hoặc máy hút noãn, tráng kim và bơm tiêm vào môi trường nuôi cấy. Bác sĩ tiến hành chọc và hút nang từng bên buồng trứng.

• **Bước 5:** Nang hút ra được chuyển vào phòng lab để nhặt noãn.

**Bước 6:** Kiểm tra bệnh nhân để đảm bảo không bị chảy máu trong và kết thúc quy trình chọc hút trứng . Hướng dẫn người bệnh nằm nghỉ ngơi 1-2 giờ.

**III.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

-Đầy hơi, táo bón, đau âm ỉ vùng bụng dưới. Đau nhiều có thể sử dụng thuốc giảm đau.

- Ra máu âm đạo với lượng máu rất ít thường thì chỉ là 1 vài đốm nhỏ trong thời gian ngắn hơn kinh nguyệt thông thường.

***Tài liệu tham khảo***

Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa – Bệnh viện Từ Dũ 2016

## 70. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT GÓC TỬ CUNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Phẫu thuật cắt góc tử cung thường được chỉ định trong trường hợp chửa ngoài tử cung đoạn kẽ , bệnh cảnh thường được phát hiện muộn, khối chửa kích thước to, nguy cơ chảy máu trong mổ cao.

- Tùy vào từng trường hợp, kích thước khối chửa mà có chỉ định mổ cắt góc tử cung qua nội soi hay mổ mở khác nhau.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Chửa ngoài tử cung đoạn kẽ với huyết động ổn định.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Các trường hợp có chống chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng

**-** Chửa ngoài tử cung vỡ gây trụy mạch.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện** BS chuyên khoa Phụ sản có kinh nghiệm, được đào tạo và có kỹ năng về phẫu thuật nội soi

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi

**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 chửa ngoài tử cung tái phát

Người bệnh ký cam đoan phẫu thuật

Thụt tháo

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

Gây mê nội khí quản

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Thì 1: Bơm CO2**

Điểm chọc kim bơm CO2 thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc trocart 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 trocart ở mép dưới rốn sau đó bơm CO2.

Bơm CO2 đến áp lực mong muốn (khoảng 15mmHg)

**Thì 2: Chọc Trocart**

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

**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 chửa và vòi tử cung bên đối diện.

**Thì 4: Phẫu thuật:**

+ Kẹp vòi tử cung đoạn bóng bộc lộ đoạn eo và khối chửa đoạn kẽ

+ Đưa dao điện 2 cực vào trocar bên đối diện với khối chửa, đốt cầm máu đoạn vòi trứng, đốt cầm máu xung quanh khối chửa, đốt cầm máu dây chằng vòi – buồng trứng, mạc treo buồng trứng

+ Dùng dao 1 cực cắt vòi trứng, cắt xung quanh khối chửa hình chêm lấy toàn bộ khối chửa, đốt cầm máu

+ Khâu phục hồi cơ tử cung bằng mũi chữa “ X ”

+ Lấy bệnh phẩm: phần vòi tử cung cắt bỏ và khối chửa được cho vào túi nội soi sau đó lấy ra ngoài qua thành bụng.

+ Rửa ổ bụng và kiểm tra lần cuối

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi xem băng có bị thấm máu không

- Vết mổ có bị bầm tím do máu

- Sưng đỏ do viêm nhiễm

- Theo dõi tình trạng nước tiểu: có máu không và số lượng trong 24 giờ

- Cắt chỉ sau mổ 5 ngày

- Bình thường ra viện sau 5 ngày

**VII. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG**

**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

**2. Tai biến của nội soi điều trị chửa ngoài tử cung**

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

+ Chảy máu: Chảy máu là tai biến hay gặp trong mổ nội soi cắt góc tử cung do phần cơ tử cung có nhiều nguồn cấp máu, diện cắt rộng, cầm máu không tốt, các nhánh nối giữa động mạch buồng trứng và động mạch tử cung

+ Chấn thương các cơ quan khác: do khối chửa 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

**3. Biến chứng xa**

- Nguy cơ rạn nứt vết mổ, vỡ tử cung cho những lần mang thai sau tăng lên theo tuần thai

***Tài liệu tham khảo:***

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013

## 71. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG CẮT GÓC TỬ CUNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Phẫu thuật cắt góc tử cung thường được chỉ định trong trường hợp chửa ngoài tử cung đoạn kẽ, bệnh cảnh thường được phát hiện muộn, khối chửa vỡ, kích thước to, nguy cơ chảy máu trong mổ cao.

- Tùy vào từng trường hợp, kích thước khối chửa mà có chỉ định mổ cắt góc tử cung qua nội soi hay mổ mở khác nhau

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Chửa ngoài tử cung đoạn kẽ vỡ , có choáng

- Khối chửa đoạn kẽ kích thước trên 3 cm

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Thường không có chống chỉ định

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa sản đã từng làm phẫu thuật trong sản phụ khoa.

- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

**2. Phương tiện, thuốc**

- Bộ phẫu thuật ổ bụng.

- Các loại dịch truyền thay máu và các thuốc hồi sức.

- Thuốc tiền mê, gây mê, nội khí quản.

- Máu cùng loại trong ca mất máu nhiều cần truyền máu cấp cứu.

**3. Người bệnh**

- Được tư vấn về lý do phải mổ cấp cứu và nguy cơ có thể xảy ra, ký giấy cam đoan mổ. Nếu người bệnh choáng nặng thì người nhà ký thay.

- Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông tiểu sát khuẩn thành bụng vùng mổ.

- Tiền mê, hồi sức tích cực trong ca choáng mất máu nặng.

- Gây mê nội khí quản để chủ động về hô hấp và tuần hoàn trong khi mổ

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

- Dùng 2 panh kẹp nhấc phúc mạc lên cao và mở phúc mạc. Kiểm tra xem có máu trong ổ bụng, máu mầu gì

- Nếu có nhiều máu đỏ tươi: múc máu trong ổ bụng đổ vào chai có chứa Natri citrat qua phễu có 8 lần gạc để lọc lấy lại máu có thể truyền cho người bệnh.

- Nếu máu trong bụng mầu nâu sẫm hoặc hơi đen là máu chảy đã lâu có thể bị vỡ hồng cầu, không nên truyền hoàn hồi.

- Cho tay vào tìm đáy tử cung kẹp kéo lên cao kiểm tra 2 bên vòi tử cung, buồng trứng tìm vị trí khối chửa, dùng panh kẹp khối chửa hình chêm trên dưới khối chửa cầm máu

- Mở rộng thành bụng bằng hai panh Harmann kéo sang hai bên, kẹp cắt phần loa, bóng vòi tử cung bên có khối chửa, khâu cầm máu.Dùng kéo cắt khối chửa sát panh

- Khâu cầm máu bằng chỉ tự tiêu 1/0 mũi chữa X, buộc chặt cầm máu.

- Nếu người bệnh có 2 con, trên 35 tuổi thì có thể cắt tử cung bán phần sau khi được sự đồng ý trước mổ của bệnh nhân và gia đình

- 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.

- Đặt dẫn lưu nếu cần

- Đóng thành bụng theo lớp giải phẫu..

- Truyền máu hoàn hồi cho người bệnh hoặc dịch thay máu và máu tươi nếu cần.

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi chỉ số sinh tồn, công thức máu sau mổ, cân nhắc có thể truyền máu sau mổ nếu vẫn thiếu máu nhiều

- Theo dõi tình trạng nước tiểu: có máu không và số lượng trong 24 giờ

- Theo dõi xem băng có bị thấm máu không

- Vết mổ có bị bầm tím do máu

- Cắt chỉ sau mổ 5-7 ngày đối với chỉ không tiêu .

- Bình thường ra viện sau 5-7 ngày

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**- Chảy máu sau phẫu thuật:**

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

**- Nhiễm khuẩn:**

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

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của

bộ y tế 2013

## 72. PHẪU THUẬT NỘI SOI THAI NGOÀI TỬ CUNG VỠ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Chửa 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.

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 chửa ngoài tử cung chưa vỡ hoặc chửa ngoài tử cung vỡ với lượng máu trong ổ bụng chưa nhiều, chưa ảnh hưởng đến toàn trạng của người bệnh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chửa ngoài tử cung với huyết động ổn định.

Chẩn đoán các trường hợp nghi ngờ chửa ngoài tử cung

**-Các yếu tố nguy cơ của Bruhat:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| STT | Yếu tố nguy cơ | Số điểm |
| 1 | Tiền sử chửa ngoài tử cung | 2 |
| 2 | Sau đó mỗi lần chửa ngoài tử cung thêm | 1 |
| 3 | Tiền sử gỡ dính qua nội soi | 1 |
| 4 | Tiền sử mổ vi phẫu vòi tử cung | 2 |
| 5 | Chỉ có 1 vòi tử cung | 2 |
| 6 | Tiền sử viêm vòi tử cung | 1 |
| 7 | Có dính cùng bên | 1 |
| 8 | Có dính bên đối diện |  |

**-Căn cứ vào tổng số điểm để có phương pháp điều trị:**

+ Từ 0-3 điểm: Nội soi bảo tồn vòi tử cung, nếu người bệnh còn nhu cầu sinh đẻ + 4 điểm : Nội soi cắt vòi tử cung

+ ≥ 5 điểm : Nội soi cắt vòi tử cung và triệt sản bên đối diện.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Các trường hợp có chống chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng

**-** Chửa ngoài tử cung vỡ gây trụy mạch.

- Không bảo tồn vòi tử cung trong trường hợp huyết tụ thành nang hoặc đã có hoạt động tim thai.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi

**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 chửa ngoài tử cung tái phát

Người bệnh ký cam đoan phẫu thuật

Thụt tháo

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

Gây mê nội khí quản

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Thì 1: Bơm CO2**

Điểm chọc kim bơm CO2 thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc trocart 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 trocart ở mép dưới rốn sau đó bơm CO2.

Bơm CO2 đến áp lực mong muốn (khoảng 15mmHg)

**Thì 2: Chọc Trocart**

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

**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 chửa và vòi tử cung bên đối diện.

**Thì 4: Phẫu thuật: Tùy thuộc tổn thương**

- **Cắt vòi tử cung triệt để**

+ Cắt vòi tử cung từ eo đến 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 chửa, 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

- **Bảo tồn VTC**

+ ***Mở VTC***

Rạch bờ tự do của VTC khoảng 1 – 2 cm ở chỗ phồng nhất bằng dao điện 1 cực, có thể rạch rộng hơn để có thể lấy hết khối chửa một cách dễ dàng

+ ***Lấy khối thai ra khỏi VTC***

Đưa ống hút qua vết rạch vào lòng VTC để hút máu cục và nguyên bào nuôi. Đưa đèn soi lại gần để xác định đã lấy hết nguyên bào nuôi chưa và có chảy máu không?

+ ***Kiểm tra tình trạng chảy máu và cầm máu***

Thông thường máu hay chảy ở mép vết rạch VTC hay ở vị trí rau bám. Nếu có chảy máu thì dùng dao điện 2 cực cầm máu nhẹ nhàng tránh làm tổn thương vùng xung quanh, có thể ngâm toàn bộ VTC trong nước ấm cũng có tác dụng cầm máu và tránh làm khô VTC

+ ***Lấy bệnh phẩm***

Tổ chức rau thai sau đó được cho vào túi nội soi và lấy ra ngoài ổ bụng. Cần chú ý lấy hết tổ chức vì nếu để sót có thể dẫn đến hậu quả nguyên bào nuôi tiếp tục làm tổ và phát triển trong ổ phúc mạc

+ ***Kết thúc cuộc mổ***

Kiểm tra lại VTC

Rửa vùng tiểu khung

Đánh giá lại VTC đối diện cũng như toàn bộ tiểu khung

Không cần thiết đặt dẫn lưu

+ ***Một số kỹ thuật kết hợp***

Gỡ dính

Tạo hình loa vòi

Mở thông VTC

Lộn loa vòi

Cắt VTC

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi xem băng có bị thấm máu không

- Vết mổ có bị bầm tím do máu

- Sưng đỏ do viêm nhiễm

- Theo dõi tình trạng nước tiểu: có máu không và số lượng trong 24 giờ

- Cắt chỉ sau mổ 5 ngày

- Bình thường ra viện sau 5 ngày

**VII. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG**

**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

**2. Tai biến của nội soi điều trị chửa ngoài tử cung**

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

***Điều trị bảo tồn VTC***

+ Chảy máu: chủ yếu là chảy máu ở diện rau bám trong mổ và sau mổ dẫn tới phải cắt vòi tử cung

+ Chấn thương vòi tử cung: thường do phẫu thuật viên thiếu kinh nghiệm

+ Nguyên bào nuôi tồn tại

***Điều trị triệt để cắt VTC***

+ 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 chửa 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

***Tài liệu tham khảo:***

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013

## 73. PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG CHẨN ĐOÁN- TIÊM MTX TẠI CHỖ ĐIỀU TRỊ THAI NGOÀI TỬ CUNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật nội soi ổ bụng là một phương pháp dùng để chẩn đoán chính xác nhanh chóng những trường hợp nghi ngờ có thai ngoài tử cung. Nếu là thai ngoài tử cung bác sĩ có thể giải quyết nhanh gọn kịp thời trước khi có biến chứng vỡ và chảy máu ồ ạt trong ổ bụng.

Hiện nay, ngoài phẫu thuật và nội soi, methotrexat có thể được coi là cuộc cách mạng quan trọng trong điều trị thai ngoài tử cung. Đây là phương pháp điều trị bảo tồn không xâm lấn với tỉ lệ thành công tương đối cao, nguy cơ thai ngoài tử cung tái phát thấp hơn, giá thành thấp hơn so với phẫu thuật nội soi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

***Nội soi chẩn đoán:*** Phụ nữ trong lứa tuổi sinh đẻ có chậm kinh, rong kinh, đau bụng, test thử thai (+), siêu âm không phát hiện thai buồng tử cung được chỉ định phẫu thuật nội soi chẩn đoán.

***Điều trị MTX:*** Bệnh nhân được chẩn đoán TNTC có đủ các tiêu chuẩn:

• Thai ngoài tử cung chưa vỡ

• Lượng dịch trong ổ bụng dưới 100ml

• Đường kính tuổi thai < 4cm

• Chưa thấy tim thai trên siêu âm

• Nồng độ B- hCG không vượt quá 5000mUI / ml

• Bệnh nhân không có chống chỉ đinh với MTX

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:**

***Nội soi chẩn đoán:***

• Suy hô hấp nặng, suy tim

• Tăng áp lực nội sọ

• Thoát vị cơ hoành

• Viêm phúc mạc toàn thể hoặc tại tiểu khung

• Nhiễm trùng có mủ ở thành bụng trước

• Tràn máu ổ bụng đã ảnh hưởng đến huyết động

• Tiền sở đã được điều trị phóng xạ vùng bụng- hố chậu

• Nghi dính ổ bụng

• Khối u bụng có kích thước lớn

• Thoát vị rốn, đùi bẹn

• Béo phì quá mức

***MTX:***

• Thai ngoài tử cung vỡ có choáng

• Trên siêu âm phối hợp túi thai BTC

• Đang cho con bú

• Dị ứng MTX

• Bệnh nhân không chấp nhận Điều trị MTX

• Bệnh lý nội khoa: suy gan, suy thận, bệnh hệ miễn dịch….

• Bất thường về xét nghiệm: HC, BC, TC, men gan, creatinin

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi.

- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

**2. Phương tiện**

- Bộ phẫu thuật nội soi.

- Dàn máy và phương tiện nội soi ổ bụng.

**3. Người bệnh**

- Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện

những chống chỉ đinh.

- Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra.

- Vệ sinh tại chỗ, thụt tháo.

- Sát khuẩn vùng bụng, trải khăn vô khuẩn

- Gây mê nội khí quản

**4. Hồ sơ bệnh án:** Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị theo qui định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:**

- Người bệnh được sát khuẩn vùng bụng, đùi. Đặt ống thông tiểu trước khi tiến hành phẫu thuật.

- Gây mê toàn thân và thở máy.

-Chọc trocart và bơm CO2 vào ổ bụng

- Rạch dưới rốn 5 hoặc 10mm (phù hợp với đèn soi)

- Nâng thành bụng lên cao để chọc kim (hoặc chọc ngay troca 5 hoặc troca 10

nếu phẫu thuật viên có kinh nghiệm), dùng nước nhỏ vào đốc kim kiểm tra xem

đầu kim đã nằm trong ổ bụng chưa.

- Bơm CO2 vào ổ bụng, tốc độ bơm khí được đặt 3 lít/phút. Cảm ứng tắt tự

động nếu áp lực bơm trên 15-20 mm Hg

- Chọc troca 5 hoặc 10

- Đưa đèn soi. Kiểm tra xem trocart đã nằm trong ổ bụng chưa.

- Chọc 2 trocart 10 ở hai bên hố chậu, gần mào chậu, chú ý tránh chọc vào

mạch máu.

-Kiểm tra tử cung và các tạng xung quanh

Quan sát tử cung và các tạng xung quanh, kiểm tra vị trí túi ối*. Khi phát hiện túi thai tiêm trực tiếp MTX vào túi ối.*

- Lau ổ bụng, kiểm tra vòi trứng còn lại, buồng trứng 2 bên, tử cung

- Kiểm tra lại nơi tiêm xem xét có chảy máu tại chỗ

- Tháo CO2, rút 2 trocart ở hố chậu trước, trocart ở rốn có đèn soi rút sau cùng

- Khâu da

**V. PHÁC ĐỒ SỬ DỤNG:**

Khi có chỉ định, MTX có thể được dùng theo nhiều phác đồ khác nhau, có thể dùng đường toàn thân hay tại chỗ ở vị trí túi thai ngoài tử cung dưới sự kiểm soát của siêu âm , điều này cho phép hạn chế tác dụng không mong muốn của điều trị. Tuy nhiên đường tại chỗ có xu hướng thay thế bằng toàn thân bởi thao tác kỹ thuật khó, xâm lấn nhiều và tỉ lệ thành công ít hơn hoặc bằng điều trị toàn thân

Điều trị đường toàn thân được thực hiện chủ yếu theo 2 phác đồ:

• Liều duy nhất 50mg/ m2 da hoặc 1- 1,5mg/kg tiêm TM và có thể lặp lại sau 7 ngày nếu B-hCG không giảm từ ngày thứ 4 đến ngày thứ 7.

• Đa liều 1mg MTX/ kg, cách ngày, phối hợp acid folic để hạn chế các tác dụng độc, cho đến khi nồng độ B- hCG giảm hơn 15% trong 48h hoặc sau 4 lần tiêm MTX.

***\*Đánh giá bệnh nhân sau khi dùng thuốc:***

• Huyết động, Tình trạng bụng, các tác dụng phụ của Methotrexate...

**Cận lâm sàng**

• Định lượng βhCG và progesteron theo phác đồ.

• Kiểm tra lại công thức máu và chức năng gan thận sau 3 ngày tiêm Methotrexate.

• Siêu âm chỉ định hàng tuần hoặc khi có bất thường như đau bụng, thay đổi huyết động...

• Khi βhCG về âm tính bệnh nhân sẽ xuất viện giải thích và dặn dò, tái khám định kỳ theo hẹn.

***\* Đánh giá sự đáp ứng của liệu pháp điều trị***

• Điều trị thành công khi: βhCG ≤ 5 mUI/ml, không thấy khối thai ngoài trên siêu âm.

• Điều trị thất bại khi: Khối thai ngoài vỡ, chảy máu trong ổ bụng gây thay đổi huyết động, Sau 3 liều điều trị βhCG vẫn > 5 mUI/ml.

## 74. PHẪU THUẬT NỘI SOI THAI NGOÀI TỬ CUNG CHƯA VỠ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Chửa 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.

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 chửa ngoài tử cung chưa vỡ hoặc chửa ngoài tử cung vỡ với lượng máu trong ổ bụng chưa nhiều, chưa ảnh hưởng đến toàn trạng của người bệnh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chửa ngoài tử cung với huyết động ổn định.

Chẩn đoán các trường hợp nghi ngờ chửa ngoài tử cung

**Các yếu tố nguy cơ của Bruhat:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| STT | Yếu tố nguy cơ | Số điểm |
| 1 | Tiền sử chửa ngoài tử cung | 2 |
| 2 | Sau đó mỗi lần chửa ngoài tử cung thêm | 1 |
| 3 | Tiền sử gỡ dính qua nội soi | 1 |
| 4 | Tiền sử mổ vi phẫu vòi tử cung | 2 |
| 5 | Chỉ có 1 vòi tử cung | 2 |
| 6 | Tiền sử viêm vòi tử cung | 1 |
| 7 | Có dính cùng bên | 1 |
| 8 | Có dính bên đối diện |  |

**Căn cứ vào tổng số điểm để có phương pháp điều trị:**

Từ 0-3 điểm: Nội soi bảo tồn vòi tử cung, nếu người bệnh còn nhu cầu sinh đẻ

4 điểm : Nội soi cắt vòi tử cung

≥ 5 điểm : Nội soi cắt vòi tử cung và triệt sản bên đối diện.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Các trường hợp có chống chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng

Chửa ngoài tử cung vỡ gây trụy mạch.

Không bảo tồn vòi tử cung trong trường hợp huyết tụ thành nang hoặc đã có hoạt động tim thai.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện** BS chuyên khoa Phụ sản có kinh nghiệm, được đào tạo và có kỹ năng về phẫu thuật nội soi

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi

**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 chửa ngoài tử cung tái phát

Người bệnh ký cam đoan phẫu thuật

Thụt tháo

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

Gây mê nội khí quản

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Thì 1: Bơm CO2**

Điểm chọc kim bơm CO2 thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc trocart 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 trocart ở mép dưới rốn sau đó bơm CO2.

Bơm CO2 đến áp lực mong muốn (khoảng 15mmHg)

**Thì 2: Chọc Trocart**

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

**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 chửa và vòi tử cung bên đối diện.

**Thì 4: Phẫu thuật: Tùy thuộc tổn thương**

- **Cắt vòi tử cung triệt để**

+ Cắt vòi tử cung từ eo đến 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 chửa, 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

- **Bảo tồn VTC**

+ ***Mở VTC***

Rạch bờ tự do của VTC khoảng 1 – 2 cm ở chỗ phồng nhất bằng dao điện 1 cực, có thể rạch rộng hơn để có thể lấy hết khối chửa một cách dễ dàng

+ ***Lấy khối thai ra khỏi VTC***

Đưa ống hút qua vết rạch vào lòng VTC để hút máu cục và nguyên bào nuôi. Đưa đèn soi lại gần để xác định đã lấy hết nguyên bào nuôi chưa và có chảy máu không?

+ ***Kiểm tra tình trạng chảy máu và cầm máu***

Thông thường máu hay chảy ở mép vết rạch VTC hay ở vị trí rau bám. Nếu có chảy máu thì dùng dao điện 2 cực cầm máu nhẹ nhàng tránh làm tổn thương vùng xung quanh, có thể ngâm toàn bộ VTC trong nước ấm cũng có tác dụng cầm máu và tránh làm khô VTC

+ ***Lấy bệnh phẩm***

Tổ chức rau thai sau đó được cho vào túi nội soi và lấy ra ngoài ổ bụng. Cần chú ý lấy hết tổ chức vì nếu để sót có thể dẫn đến hậu quả nguyên bào nuôi tiếp tục làm tổ và phát triển trong ổ phúc mạc

+ ***Kết thúc cuộc mổ***

Kiểm tra lại VTC

Rửa vùng tiểu khung

Đánh giá lại VTC đối diện cũng như toàn bộ tiểu khung

Không cần thiết đặt dẫn lưu

+ ***Một số kỹ thuật kết hợp***

Gỡ dính

Tạo hình loa vòi

Mở thông VTC

Lộn loa vòi

Cắt VTC

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi xem băng có bị thấm máu không

- Vết mổ có bị bầm tím do máu

- Sưng đỏ do viêm nhiễm

- Theo dõi tình trạng nước tiểu: có máu không và số lượng trong 24 giờ

- Cắt chỉ sau mổ 5 ngày

- Bình thường ra viện sau 5 ngày

**VII. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG**

**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

**2. Tai biến của nội soi điều trị chửa ngoài tử cung**

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

***Điều trị bảo tồn VTC***

+ Chảy máu: chủ yếu là chảy máu ở diện rau bám trong mổ và sau mổ dẫn tới phải cắt vòi tử cung

+ Chấn thương vòi tử cung: thường do phẫu thuật viên thiếu kinh nghiệm

+ Nguyên bào nuôi tồn tại

***Điều trị triệt để cắt VTC***

+ 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 chửa 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.

***Tài liệu tham khảo:***

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013

## 75. PHẪU THUẬT CHỬA NGOÀI TỬ CUNG VỠ CÓ CHOÁNG

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Chửa ngoài tử cung là hiện tượng trứng đã thụ tinh làm tổ ở ngoài buồng tử cung (ở vòi trứng, buồng trứng, ổ bụng,…). Khi thai phát triển to lên, vòi trứng, buồng trứng sẽ nứt vỡ gây chảy máu trong ổ bụng gọi là chửa ngoài tử cung vỡ, khi mất máu nhiều gây tình trạng choáng, ngất và dẫn đến sốc cần phải được hồi sức và phẫu thuật cấp cứu kịp thời.

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

**II. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ**

- Mổ cấp cứu, hồi sức tích cực trước, trong và sau phẫu thuật.

**III. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có choáng hoặc huyết động không ổn định.

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa sản đã từng làm phẫu thuật trong sản phụ khoa.

- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

**2. Phương tiện, thuốc**

- Bộ phẫu thuật ổ bụng.

- Các loại dịch truyền thay máu và các thuốc hồi sức.

- Thuốc tiền mê, gây mê, nội khí quản.

- Máu cùng loại trong ca mất máu nhiều cần truyền máu cấp cứu.

**3. Người bệnh**

- Được tư vấn về lý do phải mổ cấp cứu và nguy cơ có thể xảy ra, ký giấy cam đoan mổ. Nếu người bệnh choáng nặng thì người nhà ký thay.

- Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông tiểu sát khuẩn thành bụng vùng mổ.

- Tiền mê, hồi sức tích cực trong ca choáng mất máu nặng.

- Gây mê nội khí quản để chủ động về hô hấp và tuần hoàn trong khi mổ

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

- Dùng 2 panh kẹp nhấc phúc mạc lên cao và mở phúc mạc. Kiểm tra xem có máu trong ổ bụng, máu mầu gì

- Nếu có nhiều máu đỏ tươi: múc máu trong ổ bụng đổ vào chai có chứa Natri citrat qua phễu có 8 lần gạc để lọc lấy lại máu có thể truyền cho người bệnh.

- Nếu máu trong bụng mầu nâu sẫm hoặc hơi đen là máu chảy đã lâu có thể bị vỡ hồng cầu, không nên truyền hoàn hồi.

- Cho 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 kìm có mấu kẹp sát với tử cung, nơi mạc treo vòi ít mạch máu, dùng kéo cắt khối chửa tới sát tai vòi tử cung.

- Nếu tổn thương ở vòi tử cung có thể bảo tồn thì khâu phục hồi vòi trứng khi người bệnh trẻ, chưa đủ con.

- Khâu cuống mạch bên vòi tử cung bị cắt bằng chỉ tự tiêu và buộc chặt cầm máu.

- Nếu chửa ở đoạn kẽ tử cung (khối chửa nằm ngoài dây chằng tròn) thì có thể cắt góc tử cung hay cắt tử cung bán phần nếu người bệnh có 2 con, trên 35 tuổi.

- Nếu chửa ngoài tử cung ở buồng trứng thì cắt vùng buồng trứng tổn thương, khâu cầm máu bằng chỉ tự tiêu vắt cầm máu.

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

- Không đặt dẫn lưu

- Đóng thành bụng theo lớp giải phẫu..

- Truyền máu hoàn hồi cho người bệnh hoặc dịch thay máu và máu tươi nếu cần.

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi chỉ số sinh tồn, công thức máu sau mổ, cân nhắc có thể truyền máu sau mổ nếu vẫn thiếu máu nhiều

- Theo dõi tình trạng nước tiểu: có máu không và số lượng trong 24 giờ

- Theo dõi xem băng có bị thấm máu không

- Vết mổ có bị bầm tím do máu

- Cắt chỉ sau mổ 5-7 ngày đối với chỉ không tiêu .

- Bình thường ra viện sau 5-7 ngày

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**- Chảy máu sau phẫu thuật:**

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

**- Nhiễm khuẩn:**

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

***Tài liệu tham khảo:***

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013

## 76. PHẪU THUẬT CHỬA NGOÀI TỬ CUNG KHÔNG CÓ CHOÁNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Chửa 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.

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 chửa ngoài tử cung chưa vỡ hoặc chửa ngoài tử cung vỡ với lượng máu trong ổ bụng chưa nhiều, chưa ảnh hưởng đến toàn trạng của người bệnh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chửa ngoài tử cung với huyết động ổn định.

Chẩn đoán các trường hợp nghi ngờ chửa ngoài tử cung

**Các yếu tố nguy cơ của Bruhat:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| STT | Yếu tố nguy cơ | Số điểm |
| 1 | Tiền sử chửa ngoài tử cung | 2 |
| 2 | Sau đó mỗi lần chửa ngoài tử cung thêm | 1 |
| 3 | Tiền sử gỡ dính qua nội soi | 1 |
| 4 | Tiền sử mổ vi phẫu vòi tử cung | 2 |
| 5 | Chỉ có 1 vòi tử cung | 2 |
| 6 | Tiền sử viêm vòi tử cung | 1 |
| 7 | Có dính cùng bên | 1 |
| 8 | Có dính bên đối diện |  |

**Căn cứ vào tổng số điểm để có phương pháp điều trị:**

Từ 0-3 điểm: Nội soi bảo tồn vòi tử cung, nếu người bệnh còn nhu cầu sinh đẻ

4 điểm : Nội soi cắt vòi tử cung

≥ 5 điểm : Nội soi cắt vòi tử cung và triệt sản bên đối diện.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Các trường hợp có chống chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng

- Chửa ngoài tử cung vỡ gây trụy mạch.

- Không bảo tồn vòi tử cung trong trường hợp huyết tụ thành nang hoặc đã có hoạt động tim thai.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện** BS chuyên khoa Phụ sản có kinh nghiệm, được đào tạo và có kỹ năng về phẫu thuật nội soi

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi

**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 chửa ngoài tử cung tái phát

Người bệnh ký cam đoan phẫu thuật

Thụt tháo

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

- Gây mê nội khí quản

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Thì 1: Bơm CO2**

Điểm chọc kim bơm CO2 thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc trocart 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 trocart ở mép dưới rốn sau đó bơm CO2.

Bơm CO2 đến áp lực mong muốn (khoảng 15mmHg)

**Thì 2: Chọc Trocart**

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

**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 chửa và vòi tử cung bên đối diện.

**Thì 4: Phẫu thuật: Tùy thuộc tổn thương**

- **Cắt vòi tử cung triệt để**

+ Cắt vòi tử cung từ eo đến 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 chửa, 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

- **Bảo tồn VTC**

+ ***Mở VTC***

Rạch bờ tự do của VTC khoảng 1 – 2 cm ở chỗ phồng nhất bằng dao điện 1 cực, có thể rạch rộng hơn để có thể lấy hết khối chửa một cách dễ dàng

+ ***Lấy khối thai ra khỏi VTC***

Đưa ống hút qua vết rạch vào lòng VTC để hút máu cục và nguyên bào nuôi. Đưa đèn soi lại gần để xác định đã lấy hết nguyên bào nuôi chưa và có chảy máu không?

+ ***Kiểm tra tình trạng chảy máu và cầm máu***

Thông thường máu hay chảy ở mép vết rạch VTC hay ở vị trí rau bám. Nếu có chảy máu thì dùng dao điện 2 cực cầm máu nhẹ nhàng tránh làm tổn thương vùng xung quanh, có thể ngâm toàn bộ VTC trong nước ấm cũng có tác dụng cầm máu và tránh làm khô VTC

+ ***Lấy bệnh phẩm***

Tổ chức rau thai sau đó được cho vào túi nội soi và lấy ra ngoài ổ bụng. Cần chú ý lấy hết tổ chức vì nếu để sót có thể dẫn đến hậu quả nguyên bào nuôi tiếp tục làm tổ và phát triển trong ổ phúc mạc

+ ***Kết thúc cuộc mổ***

Kiểm tra lại VTC

Rửa vùng tiểu khung

Đánh giá lại VTC đối diện cũng như toàn bộ tiểu khung

Không cần thiết đặt dẫn lưu

+ ***Một số kỹ thuật kết hợp***

Gỡ dính

Tạo hình loa vòi

Mở thông VTC

Lộn loa vòi

Cắt VTC

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi xem băng có bị thấm máu không

- Vết mổ có bị bầm tím do máu

- Sưng đỏ do viêm nhiễm

- Theo dõi tình trạng nước tiểu: có máu không và số lượng trong 24 giờ

- Cắt chỉ sau mổ 5 ngày

- Bình thường ra viện sau 5 ngày

**VII. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG**

**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

**2. Tai biến của nội soi điều trị chửa ngoài tử cung**

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

***Điều trị bảo tồn VTC***

+ Chảy máu: chủ yếu là chảy máu ở diện rau bám trong mổ và sau mổ dẫn tới phải cắt vòi tử cung

+ Chấn thương vòi tử cung: thường do phẫu thuật viên thiếu kinh nghiệm

+ Nguyên bào nuôi tồn tại

***Điều trị triệt để cắt VTC***

+ 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 chửa 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

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013

## 77. PHẪU THUẬT CHỬA NGOÀI TỬ CUNG THỂ HUYẾT TỤ THÀNH NANG

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Chửa ngoài tử cung là hiện tượng trứng đã thụ tinh làm tổ ở ngoài buồng tử cung (ở vòi trứng, buồng trứng, ổ bụng,…)

Chửa ngoài tử cung có 9 thể khác nhau trong đó có thể huyết tụ thành nang là do máu chảy ít một, đọng lại sau đó ruột, các tạng và mạc nối phản ứng,bọc  
lại thành khối huyết tụ. Chẩn đoán thường khó vì triệu chứng không điển hình.  
Toàn thân có tình trạng thiếu máu. Chọc dò hút ra máu đen lẫn cặn.

Xử trí phẫu thuật nội soi hay mổ mở là cần thiết để tránh vỡ thứ phát và nhiễm khuẩn

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Chửa ngoài tử cung thể huyết tụ thành nang to, dính nhiều , không thể phẫu thuật nội soi

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa sản đã từng làm phẫu thuật trong sản phụ khoa.

- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

**2. Phương tiện, thuốc**

- Bộ phẫu thuật ổ bụng.

- Các loại dịch truyền thay máu và các thuốc hồi sức.

- Thuốc tiền mê, gây mê, nội khí quản.

- Máu cùng loại trong ca mất máu nhiều cần truyền máu cấp cứu.

**3. Người bệnh**

- Được tư vấn về lý do phải mổ cấp cứu và nguy cơ có thể xảy ra, ký giấy cam đoan mổ.

- Thụt phân trước mổ, vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông tiểu sát khuẩn thành bụng vùng mổ.

- Gây mê nội khí quản để chủ động về hô hấp và tuần hoàn trong khi mổ

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án phẫu thuật được chuẩn bị theo quy định

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

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

- Cho tay vào tìm đáy tử cung kéo lên cao kiểm tra 2 bên vòi tử cung, buồng trứng tìm khối huyết tụ , trường hợp dính cần gỡ dính ruột, mạc nối để bộc lộ được tử cung , buồng trứng 2 bên , đốt cầm máu

- Mở rộng thành bụng bằng hai panh Harmann kéo sang hai bên,

- Kẹp cắt khối huyết tụ và vòi trứng cùng bên đến sát tử cung, khâu và đốt điện cầm máu

- Cho nằm đầu cao, lau sạch ổ bụng, kiểm tra lại tiểu khung, vòi tử cung bên còn lại, buồng trứng 2 bên, cùng đồ và các tạng lân cận.

- Đặt dẫn lưu Douglas, kiểm tra gạc đủ

- Đóng thành bụng theo lớp giải phẫu.

**V. THEO DÕI**

- Theo dõi tình trạng trung tiện sau mổ

- Theo dõi tình trạng nước tiểu: có máu không và số lượng trong 24 giờ

- Theo dõi xem băng có bị thấm máu không

- Vết mổ có bị bầm tím do máu

- Cắt chỉ sau mổ 5-7 ngày đối với chỉ không tiêu .

- Bình thường ra viện sau 5-7 ngày

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**- Chảy máu sau phẫu thuật:**

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

**- Nhiễm khuẩn:**

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

***Tài liệu tham khảo:***

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013

\

## 78. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ VÔ SINH (SOI BUỒNG TỬ CUNG + NỘI SOI Ổ BỤNG)

**I. ĐẠI CƯƠNG**

**- Vô sinh**(infertility) được định nghĩa là tình trạng vợ chồng sau một năm chung sống, quan hệ tình dục trung bình 2-3 lần/tuần, không sử dụng bất kỳ biện pháp tránh thai nào mà người vợ vẫn chưa có thai. Trong đó nguyên nhân do nữ chiếm 40%

- Nội soi ổ bụng và soi buồng tử cung là phương pháp giúp chẩn đoán và điều trị hiệu quả các nguyên nhân vô sinh ở nữ do vòi trứng và buồng tử cung gây nên.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Políp buồng tử cung có chỉ định cắt bỏ, Dính buồng tử cung

- Vô sinh

- Ứ dịch vòi tử cung, viêm dính vòi trứng

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Chít hẹp cổ tử cung.

- Mang thai

- Chống chỉ định của gây mê toàn thân.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên ngành phụ sản đã được đào tạo

**2. Người bệnh**

- Thủ thuật thực hiện ở đầu pha tăng sinh, khi niêm mạc tử cung mỏng nhất

- Sử dụng kháng sinh dự phòng

- Tư vấn cho người bệnh về quy trình kỹ thuật, nguy cơ và biến chứng, yêu cầu người bệnh ký vào bản đồng thuận sau khi được cung cấp thông tin.

- Siêu âm đầu dò âm đạo hoặc siêu âm buồng tử cung có bơm dịch để chẩn đoán

- Gây mê toàn thân

**3. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi ổ bụng

- Ống soi cắt buồng tử cung hình vòng hoặc một vòng cắt đốt trong tử cung.

- Chọn loại dịch: nếu sử dụng máy cắt đơn cực cần dùng dung dịch không có chất điện giải, nếu dùng hệ thống có dòng lưỡng cực có thể dùng dung dịch nước muối sinh lý.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

***1. Thì 1 :***

**⮚ Bước 1.** Nong cổ tử cung. Dùng nến Hégar nong cổ tử cung đến số 9 để có thể đưa ống soi can thiệp đường kính 8 hoặc 10.

⮚ **Bước 2.** Đặt ống soi: ống soi được đưa từ từ qua cổ tử cung vào buồng tử cung, quan sát ống cổ tử cung, buồng tử cung để đánh gia buồng tử cung có dính buồng hay polip buồng tử cung hay không , quan sát 2 lỗ vòi tử cung 2 bên

⮚ **Bước 3.** Nếu có políp hoặc dải xơ dính buồng tử cung cần tiến hành cắt bỏ : nới vòng cắt đến phía sau của políp, bật dòng điện và kéo vòng về phía cổ tử cung để cắt políp và dải xơ dính . Kẹp polyp và kéo ra ngoài qua lỗ cổ tử cung. Nếu políp to có thể cắt làm nhiều mảnh, bắt đầu từ đỉnh của políp và xuống dần phía cuống. Trong quá trình thủ thuật ghi nhận tổng lượng dịch vào và ra mỗi 15 phút.

**⮚ Bước 4.** Cầm máu: dùng điện cực cắt, chuyển sang dòng đốt để đốt các điểm chảy máu. Có thể dùng bóng của thông Foley để cầm máu ở các điểm chảy máu nhiều.

**⮚ Bước 5.** Rút dụng cụ, gửi bệnh phẩm xét nghiệm mô bệnh học.

***2. Thì 2 :***

**Bước 1: Bơm CO2**

Điểm chọc kim bơm CO2 thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc trocart 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 trocart ở mép dưới rốn sau đó bơm CO2.

Bơm CO2 đến áp lực mong muốn (khoảng 15mmHg)

**Bước 2: Chọc Trocart**

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

**Bước 3:** **Đánh giá ổ bụng và tiểu khung**

- Đánh giá toàn bộ ổ bụng và tiểu khung có nhiều dịch ổ bụng không , nếu có hút sạch, đặc biệt là tình trạng vòi tử cung 2 bên có giãn căng không , có các dải viêm dính vùng tiểu khung không , gỡ dính nếu có

**Bước 4: Bơm xanhmethylen**

- Dùng Catheter đặt vào cổ tử cung và bơm dung dịch Natriclorid 0,9% có pha xanh methylen vào buồng tử cung

**Bước 5: Kiểm tra sự thông vòi tử cung 2 bên và xử trí**

- Quan sát vòi tử cung 2 bên và tiểu khung có dịch Xanhmethylen chảy ra không, bên nào có sự xuất hiện dung dịch Xanhmethylen là bên đó thông

- Nếu không thấy xuất hiện dung dịch Xanhmethylen tiếp tục bơm mà thấy vòi tử cung giãn tăng lên và không thấy dịch Xanh methylen bên đó chảy ra là tắc vòi tử cung

- Dùng dao 1 cực mở thông vòi tử cung đoạn giãn căng nhất gần loa vòi tử cung, đốt cầm máu mép vết rạch nếu có chảy máu, chú ý hạn chế làm tổn thương đến vòi tử cung

**Bước 6: Làm sạch ổ bụng , tháo CO2 , khâu lỗ chọc**

**VI. THEO DÕI**

**- Theo dõi tình trạng vết mổ thành bụng**

- Ra máu âm đạo ít hoặc ra máu thấm giọt trong vài ngày sau thủ thuật, thường tự khỏi.

- Kháng sinh toàn thân

- Theo dõi rối loạn điện giải, nếu hạ Kali, Natri cần bồi phụ natri và Kali

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhìn chung nguy cơ xảy ra biến chứng gia tăng theo thời gian và mức độ phức tạp của can thiệp.

- Chảy máu: soi buồng tử cung kiểm tra lại, đốt điểm chảy máu. Nếu vẫn chảy máu sau đốt có thể đặt thông Foley và bơm căng bóng, đồng thời theo dõi lượng máu chảy ra. Nếu không chảy máu phải mổ cắt tử cung

- Truyền máu

- Rách cổ tử cung: nhét gạc, theo dõi.

- Viêm nội mạc tử cung: sử dụng kháng sinh Cephalosporin đường tiêm trong 7 ngày.

- Thủng tử cung: phát hiện thủng tử cung trong quá trình soi buồng tử cung qua nội soi ổ bụng để đánh giá các cơ quan lân cận và xử trí theo tổn thương

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013

## 79. PHẪU THUẬT NỘI SOI SA SINH DỤC NỮ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

-Sa sinh dục là hiện tượng tử cung sa xuống thấp trong âm đạo hoặc sa hẳn ra ngoài âm hộ, thường kèm theo sa thành trước âm đạo và bàng quang hoặc thành sau âm đạo và trực tràng -Phẫu thuật nôi soi treo tử cung áp dụng cho bệnh nhân sa sinh dục độ II, III 2. Quy trình: bệnh nhân gây mê toàn thân

**II. PHƯƠNG PHÁP TREO TỬ CUNG VÀO THÀNH BỤNG**

**Bước 1** : Chọc 3 trocar vào ổ bụng Trocar 10 vị trí rốn, 1 trocar 5 mạng sườn phải mang kìm kẹp kim, Trocar 5 trên vệ 1 cm mang kìm phẫu tích .

**Bước 2**: Xuyên 2 kim mang chỉ không tiêu qua thành bụng ngay lỗ trocar trên vệ vào ổ bụng, khâu mũi dưới trên eo, mũi khâu trên cách đáy tử cung 2-3cm ( tránh khâu vào vòi trứng và động mạch tử cung). Sau đó xuyên 2 kim ra khỏi thành bụng ngay lỗ trocar trên vệ .

**Bước 3**: Kéo 2 mũi chỉ khâu nâng tử cung sát thành bụng .

**Bước 4:** Kiểm tra không chảy máu, rút trocar.

**III.PHƯƠNG PHÁP TREO TỬ CUNG VÀO MỎM NHÔ**

**Bước 1**: chọc 3 trocart ( trocart 10 mang ống soi tại rốn, trocart 5 thao tác mang các dụng cụ 2 bên hố chậu), tư thế Trendelenbourg

**Bước 2:** Khảo sát ổ bụng và vùng chậu, xác định các mốc giải phẫu (mỏm nhô, dây chằng tử cung cùng, đỉnh hậu mộn , nếp bàng quang….)

**Bước 3:** Mở phúc mạc mặt trước mỏm nhô về phía dây chằng tử cung cùng, và bóc tách bộc lộ mỏm nhô

**Bước** 4: Mở phúc mạc bàng quang ñẩy bàng quang ra xa và bộc lộ ñến thành trước âm đạo

**Bước 5:** Mở phúc mạc thành sau tại ñỉnh hậu môn, ñẩy trực tràng ra xa, và bộc lộ đến thành sau âm ñạo, cơ nâng

**Bước 6:** Cố định mảnh ghép tổng hợp không tan ( polypropylene ) lên âm đạo và cân cổ tử cung ở thành trước và thành sau , dây chằng tử cung, và treo cố định mảnh ghép lên mỏm nhô Phủ phúc mạc che lại toàn bộ mảnh ghép

**Bước 7:** Kiểm tra chảy máu Tháo CO 2 và ñóng bụng Kiểm tra sự rút lên của tử cung

***Tài liệu tham khảo***

Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh.

## 80. PHẪU THUẬT CROSSEN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật cắt tử cung qua đường âm đạo để điều trị sa sinh dục.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Sa sinh dục độ III.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh quá già yếu

- Nếu loét cổ tử cung, âm đạo thì phải điều trị ổn định

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ cắt tử cung đường âm đạo.

**3. Người bệnh**

- Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật, ký giấy cam đoan phẫu thuật.

- Người bệnh nằm tư thế phụ khoa.

- Gây mê toàn thân.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

***Thì 1***. Sát trùng và thông tiểu.

***Thì 2***. Rạch và bóc tách thành âm đạo trước và bàng quang.

- Crossen dùng đường rạch ngang trên cổ tử cung khoảng 1 đến 1,5 cm

- Dùng kéo lách vào lớp bóc tách để bóc tách lên phía trên. Bóc tách đến đâu cắt dần mảnh niêm mạc âm đạo đến đấy.

- Dùng kẹp cặp gạc củ ấu để tách đẩy bàng quang khỏi thành âm đạo ở phía trước và mặt trước tử cung ở phía sau cho đến khi đẩy được phần bàng quang sa lên qua túi cùng trước. Khi bóc tách cần chú ý rạch đúng lớp (qua mạc Halban, mạc dưới niêm mạc âm đạo).- Cắt dây chằng bàng quang - tử cung.

- Bóc tách kỹ hai bên bàng quang lên tận cùng túi cùng trước để tránh tổn thương hay gặp niệu quản.

***Thì 3***. Rạch và bóc tách niêm mạc âm đạo thành sau.

- Kéo cổ tử cung lên cao và ra phía trước.

- Rạch ngang phía sau vòng theo cổ tử cung nối tiếp với đường rạch ngang phía trước.

- Dùng ngón tay bọc gạc hoặc kẹp cặp gạc hình củ ấu nhỏ tách niêm mạc âm đạo sau và hai bên cho đến túi cùng Douglas sau khi bóc tách thân tử cung, bộc lộ đây chằng bên tử cung phần dưới của dây chằng rộng và đây chằng tử cung - cùng ở phía sau.

***Thì 4***. Cặp thắt và cắt cuống mạch, các dây chằng, cắt bỏ tử cung.

- Dùng gạc dài đẩy bàng quang lên và đặt một van phía dưới khớp mu giữ cho bàng quang khỏi tụt xuống, đồng thời bộc lộ túi cùng trước.

- Cắt phần dưới dây chằng bên. (phần dưới dây chằng rộng)

- Mở túi cùng trước và túi cùng sau.

- Lộn đáy tử cung xuống âm đạo: dùng hai ngón tay đưa vào túi cùng sau lộn đáy tử cung qua túi cùng trước.

- Dùng ngón tay kiểm tra mặt sau các cuống mạch và dây chằng để làm mốc cặp.

- Dùng từng đôi kẹp có răng khỏe cặp cắt phần còn lại từng bên phải và trái tử cung.

+ Kẹp dưới phần dưới dây chằng bên.

+ Kẹp giữa cuống mạch tử cung.

+ Kẹp trên cặp từ trên xuống, cặp cuống mạch vòi trứng, vòi trứng và dây chằng tròn.

(Muốn cặp cắt dễ dàng các dây chằng thì phải kéo lệch tử cung sang phía đối diện)

- Sau khi cắt các cuống mạch và dây chằng, tử cung sẽ tụt ra ngoài âm đạo.

- Đóng phúc mạc bàng quang phía trước với phúc mạc cùng đồ ở phía sau.

+ Dùng kẹp răng chuột hoặc hai sợi chỉ khâu phúc mạc bàng quang phía trước và sau phúc mạc cùng đồ phía sau để làm mốc khâu kín phúc mạc.

***Thì 5***. Khâu kết hợp ở hai bên phía dưới bàng quang và cố định bàng quang không bị sa.

- Bỏ van đỡ bàng quang và gạc đỡ bàng quang.

- Kéo kẹp cặp buồng trứng và dây chằng tròn hai bên xuống để lộ phần giữa của dây chằng tròn.

- Khâu vắt khép 2 dây chằng tròn. Các mũi đầu khép chặt hai dây chằng tròn hai bên và thành âm đạo ở phía dưới cổ bàng quang lại với nhau. Các mũi khâu sau chỉ khâu riêng hai dây chằng tròn cho đến đầu kẹp cặp.

***Thì 6***. Khâu buộc cuống mạch và dây chằng tạo thành một lớp tổ chức đỡ vùng tiểu khung.

- Kéo khép 4 dây chằng và cuống mạch còn lại ở phía dưới lại với nhau.

- Dùng chỉ Vicryl hoặc chỉ perlon bền khâu các mũi rời chồng lên nhau suốt từ trên xuống dưới, mũi khâu cuối cùng phải kéo hai dây chằng tử cung - cùng hai bên lên cao và khép gần kín vùng đáy chậu.

- Sau khâu các dây chằng hai bên này với nhau, vùng đáy chậu và vòm âm đạo được tăng cường một mảnh xơ cơ vững chắc.

***Thì 7***. Khâu thành âm đạo trước.

Cắt lại phần thừa niêm mạc âm đạo trước để khi khâu âm đạo sẽ vừa sát với phần tổ chức dây chằng phía dưới.

Dùng chỉ Vicryl khâu mũi rời khép kín hai mép âm đạo phải và trái.

***Thì 8***. Phục hồi thành sau âm đạo.

Thực hiện theo các thì đã mô tả ở trên.

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi toàn trạng, các dấu hiệu sinh tồn đặc biệt trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật.

- Theo dõi tình trạng chảy máu qua âm đạo và chảy máu trong ổ bụng.

- Theo dõi và chăm sóc ống thông bàng quang.

- Chăm sóc vệ sinh: lau âm đạo, tầng sinh môn bằng dung dịch betadin hoặc các dung dịch sát trùng khác.

- Chế độ ăn: cho ăn lỏng sớm, vận động sớm sau mổ.

**VII. TAI BIẾN**

- Chảy máu do tụt hoặc buộc các mạch máu không hết

- Tổn thương bàng quang, trực tràng do bóc tách

- Nhiễm khuẩn do viêm loét âm đạo, cổ tử cung chưa điều trị khỏi

***Tài liệu tham khảo:***

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013

## 81. PHẪU THUẬT CẮT VÁCH NGĂN ÂM ĐẠO, MỞ THÔNG ÂM ĐẠO

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật tao hình âm đạo trong trường hợp âm đạo có vách ngăn ngang hay dọc.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Dị dạng đường sinh dục có vách ngăn âm đạo dọc hoặc ngang

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản đã được đào tạo.

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật đường âm đạo

**3. Người bệnh**

- Khám toàn thân và chuyên khoa đánh giá các bệnh lý phối hợp

- Được tư vấn về nguy cơ, biến chứng, tai biến của phẫu thuật

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án phẫu thuật được chuẩn bị theo qui định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Phẫu thuật cắt vách ngăn dọc**

- Thăm dò vách ngăn:

+ Bằng ống thông tiểu sắt để xác định vị trí bám của vách ngăn với thành trước âm đạo

+ Khám trực tràng để xác định vị trí bám của vách ngăn với thành sau âm đạo + Khám âm đạo đẻ xác định độ dài vách ngăn

- Dùng dao cắt dọc tận chỗ bám toàn bộ phía trước và phía sau vách ngăn, tốt nhất nên dùng dao điện

- Nếu không chảy máu: chèn bấc gạc trong 24giờ. Nếu chảy máu: khâu cầm máu và chèn ống thông, nên khâu bằng chỉ tiêu.

**2. Phẫu thuật cắt vách ngăn ngang âm đạo**

- Thăm dò:

+ Thăm dò vách ngăn, xác định vị trí vách ngăn bằng tay qua khám âm đạo, trực tràng và thăm dò bàng quang.

+ Thăm dò âm đạo trong qua lỗ thông giữa vách ngăn bằng ống thông nelaton hoặc bằng kim tiêm nếu không có lỗ thông

- Kỹ thuật:

+ Làm thủng vách ngăn bằng cách rạch ở vị trí thăm dò đã xác định (hình tam giác, chữ thập hoặc đường rạch đơn thuần)

+ Cắt một phần vách ngăn, càng sát âm đạo càng tốt.

+ Khâu các mép cắt còn lại bằng chỉ tiêu, chú ý lấy hết niêm mạc.

- Đặt bấc gạc âm đạo, lưu ít nhất 24 tiếng để tránh dính trở lại.

**V. THEO DÕI**

Giống như theo dõi các trường hợp mổ sản phụ khoa khác ở đáy chậu và tầng sinh môn

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Khối máu tụ và chảy máu khi bóc tách niêm mạc âm đạo: lấy hết khối máu tụ và cầm máu kỹ.

Nhiễm trùng vết mổ: Cho kháng sinh, sát trùng âm đạo hàng ngày.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013

## 82. PHẪU THUẬT CẮT ÂM VẬT PHÌ ĐẠI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

**Phì đại âm vật**ở trẻ gái là dị tật bẩm sinh của cơ quan sinh dục ngoài với các triệu chứng có kích thước âm vật to và dài gần giống như dương vật của trẻ trai, có những trường hợp còn to hơn. Dị tật này được gọi là nữ lưỡng tính giả, có nghĩa là mặc dù người bệnh mang nhiễm sắc thể là XX, có tuyến sinh dục hai bên là buồng trứng, có tử cung, âm đạo nhưng cơ quan sinh dục ngoài thì lại giống của nam giới nhiều mức độ khác nhau.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Phẫu thuật khi chẩn đoán đã được chẩn đoán xác định. Nên phẫu thuật sớm để tránh chấn thương tâm lý cho bé, thời điểm phẫu thuật tốt nhất là 1 tuổi.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không phẫu thuật nếu chưa biết rõ giới tính của bệnh nhân.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa sản đã từng làm phẫu thuật trong sản phụ khoa.

- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

**2. Phương tiện, thuốc**

- Bộ phẫu thuật sản khoa

- Các loại dịch truyền thay máu và các thuốc hồi sức.

- Thuốc tiền mê, gây mê, nội khí quản.

**3. Người bệnh**

- Được tư vấn về lý do phải mổ nguy cơ có thể xảy ra, ký giấy cam đoan mổ.

- Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông tiểu sát khuẩn vùng mổ. .

- Gây mê nội khí quản để chủ động về hô hấp và tuần hoàn trong khi mổ

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

a**. Nguyên tắc phẫu thuật**: tạo hình âm vật, môi bé và âm đạo có chức năng và thẩm mỹ.  
**b. Kỹ thuật mổ.**

● Phẫu thuật được thực hiện dưới gây mê.

● Lột âm vật: kỹ thuật giống lột dương vật của lỗ tiểu thấp ở nam. Giữ âm vật bằng một mối chỉ neo ở đỉnh âm vật; rạch da quanh khấc âm vật; lột âm vật tới gốc mu.

● Tách bó mạch-thần kinh ở giữa lưng âm vật ra khỏi thân âm vật.

● Làm ngắn âm vật bằng cách kẹp cắt đoạn vật hang từ đầu âm vật tới gốc mu.

● Nối hai mỏm cắt lại với nhau bằng chỉ vicryl 2.0 - 4.0

● Làm nhỏ bớt đầu âm vật.

● May da che phủ âm vật.

● Tạo hình môi nhỏ.

● Tạo hình âm đạo: kiểu chữ W hoặc hạ âm đạo xuống tầng sinh môn theo kỹ thuật Hendren.

● Đặt thông tiểu (Foley).

**3. Điều trị sau mổ**

● Thuốc: kháng sinh Cephalosporin thế hệ 3, giảm đau, giảm sưng.

● Chăm sóc vết mổ: thay băng mỗi ngày.

● Rút thông tiểu: 7 ngày sau mổ.

● Thời gian nằm viện: 7 ngày.

● Tiếp tục điều trị nội tiết sau mổ.

**IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

**1. Theo dõi**

Chảy máu, máu tụ; phì đại âm vật tái phát.

**2. Tái khám định kỳ**

1 - 2 tuần, 1 - 2 tháng, 6 tháng, hàng năm.

## 83. PHẪU THUẬT CẮT TINH HOÀN LẠC CHỖ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt bỏ tinh hoàn là phẫu thuật cắt bỏ một khối gồm cả tinh hoàn, mào tinh hoàn, thừng tinh để lấy bỏ triệt để tinh hoàn, nhất là trong bệnh ung thư tinh hoàn do tinh hoàn lạc chỗ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tinh hoàn lạc chỗ có nguy cơ ung thư hóa.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Chống chỉ định khi người bệnh có các bệnh đang tiến triển như suy gan, bệnh tim mạch, tiểu đường, rối loạn đông máu…

**IV. CHUẨN BỊ**

**1 Người thực hiện:** .Bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. 1 bác sĩ mổ chính, 2 bác sĩ phụ mổ.

**2. Phương tiện**

- Dung dịch betadin sát trùng: 01 lọ

- Thuốc gây tê lidocain 2%: 04 ống

- Nước muối sinh lý 0,9%: 500ml

- Bơm, kim tiêm 5ml: 01 chiếc

- Bông băng gạc vô trùng: 04 gói

- Bộ áo thủ thuật + mũ + khẩu trang vô khuẩn: 03 bộ

- Găng tay vô trùng: 03 đôi

- Săng vô khuẩn: 04 chiếc

- Panh kẹp săng: 04 chiếc.

- Cán dao mổ

- Lưỡi dao mổ số 10

- Kéo phẫu tích

- Kéo cắt băng, chỉ

- Ống hút

- Kẹp mang kim

- Sonde tiểu folley số 16

- Chỉ tiêu chậm 3.0 hay 2.0 để khâu vạt, chỉ tiêu chậm 1.0 đóng cân cơ, chỉ không tiêu khâu da

**3. Người bệnh**

- Người bệnh được giải thích rõ về phẫu thuật, cũng như các nguy cơ có thể xảy ra và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật

- Phải thụt tháo phân tối hôm trước mổ.

- Bệnh nhân được tắm rửa, vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, đánh dấu vị trí mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

- Bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**.1. Vô cảm:** Gây mê toàn thân hoặc gây tê tủy sống.

**2. Kỹ thuật:**

- Đường rạch: tùy vị trí tinh hoàn có thể:

• Có thể rạch ngang trên nếp da gấp dưới ổ bụng dưới.

• Khó khăn hơn khi bộc lộ thì rạch trên nếp bẹn từ gốc bìu chéo lên trên một góc 45o với đường giữa, đường rạch dài 4-5 khoát ngón tay.

• Nếu da bìu bị xâm lấn, có lỗ rò hay viêm dính, loét thì có thể rạch da lấy cả khối thương tổn.

1 Rạch cân cơ chéo lớn thừng tinh tới tận lỗ bẹn nông. Các thớ cơ dính vào thừng tinh được cắt đốt hoặc buộc cắt rời khỏi thừng tinh nhưng không làm thương tổn dây thần kinh chậu bẹn chạy dọc theo thừng tinh.

2. Bóc tách thừng tinh ở phía sau, cặp thừng tinh và bộc lộ cả khối tinh hoàn lên trên qua vết mổ, bằng cách đẩy nhẹ tinh hoàn lên, bóc tách cầm máu và cắt dây chằng phía dưới, giữ tinh hoàn vào da.

3.Để khối tinh hoàn đã được đưa ra trên một gạc to bằng săn mổ, sau đó mở tinh hoàn đánh giá thương tổn (nếu có nghi ngờ).

4.Kéo dài đường rạch lên trên, phẫu tích nhẹ nhàng thừng tinh. Buộc động mạch hạ vị và đẩy túi cùng phúc mạc lên cao vào trong. Cặp thừng tinh và buộc hai nút buộc bằng chỉ không tiêu phía trên nẹp thừng tinh, sau đó cắt thừng tinh.

5.Buộc động mạch tinh và tĩnh mạch tinh ở cao. Kiểm tra lại ống bẹn và cầm máu kĩ ống bẹn và ổ tinh hoàn.

6.Làm lại ống bẹn bằng cách khâu dây chằng kết hợp với cung đùi và đóng gân cơ chéo lớn.

7.Đặt ống dẫn lưu phía thấp của bìu trong 48-72 giờ.

8.Đóng lại da và tổ chức dưới da.

Chú ý: Nếu có hạch ở giai đoạn ung thư tiến triển, phải kết hợp nạo vét hạch.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**

1.Chảy máu do cầm máu không kỹ, gây tụ máu: băng ép và theo dõi tiếp nếu máu chảy nhiều phải cầm máu lại.

2.Phù vết mổ: băng kép kết hợp điều trị kháng sinh và chống phù nề.

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

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Lạc nội mạc tử cung (LNMTC) tại tầng sinh môn (TSM) hoặc thành bụng là do những tế bào nội mạc tử cung dừng lại tại TSM khi đẻ có cắt TSM hoặc mổ lấy thai mà dừng lại ở thành bụng, phát triển dần và to lên, gây các triệu chứng đau theo chu kỳ kinh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Khi khối LNMTC gây đau, khó chịu ảnh hưởng đến sinh hoạt bình thường hay tình dục

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Khi khối LNMTC còn quá nhỏ

Khi đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu

Khi đang có thai

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản hoặc Ngoại khoa có kinh nghiệm, được đào tạo và có kỹ năng về phẫu thuật.

**2. Phương tiện**

Bộ tiểu hoặc trung phẫu (những khối LNMTC to và nằm sâu trong tổ chức)

**3. Người bệnh**

Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.

Xét nghiệm bộ xét nghiệm cơ bản trong phẫu thuật và thêm các xét nghiệm khác tùy theo tình trạng bệnh lý kèm theo ( nếu cần)

Người bệnh ký cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức

Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra.

Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần.

Thụt tháo

Vệ sinh vùng bụng và/ hoặc âm hộ, thông đái, sát khuẩn vùng mổ

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN KỸ THUẬT**

Bóc sau sạch kinh 1 tuần để chức năng đông máu trở về bình thường và xa kỳ kinh sau vì hành kinh dễ làm cho chấn thương bị nhiễm khuẩn, khó liền

Gây tê hoặc tiền mê. Tùy tổn thương mà có thể gây tê đám rối thần kinh thẹn hoặc gây tê tủy sống

Nếu LNMTC ở sâu trong lớp cơ mông hoặc vào đáy chậu hoặc trực tràng thì phải thực hiện ở phòng mổ

Sát khuẩn âm đạo và TSM.

Trải khăn vô khuẩn

Rạch da theo đường ngang hoặc dọc tùy theo vị trí của LNMTC để hạn chế sẹo xấu. Rạch chiều rộng vừa đủ để bóc nang

Dùng kéo phẫu thuật bóc tách vỏ nang xuống tận đáy (cố gắng không làm vỡ nang)

Dùng kìm chắc kẹp cuống nang ở phần đáy, tránh chảy máu

Dùng chỉ Vicryl số 2 hoặc 3 khâu cầm máu kỹ cuống khối LNMTC và ở thành của nang, sau đó khâu đáy và tổ chức dưới da một hoặc hai lớp tùy thuộc tổn thương. Nhớ lấy hết đáy tránh máu đọng hoặc chảy máu dưới đáy chấn mổ.

Nếu tổn thương nằm sâu trong lớp cơ mông thì phải khâu nhiều lớp để tránh hở đáy và gãy kim khi khâu

Đóng da bằng khâu da mũi liền hoặc khâu da mũi rời theo thông thường bằng chỉ tự tiêu hoặc chỉ không tiêu

Sát khuẩn lại chấn mổ và bằng lại

Thay băng và cắt chỉ (nên khâu da bằng chỉ không tiêu) theo quy định thông thường

**VI. THEO DÕI**

Theo dõi xem băng có bị thấm máu không

Chấn mổ có bị bầm tím do máu

Sưng đỏ do viêm nhiễm

Dặn người bệnh vệ sinh TSM ngày 2 lần hoặc sau đại tiểu tiện, sau đó lau khô

**VII. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG**

Nếu chảy máu chấn mổ nhiều thì khâu tăng cường để cầm máu

Nếu tụ máu thì để 3-4 ngày sau, cắt nới 1 mũi chỉ và nặn dịch máu ra rồi rửa và thay băng bằng nước Oxy già

Nếu nhiễm khuẩn chấn mổ thì tăng liều thuốc kháng sinh

Bóc LNMTC ở đáy chậu hoặc sát vùng hậu môn có thể làm tổn thương đến trực tràng: thấy phân và niêm mạc đỏ. Xử trí là bóc tách thành trực tràng và thành âm đạo. Khâu thành trực tràng mép lộn vào lòng trực tràng. Khâu thành âm đạo mũi rời hoặc khâu vắt, mũi nằm trong âm đạo. Ăn nhẹ hoặc nhịn ăn tùy thuộc tổn thương vào trực tràng nhiều hay ít.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 85. PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG TẦNG SINH MÔN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Có 2 loại chấn thương tầng sinh môn: đơn giản và phức tạp:

Chấn thương tầng sinh môn đơn giản là những chấn thương phần mềm đơn thuần không kèm theo các thương tổn nặng vùng tiểu khung

Chấn thương tầng sinh môn phức tạp là những chấn thương tầng sinh môn có tổn thương cơ thắt, ống hậu môn hoặc và kèm theo các thương tổn nặng vùng tiểu khung như trực tràng, bàng quang, niệu đạo, xương chậu,…

Có nhiều nguyên nhân gây chấn thương tầng sinh môn như do tai nạn giao thông, do ngồi vào vật nhọn, do tai biến sản khoa…

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chấn thương phần mềm vùng tầng sinh môn.

Các chấn thương tầng sinh môn kèm theo thương tổn khác ở tiểu khung như trực tràng, ống hậu môn, cơ thắt, niệu đạo, bàng quang, xương chậu,…

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Phẫu thuật viên Sản khoa, có thể phối hợp PTV Ngoại chung hoặc phẫu thuật viên Tiêu hóa.

**2. Phương tiện:**

Chấn thương tầng sinh môn đơn giản: bộ phẫu thuật trung phẫu (chấn thương , các loại chỉ tiêu chậm và không tiêu,…

Chấn thương tầng sinh môn phức tạp: bộ phẫu thuật đại phẫu, chỉ tiêu chậm, chỉ không tiêu, chỉ khâu mạch máu, túi hậu môn, sonde bang quang…

**3. Người bệnh:**

Nếu bệnh nhân đến viện trong tình trạng cấp cứu, cho kháng sinh, truyền dịch, phòng chống sốc.

Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.

Xét nghiệm bộ xét nghiệm cơ bản trong phẫu thuật và thêm các xét nghiệm khác tùy theo tình trạng bệnh lý kèm theo ( nếu cần)

Người bệnh ký cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức

Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**tư thế sản khoa hoặc nằm sấp.

**2. Vô cảm:**gây tê vùng, gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.

**3. Kỹ thuật:**Thời gian dự kiến phẫu thuật 45 – 60 phút hoặc vài giờ tùy mức độ tổn thương.

Lấy dị vật như sỏi, đá, mảnh tre…

Làm sạch chấn thương bằng nước muối, oxy già, betadine…

Cắt lọc tổ chức dập nát hoặc hoại tử không còn mạch nuôi. Cố gắng bảo tồn tối đa da vùng tầng sinh môn, sẽ cắt lọc lần 2 nếu tổ chức bị hoại tử tiếp.

Không khâu kín chấn thương.

Xử lý thương tổn phối hợp:

Làm hậu môn nhân tạo bảo vệ trong các trường hợp có tổn thương cơ thắt ½ trên, tổ chức phần mềm dập nát, mất nhiều, chấn thương thủng trực tràng,…

Dẫn lưu bàng quang trong trường hợp có tổn thương niệu đạo, bàng quang,…

Các thương tổn cơ thắt, niệu đạo, trực tràng,… phức tạp nên xử lý thì 2 khi Người bệnh đã ổn định, chấn thương phần mềm sạch hoặc đã liền.

**VI. THEO DÕI**

Chăm sóc và theo dõi Người bệnh như các trường hợp vết thương phần mềm (chấn thương TSM đơn giản) hoặc phẫu thuật mở bụng khác (chấn thương TSM phức tạp).

Dùng kháng sinh toàn thân, phối hợp 2 loại kháng sinh (metronidazol, cephalosporin thế hệ 3,…)

Thay băng hàng ngày, nhiều lần trong ngày nếu chấn thương rộng, bẩn, thấm nhiều dịch,…

**XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Chảy máu: băng ép bằng gạc, chèn mét hoặc khâu cầm máu khi cần thiết.

Nhiễm trùng: thay băng nhiều lần trong ngày, có thể cắt lọc lại lần 2.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 86. CẮT CỔ TỬ CUNG TRÊN BỆNH NHÂN ĐÃ MỔ CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN ĐƯỜNG BỤNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt cổ tử cung trên bệnh nhân đã mổ cắt tử cung bán phần là phương pháp cắt bỏ phần cổ tử cung nằm trong âm đạo, đến phần mỏm cắt còn lại trước đó. Phẫu thuật được thực hiện tại phòng mổ dưới gây mê toàn thân.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Cổ tử cung dài do dị dạng

- Cổ tử cung có tổn thương nghi ngờ ác tính

- Ung thư cổ tử cung

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Đang có viêm âm đạo: trì hoãn đến khi điều trị khỏi viêm âm đạo.

- Người bệnh thể trạng xấu (chỉ số Karnofsky ≤ 50), không chịu đựng được cuộc gây mê.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Kíp gây mê hồi sức.

- Kíp phẫu thuật: phẫu thuật viên chính là bác sĩ chuyên ngành phụ sản hoặc bác sĩ chuyên ngành ung thư phụ khoa đã được đào tạo.

**2. Phương tiện, dụng cụ.**

- Bộ nong cổ tử cung, thước đo buồng tử cung

- 2 kẹp pozzi, 2 van âm đạo, 1 kẹp sát trùng

- 4 kẹp Kocher cong, 1 kìm Jacobs, 1 kìm Heaney, 1 kìm mang kim

- 4 kẹp răng chuột, kẹp phẫu tích

- 1 dao phẫu thuật hoặc dao điện

- 1 kéo

- Chỉ tiêu

**3. Người bệnh**

- Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật, ký giấy cam đoan phẫu thuật.

- Thông đái, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.

- Người bệnh nằm tư thế phụ khoa.

- Gây mê toàn thân.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Bước 1. Sát khuẩn âm hộ, âm đạo, cổ tử cung

Bước 2. Nong cổ tử cung và nạo sinh thiết ống cổ tử cung.

Bước 3. Khâu cố định các môi lớn và bé vào da bẹn. Kẹp cổ tử cung bằng kìm Jacobs và kéo mạnh xuống phía dưới..

Bước 4: Dùng dao rạch quanh cổ tử cung đến hết bề dày thành âm đạo. Dùng kìm Heaney kẹp và cắt dây chằng Mackenrodt, khâu bằng chỉ Vicryl số 1.

Bước 5: Cắt cụt cổ tử cung bằng dao cắt chéo từ ngoài vào phía ống cổ tử cung. Kẹp và khâu các mạch máu bằng chỉ Vicryl.

Bước 6: Khâu 2 mũi Sturmdorf phía trước và sau.

Bước 7: Kéo các mép cắt thành âm đạo, khâu che phủ bề mặt cổ tử cung.

Bước 8:Dùng thước đo buồng tử cung kiểm tra ống cổ tử cung, đặt thông tiểu.

Bước 9: Sát khuẩn lại vùng mổ, âm đạo, âm hộ.

**VI. THEO DÕI**

- Kháng sinh đường tiêm trong 7 ngày

- Vệ sinh âm đạo: lau sạch dịch tiết bằng betadin 1 lần/ngày trong 7 ngày.

- Kiêng giao hợp 6 tuần.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu: đốt điểm chảy máu, khâu cầm máu.

- Nhiễm trùng: cho người bệnh nhập viện, dùng kháng sinh mạnh đường tiêm.

- Làm thuốc hàng ngày bằng oxy già nếu nhiều mủ và lau bằng betadin

## 87. CẮT CỔ TỬ CUNG TRÊN BỆNH NHÂN ĐÃ MỔ CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN ĐƯỜNG ÂM ĐẠO

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt cổ tử cung trên bệnh nhân đã mổ cắt tử cung bán phần là phương pháp cắt bỏ phần cổ tử cung nằm trong âm đạo, đến phần mỏm cắt còn lại trước đó. Phẫu thuật được thực hiện tại phòng mổ dưới gây mê toàn thân.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Cổ tử cung dài do dị dạng

- Cổ tử cung có tổn thương nghi ngờ ác tính

- Ung thư cổ tử cung

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Đang có viêm âm đạo: trì hoãn đến khi điều trị khỏi viêm âm đạo.

- Người bệnh thể trạng xấu (chỉ số Karnofsky ≤ 50), không chịu đựng được cuộc gây mê.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ : 03 bác sỹ (01 bác sỹ chính, 02 bác sỹphụ)

- Điều dưỡng: 02 (01 dụng cụ viên, 01 phụ dụngcụ)

- Kỹ thuật viên, bác sỹ vô cảm: 01. Phụ gây mê, vô cảm :01

**2. Phương tiện**

3. Bộ dụng cụ phẫu thuật cắt tử cung đường âm đạo Ngườibệnh

II. Chuẩn bị như các trưởng hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thụt tháo và sử dụng an thần trước mổ

**V. CÁCBƯỚCTHỰCHIỆNKỸTHUẬT**

Thì 1: Bộc lộ cổ tửcung

Bộc lộ phẫu trường: khâu môi bé sang hai bên da bẹn, khâu mép dưới âm hộ vào vải vô trùng phủ mặtdưới Thông tiểu, đặt van âm đạo và sử dụng 02 kìm Pozzi kẹp cổ tửcung

Thì 2: Mở cùng đồ sau và thăm dò

Rạch một nửa đường vòng niêm mạc âm đạo mặt sau cổ tử cung gần đường bám âm đạo vào cổ tử cung. Bóc tách niêm mạc đúng lớp giữa cổ tử cung và trực tràng lên phía trên đến cùng đồsau Mở rộng cùng đồ sau vào ổ bụng, dùng hai ngón tay thăm dò tiểu khung, xác định lại điều kiện phẫu thuật, nếu khó khăn thì phải ngừng phẫu thuật ở thìnày

Thì 3: Mở cùng đồ trước, bóc tách đẩy bàng quang lên phía trên

Rạch một nửa đường vòng niêm mạc âm đạo trước sát gần chỗ bám âm đạo vào cổ tử cung đến tận lớp bóc tách nối liền với nửa đường rạch vòng phíasau Bóc tách niêm mạc âm đạo khỏi bàng quang. Dùng kéo cắt các thớ dây chằng bàng quang cổ tử cung đúng lớp bóc tách (lớp mạc quanh âmđạo) Dùng cặp kẹp gạc gấp hình củ ấu hoặc ngón tay bọc gạc tách niêm mạc khỏi mặt sau bàng quang lên đến phúc mạc cùng đồtrước Tách niêm mạc âm đạo hai bên bộc lộ dây chằng bên và cuống mạch cổ tử cung âm đạo

Thì 4: Thắt và cắt dây chằng và cuống mạch tử cung

Cắt dây chằng ngang cổ tử cung (phải và trái) trong đó có cuống mạch âm đạo – cổ tử cung. Khâu các dâychằng Kẹp cắt và thắt cuống mạch cổ tử cung âm đạo và dây chằng tử cung –cùng

Thì 5: Kiểm tra chảymáu

Kiểm tra chảy máu các vị trí cắt khâu, kiểm tra xem có các tổn thương ruột hay niệuquản Nâng đầu bệnh nhân lên cao để thoát dịch, máu xuống cùng đồ, lau sạch bằng kẹp cặpgạc

Thì 6: Đóng phúc mạc cùng đồ và khâu niêm mạc âmđạo

Dùng các mũi chỉ khâu kín phúc mạc. Mũi khâu ở góc phải và trái đính vào phúc mạc hai phần phụ mỗibên Khâu đỉnh mỏm cắt dây chằng vào góc thành âm đạo từng bên tươngứng

Khâu hai mép niêm mạc âm đạo lại vớinhau

**VI. CHĂM SÓC SAU PHẪUTHUẬT**

- Đặt thông tiểu và theo dõi màu sắc, số lượng trong 2 – 3 ngày

- Lau sát trùng âm hộ hàng ngày bằngBetadin

Rút ống dẫn lưu (nếu có) 24-48giờ

Nếu chèn gạc thì rút sau 24giờ

Cho người bệnh ngồi dậy sớm 8-12 tiếng saumổ

**VII. BIẾN CHỨNG TRONG PHẪUTHUẬT**

- Chảy máu do tuột chỉ buộc cuống mạch hoặc cặp không hết cuốngmạch

- Tổn thương niệuquản

- Tổn thương bàngquang

- Tổn thương trựctràng

- Tổn thươngruột

Xử trí: tất cả các trường hợp khó phải chuyển mổ mở

**VIII. BIẾN CHỨNG SAU PHẪUTHUẬT**

- Chảy máu: 4 - 6 ngày sau phẫu thuật do nhiễm khuẩn, tổn thương đến mạch máu tiêu chỉ sớm, vì vậy nên sử dụng chỉ lâutiêu Nhiễmkhuẩn

Tắc ruột: thường do nhiễm trùng tiểu khung gây các vùng dính ruột gây tắc ruột

## 88. CẮT CỔ TỬ CUNG TRÊN BỆNH NHÂN ĐÃ MỔ CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN ĐƯỜNG ÂM ĐẠO KẾT HỢP NỘI SOI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt cổ tử cung trên bệnh nhân đã mổ cắt tử cung bán phần là phương pháp cắt bỏ phần cổ tử cung nằm trong âm đạo, đến phần mỏm cắt còn lại trước đó. Phẫu thuật được thực hiện tại phòng mổ dưới gây mê toàn thân.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Cổ tử cung dài do dị dạng

- Cổ tử cung có tổn thương nghi ngờ ác tính

- Ung thư cổ tử cung

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Đang có viêm âm đạo: trì hoãn đến khi điều trị khỏi viêm âm đạo.

- Người bệnh thể trạng xấu (chỉ số Karnofsky ≤ 50), không chịu đựng được cuộc gây mê.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản đã được đào tạo

**2. Phương tiện**

Dụng cụ soi ổ bụng chẩn đoán và dụng cụ phẫu thuật đường dưới (cỡ nhỏ),

bộ nong

**3. Người bệnh**

- Khám toàn thân và chuyên khoa đánh giá các bệnh lý phối hợp

- Được tư vấn về nguy cơ, biến chứng, tai biến của phẫu thuật

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án phẫu thuật theo qui định

 5. Nơi thực hiện thủ thuật

- Phòng mổ

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa

- Giảm đau: gây mê nội khí quản

1. Vào bụng:

- Chọc trocar 6 mm ở bờ dưới rốn, bơm CO2, đưa kính soi

- Quan sát tiểu khung

- Hai niệu quản ở vị trí bình thường.

2. Tiến hành phẫu thuật:

- Rạch lớp niêm mạc ngang giữa hõm âm đạo, dài khoảng 2 đến 2,5 cm - Dùng kéo cong đầu tù, hướng chiều cong ra trước, bóc tách lớp mô giữa cổ tử cung với niệu đạo, bang quang ở phía trước và trực tràng ở phía sau. Trong bóc tách, phẫu thuật viên thường xuyên quan sát vị trí và hướng đi của kéo qua màn hình nội soi. Điều chỉnh động tác dựa vào quan sát trên màn hình nội soi. Việc bóc tách đi dần đến lá phúc mạc.

Trong khi bóc tách, chú ý mốc phía sau là trực tràng và mốc phía trước là bóng của ông thông Foley đặt trong bàng quang - Cắt dây chằng ngang cổ tử cung (phải và trái) trong đó có cuống mạch âm đạo – cổ tử cung. Khâu các dâychằng - Kẹp cắt và thắt cuống mạch cổ tử cung âm đạo và dây chằng tử cung –cùng. Kiểm tra cầm máu - Dùng kéo mở rộng rồi ngón tay trỏ của hai bàn tay mở rộng khoang đã bóc

tách sang hai phía - Dùng các mũi chỉ khâu kín phúc mạc. Mũi khâu ở góc phải và trái đính vào phúc mạc hai phần phụ mỗibên - Khâu đỉnh mỏm cắt dây chằng vào góc thành âm đạo từng bên tươngứng

- Khâu hai mép niêm mạc âm đạo lại vớinhau - Thăm trực tràng bảo đảm không bị tổn thương

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi chung như người bệnh hậu phẫu

**VII. TAI BIẾN**

- Thủng trực tràng, niệu đạo: khâu lại tổn thương

- Chảy máu

- Nhiễm khuẩn

## 89. PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CẮT NHÂN XƠ TỬ CUNG DƯỚI NIÊM MẠC

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật cắt u xơ tử cung dưới niêm mạc hay políp buồng tử cung qua nội soi buồng tử cung.

**II. CHỈ ĐỊNH**

U xơ tử cung dưới niêm mạc hoặc kèm theo vô sinh hay rối loạn kinh nguyệt mà điều trị nội khoa không có kết quả

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

U xơ tử cung phát triển vào buồng tử cung dưới 50% thể tích.

Bề dày lớp cơ tử cung còn lại dưới 1 cm.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản đã được đào tạo.

**2. Phương tiện**

Dụng cụ soi buồng tử cung chẩn đoán và phẫu thuật.

**3. Người bệnh**

Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.

Xét nghiệm bộ xét nghiệm cơ bản trong phẫu thuật và thêm các xét nghiệm khác tùy theo tình trạng bệnh lý kèm theo ( nếu cần). Siêu âm, siêu âm bơm nước buồng tử cung, chụp tử cung-vòi tử cung xác định tổn thương u xơ hay políp buồng tử cung.

Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những nguy cơ, biến chứng, tai biến của phẫu thuật có thể xảy ra

Người bệnh ký cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức

Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần.

Sử dụng kháng sinh dự phòng

Thụt tháo

Vệ sinh âm hộ, sát khuẩn vùng mổ

Được gây mê toàn thân

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**Nơi thực hiện thủ thuật:** Phòng mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.Thì 1: Soi buồng tử cung chẩn đoán**

Sát khuẩn vùng sinh dục

Thông tiểu và lưu ống thông.

Đặt van âm đạo hay mỏ vịt

Cặp cổ tử cung bằng kẹp Pozzi

Thăm dò buồng tử cung bằng thước đo

Đưa ống soi chẩn đoán vào buồng tử cung

Làm căng buồng tử cung bằng một trong các dung dịch sau:

+Dung dịch có trọng lượng phân tử cao: Hyskon.

+Dung dịch không có điện giải như: manitol, sorbitol, dextran.

***Có thể áp dụng một trong các cách sau để dịch chảy vào buồng tử cung***

Để dịch ở vị trí cao hơn ổ bụng người bệnh từ 90-100 cm và cho tự chảy.

Nếu là túi dịch, có thể quấn băng máy đo huyết áp và duy trì áp lực khoảng 80 mmHg.

Máy bơm hút tự động: áp lực bơm 40-60 mmHg.

Tiến hành quan sát toàn bộ buồng tử cung để đánh giá tổn thương u xơ hay polip buồng tử cung.

**3.Thì 2: Soi buồng tử cung phẫu thuật**

Tiến hành cắt u xơ hay polip bằng vòng cắt điện đơn cực. Bảo đảm nguyên tắc chỉ cắt ở thì kéo thu dao điện về.

Lần lượt cắt từ bề mặt xuống sâu dần cho đến khi hết cuống của u xơ hay polip hay đến mức tiếp xúc với bề mặt niêm mạc tử cung.

Lấy các mảnh cắt ra ngoài

**VI. THEO DÕI**

Theo dõi: toàn thân, mạch, huyết áp, ra máu âm đạo trong vòng vài giờ sau thủ thuật.

Chỉ định dùng vòng kinh nhân tạo ngay sau phẫu thuật.

Siêu âm, chụp lại buồng tử cung sau vài tháng để đánh giá sự vẹn toàn của buồng tử cung.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Thủng tử cung: ngừng thủ thuật. Tiến hành soi ổ bụng (nếu chưa thực hiện) để đánh giá tổn thương thủng tử cung và xử trí phù hợp theo tổn thương. Trong nhiều ca có thể bảo tồn được tử cung. Theo dõi sát người bệnh trong những giờ đầu sau mổ.

Biến chứng liên quan đến quá tải tuần hoàn do dịch làm căng buồng tử cung đi vào mạch máu. Để tránh tai biến này, không nên phẫu thuật quá lâu (trên 30 phút), phải kiểm soát lượng dịch vào và ra, sử dụng máy bơm hút liên tục chuyên dụng.

Nhiễm khuẩn: kháng sinh đường tiêm phổ rộng.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 90. PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG LẤY DỊ VẬT BUỒNG TỬ CUNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Lấy dị vật trong buồng tử cung bằng phương pháp soi buồng tử cung. Dị vật phổ biến là dụng cụ tử cung, đặc biệt là các mảnh gãy của dụng cụ tử cung còn sót lại trong buồng tử cung.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Có dị vật trong buồng tử cung.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh đã có chỉ định cắt tử cung.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản đã được đào tạo.

**2. Phương tiện**

Dụng cụ soi buồng tử cung chẩn đoán.

**3. Người bệnh**

Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.

Xét nghiệm bộ xét nghiệm cơ bản trong phẫu thuật và thêm các xét nghiệm khác tùy theo tình trạng bệnh lý kèm theo ( nếu cần). Siêu âm, chụp Xquang bụng không chuẩn bị, chụp tử cung-vòi tử cung

Đã được thử lấy dị vật qua đường âm đạo nhưng thất bại

Được tư vấn kỹ về bệnh và quy trình kỹ thuật, nguy cơ và biến chứng có thể xảy ra.

Người bệnh ký cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức. Sử dụng kháng sinh dự phòng

Thụt tháo

Vệ sinh âm hộ, sát khuẩn vùng mổ

Gây mê toàn thân

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**5. Nơi thực hiện phẫu thuật**

Có thể thực hiện ở phòng thủ thuật hay ở trong phòng mổ. Người bệnh có thể ra viện trong ngày.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Yêu cầu người bệnh đi tiểu

Người bệnh nằm lên bàn theo tư thế phụ khoa

Sát khuẩn vùng sinh dục

Đặt van âm đạo hay mỏ vịt

Cặp cổ tử cung bằng kẹp Pozzi

-Phóng bế cạnh cổ tử cung bằng lidocain 2%

Thăm dò buồng tử cung bằng thước đo

Đưa ống soi vào buồng tử cung

Làm căng buồng tử cung bằng một trong các cách sau:

+ Khí CO2, chỉ dùng với mục đích chẩn đoán, cần có máy bơm khí tự động. Áp lực bơm khí: 100-120 mmHg, lưu lượng khí: 30-60 ml/phút.

+ Dung dịch: có thể sử dụng dung dịch như: nước muối sinh lý, glucose 5%, manitol, sorbitol, dextran. Có thể áp dụng cách sau để dịch chảy vào buồng tử cung: để dịch ở vị trí cao hơn ổ bụng người bệnh từ 90-100 cm và cho tự chảy.

Tiến hành quan sát toàn bộ buồng tử cung để tìm dị vật khi từ từ đưa kính soi vào và rút kính soi ra.

Trên cơ sở xác định vị trí dị vật sẽ dùng dụng cụ để gắp dị vật ra. Không cần phải nong cổ tử cung.

Soi lại buồng tử cung bảo đảm không còn dị vật và buồng tử cung toàn vẹn.

**VI. THEO DÕI**

Theo dõi: toàn thân, mạch, huyết áp, ra máu âm đạo trong vòng vài giờ sau thủ thuật.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Không thấy dị vật: có thể dị vật nằm trong lớp cơ tử cung hay ở ngoài tử cung. Tùy tình huống cụ thể để có thái độ xử trí phù hợp.

Thủng tử cung: ngừng thủ thuật, theo dõi người bệnh, điều trị bảo tồn.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013;

## 91. NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CHẨN ĐOÁN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Soi buồng tử cung (soi BTC) là một thủ thuật đưa ống soi gắn camera vào buồng tử cung để chẩn đoán (soi buồng tử cung chẩn đoán) hoặc để làm các thủ thuật trong buồng tử cung (soi buồng tử cung phẫu thuật)

Thủ thuật này hiện nay được chỉ định nhiều hơn trong chẩn đoán những bất thường trong buồng tử cung và kiểm tra buồng tử cung ở những người bệnh vô sinh

Nội soi buồng TC có đặc điểm là: không cần mổ bụng bệnh nhân, không cần xẻ TC, không đau sau mổ, hồi phục sức khỏe nhanh, xuất viện sớm, trở lại công việc sinh hoạt hàng ngày nhanh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Sau các xét nghiệm X-quang, siêu âm, nội soi buồng TC được xem là một biện pháp chẩn đoán chính xác bệnh lý tại buồng TC.

Soi buồng tử cung được chỉ định:

Xác định nguyên nhân chảy máu âm đạo như: polyp, u xơ, teo niêm mạc, quá sản nội mạc, ung thư nội mạc tử cung.

Đánh giá mức độ thâm nhiễm của ung thư nội mạc tử cung.

Xác định vị trí vách ngăn tử cung để tìm cách phẫu thuật tốt nhất.

Soi buồng tử cung giúp xác định vị trí sinh thiết nội mạc tử cung ở vùng nghi ngờ, lấy dụng cụ tử cung, cắt chỗ dính hay vách ngăn tử cung, cắt u xơ dưới nội mạc.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Có thai.

Chít hẹp cổ tử cung

Đang có nhiễm trùng đường sinh dục.

Đang ra máu âm đạo nhiều.

Nhân xơ ở lòng TC có kích thước >=  5cm (cần điều trị thuốc cho u xơ giảm kích thước trước)

Có bệnh lý ác tính tại buồng TC.

Bị dị ứng với chất dịch làm căng buồng TC (như Sorbitol, Glycocolle…)

Chống chỉ định của gây mê toàn thân

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản đã được đào tạo.

**2. Phương tiện**

Dụng cụ soi buồng tử cung

Ống kính soi có cấu trúc bằng bó sợi cáp quang, 50.000 pixel, trường nhìn rộng. Khẩu kính ống soi 4mm, góc nhìn 30o hoặc 12o

Vỏ ngoài: khẩu kính 5mm nếu soi BTC chẩn đoán hoặc 7, 8, 9 mm nếu soi BTC phẫu thuật Đầu xa dạng tròn, không gây sang chấn

Có đường đưa nước vào và nước ra riêng biệt, cho phép đường nước tưới rửa liên tục để có hình ảnh luôn sáng rõ

Các loại dung dịch làm căng giãn buồng tử cung

Các loại dung dịch lỏng làm căng buồng tử cung có thể có độ nhớt thấp hay cao. Loại dung dịch có độ nhớt thấp có thể có hay không có chứa chất điện giải. Lựa chọn loại dung dịch nào tùy thuộc chỉ định và cách thức Laser: do không dùng dòng điện cho nên có thể dùng loại dung dịch có chứa điện giải như Natri clorua, Dextrose 5% trong dung dịch muối hay Lactate Ringer

Nếu có dùng điện trong phẫu thuật, cần dùng những loại dung dịch không chứa chất điện giải như Glycine 1,5%, Sorbitol 3-5 % hay hỗn hợp Sorbitol, Mannitol và 5% Dextrose trong nước

Khi dùng loại dung dịch có độ nhớt thấp, tốc độ truyền vào và số lượng dung dịch sử dụng cần được theo dõi chặt chẽ để tránh nguy cơ phù phổi cấp

Dung dịch có độ nhớt cao như Dextran (đặc biệt loại 32% Dextran 70 trong 10% Dextrose) cho hình ảnh rõ nét hơn. Loại dung dịch này không hòa tan với máu, do đó trong những ca có chảy máu ít trong phẫu trường, tầm nhìn vẫn rất tốt. Tuy nhiên, những loại dung dịch này có chứa polysaccaride nên có thể gây ra phản ứng dị ứng. Bên cạnh đó, do tính thẩm thấu cao (hyperosmotic) dung dịch này có thể xâm nhâp vào hệ tuần hoàn và rất dễ dàng gây phù phổi cấp

Khí CO2 cũng có thể được dùng trong soi BTC chẩn đoán.

**3. Người bệnh**

Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.

Xét nghiệm bộ xét nghiệm cơ bản trong phẫu thuật và thêm các xét nghiệm khác tùy theo tình trạng bệnh lý kèm theo ( nếu cần).

Được tư vấn kỹ về bệnh và quy trình kỹ thuật, nguy cơ và biến chứng có thể xảy ra.

Người bệnh ký cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức. - Sử dụng kháng sinh dự phòng

Thụt tháo

Vệ sinh âm hộ, sát khuẩn vùng mổ

Gây mê toàn thân

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**5. Nơi thực hiện phẫu thuật:** trong phòng mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Yêu cầu người bệnh đi tiểu

Người bệnh nằm lên bàn theo tư thế phụ khoa

Sát khuẩn vùng sinh dục

Đặt van âm đạo hay mỏ vịt

Cặp cổ tử cung bằng kẹp Pozzi

Phóng bế cạnh cổ tử cung bằng lidocain 2%

Thăm dò buồng tử cung bằng thước đo

Đưa ống soi vào buồng tử cung

Làm căng buồng tử cung bằng một trong các cách sau:

+ Khí CO2, chỉ dùng với mục đích chẩn đoán, cần có máy bơm khí tự động. Áp lực bơm khí: 100-120 mmHg, lưu lượng khí: 30-60 ml/phút.

+ Dung dịch: có thể sử dụng dung dịch như: nước muối sinh lý, glucose 5%, manitol, sorbitol, dextran. Có thể áp dụng cách sau để dịch chảy vào buồng tử cung: để dịch ở vị trí cao hơn ổ bụng người bệnh từ 90-100 cm và cho tự chảy.

Đưa ống soi chẩn đoán vào buồng tử cung quan sát và đánh giá ống cổ tử cung, buồng tử cung, niêm mạc tử cung và 2 lỗ vòi trứng

**VI. THEO DÕI**

Theo dõi: toàn thân, mạch, huyết áp, ra máu âm đạo trong vòng vài giờ sau thủ thuật.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Thủng tử cung: ngừng thủ thuật. Soi ổ bụng để đánh giá tổn thương thủng tử cung và xử trí phù hợp theo tổn thương. Trong nhiều ca có thể bảo tồn được tử cung. Theo dõi sát người bệnh trong những giờ đầu sau mổ. .

Biến chứng liên quan đến quá tải tuần hoàn do dịch làm căng buồng tử cung đi vào mạch máu. Để tránh tai biến này, không nên phẫu thuật quá lâu (trên 30 phút), phải kiểm soát lượng dịch vào và ra, sử dụng máy bơm hút liên tục chuyên dụng.

Nhiễm khuẩn: kháng sinh đường tiêm phổ rộng..

***Tài liệu tham khảo***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013;

## 92. NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CAN THIỆP

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Soi buồng tử cung (soi BTC) là một thủ thuật đưa ống soi gắn camera vào buồng tử cung để chẩn đoán (soi buồng tử cung chẩn đoán) hoặc để làm các thủ thuật trong buồng tử cung (soi buồng tử cung phẫu thuật)

Thủ thuật này hiện nay được chỉ định nhiều hơn trong chẩn đoán những bất thường trong buồng tử cung và kiểm tra buồng tử cung ở những người bệnh vô sinh

Nội soi buồng TC có đặc điểm là: không cần mổ bụng bệnh nhân, không cần xẻ TC, không đau sau mổ, hồi phục sức khỏe nhanh, xuất viện sớm, trở lại công việc sinh hoạt hàng ngày nhanh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các bệnh lý tại buồng tử cung có chỉ định phâu thuật:

U xơ tử cung dưới niêm mạc

Polyp buồng tử cung

Dính buồng tử cung

Vách ngăn tử cung

Các trường hợp bệnh lý nghi do nguyên nhân tại buồng tử cung nhưng chưa chẩn đoán xác định: rong kinh rong huyết, băng huyết, vô sinh,... Nội soi buồng tử cung có thể được sử dụng để chẩn đoán và điều trị tại chỗ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Có thai.

Chít hẹp cổ tử cung

Đang có nhiễm trùng đường sinh dục.

Đang ra máu âm đạo nhiều.

Nhân xơ ở lòng TC có kích thước >=  5cm (cần điều trị thuốc cho u xơ giảm kích thước trước)

Có bệnh lý ác tính tại buồng TC.

Bị dị ứng với chất dịch làm căng buồng TC (như Sorbitol, Glycocolle…)

Chống chỉ định của gây mê toàn thân

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản đã được đào tạo.

**2. Phương tiện**

Dụng cụ soi buồng tử cung

Ống kính soi có cấu trúc bằng bó sợi cáp quang, 50.000 pixel, trường nhìn rộng. Khẩu kính ống soi 4mm, góc nhìn 30o hoặc 12o

Vỏ ngoài: khẩu kính 5mm nếu soi BTC chẩn đoán hoặc 7, 8, 9 mm nếu soi BTC phẫu thuật Đầu xa dạng tròn, không gây sang chấn

Có đường đưa nước vào và nước ra riêng biệt, cho phép đường nước tưới rửa liên tục để có hình ảnh luôn sáng rõ

Các loại dung dịch làm căng giãn buồng tử cung

Các loại dung dịch lỏng làm căng buồng tử cung có thể có độ nhớt thấp hay cao. Loại dung dịch có độ nhớt thấp có thể có hay không có chứa chất điện giải. Lựa chọn loại dung dịch nào tùy thuộc chỉ định và cách thức Laser: do không dùng dòng điện cho nên có thể dùng loại dung dịch có chứa điện giải như Natri clorua, Dextrose 5% trong dung dịch muối hay Lactate Ringer

Nếu có dùng điện trong phẫu thuật, cần dùng những loại dung dịch không chứa chất điện giải như Glycine 1,5%, Sorbitol 3-5 % hay hỗn hợp Sorbitol, Mannitol và 5% Dextrose trong nước

Khi dùng loại dung dịch có độ nhớt thấp, tốc độ truyền vào và số lượng dung dịch sử dụng cần được theo dõi chặt chẽ để tránh nguy cơ phù phổi cấp

Dung dịch có độ nhớt cao như Dextran (đặc biệt loại 32% Dextran 70 trong 10% Dextrose) cho hình ảnh rõ nét hơn. Loại dung dịch này không hòa tan với máu, do đó trong những ca có chảy máu ít trong phẫu trường, tầm nhìn vẫn rất tốt. Tuy nhiên, những loại dung dịch này có chứa polysaccaride nên có thể gây ra phản ứng dị ứng. Bên cạnh đó, do tính thẩm thấu cao (hyperosmotic) dung dịch này có thể xâm nhâp vào hệ tuần hoàn và rất dễ dàng gây phù phổi cấp

Khí CO2 cũng có thể được dùng trong soi BTC chẩn đoán.

**3. Người bệnh**

Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.

Xét nghiệm bộ xét nghiệm cơ bản trong phẫu thuật và thêm các xét nghiệm khác tùy theo tình trạng bệnh lý kèm theo ( nếu cần).

Được tư vấn kỹ về bệnh và quy trình kỹ thuật, nguy cơ và biến chứng có thể xảy ra.

Người bệnh ký cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức. - Sử dụng kháng sinh dự phòng

Thụt tháo

Vệ sinh âm hộ, sát khuẩn vùng mổ

Gây mê toàn thân

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**5. Nơi thực hiện phẫu thuật:** trong phòng mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Yêu cầu người bệnh đi tiểu

Người bệnh nằm lên bàn theo tư thế phụ khoa

Sát khuẩn vùng sinh dục

Đặt van âm đạo hay mỏ vịt

Cặp cổ tử cung bằng kẹp Pozzi

Phóng bế cạnh cổ tử cung bằng lidocain 2%

Thăm dò buồng tử cung bằng thước đo

Đưa ống soi vào buồng tử cung

Làm căng buồng tử cung bằng một trong các cách sau:

+Khí CO2, chỉ dùng với mục đích chẩn đoán, cần có máy bơm khí tự động. Áp lực bơm khí: 100-120 mmHg, lưu lượng khí: 30-60 ml/phút.

+Dung dịch: có thể sử dụng dung dịch như: nước muối sinh lý, glucose 5%, manitol, sorbitol, dextran. Có thể áp dụng cách sau để dịch chảy vào buồng tử cung: để dịch ở vị trí cao hơn ổ bụng người bệnh từ 90-100 cm và cho tự chảy.

-Đưa ống soi chẩn đoán vào buồng tử cung quan sát và đánh giá ống cổ tử cung, buồng tử cung, niêm mạc tử cung và 2 lỗ vòi trứng

-Tùy theo bệnh lý hay tổn thương tại buồng tử cung mà xử trí theo phác đồ:

**VI. THEO DÕI**

Theo dõi: toàn thân, mạch, huyết áp, ra máu âm đạo trong vòng vài giờ sau thủ thuật.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Thủng tử cung: ngừng thủ thuật. Soi ổ bụng để đánh giá tổn thương thủng tử cung và xử trí phù hợp theo tổn thương. Trong nhiều ca có thể bảo tồn được tử cung. Theo dõi sát người bệnh trong những giờ đầu sau mổ. .

Biến chứng liên quan đến quá tải tuần hoàn do dịch làm căng buồng tử cung đi vào mạch máu. Để tránh tai biến này, không nên phẫu thuật quá lâu (trên 30 phút), phải kiểm soát lượng dịch vào và ra, sử dụng máy bơm hút liên tục chuyên dụng.

Nhiễm khuẩn: kháng sinh đường tiêm phổ rộng.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013;

## 93. NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG + SINH THIẾT BUỒNG TỬ CUNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Soi buồng tử cung (soi BTC) là một thủ thuật đưa ống soi gắn camera vào buồng tử cung để chẩn đoán (soi buồng tử cung chẩn đoán) hoặc để làm các thủ thuật trong buồng tử cung (soi buồng tử cung phẫu thuật)

Thủ thuật này hiện nay được chỉ định nhiều hơn trong chẩn đoán những bất thường trong buồng tử cung và kiểm tra buồng tử cung ở những người bệnh vô sinh

Nội soi buồng TC có đặc điểm là: không cần mổ bụng bệnh nhân, không cần xẻ TC, không đau sau mổ, hồi phục sức khỏe nhanh, xuất viện sớm, trở lại công việc sinh hoạt hàng ngày nhanh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Soi buồng tử cung được chỉ định:

Xác định nguyên nhân chảy máu âm đạo như: polyp, u xơ, teo niêm mạc, quá sản nội mạc, ung thư nội mạc tử cung.

Đánh giá mức độ thâm nhiễm của ung thư nội mạc tử cung.

Xác định vị trí vách ngăn tử cung để tìm cách phẫu thuật tốt nhất.

Soi buồng tử cung giúp xác định vị trí sinh thiết nội mạc tử cung ở vùng nghi ngờ, lấy dụng cụ tử cung, cắt chỗ dính hay vách ngăn tử cung, cắt u xơ dưới nội mạc.

Sinh thiết buồng tử cung chỉ định trong các trường hợp bệnh lý liên quan đến nội mạc tử cung như quá sản nội mạc, polyp nội mạc, rong kinh, rong huyết trong tiền mãn kinh, vô sinh…

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Có thai.

Chít hẹp cổ tử cung

Đang có nhiễm trùng đường sinh dục.

Đang ra máu âm đạo nhiều.

Nhân xơ ở lòng TC có kích thước >=  5cm (cần điều trị thuốc cho u xơ giảm kích thước trước)

Có bệnh lý ác tính tại buồng TC.

Bị dị ứng với chất dịch làm căng buồng TC (như Sorbitol, Glycocolle…)

Chống chỉ định của gây mê toàn thân

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản đã được đào tạo.

**2. Phương tiện**

Dụng cụ soi buồng tử cung

Ống kính soi có cấu trúc bằng bó sợi cáp quang, 50.000 pixel, trường nhìn rộng. Khẩu kính ống soi 4mm, góc nhìn 30o hoặc 12o

Vỏ ngoài: khẩu kính 5mm nếu soi BTC chẩn đoán hoặc 7, 8, 9 mm nếu soi BTC phẫu thuật Đầu xa dạng tròn, không gây sang chấn

Có đường đưa nước vào và nước ra riêng biệt, cho phép đường nước tưới rửa liên tục để có hình ảnh luôn sáng rõ

Các loại dung dịch làm căng giãn buồng tử cung

Các loại dung dịch lỏng làm căng buồng tử cung có thể có độ nhớt thấp hay cao. Loại dung dịch có độ nhớt thấp có thể có hay không có chứa chất điện giải. Lựa chọn loại dung dịch nào tùy thuộc chỉ định và cách thức Laser: do không dùng dòng điện cho nên có thể dùng loại dung dịch có chứa điện giải như Natri clorua, Dextrose 5% trong dung dịch muối hay Lactate Ringer

Nếu có dùng điện trong phẫu thuật, cần dùng những loại dung dịch không chứa chất điện giải như Glycine 1,5%, Sorbitol 3-5 % hay hỗn hợp Sorbitol, Mannitol và 5% Dextrose trong nước

Khi dùng loại dung dịch có độ nhớt thấp, tốc độ truyền vào và số lượng dung dịch sử dụng cần được theo dõi chặt chẽ để tránh nguy cơ phù phổi cấp

Dung dịch có độ nhớt cao như Dextran (đặc biệt loại 32% Dextran 70 trong 10% Dextrose) cho hình ảnh rõ nét hơn. Loại dung dịch này không hòa tan với máu, do đó trong những ca có chảy máu ít trong phẫu trường, tầm nhìn vẫn rất tốt. Tuy nhiên, những loại dung dịch này có chứa polysaccaride nên có thể gây ra phản ứng dị ứng. Bên cạnh đó, do tính thẩm thấu cao (hyperosmotic) dung dịch này có thể xâm nhâp vào hệ tuần hoàn và rất dễ dàng gây phù phổi cấp

Khí CO2 cũng có thể được dùng trong soi BTC chẩn đoán.

**3. Người bệnh**

Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.

Xét nghiệm bộ xét nghiệm cơ bản trong phẫu thuật và thêm các xét nghiệm khác tùy theo tình trạng bệnh lý kèm theo ( nếu cần).

Được tư vấn kỹ về bệnh và quy trình kỹ thuật, nguy cơ và biến chứng có thể xảy ra.

Người bệnh ký cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức. - Sử dụng kháng sinh dự phòng

Thụt tháo

Vệ sinh âm hộ, sát khuẩn vùng mổ

Gây mê toàn thân

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**5. Nơi thực hiện phẫu thuật:** trong phòng mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Yêu cầu người bệnh đi tiểu

Người bệnh nằm lên bàn theo tư thế phụ khoa

Sát khuẩn vùng sinh dục

Đặt van âm đạo hay mỏ vịt

Cặp cổ tử cung bằng kẹp Pozzi

Phong bế cạnh cổ tử cung bằng lidocain 2%

Thăm dò buồng tử cung bằng thước đo

Đưa ống soi vào buồng tử cung

Làm căng buồng tử cung bằng một trong các cách sau:

+ Khí CO2, chỉ dùng với mục đích chẩn đoán, cần có máy bơm khí tự động. Áp lực bơm khí: 100-120 mmHg, lưu lượng khí: 30-60 ml/phút.

+ Dung dịch: có thể sử dụng dung dịch như: nước muối sinh lý, glucose 5%, manitol, sorbitol, dextran. Có thể áp dụng cách sau để dịch chảy vào buồng tử cung: để dịch ở vị trí cao hơn ổ bụng người bệnh từ 90-100 cm và cho tự chảy.

Đưa ống soi chẩn đoán vào buồng tử cung quan sát và đánh giá ống cổ tử cung, buồng tử cung, niêm mạc tử cung và 2 lỗ vòi trứng

Đưa dụng cụ sinh thiết vào tử cung thông qua ống nội soi và lấy tế bào trong tử cung.

Đưa tế bào dùng để sinh thiết ra ngoài bảo quản đúng cách cho đến khi kiểm tra, xét nghiệm.

Đưa ống nội soi ra ngoài.

Cho bệnh nhân sử dụng thuốc giảm đau và nghỉ ngơi.

**VI. THEO DÕI**

Theo dõi: toàn thân, mạch, huyết áp, ra máu âm đạo trong vòng vài giờ sau thủ thuật.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Thủng tử cung: ngừng thủ thuật. Soi ổ bụng để đánh giá tổn thương thủng tử cung và xử trí phù hợp theo tổn thương. Trong nhiều ca có thể bảo tồn được tử cung. Theo dõi sát người bệnh trong những giờ đầu sau mổ. .

Biến chứng liên quan đến quá tải tuần hoàn do dịch làm căng buồng tử cung đi vào mạch máu. Để tránh tai biến này, không nên phẫu thuật quá lâu (trên 30 phút), phải kiểm soát lượng dịch vào và ra, sử dụng máy bơm hút liên tục chuyên dụng.

Nhiễm khuẩn: kháng sinh đường tiêm phổ rộng..

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013;

## 94. NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG + NẠO BUỒNG TỬ CUNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nạo buồng tử cung là thủ thuật sử dụng cụng cụ, thông qua cổ tử cung để lấy lớp nội mạc tử cung ra ngoài nhằm mục đích xét nghiệm phục vụ chẩn đoán hoặc điều trị. Nạo buồng tử cung có thể được thực hiện đơn độc hoặc phối hợp với soi buồng tử cung nhằm tăng hiệu quả chẩn đoán và điều trị.

Soi buồng tử cung (soi BTC) là một thủ thuật đưa ống soi gắn camera vào buồng tử cung để chẩn đoán (soi buồng tử cung chẩn đoán) hoặc để làm các thủ thuật trong buồng tử cung (soi buồng tử cung phẫu thuật)

Thủ thuật này hiện nay được chỉ định nhiều hơn trong chẩn đoán những bất thường trong buồng tử cung và kiểm tra buồng tử cung ở những người bệnh vô sinh

Nội soi buồng TC có đặc điểm là: không cần mổ bụng bệnh nhân, không cần xẻ TC, không đau sau mổ, hồi phục sức khỏe nhanh, xuất viện sớm, trở lại công việc sinh hoạt hàng ngày nhanh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Rong kinh, rong huyết ở phụ nữ >45 tuổi

Rong kinh, rong huyết ở phụ nữ <45 tuổi nhưng có cơ địa cường estrogen (béo phì, buồng trứng đa nang), điều trị nội khoa thất bại

[U xơ](http://www.yhoc-net.com/san-phu-khoa/13-phu-khoa/1250-u-xo-tu-cung.html) và polyp buồng tử cung có chỉ định phẫu thuật

Ung thư nội mạc tử cung. Nạo buồng tử cung và soi buồng tử cung thường được thực hiện để chẩn đoán trong các trường hợp nghi ngờ ung thư niêm mạc tử cung, đặc biệt là khi nạo buồng tử cung đơn thuần có thể bỏ sót tổn thương.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Có thai.

Chít hẹp cổ tử cung

Đang có nhiễm trùng đường sinh dục.

Đang ra máu âm đạo nhiều.

Nhân xơ ở lòng TC có kích thước >=  5cm (cần điều trị thuốc cho u xơ giảm kích thước trước)

Có bệnh lý ác tính tại buồng TC.

Bị dị ứng với chất dịch làm căng buồng TC (như Sorbitol, Glycocolle…

Chống chỉ định của gây mê toàn thân

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản đã được đào tạo.

**2. Phương tiện**

Dụng cụ soi buồng tử cung

Ống kính soi có cấu trúc bằng bó sợi cáp quang, 50.000 pixel, trường nhìn rộng. Khẩu kính ống soi 4mm, góc nhìn 30o hoặc 12o

Vỏ ngoài: khẩu kính 5mm nếu soi BTC chẩn đoán hoặc 7, 8, 9 mm nếu soi BTC phẫu thuật Đầu xa dạng tròn, không gây sang chấn

Có đường đưa nước vào và nước ra riêng biệt, cho phép đường nước tưới rửa liên tục để có hình ảnh luôn sáng rõ

Các loại dung dịch làm căng giãn buồng tử cung

Các loại dung dịch lỏng làm căng buồng tử cung có thể có độ nhớt thấp hay cao. Loại dung dịch có độ nhớt thấp có thể có hay không có chứa chất điện giải. Lựa chọn loại dung dịch nào tùy thuộc chỉ định và cách thức Laser: do không dùng dòng điện cho nên có thể dùng loại dung dịch có chứa điện giải như Natri clorua, Dextrose 5% trong dung dịch muối hay Lactate Ringer

Nếu có dùng điện trong phẫu thuật, cần dùng những loại dung dịch không chứa chất điện giải như Glycine 1,5%, Sorbitol 3-5 % hay hỗn hợp Sorbitol, Mannitol và 5% Dextrose trong nước

Khi dùng loại dung dịch có độ nhớt thấp, tốc độ truyền vào và số lượng dung dịch sử dụng cần được theo dõi chặt chẽ để tránh nguy cơ phù phổi cấp

Dung dịch có độ nhớt cao như Dextran (đặc biệt loại 32% Dextran 70 trong 10% Dextrose) cho hình ảnh rõ nét hơn. Loại dung dịch này không hòa tan với máu, do đó trong những ca có chảy máu ít trong phẫu trường, tầm nhìn vẫn rất tốt. Tuy nhiên, những loại dung dịch này có chứa polysaccaride nên có thể gây ra phản ứng dị ứng. Bên cạnh đó, do tính thẩm thấu cao (hyperosmotic) dung dịch này có thể xâm nhâp vào hệ tuần hoàn và rất dễ dàng gây phù phổi cấp

Khí CO2 cũng có thể được dùng trong soi BTC chẩn đoán.

**3. Người bệnh**

Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.

Xét nghiệm bộ xét nghiệm cơ bản trong phẫu thuật và thêm các xét nghiệm khác tùy theo tình trạng bệnh lý kèm theo ( nếu cần).

Được tư vấn kỹ về bệnh và quy trình kỹ thuật, nguy cơ và biến chứng có thể xảy ra.

Người bệnh ký cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức. - Sử dụng kháng sinh dự phòng

Thụt tháo

Vệ sinh âm hộ, sát khuẩn vùng mổ

Gây mê toàn thân

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**Nơi thực hiện phẫu thuật:** trong phòng mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Yêu cầu người bệnh đi tiểu

Người bệnh nằm lên bàn theo tư thế phụ khoa

Sát khuẩn vùng sinh dục

Đặt van âm đạo hay mỏ vịt

Cặp cổ tử cung bằng kẹp Pozzi

Phóng bế cạnh cổ tử cung bằng lidocain 2%

Thăm dò buồng tử cung bằng thước đo

Đưa ống soi vào buồng tử cung

Làm căng buồng tử cung bằng một trong các cách sau:

+ Khí CO2, chỉ dùng với mục đích chẩn đoán, cần có máy bơm khí tự động. Áp lực bơm khí: 100-120 mmHg, lưu lượng khí: 30-60 ml/phút.

+ Dung dịch: có thể sử dụng dung dịch như: nước muối sinh lý, glucose 5%, manitol, sorbitol, dextran. Có thể áp dụng cách sau để dịch chảy vào buồng tử cung: để dịch ở vị trí cao hơn ổ bụng người bệnh từ 90-100 cm và cho tự chảy.

Đưa ống soi chẩn đoán vào buồng tử cung quan sát và đánh giá ống cổ tử cung, buồng tử cung, niêm mạc tử cung và 2 lỗ vòi trứng

Dùng dụng cụ nạo sạch buồng tử cung, lần lượt nạo mặt trước, mặt sau, vùng đáy, hai bờ và hai sừng tử cung.

Đưa chất nạo ra ngoài bảo quản đúng cách cho đến khi kiểm tra, xét nghiệm Giải Phẫu Bệnh.

Đưa ống nội soi ra ngoài.

**VI. THEO DÕI**

Theo dõi: toàn thân, mạch, huyết áp, ra máu âm đạo trong vòng vài giờ sau thủ thuật.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Thủng tử cung: ngừng thủ thuật. Soi ổ bụng để đánh giá tổn thương thủng tử cung và xử trí phù hợp theo tổn thương. Trong nhiều ca có thể bảo tồn được tử cung. Theo dõi sát người bệnh trong những giờ đầu sau mổ. .

Biến chứng liên quan đến quá tải tuần hoàn do dịch làm căng buồng tử cung đi vào mạch máu. Để tránh tai biến này, không nên phẫu thuật quá lâu (trên 30 phút), phải kiểm soát lượng dịch vào và ra, sử dụng máy bơm hút liên tục chuyên dụng.

Nhiễm khuẩn: kháng sinh đường tiêm phổ rộng..

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013

## 95.PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG CHẨN ĐOÁN CÁC BỆNH LÝ PHỤ KHOA

**I. ĐẠI CƯƠNG**

PTNS được mô tả là phẫu thuật trong đó bác sĩ dùng ống soi có gắn vào máy quay phim và nguồn sáng để nhìn vào trong bụng bệnh nhân nhằm mục đích chẩn đoán và có thể điều trị cùng lúc.

So với mổ hở, PTNS có nhiều ưu điểm: sẹo mổ nhỏ, ít đau sau mổ, rút ngắn thời gian nằm viện, hồi phục sức khỏe nhanh, trở lại công việc và sinh hoạt hàng ngày sớm.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Đau vùng chậu không giải thích được

Vô sinh không rõ nguyên nhân

Các bệnh lý phụ khoa không thể chẩn đoán xác định bằng các phương pháp không xâm lấn khác. VD:

Chửa ngoài tử cung

Khối u buồng trứng.

U xơ tử cung.

Bệnh lý lạc nội mạc TC.

Vô sinh do vòi trứng, do buồng trứng đa nang.

Viêm nhiễm, ứ mủ vòi tử cung, viêm tiểu khung

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1. Bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng nói chung:**

**Bệnh tim mạch:** bệnh tim bẩm sinh, bệnh van tim, xơ vữa động mạch, bệnh mạch vành, cao huyết áp không được điều trị đã có biến chứng ở não, tim, thận. Bệnh nhân sốc chấn thương, sốc mất máu.

**Bệnh lý phổi:** bệnh phổi mãn tính, khí phế thũng, hen phế quản, kén khí phổi

**Bệnh lý thần kinh:** tăng áp lực nội sọ, tăng nhãn áp, di chứng của chấn thương sọ não hoặc đang theo dõi chấn thương sọ não

**Các chống chỉ định khác:** bệnh lý đông máu, nhiễm khuẩn nặng, bệnh nhân có mổ cũ ổ bụng dính nhiều, suy thận

Ruột chướng

Thoát vị cơ hoành

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa sản đã được huấn luyện, đào tạo mổ nội soi

Bác sĩ đã được đào tạo phụ mổ nội soi

Bác sĩ hoặc kĩ thuật viên gây mê hồi sức

Điều dưỡng viên/y tá làm người đưa dụng cụ

**2. Phương tiện**

Thuốc gây mê toàn thân, các thuốc hồi sức, dịch truyền.

Dụng cụ đặt nội khí quản và máy thở

Dàn máy, hệ thống khí CO2, màn hình TV

Bộ dụng cụ nội soi

**3. Người bệnh**

Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.

Xét nghiệm bộ xét nghiệm cơ bản trong phẫu thuật và thêm các xét nghiệm khác tùy theo tình trạng bệnh lý kèm theo ( nếu cần).

Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những nguy cơ, biến chứng, tai biến của phẫu thuật có thể xảy ra

Người bệnh ký cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức

Sử dụng kháng sinh dự phòng

Thụt tháo

Vệ sinh bụng, sát khuẩn vùng mổ . Thông tiểu.

Được gây mê toàn thân, thở máy

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**5. Nơi thực hiện thủ thuật:** Phòng mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Thì 1**: **Chọc trocart và bơm CO2 vào ổ bụng**

Rạch dưới rốn 5 hoặc 10 mm (phù hợp với đèn soi). Nâng thành bụng lên cao để chọc kim (hoặc chọc ngay trocart 5 hoặc trocart 10 nếu phẫu thuật viên có kinh nghiệm), dùng nước nhỏ vào đốc kim kiểm tra xem đầu kim đã nằm trong ổ bụng chưa

Bơm CO2 vào ổ bụng, tốc độ khí vào thường được đặt là 3- 4 lít/ phút. Cảm ứng tắt tự động nếu áp lực bơm trên 15-20 mm Hg

Chọc troca 5 hoặc 10

Đưa đèn soi. Kiểm tra xem trocart đã nằm trong ổ bụng chưa

Chọc 2 trocart 10 ở hai bên hố chậu, gần mào chậu, chú ý tránh chọc vào mạch máu

**Thì 2: Kiểm tra tử cung và các tạng xung quanh**

Quan sát tử cung, hai phần phụ, tiểu khung, kiểm tra dạ dầy và gan. Đánh giá các tổn thương, tìm nguyên nhân gây bệnh lý.

**Thì 3: Điều trị, xử trí tùy theo tổn thương**

**Thì 4: Kiểm tra, cầm máu và tháo CO2**

Rửa lại ổ bụng vùng tiểu khung, xem dịch nước rửa trong, kiểm tra không chảy máu, nước rửa trong

Tháo CO2, rút 2 trocart ở hố chậu trước, trocart ở rốn có đèn soi rút sau cùng. Chú ý xem tình trạng huyết áp của người bệnh tại thời điểm kiểm tra cầm máu

Khâu da

**VI. THEO DÕI**

**Theo dõi toàn trạng, chỉ số sinh tồn, vết mổ, ổ bụng, nước tiểu**

**Tùy theo phẫu thuật xử trí mà theo dõi thêm hậu phẫu: dẫn lưu, máu âm đạo, ...**

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Tai biến và xử trí nói chung giống như phẫu thuật thông thường

Do gây mê, đặt ống thở khó khăn, dị ứng thuốc, bệnh tim phổi.

Nhiễm trùng vết thương.

Chảy máu.

Viêm tắc tĩnh mạch, tắc mạch phổi do có cục máu đông trong lòng mạch.

Các tai biến đặc biệt trong nội soi

Tổn thương thành bụng: chảy máu, thoát vị thành bụng.

Tổn thương cơ quan trong bụng (ruột, bàng quang, mạch máu lớn...)

Việc chuyển từ mổ nội soi qua mổ hở không phải là thất bại của nội soi mà để làm cho cuộc mổ an toàn hơn.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013;

## 96. LÀM LẠI VẾT MỔ THÀNH BỤNG (BỤC, TỤ MÁU, NHIỄM KHUẨN...) SAU PHẪU THUẬT SẢN PHỤ KHOA

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Toác vết mổ là biến chứng sau mổ, tình trạng vết mổ thành bụng được khâu không liền lại, làm cho hai mép vết mổ cũng như phúc mạc thành bụng không dính lại với nhau như trước mổ mà toác rộng ra, làm cho các tạng trong ổ bụng chui ra ngoài qua vết mổ. Toác vết mổ có thể là một phần hoặc toàn bộ vết mổ. Nguyên nhân là do nhiễm khuẩn, kỹ thuật khâu,...

– Khâu phục hồi thành bụng là phẫu thuật khâu đóng lại 2 mép vết mổ, khôi phục lại tình trạng toàn vẹn, liên tục của thành bụng tránh cho các tạng chui ra ngoài qua vết mổ và nhiễm khuẩn từ ngoài vào trong ổ bụng.

*\*Nguyên nhân và các yếu tố ảnh hưởng:*

– *Nhiễm khuẩn vết mổ:*

+ Trường hợp mổ các loại viêm phúc mạc tiểu khung, abcess tiểu khung,...

+ Trường hợp mổ lấy thai: nhiễm khuẩn ối,

+ Trường hợp mổ ứ mủ vòi tử cung

+ Trường hợp mổ không đảm bảo nguyên tắc vô trùng

*– Kỹ thuật khâu đóng bụng không đúng:*khâu không đúng lớp cân, mũi chỉ quá căng, chỉ khâu bị đứt.

*– Áp lực ổ bụng sau mổ lớn và kéo dài làm tình trạng cân cơ thành bụng quá căng:*thở máy kéo dài, bụng quá chướng do liệt ruột cơ năng sau mổ, người bệnh gắng sức ho rặn, nôn, có ổ áp xe tồn dư sau mổ…

*– Yếu tố nguy cơ của toác vết mổ thành bụng:*suy dinh dưỡng, béo phì, đang dùng thuốc ức chế miễn dịch hay corticoid, đái tháo đường, suy thận, bệnh lý ác tính hóa trị hay xạ trị…

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các trường hợp sau mổ có toác vết mổ thành bụng

Tụ máu vết mổ

Vết mổ nhiễm khuẩn đã điều trị kháng sinh tạm ổn định

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Cân nhắc thực hiện kỹ thuật trong các trường hợp mất tổ chức thành bụng rộng, vết mổ còn bẩn và không có khả năng kéo ép vết mổ vào nhau.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**PTV Sản khoa – Ngoại khoa.

**2. Phương tiện:** – Găng tay vô khuẩn – Áo vô khuẩn – Chỉ không tiêu số 1 hoặc số 0, có thể chỉ kim loại – Kìm kẹp kim – Panh, kẹp phẫu tích, kéo vô khuẩn – Gạc các cỡ vô khuẩn, dung dịch sát khuẩn: betadine.

3. Người bệnh:

– Làm bilan trước mổ: Cần xác định rõ có viêm phúc mạc hay áp xe trong ổ bụng sau mổ không?

– Điều trị các bệnh lý toàn thân phối hợp.

– Bồi phụ dinh dưỡng, nước – điện giải

– Dùng kháng sinh dự phòng.

– Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh.

4. Hồ sơ bệnh án:

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kĩ thuật**

3.1. **Vô cảm:**Gây mê nội khí quản hoặc tê tại chỗ trong các trường hợp toác vết mổ nhỏ, đơn thuần.

3.2. **Kĩ thuật**:

3.2.1. Với những trường hợp toác vết mổ đơn thuần:

– Làm sạch vết mổ: Lấy hết tổ chức giả mạc, bộc lộ cân cơ

– Khâu lại thành bụng:

– Vết mổ sạch: Khâu cân cơ bằng chỉ vicryl số 1, khoảng cách mỗi mũi khâu 1,5- 2cm. Khâu da thưa.

– Vết mổ bẩn: Đóng cân cơ – da một lớp có hoặc không có cầu phao.

3.2.2. Với những trường hợp toác vết mổ có biến chứng của lần mổ trước:

– Bóc tách gỡ dính các tạng với nhau, với mép vết mổ và đưa vào trong ổ bụng. Làm xẹp ruột.

– Thăm dò ổ bụng.

– Lấy dịch, bệnh phẩm làm vi sinh, kháng sinh đồ.

– Lau rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu, sắp xếp lại các quai ruột.

– Khâu phục hồi thành bụng bằng đóng thành bụng một lớp. Khâu một lớp đi từ da cách mép vết mổ từ 1,5 – 2cm xuyên vào tới phúc mạc của mổ mép vết mổ (gồm tất cả các lớp) và tiếp tục từ phúc mạc ra da mép vết mổ đối diện cân xứng rồi thắt chỉ.

– Phương pháp này dùng các loại chỉ không tiêu hoặc tiêu chậm số 1 hoặc số 0, có thể sử dụng cầu phao hoặc có thể sử dụng chỉ kim loại, khâu bằng các mũi rời, các mũi khâu cách nhau khoảng 2 cm.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

– Truyền dịch, dùng kháng sinh, giảm đau…

– Theo dõi tình trạng ổ bụng, vết mổ, dẫn lưu, toàn thân.

– Phát hiện và xử trí các biến chứng do bệnh, do phẫu thuật…

2. Xử trí tai biến

– Chảy máu thành bụng sau mổ

– Nhiễm trùng vết mổ

– Bục lại vết mổ

– Thoát vị vết mổ

– Tùy theo các biến chứng có thể gặp và tình trạng cụ thể mà theo dõi điều trị bảo tồn hay phẫu thuật lại. Phẫu thuật xử trí các biến chứng sẽ thực hiện phụ thuộc tình huống cụ thể tại chỗ và toàn thân, cũng như điều kiện tại cơ sở y tế.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 97. CHỌC HÚT DỊCH MÀNG BỤNG, MÀNG PHỔI DO QUÁ KÍCH BUỒNG TRỨNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

**Hội chứng quá kích buồng trứng** (hội chứng **OHSS** - Ovarian hyperstimulation syndrome) là bệnh lý thường xảy ra ở phụ nữ sau khi tiêm thuốc hormone để kích thích sự phát triển của trứng trong buồng trứng chẳng hạn như những trường hợp phải tiến hành thụ tinh trong ống nghiệm kích thích rụng trứng hoặc thụ tinh trong tử cung nhằm hỗ trợ khả năng mang thai

Tràn dịch màng bụng, màng phổi là các triệu chứng của quá kích buồng trứng. Các triệu chứng này có thể nghiêm trọng dẫn đến bệnh nhân khó thở nhiều. Chọc hút dịch là một trong các phương pháp điều trị giúp bệnh nhân dễ thở hơn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

**Chẩn đoán**

Chẩn đoán xác định có tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng bụng.

Chẩn đoán căn nguyên: dựa vào tính chất vật lý, xét nghiệm sinh hóa, tế bào, vi sinh vật dịch màng phổi

**Điều trị**

Hút dịch điều trị các triệu chứng do tràn dịch màng phổi gây ra như đau ngực, khó thở (chủ yếu làm giảm khó thở)

Kết hợp với thuốc điều trị căn nguyên, hút dịch cho đến khi hết dịch trong khoang màng phổi

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối. Cân nhắc giữa lợi ích chọc dịch và các tai biến trong các trường hợp sau:

Rối loạn đông máu, chảy máu

Bệnh lý tim mạch: loạn nhịp tim, nhồi máu cơ tim…

Bệnh nhân quá sợ hãi hoặc suy hô hấp nặng

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản hoặc Hồi sức cấp cứu

**2. Phương tiện**

Bơm tiêm 5ml – 10ml, kim tiêm

Máy hút dịch hoặc bơm tiêm 50ml để hút dịch

Kim chọc dò: loại kim chuyên biệt có van 3 chiều. Nếu không có kim chuyên biệt thì có thể lắp một đoạn cao su ở đốc kim và dùng kìm Kocher để mở thay cho van, đảm bảo hút kín

Khăn mổ có lỗ, khay đựng dịch, ống nghiệm, bông và cồn sát trùng (cồn Iod 1% và cồn 700) Lidocain 0,25 x 5 – 10ml; Atropin 1/4mg; Seduxen 10mg và các thuốc cấp cứu khác: Depersolon 30mg, Adrenalin 10/00 … túi thở Oxy,

**3. Người bệnh**

Giải thích động viên bệnh nhân

Siêu âm ổ bụng, X- quang ngực thẳng nghiêng...

Thử phản ứng thuốc Lidocain; đo mạch, nhiệt độ, huyết áp.

30 phút trước khi chọc dịch, có thể tiêm tiền tê Atropin 1/4mg x 1 – 2 ống; Sedexen 5mg 1 ống (nếu bệnh nhân bình tĩnh, sức khoẻ cho phép, có thể không dùng thuốc tiền tê).

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định .

**V. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN KỸ THUẬT**

**1. Chọc dịch màng phổi**

Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân ngồi kiểu cưỡi ngựa trên 1 ghế tựa, khoanh 2 tay đặt lên chỗ tựa của ghế, trán đặt vào 2 tay, lưng uốn cong

- Xác định vị trí chọc kim (thường ở khoang liên sườn 8 – 9 đường nách sau)

- Sát trùng rộng vùng chọc kim bằng cồn Iod và cồn 700

- Trải khăn lỗ

- Gây tê bằng Lidocain từng lớp tại điểm chọc kim: từ da, tổ chức dưới da, đến màng phổi thành

- Chọc kim tại điểm gây tê, vuông góc với thành ngực, sát bờ trên xương sườn. Khi kim vào tới khoang màng phổi sẽ có cảm giác sựt và nhẹ tay, hút thử kiểm tra và giữ cố định kim sát thành ngực

- Hút bằng máy hút hoặc bơm tiêm 50ml, đảm bảo nguyên tắc hút kín, ở lần hút đầu tiên lấy 30ml cho vào 3 ống nghiệm gửi ngay đến labo để xét nghiệm sinh hoá, tế bào, vi sinh vật. Mỗi lần hút không quá 800ml. Nếu cần có thể hút lại lần II sau 12 giờ

- Khi hút dịch xong, rút kim, sát khuẩn vùng chọc kim và băng lại, cho bệnh nhân nằm nghỉ, lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp

**2. Chọc dịch màng bụng**

Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân nằm ngửa,2 chân co

Xác định vị trí chọc kim (thường ở điểm nối 1/3 ngoài và 2/3 trong đường nối từ rốn tới gai chậu trước bên T)

Sát trùng rộng vùng chọc kim bằng cồn Iod và cồn 700.

Trải khăn lỗ

Gây tê bằng Lidocain từng lớp tại điểm chọc kim: từ da, tổ chức dưới da, đến màng bụng thành.

Chọc kim tại điểm gây tê, vuông góc với thành bụng. Khi kim vào tới khoang màng bụng sẽ có cảm giác sựt và nhẹ tay, hút thử kiểm tra và giữ cố định kim sát thành bụng.

Hút bằng bơm tiêm 50ml, đảm bảo nguyên tắc hút kín, ở lần hút đầu tiên lấy 30ml cho vào 3 ống nghiệm gửi ngay đến labo để xét nghiệm sinh hoá, tế bào, vi sinh vật. Mỗi lần hút không quá 2000ml. Nếu cần có thể hút lại lần II sau 24-48 giờ.

Khi hút dịch xong, rút kim, sát khuẩn vùng chọc kim và băng lại, cho bệnh nhân nằm nghỉ, lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp.

**VI. THEO DÕI**

Theo dõi toàn trạng, chỉ số sinh tồn, nhịp thở

**VII. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG**

Dị ứng thuốc. Cần phải thử phản ứng thuốc tê trước khi làm thủ thuật

Chảy máu: do chọc vào động mạch gian sườn. Đau do đâm phải thần kinh liên sườn

Choáng do lo sợ, cơ thể yếu, hoặc do phản xạ phó giao cảm. Tuỳ theo mức độ có thể để bệnh nhân nằm đầu thấp, uống nước chè đường, thở Oxy,Depessolon 30mg x 1 ống tiêm tĩnh mạch, nâng huyết áp bằng tráng Adrenalin tĩnh mạch, hoặc Dopamin và các can thiệp hồi sức tích cực khác

**Chọc dịch màng phổi**

Tràn khí màng phổi do chọc kim làm thủng phổi, hoặc có thể do khí lọt vào qua dốc kim. Cần hút hết không khí ra

Bội nhiễm gây mủ màng phổi. Cần thực hiện các bước hết sức vô trùng - Phù phổi cấp: do hút quá nhanh và quá nhiều. Xử trí như đối với phù phổi cấp

Một số tai biến khác như: tắc khí mạnh, chọc nhầm vào các phủ tạng cũng có thể xảy ra

**Chọc hút dịch màng bụng**

Bội nhiễm gây mủ màng bụng. Cần thực hiện các bước hết sức vô trùng.

Một số tai biến khác như: Chọc nhầm vào các phủ tạng cũng có thể xảy ra.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 98. KHOÉT CHÓP CỔ TỬ CUNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Khoét chóp cổ tử cung là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ vùng chuyển tiếp ở cổ tử cung bị tổn thương nằm trong âm đạo theo hình chóp nón, có đáy là hai môi trước và sau cổ tử cung.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Có tổn thương tiền ung thư/ung thư vi xâm lấn cổ tử cung trên mẫu bệnh phẩm nạo ống cổ tử cung.

Tổn thương CIN tái phát sau điều trị.

Kết quả tế bào học bất thường và không phù hợp với chẩn đoán mô học, không quan sát được trọn vẹn vùng chuyển tiếp.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Đang mang thai: trì hoãn đến hết thời kỳ hậu sản.

Đang có viêm âm đạo: trì hoãn đến khi điều trị khỏi viêm âm đạo.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản đã được đào tạo.

**2. Phương tiện**

**3. Người bệnh**

Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.

Xét nghiệm bộ xét nghiệm cơ bản trong phẫu thuật và thêm các xét nghiệm khác tùy theo tình trạng bệnh lý kèm theo ( nếu cần). Người bệnh được soi cổ tử cung và sinh thiết làm mô bệnh học trước khi chỉ định khoét chóp.

Được tư vấn kỹ về bệnh và quy trình kỹ thuật, nguy cơ và biến chứng có thể xảy ra.

Người bệnh ký cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.

Sử dụng kháng sinh dự phòng

Thụt tháo

Vệ sinh âm hộ, sát khuẩn vùng mổ

Người bệnh nằm tư thế phụ khoa

Gây mê hoặc gây tê vùng.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án phẫu thuật theo quy định

**Nơi thực hiện phẫu thuật:** trong phòng mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Bước 1.** Đặt thông tiểu. Sát khuẩn âm đạo, bộc lộ cổ tử cung, xác định vùng tổn thương bằng test Lugol.

**Bước 2.** Dùng bơm tiêm có kim dài tiêm thuốc gây co mạch (Vasopressin) quanh chu vi cổ ngoài.

**Bước 3.**Cặp cổ tử cung kéo ra phía âm hộ. Dùng dao rạch chếch theo hình nón cụt, đỉnh ở trong quanh cổ tử cung ở phía ngoài vùng tổn thương, bắt đầu từ nửa sau, khoảng 2-3mm phía ngoài vùng chuyển tiếp. Nếu dùng tia laser: đặt công suất ở mức 30W.

**Bước 4.** Dùng kéo/dao điện cắt thẳng góc với ống cổ tử cung ở đáy phần khoét. Kẹp cầm máu diện cắt.

**Bước 5.** Đốt cầm máu diện cắt.

**Bước 6.** Sát khuẩn lại âm đạo. Gửi bệnh phẩm làm mô bệnh học.

**VI. THEO DÕI**

Kháng sinh đường uống trong 7 ngày

Vệ sinh âm đạo: lau sạch dịch tiết rồi lau âm đạo bằng betadin 2 lần/ngày trong 5 ngày.

Kiêng giao hợp trong 6 tuần.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Chảy máu: đốt điểm chảy máu, khâu cầm máu.

Nhiễm trùng: cho người bệnh nhập viện, dùng kháng sinh mạnh đường tiêm.

**Ghi chú:**

Các thủ thuật cắt bỏ mô cổ tử cung với mục đích điều trị, trong đó có khoét chóp cổ tử cung chứa đựng các nguy cơ trong mổ và dài hạn, bao gồm chít hẹp cổ tử cung, hở eo tử cung và sinh non.

Phụ nữ mang thai quá sớm sau khoét chóp cổ tử cung (dưới 3 tháng) có nguy cơ sinh non cao.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013;

## 99. CẮT CỔ TỬ CUNG BẰNG VÒNG NHIỆT ĐIỆN (LEEP)

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt cổ tử cung bằng vòng nhiệt điện (Loop electrical excision procedure-LEEP), là phương pháp cắt cụt cổ tử cung hình nón nhằm lấy được vùng chuyển tiếp. Đây vừa là phương pháp chẩn đoán xác định, vừa là phương pháp điều trị.

**II. CHỈ ĐỊNH**

-Kết quả Sinh thiết cổ tử cung hoặc nạo ống cổ tử cung là CIN II hoặc CIN III

- Chẩn đoán lệch nhau giữa tế bào học và giải phẫu bệnh

- Tổn thương ở cổ tử cung không xác định được bằng soi cổ tử cung và sinh thiết hoặc những tổn thương lan rộng về phía ống coor tử cung nên không sinh thiết trực tiếp được.

- Tổn thương CIS ở người bệnh trẻ tuổi còn nhu cầu sinh đẻ, không muốn cắt tử cung toàn bộ

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Ung thư xâm lấn của cổ tử cung

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

1 bác sĩ phụ khoa ung thư hoặc bác sĩ sản phụ khoa

1 điều dưỡng

**2. Phương tiện**

Máy dao điện vòng (dao điện hình vợt)

Dao điện

Kim, chỉ khâu

Mỏ vịt

Bơm kim tiêm, thuốc tê

Dung dịch sát khuẩn trong phẫu thuật phụ khoa

Dung dịch Lugol

**3.Người bệnh**

Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.

Xét nghiệm bộ xét nghiệm cơ bản trong phẫu thuật và thêm các xét nghiệm khác tùy theo tình trạng bệnh lý kèm theo ( nếu cần). Người bệnh được soi cổ tử cung và sinh thiết làm mô bệnh học trước khi chỉ định khoét chóp.

Được tư vấn kỹ về bệnh và quy trình kỹ thuật, nguy cơ và biến chứng có thể xảy ra.

Người bệnh ký cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.

Sử dụng kháng sinh dự phòng

Thụt tháo

Vệ sinh âm hộ, sát khuẩn vùng mổ

Người bệnh nằm tư thế phụ khoa

Gây mê hoặc gây tê vùng.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh**

Người bệnh ở tư thế phụ khoa

Lưu ý các điện cho người bệnh với bàn và các dụng cụ kim loại

**2. Vô cảm**

Người bệnh được gây mê toàn thân hay gây tê tại chỗ

**3. Cắt cổ tử cung**

Sát trùng bằng Betadine

Tiêm Lidocain 1% vào các vị trí 3h, 5h, 7h, 9h ở cổ tử cung

Bôi Lugol vào cổ tử cung để xác định vùng tổn thương không bắt màu

Dùng dao điện hình vợt cắt bỏ vùng không bắt màu Lugol, đưa dao từ phía ngoài vào trung tâm tổn thương, ấn dao vào mô cổ tử cung cho hết chiều sâu của dao. Do vậy tổ chức cắt được sẽ theo một hình nón sâu hết bề dày của cổ tử cung và toàn bộ tổn thương được lấy ra khi phẫu thuật viên đưa dao cho tới hết diện tích vùng không bắt màu Lugol

Cầm máu kỹ bằng dao điện

Sát trùng lại

Gửi bệnh phẩm làm xét nghiệm Giải phẫu bệnh lý

**VI. THEO DÕI**

Chảy máu

Theo dõi tế bào học và soi cổ tử cung định kỳ

Sảy thai do cổ tử cung ngắn lại

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu: cầm máu bằng dao điện hoặc khâu cầm máu

Chảy máu thì 2 sau 5 đến 7 ngày: cầm máu bằng dao điện hoặc thấm

Betadine

Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân, vệ sinh âm đạo hàng ngày

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013;

## 100. PHẪU THUẬT CẮT POLIP CỔ TỬ CUNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Polyp cổ tử cung là khối u lành tính phát triển từ mô đệm cổ tử cung và được che phủ bởi biểu mô, xuất phát từ ống cổ tử cung, có chân hoặc không có chân, kích thước có thể thay đổi từ vài mm đến vài cm, thường gặp ở phụ nữ sinh đẻ nhiều lần. Người bệnh có polyp cổ tử cung thường không có triệu chứng nhưng cũng có thể ra khí hư nhiều, rong huyết, ra máu sau giao hợp. Thường lành tính, nhưng khoảng 1% các ca có chuyển dạng ác tính.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Polyp cổ tử cung to.

Polyp cổ tử cung có triệu chứng: ra khí hư nhiều, rong huyết, ra máu sau giao hợp.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Đang viêm âm đạo: trì hoãn đến khi điều trị khỏi viêm âm đạo.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Kíp gây mê hồi sức.

- Kíp phẫu thuật: phẫu thuật viên chính là bác sĩ chuyên ngành phụ sản hoặc   
bác sĩ chuyên ngành ung thư phụ khoa đã được đào tạo.

**2. Phương tiện, dụng cụ.**

- 1 dao phẫu thuật hoặc dao điện

**-** Kẹp hình tim

**3. Người bệnh**

Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.

Xét nghiệm bộ xét nghiệm cơ bản trong phẫu thuật và thêm các xét nghiệm khác tùy theo tình trạng bệnh lý kèm theo ( nếu cần).

Được tư vấn kỹ về bệnh và quy trình kỹ thuật, nguy cơ và biến chứng có thể xảy ra. Người bệnh ký cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.

Sử dụng kháng sinh dự phòng

Người bệnh nằm tư thế phụ khoa.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Bước 1.** Sát khuẩn âm đạo, bộc lộ cổ tử cung, xác định chân polyp: có cuống, không có cuống, xuất phát từ cổ ngoài hay ống cổ tử cung.

**Bước 2.** Dùng kẹp hình tim kẹp polyp và xoắn quanh cuống cho đến khi cuống đứt. Nếu polyp to không có cuống cần dùng dao điện cắt bỏ ở chân.

**Bước 3.** Nhét gạc âm đạo cầm máu

**Bước 4.** Sát khuẩn lại âm đạo. Gửi bệnh phẩm xét nghiệm mô bệnh học.

**VII. THEO DÕI**

Rút gạc âm đạo sau 6 - 12 giờ tuỳ trường hợp.

**VIII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Chảy máu chân polyp: đốt điểm chảy máu, khâu cầm máu.

Khâu hai động mạch cổ tử cung âm đạo: hai mũi ở vị trí 9 và 3 giờ nếu chảy máu nhiều, nếu không cầm cần phải mổ cắt tử cung

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013;

## 101. THỦ THUẬT XOẮN POLIP CỔ TỬ CUNG, ÂM ĐẠO

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Polyp cổ tử cung là khối u lành tính phát triển từ mô đệm cổ tử cung và được che phủ bởi biểu mô, xuất phát từ ống cổ tử cung, có chân hoặc không có chân, kích thước có thể thay đổi từ vài mm đến vài cm, thường gặp ở phụ nữ sinh đẻ nhiều lần. Người bệnh có polyp cổ tử cung thường không có triệu chứng nhưng cũng có thể ra khí hư nhiều, rong huyết, ra máu sau giao hợp. Thường lành tính, nhưng khoảng 1% các ca có chuyển dạng ác tính

**II. CHỈ ĐỊNH**

Polyp cổ tử cung, âm đạo to

Polyp cổ tử cung, âm đạo có triệu chứng: ra khí hư nhiều, rong huyết, ra máu sau giao hợp

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Đang viêm âm đạo: trì hoãn đến khi điều trị khỏi viêm âm đạo

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Kíp gây mê hồi sức.

- Kíp phẫu thuật: phẫu thuật viên chính là bác sĩ chuyên ngành phụ sản hoặc   
bác sĩ chuyên ngành ung thư phụ khoa đã được đào tạo.

**2. Phương tiện, dụng cụ.**

- 1 dao phẫu thuật hoặc dao điện

**-** Kẹp hình tim

**3. Người bệnh**

Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.

Xét nghiệm bộ xét nghiệm cơ bản trong phẫu thuật và thêm các xét nghiệm khác tùy theo tình trạng bệnh lý kèm theo ( nếu cần).

Được tư vấn kỹ về bệnh và quy trình kỹ thuật, nguy cơ và biến chứng có thể xảy ra.

Người bệnh ký cam đoan chấp nhận, thủ thuật và gây mê hồi sức.

Sử dụng kháng sinh dự phòng

Người bệnh nằm tư thế phụ khoa.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy .

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Bước 1.** Sát khuẩn âm đạo, bộc lộ cổ tử cung, xác định chân polyp: có cuống, không có cuống, xuất phát từ cổ ngoài hay ống cổ tử cung.

**Bước 2.** Dùng kẹp hình tim kẹp polyp và xoắn quanh cuống cho đến khi cuống đứt. Nếu polyp to không có cuống cần dùng dao điện cắt bỏ ở chân.

**Bước 3.**Nhét gạc cầm máu

**Bước 4.** Sát khuẩn lại âm đạo. Gửi bệnh phẩm xét nghiệm mô bệnh học.

**VI. THEO DÕI**

Rút gạc âm đạo sau 6 - 12 giờ tuỳ trường hợp.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Chảy máu chân polyp: bôi chất dính Monsel, đốt điểm chảy máu, khâu cầm máu.

Khâu hai động mạch cổ tử cung âm đạo: hai mũi ở vị trí 9 và 3 giờ nếu chảy máu nhiều, nếu không cầm cần phải mổ cắt tử cung

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013;

Quy trình kỹ thuật bệnh viện đa khoa tỉnh quảng ninh 2020.

## 102. ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG CỔ TỬ CUNG BẰNG ĐỐT ĐIỆN, ĐỐT NHIỆT, ĐỐT LASER, ÁP LẠNH...

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Đốt điện, áp lạnh, đốt laze… là những phương pháp được áp dụng để điều trị tổn thương cổ tử cung. Trước khi áp dụng phương pháp điều trị cần xem kỹ kết quả tế bào học, soi cổ tử cung: Không có tổn thương tiền ung thư hoặc ung thư cổ tử cung. Cần điều trị tích cực, triệt để tổn thương, đề phòng các tổn thương bất thường ở CTC

**II. CHỈ ĐỊNH**

Lộ tuyến đơn thuần có tổn thương >5mm

Lộ tuyến rộng nhiều di chứng: cửa tuyến, đảo thuyến, nang Naboth,...

CIN I diện tổn thương hẹp dưới 10mm

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Nhiễm trùng cấp âm đạo, cổ tử cung, vùng chậu,...

Tổn thương không rõ ranh giới khi bôi Lugol

Kết quả tế bào học, soi cổ tử cung và giải phẫu bệnh không phù hợp

Tế bào học có bất thường biểu mô tuyến

Các tổn thương từ CIN II trở lên

Các bệnh lý toàn thân có chống chỉ định thủ thuật: cao huyết áp, tim mạch, đang dùng thuốc chống đông,...

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên ngành phụ sản trực tiếp thực hiện thủ thuật

- NHS, điều đưỡng: 1 phụ dụng cụ; 1 chạy ngoài theo dõi , phát hiện các sự cố xảy ra khi đốt

**2. Phương tiện, dụng cụ.**

Bàn khám phụ khoa

Máy đốt điện và nguồn điện. Các đầu đốt, cắt đúng quy định

Dụng cụ phụ khoa: mỏ vịt, kìm cặp bông, vải lót, găng tay, nông vô trùng, dung dịch sát trùng betadine,...

**3. Người bệnh**

Được khám trước đốt: đo huyết áp, khám tim mạch, khai thác tiền sử, ...

Được tư vấn về lý do phải đốt CTC, các biến chứng và triệu chứng xảy ra trong quá trình đốt, sau đốt

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:**

**1. Thời điểm đốt:**

Chống viêm trước khi đốt

Sau sạch kinh 2-3 ngày không giao hợp (tránh tình trựng đã thụ thai trước khi đốt) tối đa không được quá ngày thứ 10 của vòng kinh.

Đặt mỏ vịt nhẹ nhàng, tránh gây chảy máu. Bộc lộ CTC, lau khí hư, chất nhầy CTC. Sát khuẩn âm đạo, CTC. Bôi Lugol 2% xác định ranh giới vùng tổn thương.

**2. Đốt tổn thương**

Bắt đầu từ vị trí 3h theo chiều kim đồng hồ. Đầu đốt đặt ngay trên vùng ranh giới đường viền Lugol. Đốt vòng ngoài trước để khoanh vùng ranh giới tổn thương.

Sau đó đốt theo hình tròn từ ngoài vào trong như xoắn ốc. Có 1 số tác giả đốt môi dưới trước, sau đó đốt môi trên để tránh tiết dịch khi thực hiện thủ thuật.

Đốt đến gần sát lỗ ngoài CTC khoảng 1mm, không đốt sâu vào trong lỗ để tránh gây chít hẹp và ảnh hưởng đến sự tiết nhầy CTC.

Đốt phải đều tay, dí đầu đốt đều hết diện tổn thương không được để khoảng trống.

Ước lượng độ sâu của đầu đốt để diệt hết tuyến. Tránh đốt nông sẽ không có tác dụng, đốt sâu sẹo lõm khó phục hồi và dễ chảy máu.

Vết đốt tốt là tổ chức sau đốt có màu trắng đục và hơi lõm xuống một ít so với tổ chức xung quanh.

Trường hợp đốt bằng áp lạnh, cần chọn thiết diện đầu đốt thích hợp với diện tích tổn thương. Phương pháp này chỉ áp dụng với những tổn thương lộ tuyến trên CTC phẳng, không gồ ghề, CTC không có sẹo rách cũ

**3. Sau đốt**

Dùng kháng sinh toàn thân 7 ngày

Rửa âm hộ hàng ngày bằng dung dịch vệ sinh phụ nữ, tránh ứ đọng gây nhiễm trùng ngược dòng.

Không nên thụt rửa hay đặt thuốc sau đốt. Để vết thương tự bong vẩy và tái tạo tự nhiên.

**VI. THEO DÕI SAU ĐỐT VÀ CÁC DI CHỨNG TÁI TẠO LÀNH TÍNH:**

**BN tự theo dõi những dấu hiệu sau đốt:**

Tiết dịch: từ ngày thứ 3 có phản ứng tiết dịch âm đọa. Từ ngày thứ 7 đến 10 dịch tiết cơ thể có mùi khó chịu. Lượng dịch tiết nhiều hay ít tùy vào diện tích của tổn thương.

Ra máu: từ ngày thứ 10 đến ngày thứ 15 do bong vảy tổ chức. Lượng máu phụ thuộc diện tích đốt, mức độ nông sâu. Máu ra tăng dần và nhiều nhất như số lượng máu mất của 1 kỳ kinh nguyệt là trong giới hạn bình thường, sau đó giảm dần và hết hẳn. Máu ra có màu nhờ hồng đến đỏ tươi lẫn máu cục, ra máu kéo dài 7 đến 15 ngày.

**Kiêng giao hợp 2 tháng trong quá trình bong và tạo vảy vết thương**

**Hẹn soi lại CTC sau 2 tháng**

**VII. CÁC BIẾN CHỨNG SAU ĐỐT:**

**Viêm bội nhiễm:** Sau đốt có tiết dịch như mủ hôi thối, một số trường hợp kèm sốt và đau bụng. Nguyên nhân do điều trị viêm chưa tốt trước khi đốt, do vệ sinh kém sau đốt. Điều trị như phác đồ viêm nhiễm (đặt thuốc, kháng sinh toàn thân tùy trường hợp)

**Chảy máu ở CTC:** Nếu ra nhiều hơn lượng kinh bình thường thì chèn gạc dài ( có thể chèn gạc có tẩm adrenalin), cho thêm kháng sinh chống nhiễm khuẩn. Có thể tăng cường thuốc cầm máu Transamin

**Chít CTC:** Nếu lỗ ngoài CTC bị chit sẽ gây đau bụng ở kỳ kinh sau. Khi đó cần nong nhẹ nhàng hàng tuần trong thời gian giữa 2 kỳ kinh, trong 2 – 3 tháng

**Vô sinh:** có thể xảy ra do diệt tuyến quá nhiều, cần cho thêm estrogen trong 3-4 ngày trước phóng noãn.

***Tài liệu tham khảo***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013;

## 103. CẮT U THÀNH ÂM ĐẠO

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Các khối u thành âm đạo bao gồm các khối u lành tính và ác tính xuất phát từ âm đạo, cách thức phẫu thuật đối với mỗi loại là khác nhau:

- U lành tính: Lấy u đơn thuần

- U ác tính: Cắt rộng âm hộ sâu vào phía trong hoặc cắt bỏ âm đạo và tử cung rộng kèm theo vét hạch chậu 2 bên như trong ung thư cổ tử cung.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các khối u lành tính ở âm đạo: u nang, u xơ cơ …gây cảm giác khó chịu.

- Các khối u ác tính ở âm đạo

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh già yếu, mắc các bệnh nội khoa nặng không có khả năng gây mê hoặc gây tê tủy sống.

- Ung thư âm đạo lan rộng hoặc di căn xa vượt quá khả năng phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Phương tiện**

- Trường hợp các u lành tính, kích thước nhỏ chỉ cần gây tê tại chỗ; đốivới các u lớn và ung thư âm đạo cần gây tê tủy sống hoặc gây mê nội khí quản.

- Bộ phẫu thuật phụ khoa ổ bụng.

- Máy hút, dao điện, kim chỉ tốt.

- Các loại dịch truyền thay máu và các thuốc hồi sức.

- Thuốc tiền mê,gây mê, ống nội khí quản.

**2. Người thực hiện**

- Bác sỹ chuyên khoa gây mê - hồi sức.

- Bác sỹ phẫu thuật chuyên khoa ung thư hoặc chuyên khoa sản phụ khoa.

**3. Người bệnh**

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ có khai thác các bệnh nội khoa, ngoại khoa đã phẫu thuật từ trước đặc biệt là tại ổ bụng, đầy đủ các xét nghiệm cần thiết và có chỉ định mổ rõ ràng.

- Giải thích cho người bệnh và người nhà của người bệnh lý do phải phẫuthuật. Động viên, an ủi người bệnh.

- Trong trường hợp người bệnh nặng suy kiệt, thiếu máu phải hồi sức trước khi phẫu thuật.

- Kháng sinh dự phòng.

- Thuốc ngủ buổi tối trước ngày phẫu thuật.

- Thụt tháo trước khi phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾNHÀNH**

**1. Vô cảm:** tê tại chỗ đối với u lành tính kích thước nhỏ,gây mê nội khí quản hoặc tê tủy sống đối với các khối u lớn và ung thư âm đạo tùy thuộc vào tình trạng người bệnh, kinh nghiệm của bác sỹ gây mê hồi sức.

**2. Tư thế**

- Người bệnh nằm tư thế phụ khoa, bàn phẫu thuật hơi thấp về phía đầu

- Vị trí phẫu thuật viên: bên trái người bệnh, trợ thủ viên đứng đối diện, tốt nhất là có hai trợ thủ viên.

**3. Kỹ thuật**

*3.1. Phẫu thuật nang ở âm đạo*

3.1.1. Nang nhỏ

- Đường rạch ngang theo hình vòng cung quanh nang

- Tách xuống sâu quá đáy nang và cặp cắt đơn giản

- Khâu lại thành âm đạo sau khi đã cầm máu bằng chỉ tiêu

3.1.2. Nang lớn

- Nang lớn ở sâu cần chú ý rạch ở chỗ lồi của nang để bóc tách vòng xuống dưới nang (đường rạch phải đủ rộng), đảm bảo đủ niêm mạc lúc khâu kín khoang bóc tách

- Thường bóc tách rộng, chảy máu nhiều, cần khâu cầm máu nhiều lớp chéo lên nhau tránh tạo đường hầm để ép 2 thành bên âm đạo với nhau

3.1.3. Nang nằm giữa vách âm đạo-trực tràng

- Rạch rộng tầng sinh môn

- Bóc tách cẩn thận, không rạch quá sâu làm tổn thương đến trực tràng bằng cách cho ngón trỏ bàn tay trái vào trực tràng để thăm dò hướng dẫn đường bóc tách

- Khâu cầm máu nhiều lớp chéo lên nhau tránh đường hầm để ép 2 thành bênâm đạo với nhau

*3.2. Phẫu thuật khối u xơ cơ ở âm đạo*

Tùy theo từng loại u mà có phương pháp cắt bỏ khác nhau:

- U xơ nhỏ: rạch quanh khối u, bóc tách tận đáy u và cắt dễ dàng như trường hợp bóc nang.

- U xơ có cuống: rạch vòng quanh cuống và cắt sâu đáy cuống. Cặp cầm máuvà khâu thành âm đạo một hoặc hai lớp tùy theo độ sâu và độ rộng của khoang bóc tách.

***Chú ý:*** không nên xoắn cuống u, vì lúc xoắn có thể làm tổn thương đến bàng quang hoặc trực tràng khi u ở thành trước hoặc thành sau âm đạo.

- U xơ to: u xơ to phát triển rộng choán hết cả âm đạo làm âm đạo phồnglên, làm thay đổi giải phẫu của bàng quang, niệu đạo, niệu quản và trực tràng nên phẫu thuật khó khăn hơn. Trong các trường hợp trên cần chú ý:

+ Thăm dò kỹ vị trí bàng quang, trực tràng

+ Thăm dò khối lượng khối u và tình trạng dính của khối u vào thành âm đạo do viêm nhiễm lâu.

+ Thăm dò cuống xuất phát của khối u.

+ Điều trị kháng sinh chống viêm nhiễm trước khi phẫu thuật.

*3.3. Kỹ thuật*

- Giải phóng khối u:

+ Dùng ngón tay vạch quanh khối u,vừa gỡ dính vừa thăm dò khối u và cácphủ tạng lân cận.

+ Dùng dao cắt khối u thành từng mảnh để dễ dàng tách và lấy hết đáycuống khối u khỏi âm đạo.

+ Cần lấy hết đáy cuống khối u.

*3.4. Phẫu thuật các khối u ác tính ở âm đạo*

Tùy theo vị trí của khối u ác tính mà phương pháp phẫu thuật sẽ khác nhau:

- Khối u ở 1/3 dưới âm đạo: cắt rộng âm hộ sâu vào phía trong,đảm bảo diện cắt âm tính (qua sinh thiết tức thì).

- Khối u ở 1/3 giữavà 1/3 trên: cắt toàn bộ âm đạo,cắt tử cung rộng và vét hạch chậu 2 bên (giốngung thư cổ tử cung).

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Các biến chứng của gây tê, gây mê: buồn nôn, nôn, sốc phản vệ...Xử trí: dừng cuộc phẫu thuật và hồi sức tích cực.

- Chảy máu sau mổ có thể do tuột chỉ cuống mạch, do chảy máu từ mỏm cắt vì khâu cầm máu không tốt, do rối loạn đông máu. Biểu hiện bằng choáng tụt huyết áp, tình trạng thiếu máu cấp, ổ bụng có dịch... phải mổ lại để cầm máu đồng thời với việc hồi sức tích cực, điều chỉnh rối loạn đông máu, bồi phụ thể tích tuần hoàn.

- Máu tụ ngoài phúc mạc do không kiểm soát tốt tình trạng cầm máu.Thường chỉ cần theo dõi và điều trị nội khoa, hồi sức tuần hoàn nếu không thấykhối máu tụ to lên thì không cần mổ lại.

- Gây thương tổn đường tiết niệu chủ yếu là thương tổn niệu đạo, bàng quang và niệu quản trong các trường hợp u lớn, diện phẫu tích rộng. phải mổ lại để phục hồi thương tổn.

- Thủng trực tràng do u ở vách trực tràng âm đạo. phải khâu lỗ thủng.

- Áp xe tiểu khung sau mổ do nhiễm trùng đọng dịch sau mổ trong trường hợp phẫu thuật ung thư 2/3 trên âm đạo do diện phẫu tích rộng ở tiểu khung.phải tiến hành hồi sức, điều trị bằng kháng sinh phối hợp, liều cao và mổ lại để rửa ổ bụng hoặc dẫn lưu ổ áp xe qua âm đạo nếu có thể.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013;

## 104. LẤY DỊ VẬT ÂM ĐẠO

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Dị vật âm đạo là hiện tượng trong âm đạo nữ giới có các vật thể lạ, do vô tình hoặc cố ý. Nếu không phát hiện sớm và lấy dị vật âm đạo ra kịp thời có thể gây tổn thương đến thành âm đạo,âm đạo, cổ tử cung, gây viêm phụ khoa cho nữ giới.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Có dị vật trong âm đạo

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản đã được đào tạo.

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ tiểu phẫu

**3. Người bệnh**

Khám toàn thân và chuyên khoa đánh giá các bệnh lý phối hợp

Được tư vấn về nguy cơ, tai biến của thủ thuật

Được giải thích đầy đủ, ký giấy cam đoan

Nơi thực hiện thủ thuật: Có thể thực hiện ở phòng thủ thuật. Người bệnh có thể ra viện trong ngày.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN KỸ THUẬT**

1. Yêu cầu người bệnh đi tiểu

2. Người bệnh nằm lên bàn theo tư thế phụ khoa

3. Sát khuẩn vùng sinh dục

4. Đặt van âm đạo hay mỏ vịt: Tiến hành lấy dị vật ra khỏi âm đạo. Kiểm tra xem có tổn thương kèm theo không. Nếu có tiến hành xử trí theo thương tổn.

5. Sát khuẩn lại âm đạo.

***\* Phương pháp lấy dị vật âm đạo ở bé gái, thiếu nữ chưa quan hệ tình dục.***

Quá trình lấy dị vật tương đối khó khăn, hay với các bé gái cũng như vậy, vì không thể kể lại rõ quá trình đưa dị vật vào như thế nào, thậm chí không biết có dị vật gì trong âm đạo các bé.

Thăm khám qua trực tràng xác định có dị vật hay không, sơ bộ đánh giá hình dạng kích thước vị trí gần xa của dị vật (nếu có). Có thể kết hợp thêm các CLS khác để kết hợp chẩn đoán như: Siêu âm qua trực tràng, chụp XQ tiểu khung…Nếu được cố gắng đấy tay trong trực tràng dần dần để dị vật ra ngoài. Nếu khó khăn phải gây mê toàn thân, dùng ống nội soi của bác sĩ tai mũi họng giúp sức hoặc dụng cụ khám số nhỏ nhất, mở rộng âm đạo, trực tiếp lấy dị vật ra, rồi dùng dung dịch sát trùng rửa âm đạo.

**V. THEO DÕI**

Theo dõi toàn trạng, các dấu hiệu sinh tồn, máu âm đạo

Có thể sử dụng kháng sinh nếu cần

**VI. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG**

Tổn thương thành âm đạo, âm đạo, cổ tử cung

Viêm âm đạo/ viêm phần phụ

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 105. KHÂU RÁCH CÙNG ĐỒ ÂM ĐẠO

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Rách âm đạo thường xảy ra sau đẻ thường hoặc đẻ thủ thuật như forceps, giác hút… Rách âm đạo thường kèm theo rách tầng sinh môn. Tùy theo tổn thương, rách âm đạo được chia ra 3 loại:

Rách âm đạo ở mức thấp: là loại rách ở 1/3 dưới âm đạo, thường kèm theo rách âm hộ và tầng sinh môn

Rách âm đạo ở phần giữa: ít gặp hơn, tổn thương nặng, chảy máu nhiều hơn và khó phát hiện nếu không bộc lộ rõ

Rách âm đạo cao: là rách ở 1/3 trên âm đạo, ít gặp thường kèm theo rách cùng đồ

Rách âm đạo nếu không được phát hiện xử trí kịp thời có thể gây mất máu cấp, gây choáng và có khi tử vong

***\*Triệu chứng:***

+ Ra máu âm đạo nhiều hay ít tùy theo tổn thương

+ Tổn thương rách ở âm đạo có thể ở thành phải, thành trái hoặc thành sau

âm đạo. Cần phải dùng 2 van âm đạo bộc lộ từng phần của âm đạo: mặt dưới, mặt bên phải, mặt bên trái, phía trên và cùng đồ để đánh giá và phân loại tổn thương mới có thể có thái độ xử trí đúng đắn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chỉ định khâu phục hồi âm đạo ngay sau khi chẩn đoán xác định có tổn thương âm đạo để tránh mất máu cho sản phụ.

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Tùy theo mức độ rách nông, rách sâu, rách ở ngoài, ở giữa hay ở trong

Rách ở 1/3 ngoài, rách nông: Nữ hộ sinh có kinh nghiệm, bác sỹ sản khoa

Rách 1/3 ngoài, rách sâu/ rách ở giữa/ rách 1/3 trên: nữ hộ sinh có kinh nghiệm hoặc bác sỹ sản khoa.

**2. Phương tiện**

+ 2 van âm đạo

+ 2 panh hình tim cặp cổ tử cung

+ 1 panh sát trùng

+ 1 kéo thẳng đầu tù, sắc

+ 1 panh cặp kim

+ 1 panh đỡ kim

+ 1 cốc đựng dung dịch sát trùng

+ 1 đến 2 sợi chỉ vicryl số 1

+ 1 bơm tiêm 10ml

+ Dung dịch povidone

**3. Người bệnh**

Đánh giá toàn trạng người bệnh: lượng máu mất, mạch, huyết áp, toàn trạng, mức độ co hồi tử cung trong trường hợp sau đẻ (nếu co kém cần dùng thuốc co tử cung); các bệnh của người mẹ đặc biệt các bệnh có liên quan đến đông cầm máu như giảm tiểu cầu, APTT kéo dài, giảm fibrinogen…

Khai thác kỹ tiền sử dị ứng với các thuốc gây tê, giảm đau, kháng sinh

Tư vấn kỹ cho bệnh nhân về tình trạng bệnh và phương pháp điều trị cũng như nguy cơ có thể xảy ra.

Nơi thực hiện thủ thuật: Có thể thực hiện ở phòng thủ thuật/phòng đẻ nếu sau đẻ thường.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định .

**IV. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN KỸ THUẬT**

1. Sát trùng âm đạo tầng sinh môn, thông tiểu, người phụ giữ van bộc lộ âm đạo

2. Giảm đau bằng gây tê tại chỗ Lidocain 2% 2ml +3ml nước cất (trừ khi thai phụ đã được gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong và sau đẻ)

3. Khâu lại vết rách

- Khâu từ trên xuống dưới

- Khâu 1 lớp khâu vắt (bằng chỉ vicryl hay chỉ tự tiêu khác) nếu rách nông

- Khâu nhiều lớp, khâu mũi rời bằng chỉ tự tiêu nếu rách sâu, phức tạp. Lớp trên khâu chồng lên lớp dưới để tránh máu tụ, lớp dưới phải khâu sâu đảm bảo vừa sát qua đáy của tổn thương để đề phòng máu tụ mà lại không vào trực tràng.

4. Sát trùng âm đạo sau khi khâu xong.

5. Cho 1 ngón tay vào hậu môn kiểm tra xem có khâu vào trực tràng không, nếu có phải cắt chỉ khâu lại.

6. Sát trùng hậu môn.

**V. THEO DÕI**

Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp.

Theo dõi chảy máu âm đạo: nếu chảy máu phải kiểm tra khâu lại.

Theo dõi tụ máu: có khối máu tụ, thai phụ thường tức vùng âm đạo, có cảm giác chèn ở vùng hậu môn trực tràng và có cảm giác mót rặn. Kiểm tra âm đạo và cắt chỉ lấy hết máu tụ, khâu lại cho hết phần đáy, khâu mũi rời nhiều lớp tránh để khe hở.

Theo dõi lượng máu mất và các xét nghiệm hồng cầu, hemoglobin khi cần thiết phải truyền máu.

Dùng kháng sinh 5 ngày sau khi khâu

**VI. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG**

Tụ máu âm đạo/ tầng sinh môn

Thiếu máu

Nhiễm trùng

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 106. LÀM LẠI THÀNH ÂM ĐẠO, TẦNG SINH MÔN KHÂU CƠ VÒNG DO RÁCH PHỨC TẠP

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Làm lại thành âm đạo, tầng sinh môn là phương pháp khâu phục hồi thành âm đạo và tầng sinh môn theo đúng giải phẫu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chỉ định khi có tổn thương rách tầng sinh môn/sa thành âm đạo.

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản có kinh nghiệm

**2. Phương tiện**

+ 2 van âm đạo

+ 2 panh hình tim cặp cổ tử cung, 1 panh sát trùng

+ 1 kéo thẳng đầu tù, sắc

+ 1 panh cặp kim, 1panh đỡ kim

+ 1 cốc đựng dung dịch sát trùng

+ 2 sợi chỉ 01 vicryl số 1, 01 vicryl số 2.

+ 1 bơm tiêm 10ml

+ Dung dịch povidone

**3. Người bệnh**

Đánh giá toàn trạng người bệnh, các bệnh lý có liên quan đến đông cầm máu như giảm tiểu cầu, APTT kéo dài, giảm fibrinogen…

Khai thác kỹ tiền sử dị ứng với các thuốc gây tê, giảm đau, kháng sinh

Tư vấn kỹ cho bệnh nhân về tình trạng bệnh và phương pháp điều trị cũng như nguy cơ có thể xảy ra.

Nơi thực hiện thủ thuật: Có thể thực hiện ở phòng thủ thuật/ phòng mổ nếu cần

Khám kỹ để tránh bỏ xót các tổn thương ở âm đạo, tầng sinh môn

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy .

**IV. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN KỸ THUẬT**

**Thì 1:** Rạch da

Dùng dao rạch vòng cung phía trên đường ranh giới giữa hậu môn và âm đạo khoảng 15-25 mm, từ hai mép bên rạch thẳng vào âm đạo tạo thành hình thang, đỉnh tròn.

**Thì 2:** Bóc tách mảnh niêm mạc âm đạo đến mặt trước cơ nâng hậu môn ở phía trên và đầu đứt của vòng hậu môn phía dưới.

**Thì 3:** Khâu cơ vòng hậu môn bằng hai mũi chỉ vicryl hình chữ U

**Thì 4:** Cắt mảnh niêm mạc âm đạo và khâu tầng sinh môn sau

Khâu bờ trong và sâu của hai bó cơ nâng hậu môn bằng chỉ không tiêu

Khâu niêm mạc âm đạo từ trên xuống bằng chỉ vicryl mũi rời. Khâu tổ chức dưới da và cân tầng sinh môn bằng chỉ vicryl số 2.0

Mũi khâu tăng cường cuối cùng bằng chỉ vicryl xuyên từ da qua tổ chức dưới da đến hai đầu cơ vòng bị đứt, sẽ làm tăng độ chắc của cơ vòng hậu môn

**VI. THEO DÕI**

Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp

Theo dõi chảy máu âm đạo: nếu chảy máu phải kiểm tra khâu lại

Theo dõi tụ máu: có khối máu tụ, bệnh nhân thường tức vùng âm đạo, có cảm giác chèn ở vùng hậu môn trực tràng và có cảm giác mót rặn. Kiểm tra âm đạo và cắt chỉ lấy hết máu tụ, khâu lại cho hết phần đáy, khâu mũi rời nhiều lớp.

Dùng kháng sinh 5 ngày sau khi khâu

**VII. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG**

Tụ máu âm đạo/ tầng sinh môn

Nhiễm trùng

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 107. CHÍCH ÁP XE TUYẾN BARTHOLIN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nang tuyến Bartholin khi nhiễm trùng hóa mủ thành abces tuyến thì phải chích rạch tháo mủ.

**II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1. Chỉ định**

Abces đã hóa mủ

**2. Chống chỉ định**

Ổ viêm đỏ chưa hóa mủ

Nhiễm trùng toàn thân nặng chưa được điều trị

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản

**2. Dụng cụ**

- Cồn 70 hoặc dung dịch sát trùng như Betadin

- Bơm tiêm 5ml

- Thuốc giảm đau toàn thân : dolargan, fentanyl….

- Thuốc gây tê tại chỗ bằng Lidocain

- Bộ dụng cụ để chích ápxe.

- Các khăn trải phẫu thuật vô khuẩn

- Bàn khám hoặc bàn mổ.

**3. Người bệnh**

- Người bệnh và gia đình: được giải thích lý do phải chích abces và ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Người bệnh được vệ sinh vùng tầng sinh môn trước khi làm thủ thuật

- Tư thế nằm tư thế sản khoa

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

⮚**Thì 1.**

- Sát trùng rộng vùng abces từ trong ra ngoài

- Dùng khăn vô trùng để bao bọc xung quanh vùng thủ thuật.

⮚**Thì2.**

- Rạch da ngay trên khối abces chỗ mềm nhất đường rạch đủ rộng để tháo hết mủ. Có thể đi đường trong môi bé hay đường nếp gấp môi lớn môi bé.

- Sau khi rạch qua da và tổ chức dưới da đi thẳng vào khối abces tránh làm nát các tổ chức xung quanh gây chảy máu. Dùng kẹp nhỏ có quấn gạc làm sạch ổ abces

- Để da hở, đặt một meche trong ổ abcesđể dẫn lưu mủ ra ngoài, rút sau 12 giờ.

**V. THEO DÕI**

- Người bệnh được dùng thuốc giảm đau và kháng sinh uống hoặc tiêm trong 5 đến 7 ngày, thuốc chống phù nề (nếu cần)

- Theo dõi chảy máu tại vết rạch.

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu: chảy máu tại vùng rạch da hoặc trong ổ abces, khâu chỗ chảy máu dùng tiếp kháng sinh

- Không thoát mủ: mở thông lại, dùng kháng sinh tiêm.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 108. BÓC NANG TUYẾN BARTHOLIN

**I. CHỈ ĐỊNH**

- Viêm tuyến Bartholin có rò hoặc không rò.

- Nang tuyến Bartholin

**II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Nang tuyến Bartholin đang trong giai đoạn viêm (sưng, nóng, đỏ, đau)

**III. CHUẨNBỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên ngành Phụ - Sản

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ tiểu phẫu thủ thuật

**3. Người bệnh**

- Người bệnh và gia đình: được giải thích lý do phải bóc nang tuyến Bartholin và ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Người bệnh được vệ sinh vùng tầng sinh môn trước khi làm thủ thuật

- Tư thế nằm tư thế sản khoa

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

⮚**Thì 1.** Rạch da

- Có thể sử dụng các đường rạch để vào tuyến tùy theo tác giả.

+ Đường rạch giữa nếp gấp môi lớn và môi bé.

+ Đường rạch ở mặt ngoài môi lớn (đường Halban)

+ Đường rạch bờ môi lớn chỗ căng phồng của tuyến dọc theo cả chiều dài của khối u (Lieffring).

⮚**Thì 2.** Bóc tách tuyến.

- Bờ trên ngoài của tuyến thường dính nên khó bóc tách hơn mặt trong dưới niêm mạc

- Bóc tách phải rất cẩn thận tránh vỡ khối viêm hoặc để dịch mủ thoát ra ngoài qua lỗ tiết của tuyến, vì vậy khi bóc tách đến lỗ tuyến nên cặp cổ tuyến bằng kẹp.

⮚**Thì 3.** Cầm máu.

Nên sử dụng dao điện cầm máu hoặc khâu qua đáy khoang bóc tách bằng chỉ Vicryl. Trường hợp chảy máu nhiều hoặc có mủ nên đặt mảnh cao su dẫn lưu.

⮚**Thì 4.** Khâu niêm mạc.

Thắtcác mũikhâucầm máuqua khoangbóc táchsẽ làmkhíthaiméprạchhoặc cóthểkhâuniêm mạc bằngmũi rời.

**V. THEO DÕI**

- Sử dụng kháng sinh ít nhất 5 ngày sau khi làm thủ thuật

- Vệ sinh tầng sinh môn bằng dung dịch betadin hoặc các dung dịch sát trùng khác.

- Theo dõi nguy cơ tụ máu sau khi làm thủ thuật và nguy cơ nhiễm khuẩn

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu: chảy máu tại vùng rạch da hoặc vị trí bóc, khâu chỗ chảy máu dùng tiếp kháng sinh

- Tụ máu : lấy máu tụ, cầm máu tốt.

- Nhiễm trùng : Xử trí yếu tố gây viêm kết hợp kháng sinh.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 109. CHÍCH RẠCH MÀNG TRINH DO Ứ MÁU KINH

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật chích rạch tạo lỗ thủng màng trinh nhằm dẫn lưu máu kinh, chống đau, nhiễm trùng do ứ máu kinh và thuận lợi khi giao hợp.

**II. CHỈĐỊNH**

- Màng trinh không có lỗ.

- Ứ máu kinh trong âm đạovà buồng tử cung.

- Ứ máu kinh trong âm đạo và cổ tử cung.

- Ứ máu kinh trong buồng tử cung và lan ra cả hai vòi tử cung.

- Giao hợp khó khăn do màng trinh không thủng hoặc có lỗ thủng nhỏ.

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ cắt tử cung đường âm đạo.

**3. Người bệnh**

- Người bệnh phải đủ điều kiện thực hiện phẫu thuật.

- Không có biểu hiện của triệu chứng viêm nhiễm đường sinh dục.

- Người bệnh và gia đình: được giải thích, tư vấn lý do phải chích rạch màng trinh và ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Người bệnh được vệ sinh vùng tầng sinh môn trước khi làm thủ thuật

- Tư thế nằm tư thế sản khoa

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

⮚**Thì 1.** Thăm dò màng trinh:

Vị trí độ dày của màng trinh để quyết định đường rạch

⮚**Thì 2.** Rạch màng trinh theo hình dấu cộng.

- Đường rạch qua lỗ chọc kim thăm dò.

- Cắt một mảnh màng trinh

- Tách niêm mạc để khâu kín mép,tránhdính.

**V. THEO DÕI**

- Theo dõi toàn trạng, các dấu hiệu sinh tồn đặc biệt trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật.

- Theo dõi tình trạng chảy máu qua âm đạo

- Chăm sóc vệ sinh: lau âm đạo, tầng sinh môn bằng dung dịch betadin hoặc các dung dịch sát trùng khác.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 110. SINH THIẾT CỔ TỬ CUNG, ÂM HỘ, ÂM ĐẠO

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nếu phát hiện có dấu hiệu bất thường trong khi soi, bác sĩ sẽ lấy mẫu mô từ vùng bất thường ở bộ phận sinh dục âm đạo, cổ tử cung, quan sát dưới kính hiển vi. Khi đó được gọi là sinh thiết cổ tử cung.

Sinh thiết cổ tử cung bao gồm

Nội soi sinh thiết âm đạo: Bác sĩ nội soi âm đạo, tìm mô bất thường rồi dùng dao sinh thiết cắt khoảng 3mm vùng bất thường, để quan sát, xét nghiệm.

Nạo vét tuyến cổ tử cung: Khu vực này có nguy cơ bị nhiễm HPV và tiền ung thư nội soi cổ tử cung không thể biết được. Các bác sĩ sẽ đặt thiết bị nạo bên trong cổ tử cung để loại bỏ mô, rồi chuyển mô đến phòng thí nghiệm.

Sinh thiết vùng nón: Bác sĩ sẽ cắt bỏ một phần hình nón của tế bào từ cổ tử cung, nơi nhiều khả năng hình thành tế bào ung thư. Trong một số trường hợp tiền ung thư hoặc ca ung thư phát hiện sớm bác sĩ cũng chỉ định sinh thiết hình nón loại bỏ hoàn toàn tế bào bệnh. Sinh thiết hình nón không ảnh hưởng đến việc thụ thai.

**II. CHỈĐỊNH**

Khi nghi ngờ có tổn thương ở cổ tử cung, âm hộ, âm đạo

**III. CHUẨNBỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản

**2. Phương tiện**

+ Van âm đạo/ mỏ vịt

+ Kẹp cổ tử cung

+ Kìm bấm sinh thiết

+ Dung dịch sát khuẩn

**3. Người bệnh**

**-** Được tư vấn và giải thích lý do cần bấm sinh thiết và nguy cơ có thể xảy ra.

- Nên sinh thiết cổ tử cung vào tuần sau tuần kinh nguyệt. Không nên dùng băng vệ sinh, thụt rửa âm đạo hoặc thoa kem bôi âm đạo trong 24h trước khi sinh thiết. Kiêng quan hệ tình dục trong thời gian này.

- Mang theo băng vệ sinh để dùng vì sau khi sinh thiết có thể bị chảy máu âm đạo.

- Tư thế nằm tư thế sản khoa

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Bước 1:** Bệnh nhân nằm tư thế sản khoa. Đặt mỏ vịt.

**Bước 2:** Làm sạch cổ tử cung và âm đạo. Sau đó bôi lugol hoặc acid acetic vào cổ tử cung.

**Bước 3:** Cắt lấy một mẫu nhỏ mô tại vùng mô bất thường để xét nghiệm. Nếu nhiều vùng bất thường, sẽ lấy nhiều mẫu sinh thiết khác nhau. Lấy bệnh phẩm gửi giải phẫu bệnh.

**Bước 4:** Kiểm tra nếu chảy máu phải tiến hành cầm máu/ đặt meche.

**VI. THEO DÕI**

Theo dõi toàn trạng, các dấu hiệu sinh tồn đặc biệt trong 24 giờ đầu ( chú ý nhiệt độ).

Máu/ dịch âm đạo

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**Chảy máu:** Tiến hành đốt/khâu cầm máu

**Nhiễm trùng :** Xử trí yếu tố gây viêm kết hợp kháng sinh.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 111. CẮT, ĐỐT SÙI MÀO GÀ ÂM HỘ, ÂM ĐẠO, TẦNG SINH MÔN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Sùi mào gà (mụn cóc sinh dục) là bệnh do vi rút Human Papilloma (HPV), một loại virút thuộc loại DNA, gây ra. Bệnh chủ yếu lây truyền qua đường tình dục, có thể gặp ở cả nam và nữ.

- Sùi mào gà là một bệnh xã hội phổ biến và nguy hiểm, có thể gây ra nhiều biến chứng, trong đó bao gồm ung thư cổ tử cung ở nữ. Cắt, đốt sùi mào gà âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn hiện là phương pháp điều trị hiện đại, tiên tiến nhất đang được áp dụng trong điều trị bệnh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Khi chẩn đoán xác định sùi mào gà âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn,

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản

**2. Phương tiện**

+ Van âm đạo/ mỏ vịt

+ Kẹp cổ tử cung

+ Bộ dụng cụ đốt điện

+ Dung dịch sát khuẩn

**3. Người bệnh**

**-** Được tư vấn và giải thích lý do cần đốt điện và nguy cơ có thể xảy ra.

- Tư thế nằm tư thế sản khoa

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Bước 1 :** Người bệnh nằm tư thế sản khoa. Sát khuẩn, đặt mỏ vịt/van âm đạo, tê tại chỗ.

**Bước 2 :** Xác định những vị trí tổn thương. Tiến hành đốt/ cắt các nốt sùi bằng dao điện.

**Bước 3 :** Kiểm tra lại những vị trí đốt. Sát khuẩn lại.

**Bước 4 :** Hẹn lịch điều trị lần sau, bởi sùi mào gà không thể điều trị dứt điểm chỉ trong một lần, do đó bệnh nhân cần tái khám và điều trị đúng hẹn.

**V. THEO DÕI**

Vị trí đốt: tình trạng chảy máu/viêm nhiễm

Một số lưu ý sau khi làm thủ thuật:

+ Tránh quan hệ tình dục khi vết thương chưa lành, vừa khiến vết thương lâu lành, đồng thời có thể lây nhiễm virut HPV cho bạn tình.

+ Sử dụng thêm thuốc kháng sinh, chống viêm, tránh tình trạng vết thương bị viêm nhiễm.

+ Vệ sinh vết thương sạch sẽ.

+ Không nên sử dụng chung đồ cá nhân với người khác, tránh lây bệnh cho người xung quanh.

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu: Tiến hành đốt cầm máu

Nhiễm trùng : Xử trí yếu tố gây viêm kết hợp kháng sinh.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 112. NONG BUỒNG TỬ CUNG ĐẶT DỤNG CỤ CHỐNG DÍNH

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Dính buồng tử cung là tổn thương hết lớp niêm mạc làm buồng tử cung bị dính vào nhau. Nong buồng tử cung là thủ thuật đưa ống nong hoặc ống hút vào buồng tử cung tách dính 2 mặt và đặt dụng cụ tử cung tránh thai nằm giữa trong buồng tử cung để 2 mặt không dính lại.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Dính buồng tử cung sau hút thai.

- Dính buồng tử cung sau tháo dụng cụ tử cung

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Thiếu máu nặng. Bệnh tiểu đường, bệnh tim,bệnh máu

- Thể trạng người bệnh chưa cho phép tiến hành thủ thuật.

**IV. CHUẨNBỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản

**2. Phương tiện**

- Vật tư tiêu hao:

+ Dụng dịch sát khuẩn, bông hoặc gạc sát khuẩn.

+ Thuốc gây tê cạnh cổ tử cung

- 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

**3. Người bệnh**

- Tư vấn:

+ Tình trạng bệnh: lý do phải chỉ định nong 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 nong buồng tử cung đặt dụng cụ tử cung chống dính.

- Chuẩn bị: khám toàn trạng( mạch, nhiệt độ, huyết áp), các xét nghiệm

- Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.

- Nếu sử dụng tiền mê tĩnh mạch: tiêm thuốc tiền mê.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Bác sĩ làm thủ thuật và một nữ hộsinh/điềudưỡng giữ van

+ Rửa tay theo quy định

+ Mặc áo,đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn

+ 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 khuẩncổ tử cung.

+ Kẹp cổ tử cung vị trí 12 giờ và gây tê cạnh cổ tử cung.

+ Dùng thước đo thăm dò tư thế tử cung, chiều cao buồng tử cung.

+ Nong buồng tử cung bằng ống hút từ ống số 4 đến 5, 6 hoặc ống nong Hegar.

+ Đo lại chiều cao buồng tử cung.

+ Đặt dụng cụ tử cung.

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

+ Tháo dụng cụ.

+ Trao đổi với người bệnhvề kết quả thủ thuật.

+ Ghi chép hồ sơ.

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

**VI. THEO DÕI**

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ,huyết áp.

- Theo dõi co hồi tử cung và ra máu âm đạo.

**VII. TAI BIẾNVÀ XỬTRÍ**

- Chảy máu: kiểm tra dụng cụ tử cung đúng vị trí không, nếu không có bất thường tiếp tục dùng kháng sinh, thuốc giảm co bóp tử cung. Nếu ra máu nhiều và kéo dài thì lấy dụng cụ tử cung ra.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013

## 113. HÚT BUỒNG TỬ CUNG DO RONG KINH, RONG HUYẾT

**I. 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.

**II. 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.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản

**2. Phương tiện**

- Bơm hút chân không bằng tay loại 1 van.

- Thuốc: Misopristol, Ecgometrin, Oxytoxin.

- 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.

- 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

+ Dụng dịch sát khuẩn, bông hoặc gạc sát khuẩn.

**3. 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.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- 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 1kẹp 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

**VI. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH SAU HÚT 3 GIỜ**

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp.

- Theo dõi ra máu âm đạo.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- 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

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 114. NẠO HÚT THAI TRỨNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là một thủ thuật đưa ống hút vào buồng tử cung, dưới áp lực âm hút tổ chức trứng, rau thai trong buồng tử cung.Hút thai trứng nguy hiểm hơn hút thai thường vì tử cung to và mềm nên nguy cơ chảy máu và thủng tử cung, sót trứng cao.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Thai trứng toàn phần và bán phần còn nguyện vọng có con.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Thiếu máu nặng, người bệnh không có nguyện vọng có con

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản

**2**. **Phương tiện**

- Dịch truyền dây truyền dịch có sẵn kim truyền.

- Bơm hút trứng loại 1 van hoặc 2 van. Nếu cần thiết sử dụng máy hút.

- Thuốc: Misoprostol, Ecgometrin, Oxytoxin.

- 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.

- Bộ dụng cụ:

+ Kẹp sát trùng: 2

+ Van âm đạo: 1

+ Kẹp cổ tử cung: 1

+ Thước đo tử cung.

+ Ống hút: cỡ 6 đến 12

+ Dụng dịch sát khuẩn, bông hoặc gạc sát khuẩn.

**3. Người bệnh**

- Tư vấn:

+ Tình trạng bệnh: tai biến, biến chứng thành ác tính có thể gặp.

+ 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 thai trứng, thời gian và khả năng có thai lại.

- Chuẩn bị: khám toàn trạng( mạch, nhiệt độ, huyết áp).

- Làm mềm cổ tử cung bằng Misopristol đặt âm đạo trước khi tiến hành thủ thuật 1 giờ.

- Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.

- Cắm đường truyền tĩnh mạch bằng dung dịch muối hoặc đường đẳng trương có pha 5 đơn vị Oxytocin

- Nếu sử dụng tiền mê tĩnh mạch: tiêm thuốc tiền mê.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- 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 trứng bằng bơm hoặc máy hút.

- Đo lại buồng tử cung.

- Lau và sát khuẩn lại âm đạo,cổ tử cung bằng 1kẹp sát khuẩnmới.

- Tháo dụng cụ.

- Lấy bệnh phẩm hút ra gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh.

- Trao đổi với người bệnhvề kếtquả thủ thuật.

- Ghi chép hồ sơ.

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

**VI. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH SAU HÚT 3 GIỜ**

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp.

- Theo dõi co hồi tử cung và ra máu âm đạo.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬTRÍ**

- Chảy máu: nếu đang hút thì hồi sức và hút nhanh, lấy hết trứng để tử cung co lại sẽ giảm chảy máu và dùng thuốc co tử cung Oxytocin, Ecgotamin, Misoprostol.

- Thủng tử cung: mổ cấp cứu

+ Nếu người bệnh còn nguyện vọng có con: sau khi mở bụng, cầm tử cung trong tay, người khác tiếp tục hút trứng dưới tay phẫu thuật viên, hút sạch buồng tử cung và khâu lại lỗ thủng.

+ Nếu người bệnh không muốn có con nữa: cắt tử cung hoàn toàn, cắt 2 phần phụ nếu người bệnh lớn tuổi.

- Sót trứng: tiếp tục dùng kháng sinh, thuốc co tử cung và hút lại buồng tử cung

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013

## 115. DẪN LƯU CÙNG ĐỒ DOUGLAS

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Dẫn lưu cùng đồ Douglas là một thủ thuật nhằm đưa dịch (mủ hoặc máu) ra khỏi ổ bụng qua đường cùng đồ sau.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Có dịch ổ bụng/ dịch ở cùng đồ sau.

- Có ổ áp xe phần phụ hoặc áp xe Douglas.

**III. CHUẨN BỊ**

**1.Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Sản, nên có điều dưỡng, nữ hộ sinh phụ cho người làm thủ thuật.

**2.Dụng cụ:**

+   Bộ khám phụ khoa.

+   Các dung dịch sát khuẩn.

+   Lidocain, nước cất.

+   Bơm tiêm 10 - 20 ml, kim chọc dò tủy sống

+ Túi dẫn lưu

+ Bộ tiểu phẫu

**3.Người bệnh**

+  Tư vấn: cho người bệnh biết lý do cần đặt dẫn lưu, các bước tiến hành và nguy cơ có thể xảy ra.

+ Vệ sinh cơ quan sinh dục ngoài và đi tiểu tiện.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.

-  Sát khuẩn rộng vùng âm hộ.

-  Đặt mỏ vịt (có thể dùng van âm đạo) tiếp tục sát khuẩn phần trong âm đạo và túi cùng sau.

- Dùng kìm Pozzi kẹp mép sau cổ tử cung, kéo nhẹ theo hướng ra ngoài và lên trên, bộc lộ túi cùng sau âm đạo.

- Tiến hành mở túi cùng để dẫn lưu mủ và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh. Cầm máu vị trí mở cùng đồ.

- Sát khuẩn lại âm đạo.

**V. THEODÕI**

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp.

- Theo dõi máu âm đạo/ nhiễm trùng sau làm thủ thuật

**VII. TAI BIẾNVÀ XỬTRÍ**

- Chảy máu: Tìm vị trí chảy máu và xử trí cầm máu

- Nhiễm trùng : dùng kháng sinh và xử trí tác nhân gây viêm.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013

## 116. CHỌC DÒ TÚI CÙNG DOUGLAS

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Chọc dò túi cùng sau là một thủ thuật nhằm xác định túi cùng Douglas có dịch, máu hay mủ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Nghi thai ngoài tử cung vỡ, vỡ nang trứng chảy máu

- Lấy dịch ổ bụng làm xét nghiệm.

- Nghi có ổ áp xe phần phụ hoặc áp xe Douglas.

**III. CHUẨN BỊ**

**1.Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Sản, nên có điều dưỡng, nữ hộ sinh phụ cho người làm thủ thuật

**2.Dụng cụ:**

+   Bộ khám phụ khoa.

+   Các dung dịch sát khuẩn.

+   Lidocain, nước cất.

+   Bơm tiêm 10 - 20 ml, kim chọc dò tủy sống.

**3.Người bệnh**

+  Tư vấn: cho người bệnh biết các bước tiến hành.

+ Động viên, hỗ trợ tinh thần, vệ sinh cơ quan sinh dục ngoài và đi tiểu tiện.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**IV.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.

- Sát khuẩn rộng vùng âm hộ.

- Đặt mỏ vịt (có thể dùng van âm đạo) tiếp tục sát khuẩn phần trong âm đạo và túi cùng sau.

- Dùng kìm Pozzi kẹp mép sau cổ tử cung, kéo nhẹ theo hướng ra ngoài và lên trên, bộc lộ túi cùng sau âm đạo.

- Lắp kim vào bơm tiêm.

- Chọc nhanh kim vào túi cùng sau ở dưới mép sau cổ tử cung (thường không cần phải gây tê)

- Kéo nòng bơm tiêm từ từ để hút dịch ở túi cùng Douglas. Nếu:

+ Hút ra được máu đen loãng, không đông, có thể là chảy máu trong do thai ngoài tử cung.

+ Hút ra được máu nhưng để bên ngoài một lúc thì đông, có thể đã chọc vào mạch máu. Nếu cần có thể chọc lại lần nữa theo hướng khác.

+ Hút ra dịch vàng, trong và không phải máu. Có thể đó là thai ngoài tử cung chưa vỡ hoặc viêm tử cung.

- Nếu hút ra mủ, thì lưu kim lại tại chỗ, tiến hành mở túi cùng để dẫn lưu mủ và gửi xét nghiệm.

**V. THEODÕI**

- Toàn trạng: mạch, nhiệtđộ, huyếtáp.

- Theo dõi máu âm đạo/nhiễm trùng sau làm thủ thuật

**VII. TAI BIẾNVÀ XỬTRÍ**

- Chảy máu: Tìm vị trí chảy máu và xử trí cầm máu

- Nhiễm trùng : dùng kháng sinh và xử trí tác nhân gây viêm.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013

## 117. CHỌC HÚT DỊCH DO MÁU TỤ SAU MỔ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Tụ máu sau mổ là một tai biến sau phẫu thuật, có thể dẫn đến tình trạng thiếu máu hoặc nhiễm trùng nếu không được xử lý kịp thời. Chọc hút dịch tại vị trí tụ máu là một trong những cách xử trí.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Có khối dạng dịch tại vết mổ.

**III. CHUẨN BỊ**

**1.Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Sản, nên có điều dưỡng, nữ hộ sinh phụ cho người làm thủ thuật.

**2.Dụng cụ:**

+   Bộ dụng cụ tiểu phẫu

+   Các dung dịch sát khuẩn.

+   Lidocain, nước cất.

+   Bơm tiêm 10 ml

**Người bệnh**

+  Tư vấn: cho người bệnh biết các bước tiến hành và nguy cơ có thể xảy ra.

+ Nằm ngửa

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

-          Người bệnh nằm ngửa.

-          Sát khuẩn rộng vùng vết mổ

-         Gây tê tại vị trí chọc theo chiều dài vết mổ

-          Tiến hành chọc hút dịch tại vị trí có khối máu tụ (nên có định hướng của siêu âm nhất là khi khối máu tụ nằm sâu): chọc nơi mềm và căng phồng nhất.

- Sát khuẩn lại vết mổ. Băng vết mổ.

**V. THEODÕI**

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ,huyết áp.

- Theo dõi tình trạng vết mổ

**VII. TAI BIẾNVÀ XỬTRÍ**

- Nhiễm trùng : dùng kháng sinh và xử trí tác nhân gây viêm.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 118. CHỌC DẪN LƯU DỊCH CỔ CHƯỚNG TRONG UNG THƯ BUỒNG TRỨNG

**I. QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

**1.1. Chuẩn bị bệnh nhân**

- Giải thích cho bệnh nhân mục đích của thủ thuật

+ Thủ thuật chọc hút dịch màng bụng thường không gây đau. Khi bệnh nhân có nhiều dịch trong màng bụng, thực hành thủ thuật giúp bệnh nhân dễ chịu hơn, để chẩn đoán, xác định bệnh…

+ Che phủ bệnh nhân, để lộ vùng chọc dò, đảm bảo kín đáo cho bệnh nhân

+ Bệnh nhân phải hiểu tầm quan trọng trong việc duy trì tư thế khi làm thực hành

- Hướng dẫn bệnh nhân những điều cần thiết như đi đại, tiểu tiện trước khi thực hành thủ thuật…

- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở

 - Nếu thủ thuật tiến hành tại giường bệnh, phải có bình phong che để không ảnh hưởng tới bệnh nhân khác

**1.2. Chuẩn bị dụng cụ**

Điều dưỡng đeo khẩu trang, đội mũ, rửa tay, đi găng tay

***1.2.1. Dụng cụ vô khuẩn***

Dụng cụ vô khuẩn để trong khay vô khuẩn có phủ khăn vô khuẩn

 - Hai kim chọc dò hoặc chọc tháo:

+ Kim chọc dò dài 5 - 8cm, đường kính 1mm

+ Kim chọc tháo dài 5 - 9cm, đường kính 1,5 - 2mm

- Có thể dùng kim trocat để chọc tháo

 - Một ống cao su hoặc ống thông polyten nhỏ, dài khoảng 1m có ambu để nối với đốc kim, có khóa để điều chỉnh tốc độ dịch chảy, có thể dùng kim to nối với dây truyền dịch không có bầu đếm giọt

- Một bơm tiêm 5ml để gây tê

- Một bơm tiêm 20ml để hút dịch

- Nếu có điều kiện dùng bơm tiêm 3 đường khi chọc tháo

- Một săng có lỗ

- Hai kìm kẹp săng

- Một kẹp Kocher có mấu

- Một kẹp Kocher không mấu

 - Hai cốc đựng bông cầu, gạc củ ấu

- Một móc bấm Michel, kìm bấm để bấm vết chọc sau khi rút kim

Một đôi găng tay

***1.2.2. Dụng cụ sạch***

- Lọ cồn iod, cồn 700

- Thuốc tê novocain hoặc liđocain 1 - 2%

- Hộp thuốc cấp cứu

- Cốc thủy tinh chứa 100ml nước cất đã hòa 2 giọt acid acetic để làm phản ứng rivalta

- Băng dính, kéo

 - Một tấm nilon

 - Ba phiếu xét nghiệm

- Giá đựng 3 ống nghiệm có dãn nhãn, trong đó có một ống vô khuẩn, ghi rõ họ, tên tuổi bệnh nhân, khoa, phòng

- Huyết áp kế, ống nghe, đồng hồ bấm giây

 - Hai khay quả đậu, một khay đựng dụng cụ bẩn, một đựng bông gạc bẩn

- Một bô can để chứa dịch có chia vạch thể tích

- Một chậu đưng dung dịch sát khuẩn

**1.3. Thực hành kỹ thuật**

- Đưa dụng cụ đến nơi làm thủ thuật

 - Trải nilon dưới lưng và mông bệnh nhân

 - Đặt bệnh nhân nằm tư thế tùy thuộc vào tình trạng của bệnh và tùy theo yêu cầu của bác sĩ; thường nằm ngửa bên chọc dịch sát với thành giường, kê một gối dưới lưng bên đối diện để bên chọc dịch thấp hơn; hoặc tư thế nửa nằm, nửa ngồi; hoặc đặt bệnh nhân ngồi trên ghế tựa, chân đặt lên một ghế con

 - Bộc lộ vùng chọc

- Sát khuẩn vùng chọc: Kẻ một đường từ rốn tới gai chậu trước trên, chia đường này làm 3 phần, sát khuẩn điểm 1/3 ngoài. Bệnh nhân thường được chọc bên trái, ít khi chọc ở bên phải để tránh chọc vào manh tràng. Tuy nhiên, đôi khi chọc vào bên phải theo chỉ định của bác sĩ. Sát khuẩn 2 lần, lần đầu bằng cồn iod, lần sau bằng cồn 700

- Mở khay vô khuẩn

- Đổ cồn 700 để sát khuẩn tay bác sĩ, giúp bác sĩ đi găng tay

- Mở khay vô khuẩn

- Đổ cồn 700 để sát khuẩn tay bác sĩ, giúp bác sĩ đi găng tay

- Đưa săng có lỗ, đưa kìm kẹp săng cho bác sĩ

- Chuẩn bị thuốc gây tê để bác sĩ hút thuốc tê thuận lợi và vô khuẩn

- Khi bác sĩ gây tê, điều dưỡng theo dõi sắc mặt, mạch của bệnh nhân, động viên bệnh nhân

- Điều dưỡng sát khuẩn tay, nhẹ nhàng đổ đốc kim vào lòng bàn tay bác sĩ

- Khi bác sĩ chọc kim, điều dưỡng thường xuyên theo dõi sắc mặt bệnh nhân

 - Cắt băng dính

- Khi dịch bắt đầu chảy đưa ống đựng kim để thầy thuốc cho thông nòng vào, đặt khay quả đậu hứng vài giọt dịch đầu bỏ đi

- Hứng dịch vào ống nghiệm

+ Lấy vào 3 ống: xét nghiệm tế bào, vi khuẩn và sinh hóa

 + Ống nuôi cấy vi khuẩn phải đảm bảo vô khuẩn, đốt miệng ống nghiệm trước và sau khi lấy dịch bằng đèn cồn

- Làm phản ứng Rivalta tại giường

+ Cách làm: nhỏ 2 - 4 giọt dịch vào cốc đựng 100ml nước cất và acid acetic

+ Kết quả: nếu thấy vẩn đục như khói thuốc lá lắng dần xuống đáy cốc thì phản ứng Rivalta dương tính. Nếu không thấy xuất hiện vẩn đục trong cốc thì phản ứng Rivalta âm tính ·Phản ứng Rivalta dương tính: là dịch tiết, lượng protein trong dịch trên 30g/lít ·Phản ứng Rivalta âm tính: là dịch thấm, lượng protein trong dịch dưới 30g/lít

- Trường hợp chọc tháo thì nối ống thông vào đốc kim để dẫn dịch vào bình chứa

- Điều chỉnh dịch chảy ra nhanh hoặc chậm theo chỉ định của bác sĩ

- Thường xuyên theo dõi sắc mặt, mạch của bệnh nhân trong khi dẫn lưu dịch

- Khi bác sĩ rút kim ra, điều dưỡng sát khuẩn nơi chọc, đặt gạc và băng lại

+ Nếu chọc kim to, dịch có thể chảy ra theo vết chọc, dùng móc bấm Michel kẹp lại để dịch không rỉ ra ngoài

+ Nếu điều dưỡng rút kim, cần phải đảm bảo vô khuẩn; tháo dây dẫn ở đốc kim, đặt lại thông kim vào kim; rút kim thật nhanh, sát khuẩn, đặt gạc và băng lại

- Đặt bệnh nhân nằm nghiêng về bên không chọc dịch; tiếp tục theo dõi, chăm sóc bệnh nhân sau khi chọc dò để phát hiện biến chứng

+ Sắc mặt, mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở

+ Số lượng, tính chất, màu sắc dịch chảy ra

+ Dấu hiệu đau bụng hoặc bụng trướng

+ Ngất + Tình trạng nhiễm khuẩn

 - Dán nhãn chính xác bệnh phẩm và gửi ngay đến phòng xét nghiệm

**3.4. Thu dọn và bảo quản dụng cụ**

- Đưa các dụng cụ đã sử dụng về phòng cọ rửa và xử lý theo quy định

- Trả các dụng cụ khác về vị trí cũ

**3.5. Ghi hồ sơ**

- Ngày, giờ thực hành thủ thuật

- Vị trí chọc

- Số lượng, tính chất, màu sắc của dịch và kết quả phản ứng Rivalta

- Tình trạng bệnh nhân trước, trong và sau thủ thuật

- Tên bác sĩ và điều dưỡng thực hành thủ thuật

***Tài liệu tham khảo***

Quy trình kỹ thuật sản phụ khoa bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh.

## 119. CHÍCH ÁP XE VÚ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Áp xe (Abces) vú là tổn thương ổ mủ ở vú do nhiễm trùng hoặc do tắc sữa mà không được điều trị sớm.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các abces đã thành mủ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Khối viêm đỏ chưa thành mủ

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Sản, nên có điều dưỡng, nữ hộ sinh phụ cho người làm thủ thuật.

**2. Phương tiện**

- Cồn 70 hoặc dung dịch sát trùng như Betadin

- Bơm tiêm 5ml

- Thuốc gây tê tại chỗ bằng Xylocain 1% hoặc thuốc tê xịt bề mặt

- Bộ dụng cụ để chích ápxe.

- Các khăn trải phẫu thuật vô khuẩn

- Bàn khám hoặc bàn mổ.

**3. Người bệnh**

- Người bệnh và gia đình: được giải thích lý do phải trích abces và ký giấy cam đoan đồng thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Người bệnh cởi bỏ áo

- Tư thế nằm ngửa duỗi thẳng

**4. Hồ sơ bệnh án:** Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

⮚**Thì 1.**

- Sát trùng rộng vùng abces từ trong ra ngoài

- Dùng khăn vô trùng để bao bọc xung quanh vùng thủ thuật.

⮚**Thì 2.**

Xác định khối abcess ,tìm chỗ da mềm nhất.

⮚**Thì 3.**

- Rạch da ngay trên khối abces đường rạch theo đường chéo nan hoa với tâm là núm vú.

- Sau khi rạch qua da và tổ chức dưới da đi thẳng vào khối abcess tránh làm nát các tổ chức xung quanh gây chảy máu. Dùng kẹp nhỏ hoặc đầu ngón tay trỏ phá các vách của khối abces thông nhau để mủ chảy ra

- Để da hở, đặt một gạc con trong ổ abces để dẫn lưu mủ ra ngoài, rút sau 12 giờ.

**VI. THEO DÕI**

- Người bệnh được dùng thuốc giảm đau và kháng sinh uống hoặc tiêm trong 5 đến 7 ngày, thuốc chống phù nề.

- Theo dõi chảy máu tại vết rạch.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu: chảy máu tại vùng rạch da hoặc trong ổ abces, khâu chỗ chảy máu dùng tiếp kháng sinh

- Không thoát mủ: mở thông lại, dùng kháng sinh tiêm.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013

## 120. KHÁM NAM KHOA

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Khám nam khoa là giúp phát hiện sớm các vấn đề về sức khỏe của cơ quan sinh dục nam, các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục, từ đó có hướng xử lý và phòng ngừa bệnh hiệu quả hơn, tránh được những biến chứng xấu. Cùng với đó, trong quá trình thăm khám có thể tư vấn các kiến thức cơ bản về sức khỏe dành riêng cho nam giới, cách chăm sóc và bảo vệ những bộ phận quan trọng của cơ thể, đặc biệt là cơ quan sinh dục.

**II. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Sản, nên có nữ hộ sinh phụ.

**2. Dụng cụ cần có:**

+ Bàn khám

+ Bông, gạc, găng cao su, thuốc sát khuẩn

**3. Bệnh nhân:**

+ Được đi đại, tiểu tiện trước

+ Tôn trọng quy tắc khám 3 người

**III. CÁCH KHÁM:**

+ **Bước 1**: Hỏi bệnh

Tiến hành hỏi nam giới về bệnh sử, khai thác tình trạng sức khỏe cả trong thời điểm hiện tại và quá khứ.

+ **Bước 2:** Thăm khám lâm sàng

Thăm khám lâm sàng bao gồm khám tổng quát và khám bộ phận sinh dục ngoài. Trong thăm [khám nam khoa](http://suckhoesinhsanhanoi.vn/benh-nam-khoa/tong-hop-10-phong-kham-nam-khoa-ha-noi-uy-tin-va-tot-nhat.html), bộ phận sinh dục được kiểm tra một cách kỹ lưỡng và cẩn thận.

+ **Bước 3:** Siêu âm

Tiến hành siêu âm để có thể kiểm tra cấu trúc bên trong cơ quan sinh dục. Cụ thể hơn, siêu âm giúp tìm kiếm, phát hiện các bất thường của cấu trúc bên trong bìu, đánh giá các tình trạng giãn của búi tĩnh mạch tinh và các cấu trúc của mào tinh.

+**Bước 4:** Thực hiện các xét nghiệm cần thiết

Tùy theo vấn đề nam giới gặp phải để chỉ định xét nghiệm thích hợp. Đó có thể là xét nghiệm máu, [xét nghiệm nước tiểu](http://suckhoesinhsanhanoi.vn/benh-nam-khoa/viem-duong-tiet-nieu/viem-duong-tieu/xet-nghiem-nuoc-tieu.html), xét nghiệm dịch tiết ra ở dương vật, thực hiện tinh dịch đồ,…

+ **Bước 5:** Chẩn đoán, tư vấn, đưa ra phương hướng điều trị bệnh nếu có. Sau khi đã trải qua quá trình thăm khám, siêu âm và xét nghiệm, đưa ra kết luận tình trạng sức khỏe nam khoa. Nếu phát hiện có bệnh lý, chỉ định phương pháp điều trị thích hợp.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh của bộ y tế 2013

## 121. KHÁM PHỤ KHOA

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Khám phụ khoa là khám bộ phận sinh dục ngoài thời kỳ có thai. Mục đích khám là để phát hiện các bệnh ở âm hộ, âm đạo, cổ tử cung, thân tử cung, vòi trứng và buồng trứng, đồng thời xem có gì bất thường trong tiểu khung

**II. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Sản, nên có nữ hộ sinh phụ.

**2. Dụng cụ cần có:**

+ Bàn khám, đèn chiếu

+ Mỏ vịt, kìm kẹp bông, thước đo buồng tử cung, kìm cặp cổ tử cung

+ Bông, gạc, găng cao su, dầu paraffin, dd acid acetic 3%, lugol 3%, thuốc sát khuẩn

+ Máy soi cổ tử cung

**3. Bệnh nhân:**

+ Được đi đại, tiểu tiện trước

+ Tôn trọng quy tắc khám 3 người

**III. CÁCH KHÁM:**

**1. HỎI:**

+ Tên, tuổi, nghề nghiệp

+ Lý do đến khám

+ Tiền sử kinh nguyệt, tiền sử sản khoa, khí hư

**2. NHÌN**

+ Quan sát toàn thân: da, niêm mạc, cơ thể có phát triển cân đối không?

+ Giong nói, mọc râu, lông.

+ Sẹo mỗ cũ, hệ thống lông trên vệ, trên bụng, âm vật, hai môi lớn, hai môi bé, tầng sinh môn…

**3. KHÁM BẰNG MỎ VỊT:**

+ Đặt mỏ vịt đúng cách, nhẹ nhàng, qua mỏ vịt quan sát âm đạo, cổ tử cung, đánh giá niêm dịch, khí hư, xem xét các tổn thương phối hợp ( nang nước, nhân di căn chorio), có dị tật bẩm sinh ( vách ngăn, chấn thương sau đẻ như lỗ rò, sẹo rách cổ tử cung, âm đạo…), nang naboth cổ tử cung, polyp.

+ Soi cổ tử cung bằng dung dịch acid acetic và lugol, chứng nghiệm Hinselmann, Schiller

**4. THĂM ÂM ĐẠO KẾT HỢP NẮN BỤNG:**

+ Đánh giá tử cung và 2 bên phần phụ

**5. GÕ:**

Trong trường hợp có dịch cổ chướng,máu… phải gõ bụng ở tư thế nghiêng trái hoặc phải để xác định chẩn đoán

**6. NGHE:**

Trường hợp khối u to, cần phân biệt với tử cung có thai bằng cách dung ống nghe sản khoa hoặc máy Doppler để phát hiện xem có tiếng tim thai hay tiếng thổi tử cung không

**7. ĐO BUỒNG TỬ CUNG:**

Trong một số trường hợp như u xơ tử cung, sa sinh dục.. thì dùng thước đo buồng tử cung để thăm dò (ít sử dụng)

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013

## 122. SOI CỔ TỬ CUNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

1925, Hans Hinselmann (Đức) dùng một hệ thống quang học có độ phóng đại lớn với một nguồn sáng mạnh để quan sát lớp biểu mô của cổ tử cung và âm đạo mà chủ yếu là ở cổ tử cung và thủ thuật này được gọi là soi cổ tử cung.

1972, Shiller dùng Iode chấm vào cổ tử cung và âm đạo để phát hiện những tổn thương tại chỗ(chứng nghiệm Lugol hay Shiller)

1975, hội nghị quốc tế và Tế bào học tại Bruxelles đã xác định tế bào âm đạo – cổ tử cung và soi cổ tử cung là 2 phương pháp hỗ trợ lẫn nhau trong chẩn đoán các tổn thương lành tính, nghi ngờ hay ác tính của cổ tử cung

**II. CHỈ ĐỊNH**

Test sàng lọc dương tính: kết quả tế bào âm đạo bất thường và/ hoặc HPV test bất thường

Có tổn thương cổ tử cung khi thăm khám cần thiết phải điều trị bằng thủ thuật đốt, áp lạnh cổ tử cung, LEEP,…

Test acid acetic dương tính hoặc test Lugol âm tính

Xác định vùng ranh giới tổn thương để sinh thiết cổ tử cung đúng vị trí

Theo dõi tiến triển của tổn thương sau quá trình điều trị: đốt, áp lạnh cổ tử cung, LEEP,…

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản

Đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay thường quy, đi găng vô khuẩn

**2. Dụng cụ**

Máy soi cổ tử cung

Bàn khám phụ khoa

Khăn trải, săng vô khuẩn, khay đựng dụng cụ, găng tay

Mỏ vịt, kìm kẹp bông, kìm sinh thiết cổ tử cung, cốc inox có nắp để đựng dung dịch

Hộp đựng bông khô lau chât nhầy cổ tử cung, mèche chèn sau khi sinh thiết

Tăm tre để lấy mảnh sinh thiết, lọ đựng dung dịch cố định bệnh phẩm

Các dung dịch: nước muối sinh lý 0.9%; dung dịch acid acetic 3-5%; Lugol 1-3%; xanh Toluidine (để quan sát âm hộ), bethadin

**3. Chuẩn bị bệnh nhân**

Quan trọng nhất khi soi cổ tử cung là phải có kết quả xét nghiệm tế bào âm đạo

Tiền sử sản phụ khoa: đặc biệt tiền sử kinh nguyệt, còn kinh hay mất kinh, kinh cuối cùng, ngày sạch kinh

Tiền sử viêm nhiễm, STDs, đã điều trị can thiệp cổ tử cung (đốt điện, áp lạnh, LEEP,… và lý do)

Tiền sử dùng thuốc (phương pháp tránh thai đã và đang dùng, hiện có dùng thuốc tránh thai kết hợp không, có dùng liệu pháp hormon thay thế không…)

Giải thích cho bệnh nhân quy trình soi cổ tử cung, những xét nghiệm và thủ thuật có thể làm thêm (HPV, sinh thiết,…)

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Bệnh nhân nằm theo tư thế phụ khoa, nằm thoải mái, dạng rộng 2 chân, mông đặt sát mép bàn để thuận lợi cho việc đặt mỏ vịt

Quan sát âm hộ, tầng sinh môn bằng mắt thường sau đó dùng ánh sáng có cường độ yếu để phát hiện ra những tổn thương viêm, loét hay có nhiễm khuẩn kèm theo

Để đèn soi cách âm hộ khoảng 20cm

Đặt mỏ vịt:

+ Đặt mỏ vịt nhẹ nhàng, không bôi trơn mỏ vịt bằng dầu parafin mà bằng nước muối sinh lý.

+ Mở mỏ vịt nhẹ nhàng tránh chạm vào cổ tử cung gây chảy máu. Bộc lộ hết 2 môi cổ tử cung và nhìn được thành âm đạo

+Trường hợp khó bộc lộ hết cổ tử cung 1 lần khi mở mỏ vịt có thể xoay mỏ vịt đè vào các thành âm đạo để nhìn hết các phần cổ tử cung (môi trước, môi sau, 1 phần thấp của chiều dài ống cổ tử cung) cũng như cần nhìn hết đến cùng đồ trước, cùng đồ sau cổ tử cung và âm đạo để nhận định tổn thương và không bỏ sót tổn thương

+ Không mở quá rộng mỏ vịt tránh gây lộ tuyến giả

Nhìn bằng mắt thường nhận định các tổn thương nếu có: khí hư, viêm nhiễm, loét, tổn thương HPV,…

Lấy bệnh phẩm làm phiến đồ âm đạo, HPV hoặc các xét nghiệm khác nếu cần

**VI. KỸ THUẬT SOI CỔ TỬ CUNG**

**Soi cổ tử cung không chuẩn bị**

Lau sạch cổ tử cung bằng tăm bông thấm nước muối sinh lý 0.9%

Dùng ánh sáng có cường độ thấp (ánh sáng vàng) để quan sát tổng thể màu sắc, hình thể cổ tử cung, điều chỉnh tiêu cự cho hợp lý để nhìn rõ được các tổn thương

Xác định được vùng ranh giới (vùng chuyển tiếp) giữa biểu mô trụ và biểu mô vảy

**Soi cổ tử cung có chuẩn bị**

Test acid acetic (chứng nghiệm Hinselmann)

Dùng tăm bông thấm acid acetic 3-5% bôi vào cổ tử cung chờ 20-30 giây. Acid acetic làm se, phồng tổ chức tuyến và biểu mô vảy bất thường ở cổ tử cung; đông vón protein nhân và keratin tế bào hiện diện trong biểu mô. Tác dụng của acid acetic chỉ kéo dài trong 1-2 phút nên nếu soi lâu thì có thể bôi thêm 1-2 lần nữa và nhận định tổn thương

Giá trị: nhận định hình ảnh cổ tử cung bình thường đồng thời có giá trị chẩn đoán những tổn thương bất thường cổ tử cung

+ Hình ảnh cổ tử cung bình thường: biểu mô vảy trưởng thành, biểu mô trụ bình thường, ranh giới vảy trụ bình thường, mô đệm với các hình ảnh mạch máu bình thường.

+ Vùng chuyển tiếp bình thường: Biểu mô vảy bình thường, biểu mô trụ bình thường, chuyển sản biểu mô vảy (chuyển sản biểu mô vảy chưa trưởng thánh), cửa tuyến, đảo tuyến, nang Naboth.

+ Tổn thương lành tính: lộ tuyến, polyp cổ tử cung, u đế, bướu lạc nội mạc tử cung, tổn thương viêm

+ Các hình ảnh tổn thương nghi ngờ:

Vết trắng thật (các tổn thương sừng hóa)

Vết trắng ấn, hình khảm, chấm đáy, giọt trắng, cửa tuyến viện

Các tổn thương hủy hoại: vết trợt, loét, nụ sùi,

Tổn thương mạch máu bất thường: xoắn vặn, song song, phân nhánh bất thường

Tổn thương do HPV: Condyloma phẳng, đỉnh nhọn, sùi

Test Lugol (chứng nghiệm Schiller)

Soi bằng ánh sáng có cường độ mạnh (màu trắng)

Dùng tăm bông thấm dung dịch Lugol bôi vào cổ tử cung. Sau 1-2 giây biểu mô vảy sẽ bắt màu nâu sậm

Bình thường trong biểu mô vảy có glycogen tác dụng với iode nên biểu mô bắt màu nâu gụ

Giá trị:

+ Nhận định lại các hình ảnh đã quan sát được khi soi có chuẩn bị bằng acid acetic

+ Phát hiện được các vùng không bắt màu Lugol

+ Đánh giá được tình trạng đáp ứng nội tiết (chủ yếu estrogen) của biểu mô cổ tử cung và mức độ thuần thục của biểu mô vảy

+ Nhận định rõ ranh giới tổn thương

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013

## 123. LÀM THUỐC ÂM ĐẠO

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Làm thuốc âm đạo là phương pháp dùng để điều trị viêm âm đạo hoặc vệ sinh bộ phận sinh dục nữ sau một số phẫu thuật, thủ thuật sản phụ khoa.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Viêm âm đạo

Sau đẻ, sau thủ thuật nạo hút thai, xoắn cắt polyp cổ tử cung…, sau mổ cắt tử cung hoàn toàn…

Trước khi làm một số phẫu thuật, thủ thuật sản phụ khoa: đốt cổ tử cung, phẫu thuật sa sinh dục…

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Sản, nên có nữ hộ sinh phụ.

**2. Dụng cụ**

+ Bàn khám, đèn chiếu

+ Mỏ vịt, kìm kẹp bông

+ Bông, gạc, găng cao su, dầu paraffin, thuốc sát khuẩn

+ Thuốc đặt âm đạo (nếu cần)

**3. Bệnh nhân:**

+ Được đi đại, tiểu tiện trước

+ Tôn trọng quy tắc khám 3 người

**IV. QUY TRÌNH**

Bệnh nhân nằm tư thế sản khoa

Đặt mỏ vịt

Sát khuẩn âm đạo, cổ tử cung bằng dung dịch povidone

Đặt thuốc vào cùng đồ sau (nếu có)

Tháo mỏ vịt

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013

## 124. CẮT U VÚ LÀNH TÍNH

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật cắt u vú lành tính là phẫu thuật ngoại khoa cắt bỏ một phần tuyến vú bị bệnh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tiết dịch, tiết máu núm vú đã có chụp ống tuyến vú nghi quá sản hoặc papillom tuyến vú

Tuyến vú có nhiều khối u

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Ung thư vú hoặc lao tuyến vú

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản, bác sĩ ngoại khoa có kinh nghiệm

**2. Phương tiện**

Bộ trung phẫu chuyên ngành phẫu thuật vú

**3.Người bệnh**

Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá bệnh lý phối hợp

Tư vấn cho người bệnh và gia đình về cuộc phẫu thuật, ký giấy cam đoan phẫu thuật

**4.Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Thì 1:** Bơm xanh methylen vào ống tuyến vú tiết dịch, tiết máu (trong trường hợp u tuyến vú)

**Thì 2:** Rạch da: theo bờ quầng vú hoặc đường rạch nan hoa song song dọc đường đi của nang tiết dịch

**Thì 3:** Bóc tách da ở vùng tuyến vú có tổn thương (có màu xanh chỉ dẫn)

**Thì 4:** Cắt bỏ một phần tuyến vú theo hình nan hoa xe đạp, cắt rộng hết vùng tuyến vú có u hoặc có màu xanh chỉ dẫn. Cầm máu kỹ

**Thì 5:** Khâu lại vết cắt tuyến vú làm cho tuyến vú tròn lại. Đặt ống dẫn lưu

**Thì 6:**Khâu da. Có thể băng ép và hút dẫn lưu liên tục

**VI.  TAI BIẾN**

1. Chảy máu Vì tổ chức vú là tổ chức mỡ lỏng lẻo dễ chảy máu nên trong quá trình phẫu thuật phải vừa bóc tách vừa cầm máu và nên khâu ép hết đáy diện bóc tách.

2. Tụ máu Cắt chỉ, khâu cầm máu, dùng tiếp kháng sinh.

3. Nhiễm trùng vết mổ Nếu có thường xảy ra vào ngày thứ 4 hoặc thứ 5 sau phẫu thuật với triệu chứng sưng đau đỏ tấy vùng vết mổ. Trong trường hợp này phải dùng thêm kháng sinh và tách vết mổ để mủ chảy ra ngoài rửa vết mổ bằng Betadin hàng ngày.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013

## 125. BÓC NHÂN XƠ VÚ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Tỷ lệ các tổn thương vú lành tính có thể gặp ở khoảng 50% phụ nữ trong đó nhiều nhất là nang xơ vú và nhân xơ vú.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các nang xơ lành tính hoặc nguy cơ thoái triển xấu dẫn đến ung thư.

- Người bệnh có nguyện vọng được bóc bỏ.

- Tổn thương nghi ngờ khi làm sinh thiết

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Tổn thương nghi bất thường nhiều hơn (ví dụ ung thư).

- Người bệnh chưa có con (tương đối), có thể để theo dõi, điều trị nội khoa.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Phẫu thuật viên được đào tạo về phẫu thuật vú, cả thẩm mỹ và giữ được chức năng vú (nếu chỉ bóc bỏ nhân vú lành tính).

**2. Phương tiện**

- Cồn 70 hoặc dung dịch sát trùng như Betadin

- Bơm tiêm 5ml

- Thuốc gây tê tại chỗ bằng Xylocain 1% hoặc gây mê

- Bộ dụng cụ để phẫu thuật

- Các khăn trải phẫu thuật vô khuẩn

- Bàn phẫu thuật thông thường

**3. Người bệnh**

- Người bệnh cởi bỏ áo

- Tư thế nằm ngửa duỗi thẳng

**4. Hồ sơ bệnh án:**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**⮚ Thì 1.**

- Sát trùng rộng vùng phẫu thuật từ trong ra ngoài

- Dùng khăn vô trùng để baobọc xung quanh phẫu trường

**⮚Thì 2.**

- Xác định vị trí khối u cần cắt bỏ, nếu nhỏ có thể dùng kim để xác định mốc tốt nhất là làm dưới gây mê, nếu không có điều kiện thì gây tê tại chỗ.

- Sau khi rạch qua da và tổ chức dưới da dùng kéo bóc tách để đi thẳng vào khối u tránh làm nát các tổ chức xung quanh gây chảy máu.

- Lấy bỏ khối u qua vết rạch sau khi đã bóc tách và cầm máu kĩ các tổ chức xung quanh khối u bằng chỉ tiêu. Nếu khối u ở sâu thì sau đó cần khâu ép lại tổ chức đã rạch sau khi đã kiểm tra kĩ không thấy chảy máu

**⮚ Thì 3.**

- Khâu phục hồi lại da bằng chỉ lin hoặc khâu luồn dưới da bằng chỉ tiêu Vicryl 2.0. Băng lại vết mổ có thể băng ép bằng băng chun quanh ngực nếu nghi ngờ diện bóc tách còn có thể chảy máu, sẽ tháo bỏ sau 12-24 giờ.

- Sau khi bóc xong tổ chức bóc bỏ phải được gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh.

**VI. THEO DÕI**

**1. Người bệnh**

Được dùng thuốc giảm đau thêm và thuốc kháng sinh và thuốc chống phù nề.Có thể ăn uống trở lại bình thường sau phẫu thuật và xuất viện sau phẫu thuật 6 giờ nếu là gây tê tại chỗ và vết mổ không chảy máu.

**2. Theo dõi chảy máu**

Tại vết mổ hoặc có thể gây tụ máu dưới da làm bầm tím cả một vùng vú, trong ca này thì tùy theo mức độ chảy máu mà có thể phải mở vết mổ để cầm máu lại hoặc dùng băng chun băng ép chặt để cầm máu.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Chảy máu**

Vì tổ chức vú là tổ chức mỡ lỏng lẻo dễ chảy máu nên trong quá trình phẫu thuật phải vừa bóc tách vừa cầm máu và nên khâu ép hết đáy diện bóc tách.

**2. Tụ máu**

Cắt chỉ, khâu cầm máu, dùng tiếp kháng sinh.

**3. Nhiễm trùng vết mổ**

Nếu có thường xảy ra vào ngày thứ 4 hoặc thứ 5 sau phẫu thuật với triệu chứng sưng đau đỏ tấy vùng vết mổ. Trong trường hợp này phải dùng thêm kháng sinh và tách vết mổ để mủ chảy ra ngoài rửa vết mổ bằng Betadin hàng ngày.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 126. CẮT BỎ ÂM HỘ ĐƠN THUẦN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật cắt âm hộ là phẫu thuật loại bỏ môi lớn, môi bé, tiền đình vùng có tổn thương

Tùy theo mức độ tổn thương phẫu thuật cắt bỏ âm hộ rộng, hẹp khác nhau

**II. CHỈ ĐỊNH**

-Vết trắng âm hộ

-Các tổn thương nghi ngờ biến chứng ung thư về sau

**III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Chuẩn bị bệnh nhân**

Cạo lông, rửa sạch âm hộ,âm đạo, thụt tháo phân

**2. Tiến hành**

**Bước 1:** Đường rạch

+ Tùy tổn thương mà đường rạch rộng hẹp khác nhau để đảm bảo lấy hết vùng tổn thương

+ Đường rạch bờ ngoài:rạch theo đường bầu dục khép kín từ bờ dưới khớp mu, trên góc tiền đình, vòng qua hai bên môi lớn xuống dưới âm hộ khoảng 1-2cm.

+ Đường rạch bờ trong: rạch theo đường vòng kín từ bờ trên lỗ niệu đạo vòng qua hai bên âm đạo phía trong môi bé, xuống bờ trong phía dưới âm hộ.

Hai đường rạch ngoài và trong phải đảm bảo khoanh hết vùng tổn thương, kể cả vùng tổn thương quanh lỗ niệu đạo.

**Bước 2:** Bóc tách và cắt vùng tổn thương

Dùng kéo cắt sâu mảnh tổ chức giữa 2 đường rạch. Trong quá trình cắt mảnh tổ chức tổn thương đặc biệt là vùng tiền đình,sẽ cắt ngang các mạch máu, gây chảy máu nhiều, nên phải chú ý cầm máu bằng kẹp hoặc dao điện.Dùng chỉ Catgut khâu và buộc các mạch máu lớn và nhỏ, có thể sử dụng dao điện để giảm chảy máu

**Bước 3**: Khâu vết rạch

+ Lớp trong( lớp tổ chức dưới da): khâu bằng chỉ Catgut mũi rời

+ Lớp da: khâu bằng chỉ lụa

+ Khâu da với niêm mạc quanh lỗ niệu đạo. Vì lớp niêm mạc quanh lỗ niệu đạo dễ bị rách khi khâu và dễ bị chồng mép nên chú ý các điểm sau:

Khâu tổ chức dưới da và da phía trên lỗ niệu đạo trước để giảm bớt lực co kéo khi khâu ở lỗ niệu đạo

Dùng kim nhỏ, chỉ lụa khâu da và niêm mạc quanh phần trên lỗ niệu đạo bằng mũi khâu Blaie Donatti

Đặt sonde Nelaton vào lỗ niệu đạo để làm mốc tránh tổn thương lỗ niệu đạo.

***Tài liệu tham khảo***

Phẫu thuật Sản Phụ khoa –Xuất bản 2003-PGS.TS Phan Trường Duyệt

## 127. KHÁM MẮT SƠ SINH NON THÁNG ĐỂ TẦM SOÁT BỆNH LÝ VÕNG MẠC

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Bệnh võng mạc ở trẻ đẻ non là một bệnh lý thường gặp ở những trẻ đẻ non (tuổi thai khi sinh dưới hoặc bằng 34 tuần), nhẹ cân (từ dưới 2.000g). nếu không được khám sàng lọc trong vòng 3-4 tuần sau sinh thì trẻ có nguy cơ bị mù vĩnh viễn rất cao.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tất cả các trẻ sinh non tuổi thai khi sinh dưới hoặc bằng 34 tuần, nhẹ cân (từ dưới 2.000g).

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa mắt

**2. Phương tiện**

- Đèn soi đáy mắt trực tiếp

- Thuốc: Giãn đồng tử

**3. Người bệnh**

- Giải thích cho gia đình trẻ trước khi làm thủ thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định chung

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

**-**Nhỏ giãn đồng tử

- Thầy thuốc ngồi đối diện với bệnh nhân,

- Dùng mắt cùng bên để soi đáy mắt

- Tay phải cầm đèn soi đáy mắt, đặt máy trước và sát mắt phải,mắt nhìn qua lỗ nhìn của máy thấy ánh đồng tử của bệnh nhân đỏ hồng,tay trái giữ đầu và vành mi mắt phải của bệnh nhân,thầy thuốc chuyền đầu dần về phía bệnh nhân luôn luôn phải nhìn thấy ánh đồng tử hồng,cho đến khi máy cách mắt bệnh nhân 2-3 cm,dùng ngón  trỏ tay phải để điều chỉnh từ từ hệ thống thấu kính cho đến khi nhìn rõ hình ảnh đáy mắt bệnh nhân

**VI. THEO DÕI**

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

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Không có tai biến.

***Tài liệu tham khảo***

Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản theo Quyết định 4128/QĐ-BYT 2016 của Bộ Y Tế .

## 128. NUÔI DƯỠNG SƠ SINH QUA ĐƯỜNG TĨNH MẠCH

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nuôi dưỡng tĩnh mạch bao gồm cung cấp đủ năng lượng cho tăng trưởng và dự trữ, ngăn hạ đường huyết, bổ sung acid amin, acid béo, các vitamin và khoáng chất thiết yếu cùng với các yếu tố vi lượng cần cho tăng trưởng và phát triển.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Sinh non < 1500gr không ăn sữa đường tiêu hóa đủ.

- Khi không thể dung nạp năng lượng tối thiểu 50 kcal/kg/ngày qua đường tiêu hóa trong thời gian 3 ngày (cân nặng ≤1800gr) hoặc 5 ngày (cân nặng>1800gr).

- Trẻ có chống chỉ định nuôi dưỡng đường tiêu hóa.

**III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.**

- Nhu cầu năng lượng: Duy trì cân nặng 50-60 kcal/kg/ngày, tăng cân ở trẻ đủ tháng 100-

120 kcal/kg/ngày, tăng cân ở trẻ sinh non 110-140 kcal/kg/ngày.

- Tính nhu cầu dịch trong dung dịch nuôi ăn/ngày = nhu cầu dịch/ngày-dịch pha thuốc-thể tích sữa nếu có ( ước tính thể tích hấp thu 75%).

- Tính lượng lipid, trừ thể tích lipid.

- Tính lượng protein.

- Tính nhu cầu điện giải.

- Tính nồng độ glucose, tốc độ glucose (mg/kg/phút).

- Tính lượng kcal/kg/ngày đạt được.

3.1. Carbohydrate

- Năng lượng cung cấp: 3,4 kcal/g.

- Tốc độ khởi đầu 8 mg/kg/phút ở trẻ đủ tháng, 4- 6 mg/kg/phút ở trẻ sinh non.

- Tốc độ tăng hàng ngày nếu dung nạp tốt: 1-2 mg/kg/phút, tối đa 11-12 mg/kg/phút.

- Nồng độ dextrose truyền qua tĩnh mạch ngoại biên giới hạn ≤ 12,5%.

3.2. Protein

- Năng lượng cung cấp: 4 kcal/g.

- Khởi đầu ngay sau sinh 2-3 g/kg/ngày ở trẻ < 1250 g, 2g/kg/ngày ở trẻ ≥ 1250g.

- Mục tiêu cần đạt 3,5-4 g/kg/ngày cho trẻ sinh non và 3 g/kg/ngày cho trẻ đủ tháng.

3.3. Lipid

- Năng lượng cung cấp: 9-10 kcal/g.

- Khởi đầu 24-48 giờ đầu tiên sau sinh 1 g/kg/ngày, tăng 1g/kg hàng ngày.

- Mục tiêu cần đạt 3 g/kg/ngày, truyền liên tục trong 24 giờ.

3.4. Theo dõi

|  |  |
| --- | --- |
| Cân nặng, phù, mất nước Lượng dịch nhập-xuất | Hàng ngày |
| Chiều cao, vòng đầu | Mỗi tuần |
| Điện giải  Ure/Creatinin | Mỗi ngày x 3 ngày, sau đó mỗi tuần |
| Bilirubin  Protein và Albumin  GOT, GPT | Mỗi tuần |
| Glucose | Mỗi 6 giờ/ngày, sau đó mỗi ngày |
| Triglycerid | Mỗi tuần khi có truyền Lipid |
| Tỷ trọng và đường niệu | Tuần đầu |

3.5.Ngưng nuôi đường tĩnh mạch

- Khi trẻ ăn sữa được > 50ml/kg/ngày, giảm dần nuôi ăn tĩnh mạch.

- Ngưng nuôi ăn tĩnh mạch khi có thể dung nạp sữa ≥ 100-120ml/kg/ngày.

- Tốc độ đường nên giảm từ từ tránh hạ đường huyết.

***Tài liệu tham khảo***

Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản theo Quyết định 4128/QĐ-BYT 2016 của Bộ Y Tế .

## 129. ĐẶT ỐNG THÔNG TĨNH MẠCH RỐN SƠ SINH

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Đặt ống thông (catheter) tĩnh mạch rốn là kỹ thuật dùng 1 ống thông đặt vào tĩnh mạch rốn, được tiến hành ở trẻ sơ sinh trong các trường hợp trẻ cần đặt 1 đường truyền tĩnh mạch giúp điều trị, nuôi dưỡng và theo dõi trẻ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Thiết lập đường truyền tĩnh mạch để truyền dịch, tiêm thuốc, lấy máu xét nghiệm.

Thay máu

Đo áp lực tĩnh mạch trung ương.

Nuôi qua đường tĩnh mạch trong những trường hợp cần thiết

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Nhiễm trùng rốn.

Thoát vị rốn.

Viêm ruột hoại tử.

Viêm phúc mạc.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Yêu cầu đảm bảo vô trùng tuyệt đối (áo, mũ, khẩu trang, găng)

1 Bác sĩ chuyên khoa sơ sinh là người thực hiện chính

1 Điều dưỡng phụ giúp bác sĩ

**2. Phương tiện**

Lồng ấp hoặc đèn sưởi ấm để giữ ấm trẻ.

Catheter rốn số 5F

2 ống tiêm 5ml

Khoá 3 chạc.

Dung dịch Natrichlorua 0,9%

Bộ dụng cụ đặt tĩnh mạch rốn (dao mổ, kéo, 1kẹp cong không răng , 2 kẹp có răng cưa dùng để giữ 2 mép cuống rốn; kẹp kelly cong dùng để tìm và banh tĩnh mạch rốn, dây buộc rốn, chỉ khâu, kim, gạc, vải vô trùng, cốc inox nhỏ, băng dính)

Bộ đồ, găng vô khuẩn.

Dung dịch sát trùng: cồn 70 độ.

Bông, băng dính, khay hạt đậu.

**3. Trẻ sơ sinh**

Nằm lồng ấp hoặc giường sưởi ấm

Bộc lộ vùng rốn

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bác sĩ: ghi chỉ định kỹ thuật vào hồ sơ bệnh án; tình trạng trẻ sơ sinh trước, sau đặt catheter

Điều dưỡng viên: đối chiếu trẻ sơ sinh với hồ sơ bệnh án; ghi chép ngày giờ thực hiện kỹ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Điều dưỡng viên (người phụ)**

**Bước 1:** đặt trẻ vào lồng ấp, hoặc dưới đèn sưởi

**Bước 2:** cố định kỹ tay, chân

**Bước 3 :** bộc lộ phần rốn và vùng bụng xung quanh rốn

**Bước 4:** sát khuẩn vùng chân rốn, dây rốn và vùng bụng xung quanh rốn.

**Bước 5:** chọn Catheter rốn phù hợp với trẻ, nối catheter với chạc 3 và ống tiêm đã được bơm đầy Natrichlorua 0,9%.

**Bác sĩ**

**Bước 1:** trải săng vô khuẩn lên bụng trẻ, để hở vùng quanh rốn.

**Bước 2:** thắt một vòng chỉ lỏng quanh chân rốn

**Bước 3:** dùng dao (hoặc kéo) cắt bỏ 1 phần cuống rốn cách gốc khoảng 1,5 cm. Nếu cuống rốn khô thì cắt sát chân rốn

**Bước 4:** xác định vị trí tĩnh mạch rốn: Quan sát bề mặt cắt: tĩnh mạch rốn thành mỏng, to, méo mó, chỉ có một, thường nằm ở vị trí 12 giờ, trong khi động mạch rốn thành dày, nhỏ, tròn, có 2 động mạch. Dùng kẹp không răng gạt bỏ cục máu đông trên bề mặt tĩnh mạch rốn

**Bước 5:** luồn catheter vào trong tĩnh mạch hướng về phía đầu như mức đã định, hút ngược ra thấy máu, sau đó bơm 1 lượng dịch nhỏ vào. Phải đảm bảo trong bơm tiêm không có khí

**Bước 6:** dùng chỉ khâu cố định Catheter vào da sát chân rốn hoặc có thể thắt vòng chỉ chân rốn, cố định catheter tĩnh mạch rốn. Dán băng dính vô khuẩn.

**Lưu ý:**

- Khoảng cách phần Catheter nằm trong tĩnh mạch rốn:

+ Chiều dài catherter đưa vào tĩnh mạch rốn khoảng 4-5cm với trẻ đủ tháng, ít hơn với trẻ non tháng; có thể sử dụng cách đo khoảng cách catherter tĩnh mạch rốn đưa vào trẻ bằng 2/3 chiều dài từ vai đến rốn của trẻ

+ Để thay máu: đưa catheter đến nơi có thể bơm và rút máu dễ dàng, không nhất thiết phải theo chiều dài đã dự tính.

+ Để đo áp lực tĩnh mạch trung ương: đưa Catheter vào sâu đầu catheter phải ở trên cơ hoành 0,5- 1cm (trên phim X quang)

Khi lấy máu làm xét nghiệm, rút máu ra hết chiều dài Catheter vào ống tiêm 1, sau đó lấy ống tiêm 2 tiếp tục rút đủ số máu (không vượt quá 5% lượng máu của cơ thể). Sau đó, bơm ngược máu ở ống tiêm 1 vào lại tĩnh mạch.

Thời gian lưu Catheter <10 ngày.

**VI. THEO DÕI**

Các chỉ số sinh tồn khi đã được đặt catheter để điều trị

Sự lưu thông dịch trong catheter

Tình trạng tại chân rốn

**VII. TAI BIẾN VÀ ĐỀ PHÕNG**

Nhiễm trùng: thực hiện nguyên tắc vô khuẩn trong khi tiến hành thủ thuật và chăm sóc catheter những ngày sau

Chảy máu do tuột catheter: phải cố định chắc chắn catheter tránh tuột khỏi tĩnh mạch rốn

Tắc nghẽn hoặc tắc mạch do cục máu đông: cần chú ý lấy cục máu đông ra khỏi bề mặt tĩnh mạch rốn trước khi đưa catheter vào tĩnh mạch

Loạn nhịp tim; tăng áp lực tĩnh mạch cửa; hoại tử gan do đặt sai vị trí: đảm bảo đúng kỹ thuật, cần kiểm tra vị trí của catheter bằng chụp xquang.

***Tài liệu tham khảo***

Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản theo Quyết định 4128/QĐ-BYT 2016 của Bộ Y Tế .

## 130. ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN - THỞ MÁY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Đặt nội khí quản- thở máy là tạo đường một đường thở nhân tạo để hỗ trợ hô hấp cho người bệnh trong những ca cấp cứu, suy thở nặng mà các phương pháp hỗ trợ hô hấp khác không có kết quả.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Ngừng thở hoặc suy hô hấp nặng cần phải thở hỗ trợ.

- Hút sạch phế quản trong ca trẻ bị hít phải phân su, sặc sữa, lấy bệnh phẩm cấy.

- Đặt NKQ bơm thuốc Adrelanin.

- Thoát vị cơ hoành.

**III. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện 1 bác sĩ và 2 điều dưỡng.

2. Phương tiện, dụng cụ

-Ống nội khí quản :

Phù hợp kích cỡ với cân nặng của trẻ

|  |  |
| --- | --- |
| Kích cỡ | Cân nặng |
| Số 2,5  Số 3  Số 3,5 | < 1500g  1500 – 2500g  2500g |

- Đèn soi thanh quản, lưỡi thẳng số 0 cho trẻ non, số 1 cho trẻ đủ tháng.

- Dụng cụ hỗ trợ hô hấp:

+ Máy hút đờm.

+ Bóng bóp sơ sinh thể tích 250ml- 400ml.

+ Mặt nạ số 0 và số 1.

+ Nguồn oxy.

-Dụng cụ khác:

+ Băng dính, găng tay, ống nghe....

3. Người bệnh.

- Đánh giá nhanh chức năng sống, tim, phổi, thần kinh, không được chậm trễ vì là tình trạng cấp cứu sống còn.

- Đặt nằm ngửa ở vị trí dễ thực hiện thủ thuật

4. Hồ sơ bệnh án.

- Ghi chỉ định đặt NKQ

- Ghi tình trạng trước và sau khi đặt NKQ thở máy.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Đặt nội khí quản

- Người đặt đứng phía đầu người bệnh

- Kê gối dưới vai, đầu người bệnh có thể hơi cao hơn mặt giường, cổ ngửa trung gian cho thẳng đường thở.

- Hút sạch mũi họng, có thể hút qua đèn soi thanh quản.

- Bóp bóng, mặt nạ có oxy cho người bệnh trước khi đặt NKQ.

- Tay trái cầm đèn soi thanh quản với ngón cái ở trên, ngón trỏ và ngón giữa ở dưới, ngón nhẫn và ngón út tì lên cằm và vùng sụn thanh quản của người bệnh.

- Tay phải dùng ngón trỏ hỗ trợ mở miệng người bệnh.

- Đưa lưỡi đèn từ bên miệng phải và đẩy lưỡi sang bên trái, vừa đưa lưỡi đèn vào vừa quan sát tới khi đỉnh lưỡi đèn ở đáy lưỡi, sát với nắp thanh môn (cán đèn tạo với thân góc 15° theo mặt phẳng ngang).

- Mở rộng miệng trẻ sơ sinh thêm bằng cách lấy đáy lưỡi làm điểm tựa, nhấc thân đèn lên theo chiều cán đèn một góc 45° cho tới khi nhìn thấy thanh môn. Nếu không thấy thì dùng ngón út hoặc nhờ người phụ ấn nhẹ vùng sụn thanh quản.

- Hút lại đờm hoặc hút lòng phế quản (nếu cần).

- Tay phải cầm ống NKQ theo chiều cong lõm hướng ra phía phải người đặt, trượt ống theo máng của lưỡi đèn.

- Nếu trẻ còn thở, đút ống NKQ vào khi thanh môn mở ra.

- Tay phải cố định ống NKQ, tay trái từ từ rút đèn soi ra

**\* Kiểm tra vị trí ống NKQ**:

- Bóp bóng nghe thông khí vào đều 2 bên phổi.

- Lòng ống NKQ có hơi nước mờ thì thở ra.

- Ca NKQ vào 1 bên phổi thì rút ra khoảng 1 cm và nghe lại thông khí phổi.

- Độ sâu của ống NKQ dự tính : d = 6 + P

(d = độ sâu (cm), P = cân nặng của trẻ (tính bằng kg))

- Cố định ống NKQ bằng băng dính.

2. Tiến hành thở máy

- Nối nguồn khí nén, oxy nén.

- Cắm điện và bật công tắc nguồn điện vào máy thở.

- Lắp dây thở vào máy, bình làm ẩm, kiểm tra dây thở kín.

- Đặt phương pháp thở phù hợp với người bệnh.

- Đặt tần số thở 40-60 lần/ phút.

- Điều chỉnh thời gian thở vào (Ti) và thời gian thở ra ( Te) ( thường đặt Ti= 0,6- 0,7 giây).

- Điều chỉnh áp lực thở vào Pi = 18- 25 cmH2O.

- Điều chỉnh áp lực cuối thì thở ra PEEP.

- Lắp phổi giả vào, khởi động thở thử.

- Khi hoạt động thở thử ổn định, nối máy thở với người bệnh.

- Điều chỉnh FiO2 cho phù hợp.

**- Một số phương pháp thở áp dụng cho Sơ sinh**

+Kiểm soát áp lực (Pressure control vetilation- PCV, A/C)

+Máy thở với áp lực được cài đặt sẵn, nếu người bệnh có nhịp tự thở sẽ chống máy.Đây là phương thức áp dụng phổ biến cho sơ sinh

+Thông khí ngắt quãng đồng thì (SIMV)

+Nhịp thở được thiết lập theo từng khoảng thời gian, trẻ sơ sinh thở vào máy sẽ thở đồng thì, nếu người bệnh ngừng thở máy sẽ tự thở theo tần số cài đặt

+Cách thở này không gây chống máy.

+Thở hỗ trợ (Assisted spontaneous breathing) ký hiệu ASB/PSV.

+Tất cả nhịp thở đều do người bệnh khởi động, máy sẽ hỗ trợ với áp lực cài đặt.

\* **Chỉ định:**

- Cai máy thở:

Người bệnh có nhịp tự thở tốt

***Chú ý***: nếu người bệnh không thở thì máy không có nhịp thở, vì vậy cần phải cài đặt nếu ngừng thở > 20 giây máy sẽ tự động chuyển thở A/C.

-Thở CPAP

+ Thở áp lực đường thở dương liên tục, người bệnh tự thở.

-Chỉ định:

+ Ngăn ngừa xẹp phổi ở người bệnh non tháng< 32 tuần, bệnh màng trong

+Kích thích hô hấp tránh ngừng thở

+ Cai máy thở muốn phế nang không bị xẹp

**V. THEO DÕI**

- Theo dõi toàn trạng, chức năng sinh tồn người bệnh như: màu da, tim mạch, thông khí 2 phổi, phản xạ

- Theo dõi bão hòa Oxy máu bằng Monitor, khí máu

- Điều chỉnh các thông số tuỳ thuộc tình trạng người bệnh

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Đặt nhầm vào thực quản: rút ống NKQ ra, hút dạ dày làm bụng xẹp, đặt lại NKQ.

- Xây sát, chảy máu đường thở:

+ Đưa ống NKQ vào thì thở ra

+ Không dùng đầu lưỡi đèn đẩy vùng thanh môn góc quá 50º

- Tắc NKQ: theo dõi sát, hút ống NKQ kịp thời.

- Tràn khí màng phổi: đặt áp lực thở không quá 25cmH2O. Nếu có tràn khí cần chọc hút dẫn lưu khí

- Nhiễm trùng đường hô hấp: đảm bảo vô trùng khi đặt NKQ. Cho kháng sinh phổ rộng. Cai máy và rút NKQ sớm ngay khi tình trạng người bệnh cho phép.

***Tài liệu tham khảo***

Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản theo Quyết định 4128/QĐ-BYT 2016 của Bộ Y Tế .

## 131. THỞ ÁP LỰC DƯƠNG LIÊN TỤC (CPAP)

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Thở áp lực dương liên tục (CPAP) là một phương pháp hỗ trợ người bệnh bị suy hô hấp mà còn khả năng tự thở bằng cách duy trì một áp lực dương liên tục trong suốt chu kỳ thở

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Phòng xẹp phổi ở trẻ đẻ non tuổi thai < 32 tuần

- Cơn ngừng thở trẻ sơ sinh đẻ non

- Suy hô hấp do bệnh lý tại phổi ở trẻ sơ sinh: viêm phổi, bệnh màng trong, xẹp phổi

- Suy hô hấp sau mổ lồng ngực, bụng

- Cai máy thở

Lưu ý: người bệnh phải tự thở được

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Dị tật đường hô hấp trên (sứt môi .hở hàm ếch ,teo lỗ mũi sau ,teo thực quản có dò khí thoát vị hoành)

- Ngừng thở kéo dai>20 giây

- Tràn khí màng phổi chưa được dẫn lưu

- Thoát vị cơ hoành

- Viêm phổi có bóng khí hoặc phổi có kén khí bẩm sinh

- Tăng áp lực nội sọ: viêm màng não, xuất huyết não-màng não

- Choáng do giảm thể tích tuần hoàn chưa bù

- Xuất huyết mũi nặng

**IV. TIÊU CHUẨN DỪNG CHO THỞ CPAP**

- Trẻ không còn biểu hiện suy hô hấp trên lâm sàng ,thở đều hồng hào không co kéo cơ hô hấp

- Chụp Xquang phổi ; phổi đã nở tốt ( nếu có điều kiện kiểm tra X quang )

- Thở CPAP với áp lực 5cm nước nồng độ 02 khi thở vào (Fi02) 30% mà vẫn duy trì Sp02 92%

- Khi thở CPAP thất bại ( yêu cầu Fi02)

**V. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện

- Bác sĩ, điều dưỡng

2. Phương tiện

- Máy CPAP đã tiệt trùng và hệ thống oxy

- Máy hút và ống hút cỡ số 6

- Máy đo độ bão hòa oxy qua da

- Gọng thở CPAP (canuyl 2 mũi cỡ S- sơ sinh) hoặc ống thông mũi họng có ĐK 3mm, dài 7 cm

- Dầu Paraphin

- Băng dính cố định

3. Bệnh nhi

- Hút sạch hầu họng và mũi

- Cố định tay bệnh nhi

4. Hồ sơ bệnh án

- Có chỉ định thở CPAP

- Ghi rõ tình trạng của trẻ trước, sau khi thở CPAP (SpO2 , màu da, sự co rút ngực)

**VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Bước 1: Lắp máy CPAP

- Đổ nước cất vô khuẩn vào bình làm ấm, đến vạch đã đánh dấu

- Đặt mức áp lực dương (chính là chiều cao cột nước tại bình tạo PEEP)

- Đặt mức nhiệt độ, độ ẩm thích hợp (32-34°C)

- Nối với hệ thống oxy, khí nén

Bước 2: Chọn thông số

- Chọn áp lực:

+ Sơ sinh non tháng : ≤ 4 cmH2O (10 lít/phút)

+ Sơ sinh đủ tháng : ≤ 6 cmH2O (12 lít/phút)

- Điều chỉnh lưu lượng theo chỉ định cho phù hợp tình trạng bệnh nhi

- Chọn nồng độ oxy tuỳ thuộc tình trạng bệnh nhi: nếu đang tím tái nên chọn FiO 2 ban đầu là 100%, các ca khác thường bắt đầu với FiO2 là 30-40%

Bước 3: Đặt gọng CPAP hoặc đặt ống thông mũi họng

- Xác định chiều sâu của ống thông theo cân nặng trẻ

+ P < 1500g: chiều sâu của thông 4 cm

+ P 1500- 2000g: chiều sâu của ống thông 4.5 cm

+ P > 2000g: chiều sâu của ống thông là 5 cm

- Làm trơn ống thông bằng dầu Paraphin

- Đặt gọng CPAP hoặc ống thông mũi họng vào mũi trẻ

- Cố định bằng băng dính

Bước 4: Nối máy CPAP với bệnh nhi

Nối máy CPAP vào ống thông mũi họng đã được đặt vào người bệnh

**VII. THEO DÕI**

1. Các dấu hiệu sinh tồn

Tri giác, SpO 2 mỗi 15-30 phút/lần khi bệnh nhi bắt đầu thở CPAP sau đó theo dõi 1-2-3 giờ /lần theo y lệnh hoặc phụ thuộc vào tình trạng đáp ứng của trẻ

2. Điều chỉnh các thông số tùy theo đáp ứng

- Điều chỉnh FiO 2

+ Tốt: giảm dần FiO 2 mỗi 10% sau 30 phút đến 1 giờ

+ Không tốt: tăng dần FiO 2 mỗi 10% sau 30 phút đến 1 giờ

+ Duy trì FiO2 < 60%

- Điều chỉnh áp lực

+ Tốt: giảm dần áp lực 1cmH2O sau 30 phút đến 1 giờ

+ Không tốt: tăng áp lực 1 cmH2O sau 30 phút đến 1 giờ

+ Áp lực tối đa ≤ 10 cmH2O

+ Tránh tăng, giảm áp lực đột ngột

3. Theo dõi hệ thống CPAP: nhiệt độ khí hít vào, áp lực, FiO2, bình làm ẩm.

**VIII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Lưu ý: (thường gặp với áp lực >10 cmH2O)

- Tràn khí màng phổi, tràn khí trung thất: đặt áp lực phù hợp với bệnh lý và tuổi thai, theo dõi sát để điều chỉnh kịp thời

- Choáng là hậu quả của việc cản trở máu tĩnh mạch về tim, giảm thể tích đổ đầy thất cuối tâm trương làm giảm cung lượng tim: cần đảm bảo thể tích tuần hoàn bằng các dịch truyền và thuốc dãn mạch

- Tăng áp lực nội sọ: do áp lực dương trong lồng ngực hoặc do cố định canuyl quanh mũi quá chặt cản trở máu tĩnh mạch vùng đầu trở về tim. Do đó không nên chỉ định trong ca bệnh thần kinh trung ương, nhất là tăng áp lực nội sọ

-Chướng bụng do hơi vào dạ dày, vì vậy nên đặt ống thông dạ dày để dẫn lưu.

***Tài liệu tham khảo***

Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản theo Quyết định 4128/QĐ-BYT 2016 của Bộ Y Tế .

## 132. CHỌC DÒ TỦY SỐNG SƠ SINH

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Chọc dò tuỷ sống là một kỹ thuật được thực hiện với mục đích lấy dịch não tủy xét nghiệm hoặc đo áp lực khoang dịch não tủy

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chẩn đoán bệnh lý của thần kinh trung ương như viêm màng não, xuất huyết màng não

Đánh giá đáp ứng điều trị kháng sinh

Giảm áp lực trong não úng thuỷ

Đưa thuốc trong điều trị ung thư

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Suy hô hấp nặng chưa được hỗ trợ hô hấp

Tăng áp lực nội sọ

Đang choáng nặng

Rối loạn đông máu nặng

Bất thường bẩm sinh vùng cùng cụt

Nhiễm trùng da vùng chọc dò

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ, điều dưỡng viên

**2. Phương tiện**

Kim chọc dò tủy sống hoặc kim tiêm thường số 20 - 24G

1 bộ găng tay vô khuẩn

2 bộ găng sạch

Khăn trải có lỗ vô khuẩn

Bông, gạc vô khuẩn

Cồn 70º, hộp đựng cồn

Dung dịch sát khuẩn tay nhanh

Panh, kéo vô khuẩn

Khay quả đậu

Băng dính, khẩu trang

ng đựng bệnh phẩm DNT: 2 ống thường và 1 ống vô trùng

**3. Người bệnh**

Giải thích lý do chọc dịch não tủy cho gia đình người bệnh

Kiểm tra lại các dấu hiệu sinh tồn của trẻ

Đặt trẻ nằm nghiêng đầu phẳng

**4. Hồ sơ bệnh án**

Ghi rõ chỉ định

Tình trạng người bệnh trước, trong và sau chọc dò

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Bước 1:** Rửa tay

Người làm thủ thuật mang khẩu trang, rửa tay thường qui

Người phụ 1 và 2 mang găng sạch

Người phụ 2 giúp bác sĩ sát khuẩn tay nhanh và mang găng vô khuẩn

**Bước 2:** Chuẩn bị người bệnh

Người phụ 1 giữ trẻ ở tư thế cong người gập gối sát vào bụng sao cho các gai của các đốt sống thắt lưng giãn rộng, trẻ có thể đặt nằm nghiêng hoặc ngồi. (Lưu ý không gập cổ của trẻ tránh gây ngừng thở)

Người phụ 2 sát trùng da vùng cột sống thắt lưng và vùng da xung quanh kể cả sát trùng vùng trên mào chậu.

Bác sĩ trải khăn có lỗ lên vùng chọc dò

**Bước 3:** Xác định vị trí chọc dò

Ngón tay chỏ bàn tay trái tựa vào mào chậu

Ngón cái tay trái xác định vị trí chọc : Khoang đốt sống L2-3 hay L4-5

Tay phải cầm kim chọc dò vào vị trí đã xác định ngay dưới ngón cái tay trái theo hướng vuông góc với mặt da, đầu vát mũi kim hướng về phía mặt người bệnh

**Bước 4 :** Chọc dò tủy sống

Đưa kim từ từ vào sâu khoảng 1-1,5 cm đến khi có cảm giác nhẹ tay, rút nòng ra nếu dùng kim có nòng. Trong lúc đâm kim ngón cái tay trái vẫn giữ nguyên vị trí ban đầu giúp hướng dẫn đâm kim dễ dàng hơn

Lấy dịch não tủy vào 3 ống xét nghiệm theo thứ tự ống vô trùng trước (ống đựng dịch để làm xét nghiệm vi trùng), ống thử xét nghiệm tế bào, sinh hóa sau. Lượng dịch mỗi ống 0,5 – 1 ml

Nếu có cảm giác vướng khi đâm kim thì rút kim lùi ra một chút và đâm kim lại theo hướng dẫn như trên

Nếu chọc không ra dịch hoặc chạm mạch máu thì có thể chọc lên cao hơn một đốt sống nhưng không được cao quá đốt sống thắt lưng 3

**Bước 5:** Kết thúc chọc dò

Rút kim chọc dò, dùng gạc ép vào nơi chọc từ 3 -5 phút sau đó băng ép lại

Đặt trẻ nằm ngửa đầu phẳng ít nhất 6 giờ

Viết giấy xét nghiệm và gửi dịch não tủy tới trung tâm xét nghiệm

Dọn dẹp dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ

**VI. THEO DÕI**

Theo dõi sát người bệnh trong 15 phút đầu sau chọc dò các dấu hiệu sinh tồn

Theo dõi các tai biến sau chọc

**VII.** **TAI BIẾN – XỬ TRÍ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tai biến** | **Xử trí** |
| 1. Chọc chạm tĩnh mạch nhưng có ra dịch não tủy | Hứng vào 4 ống:  Ống 1 và ống 4 dùng để đếm tế bào hồng cầu, nếu số lượng hồng cầu ở ống 4 ít hơn nhiều so với ống 1 thì có thể khẳng định là chạm tĩnh mạch  Ống 2 làm XN vi trùng  Ống 3 làm XN sinh hóa |
| 2. Chảy máu | Giữ trẻ không để kích thích trong khi làm thủ thuật  Băng ép chặt chỗ chọc dò |
| 3. Nhiễm khuẩn | - Đảm bảo qui trình vô khuẩn khi thực hiện thủ thuật |
| 4.Suy hô hấp khi đang chọc dò | -Đảm bảo các dấu hiệu sinh tồn trước khi làm thủ thuật  - Ngừng chọc dò và đặt trẻ nằm phẳng |

***Tài liệu tham khảo***

Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản theo Quyết định 4128/QĐ-BYT 2016 của Bộ Y Tế .

## 133. ĐIỀU TRỊ VÀNG DA Ở TRẺ SƠ SINH BẰNG PHƯƠNG PHÁP CHIẾU ĐÈN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Chiếu đèn là phương pháp điều trị vàng da ở trẻ sơ sinh rất hữu hiệu, an toàn. Phương pháp này dễ thực hiện, áp dụng được ở tất cả các tuyến bệnh viện

(nơi có trẻ sơ sinh- khoa Sản hoặc khoa Nhi)

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Lâm sàng: vàng da sớm 48 giờ sau sinh hoặc vàng da lan rộng đến tay và chân

- Mức Bilirubin máu:

|  |  |
| --- | --- |
| Cân nặng | Bilirubin gián tiếp mg/l (µmol/l) |
| <1000  1000-1499  1500-2500  >2500 | ≥50 (85)  ≥ 70 (120)  ≥100 (170)  ≥175 (295) |

\* Chiếu đèn dự phòng:

- Tất cả trẻ <1500g trong 2 ngày đầu sau sinh

- Trẻ có nguy cơ: ngạt, suy hô hấp, đa hồng cầu, xuất huyết bầm tím, bướu huyết (chảy máu dưới màng xương)

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh porphyrin niệu bẩm sinh

- Vàng da tăng Bilirubin trực tiếp

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện

Bác sĩ, điều dưỡng của khoa (hoặc đơn nguyên) sơ sinh

2. Phương tiện

- Chiếu đèn 1 mặt: dàn đèn ánh sáng xanh hoặc trắng với bước sóng 400- 500nm

- Chiếu đèn 2 mặt:

Hệ thống 2 dàn đèn ánh sáng xanh hoặc trắng ở phía trên và dưới trẻ

Hoặc dàn đèn ánh sáng trắng (xanh) và biliblanket

- Băng che mắt

3. Người bệnh

- Trẻ cởi trần tối đa, nằm trong lồng ấp hoặc nôi, che mắt. Nếu là trẻ trai thì che bộ phận sinh dục

- Chiếu đèn được tiến hành ngay cả với những trẻ rất yếu (thở máy, oxy,

CPAP, bất động) nếu có chỉ định

4. Hồ sơ bệnh án

- Có chỉ định của bác sĩ

- Ghi chép đầy đủ tình trạng trẻ trong quá trình chiếu đèn: chú ý thân nhiệt, lượng sữa hoặc dịch truyền, phân, nước tiểu, cân nặng hằng ngày

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Trẻ được chuẩn bị nằm ở vùng trung tâm của ánh sáng đèn

- Khoảng cách từ đèn đến trẻ khoảng 35-40cm

- Thay đổi tư thế của trẻ để đảm bảo tất cả các vùng da đều được chiếu đèn

- Tăng nhu cầu dịch mỗi ngày 10-20% bằng đường ăn hoặc truyền dịch

- Nếu trẻ bị hạ thân nhiệt: nằm lồng ấp hoặc sưởi ấm và tiếp tục chiếu đèn, nếu tăng thân nhiệt: tạm ngừng chiếu trong ½-1 giờ

- Ngừng chiếu đèn khi lượng bilirubin xuống thấp hơn mức chỉ định chiếu

2mg%

**VI. THEO DÕI**

- Thân nhiệt

- Lượng sữa và dịch vào, ra(cân nặng)

- Đánh giá mức độ vàng da, biểu hiện thần kinh mỗi 4-6 giờ

- Bilirubin máu khi quyết định cần phối hợp với phương pháp điều trị khác hoặc ngừng chiếu đèn

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Mất nước qua da: tăng lượng dịch vào cơ thể bằng đường ăn hoặc truyền 10- 20% nhu cầu

- Rối loạn tiêu hoá do tăng lượng muối mật và bilirubin gián tiếp đường tiêu hoá: không nguy hiểm và sẽ hết khi ngừng điều trị

- Tổn thương võng mạc: bảo vệ mắt bằng băng che mắt

- Hồng ban do tăng lượng máu tới da: tạm ngừng chiếu.

***Tài liệu tham khảo***

Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản theo Quyết định 4128/QĐ-BYT 2016 của Bộ Y Tế .

## 134. TRUYỀN MÁU SƠ SINH

**1. Nguyên tắc**

- Nên truyền một thành phần của máu mà trẻ cần.

- Lượng hemoglobin của trẻ (hoặc hematocrit), mặc dù quan trọng, nhưng không phải là

nhân tố quyết định truyền máu. Quyết định để truyền máu nên nhằm mục đích làm giảm các dấu hiệu lâm sàng (ví dụ như đang chảy máu) và phòng ngừa biến chứng và tử vong.

Hemoglobin sẽ không phản ánh tình trạng lâm sàng thực tế của trẻ trong trường hợp chảy

máu liên tục.

- Đối với trẻ nhẹ cân (dưới 2,5kg khi sinh hoặc sinh trước 37 tuần), hemoglobin có thể giảm dần (thiếu máu ở trẻ sinh non), nhưng khuyến cáo chỉ truyền máu khi hemoglobin thấp hơn 8g/dl (hematocrit dưới 24%) nếu trẻ khỏe.

- Trong trường hợp sốc do mất máu, nếu không có sẵn máu để truyền ngay lập tức, cung cấp dịch truyền (natri chlorua 0,9%) cho đến khi có máu.

**2. Nguy cơ và cách giảm nguy cơ khi truyền máu**

- Truyền máu mang nguy cơ:

Nhiễm virus: như HIV và viêm gan.

Nhiễm khuẩn do vi khuẩn (bất kỳ sản phẩm máu nào cũng có thể bị nhiễm khuẩn nếu được chuẩn bị hoặc lưu trữ không đúng cách).

Phản ứng truyền máu tán huyết nghiêm trọng.

Bệnh vật ghép với ký chủ.

- Giảm các rủi ro liên quan với truyền máu bằng cách:

Kiểm soát người cho máu hiệu quả.

Sàng lọc các bệnh nhiễm trùng lây truyền trong máu người cho (ví dụ như HIV và viêm

gan siêu vi).

Đảm bảo chất lượng về nhóm máu, thử nghiệm tương hợp, lưu trữ và vận chuyển của

máu.

Đảm bảo rằng ngân hàng máu tuân theo các khuyến cáo cho máu an toàn.

Sử dụng máu thích hợp, thực hiện đúng quy chế truyền máu.

- Máu được truyền cho trẻ phải được làm phản ứng chéo với máu của trẻ. Khi gửi mẫu máu của trẻ để làm nhóm máu và phản ứng chéo, nếu được nên gửi một mẫu máu của mẹ

**3. Theo dõi sau truyền máu**

- Mỗi khi truyền máu, theo dõi sinh hiệu trẻ theo các bước sau đây:

Trước khi truyền máu.

Ngay khi bắt đầu truyền máu.

Mỗi 5 phút trong 15 phút đầu khi bắt đầu truyền máu.

Ít nhất mỗi 1 giờ trong suốt quá trình truyền máu.

Mỗi 4 giờ trong 24 giờ sau khi hoàn tất truyền máu.

- Mỗi khi theo dõi, ghi nhận các thông tin của trẻ: tổng trạng, nhiệt độ, nhịp tim, nhịp thở,

bilan xuất nhập (dịch nhập đường miệng hay truyền tĩnh mạch và lượng nước tiểu xuất).

- Ngoài ra ghi nhận thêm: Thời gian bắt đầu và kết thúc truyền máu, thể tích và loại máu

truyền, mã số túi máu, mọi tác dụng bất lợi.

**4. Các lưu ý khi truyền máu**

- Xem lại những nguyên tắc chung của việc sử dụng chế phẩm máu.

- Thiết lập đường truyền ngoại biên nếu chưa có.

- Trước khi bắt đầu truyền máu, kiểm tra (cùng với một thành viên khác trong nhóm, nếu có thể) để đảm bảo rằng:

Đúng nhóm máu dùng cho trẻ, những thông tin của trẻ được ghi nhận rõ ràng, và máu đã được kiểm tra với máu của mẹ và trẻ (nếu được). Trong trường hợp cấp cứu, sử dụng nhóm máu O.

Túi máu truyền chưa bị mở và không rò rỉ.

Túi máu không được để ngoài tủ lạnh quá 4 giờ, plasma không có màu hồng, hồng cầu

lắng không có màu xanh hay đen, và máu không có cục đông.

Đường truyền tĩnh mạch phải thông suốt.

- Ghi nhận nhiệt độ, nhịp tim và nhịp thở của trẻ.

- Bỏ lớp bảo vệ khỏi túi máu, không chạm vào phần mở và gắn túi máu với bộ truyền máu.

- Mở nút chặn trên dây truyền của bộ truyền máu để máu chảy tới cuối dây truyền, sau đó

khóa nút chặn.

- Tháo nút truyền máu của dây truyền và gắn dây truyền vào bộ truyền máu ngay lập tức.

- Truyền toàn bộ máu với tốc độ 15-20 ml/kg cân nặng, thời gian trung bình 2 giờ, tối đa

khoảng 4 giờ.

- Theo dõi nhiệt độ, nhịp tim và nhịp thở của trẻ, và giảm tốc độ truyền xuống một nửa khi các dấu hiệu sinh tồn của trẻ bắt đầu tăng.

- Sử dụng máy truyền máu để kiểm soát tốc truyền nếu có thể. Đảm bảo máu được truyền

đúng tốc độ.

- Khi kết thúc truyền máu, đánh giá lại trẻ. Nếu cần truyền máu tiếp, truyền với cùng tốc độ và thể tích.

***Tài liệu tham khảo***

Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản theo Quyết định 4128/QĐ-BYT 2016 của Bộ Y Tế .

## 135. CHỌC HÚT DỊCH, KHÍ MÀNG PHỔI SƠ SINH

**I. CHỈ ĐỊNH**

- Tràn khí hoặc tràn dịch màng phổi gây khó thở do chèn ép.

**II. CHUẨN BỊ**

**2.1. Chuẩn bị dụng cụ**

2.1.1. Chọc hút màng phổi

- Kim luồn 18, 20, hoặc 22G hoặc kim bƣớm 23G hoặc 25G.

- Chạc ba, bơm tiêm 10 hoặc 20ml.

- Bông, gạc, dung dịch sát khuẩn.

- Găng và khăn phủ vô khuẩn, mũ, khẩu trang.

2.1.2. Nguyên tắc tiến hành thủ thuật

- Giải thích cho người nhà sự cần thiết phải làm thủ thuật và các tai biến có thể xảy ra trong quá trình tiến hành.

- Trước khi làm thủ thuật nếu điều kiện cho phép nên chụp X - quang xác định vị trí và mức độ, tràn khí hoặc tràn dịch màng phổi. X - quang thường tốn thời gian nên trong tình huống cấp cứu, cần chọc hút ngay nếu lâm sàng gợi ý rõ mà không cần chụp X - quang.

**2.2 Chuẩn bị bệnh nhân**

- Hỗ trợ hô hấp, đảm bảo thân nhiệt.

- Theo dõi nhịp tim, huyết áp và SpO2 khi làm thủ thuật.

- Bệnh nhân nằm ngữa, đầu cao nếu chọc đường giữa xương đòn. Trường hợp chọc đường nách trước hoặc nách giữa, cho trẻ nằm nghiêng, phía bị bệnh ở trên tạo môt góc với mặt giường 60-75 độ trong trường hợp hút khí và 15-30 độ trường hợp hút dịch. Nâng tay phía chọc hút lên đầu hoặc qua bên.

- Giảm đau:

Đường sucrose hoặc vài giọt sữa mẹ đường miệng trong trường hợp chọc hút.

Lidocain 1% tiêm dưới da.

Morphin hoặc Fentanyl đường tĩnh mạch. Bảo đảm vô khuẩn tuyệt đối.

**III.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Xác định vị trí chọc dò: Liên sườn 2-3 đường giữa xương đòn hoặc liên sườn 4-5 đường

nách trước phía bên tràn khí; liên sườn 4-5 hoặc 5-6 đường nách giữa phía bên tràn dịch.

- Đội mũ, khẩu trang, găng tay vô khuẩn, thực hiện vô khuẩn theo đúng quy trình.

- Chuẩn bị dụng cụ: Lắp bơm tiêm vào chạc ba và kim bướm/kim luồn.

- Chọc kim thẳng góc vào vị trí đã được xác định, sau khi qua màng phổi có thể hướng về

phía đầu trong trường hợp tràn khí. Chọc kim hướng về phía lưng sau khi xuyên qua màng phổi trong trường hợp tràn dịch. Thường là sau khi kim xuyên da khoảng 1cm, vừa đẩy kim vừa rút bơm tiêm kiểm tra xem có khí hoặc dịch. Rút nòng nếu dùng kim luồn rồi từ từ đẩy kim luồn vào khoang màng phổi.

- Nối với chạc 3 và dây nối, rút khí/dịch, nhẹ nhàng đẩy khí/dịch qua chạc ba (khóa phía

bệnh nhân) nếu lượng nhiều.

- Rút kim và ép chặt chỗ chọc dò.

- Đặt 1 miếng bông gạc vô khuẩn lên vùng chọc dò, băng dính.

- Thường xuyên đánh giá tình trạng của trẻ để theo dõi sự tái xuất hiện tràn khí.

**IV. BIẾN CHỨNG VÀ CÁCH XỬ TRÍ**

- Chảy máu do chạm các mạch máu chính: băng ép và theo dõi mức độ xuất huyết có hướng xử trí ngoại khoa kịp thời.

- Tổn thương các tổ chức (phổi, gan hoặc lách): Phải đảm bảo vị trí chọc dò đúng, kỹ thuật và tư thế bệnh nhân đúng.

- Tổn thương thần kinh hoành gây liệt cơ hoành, tổn thương hạch thần kinh ngực gây hội

chứng Horner.

- Nhiễm khuẩn: Kháng sinh theo phác đồ và kháng sinh đồ.

- Tràn khí màng phổi: Đảm bảo vị trí đúng của kim chọc hút, dẫn lưu màng phổi nếu cần

thiết.

- Tràn khí dưới da: Thường tự khỏi.

***Tài liệu tham khảo***

Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản theo Quyết định 4128/QĐ-BYT 2016 của Bộ Y Tế .

## 136. ĐẶT ỐNG THÔNG DẠ DÀY SƠ SINH

Tuyến áp dụng: Bệnh viện tuyến huyện trở lên.

Người thực hiện: Bác sĩ và điều dưỡng.

**I. Chỉ định.**

– Nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày và lấy dịch làm xét nghiệm.

– Dẫn lưu dịch và khí từ dạ dày trong các trường hợp: bụng chướng, viêm ruột hoại tử…

– Dị tật bẩm sinh đường tiêu hóa (teo, tắc…)

**II. Tiến hành.**

***Nguyên tắc tiến hành:***

– Giải thích cho người nhà trẻ trước khi tiến hành.

– Bảo đảm vô khuẩn.

– Theo đúng qui trình kỹ thuật:

+ Rửa tay sạch, đeo găng tay.

+ Ước lượng độ dài ống cần thiết: Giữ ống ở vị trí như khi đã được đưa vào trong cơ thể (tức là từ miệng hoặc lỗ mũi đến vành tai dưới và sau đó xuống đến bụng, ngay phía dưới mũi ức; và dùng bút hoặc băng dính đánh dấu trên ống.

+ Hơi gập cổ của trẻ và nhẹ nhàng đưa ống vào bên trong miệng trẻ hoặc qua 1 bên mũi đến đoạn ống đã đánh dấu theo nhịp nuốt của trẻ.

– Khi cho ăn qua ống thông, cần hút dịch dạ dày trước khi cho ăn để đánh giá lượng dịch ứ đọng.

– Cố định ống thông bằng băng dính.

– Trường hợp dùng ống thông để dẫn lưu dịch dạ dày thì chất thải chảy vào túi sạch và cố định ống thông bằng băng dính.

**III. Theo dõi và cách xử trí.**

– Tím tái ngưng thở trong khi đặt ống thông dạ dày do ống thông đi lạc vào khí quản. Xử trí: rút ngay ống thông dạ dày ra. Hồi sức tim phổi khi cần thiết.

– Trầy xước niêm mạc thực quản gây chảy máu.

– Gây sặc sữa, viêm phổi hít do cho ăn qua ống thông dạ dày khi ống thông dạ dày nằm sai vị trí.

– Thời gian lưu ống thông: thay ống thông muộn nhất là sau 48 giờ.

***Tài liệu tham khảo***

Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản theo Quyết định 4128/QĐ-BYT 2016 của Bộ Y Tế .

## 137. RỬA DẠ DÀY SƠ SINH

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Rửa dạ dày là dùng nước hay thuốc để rửa sạch dạ dày qua ống faucher hay ống levine. ống được đặt qua đường mũi hay miệng vào dạ dày.

**II. MỤC ĐÍCH**

Loại trừ các chất ứ đọng hoặc chất độc gây kích thích dạ dày trong các trường hợp:

- Giãn dạ dày, tắc ruột.

- Nôn mửa không cầm được.

- Làm sạch dạ dày

**III. CHỈ ĐỊNH**

- Ngộ độc

- Trước khi giải phẫu dạ dày.

- Nôn mửa không cầm sau giải phẫu

**IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Tổn thương thực quản do bị bỏng.

- Ngộ độc acid hoặc base mạnh.

- Ngộ độc quá 6 giờ.

- Tổn thương niêm mạc dạ dày: xuất huyết tiêu hóa.

**V.CHUẨN BỊ**

**5.1. Dung dịch rửa:**

- Nước uống được.

- Nước muối sinh lý 0,9 %.

- Natri bicarbonat.

**5.2 Tư thế rửa dạ dày:**

Cho trẻ nằm đầu thấp, mặt nghiêng sang một bên.

**VI. TIẾN HÀNH**

**6.1.Nguyên tắc tiến hành:**

Giải thích cho người nhà trẻ trước khi tiến hành.

Bảo đảm vô khuẩn.

Theo đúng quy trình kỹ thuật:

**6.2.Các bước tiến hành:**

- Rửa sạch tay, đeo găng

- Ước lượng độ dài ống cần thiết: Giữ ống ở vị trí như khi đã được đưa vào trong cơ thể (tức là từ miệng hoặc lỗ mũi đến vành tai dưới và sau đó xuống đến bụng, ngay phía dưới mũi ức; và dùng bút hoặc băng dính đánh dấu trên ống.

- Hơi gập cổ của trẻ và nhẹ nhàng đưa ống vào bên trong miệng trẻ hoặc qua 1 bên mũi đến đoạn ống đã đánh dấu theo nhịp nuốt của trẻ.

- Cố định ống thông bằng băng dính.

- Trước khi tiến hành rửa dạ dày hạ thấp phễu xuống dưới mức dạ dày và nghiêng phễu để dịch ứ đọng trong dạ dày chảy ra, hoặc dùng bơm tiêm hút hết dịch ra. Nếu có chỉ định lấy dịch để xét nghiệm, phải lấy vào ống nghiệm, sau đó mới tiến hành đổ nước rửa.

- Rửa đi rửa lại cho đến khi nước dạ dày chảy ra trong là được. Nếu bệnh nhân ngộ độc thuốc hoặc hóa chất cũng phải rửa đến khi nước chảy ra trong và hết mùi thuốc hoặc hóa chất.

- Rút ống thông: một tay cuộn ống, tay còn lại dùng gạc đỡ ống ra, khi còn 15 - 20cm dùng ngón tay cái bóp chặt ống rút ra khỏi miệng bệnh nhân bỏ ống vào khay quả đậu. Lau miệng và cho bệnh nhân súc miệng, tháo bỏ nilon. Cho bệnh nhân về phòng hoặc nằm lại ngay ngắn, thoải mái. Dặn dò bệnh nhân những điều cần thiết sau rửa dạ dày.

**Cần chú ý khi rửa dạ dày**

- Hạn chế không khí vào dạ dày.

- Ngừng rửa ngay khi bệnh nhân dịch chảy ra có lẫn máu, theo dõi bệnh nhân chặt chẽ.

**Thu dọn dụng cụ, ghi hồ sơ bệnh án**

- Dụng cụ đã đùng đưa đi cọ rửa và xử lý, các dụng cụ khác sắp xếp vào đúng nơi quy định.

- Ghi vào hồ sơ bệnh án:

+ Ngày, giờ làm kỹ thuật.

+ Số lượng nước và dịch rửa.

+ Thời gian thực hành kỹ thuật.

+ Số lượng dịch + nước chảy ra: màu, mùi.

+ Tình trạng của bệnh nhân: trước, trong, sau khi rửa dạ dày.

+ Tên người thực hiện kỹ thuật.

**VII.TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG**

- Chảy máu: tổn thương đường tiêu hoá do hoá chất gây nên. Cần ngừng ngay kỹ thuật, theo dõi bệnh nhân.

- Viêm phổi hít: do dịch trào ngược tràn vào phổi.

***Tài liệu tham khảo***

Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản theo Quyết định 4128/QĐ-BYT 2016 của Bộ Y Tế .

## 138. ÉP TIM NGOÀI LỒNG NGỰC

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnhbị ngừng thở, ngừng tim

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không có chống chỉ định tuyệt đối

- Chống chỉ định tương đối:

+ Có tràn khí màng phổi áp lực

+ Chấn thương ngực nặng, dập nát vùng ngực trước

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

**2. Phương tiện, dụng cụ**

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

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

- Máy sốc điện, oxi,

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

**3. Người bệnh**

Đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa trên nền cứng

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH KỸ THUẬT:**

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

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

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

**2. Trẻ nhũ nhi ( dưới 1 tuổi)**

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

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

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

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

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

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

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

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

- Ép tim ở giữa ngực ngang 2 núm vú.

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

- Kỹ thuật có 3 bước cơ bản:

+ Bước 1: xác định vị trí mũi ức.

+ Bước 2: Đặt lòng bàn tay thứ nhất lên trên xương ức sát ngay vị trí mũi ức

+ Bước 3: Đặt bàn tay thứ 2 lên trên bàn tay thứ nhất, các ngón tay đan vào nhau và nằm chặt. Hướng ép vuông góc với mặt phẳng người bệnh đang nằm. Luôn giữ khớp vai - khuỷu tay - cổ tay thành 1 đường thẳng.

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

**VI. BIẾN CHỨNG:**

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

- Gãy xương sườn.

- Gãy xương ức.

- Tràn khí màng phổi.

- Đụng dập phổi.

***Tài liệu tham khảo***

Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản theo Quyết định 4128/QĐ-BYT 2016 của Bộ Y Tế .

## 139. DẪN LƯU MÀNG PHỔI SƠ SINH

**I. CHỈ ĐỊNH**

- Tràn khí hoặc tràn dịch màng phổi gây khó thở do chèn ép.

- Đặt dẫn lưu màng phổi trong trường hợp tràn khí hoặc tràn dịch tái phát nhiều lần.

- Đặt dẫn lưu sau mổ lồng ngực.

**II. CHUẨN BỊ**

**2.1. Chuẩn bị dụng cụ**

2.1.1. Dẫn lưu màng phổi

- Ống dẫn lưu kích thước phù hợp.

- Bơm tiêm 10ml.

- Dung dịch sát khuẩn, bông gạc.

- Găng và khăn vô khuẩn, áo choàng, mũ, khẩu trang.

- Dụng cụ vô khuẩn: dao mổ, kéo, kẹp, panh cong, chỉ khâu (3.0-4.0).

- Hệ thống bình hút dẫn lưu kín.

2.1.2. Nguyên tắc tiến hành thủ thuật

- Giải thích cho người nhà sự cần thiết phải làm thủ thuật và các tai biến có thể xảy ra trong quá trình tiến hành.

- Trước khi làm thủ thuật nếu điều kiện cho phép nên chụp X - quang xác định vị trí và mức độ, tràn khí hoặc tràn dịch màng phổi. X - quang thường tốn thời gian nên trong tình huống cấp cứu, cần chọc hút ngay nếu lâm sàng gợi ý rõ mà không cần chụp X - quang.

**2.2 Chuẩn bị bệnh nhân**

- Hỗ trợ hô hấp, đảm bảo thân nhiệt.

- Theo dõi nhịp tim, huyết áp và SpO2 khi làm thủ thuật.

- Bệnh nhân nằm ngữa, đầu cao nếu chọc đường giữa xương đòn. Trường hợp chọc đường nách trước hoặc nách giữa, cho trẻ nằm nghiêng, phía bị bệnh ở trên tạo môt góc với mặt giường 60-75 độ trong trường hợp hút khí và 15-30 độ trường hợp hút dịch. Nâng tay phía chọc hút lên đầu hoặc qua bên.

- Giảm đau:

Đường sucrose hoặc vài giọt sữa mẹ đường miệng trong trường hợp chọc hút.

Lidocain 1% tiêm dưới da.

Morphin hoặc Fentanyl đường tĩnh mạch. Bảo đảm vô khuẩn tuyệt đối.

**III.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Vị trí dẫn lưu: Gian sườn 4-5 ở đường nách trước cho tràn khí, gian sườn 4-5 hoặc 5-6

đường nách giữa cho tràn dịch.

- Đội mũ, khẩu trang, mặc áo choàng, găng vô khuẩn.

- Đảm bảo vùng thủ thuật vô trùng.

- Tiêm Lidocain 1% dưới da tại vị trí dẫn lưu.

- Dùng dao rạch da tại bờ trên xương sườn 6 kích thước khoảng 0,5-1cm, dùng panh cong

đưa qua đường rạch, bóc tách mô dưới da hướng panh về phía bờ trên xương sườn 5, ấn

chắc tay qua các cơ liên sườn và thành màng phổi, có thể nghe tiếng khí xì ra khi đầu panh vào được khoang màng phổi trong trường hợp tràn khí.

- Tách 2 đầu panh vừa đủ để mở một lỗ cho phép đưa ống dẫn lưu vào, đưa ống ra trước

hướng về đường giữa xương đòn nếu tràn khí. Đưa ống hướng về phía sau nếu tràn dịch.

- Đưa ống dẫn lưu vào khoang màng phổi sâu khoảng 2-3cm ở trẻ đẻ non, 3-4cm đối với trẻ đủ tháng. Kiểm tra có khí hoặc dịch chảy ra.

- Khâu cố định ống dẫn lưu.

- Đặt trẻ ở tư thế dẫn lưu tốt và thoải mái, lưu ý khí di chuyển lên trên.

- Gắn với bình hút dẫn lưu liên tục. Áp lực hút thường bắt đầu với -10cm H2O.

- Ghi nhận ngày giờ - tên người đặt dẫn lưu.

- Chụp X - quang kiểm tra vị trí đầu ống dẫn lưu và khoang màng phổi sau thủ thuật.

- Theo dõi:

Dấu hiệu sinh tồn: Mạch, huyết áp, SpO2, quan sát gạc phủ ống dẫn lưu.

Hệ thống dẫn lưu: Áp lực hút, lượng và màu sắc dịch màng phổi.

**IV. BIẾN CHỨNG VÀ CÁCH XỬ TRÍ**

- Chảy máu do chạm các mạch máu chính: băng ép và theo dõi mức độ xuất huyết có hướng xử trí ngoại khoa kịp thời.

- Tổn thương các tổ chức (phổi, gan hoặc lách): Phải đảm bảo vị trí chọc dò đúng, kỹ thuật và tư thế bệnh nhân đúng.

- Tổn thương thần kinh hoành gây liệt cơ hoành, tổn thương hạch thần kinh ngực gây hội

chứng Horner.

- Ống dẫn lưu sai vị trí: Kiểm tra Xquang và đánh dấu vị trí ban đầu.

- Nhiễm khuẩn: Kháng sinh theo phác đồ và kháng sinh đồ.

- Tràn khí màng phổi: Đảm bảo vị trí đúng của kim chọc hút, dẫn lƣu màng phổi nếu cần

thiết.

- Tràn khí dưới da: Thường tự khỏi.

***Tài liệu tham khảo***

Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản theo Quyết định 4128/QĐ-BYT 2016 của Bộ Y Tế .

## 140. KHÁM SƠ SINH

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Khi trẻ được sinh ra, bác sỹ nhi khám lần đầu khi trẻ được 1 vài giờ tuổi với mục đích:

- Kiểm tra sự thích nghi của trẻ với cuộc sống ngoài tử cung

- Phát hiện các dị tật

- Điều trị các bệnh lý của trẻ

**II. CHUẨN BỊ**

**1.Người thực hiện:**

Bác sĩ được đào tạo khám sơ sinh

**2. Trẻ sơ sinh**

- Khám lâm sàng trẻ sơ sinh được thực hiện trong phòng ấm ở nhiệt độ 30 độ, tốt nhất là đặt trẻ trên giường sưởi, tại nơi đủ ánh sáng

- Phải bộc lộ toàn thân trẻ, khám kỹ càng từng bộ phận

**III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Các bước tiến hành**:

- Cần đọc hồ sơ sản khoa với diễn biến của cuộc đẻ, hỏi tiền sử bệnh tật của mẹ và gia đình trước khi khám trẻ

- Rửa tay sạch trước khi khám trẻ

- Quan sát kỹ để: đánh giá điểm Apgar (nếu trẻ mới sinh), màu da, thở, vận động của trẻ, tìm các dị tật…

- Khám hệ thống tuần hoàn-hô hấp: kiểm tra có tắc lỗ mũi không, đánh giá tiếng khóc, đếm nhịp tim và nhịp thở, đánh giá thơì gian hồng trở lại của da (Reffil) (đo huyết áp của trẻ nếu được), tìm dấu hiệu co kéo cơ hô hấp, sờ các động mạch, nghe tim, phổi và sọ.

+ Sau đó khám bụng, hố thắt lưng, bộ phận sinh dục, khám thần kinh, cột sống, đầu và cổ, các chi, cân và đo trẻ.

**2. Khám lâm sàng**

***2.1. Da và niêm mạc***

- Bình thường:

+ Da của trẻ khô và mềm, đôi khi có hiện tượng bong da khi thai nhi gần 42 tuần tuổi

+ Chất gây màu trắng đục, thường thấy ở vùng nếp gấp của chi trẻ đủ tháng, thấy nhiều ở trẻ đẻ non

+ Lông tơ có ít ở vai, trán và lưng ở trẻ đủ tháng. Lông tơ có nhiều ở trẻ đẻ non

+ Tóc trẻ đủ tháng dài khoảng 2cm

+ Màu sắc da:

Bình thường da trẻ đủ tháng màu hồng. Da trẻ đẻ non thường đỏ mọng đỏ da

Vàng da và niêm mạc xuất hiện từ ngày đầu sau đẻ luôn là bệnh lý. Vàng da nhẹ, sáng màu và xuất hiện từ ngay thứ 3 có thể là sinh lý.

+ Đầu chi hồng. Đầu chi tím nhẹ “sinh lý” có thể tồn tại trong 24 giờ đầu của cuộc sống, thường kết hợp với hạ nhiệt độ và tím quanh môi.

+ Có thể có 1 số nốt xuất huyết ở vùng trán, nếp gấp, lưng thường do lau chùi mạnh. Ta cần theo dõi tiến triển của triệu chứng này. Nếu nhiều nốt xuất huyết thì đó là bệnh lý.

+ Đánh giá quầng vú và núm vú

+ Đánh giá vạch gan bàn chân

- Rối loạn vận mạch

+ Da cẩm thạch thường liên quan đến lạnh, do mao mạch chưa trưởng thành

+ Trẻ nằm thấy nửa người trên xanh tái, còn nửa người dưới đỏ (hội chứng Arlenquin). Có thể gặp ở trẻ sơ sinh bình thường nhưng cần chú ý đến bệnh cảnh suy thần kinh, thưòng mất đi sau vài ngày.

- Một số rối loạn sắc tố

+ Nốt màu trắng ngà trên da, tồn tại rồi mất đi sau 2-3 ngày, đôi khi để lại nốt sẫm màu. Cần phân biệt với nốt phỏng do Herpert, thuỷ đậu, nốt mủ do tụ cầu. Thường thấy ở chân tóc hoặc lông vùng trán, bộ phận sinh dục ngoài, thân, nếp gấp

+ Bớt hay gặp vùng cùng cụt, vai.

+ Tăng sắc tố da vùng bộ phận sinh dục, cần nghĩ đến hội chứng sinh dục thượng thận

+ U máu phẳng (dát màu đỏ) thường gặp ở mặt (trán, cánh mũi, gò má, mi trên). Mất đi trong vài tháng đến vài năm (4-5 năm). U máu phẳng ở cổ có thể tồn tại suốt đời

+ U máu dưới da: khối sưng phồng, mềm, không đau dưới da có màu xanh tím.

+ Bớt màu cà phê sữa nếu đơn độc là bình thường. Nếu có nhiều liên quan đến bệnh Recklinghausen

+ Nốt màu trắng sữa, cứng thường khu trú ở vùng mặt, mũi, mất đi sau vài tuần

+ Nốt trắng khu trú ở niêm mạc: đường giữa vòm họng, lợi, mất đi sau vài tuần

- Bệnh da sơ sinh:

+ Ban đỏ nhiễm độc: thường xuất hiện sau 24 giờ tuổi, ở giữa có thể có nốt phỏng nhỏ màu vàng, đôi khi ngứa. Có thể lan rộng toàn thân. Mất đi sau 1 dến 2 tuần

+ Mụn mủ do viêm nang lông thường gặp ở mông, nếp gấp. Khỏi khi được điều trị bằng thuốc sát khuẩn tại chỗ.

***2.2. Hô hấp***

- Khám bắt đầu bằng nhìn: đếm nhịp thở lúc trẻ nằm yên trong 1 đến 2 phút.

Nhịp thở bình thường giao động từ 40 đến 60 lần phút. Nhịp thở trên 60 lần/phút là thở nhanh. Nhịp thở dưới 30 lần phút thường kèm theo cơn ngừng thở.

Lồng ngực di động nhịp nhàng. Sự co kéo của cơ hô hấp được đánh giá bằng chỉ số Silverman (bình thường là từ 0 điểm)

- Nghe phổi hai phế trường để xác định rì rào phế nang, không có râles

- Gõ phổi để xác định rung thanh đều của 2 phổi

- Tiếng Stridor thì thở vào nếu tồn tại trên 8 ngày hoặc kèm theo triệu chứng suy hô hấp cần làm thêm xét nghiệm(endopscopie)

***2.3. Tim và mạch***

- Màu hồng của da chứng tỏ sự trao đổi oxy của trẻ tốt.

Da trẻ xanh, niêm mạc nhợt chứng tỏ trẻ thiếu máu. Trẻ tím chú ý tìm bệnh tim bẩm sinh tím sớm (shunt phải-trái, chuyển gốc động mạch) có thể kết hợp với suy tim

- Nghe tim khi trẻ nằm yên. Tiếng tim nghe rõ ở bờ trái xương ức. Nhịp tim đều, có thể nghe thấy ngoại tâm thu đơn độc liên quan đến hô hấp. Nhịp tim trung bình là từ 120-160 lần/phút.

Nhịp tim chậm liên tục khi dưới 80 lần/phút, cần được theo dõi liên tục bằng moritoring và tìm nguyên nhân

Nhịp tim nhanh khi trên 160 lần/phút, cần tìm rối loạn nhịp, dấu hiệu suy tim, nhiễm trùng, cường giáp, ngộ độc thuốc, cần theo dõi chặt chẽ

Nhịp tim chậm có thể thấy khi trẻ nôn, đi ngoài là do kích thích

- Tiếng thổi tâm thu dưới xương đòn (liên sườn 2-3 trái) thường liên quan đến còn ống động mạch

- Sờ mạch bẹn, đôi khi khó sờ trong những giờ đầu sau sinh do hiện tượng phù sinh lý. Cần được khám một cách hệ thống để phát hiện các trường hợp hẹp eo động mạch chủ

- Cần nghe sọ một cách có hệ thống. Trong trường hợp có tiếng thổi, có thể là dấu hiệu sớm của phình động tĩnh mạch não.

- Huyết động học được đánh giá dựa vào dấu hiệu hồng trở lại của da (Reffil)<3s, mạch nẩy tốt, huyết áp phù hợp với tuổi thai và trẻ đái tốt.

***2.4. Bụng và tiêu hoá***

- Nghe bụng để tìm tiếng nước và không khí lưu chuyển

- Phân su có trước 36 giờ tuổi. Sau vài ngày phân trẻ bú mẹ có màu vàng, hơi lỏng, có mùi hơi chua. Phân trẻ bú sữa bò đặc hơn. Thường trẻ đi ngoài 2-3 lần/ ngày, nếu 2-3 ngày mới đi một lần cũng không phải là bệnh lý đối với một số trẻ.

- Bụng bình thường mềm, không đau, không có u cục. Bụng chướng thường gặp trong hội chứng tắc ruột, kiểm tra xem trẻ có hậu môn không? Có lỗ rò vùng cơ thắt hậu môn không?

- Gan bình thường: 2 cm dưới bờ sườn, 5 cm dưới mũi ức

- Nếu sờ thấy lách là bệnh lý

- Thoát vị rốn có thể thấy. Nó có thể trở về bình thường trong một vài tháng.

- Chú ý tìm thoát vị bẹn.

- Hậu môn: kiểm tra xem có hậu môn không và vị trí của hậu môn.

- Cuống rốn: bình thường 2 động mạch và một tĩnh mạch. Trong trường hợp chỉ có một động mạch cần chú ý tìm các dị tật kèm theo ( tiêu hoá, thận sinh duc, tim mạch, thần kinh).

Cuống rốn thường khô đi sau 3-4 ngày và rụng sau 8 ngày.

***2.5. Vùng đầu mặt***

- Mặt

+ Mắt: đôi khi ta thấy phù mi mắt làm cho trẻ mở mắt trong những giờ đầu sau sinh. Có thể gặp mắt lác trong một vài tuần đầu sau sinh.

Xuất huyết củng mạc lành tính và tồn tại không lâu.

Xuất huyết võng mạc luôn là bệnh lý.

Chú ý tìm mắt nhỏ (đường kính giác mạc dưới 9 mm), glaucom bẩm sinh với giác mạc phì đại (đường kính giác mạc trên 11 mm), đục thuỷ tinh thể bẩm sinh (màng trắng che đồng tử).

+ Mũi: trẻ sơ sinh chỉ thở qua mũi. Nghiệm pháp thìa dương tính chứng tỏ mũi trẻ thông. Chú ý viêm mũi bít tắc là do sonde hút làm tổn thương niêm mạc mũi gây nên.

+ Mồm: khám miệng bao gồm niêm mạc miệng, vòm họng, lưỡi gà, lợi.

Tưa miệng do nấm Candida albicans gây nên.

Hở hàm ếch không kèm với sứt môi rất dễ bị bỏ qua.

Nốt trắng màu trắng đục ở vùng vòm họng thường là sinh lý. Đôi khi nhầm với tưa miệng

Lưỡi: cần chú ý tìm bất thường như lưỡi không cân đối, khối u, lưỡi to

Hãm lưỡi có thể ngắn gây trở ngại khi bú.

Khi trẻ khóc, mặt trẻ luôn cân đối. Trong trường hợp ngược lại phải nghĩ đến liệt mặt, thường do chấn thương khi đẻ.

- Sọ

+ Đo vòng đầu

+ Khám thóp: thóp sau hình tam giác, có thể đóng sau sinh. Thóp trước hình tứ giác, kích thước 2 x 2 cm.

+ Đường khớp rộng khoảng 0,5 cm nhưng cũng có thể chồng trong những ngày đầu sau sinh

+ Bướu huyết thanh sưng phồng dưới da, không giới hạn trong 1 xương sọ. Tồn tại từ 2 đến 6 ngày

+ Bướu máu là tụ máu dưới màng xương. Phân biệt với bướu huyết thanh là nó giới hạn trong 1 xương sọ. Thường gặp vùng đỉnh. Thường can xi hoá sau 4-6 tuần

- Cổ: + Cổ trẻ sơ sinh thường ngắn

+ Sờ cơ ức đòn chũm để chắc chắn không có tụ máu, hoặc co cứng.

+ Chú ý tìm để chắc chắn không có mộng thịt, lỗ dò, nang ở cổ

***2.6. Bộ máy vận động***

Bất thường về vận động có thể do chấn thương trong cuộc đẻ hoặc bẩm sinh. Cần phát hiện sớm

- Cột sống: cần được khám kỹ từng đốt sống. Chú ý tìm hố lõm vùng cùng cụt.

- Chi có thể gẫy hoặc dị dạng, hoặc liệt, vẹo bàn chân…

- Cần khám để phát hiện trệch khớp háng

***2.7. Bộ phận sinh dục-tiết niệu***

- Trẻ đi tiểu lần đầu bình thường là trước 48 giờ. Nước tiểu trong nhưng đôi khi có tinh thể urat nên nước tiểu màu cam.

- Trẻ gái nếu trẻ đủ tháng thì môi lớn che kín môi nhỏ. Chất tiết âm đạo thường trắng nhưng cũng có khi có máu đỏ ở 1 số trẻ gái, kéo dài đến 8-10 ngày.

Khi thấy phần trên môi lớn sưng to bằng quả olive thì đó là thoát vị buồng trứng, cần phẫu thuật ngay khi có chẩn đoán xác định.

- Trẻ trai cần kiểm tra lỗ đái ở giữa, trẻ đi tiểu thành tia mạnh.

+ Nếu có hypospadias (lỗ đái thấp), lỗ đái lệch trên (épispadias) cần xét nghiệm thêm về hệ thống tiết niệu. Nếu có lỗ đái thấp và tinh hoàn ẩn thì phải làm chất nhiễm sắc giới tính và nhiễm sắc thể.

+ Bao qui đầu chùm đầu dương vật. Tinh hoàn của trẻ đủ tháng nằm trong hạ nang. Tinh hoàn của trẻ đẻ non có thể vẫn nằm trong ống bẹn

Có thể gặp tràn dịch màng tinh hoàn, thoát vị bẹn. Chỉ định can thiệp ngoại khoa sớm hay muộn tuỳ vào bác sỹ ngoại.

- Hố thắt lưng thường rỗng, có thể sờ thấy cực dưới của thận, nhất là bên trái.

***2.8. Khám thần kinh***

Khám thần kinh là phần rất quan trọng khi khám trẻ sơ sinh, khi trẻ sơ sinh thức.

Cần kiểm tra vận động, thần kinh-giác quan của trẻ sơ sinh.

Đánh giá sự trưởng thành thần kinh bằng đánh giá trương lực cơ bị động, trương lực cơ chủ động và các phản xạ nguyên thuỷ (phản xạ sơ sinh).

- Trẻ đủ tháng khi thức vận động liên tục. Sự hiếu động này liên quan đến khả năng nghe của trẻ, tăng lên khi có kích thích bằng ánh sáng. Trẻ có thể nhìn vào 1 vật trong tầm nhìn của trẻ và tập trung vào vật này khi nó di chuyển.

- Khi trẻ nằm ngửa, đầu bằng, hai bàn tay sẽ nắm chặt, nhưng có thể tự mở ra. Vận động tay và chân không đồng bộ.

- Trương lực cơ bị động đánh giá khả năng co và duỗi của các cơ.

Ở trẻ sơ sinh đủ tháng có hiện tượng tăng trương lực cơ sinh lý, 4 chi ở tư thế co. Nếu ta làm duỗi 1 chi thì nó sẽ trở về tư thế lúc đầu sau vài giây. Sự trả lời đồng bộ 2 bên. Trương lực cơ thân lại giảm sinh lý.

Đánh giá trương lực cơ bị động dựa vào:

+ Góc kheo chân: đo khi trẻ nằm ngửa, mông chạm mặt phẳng bàn khám, đùi gấp vào xương chậu, đầu gối sát bụng. Duỗi cẳng chân xa đùi đến khi cảm thấy có sự chống lại. Góc bình thường của trẻ đủ tháng là 90°

+ Góc khép: trẻ nằm ngửa, đùi giạng tối đa khi chân duỗi thẳng. Góc bình thường ở trẻ đủ tháng từ 40° đến 70°

+ Góc gập mu bàn chân: góc tạo bởi mu bàn chân gấp tối đa về phía cẳng chân. Góc bình thường ở trẻ đủ tháng là 40°

+ Dấu hiệu gót chân – tai: trẻ nằm ngửa, người khám đưa chân trẻ về phía tai, góc tạo bởi chân là 90°

+ Dấu hiệu khăn quàng cổ: đưa tay trẻ về phía vai bên đối diện. Ở trẻ đủ tháng bàn tay không chạm tới vai đôi diện và khuỷu tay không đi qua đường giữa xương ức.

- Trương lực cơ chủ động là sự trả lời của cơ với 1 kích thích nào đó.

+ Dấu hiệu kéo-ngồi để đánh giá sự trả lời vận động của cơ gấp cổ: trẻ nằm ngửa, người khám cầm 2 tay trẻ kéo về phía mình đến khi trẻ ở tư thế ngồi, đầu trẻ ở tư thế ngửa ra sau trong khi kéo trẻ, sau đó đầu trẻ ở tư thế thẳng đứng trong vài giây rồi gục xuống ngực. Nếu vai trẻ ngả về phía sau, đầu trẻ lại ở tư thể đứng thẳng trong vài giây rồi ngửa ra phía sau: đó là sự trả lời của cơ duỗi cổ.

- Các phản xạ sơ sinh: là các phản ứng vận động xảy ra như nhau mỗi khi có một kích thích tương tự. Cần phải làm lại nhiều lần trên cùng một trẻ vì đôi khi sự trả lời không giống nhau. Phản xạ sơ sinh chỉ chứng tỏ là hệ thống thần kinh nguyên thuỷ là vỏ não có thể là bình thường. Phản xạ sơ sinh thường mất khi trẻ giảm trương lực cơ hoặc hệ thống thần kinh bị thương tổn.

+ Phản xạ bốn phương (phản xạ tìm vú mẹ): khi kích thích điểm giữa môi trên, môi dưới, 2 bên mép, trẻ sẽ quay đầu sang, lưỡi môi hướng về phía bị kích thích

+ Phản xạ bú: trẻ bú nắm đấm của mình hoặc ngón tay của người khám.

+ Phản xạ cầm nắm: khi kích thích gan bàn tay trẻ sẽ nắm lấy các ngón tay của người khám, rồi truyền đến cơ duỗi của cổ tay và khuỷu tay, có thể kéo được trẻ lên khỏi mặt bàn khám.

+ Phản xạ Moro: trẻ ở tư thế ngồi, để trẻ ngã ngửa xuống tay người khám. động tác này gây co cơ đột ngột vùng gáy và gây ra sự trả lời gồm 3 giai đoạn:

• dạng cánh tay, duỗi cẳng tay

• mở bàn tay

• khóc thét

+ Phản xạ duỗi chéo: trẻ nằm ngửa, giữ một chân thẳng bằng cách ấn đầu gối xuống bàn khám; kích thích vào bờ ngoài của bàn chân bên duỗi thẳng gây nên phản xạ của bên chân đối diện: co rồi duỗi chéo về bên chân bị kích thích

+ Phản xạ bước đi tự động: trẻ được đỡ ở nách tư thế đứng, cúi về phía trước, chân trẻ tự chỉnh, duỗi chân rồi co chân khi bàn chân chạm mặt bàn khám, trẻ đặt lúc đầu là gót chân, sau đó là cả bàn chân làm cho ta cảm tưởng rằng trẻ bước đi.

- Khám các giác quan:

+ Nhìn: khi trẻ đủ tháng ra đời, trẻ vẫn chưa nhìn thật tốt. Trẻ có phản xạ đồng tử, phản xạ ánh sáng. Trẻ có thể nhìn chăm chú vào 1 vật.

+ Nghe: khi không có dị tật về vành tai, hoặc thiếu sản tai thì không có dấu hiệu đặc biệt nào của trẻ sơ sinh gợi ý điếc ở trẻ.

***Tài liệu tham khảo***

Quy trình kỹ thuật bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ninh

## 141. CHĂM SÓC RỐN SƠ SINH

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Rốn thường rụng vào ngày thứ 7 đến ngày thứ 10, các mạch máu đóng về mặt chức năng nhưng vẫn tồn tại dạng giải phẫu trong vòng 20 ngày. Trong thời gian này rốn vẫn có thể là đường vào của vi khuẩn, vì vậy cần thiết phải chăm sóc và giữ vệ sinh rốn, tránh nhiễm khuẩn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Trẻ sơ sinh chưa rụng cuống rốn

- Trẻ đã rụng cuống rốn nhưng rốn còn tiết dịch hoặc rốn nhiễm trùng

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định.

**IV. CHUẨN BỊ**

1.Người thực hiện

Bác sỹ hoặc điều dưỡng, nữ hộ sinh

2. Dụng cụ

- Bông cồn 700 hoặc cồn Iode 2,5% sát trùng dung dịch betadin

- Băng, gạc, khay vô trùng, khay quả đậu.

- Găng tay, panh vô trùng

3. Trẻ sơ sinh

- Đã được tắm sạch(tắm, rửa); thay áo, tã mới sạch

- Bộc lộ vùng rốn

4. Hồ sơ bệnh án

- Ghi hồ sơ bệnh án giờ/ngày cháu được chăm sóc

- Tình trạng rốn: khô, ướt hoặc dịch tiết, màu sắc, sưng tấy hay không, mùi hôi

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Yêu cầu thao tác kĩ thuật vô khuẩn.

- Rửa tay bằng xà phòng với nước sạch.

- Lau khô tay bằng khăn sạch hoặc để khô tự nhiên.

- Tháo băng , gạc, bộc lộ rốn.

- Quan sát rốn, da quanh rốn xem có mủ, máu, tấy đỏ, mùi hôi không?

- Sát khuẩn sạch rốn từ trung tâm ra ngoại vi, dây rốn, kẹp rốn, mặt cắt (chú ý lau sạch các khe kẽ, làm sạch tất cả các chất tiết).

- Lau lại 2 lần, để cồn khô tự nhiên và lau rốn như vậy 1- 2 lần/ ngày.

- Băng rốn bằng gạc vô trùng trong 2 ngày đầu, từ ngày thứ 3 tùy điều kiện chăm sóc từng nơi có thể băng hoặc để hở rốn giúp rốn mau khô và dễ rụng.

- Quấn tã dưới rốn.

- Chú ý không bôi bất kỳ chất gì lên rốn ngoài các dịch sát trùng rốn.

- Sau khi rốn rụng tiếp tục chăm sóc tới khi chân rốn khô.

**VI. THEO DÕI**

- Nhiễm khuẩn rốn: nên chăm sóc rốn nhiều lần trong ngày, tuỳ theo mức độ nặng mà cho dùng kháng sinh toàn thân (nếu có nhiễm trùng mạch máu rốn)

- Chảy máu rốn: thường xảy ra trong vài ngày đầu khi rốn còn tươi hoặc khi rụng cuống rốn, nếu cuống rốn còn tươi nên buộc lại bằng chỉ vô trùng, nếu cuốn rốn rụng nên lau sạch bằng dung dịch sát khuẩn và dùng gạc vô khuẩn băng ép

- Tồn tại lõi rốn (chồi rốn): chấm Nitrate bạc hàng ngày hoặc đốt điện nếu lõi rốn to

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chăm sóc rốn nhằm tránh biến chứng nếu như để rốn không được vệ sinh, có thể gây nhiễm khuẩn rốn.

***Tài liệu tham khảo***

Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản theo Quyết định 4128/QĐ-BYT 2016 của Bộ Y Tế .

## 142. TẮM SƠ SINH

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Tắm cho trẻ sơ sinh là một chăm sóc cần thiết giúp làm sạch da và phòng chống các bệnh lý về da vốn rất hay gặp trong giai đoạn sơ sinh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Trẻ sơ sinh có sức khoẻ ổn định: sau đẻ 6 giờ

- Trẻ sơ sinh có mẹ HIV: tắm ngay sau khi sinh

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Trẻ dưới 6 giờ đầu sau đẻ.

- Trẻ mắc bệnh nặng đang cần bất động, chăm sóc tại chỗ

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Điều dưỡng, nữ hộ sinh

**2. Phương tiện**

- Phòng tắm: ấm, đảm bảo nhiệt độ phòng tắm từ 28 – 30oC, kín không có gió lùa.

- 2 chậu: 1 chậu dùng tắm, 1 chậu dùng tráng lại.

- Nước tắm: dùng nước sạch, đổ nước nguội vào chậu trước, nước nóng sau. Nhiệt độ nước tắm thích hợp khoảng 37oC.

- Xà phòng (sữa tắm), dầu gội đầu dành cho trẻ sơ sinh.

- 2 khăn tắm to; 2 khăn tay nhỏ bằng vải mềm.

- Mũ; bao tay, bao chân, quần áo, bỉm, khăn quấn trẻ.

- Bông; cồn, dung dịch betadin nếu rốn chưa rụng.

**3. Trẻ sơ sinh**

- Tình trạng ổn định.

- Tắm trước bữa ăn.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Ghi ngày giờ trẻ được tắm.

- Tình trạng trước, sau khi tắm.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Nguyên tắc**

- Rửa tay trước khi tắm cho mỗi trẻ.

- Tránh hạ thân nhiệt: phòng tắm và nước tắm ấm, tắm từng phần và lau khô ngay vùng đã tắm, giữ ấm trẻ ngay sau tắm.

- Trình tự tắm: vùng sạch trước, vùng bẩn sau.

- Chỉ nên đặt trẻ vào chậu nước khi rốn đã rụng.

- Tránh làm ướt da vùng đang lưu kim, vết mổ.

- Dụng cụ sạch dành riêng cho mỗi trẻ.

**2. Các bước tắm**

Bước 1: Cởi bỏ toàn bộ quần áo, mũ, bao tay, bao chân của trẻ, sau đó quấn trẻ trong1 khăn tắm sạch, ấm.

Bước 2: Bế trẻ trên tay đúng tư thế: cánh tay đỡ lưng, bàn tay đỡ đầu.

Bước 3: Rửa mặt theo thứ tự: mắt, mũi, tai mồm:

- Dùng bông nhúng vào nước sạch lau nhẹ mắt từ góc trong của mắt ra ngoài sau đó lấy cục bông khác lau tiếp mắt bên kia theo trình tự tương tự.

- Sau đó dùng 1 khăn tay nhỏ bằng vải mềm lau mặt từ giữa dọc theo mũi ra 2 bên tai, tránh đưa sâu vào trong tai, chú ý lau kỹ vùng sau tai và nếp gấp cổ.

Bước 4: gội đầu: làm ướt tóc, xoa xà phòng (dầu gội đầu) từ trước ra sau đầu trẻ.Dùng nước gội sạch, lau khô ngay đầu trẻ.

Bước 5: tắm trẻ: tắm từng phần hoặc tắm toàn thân tuỳ thuộc rốn chưa rụng hoặc đã rụng. Nếu tắm từng phần thì che ấm phần chưa tắm, phần nào tắm xong được lau khô ngay. Cả 2 ca đều theo thứ tự sau:

- Tắm cổ, nách, cánh tay, ngực, bụng.

- Tắm lưng, mông, chân.

- Tắm bộ phận sinh dục.

Bước 6: lau khô toàn thân.

Bước 7: mặc áo, quấn tã, giữ ấm.

Bước 8: chăm sóc rốn nếu cuống rốn chưa rụng (xem bài chăm sóc rốn).

Bước 9: đặt trẻ vào giường, ủ ấm.

Bước 10: thu dọn dụng cụ và ghi phiếu chăm sóc theo dõi.

**VI. THEO DÕI**

- Tình trạng toàn thân, chú ý thân nhiệt.

- Cho trẻ ăn sữa sau khi đã hoàn thành việc tắm.

**VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH ĐỀ PHÒNG**

**1. Bỏng**

Cần kiểm tra nhiệt độ của nước trước khi tắm trẻ; cho nước lạnh vào chậu trước sau đó mới cho rót nước nóng vào cho tới khi đạt được nhiệt độ thích hợp để tránh không làm cho thành chậu bị nóng.

**2.Hạ thân nhiệt**

Phòng tắm ấm, không có gió lùa; nước tắm ấm; tắm nhanh; thời gian một lần tắm không quá 10 phút.

***Tài liệu tham khảo***

Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản theo Quyết định 4128/QĐ-BYT 2016 của Bộ Y Tế .

## 143. ĐẶT SONDE HẬU MÔN SƠ SINH

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật đặt ống thông vào hậu môn giúp làm giảm áp lực trong ống tiêu hóa.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Trong trường hợp chướng bụng, tăng áp lực trong ống tiêu hóa

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tổn thương ở hậu môn, trực tràng.

**IV. CHUẨN BỊ**

Người thực hiện: bác sỹ, điều dưỡng, kỹ thuật viên

Phương tiện:

Ống thông hậu môn: 1 chiếc

Găng tay sạch: 2 đôi

Băng dính

K - Y hoặc parafin

Gạc sạch: 1 gói

1 tấm nilon.

Người bệnh

Động viên, giải thích cho người bệnh mọi việc sắp làm để người bệnh yên tâm và hợp tác. Nếu người bệnh hôn mê phải giải thích cho người nhà. Nếu người bệnh là trẻ em cần phải giải thích với bố mẹ của trẻ.

Hồ sơ bệnh án

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra người bệnh

- Thực hiện kỹ thuật:

+ Đặt người bệnh nằm nghiêng trái, chân trên co vào bụng, chân dưới duỗi thẳng. - Lót tấm nilon dưới mông người bệnh.

+ Bôi trơn đầu ống ống thông bằng K - Y hoặc Parafin (1 đoạn khoảng 5 cm)

Thăm hậu môn trực tràng bằng tay trước khi đặt ống thông hậu môn để phát hiện các bất thường: khối u, lỗ dò hậu môn…

Dùng ngón tay trỏ và ngón tay cái banh 2 bên hậu môn, đồng thời bảo người bệnh rặn nhẹ, tay kia cầm ống thông nhẹ nhàng đưa vào hậu môn theo hướng hậu môn - rốn sau đó theo hướng hậu môn - cột sống.

Cố định ống thông hậu môn bằng băng dính.

**VI. THEO DÕI**

Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở

Tình trạng bụng: có đỡ chướng không?

Tổn thương niêm mạc trực tràng hậu môn: người bệnh đau hậu môn, chảy máu. Khi đưa ống thông hậu môn vào mà thấy vướng, có sự cản trở thì phải dừng lại và rút ống thông ra ngay.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Khi thấy người bệnh đau hậu môn hoặc chảy máu: rút ống thông ra ngay.

***Tài liệu tham khảo***

Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản theo Quyết định 4128/QĐ-BYT 2016 của Bộ Y Tế .

## 144. BÓP BÓNG AMBU QUA MẶT NẠ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Bóp bóng qua mask mặt nạ là một trong những dụng cụ không thể thiếu trong cấp cứu Nhi khoa còn gọi là thông khí áp lực dương qua mask. Đây là bước quan trọng nhất trong quá trình cấp cứu người bệnh ngừng tim, ngừng thở.

**II. CHỈ ĐỊNH:**

Sơ sinh bị ngạt do đẻ khó, ngạt nước ối.

Suy hô hấp nặng cần hỗ trợ thông khí.

Lưu ý các trường hợp: thoát vị hoành, teo thực quản, hít phân su, chấn thương vùng hàm mặt, dị vật đường thở.

**III. CHUẨN BỊ:**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ, điều dưỡng hoặc người được đào tạo về kỹ năng bóp bóng.

2. Phương tiện:

**2.1. Dụng cụ vô khuẩn**

- Ống hút

- Ống thông dạ dày

- Dung dịch NaCl 0,9 %

- Bơm kim tiêm.

- Gạc.

**2.2. Dụng cụ sạch:**

- Bóng, mask phụ hợp với lữa tuổi

- Máy hút.

- Nguồn oxy, dây nối

- Găng tay

- Canuyl, thuốc cấp cứu.

- Dung dịch sát khuẩn nhanh.

**3. Người bệnh:**

Giải thích cho gia đình về kỹ thuật để gia đình yên tâm và hợp tác.

**4. Hồ sơ bệnh án**

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

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ.**

**2. Kiểm tra người bệnh.**

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

- Đặt bệnh nhi ở tư thế mở thông đường thở.

- Rửa tay bằng nước sát khuẩn nhanh.

- Kiểm tra đường thở, hút dịch nếu cần.

- Nối bóng với nguồn oxy, mở oxy.

- Đặt mask trùm lên mũi, miệng bệnh nhi.

- Bóp bóng đúng kỹ thuật: một tay đặt ngón út ở góc hàm, ngón nhẫn ở giữa góc hàm và cằm, ngón giữa nâng cầm, hai ngón còn lại giữ phía trên mask, tay kia bóp bóng với tần số với trẻ sơ sinh là 40 – 60 l/ph.

- Thu dọn dụng cụ.

- Rửa tay.

- Ghi chép hồ sơ bệnh án.

**V.THEO DÕI:**

- Đặt ống thông dạ dày nếu có chướng bụng.

- Quan sát di động lồng ngực, màu sắc da.

- Theo dõi tình trạng bệnh nhi trong và sau khi bóp bóng, xử trí nếu có dấu hiệu bất thường.

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ:**

- Tràn khí màng phổi, xử trí bằng chọc hút.

- Chấn thương vùng mặt.

- Bóp bóng không hiệu quả gây thiếu oxy kéo dài.

***Tài liệu tham khảo***

Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản theo Quyết định 4128/QĐ-BYT 2016 của Bộ Y Tế .

## 145. HỒI SỨC SƠ SINH NGẠT

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Ngạt là tình trạng trẻ đẻ ra không thở, không khóc làm cho trẻ bị thiếu oxy, thừa CO2. Để đánh giá mức độ ngạt, người ta dựa vào 2 chỉ số APGAR và SIGTUNA ở phút thứ 1, 5 và 10 sau đẻ. Trẻ bị ngạt khi có điểm APGAR<8 và SIGTUNA<4. Hồi sức sơ sinh bị ngạt đòi hỏi sự khẩn trương, đúng kỹ thuật để giảm tử vong và di chứng cho trẻ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Trước tất cả các cuộc đẻ đều phải sẵn sàng cho việc hồi sức sơ sinh

- Sơ sinh có điểm APGAR<8 và SIGTUNA<4

- Sơ sinh có khả năng sống cao (có tuổi thai>25 tuần)

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không hồi sức hoặc ngừng hồi sức với thai <23 tuần hoặc <400gr

- Trẻ sinh ra không có nhịp tim, sau hồi sức 10 phút vẫn không có nhịp tim, nên cân nhắc ngừng hồi sức

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện

Bác sĩ, nữ hộ sinh

2. Phương tiện

- Trang bị hút:

+ Máy hút

+ Ống hút số 6, 8, 10

- Trang bị bóng và mặt nạ::

+ Bóng hồi sức sơ sinh có van giảm áp

+ Mặt nạ sơ sinh các cỡ

+ Oxy và ống dẫn

- Trang bị đặt nội khí quản:

+ Đèn soi thanh quản với lưỡi thẳng số 0 (non tháng), số 1 (đủ tháng)

+ Ống nội khí quản các cỡ: 2,5- 3,0- 3,5- 4,0

- Thuốc:

+ Adrenalin 1‰

+ Dung dịch Nacl 9‰, Ringer lactat

- Dụng cụ khác:

+ Bàn sưởi ấm

+ Ống nghe

+ Catheter rốn

+ Bông cồn, băng dính

3. Người bệnh

- Sơ sinh được đặt lên bàn đã sưởi ấm từ trước

- Sau mỗi bước hồi sức đều được đánh giá về hô hấp, nhịp tim và màu da để quyết định bước tiếp theo

4. Hồ sơ bệnh án

- Ghi điểm APGAR, tình trạng của trẻ khi ra đời

- Ghi cụ thể các việc hồi sức đã làm cho trẻ, tình trạng của trẻ sau khi hồi sức

- Đánh giá tuổi thai, cân nặng, tình trạng nước ối và các nguy cơ khác (tình trạng bệnh lý và thai nghén của người mẹ)

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Nguyên tắc

- Khai thông đường thở

- Khởi động thở

- Đảm bảo tuần hoàn

- Sử dụng thuốc

2. Các bước hồi sức

- Tất cả trẻ sơ sinh đẻ ra đều được lau khô và đánh giá tình trạng để quyết định việc hồi sức

Bước 1: Đặt trẻ đúng tư thế

- Đặt trẻ nằm trên một mặt phẳng

- Kê dưới vai một cuộn khăn nhỏ đẻ giữ đầu hơi ngửa

Bước 2: Làm thông đường thở:

- Lau sạch mũi, miệng. Hút dịch khi có dáu hiệu tắc nghẽn hoặc nước ối bẩn ở trẻ không khỏe

- Hút miệng trước (ống hút không sâu quá 5cm), mũi sau (ống hút không quá 3cm)

Bước 3: Hỗ trợ hô hấp:

Khi 1 trong 3 dấu hiệu được đánh giá là không tốt. Áp dụng các phương

pháp sau:

\*Kích thích xúc giác:

+Vỗ, búng vào gan bàn chân hoặc cọ xát mạnh và nhanh vào lưng trẻ (không quá 2 lần)

+Cung cấp oxy cho trẻ qua mặt nạ

\*Hô hấp nhân tạo bằng bóng và mặt nạ: khi kích thích xúc giác không thành công.

+Mặt nạ che kín mũi và miệng trẻ.

+Một tay giữ mặt nạ, một tay bóp bóng với tần số 40-60 lần/phút.

+Đảm bảo lồng ngực của trẻ phồng lên theo nhịp bóp bóng.

\*Đặt ống nội khí quản (xem bài Đặt nội khí quản) khi:

+Thông khí bằng bóng và mặt nạ không hiệu qủa

+Cần hút dịch khí quản

+Thông khí áp lực dương kéo dài

+Thoát vị cơ hoành

Bước 4 : Ép tim ngoài lồng ngực

- Chỉ định: sau 30 giây thông khí áp lực dương đúng kỹ thuật với oxy 100% mà nhịp tim:

+Dưới 60 lần/phút

+Từ 60-80 lần/phút và không tăng lên

- Vị trí ép tim: 1/3 dưới xương ức hoặc điểm xương ức dưới đường nối 2 núm vú

- Kỹ thuật:

\* 2 phương pháp

+ Phương pháp ngón tay cái: 2 ngón cái đặt lên vị trí ép tim, 2 bàn tay ôm lấy thân trên của trẻ, các ngón khác đỡ sau lưng trẻ

+ Phương pháp 2 ngón tay: ngón trỏ và ngón giữa đặt lên xương ức, bàn tay kia đỡ lưng trẻ

+ Áp lực ép: ấn sâu 1/3 chiều dầy lồng ngực

+ Tần số ép: 120-140 lần/phút

+ Luôn phối hợp cùng với bóp bóng theo tỷ số 3/1 (3lần ép tim, 1 lần bóp bóng)

+Sau 30 giây nếu nhịp tim >80 lần/phút: ngừng ép tim, tiếp tục thông khí đến khi nhịp tim >100 lần/phút hoặc trẻ tự thở.

+Nếu nhịp tim vẫn <80 lần/phút: tiếp tục ép tim, bóp bóng và dùng thuốc

Bước 5: Thuốc

- Adrenalin 1/10.000: cho 0,1-0,2ml/kg nhỏ vào nội khí quản hoặc đường tĩnh mạch. Có thể nhắc lại sau 3-5 phút

- Chỉ định: nhịp tim là 0 hoặc <80 lần/phút dù đã được thông khí và ép tim 30 giây

- Bù dịch: khi nghi ngờ có giảm thể tích tuần hoàn: dung dịch Nacl 0,9% hoặc Ringer Lactat 10ml/kg cho đường tĩnh mạch tốc độ 5-10 phút

3. Theo dõi

- Nếu có dấu hiệu khó thở hoặc da tím tái: dùng các phương pháp hô hấp hỗ trợ (CPAP, máy thở, Oxy)

- Nếu tình trạng xấu: chuyển tuyến lên cơ sở y tế cao hơn, đảm bảo chuyển tuyến an toàn

- Nếu tình trạng trẻ ổn định, không khó thở: cho tiếp xúc da kề da với mẹ và theo dõi sát các dấu hiệu sinh tồn

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tràn khí màng phổi: do thông khí không đúng kỹ thuật: cần đảm bảo bóp bóng đúng áp lực, bóng có van an toàn

- Chấn thương hầu họng do đặt nội khí quản: người làm hồi sức phải thành thạo, động tác nhẹ nhàng. Nếu chưa đặt vào được cần rút đèn ra, thông khí bằng bóng- mặt nạ cho trẻ rồi mới đặt lại

- Gẫy xương sườn do ép tim không đúng vị trí và kỹ thuật: cần xác định đúng vị trí trên xương ưc, không nhấc ngón tay khỏi vị trí trong suốt quá trình ép tim.

***Tài liệu tham khảo***

Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản theo Quyết định 4128/QĐ-BYT 2016 của Bộ Y Tế .

## 146. CỐ ĐỊNH TẠM THỜI NGƯỜI BỆNH GÃY XƯƠNG

**I. ĐỊNH NGHĨA**

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

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

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

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

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

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

**IV. CHUẨN BỊ**

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

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

**2. Dụng cụ**

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

- Bông: Dùng để đệm lót vào đầu nẹp hoặc nơi ụ xương cọ xát vào nẹp

- Băng cuộn: Dùng để buộc cố định nẹp. Băng phải đảm bảo: Rộng bản, dài vừa phải, bền chắc.

- Băng dính to bản.

- Thuốc giảm đau toàn thân hoặc giảm đau tại chỗ Xylocain 2%.

**3. Người bệnh**:

- Được giải thích về kỹ thuật sắp làm.

- Được giảm đau bằng thuốc giảm đau toàn thân hoặc phong bế thần kinh vùng chi bị gãy

**4. Hồ sơ bệnh án:** được làm hồ sơ cẩn thận, chụp XQ xác định tổn thương xương tuy nhiên các trường hợp cấp cứu cần cố định xương gãy trước khi cho người bệnh đi chụp XQ.

**5. Nơi thực hiện**: khoa cấp cứu hoặc phòng thủ thuật sạch với các gãy xương hở.

**V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Kiểm tra lại hồ sơ người bệnh.

- Khám và đánh giá lại người bệnh, xác định vị trí gãy xương.

Có nhiều cách cố định xương gãy phụ thuộc vào vị trí xương gãy.

**1. Gãy xương sườn và xương ức.**

Dùng băng dính to bản cố định xương sườn gãy bằng cách dán nửa ngực phía bị gãy cả phía trước lẫn phía sau.

**2. Gãy xương đòn**: dùng băng số 8: cần 2 người tiến hành

- Người 1: nắm 2 cánh tay người bệnh nhẹ nhàng kéo ra phía sau bằng một lực vừa phải, không đổi trong suốt thời gian cố định.

- Người 2: Dùng băng băng kiểu số 8 để cố định xương đòn.

Chú ý: phải đệm lót tốt ở hai hố nách để tránh gây cọ sát làm nạn nhân đau khi băng.

**3. Gãy xương cánh tay:**

- Để cánh tay sát thân mình, cẳng tay vuông góc với cánh tay (tư thế co).

- Để 2 nẹp, nẹp trong từ hố nách tới quá khuỷu tay, nẹp ngoài từ quá bả vai đến quá khớp khuỷu.

- Dùng 2 dây rộng bản buộc cố định nẹp: một ở trên và một ở dưới ổ gãy.

- Dùng khăn tam giác đỡ cẳng tay treo trước ngực, cẳng tay vuông góc với cánh tay, bàn tay cao hơn khuỷu tay, bàn tay để ngửa.

- Dùng băng rộng bản băng ép cánh tay vào thân mình. Thắt nút phía trước nách bên lành.

**4. Gãy xương cẳng tay.**

- Để cẳng tay sát thân mình, cẳng tay vuông góc cánh tay, lòng bàn tay ngửa.

- Dùng hai nẹp: nẹp trong từ lòng bàn tay đến nếp khuỷu tay, nẹp ngoài từ đầu các ngón tay đến quá khuỷu, hoặc dùng nẹp Cramer tạo góc 90\* đỡ cả xương cẳng tay và cánh tay.

- Dùng 3 dây rộng bản buộc cố định nẹp bàn tay, thân cẳng tay (trên, dưới ổ gãy)

- Dùng khăn tam giác đỡ cẳng tay treo trước ngực.

**5. Gãy xương cột sống:**

- Đặt người bệnh nằm thẳng trên ván cứng.

- Tùy thuộc người bệnh nghi ngờ tổn thương vùng cột sống nào mà lựa chọn đặt nẹp cột sống cổ, ngực hoặc thắt lưng cho người bệnh rồi chuyển đến cơ sở chuyên khoa.

**6. Gãy xương đùi:** cần 3 người làm

- Người thứ nhất: luồn tay đỡ đùi ở phía trên và phía dưới ổ gãy.

- Người thứ hai: đỡ gót chân và giữ bàn chân ở tư thế luôn vuông góc với cẳng chân.

- Người thứ ba: đặt nẹp, cần đặt 3 nẹp.

+ Nẹp ngoài từ hố nách đến quá gót chân.

+ Nẹp dưới từ vai đến quá gót chân.

+ Nẹp trong từ bẹn đến quá gót chân.

- Dùng dải dây rộng bản để buộc cố định nẹp ở các vị trí: trên ổ gãy, dưới ổ gãy, cổ chân, ngang ngực, ngang hông, dưới gối.

**7. Gãy xương cẳng chân.**

Cần 2 nẹp dài bằng nhau và 3 người làm:

Người thứ nhất: đỡ nẹp và cẳng chân phía trên và dưới ổ gãy.

Người thứ hai: đỡ gót chân, cổ chân và kéo nhẹ theo trục của chi, kéo liên tục bằng một lực không đổi.

Người thứ ba: đặt 2 nẹp:

+ Nẹp trong từ giữa đùi đến quá gót.

+ Nẹp ngoài từ giữa đùi đến quá gót.

Hoặc đặt nẹp Cramer tạo góc 90\* đỡ bàn chân và cẳng chân.

Buộc dây cố định nẹp ở các vị trí: trên ổ gãy và dưới ổ gãy, đầu trên nẹp và băng số 8 giữ bàn chân vuông góc với cẳng chân.

**VI. THEO DÕI:**

Mạch, huyết áp, tình trạng đau của người bệnh.

Kiểm tra tưới máu vùng ngọn chi bị gãy và cố định.

Các tổn thương khác đi kèm nếu có.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Di lệch xương gãy: do cố định xương chưa tốt hoặc kéo nắn xương chưa thẳng trục. Cần chụp XQ kiểm tra và nẹp cố định lại xương gãy tránh di lệch..

## 147. LỌC RỬA TINH TRÙNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Lọc rửa tinh trùng là kỹ thuật nhằm mục đích loại bỏ các tinh trùng hết và tinh tương để thu được mẫu nhiều tinh trùng khỏe mạnh để bơm vào buồng tử cung hoặc làm thụ tinh trong ống nghiệm.

**II. CHỈĐỊNH**

- Các trường hợp có chỉ định bơm tinh trùng vào buồng tử cung;

- Lọc rửa tinh trùng cho các ca làm thụ tinh trong ống nghiệm;

**III. CHUẨNBỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa phụ sản

**2. Người bệnh**

Không sinh hoạttình dục trong thời gian 2-5 ngày;

**3. Phương tiện dụng cụ**

Máy ly tâm, kính hiển vi với vật kính10 và 40, thị kính10, tủ thao tác, tủ ấm để mẫu tinh dịch;

Vật tư tiêu hao: Ống nghiệm đáy nhọn, bơm tiêm, pipete, lam kính, đậy lam kính, lọ lấy mẫu được ghi tên vợ chồng, môi trường lọc và rửa tinh trùng;

**4.Hồ sơ bệnh án :**

Mẫu hồ sơ hỗ trợ sinh sản theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Lấy mẫu tinh dịch:

+ Người chồng kiêng sinh hoạt tình dục trong thời gian từ 2 đến 7 ngày;

+ Cần chuẩn bị trước các dụng cụ dùng để xử lý mẫu tinh trùng, mỗi người một bộ dụng cụ riêng có ghi tên vợ và chồng hoặc đánh mã số;

+ Lấy tinh dịch bằng phương pháp thủ dâm, rửa tay và bộ phận sinh dục sạch trước khi lấy mẫu.

- Lọc rửa tinh trùng:

+ Để tinh dịch ly giải hoàn toàn trong tủ ấm 37oC hoặc nhiệt độ phòng, trung bình 30 phút;

+ Đánh giá các chỉ số tinh dịch đồ: thể tích, thời gian ly giải, pH, đếm mật độ tinh trùng;

+ Lựa chọn phương pháp lọc rửa (thang nồng độ hoặc bơi lên)

+ Lấy phần lọc rửa khoảng 0,3-0,5ml để bơm tinh trùng vào buồng tử cung;

+ Đánh giá lại mật độ, di động mẫu tinh trùng sau lọc rửa

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013

## 148. BƠM TINH TRÙNG VÀO BUỒNG TỬ CUNG (IUI)

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Bơm tinh trùng vào buồng tử cung là kỹ thuật dùng catheter đưa qua ống cổ tử cung vào đến buồng tử cung rồi bơm trực tiếp mẫu tinh trùng đã lọc rửa vào buồng tử cung. Mục đích của phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung là làm tăng tỷ lệ có thai.

**II. CHỈ ĐỊNH**

**1. Áp dụng cho cặp vợ chồng vô sinh vì một trong các nguyên nhân sau:**

- Vô sinh do chồng tinh trùng yếu, bất thường nhưng vẫn đủ điều kiện để điều trị bằng phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung;

- Vô sinh do rối loạn phóng noãn;

- Vô sinh không rõ nguyên nhân;

- Vô sinh do lạc nội mạc tử cung;

- Vô sinh do yếu tố cổ tử cung;

- Các ca lưu trữ tinh trùng.

**2. Áp dụng cho phụ nữ sống đơn thân có nhu cầu sinh con bằng phương pháp này.**

**3. Điều kiện:** phải có ít nhất một vòi tử cung thông.

**III. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện:**

Bác sỹchuyênkhoa phụsản có chứng chỉ hỗ trợ sinh sản

**2. Phương tiện**

- Dụng cụ dùng để lọc rửa mẫu tinh trùng: như Điểm b Khoản 4 Điều 8 Thông tư này. Ngoài ra, cần chuẩn bị: mỏ vịt, 02 kẹp sát trùng, cốc đựng nước muối sinh lý để lau âm đạo và cổ tử cung;

- Bơm tiêm loại 1 ml, catheter dùng bơm tinh trùng vào buồng tử cung, gạc củ ấu dùng để lau âm đạo, cổ tử cung, nước muối sinh lý.

**3. Người bệnh**

Người vợ có thể kích thích và theo dõi nang noãn, tiêm thuốc trưởng thành noãn hoặc theo dõi sự phát triển nang noãn cho đến khi phóng noãn trong chu kỳ kinh tự nhiên không kích buồng trứng, chồng kiêng quan hệ vợ chồng trong thời gian 3-5 ngày để lấy mẫu tinh dịch;

**4.Hồ sơ bệnh án :**

Mẫu hồ sơ hỗ trợ sinh sản theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.** Kích thích buồng trứng bằng phác đồ kích thích buồng trứng;

**2.** Theo dõi sự phát triển nang noãn;

**3.** Tiêm hCG khi kích thước nang noãn từ 18 đến 24mm (có thể theo dõi sự phát triển nang noãn trong chu kỳ tự nhiên không kích thích buồng trứng, khi đã phóng noãn thì chỉ định bơm tinh trùng vào buồng tử cung);

**4.** Bơm tinh trùng đã lọc rửa một lần vào 36 giờ sau mũi tiêm hCG hoặc hai lần sau 24 giờ và 48 giờ sau mũi tiêm hCG;

**5.** Hỗ trợ hoàng thể: sau bơm tinh trùng vào buồng tử cung dùng progesteron hỗ trợ pha hoàng thể;

**6.** Đánh giá có thai: xét nghiệm thai nghén14 ngày sau bơm tinh trùng vào buồng tử cung.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013

## 149. PHẪU THUẬT NỘI SOI LẤY DỤNG CỤ TỬ CUNG TRONG Ổ BỤNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Dụng cụ tử cung là một phương pháp tránh thai khá phổ biến ở nước ta. Có thể gặp tai biến dụng cụ tử cung chui qua cơ tử cung vào ổ bụng.

**II. CHẨN ĐOÁN**

**1. Lâm sàng**

- Đau lưng, đau bụng

- Khám bằng mỏ vịt: không thấy dây DCTC ở CTC

- Thăm dò BTC bằng móc vòng không thấy DCTC.

**2. Cận lâm sàng**

- Siêu âm: không thấy DCTC trong BTC

- Chụp BTC có cản quang (chụp thẳng và chụp nghiêng): không thấy DCTC trong BTC mà thấy nằm ngoài TC

**III. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chẩn đoán DCTC nằm trong ổ bụng

- Không có chống chỉ định của phẫu thuật nội soi

- Trước đây khi chưa có nội soi phải lấy DCTC qua mở bụng nhưng gặp nhiều khó khăn do phẫu trường hẹp, xác định vị trí DCTC khó khăn, do DCTC bị mạc nối lớn bao bọc và di chuyển không nằm trong tiểu khung.

- Từ khi có nội soi dễ dàng bao quát được toàn bộ ổ bụng, xác định vị trí DCTC dễ dàng hơn và ít gây sang chấn

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi

**3. Khách hàng**

- Khám toàn thân và khám chuyên khoa

- Tư vấn cho người bệnh về lý do phẫu thuật, các nguy cơ của phẫu thuật.

- Người bệnh ký cam đoan phẫu thuật

- Thụt tháo

- Vệ sinhvùng bụngvà âm hộ, thông đái,sát khuẩn thành bụng vùng mổ

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

⮚**Thì 1:** Bơm CO2

- Bơm khí CO2 vào ổ phúc mạc vì nhiều mục đích khác nhau:

+ Làm căng bụng, tạo an toàn khi chọc các trocart

+Tạo phẫu trường quan sát dễ dàng vì áp lực dương của khí CO2 làm cho các tạng tách xa nhau ra.

+ Giúp cho các động tác bóc tách mô dễ dàng hơn

+ Giúp cho việc cầm máu thuận lợi nhờ áp lực dương tính trong ổ bụng

- Điểm chọc kim bơm CO2 thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc trocart 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.

- Bơm CO2 đến áp lực mong muốn (khoảng 15mmHg)

- Có thể chọc trocart đèn soi trực tiếp ở ngay mép rốn sau đó bơm CO2

⮚**Thì 2:** Chọc Trocart

Chọc trocart đèn soi (trocart 10 hoặc 5) ở ngay dưới rốn và trocart phẫu thuật ở trên vệ.

⮚**Thì 3:** Đánh giá ổ bụng và tiểu khung

Quan sát toàn bộ ổ bụng tìm vị trí DCTC đặc biệt chú ý khi DCTC nằm gần các vị trí nguy hiểm như mạch máu lớn. Có những trường hợp DCTC bị mạc nối lớn cuốn vào nên rất khó tìm hoặc có cả trường hợp DCTC nằm ở trên gan vì vậy phải rất kiên nhẫn trong khi tìm kiếm. Gỡ dính và bộc lộ DCTC

⮚**Thì 4.** Lấy DCTC ra ngoài

Khi thấy DCTC trong ổ bụng thì dùng kẹp nhẹ nhàng lấy DCTC ra ngoài, chú ý không làm tổn thương các tạng lân cận

⮚**Thì 5.** Tháo hết CO2 và khâu lại lỗ chọc trocart

**VI. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG**

- Tổn thương đường tiêu hoá

- Tổn thương hệ tiết niệu

- Tổn thương mạch máu

- Bỏng do điện

- Chảy máu trong mổ

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013

## 150. LẤY DỤNG CỤ TỬ CUNG TRONG Ổ BỤNG QUA ĐƯỜNG RẠCH NHỎ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Dụng cụ tử cung - vòng tránh thai là một phương pháp tránh thai tạm thời có ưu điểm tính hiệu quả cao, dễ tháo, tiết kiệm, sử dụng trong thời gian dài 5-10 năm nhưng có thể gây một số biến chứng như: rong kinh, đau bụng… trong đó có biến chứng vòng tránh thai lạc chỗ trong ổ bụng.

Trường hợp lạc vòng tránh thai trong ổ bụng như trên nếu không phát hiện kịp thời sẽ gây ra những hậu quả xấu như ruột mạc nội quấn lấy vòng gây thủng ruột, biến chứng dẫn đến viêm phúc mạc dễ nhiễm trùng huyết, hoặc vòng chui vào các tạng trong ổ bụng bệnh nhân gây nhiễm trùng huyết nguy hiểm đến tính mạng, thậm chí đến tử vong

**II. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản có kinh nghiệm, được đào tạo và có kỹ năng về

phẫu thuật.

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật

**3. Khách hàng**

- Hỏi tiền sử nội ngoại khoa

- Khám toàn thân và khám chuyên khoa để đánh giá bệnh lý phối hợp

+ Xét nghiệm máu: hemoglobin và hematocrit

+ Người bệnh ký cam đoan phẫu thuật

+ Thụt tháo

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ phẫu thuật theo quy định, có duyệt mổ của lãnh đạo khoa, bệnh viện và

phân công phẫu thuật viên.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Thì 1**

- Gây tê tại chỗ

- Đường mở bụng nhỏ (minilap)

- Đường mở bụng lớn khi kết hợp phẫu thuật khác

**2. Thì 2**

- Tìm và xác định vị trí của dụng cụ tử cung trong ổ bụng

- Nếu có dính vào các tạng thì phải gỡ dính tránh gây tổn thương các tạng.

- Lấy dụng cụ tử cung ra khỏi ổ bụng.

- Kiểm tra xem có lỗ thủng ở tử cung hoặc phần phụ không, nếu có thì khâu lỗ thủng bảo tồn tử cung, phần phụ.

- Sau khi kiểm tra đủ gạc , đóng bụng theo từng lớp có thể không cần khâu

phúc mạc thành bụng

**VI. THEO DÕI**

- Kháng sinh sau mổ

- Giảm đau

**VII. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG**

- Chảy máu ổ bụng

- Khối máu tụ

## 151. PHẪU THUẬT NỘI SOI TRIỆT SẢN NỮ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật này đã được Blundell (Anh) đề xuất từ năm 1827. Năm 1880, Lundgren (Mỹ) thực hiện ca triệt sản đầu tiên sau khi phẫu thuật mổ lấy thai lần 2.

Triệt sản nữ (thắt vòi tử cung ) là biện pháp tránh thai hiệu quả nhất, an toàn, kinh tế, đơn giản

**II. NGUYÊN TẮC CHUNG**

Làm tắc thắt vòi tử cung bằng cách thắt và cắt thắt vòi tử cung

Đảm bảo tuần hoàn nuôi dưỡng cho thắt vòi tử cung và buồng trứng

**III. CHỈ ĐỊNH**

Do nguyên nhân y tế đơn thuần: bệnh lý mẹ

Do nguyên nhân y tế - xã hội: đẻ nhiều lần, đời sống kinh tế khó khăn, nguyện vọng người mẹ không muốn đẻ thêm nữa.

Do nguyên nhân xã hội hoàn toàn: không muốn có con nữa, phụ thuộc vào nguyện vọng của người phụ nữ hoặc cặp vợ chồng

Do yêu cầu của vận động kế hoạch hóa gia đình nhằm giảm dân số

**CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản có kinh nghiệm, được đào tạo và có kỹ năng về phẫu thuật nội soi triệt sản nữ.

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi

**3. Người bệnh**

Tư vấn cho người bệnh về ưu nhược điểm của triệt sản nữ

Giải thích quy trình triệt sản nữ

Khám toàn thân và khám chuyên khoa để đánh giá bệnh lý phối hợp

Xét nghiệm bộ xét nghiệm cơ bản trong phẫu thuật và thêm các xét nghiệm khác tùy theo tình trạng bệnh lý kèm theo ( nếu cần)

Bác sĩ gây mê khám tiền mê.

Tư vấn cho người bệnh về lý do phẫu thuật, các nguy cơ của phẫu thuật.

Người bệnh ký cam đoan chấp nhận phẫu thuật và gây mê hồi sức, đơn tình nguyện xin triệt sản.

Thụt tháo

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

**Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**CÁC BƯỚC THỰC HIỆN KỸ THUẬT**

***Thì 1: Bơm CO2***

Điểm chọc kim bơm CO2 thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc trocart 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.

Bơm CO2 đến áp lực mong muốn (khoảng 15mmHg)

Có thể chọc trocart đèn soi trực tiếp ở ngay mép rốn sau đó bơm CO2

***Thì 2: Chọc Trocart***

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

***Thì 3:*** Bộc lộ đánh giá toàn bộ tiểu khung, quan sát tử cung, vòi tử cung

***Thì 4. Triệt sản***

Đốt vòi tử cung bằng dao 2 cực, ở vị trí sát 2 tai vòi

Dùng dao 1 cực cắt đôi vòi tử cung ở vị trí vừa đốt bằng dao 2 cực -Sau đó dùng dao 2 cực đốt lại 2 đầu mỏm cắt vòi tử cung.

***Thì 5.Rửa ổ bụng nếu cần và kiểm tra lại lần cuối***

***Thì 6***. ***Rút trocart, khâu da***

**THEO DÕI**

Theo dõi toàn trạng, các dấu hiệu sinh tồn, vết mổ, ổ bụng, nước tiểu, trung tiện.

Tiêm hoặc uống kháng sinh 5 ngày

Giảm đau

**TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG**

Tổn thương hệ tiêu hóa

Tổn thương hệ tiết niệu

Tổn thương mạch máu

Bỏng do điện

Chảy máu trong mổ

Có thai lại sau triệt sản

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 152. TRIỆT SẢN NỮ QUA ĐƯỜNG RẠCH NHỎ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Triệt sản nữ (thắt và cắt vòi tử cung) là biện pháp tránh thai hiệu quả nhất, an toàn, kinh tế, đơn giản, không ảnh hưởng đến sức khoẻ, quan hệ tình dục

**II. NGUYÊN TẮC CHUNG**

Làm tắc vòi tử cung ( VTC) bằng cách thắt và cắt VTC

Đảm bảo tuần hoàn nuôi dưỡng cho VTC và buồng trứng

**III. CHỈ ĐỊNH**

Phụ nữ ở độ tuổi sinh đẻ đã có đủ số con mong muốn, các con khoẻ mạnh tự nguyện dung một biện pháp tránh thai vĩnh viễn và không hồi phục sau khi đã được tư vấn đầy đủ

Phụ nữ bị các bệnh chống chỉ định có thai

Do nguyên nhân y tế - xã hội: đẻ nhiều lần, đời sống kinh tế khó khăn, nguyện vọng người mẹ không muốn đẻ thêm nữa.

Do nguyên nhân xã hội hoàn toàn: không muốn có con nữa, phụ thuộc vào nguyện vọng của người phụ nữ hoặc cặp vợ chồng

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản có kinh nghiệm, được đào tạo và có kỹ năng về phẫu thuật triệt sản

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật triệt sản

**3. Bệnh nhân**

Tư vấn cho bệnh nhân về ưu nhược điểm cử triệt sản nữ

Giải thích quy trình triệt sản nữ

Hỏi tiền sử nội ngoại khoa

Khám toàn thân và khám chuyên khoa để đánh giá bệnh lý phối hợp

Xét nghiệm bộ xét nghiệm cơ bản trong phẫu thuật và thêm các xét nghiệm khác tùy theo tình trạng bệnh lý kèm theo ( nếu cần)

Bác sĩ gây mê khám tiền mê.Tư vấn cho người bệnh về lý do phẫu thuật, các nguy cơ của phẫu thuật.

Người bệnh ký cam đoan chấp nhận phẫu thuật và gây mê hồi sức.

Thụt tháo

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

**4.Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**5.Thời điểm thực hiện**

Khi không có thai

Sau đẻ: thời điểm tốt nhất là trong vòng 7 ngày đầu hoặc 6 tuần sau đẻ

Sau phá thai; trong vòng 7 ngày đầu

Kết hợp triệt sản sau phẫu thuật bụng dưới

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Thì 1**

Gây tê tại chỗ

Đường mở bụng nhỏ (minilap)

Đường mở bụng lớn khi kết hợp phẫu thuật khác và triệt sản

**Thì 2** Kỹ thuật làm tắc vòi tử cung

Tìm và xác định hai vòi tử cung đi từ sừng tử cung tới loa vòi tử cung

Dùng kẹp răng chuột nâng phần eo của vòi tử cung hình thành quai vòi

Dùng chỉ catgut thắt dưới quai một đoạn

Cắt quai vòi trên chỉ buộc

Thực hiện kỹ thuật tương tự cho vòi tử cung bên đối diện

Sau khi kiểm tra đủ gạc , đóng bụng theo từng lớp có thể không cần khâu phúc mạc thành bụng

**VI. THEO DÕI**

Theo dõi toàn trạng, các dấu hiệu sinh tồn, vết mổ, ổ bụng, nước tiểu, trung tiện.

Tiêm hoặc uống kháng sinh 5 ngày

Giảm đau

**VII. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG**

Chảy máu ổ bụng

Khối máu tụ

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 153. CẤY,RÚT MẢNH GHÉP TRÁNH THAI ( LOẠI NHIỀU NANG)

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Thuốc cấy tránh thai là biện pháp tránh thai tạm thời có chứa Progestin. Hiện nay thuốc cấy tránh thai có 2 loại : Norplant gồm 6 nang mềm, vỏ bằng chất dẻo sinh học, mỗi nang chứa 36 mg Levonogestrel và Implanon chỉ có 1 nang chứa 68 mg Etonogestrel. Norplant có tác dụng tránh thai trong 5 năm, Implanon có tác dụng tránh thai trong 3 năm.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Phụ nữ muốn sử dụng một biện pháp tránh thai dài hạn có hồi phục và không có chống chỉ định. Muốn rút que cấy tránh thai vì đã hết hạn sử dụng hoặc muốn có thai hoặc theo yêu cầu của khách hàng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**Chống chỉ định tuyệt đối**

Có thai

Đang bị ung thư vú

**Chống chỉ định tương đối**

Ra máu âm đạo bất thường chưa rõ nguyên nhân

Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong vòng 5 năm trở lại

U gan, xơ gan

Bệnh huyết khối, viêm tĩnh mạch

Lupus ban đỏ

Đã từng bị hoặc đang bị tai biến mạch máu não hoặc thiếu máu cơ tim

Đau nửa đầu có kèm mờ mắt

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Nữ hộ sinh trung học, y sỹ hay bác sỹ chuyên khoa phụ sản, đã được đào tạo

**2. Phương tiện**

Que cấy tránh thai Norplant (loại nhiều nang)

Lidocain 1% hoặc Xylocain 1% gây têtại chỗ 2-3 ml

-Dung dịch sát khuẩn Betadin.

Găng, khăn vô khuẩn

Băng, băng chun

Gạc vô khuẩn

Bơm tiêm gây tê tại chỗ 5 ml

**3. Người bệnh**

Hỏi tiền sử loại trừ chống chỉ định

Khám phụ khoa, khám vú

Được tư vấn về các ưu, nhược điểm của que cấy tránh thai

+ Các tác dụng phụ

+ Cách theo dõi que cấy

Người bệnh ký cam đoan chấp nhậnthủ thuật

Cấy ở tay không thuận

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Thời điểm cấy**

Ngay khi đang có kinh hoặc trong 7 ngày đầu của vòng kinh (chưa giao hợp)

Ở bất kỳ thời điểm nào nếu chắc chắn không có thai. Nếu quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm biện pháp tránh thai hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.

Sau 6 tuần sau khi sinh

Ngay sau khi phá thai hoặc sẩy thai

Ngay sau khi lấy que cấy nếu muốn cấy tiếp

**2)Kỹ thuật cấy**

Sát khuẩn vùng da định cấy, thường ở mặt trong cánh tay không thuận

Gây tê dưới da vùng cấy, mỗi nang quạt 1 ml Lidocain 1% hoặc Xylocain 1%

Rạch da 2 mm

Đưa ống đặt vào dưới da qua đường rạch

Đặt từng que Norplant từ bên này sang bên kia

Băng chỗ cấy

**3)Kỹ thuật tháo**

Sát khuẩn

Gây tê

Rạch da 2 mm

Dùng tay nắn cho đầu nang lộ ra

Dùng một kẹp nhỏ kẹp đầu nang cấy và kéo nhẹ ra

Sát khuẩn, băng lại

**VI. NHỮNG VẤN ĐỀ KHÓ KHĂN KHI SỬ DỤNG VÀ CÁCH XỬ TRÍ**

**Rối loạn kinh nguyệt**

Vô kinh

Kinh không đều, ra máu thấm giọt

Ra máu quá nhiều (hiếm gặp)

**Xử trí**

Thuốc tránh thai kết hợp hoặc estrogen trong 21 ngày nếu rong huyết

Transamin 500mg 4v/ ngày từ 7 đến 10 ngày

Giải thích cho người bệnh tình trạng rối loạn kinh nguyệt sẽ giảm và hết sau vài tháng cấy que.

Có ca phải tháo que cấy.

**Tại vị trí cấy** -Đau sau khi cấy

+Đảm bảo băng ép không quá chặt

+Tránh đè mạnh vào vùng cấy

+Cho thuốc giảm đau

Nhiễm khuẩn vị trí cấy (ít khi gặp)

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 154. CẤY – THÁO THUỐC TRÁNH THAI ( LOẠI MỘT NANG)

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Thuốc cấy tránh thai là biện pháp tránh thai tạm thời có chứa Progestin. Hiện nay thuốc cấy tránh thai có 2 loại : Norplant gồm 6 nang mềm, vỏ bằng chất dẻo sinh học, mỗi nang chứa 36 mg Levonogestrel và Implanon chỉ có 1 nang chứa 68 mg Etonogestrel. Norplant có tác dụng tránh thai trong 5 năm, Implanon có tác dụng tránh thai trong 3 năm.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Phụ nữ muốn sử dụng một biện pháp tránh thai dài hạn có hồi phục và không có chống chỉ định. Muốn rút que cấy tránh thai vì đã hết hạn sử dụng hoặc muốn có thai hoặc theo yêu cầu của khách hàng.

**V. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1. Chống chỉ định tuyệt đối**

Có thai

Đang bị ung thư vú

**2. Chống chỉ định tương đối**

Ra máu âm đạo bất thường chưa rõ nguyên nhân

Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong vòng 5 năm trở lại

U gan, xơ gan

Bệnh huyết khối, viêm tĩnh mạch

Lupus ban đỏ

Đã từng bị hoặc đang bị tai biến mạch máu não hoặc thiếu máu cơ tim

Đau nửa đầu có kèm mờ mắt

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Nữ hộ sinh trung học, y sỹ hay bác sỹ chuyên khoa phụ sản, đã được đào tạo

**2. Phương tiện**

Que cấy tránh thai Implanon (loại một nang)

Lidocain 1% hoặc Xylocain 1% gây têtại chỗ 2-3 ml

-Dung dịch sát khuẩn Betadin.

Găng, khăn vô khuẩn

Băng, băng chun

Gạc vô khuẩn

Bơm tiêm gây tê tại chỗ 5 ml

**3. Người bệnh**

Hỏi tiền sử loại trừ chống chỉ định

Khám phụ khoa, khám vú

Được tư vấn về các ưu, nhược điểm của que cấy tránh thai

+ Các tác dụng phụ

+ Cách theo dõi que cấy

Người bệnh ký cam đoan chấp nhậnthủ thuật

Cấy ở tay không thuận

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1)Thời điểm cấy**

Ngay khi đang có kinh hoặc trong 7 ngày đầu của vòng kinh (chưa giao hợp)

Ở bất kỳ thời điểm nào nếu chắc chắn không có thai. Nếu quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm biện pháp tránh thai hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.

Sau 6 tuần sau khi sinh

Ngay sau khi phá thai hoặc sẩy thai

Ngay sau khi lấy que cấy nếu muốn cấy tiếp

**2)Kỹ thuật cấy**

Sát khuẩn vùng da định cấy, thường ở mặt trong cánh tay không thuận

Gây tê vùng định cấy bằng lidocain 1% hoặc Xylocain 1% dọc đường cấy

Lấy ống cấy vô khuẩn ra khỏi bao bì

Kiểm tra bằng mắt thường xem nang cấy có trong kim không

Cấy nang thuốc

Kiểm tra nang thuốc đã được cấy

Băng ép bằng gạc vô khuẩn

**3)Kỹ thuật tháo**

Sát khuẩn

Gây tê

Rạch da 2 mm

Dùng tay nắn cho đầu nang lộ ra

Dùng một kẹp nhỏ kẹp đầu nang cấy và kéo nhẹ ra

Sát khuẩn, băng lại

**VI.NHỮNG VẤN ĐỀ KHÓ KHĂN KHI SỬ DỤNG VÀ CÁCH XỬ TRÍ**

**Rối loạn kinh nguyệt**

Vô kinh

Kinh không đều, ra máu thấm giọt

Ra máu quá nhiều (hiếm gặp)

**Xử trí**

Thuốc tránh thai kết hợp hoặc estrogen trong 21 ngày nếu rong huyết

Transamin 500mg 4v/ ngày từ 7 đến 10 ngày

Giải thích cho người bệnh tình trạng rối loạn kinh nguyệt sẽ giảm và hết sau vài tháng cấy que.

Có ca phải tháo que cấy.

**Tại vị trí cấy**

Đau sau khi cấy

+Đảm bảo băng ép không quá chặt

+Tránh đè mạnh vào vùng cấy

+Cho thuốc giảm đau

Nhiễm khuẩn vị trí cấy (ít khi gặp)

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 155. TRIỆT SẢN NAM

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Triệt sản nam bằng phương pháp thắt và cắt ống dẫn tinh là BPTT vĩnh viễn dành cho nam giới bằng cách làm gián đoạn ống dẫn tinh dẫn đến không có tinh trùng trong mỗi lần xuất tinh. Đây là biện pháp thực hiện một lần có tác dụng tránh thai suốt đời vì thế khách hàng cần được tư vấn kỹ trước khi quyết định thực hiện.Đây là một thủ thuật ngoại khoa đơn giản và an toàn. Hiệu quả tránh thai rất cao (trên 99,5%) và triệt sản nam không có ảnh hưởng đến sức khỏe và sinh hoạt tình dục. Triệt sản nam không phòng tránh được các NKLTQĐTD và HIV/AIDS.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Nam giới đã có đủ số con mong muốn, khỏe mạnh, tự nguyện dùng một BPTT vĩnh viễn và không hồi phục sau khi đã được tư vấn đầy đủ.

**III**.**CHỐNG CHỈ ĐỊNH ( KHÔNG CÓ CHỐNG CHỈ ĐỊNH TUYỆT ĐỐI)**

**1.Cần thận trọng**(có thể thực hiện bình thường khi có thêm những chuẩn bị cần thiết) **nếu khách hàng có một trong những dấu hiệusau**

Tiền căn chấn thương bìu hoặc bìu sưng to do giãn tĩnh mạch vùng thừng tinh, tinh hoàn lạc chỗ 1 bên.

Bệnh lý nội khoa như tiểu đường, trầm cảm hoặc trẻ tuồi.

**2.Hoãn thủ thuật nếu khách hàng có một trong những dấu hiệusau**

Nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục cấp hoặc viêm (sưng, đau) đầu dương vật, ống dẫn tinh hoặc tinh hoànhoặc nhiễm khuẩn tinhhoàn.

Nhiễm khuẩn toàn thân hoặc bị bệnh phù chânvoi.

**3.Cần có chuẩn bị đặc biệt** (như phẫu thuật viên có kinh nghiệm hoặc phương tiện gây mê nội khí quản hoặc những phương tiện hồi sức cần thiết) **nếu khách hàng có một trong những dấu hiệu sau: Thoát vị bẹn, có AIDS hoặc rối loạn đôngmáu**

**IV.CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa nam học có kinh nghiệm, được đào tạo và có kỹ năng về triệt sản nam.

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ triệt sản nam

**3. Người bệnh**

**Tư vấn**

- Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu của khách hàng về triệt sảnnam.

Hiệu quả, ưu điểm, nhược điểm của triệt sản nam (nhấn mạnh đây là BPTT không phục hồi, nên không thích hợp cho đối tượng còn trẻ chưa có con). Biện pháp này không có tác dụng phòng tránh NKLTQĐTD,HIV/AIDS.

Giải thích qui trình triệt sảnnam.

Ký đơn tình nguyện xin triệtsản.

Khuyên khách hàng vệ sinh sạch sẽ vùng sinh dục và vùng đùi trên trước phẫu thuật; mặc quần lótsạch.

**Thăm khám trước khi thực hiện thủthuật**

Tìm hiểu kỹ xem khách hàng có đúng chỉ địnhkhông.

Hỏi kỹ tiền sử bệnh tật nội ngoại khoa, khám toàn thân và bộ phận (tim, phổi, ổ bụng). Đặc biệt chú ý khám vùng sinh dục ngoài (bìu, tinh hoàn, màotinh).

**-** Xét nghiệm thường không cần thiết trừ khi hỏi tiền sử và thăm khám lâm sàng phát hiện những vấn đề cần thăm dò thêm. Những xét nghiệm có thể làm là: Hemoglobin và/hay hematocrit, phân tích nước tiểu tìm glucose và protein.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ triệt sản theo quy định

**5. Thời điểm thực hiện**

Bất kỳ thời gian nào thuận tiện.

**V. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN THỦ THUẬT**

**Chuẩn bị tiến hành thủ thuật**

Làm sạch vùng phẫu thuật: Cắt bớt lông mu, rửa sạch vùng sinh dục bằng dung dịch sát khuẩn.

Khách hàng mặc quần áo sạch, nằm ngửa thoải mái trên bàn phẫu thuật. Trải khăn phẫu thuật có lỗ để hở vùngbìu.

Phẫu thuật viên và trợ thủ rửa tay, mặc áo, đi găng như qui trình phẫuthuật.

Nhiệt độ phòng phẫu thuật phải đủ ấm, không quálạnh.

**Giảm đau trong triệt sản nam**

Nếu khách hàng quá lo lắng, cho uống 5 mg diazepam 30 phút trước thủthuật.

Gây tê tại chỗ bằng lidocain 1% (loại không có adrenalin). Liều tối đa không quá 4,5 mg/kg trọng lượng cơthể.

**Kỹ thuật triệt sản nam không dùng dao**

Cần đảm bảo vô khuẩn và tuân thủ những qui định của Phòng ngừa chuẩn khi thực hiện thủ thuật.

Thắt ống dẫn tinh bênphải.

Dùng kỹ thuật 3 ngón tay để xác định và cố định ống dẫntinh.

Đặt kẹp ôm ống dẫn tinh qua da bìu.

Chọc kìm phẫu tích quada.

Bộc lộ và nâng cao ống dẫntinh.

Bấu vào ống dẫn tinh bằng kẹp vòngtròn.

Bóc tách cân tinh.

Thắt và cắt đoạn ống dẫn tinh.

Buộc hai đầu bằng chỉ không tiêu hay chromiccatgut.

Đặt 1 cân để cách ly đầu xa của ống dẫntinh.

Thắt ống dẫn tinh bên trái: Kỹ thuật tươngtự

*Lưuý:*

Không cần khâu da bìu, chỉ cần băng lỗ mở dabìu.

Phải cầm máu kỹ trong suốt quá trình làm thủthuật.

**Kỹ thuật triệt sản nam dùng dao**

Cần đảm bảo vô khuẩn và tuân thủ những qui định của Phòng ngừa chuẩn khi thực hiện thủ thuật

Dùng dao mổ rạch 1 vết cắt nhỏ ở bìu sao cho có thể nhìn thấy được ống dẫn tinh.

Bộc lộ ống dẫn tinh

Thực hiện cắt ống dẫn tinh rồi buộc thắt hoặc đốt điện nhằm làm tắc hai đầu của ống dẫn tinh.

Khâu phục hồi da bìu.

**Theo dõi và hướng dẫn khách hàng ngay sau phẫu thuật**

Để khách hàng nghỉ ngơi thoải mái trong vài giờ đầu, không cần nằmviện.

Khách hàng có thể về nhà sau khi nghỉ ngơi tại chỗ một vàigiờ.

Sử dụng kháng sinh nếu có nguy cơ nhiễmkhuẩn.

Sử dụng thuôc giảmđau.

Hướng dẫn khách hàng tự chămsóc.

Khách hàng có thể có cảm giác tức nặng ở bìu nhưng không đau (nên mặc quần lót chật trong vài ngày đầu giúp có cảm giác thoảimái).

Có thể dùng túi nhỏ chứa nước đá áp lên vùng chung quanh bìu để giảm sưng đau.

Tránh lao động nặng trong 1-2 ngàyđầu.

Luôn giữ vết mổ sạch và khô. Có thể tắm sau 24 giờ nhưng tránh làm ướt vết mổ.Sau 3 ngày có thể rửa vết mổ bằng xà phòng.

Sau 1 tuần có thể sinh hoạt tình dục bình thường nhưng vẫn có thể có thai.

Hướng dẫn khách hàng tránh giao hợp hoặc dùng bao cao su hoặc BPTT có hiệu quả khác trong vòng 12 tuần sau triệt sảnnam.

Khách hàng cần đến khám lại ngay nếu có những dấu hiệu như: Sốt, chảy máu, có mủ vết mổ, sưng đau ở vết mổ không giảm.

**VI. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG**

Bao gồm chảy máu trong lúc phẫu thuật và sau phẫu thuật, phản ứng thuốc tê, sưng đau, tụ máu sau phẫu thuật, nhiễm khuẩn và trễ hơn có thể gặp viêm mào tinh và u hạt tinh trùng.Việc phát hiện sớm và điều trị thích hợp là rất cần thiết. Ngoài ra có thể gặp đau kéo dài (2%), thường không quá 1 năm hoặc có thể hối tiếc sau triệt sản.

**VII. ĐỐI VỚI KHÁCH HÀNG HIV (+)**

Khách hàng HIV(+) hoặc AIDS hoặc đang điều trị thuốc kháng virus có thể sử dụng BPTT triệt sản nam. Cần có những chuẩn bị đặc biệt khi thực hiện cho khách hàng cóAIDS.

Yêu cầu khách hàng sử dụng bao cao su kèm theo. Khi sử dụng đúng cách và thường xuyên, bao cao su giúp ngăn ngừa lây nhiễm HIV và các NKLTQĐTD.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản 2016.

## 156. ĐẶT VÀ THÁO DỤNG CỤ TỬ CUNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Dụng cụ tử cung là một biện pháp tránh thai tạm thời và hiệu quả. Dụng cụ tử cung có hai loại:

Loại dụng cụ tử cung có chứa đồng (TCu 380A có tác dụng tránh thai 8- 10 năm và Mutiload 375 có tác dụng trong 5 năm)

Loại dụng cụ TC giải phóng Levonogestrel chứa 52 mg Levonogestrel, giải phóng 20mcg hoạt chất/ngày tác dụng tối đa 5 năm.

Hiện tại, TTYT Hải Hà đang dùng loại TCu 380A để đặt dụng cụ tử cung cho bệnh nhân có nhu cầu sử dụng biện pháp tránh thai này.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ muốn áp dụng một biện pháp tránh thai tạm thời, dài hạn hiệu quả cao và không có chống chỉ định

Phụ nữ đang đặt DCTC muốn tháo để sinh đẻ hoặc chuyển BPTT khác

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**Tuyệt đối**

Có thai

Nhiễm khuẩn hậu sản

Ngay sau sảy thai nhiễm khuẩn

-Ra máu âm đạo chưa rõ nguyên nhân

Ung thư cổ tử cung, ung thư niêm mạc tử cung

U xơ tử cung hoặc các dị dạng khác làm biến dạng buồng tử cung

Đang viêm tiểu khung, nhiễm khuẩn đường sinh sản

Bệnh huyết áp cao, bệnh gan, bệnh thận, bệnh tim nặng

Lao vùng chậu

**Tương đối**

Có nguy cơ bị nhiễm khuẩn đường sinh sản hoặc nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục cao

Có tiền sử thai ngoài tử cung

Trong thời gian từ 48 giờ đến 4 tuần sau đẻ

Tháo dụng cụ tử cung theo yêu cầu của người bệnh hoặc của cán bộ y tế không có chống chỉ định

Đang bị bệnh lupus ban đỏ hệ thống ,hoặc có giảm tiểu cầu trầm trọng

Bệnh nguyên bào nuôi lành tính có nồng độ βhCG giảm dần

Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong 5 năm trử lại (chỉ với vòng levonogestrel)

bệnh AIDs đang không ổn định

Đang bị thuyên tắc mạch ( chỉ chống chỉ định với levonogestrel)

Đang hoặc đã bị thiếu máu cơ tim

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Nữ hộ sinh trung cấp, y sĩ hay bác sỹ chuyên khoa phụ sản.

Người làm thủ thuật: rửa tay, đội mũ, mặc áo, đeo khẩu trang, đeo găng vô khuẩn.

**2. Phương tiện**

Dụng cụ tử cung

Van hoặc mỏ vịt

Kẹp pozzi

2 panh sát khuẩn

Dung dịch sát khuẩn, khăn vô khuẩn, găng, bông gạc vô khuẩn.

**3. Bệnh nhân**

Được hỏi tiền sử, khám toàn thân, khám phụ khoa, siêu âm loại trừ các chống chỉ định.

Được tư vấn và giới thiệu về loại dụng cụ tử cung hiện có, hướng dẫn cụ thể về loại dụng cụ tử cung người bệnh sẽ dùng.

Giới thiệu và giải thích về ưu nhược điểm của loại dụng cụ tử cung mà người bệnh đó chọn.

Cách theo dõi sau đặt và tháo dụng cụ tử cung

Bệnh nhân kí phiếu cam đoan chấp nhận thủ thuật đặt dụng cụ tử cung

Cho bệnh nhân đi tiểu

Để bệnh nhân nằm trên bàn theo tư thế phụ khoa

**4. Hồ sơ**

- Phiếu chỉ định đặt hoặc tháo dụng cụ tử cung, phiếu cam đoan chấp nhận thủ thuật đặt dụng cụ tử cung

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1)Thời điểm đặt dụng cụ tử cung**

***Dụng cụ tử cung có chứa đồng* (**Tcu 380A và Multiload 375**)**

Đặt dụng cụ tử cung sau sạch kinh 2 ngày chưa giao hợp là thuận lợi nhất

Ở bất kỳ thời điểm nào nếu biết chắc chắn là không có thai, không cần sử dụng biện pháp tránh thai hỗ trợ

Bất kỳ lúc nào trong vòng 12 ngày đầu của kỳ kinh (chưa giao hợp).

***Dụng cụ tử cung* giải phóng *Levonogestrel*** -Trong vòng 7 ngày đầu kể từ ngày kinh đầu tiên

Ở bất kỳ thời điểm nào nếu biết chắc chắn là không có thai,

Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm biện pháp tránh thai hỗ trợ trong vòng 7 ngày kế tiếp.

Vô kinh; bất cứ thời điểm nào nếu khẳng định không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm biện pháp tránh thai hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.

Sau sinh 4-6 tuần trở đi (kể cả sau phẫu thuật lấy thai)

Sau phá thai ba tháng đầu và ba tháng giữa, trừ nhiễm khuẩn sau phá thai.

**2)Kỹ thuật**

***Đặt dụng cụ tử cung Tcu 380A và Multiload 375***

Khám trong để xác định tư thế, thể tích tử cung.

Thay găng vô khuẩn

Sát khuẩn bộ phận sinh dục ngoài (kẹp sát khuẩn 1)

Trải khăn vô khuẩn

Bộc lộ cổ tử cung

Sát khuẩn cổ tử cung và túi cùng âm đạo bằng Betadin (kẹp sát khuẩn 2)

Cặp cổ tử cung bằng pozzi

Đo buồng tử cung

Lắp dụng cụ tử cung vào ống đặt

Đưa dụng cụ tử cung vào trong tử cung. Cắt dây dụng cụ tử cung để lại từ 2-3 cm và gập vào túi cùng sau âm đạo.

**Đặt dụng cụ tử cung giải phóng Levonogestrel**

Các bước như với dụng cụ tử cung Tcu 380A và Multiload 375

Chú ý: thao tác thành thạo kỹ thuật đặt theo từng bước

**3)Tháo dụng cụ tử cung**

***Vì lý do y tế***

Có thai

Ra máu nhiều -Đau bụng dưới nhiều

Nhiễm khuẩn tử cung hoặc tiểu khung

Dụng cụ tử cung bị tụt thấp

Đã mãn kinh (sau khi mất kinh từ tháng 12 trở lên)

Dụng cụ tử cung đã hết hạn

***Vì lý do cá nhân***

Muốn có thai trở lại

Muốn dùng một biện pháp tránh thai khác

Không cần dùng biện pháp tránh thai khác

***Cách tháo dụng cụ tử cung***

Cả 3 loại dụng cụ tử cung (Tcu 380A, Multiload 375 và Mirena) đều có dây nên chỉ cần dùng kẹp cặp vào 2 dây nhẹ nhàng kéo ra là được. Nếu không thấy dây phải nong cổ tử cung dùng panh hình tim hoặc panh dài không có răng cặp và kéo dụng cụ tử cung.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1.Theo dõi**

Sau khi đặt dụng cụ tử cung cho người bệnh nằm theo dõi 30 phút, uống thuốc kháng sinh 5 ngày tránh viêm nhiễm, uống thuốc giảm co bóp tử cung, làm việc nhẹ.

Kiêng giao hợp 1 tuần

Khám lại vào các thời điểm

+Một tháng sau khi đặt

+Ba tháng sau khi đặt

+Một năm kiểm tra lại một lần

Khám lại ngay khi chưa có dấu hiệu bất thường như đau bụng nhiều, ra máu nhiều kéo dài, âm đạo ra dịch hôi…

**2.Xử trí tai biến**

Biến chứng do đặt và tháo dụng cụ tử cung rất ít. Tuy nhiên một số biến chứng có thể gặp trong khi đặt và tháo dụng cụ tử cung như : thủng tử cung, nhiễm khuẩn, chảy máu nhiều….

Thủng tử cung phẫu thuật khâu lỗ thủng

Nhiễm khuẩn: điều trị kháng sinh

Ra máu nhiều có thể phải lấy dụng cụ tử cung

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 157. PHÁ THAI NỘI KHOA ĐẾN HẾT 9 TUẦN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phá thai được cho phép tại Việt Nam, ước tính hàng năm có khoảng hơn 500.000 trường hợp phá thai tại Việt Nam. Phá thai nội khoa chính thức triển khai thành dịch vụ tại Việt Nam từ 2002 và ngày càng được chọn lựa do tính an toàn, hiệu quả và thuận tiện của phương pháp.

Phá thai nội khoa đến hết 9 tuần vô kinh là phương pháp chấm dứt thai kỳ trong tử cung bằng cách sử dụng phối hợp Mifepriston và Misoprostol gây sẩy thai, cho các thai đến hết 9 tuần (63 ngày).

**1)Tuyến áp dụng.**

Tuyến trung ương: áp dụng cho tuổi thai đến hết 63 ngày.

-Tuyến tỉnh: áp dụng cho tuổi thai đến hết 56 ngày.

Tuyến huyện**:** áp dụng cho tuổi thai đến hết 49 ngày (đối với khoa Chăm sóc SKSS huyện, do giám đốc Sở Y tế quyết định căn cứ vào điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực cụ thể của khoa).

**2)Người thực hiện.**

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản được huấn luyện về phá thai nội khoa và thành thạo kỹ thuật phá thai bằng phương pháp ngoại khoa*.*

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. 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.

Đang đặt dụng cụ tử cung (có thể lấy DCTC trước phá thai bằng thuốc).

Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính (cần điều trị trước)

**IV. CHUẨN BỊ**

**Điều kiện áp dụng.**

Khách hàng có thể tới được cơ sở y tế trong vòng 60 phút.

**Cơ sở vật chất.**

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

Có phòng thủ thuật và phương tiện đủ tiêu chuẩn theo qui định để thực hiện can thiệp khi cần.

Phương tiện dụng cụ: cấp cứu, xử lý dụng cụ và chất thải.

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

**Chuẩn bị Khách hàng**

Người cung cấp dịch vụ tự giới thiệu với khách hàng

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

Hỏi ngày đầu của kỳ kinh cuối

Khám lâm sàng,khám hỏi bệnh sử đánh giá chỉ định và chống chỉ định

Siêu âm đánh giá chính xác tuổi thai

Khách hàng kí giấy cam đoan chấp nhận phá thai bằng thuốc.

**4.Hồ sơ bệnh án bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

***Tư vấn phá thai bằng thuốc (khuyến khích nữ hộ sinh được đào tạo làm công tác tư vấn).***

Giới thiệu hiệu quả của phá thai bằng thuốc và khẳng định khách hàng phải chấp nhận hút thai nếu phá thai bằng thuốc thất bại.

Giới thiệu qui trình phá thai bằng thuốc: cách uống thuốc và sự xuất hiện của các triệu chứng bình thường sau uống thuốc (ra huyết âm đạo và đau bụng). Nhấn mạnh sự cần thiết của việc khám lại theo hẹn.

Tư vấn cách tự theo dõi và tự chăm sóc sau dùng thuốc phá thai.

Giới thiệu các tác dụng phụ của thuốc phá thai và cách xử lý.

Kê đơn thuốc giảm đau.

Nhấn mạnh các triệu chứng cần trở lại cơ sở y tế ngay.

Cung cấp thông tin liên lạc trong những tình huống cấp cứu.

Cung cấp thông tin về khả năng có thai trở lại sau phá thai bằng thuốc.

Giới thiệu các biện pháp tránh thai (BPTT), giúp khách hàng lựa chọn BPTT phù hợp và hướng dẫn khách hàng sử dụng đúng.

Cung cấp BPTT hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp BPTT.

**Quy trình phá thai.**

**Thai đến hết 49 ngày.**

Uống 200 mg mifepriston tại cơ sở y tế và theo dõi sau uống 15 phút. Uống hoặc ngậm dưới lưỡi 400 mcg misoprostol sau khi dùng mifepriston từ 36 đến 48 giờ, có thể uống tại cơ sở y tế hay tại nhà**.**

**Thai từ 50 đến hết 63 ngày.**

+Uống 200 mg mifepriston.

+Ngậm dưới lưỡi 800 mcg misoprostol (nếu khách hàng nôn nhiều có thể đặt túi cùng sau) sau khi dùng mifepriston từ 36 đến 48 giờ, tại cơ sở y tế và theo dõi tại cơ sở y tế ít nhất 3 giờ.

**VI. THEO DÕI**

**Theo dõi trong những giờ đầu sau uống thuốc.**

Dấu hiệu sinh tồn mỗi giờ một lần trong 3 giờ đầu (nếu cần).

Tình trạng ra máu âm đạo, đau bụng (có thể dùng thuốc giảm đau nếu cần) và các triệu chứng tác dụng phụ: nôn, buồn nôn, tiêu chảy, sốt.

**Khám lại sau 2 tuần.**

Đánh giá hiệu quả điều trị.

Sẩy thai hoàn toàn: kết thúc điều trị.

Sót thai, sót rau, thai lưu: có thể tiếp tục dùng misoprostol đơn thuần liều 400 - 600 mcg uống hay ngậm dưới lưỡi hoặc hút buồng tử cung.

Thai tiếp tục phát triển: hút thai

Ứ máu trong buồng tử cung: tùy theo mức độ, có thể điều trị nội khoa hay hút buồng tử cung

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Tai biến: chảy máu nhiều, rong huyết kéo dài, nhiễm khuẩn, sót thai, sót rau.

Xử trí: theo phác đồ cho từng tai biến.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 158. PHÁ NỘI KHOA ĐẾN HẾT 8 TUẦN VÔ KINH

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phá thai được cho phép tại Việt Nam, ước tính hàng năm có khoảng hơn 500.000 trường hợp phá thai tại Việt Nam. Phá thai nội khoa chính thức triển khai thành dịch vụ tại Việt Nam từ 2002 và ngày càng được chọn lựa do tính an toàn, hiệu quả và thuận tiện của phương pháp.

Phá thai nội khoa đến hết 8 tuần vô kinh là phương pháp chấm dứt thai kỳ trong tử cung bằng cách sử dụng phối hợp Mifepriston và Misoprostol gây sẩy thai, cho các thai đến hết 8 tuần (56 ngày).

1)Tuyến áp dụng.

Tuyến trung ương: áp dụng cho tuổi thai đến hết 63 ngày.

-Tuyến tỉnh: áp dụng cho tuổi thai đến hết 56 ngày.

Tuyến huyện**:** áp dụng cho tuổi thai đến hết 49 ngày (đối với khoa Chăm sóc SKSS huyện, do giám đốc Sở Y tế quyết định căn cứ vào điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực cụ thể của khoa).

2)Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản được huấn luyện về phá thai nội khoa và thành thạo kỹ thuật phá thai bằng phương pháp ngoại khoa*.*

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1.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.

**2.Tương đối.**

Đang cho con bú.

Đang đặt dụng cụ tử cung (có thể lấy DCTC trước phá thai bằng thuốc).

Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính (cần điều trị trước)

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Điều kiện áp dụng.**

Khách hàng có thể tới được cơ sở y tế trong vòng 60 phút.

**2. Cơ sở vật chất.**

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

Có phòng thủ thuật và phương tiện đủ tiêu chuẩn theo qui định để thực hiện can thiệp khi cần.

Phương tiện dụng cụ: cấp cứu, xử lý dụng cụ và chất thải.

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

**3. Chuẩn bị khách hàng**

Người cung cấp dịch vụ tự giới thiệu với khách hàng

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

Hỏi ngày đầu của kỳ kinh cuối

Khám lâm sàng,khám hỏi bệnh sử đánh giá chỉ định và chống chỉ định

Siêu âm đánh giá chính xác tuổi thai

Khách hàng kí giấy cam đoan chấp nhận phá thai bằng thuốc.

**4. Hồ sơ bệnh án bệnh án**

Hồ sơ bệnh theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

***Tư vấn phá thai bằng thuốc (khuyến khích nữ hộ sinh được đào tạo làm công tác tư vấn).***

Giới thiệu hiệu quả của phá thai bằng thuốc và khẳng định khách hàng phải chấp nhận hút thai nếu phá thai bằng thuốc thất bại.

Giới thiệu qui trình phá thai bằng thuốc: cách uống thuốc và sự xuất hiện của các triệu chứng bình thường sau uống thuốc (ra huyết âm đạo và đau bụng). Nhấn mạnh sự cần thiết của việc khám lại theo hẹn.

Tư vấn cách tự theo dõi và tự chăm sóc sau dùng thuốc phá thai.

Giới thiệu các tác dụng phụ của thuốc phá thai và cách xử lý.

Kê đơn thuốc giảm đau.

Nhấn mạnh các triệu chứng cần trở lại cơ sở y tế ngay.

Cung cấp thông tin liên lạc trong những tình huống cấp cứu.

Cung cấp thông tin về khả năng có thai trở lại sau phá thai bằng thuốc.

Giới thiệu các biện pháp tránh thai (BPTT), giúp khách hàng lựa chọn BPTT phù hợp và hướng dẫn khách hàng sử dụng đúng.

Cung cấp BPTT hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp BPTT.

**Quy trình phá thai.**

**Thai đến hết 49 ngày.**

Uống 200 mg mifepriston tại cơ sở y tế và theo dõi sau uống 15 phút. Uống hoặc ngậm dưới lưỡi 400 mcg misoprostol sau khi dùng mifepriston từ 36 đến 48 giờ, có thể uống tại cơ sở y tế hay tại nhà**.**

**Thai từ 50 đến hết 56 ngày.**

+Uống 200 mg mifepriston.

+Ngậm dưới lưỡi 800 mcg misoprostol (nếu khách hàng nôn nhiều có thể đặt túi cùng sau) sau khi dùng mifepriston từ 36 đến 48 giờ, tại cơ sở y tế và theo dõi tại cơ sở y tế ít nhất 3 giờ.

**VI. THEO DÕI**

**1.Theo dõi trong những giờ đầu sau uống thuốc.**

Dấu hiệu sinh tồn mỗi giờ một lần trong 3 giờ đầu (nếu cần).

Tình trạng ra máu âm đạo, đau bụng (có thể dùng thuốc giảm đau nếu cần) và các triệu chứng tác dụng phụ: nôn, buồn nôn, tiêu chảy, sốt.

**2.Khám lại sau 2 tuần.**

Đánh giá hiệu quả điều trị.

Sẩy thai hoàn toàn: kết thúc điều trị.

Sót thai, sót rau, thai lưu: có thể tiếp tục dùng misoprostol đơn thuần liều 400 - 600 mcg uống hay ngậm dưới lưỡi hoặc hút buồng tử cung.

Thai tiếp tục phát triển: hút thai

Ứ máu trong buồng tử cung: tùy theo mức độ, có thể điều trị nội khoa hay hút buồng tử cung

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Tai biến: chảy máu nhiều, rong huyết kéo dài, nhiễm khuẩn, sót thai, sót rau.

Xử trí: theo phác đồ cho từng tai biến.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 159. PHÁ THAI BẰNG THUỐC TỪ TUẦN 13 ĐẾN HẾT TUẦN 22

**I. CHỈ ĐỊNH**

Thai từ tuần thứ 13 (tương đương với chiều dài đầu mông 52 mm) đến hết tuần thứ 22 (tương đương với đường kính lưỡng đỉnh 52 mm).

**II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**2.1. Tuyệt đối.**

- Hẹp van 2 lá, tắc mạch và tiền sử tắc mạch.

- Bệnh lý tuyến thượng thận.

- Rối loạn đông máu, sử dụng thuốc chống đông.

- Thiếu máu (nặng và trung bình).

- Dị ứng mifepriston hay misoprostol.

- Có vết sẹo mổ cũ ở thân tử cung.

- Rau cài răng lược.

**2.2. Tương đối.**

- Điều trị corticoid toàn thân lâu ngày.

- Tăng huyết áp.

- Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính (cần được điều trị).

- Dị dạng sinh dục (chỉ được làm tại tuyến trung ương).

- Có sẹo mổ ở đoạn dưới tử cung cần thận trọng: giảm liều misoprostol và tăng khoảng cách thời gian giữa các lần dùng thuốc (chỉ được làm tại bệnh viện chuyên khoa phụ sản tuyến tỉnh và trung ương)

**III. CHUẨN BỊ**

- Phòng thủ thuật: bảo đảm tiêu chuẩn qui định.

- Phương tiện dụng cụ:

Phương tiện cấp cứu.

Khay đựng mô thai và rau.

Dụng cụ kiểm soát buồng tử cung.

Các phương tiện xử lý dụng cụ và chất thải.

- Thuốc: misoprostol và mifepriston, giảm đau, chống choáng và thuốc tăng co.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**4.1. Chuẩn bị khách hàng.**

- Hỏi tiền sử bệnh về nội, ngoại, sản phụ khoa và các bệnh LTQĐTD.

- Khám toàn thân.

- Khám phụ khoa

- Siêu âm

- Xác định tuổi thai (đối chiếu với siêu âm)

- Xét nghiệm máu

- Khách hàng ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hay mẹ hoặc người giám hộ).

**4.2. Tư vấn (xem phần tư vấn phá thai).**

- Thảo luận về quyết định chấm dứt thai nghén.

- Các nguy cơ, tai biến và biến chứng có thể xảy ra khi phá thai.

- Các phương pháp phá thai phù hợp với tuổi thai hiện có.

- Qui trình phá thai bằng thuốc.

- Tự theo dõi và chăm sóc sau phá thai.

- Các dấu hiệu cần khám lại ngay.

- Khả năng có thai lại sau phá thai.

- Các dấu hiệu thai nghén sớm dễ nhận biết để tránh phá thai lớn.

- Cung câp thông tin về các BPTT, hướng dẫn chọn lựa BPTT phù hợp.

- Trả lời những câu hỏi của khách hàng và giải quyết những vấn đề lo lắng.

**4.3. Quy trình phá thai**

***4.3.1.Phác đồ:***

*A. Tuổi thai từ 13 đến hết 18 tuần:*

- Uống 200 mg Mifepristone (1 viên)

- Sau 24-48 giờ đặt túi cùng âm đạo 400 mcg Misoprostol (2 viên). Sau mỗi 3 giờ, ngậm dưới lưỡi hoặc ngậm bên má 400 mcg Misoprostol (2 viên) cho tới khi sẩy thai. Nếu sau 5 liều Misoprostol mà không sẩy thai thì ngày hôm sau dùng tiếp 5 liều 400mcg Misoprostol (2 viên) sau mỗi 3 giờ ngậm dưới lưỡi hoặc ngậm bên má cho tới khi sẩy thai. Nếu không sẩy thai dùng tiếp Misoprostol ngày thứ 3 theo phác đồ trên. Sau 3 ngày không sẩy thai dùng phương pháp khác.

*B. Tuổi thai từ 19 đến 22 tuần:*

- Uống 200 mg Mifepristone (1 viên)

- Sau 24-48 giờ đặt túi cùng âm đạo 400 mcg Misoprostol (2 viên). Sau mỗi 3 giờ, ngậm dưới lưỡi hoặc ngậm bên má 400 mcg Misoprostol (2 viên) cho tới khi sẩy thai. Nếu sau 5 liều Misoprostol mà không sẩy thai thì ngày hôm sau dùng tiếp 5 liều 400mcg Misoprostol (2 viên) sau mỗi 3 giờ ngậm dưới lưỡi hoặc ngậm bên má cho tới khi sẩy thai. Nếu không sẩy thai chuyển phương pháp khác.

***4.3.2. Chăm sóc trong thủ thuật.***

- Theo dõi toàn trạng mạch, huyết áp, nhiệt độ, ra máu âm đạo, đau bụng (cơn co tử cung) cứ 3 giờ/lần, khi bắt đầu có cơn co tử cung mạnh cứ 1,5 giờ/lần.

- Thăm âm đạo đánh giá cổ tử cung trước mỗi lần dùng thuốc.

- Cho uống thuốc giảm đau đường uống, tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạnh nếu cần thiết

- Sau khi sẩy thai và rau: dùng thuốc tăng co tử cung nếu cần. Chỉ định kiểm soát tử cung bằng dụng cụ (nếu cần). Cho uống kháng sinh trước khi kiểm soát tử cung.

- Nếu thai đã sổ nhưng rau thai vẫn nằm trong buồng tử cung, theo dõi thêm 1 giờ, nếu rau vẫn chưa sổ thì cho thêm 400 mcg Misoprostol ngậm dưới lưỡi hoặc ngậm bên má để giúp rau thai sổ. Nếu rau thai không sổ, lấy rau thai bằng dụng cụ.

- Xử lý thai, rau, chất thải và dụng cụ.

**4.4. Theo dõi và chăm sóc.**

- Sau khi thai ra, theo dõi ra máu âm đạo, co hồi tử cung ít nhất là 1 giờ/lần, cho đến khi ra viện.

- Ra viện sau khi ra thai ít nhất 2 giờ, nếu sức khỏe của người phụ nữ ổn định với các dấu hiệu sống trở lại bình thường và ra máu âm đạo ở mức độ cho phép.

- Kê đơn kháng sinh (nếu cần).

- Tư vấn sau thủ thuật về các biện pháp tránh thai phù hợp.

- Hẹn khám lại sau 2 tuần.

- Cung cấp BPTT hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp BPTT.

**4.5. Tai biến và xử trí.**

- Tai biến: chảy máu, rách cổ tử cung, sót rau, vỡ tử cung, choáng, nhiễm khuẩn.

- Xử trí theo phác đồ cho từng tai biến (xem tài liệu đào tạo).

***Tài liệu tham khảo***

Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ CSSKSS 2016

## 160 .PHÁ THAI TỪ 13 ĐẾN 18 TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP NONG VÀ GẮP THAI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nong và gắp là phương pháp chấm dứt thai nghén bằng cách sử dụng thuốc misoprostol để chuẩn bị cổ tử cung, sau đó nong cổ tử cung và dùng bơm hút chân không kết hợp với kẹp gắp thai để lấy thai ra, áp dụng cho tuổi thai từ tuần thứ 13 đến hết tuần thứ 18.

Tuyến áp dụng: các bệnh viện tuyến trung ương và tuyến tỉnh.

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản đã thành thạo kỹ thuật phá thai đến hết 12 tuần bằng phương pháp ngoại khoa và được đào tạo kỹ thuật phá thai bằng phương pháp nong và gắp.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Thai từ tuần thứ 13 (tương đương với chiều dài đầu mông 52 mm) đến hết tuần thứ 18 (tương đương với đường kính lưỡng đỉnh 40 mm).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Sẹo mổ cũ ở thân tử cung.

Đang mắc các bệnh nội khoa cấp tính.

Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính

Tiền sử dị ứng với misoprostol.

***Thận trọng:* dị dạng tử cung, u xơ tử cung** hoặc sẹo mổ cũ ở đoạn dưới tử cung

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Cơ sở vật chất**

Phòng kỹ thuật: bảo đảm tiêu chuẩn qui định.

**2. Phương tiện dụng cụ**

Bộ dụng cụ nong, gắp thai: kẹp dài sát khuẩn, kẹp cổ tử cung, nong từ số 8 đến số 17, kẹp gắp thai Sopher, Bierre và thìa nạo cùn.

Bộ hút thai chân không với ống hút số 12 đến số 16.

Khay đựng mô thai và rau.

Các phương tiện xử lý dụng cụ và chất thải.

Phương tiện cấp cứu

Máy siêu âm.

Thuốc mifeprison, misoprostol, giảm đau, tiền mê, chống choáng và thuốc tăng co tử cung.

**3. Người bệnh**

Người cung cấp dịch vụ tự giới thiệu với khách hàng.

Hỏi tiền sử bệnh về nội, ngoại, sản phụ khoa, tiền sử dị ứng và các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Khám toàn thân.

Khám phụ khoa loại trừ chống chỉ định.

Siêu âm.

Xác định tuổi thai

Xét nghiệm máu: công thức máu, nhóm máu, đông máu cơ bản hoặc máu chảy, máu đông.

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Điền đầy đủ thông tin trong hồ sơ bệnh án

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư vấn.**

Thảo luận về quyết định chấm dứt thai nghén.

+ Các nguy cơ, tai biến và biến chứng có thể xảy ra khi phá thai to.

+ Các phương pháp phá thai to.

+ Các bước của thủ thuật nong và gắp.

+ Tự theo dõi và chăm sóc sau phá thai

+ Các dấu hiệu cần khám lại ngay.

+ Khả năng có thai lại sau phá thai. Các dấu hiệu thai nghén sớm dễ nhận biết để tránh phá thai to

+ Thông tin về các BPTT, hướng dẫn chọn lựa BPTT thích hợp và sử dụng đúng để tránh phá thai lần nữa.

+ Trả lời những câu hỏi của khách hàng và giải quyết những vấn đề lo lắng.

+ Cung cấp BPTT và giới thiệu địa điểm cung cấp BPTT.

**2. Chuẩn bị cổ tử cung**

Ngậm dưới lưới hoặc bên trong má 400 mcg misoprostol, theo dõi trong vòng 4 - 6 giờ.

Đánh giá lại tình trạng cổ tử cung, nếu tử cung chưa được chuẩn bị tốt thì có thể dùng tiếp 400 mcg misoprostol.

Kháng sinh ngừa nhiễm trùng.

**Rửa tay thường qui bằng xà phòng dưới vòi nước chảy**

Trang phục y tế: áo choàng, quần, mũ, khẩu trang, đeo kính bảo hộ.

**3. Tiến hành thủ thuật.**

Giảm đau toàn thân.

Khám xác định kích thước và tư thế tử cung, đánh giá tác dụng của thuốc đối với cổ tử cung, không được tiến hành thủ thuật khi cổ tử cung chưa được chuẩn bị tốt.

Thay găng vô khuẩn.

Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông.

Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo.

Kẹp cổ tử cung.

Gây tê cạnh cổ tử cung.

Nong cổ tử cung.

Dùng bơm hai van với ống hút phù hợp để hút nước ối và kéo phần thai xuống thấp.

Tiến hành gắp thai, rau. Không đưa kẹp gắp quá sâu trong buồng tử cung để tránh nguy cơ thủng tử cung.

Nếu gắp thai khó khăn thì có thể gắp thai dưới siêu âm.

Kiểm tra lại buồng tử cung bằng thìa cùn hoặc ống hút.

Kiểm tra các phần thai và rau lấy ra để đánh giá thủ thuật hoàn thành hay chưa.

Xử lý dụng cụ và chất thải.

**VI. THEO DÕI**

Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, ra máu âm đạo, đau bụng, co hồi tử cung 30 phút một lần trong vòng 1 đến 2 giờ, sau đó có thể cho khách hàng về.

Kê đơn kháng sinh.

Tư vấn sau thủ thuật

Hẹn khám lại sau 2 tuần.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Tai biến: choáng, thủng tử cung, rách cổ tử cung, chảy máu, sót thai, sót rau, ứ máu trong tử cung, nhiễm khuẩn.

Xử trí theo phác đồ cho từng tai biến.

***Tài liệu tham khảo***

Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ CSSKSS 2016

## 161. PHÁ THAI BỆNH LÝ ( BỆNH LÝ MẸ, BỆNH LÝ THAI)

Phá thai bệnh lý là phá thai do bệnh lý của mẹ hoặc bệnh lý của thai. Phá thai do bệnh lý của mẹ là các trường hợp buộc phải đình chỉ thai nghén do bệnh lý của mẹ : bệnh lý tim mạch chống chỉ định sinh con, các bệnh đang trong quá trình điều trị buộc phải đình chỉ thai nghén : ung thư, bệnh nhân đang điều trị tia xạ, hóa chất hoặc các thuốc chống chỉ định cho phụ nữ mang thai ... Phá thai do bệnh lý của con là các trường hợp thai dị dạng buộc phải đình chỉ thai nghén : các bất thường nhiễm sắc thể, bất thường về não, bất thường về tim, bất thường về hình thái ... Tùy thuộc vào tuổi thai và bệnh lý của mẹ, phá thai bệnh lý có thể lựa chọn phương pháp phá thai bằng phương pháp hút chân không, phá thai bằng phương pháp nong và gắp hoặc phá thai bằng thuốc nếu không có chống chỉ định.

***A. Phá thai bệnh lý bằng phương pháp hút chân không***

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Phá thai bằng phương pháp hút chân không là phương pháp chấm dứt thai nghén bằng cách dùng bơm hút chân không để hút thai trong tử cung từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12

**II. CHỈ ĐỊNH**

Phá thai từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối

Thận trọng đối với trường hợp đang bị viêm cấp tính đường sinh dục cần được điều trị.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ, y sỹ sản nhi, nữ hộ sinh trung học và cao đẳng được đào tạo về phá thai bằng phương pháp hút chân không. Thủ thuật viên và người phụ rửa tay, mặc áo, đội mũ, khẩu trang, đeo găng vô khuẩn và kính bảo vệ mắt.

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ hút chân không gồm: Bơm hút một van, bơm hút hai van, bơm hút MVA plus, các ống hút và dầu bôi trơn

Hai kẹp sát khuẩn ngoài và trong

Van hoặc mỏ vịt

Kẹp cổ tử cung

Nến nong

Bơm, kim tiêm gây tê tại cổ tử cung

Bông gạc và dung dịch sát khuẩn

Thuốc giảm đau: Fentanyl 0,1 mg hoặc Dolcontral 100 mg. Thuốc gây tê tại chỗ Lidocain 1% hoặc Xylocain 1% thuốc co hồi tử cung, hộp chống choáng.

Bộ dụng cụ kiểm tra mô sau hút

Các phương tiện xử lý dụng cụ và xử lý chất thải

**3. Người bệnh**

Hỏi tiền sử về các bệnh nội ngoại khoa

Khám toàn thân, khám phụ khoa

Làm test thử thai

Siêu âm

Làm xét nghiệm công thức máu, đông máu và một số xét nghiệm khác tùy theo tình trạng các bệnh lý nội, ngoại khoa kèm theo ( Nếu cần)

Tính tuổi thai

Tư vấn

- Bệnh nhân ký cam đoan chấp nhận thủ thuật phá thai bằng phương pháp hút chân không (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ)

- Thai từ 9 đến 12 tuần nên chuẩn bị cổ tử cung bằng cách cho ngậm dưới lưỡi 400mcg Misoprostol, 3 giờ trước khi làm thủ thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Tiêm thuốc giảm đau Fentanyl 0,1 mg hoặc Dolcontral 100 mg trước khi làm thủ thuật

Khám xác định kích thước và tư thế tử cung

Thay găng vô khuẩn

Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông

Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo

Kẹp cổ tử cung

Gây tê cạnh cổ tử cung bằng dung dịch Lidocain 1% hoặc dung dịch Xylocain 1%

Đo buồng tử cung bằng ống hút

Nong cổ tử cung (nếu cần)

Hút thai

Kiểm tra chất hút

Đánh giá thủ thuật đã hoàn thành

Có thể đặt dụng cụ tử cung ngay sau khi hút thai nếu đảm bảo buồng tử cung sạch, không có chống chỉ định và khách hàng lựa chọn biện pháp này.

Sát khuẩn âm đạo cổ tử cung

Gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý những ca kiểm tra mô không thấy rau thai

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1.Theo dõi**

Theo dõi mạch, huyết áp và ra máu âm đạo ít nhất 30 phút sau thủ thuật

Kê đơn kháng sinh

Tư vấn sau thủ thuật

Hẹn khám lại sau hai tuần

**2.Tai biến và xử trí**

**Tai biến sớm:** choáng, chảy máu, thủng tử cung, rách cổ tử cung

**Tai biến muộn:** nhiễm khuẩn, sót thai, sót rau, dính buồng tử cung -**Xử trí:**

+Xử trí theo phác đồ cho từng tai biến

+Thủng tử cung: nếu lỗ thủng nhỏ, không chảy máu, đảm bảo buồng tử cung sạch, cho kháng sinh, thuốc co hồi tử cung, theo dõi toàn trạng.

+Nếu lỗ thủng to, có chảy máu trong hoặc chảy máu ra ngoài nhiều kèm theo tổn thương các tạng trong ổ bụng phải phẫu thuật khâu lỗ thủng, phục hồi tổn thương các tạng (nếu có)

+Rách cổ tử cung : chèn bấc gạc hoặc khâu vết rách

+Nhiễm khuẩn sau hút thai : điều trị kháng sinh

+Sót rau, sót thai : hút lại buồng TC, điều trị kháng sinh

+Dính buồng tử cung sau hút: phải nong buồng TC, cho vòng kinh nhân tạo, đặt vòng chống dính hoặc phẫu thuật để tách dính.

***B. Phá thai bệnh lý bằng phương pháp nong và gắp***

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nong và gắp là phương pháp chấm dứt thai nghén bằng cách sử dụng thuốc misoprostol để chuẩn bị cổ tử cung, sau đó nong cổ tử cung và dùng bơm hút chân không kết hợp với kẹp gắp thai để lấy thai ra, áp dụng cho tuổi thai từ tuần thứ 13 đến hết tuần thứ 18.

Tuyến áp dụng: các bệnh viện tuyến trung ương và tuyến tỉnh.

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản đã thành thạo kỹ thuật phá thai đến hết 12 tuần bằng phương pháp ngoại khoa và được đào tạo kỹ thuật phá thai bằng phương pháp nong và gắp.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Thai từ tuần thứ 13 (tương đương với chiều dài đầu mông 52 mm) đến hết tuần thứ 18 (tương đương với đường kính lưỡng đỉnh 40 mm).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Sẹo mổ cũ ở thân tử cung.

Đang mắc các bệnh nội khoa cấp tính.

-Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính

-Tiền sử dị ứng với misoprostol.

***Thận trọng:*** dị dạng tử cung, u xơ tử cung hoặc sẹo mổ cũ ở đoạn dưới tử cung

**IV. CHUẨN BỊ**

**Cơ sở vật chất**

Phòng kỹ thuật: bảo đảm tiêu chuẩn qui định.

**Phương tiện dụng cụ**

Bộ dụng cụ nong, gắp thai: kẹp dài sát khuẩn, kẹp cổ tử cung, nong từ số 8 đến số 17, kẹp gắp thai Sopher, Bierre và thìa nạo cùn.

Bộ hút thai chân không với ống hút số 12 đến số 16.

Khay đựng mô thai và rau.

Các phương tiện xử lý dụng cụ và chất thải.

Phương tiện cấp cứu.

Máy siêu âm.

Thuốc mifeprison, misoprostol, giảm đau, tiền mê, chống choáng và thuốc tăng co tử cung.

**Người bệnh**

Hỏi tiền sử bệnh về nội, ngoại, sản phụ khoa, tiền sử dị ứng và các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

-Khám toàn thân, khám chuyên khoa để đánh giá bệnh lý phối hợp.

Khám phụ khoa loại trừ chống chỉ định.

-Siêu âm.

Xác định tuổi thai

Xét nghiệm máu: công thức máu, nhóm máu, đông máu cơ bản hoặc máu chảy, máu đông.

Bệnh nhân kýgiấy cam đoan chấp nhận thủ thuật phá thai bằng phương pháp nong và gắp(dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ, người giám hộ).

**Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1)Tư vấn.**

-Thảo luận về quyết định chấm dứt thai nghén.

+Các nguy cơ, tai biến và biến chứng có thể xảy ra khi phá thai to.

+Các phương pháp phá thai to.

+Các bước của thủ thuật nong và gắp.

+Tự theo dõi và chăm sóc sau phá thai

+Các dấu hiệu cần khám lại ngay.

+Khả năng có thai lại sau phá thai. Các dấu hiệu thai nghén sớm dễ nhận biết để tránh phá thai to

+Thông tin về các BPTT, hướng dẫn chọn lựa BPTT thích hợp và sử dụng đúng để tránh phá thai lần nữa.

+Trả lời những câu hỏi của bệnh nhân và giải quyết những vấn đề lo lắng.

+ Cung cấp BPTT và giới thiệu địa điểm cung cấp BPTT.

**2)Chuẩn bị cổ tử cung**

Ngậm dưới lưới hoặc bên trong má 400 mcg misoprostol, theo dõi trong vòng 4 - 6 giờ.

Đánh giá lại tình trạng cổ tử cung, nếu tử cung chưa được chuẩn bị tốt thì có thể dùng tiếp 400 mcg misoprostol.

Kháng sinh ngừa nhiễm trùng.

**Rửa tay thường qui bằng xà phòng dưới vòi nước chảy**Trang phục y tế: áo choàng, quần, mũ, khẩu trang, đeo kính bảo hộ.

**Tiến hành thủ thuật**.

Giảm đau toàn thân.

Khám xác định kích thước và tư thế tử cung, đánh giá tác dụng của thuốc đối với cổ tử cung, không được tiến hành thủ thuật khi cổ tử cung chưa được chuẩn bị tốt.

Thay găng vô khuẩn.

Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông.

Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo.

Kẹp cổ tử cung.

Gây tê cạnh cổ tử cung.

Nong cổ tử cung.

Dùng bơm hai van với ống hút phù hợp để hút nước ối và kéo phần thai xuống thấp.

Tiến hành gắp thai, rau. Không đưa kẹp gắp quá sâu trong buồng tử cung để tránh nguy cơ thủng tử cung.

Nếu gắp thai khó khăn thì có thể gắp thai dưới siêu âm.

Kiểm tra lại buồng tử cung bằng thìa cùn hoặc ống hút.

Kiểm tra các phần thai và rau lấy ra để đánh giá thủ thuật hoàn thành hay chưa.

Xử lý dụng cụ và chất thải.

**VI. THEO DÕI**

Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, ra máu âm đạo, đau bụng, co hồi tử cung 30 phút một lần trong vòng 1 đến 2 giờ, sau đó có thể cho khách hàng về.

Kê đơn kháng sinh.

Tư vấn sau thủ thuật

Hẹn khám lại sau 2 tuần.

**VII.XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Tai biến: choáng, thủng tử cung, rách cổ tử cung, chảy máu, sót thai, sót rau, ứ máu trong tử cung, nhiễm khuẩn.

Xử trí theo phác đồ cho từng tai biến

***C. Phá thai bệnh lý bằng thuốc***

**I .ĐẠI CƯƠNG**

Phá thai được cho phép tại Việt Nam, ước tính hàng năm có khoảng hơn 500.000 trường hợp phá thai tại Việt Nam. Phá thai nội khoa chính thức triển khai thành dịch vụ tại Việt Nam từ 2002 và ngày càng được chọn lựa do tính an toàn, hiệu quả và thuận tiện của phương pháp.

Phá thai nội khoa đến hết 9 tuần vô kinh là phương pháp chấm dứt thai kỳ trong tử cung bằng cách sử dụng phối hợp Mifepriston và Misoprostol gây sẩy thai, cho các thai đến hết 9 tuần (63 ngày).

1)Tuyến áp dụng.

Tuyến trung ương: áp dụng cho tuổi thai đến hết 63 ngày.

-Tuyến tỉnh: áp dụng cho tuổi thai đến hết 56 ngày.

Tuyến huyện**:** áp dụng cho tuổi thai đến hết 49 ngày (đối với khoa Chăm sóc SKSS huyện, do giám đốc Sở Y tế quyết định căn cứ vào điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực cụ thể của khoa).

2)Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản được huấn luyện về phá thai nội khoa và thành thạo kỹ thuật phá thai bằng phương pháp ngoại khoa*.*

**II**. **CHỈ ĐỊNH**

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1. 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.

**2. Tương đối.**

Đang cho con bú.

Đang đặt dụng cụ tử cung (có thể lấy DCTC trước phá thai bằng thuốc).

Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính (cần điều trị trước)

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Điều kiện áp dụng.**

Bệnh nhân có thể tới được cơ sở y tế trong vòng 60 phút.

**2. Cơ sở vật chất.**

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

Có phòng thủ thuật và phương tiện đủ tiêu chuẩn theo qui định để thực hiện can thiệp khi cần.

Phương tiện dụng cụ: cấp cứu, xử lý dụng cụ và chất thải.

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

**3. Chuẩn bị bệnh nhân**

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

Hỏi ngày đầu của kỳ kinh cuối

Khám toàn thân và khám chuyên khoa để đánh giá bệnh lý phối hợp,đánh giá chỉ định và chống chỉ định

Siêu âm đánh giá chính xác tuổi thai

Bệnh nhân kí giấy cam đoan chấp nhận phá thai bằng thuốc.

**4.Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**VI.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

***1. Tư vấn phá thai bằng thuốc (khuyến khích nữ hộ sinh được đào tạo làm công tác tư vấn).***

Giới thiệu hiệu quả của phá thai bằng thuốc và khẳng định khách hàng phải chấp nhận hút thai nếu phá thai bằng thuốc thất bại.

Giới thiệu qui trình phá thai bằng thuốc: cách uống thuốc và sự xuất hiện của các triệu chứng bình thường sau uống thuốc (ra huyết âm đạo và đau bụng). Nhấn mạnh sự cần thiết của việc khám lại theo hẹn.

Tư vấn cách tự theo dõi và tự chăm sóc sau dùng thuốc phá thai.

Giới thiệu các tác dụng phụ của thuốc phá thai và cách xử lý.

Kê đơn thuốc giảm đau.

Nhấn mạnh các triệu chứng cần trở lại cơ sở y tế ngay.

Cung cấp thông tin liên lạc trong những tình huống cấp cứu.

Cung cấp thông tin về khả năng có thai trở lại sau phá thai bằng thuốc.

Giới thiệu các biện pháp tránh thai (BPTT), giúp khách hàng lựa chọn BPTT phù hợp và hướng dẫn khách hàng sử dụng đúng.

Cung cấp BPTT hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp BPTT.

**2. Quy trình phá thai.**

**Thai đến hết 49 ngày.**

Uống 200 mg mifepriston tại cơ sở y tế và theo dõi sau uống 15 phút. Uống hoặc ngậm dưới lưỡi 400 mcg misoprostol sau khi dùng mifepriston từ 36 đến 48 giờ, có thể uống tại cơ sở y tế hay tại nhà**.**

**Thai từ 50 đến hết 63 ngày.**

+Uống 200 mg mifepriston.

+Ngậm dưới lưỡi 800 mcg misoprostol (nếu khách hàng nôn nhiều có thể đặt túi cùng sau) sau khi dùng mifepriston từ 36 đến 48 giờ, tại cơ sở y tế và theo dõi tại cơ sở y tế ít nhất 3 giờ.

**VII.THEO DÕI**

**1. Theo dõi trong những giờ đầu sau uống thuốc.**

Dấu hiệu sinh tồn mỗi giờ một lần trong 3 giờ đầu (nếu cần).

Tình trạng ra máu âm đạo, đau bụng (có thể dùng thuốc giảm đau nếu cần) và các triệu chứng tác dụng phụ: nôn, buồn nôn, tiêu chảy, sốt.

**2. Khám lại sau 2 tuần.**

Đánh giá hiệu quả điều trị.

Sẩy thai hoàn toàn: kết thúc điều trị.

Sót thai, sót rau, thai lưu: có thể tiếp tục dùng misoprostol đơn thuần liều 400 - 600 mcg uống hay ngậm dưới lưỡi hoặc hút buồng tử cung.

Thai tiếp tục phát triển: hút thai

Ứ máu trong buồng tử cung: tùy theo mức độ, có thể điều trị nội khoa hay hút buồng tử cung

**VIII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Tai biến: chảy máu nhiều, rong huyết kéo dài, nhiễm khuẩn, sót thai, sót rau.

Xử trí: theo phác đồ cho từng tai biến.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 162. PHÁ THAI NGƯỜI BỆNH CÓ SẸO MỔ LẤY THAI CŨ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phá thai người bệnh có sẹo mổ lấy thai cũ là phương pháp chấm dứt thai nghén bằng cách dùng bơm hút chân không để hút thai trong tử cung từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12 hoặcbằng cách sử dụng thuốc ( phối hợp Mifepriston và Misoprostol) gây sẩy thai, cho các thai đến hết 9 tuần (63 ngày).

**Phá thai ở người bệnh có sẹo mổ lấy thai cũ bằng phương pháp hút chân không**

**II. CHỈ ĐỊNH**

Phá thai từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối

Thận trọng đối với trường hợp đang bị viêm cấp tính đường sinh dục cần được điều trị.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Bác sỹ, y sỹ sản nhi, nữ hộ sinh trung học và cao đẳng được đào tạo về phá thai bằng phương pháp hút chân không, bác sỹ được đào tạo về siêu âm. Thủ thuật viên và người phụ rửa tay, mặc áo, đội mũ, khẩu trang, đeo găng vô khuẩn và kính bảo vệ mắt.

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ hút chân không gồm: Bơm hút một van, bơm hút hai van, bơm hút MVA plus, các ống hút và dầu bôi trơn

Hai kẹp sát khuẩn ngoài và trong

Van hoặc mỏ vịt

Kẹp cổ tử cung

Nến nong

Bơm, kim tiêm gây tê tại cổ tử cung

Bông gạc và dung dịch sát khuẩn

Thuốc giảm đau: Fentanyl 0,1 mg hoặc Dolcontral 100 mg. Thuốc gây tê tại chỗ Lidocain 1% hoặc Xylocain 1% thuốc co hồi tử cung, hộp chống choáng.

Bộ dụng cụ kiểm tra mô sau hút

Các phương tiện xử lý dụng cụ và xử lý chất thải

Máy siêu âm

**3.Người bệnh**

Hỏi tiền sử về các bệnh nội ngoại khoa

Khám toàn thân, khám phụ khoa

Làm test thử thai

Siêu âm

Làm xét nghiệm công thức máu, đông máu và một số xét nghiệm khác tùy theo tình trạng các bệnh lý nội, ngoại khoa kèm theo ( Nếu cần)

Tính tuổi thai

Tư vấn

Khách hàng ký cam kết tự nguyện phá thai, cam đoan chấp nhận rủi do khi thực hiện thủ thuật phá thai bằng phương pháp hút chân không (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ)

Thai từ 9 đến 12 tuần nên chuẩn bị cổ tử cung bằng cách cho ngậm dưới lưỡi 400mcg Misoprostol, 3 giờ trước khi làm thủ thuật.

**4.Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Tiêm thuốc giảm đau Fentanyl 0,1 mg hoặc Dolcontral 100 mg trước khi làm thủ thuật

Khám xác định kích thước và tư thế tử cung

Thay găng vô khuẩn

Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông

Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo

Kẹp cổ tử cung

Gây tê cạnh cổ tử cung bằng dung dịch Lidocain 1% hoặc dung dịch Xylocain 1%

Bác sỹ siêu âm tử cung trong suốt quá trình hút thai, thủ thuật viên đưa dụng cụ vào buồng tử cung và hút thai dưới sự hướng dẫn của siêu âm.

Đo buồng tử cung bằng ống hút

Nong cổ tử cung (nếu cần)

Hút thai

Kiểm tra chất hút

Đánh giá thủ thuật đã hoàn thành

Có thể đặt dụng cụ tử cung ngay sau khi hút thai nếu đảm bảo buồng tử cung sạch, không có chống chỉ định và khách hàng lựa chọn biện pháp này.

Sát khuẩn âm đạo cổ tử cung

Gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý những ca kiểm tra mô không thấy rau thai

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Theo dõi**

Theo dõi mạch, huyết áp và ra máu âm đạo ít nhất 30 phút sau thủ thuật

Kê đơn kháng sinh

Tư vấn sau thủ thuật

Hẹn khám lại sau hai tuần

**Tai biến và xử trí**

**Tai biến sớm:** choáng, chảy máu, thủng tử cung, rách cổ tử cung

**Tai biến muộn:** nhiễm khuẩn, sót thai, sót rau, dính buồng tử cung **Xử trí:**

+Xử trí theo phác đồ cho từng tai biến

+Thủng tử cung: nếu lỗ thủng nhỏ, không chảy máu, đảm bảo buồng tử cung sạch, cho kháng sinh, thuốc co hồi tử cung, theo dõi toàn trạng.

+Nếu lỗ thủng to, có chảy máu trong hoặc chảy máu ra ngoài nhiều kèm theo tổn thương các tạng trong ổ bụng phải phẫu thuật khâu lỗ thủng, phục hồi tổn thương các tạng (nếu có)

+Rách cổ tử cung : chèn bấc gạc hoặc khâu vết rách

+Nhiễm khuẩn sau hút thai : điều trị kháng sinh

+Sót rau, sót thai : hút lại buồng TC, điều trị kháng sinh

+Dính buồng tử cung sau hút: phải nong buồng TC, cho vòng kinh nhân tạo, đặt vòng chống dính hoặc phẫu thuật để tách dính.

**Phá thai người bệnh có sẹo mổ lấy thai cũ bằng thuốc.**

**ĐẠI CƯƠNG**

Phá thai được cho phép tại Việt Nam, ước tính hàng năm có khoảng hơn 500.000 trường hợp phá thai tại Việt Nam. Phá thai nội khoa chính thức triển khai thành dịch vụ tại Việt Nam từ 2002 và ngày càng được chọn lựa do tính an toàn, hiệu quả và thuận tiện của phương pháp.

Phá thai nội khoa đến hết 9 tuần vô kinh là phương pháp chấm dứt thai kỳ trong tử cung bằng cách sử dụng phối hợp Mifepriston và Misoprostol gây sẩy thai, cho các thai đến hết 9 tuần (63 ngày).

1)Tuyến áp dụng.

Tuyến trung ương: áp dụng cho tuổi thai đến hết 63 ngày.

-Tuyến tỉnh: áp dụng cho tuổi thai đến hết 56 ngày.

Tuyến huyện**:** áp dụng cho tuổi thai đến hết 49 ngày (đối với khoa Chăm sóc SKSS huyện, do giám đốc Sở Y tế quyết định căn cứ vào điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực cụ thể của khoa).

2)Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản được huấn luyện về phá thai nội khoa và thành thạo kỹ thuật phá thai bằng phương pháp ngoại khoa*.*

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. 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.

Đang đặt dụng cụ tử cung (có thể lấy DCTC trước phá thai bằng thuốc).

Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính (cần điều trị trước)

**IV. CHUẨN BỊ**

**Điều kiện áp dụng.**

Khách hàng có thể tới được cơ sở y tế trong vòng 60 phút.

**Cơ sở vật chất.**

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

Có phòng thủ thuật và phương tiện đủ tiêu chuẩn theo qui định để thực hiện can thiệp khi cần.

Phương tiện dụng cụ: cấp cứu, xử lý dụng cụ và chất thải.

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

**Chuẩn bị Khách hàng**

Người cung cấp dịch vụ tự giới thiệu với khách hàng

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

Hỏi ngày đầu của kỳ kinh cuối

Khám lâm sàng,khám hỏi bệnh sử đánh giá chỉ định và chống chỉ định

Siêu âm đánh giá chính xác tuổi thai

Khách hàng kí giấy cam đoan chấp nhận phá thai bằng thuốc.

**Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

***Tư vấn phá thai bằng thuốc (khuyến khích nữ hộ sinh được đào tạo làm công tác tư vấn).***

Giới thiệu hiệu quả của phá thai bằng thuốc và khẳng định khách hàng phải chấp nhận hút thai nếu phá thai bằng thuốc thất bại.

Giới thiệu qui trình phá thai bằng thuốc: cách uống thuốc và sự xuất hiện của các triệu chứng bình thường sau uống thuốc (ra huyết âm đạo và đau bụng). Nhấn mạnh sự cần thiết của việc khám lại theo hẹn.

Tư vấn cách tự theo dõi và tự chăm sóc sau dùng thuốc phá thai.

Giới thiệu các tác dụng phụ của thuốc phá thai và cách xử lý.

Kê đơn thuốc giảm đau.

Nhấn mạnh các triệu chứng cần trở lại cơ sở y tế ngay.

Cung cấp thông tin liên lạc trong những tình huống cấp cứu.

Cung cấp thông tin về khả năng có thai trở lại sau phá thai bằng thuốc.

Giới thiệu các biện pháp tránh thai (BPTT), giúp khách hàng lựa chọn BPTT phù hợp và hướng dẫn khách hàng sử dụng đúng.

Cung cấp BPTT hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp BPTT.

**Quy trình phá thai.**

**Thai đến hết 49 ngày.**

Uống 200 mg mifepriston tại cơ sở y tế và theo dõi sau uống 15 phút. Uống hoặc ngậm dưới lưỡi 400 mcg misoprostol sau khi dùng mifepriston từ 36 đến 48 giờ, có thể uống tại cơ sở y tế hay tại nhà**.**

**Thai từ 50 đến hết 63 ngày.**

+Uống 200 mg mifepriston.

+Ngậm dưới lưỡi 800 mcg misoprostol (nếu khách hàng nôn nhiều có thể đặt túi cùng sau) sau khi dùng mifepriston từ 36 đến 48 giờ, tại cơ sở y tế và theo dõi tại cơ sở y tế ít nhất 3 giờ.

**VI. THEO DÕI**

**Theo dõi trong những giờ đầu sau uống thuốc.**

Dấu hiệu sinh tồn mỗi giờ một lần trong 3 giờ đầu (nếu cần).

Tình trạng ra máu âm đạo, đau bụng (có thể dùng thuốc giảm đau nếu cần) và các triệu chứng tác dụng phụ: nôn, buồn nôn, tiêu chảy, sốt.

**Khám lại sau 2 tuần.**

Đánh giá hiệu quả điều trị.

Sẩy thai hoàn toàn: kết thúc điều trị.

Sót thai, sót rau, thai lưu: có thể tiếp tục dùng misoprostol đơn thuần liều 400 - 600 mcg uống hay ngậm dưới lưỡi hoặc hút buồng tử cung.

Thai tiếp tục phát triển: hút thai

Ứ máu trong buồng tử cung: tùy theo mức độ, có thể điều trị nội khoa hay hút buồng tử cung

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Tai biến: chảy máu nhiều, rong huyết kéo dài, nhiễm khuẩn, sót thai, sót rau.

Xử trí: theo phác đồ cho từng tai biến.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 163. HÚT THAI CÓ KIỂM SOÁT BẰNG NỘI SOI

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Hút thai có kiểm soát bằng nội soi là phương pháp chấm dứt thai nghén bằng cách dùng bơm hút chân không để hút thai trong tử cung từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12 trong những trường hợp khó xảy ra tai biến thủng tử cung lỗ thủng to, có chảy máu trong hoặc chảy máu ra ngoài nhiều kèm theo tổn thương các tạng trong ổ bụng phải phẫu thuật nội soi để kiểm soát tổn thương, khâu lỗ thủng, phục hồi tổn thương các tạng (nếu có).

Thủng tử cung do hút thai là tổn thương đến lớp cơ tử cung ± phúc mạc tử cung do đưa dụng cụ vào buồng tử cung trong khi làm thủ thuật hút thai.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Phá thai từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12 trong những trường hợp khó ở người bệnh :

+ U xơ tử cung to

+Vết mổ cũ ở tử cung

+Sau đẻ dưới 6 tháng

+Dị dạng đường sinh dục

+ Chửa vết mổ

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Có tiền sử phẫu thuật ổ phúc mạc như phẫu thuật ruột, sửa chữa thoát vị rốn, viêm ruột thừa vỡ, tiền sử xạ trị… gây tình trạng dính nặng ổ phúc mạc hoặc làm thay đổi các cấu trúc giải phẫu trong hố chậu.

Rối loạn huyết động, rối loạn đông chảy máu.

Bệnh lý tim mạch, phổi, gan cấp tính.

Lao phúc mạc.

Chống chỉ định tương đối trong béo phì.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản có kinh nghiệm, được đào tạo và có kỹ năng về phẫu thuật nội soi, hút thai bằng phương pháp hút chân không, bác sỹ được đào tạo về siêu âm. Phẫu thuật viên và người phụ rửa tay, mặc áo, đội mũ, khẩu trang, đeo găng vô khuẩn và kính bảo vệ mắt.

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ hút chân không gồm: Bơm hút một van, bơm hút hai van, bơm hút MVA plus, các ống hút và dầu bôi trơn

Hai kẹp sát khuẩn ngoài và trong

Van hoặc mỏ vịt

Kẹp cổ tử cung

Nến nong

Bơm, kim tiêm gây tê tại cổ tử cung

Bông gạc và dung dịch sát khuẩn

Thuốc giảm đau: Fentanyl 0,1 mg hoặc Dolcontral 100 mg. Thuốc gây tê tại chỗ Lidocain 1% hoặc Xylocain 1% thuốc co hồi tử cung, hộp chống choáng. Thuốc gây tê, gây mê, dịch truyền.

Bộ dụng cụ kiểm tra mô sau hút

Các phương tiện xử lý dụng cụ và xử lý chất thải

Máy siêu âm

Bộ dụng cụ nội soi ổ bụng.

**3. Người bệnh**

Hỏi tiền sử về các bệnh nội ngoại khoa

Khám toàn thân, khám phụ khoa và khám chuyên khoa để đánh giá bệnh lý phối hợp

Làm test thử thai

Siêu âm

Tính tuổi thai

Tư vấn cho người bệnh về thủ thuật hút thai bằng phương pháp hút chân không và các tai biến có thể xảy ra khi thực hiện thủ thuật, lý do phẫu thuật, các nguy cơ của phẫu thuật.

Khách hàng ký cam kết tự nguyện phá thai, cam đoan chấp nhận rủi do khi thực hiện thủ thuật phá thai bằng phương pháp hút chân không (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ), kí cam đoan chấp nhận phẫu thuật và gây mê hồi sức.

Xét nghiệm bộ xét nghiệm cơ bản trong phẫu thuật và thêm các xét nghiệm khác tùy theo tình trạng bệnh lý kèm theo ( nếu cần)

Bác sĩ gây mê khám tiền mê.

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

Thai từ 9 đến 12 tuần nên chuẩn bị cổ tử cung bằng cách cho ngậm dưới lưỡi 400mcg Misoprostol, 3 giờ trước khi làm thủ thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Tiêm thuốc giảm đau Fentanyl 0,1 mg hoặc Dolcontral 100 mg trước khi làm thủ thuật

Khám xác định kích thước và tư thế tử cung

Thay găng vô khuẩn

Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông

Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo

Kẹp cổ tử cung

Gây tê cạnh cổ tử cung bằng dung dịch Lidocain 1% hoặc dung dịch Xylocain 1%

Bác sỹ siêu âm tử cung trong suốt quá trình hút thai, thủ thuật viên đưa dụng cụ vào buồng tử cung và hút thai dưới sự hướng dẫn của siêu âm.

Đo buồng tử cung bằng ống hút

Nong cổ tử cung (nếu cần)

Hút thai

Kiểm tra chất hút

Đánh giá thủ thuật đã hoàn thành

Sát khuẩn âm đạo cổ tử cung

Gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý những ca kiểm tra mô không thấy rau thai

Trong quá trình thực hiện thủ thuật nếu nghi ngờ thủng tử cung (bệnh nhân xuất hiện đột ngột đau bụng dữ dội.Khám thấy : bệnh nhân đau đột ngột, da xanh niêm nhợt.Mạch nhanh, huyết áp tụt (nếu có choáng).Ấn đau vùng hạ vị, có thể có phản ứng phúc mạc hay dấu hiệu kích thích phúc mạc.Đo buồng tử cung không cảm giác chạm đáy tử cung.Hút hay gắp ra mạc nối lớn.Siêu âm có thể thấy dịch ổ bụng hoặc tổn thương cơ tử cung.) thì cần phải xử trí ngay :

Ngưng làm thủ thuật ngay lập tức.

Hồi sức:

Xác định tổng trạng bệnh nhân: mạch, huyết áp. Đánh giá tình trạng choáng.

Lấy ngay đường truyền tĩnh mạch:

Lactat Ringer hay Natri Chlorua 9%o 500 ml, truyền tĩnh mạch 60g/p

- Dùng thuốc co hồi tử cung, kháng sinh và thuốc điều trị choáng (nếu bệnh nhân có choáng).

Chuyển bệnh nhân lên phòng mổ để thực hiện phẫu thuật nội soi để kiểm soát tổn thương, khâu lỗ thủng, phục hồi tổn thương các tạng (nếu có) và làm sạch buồng tử cung.

Lưu ý:

Tư vấn cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân hướng xử trí, cho ký cam kết.

Hoàn tất hồ sơ bệnh án, ghi rõ diễn tiến thủ thuật.

***CÁC BƯỚC THỰC HIỆN KỸ THUẬT NỘI SOI KIỂM SOÁT***

***Thì 1: Bơm CO2***

Điểm chọc kim bơm CO2 thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc trocart 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.

Bơm CO2 đến áp lực mong muốn (khoảng 15mmHg)

Có thể chọc trocart đèn soi trực tiếp ở ngay mép rốn sau đó bơm CO2

 ***Thì 2: Chọc Trocart***

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

***Thì 3:*Bộc lộ đánh giá toàn bộ ổ bụng, tiểu khung, tử cung.**

***Thì 4:* Xử trí theo tổn thương, khâu lỗ thủng, phục hồi tổn thương các tạng ( nếu có), làm sạch buồng tử cung dưới sự kiểm soát của nội soi**

***Thì 5:*Rửa ổ bụng nếu cần và kiểm tra lại lần cuối**.

***Thì 6:*Rút trocart, khâu da**

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Theo dõi**

Theo dõi toàn trạng, các dấu hiệu sinh tồn, vết mổ, ổ bụng, ra máu âm đạo, nước tiểu, trung tiện.

Tiêm kháng sinh, bù dịch, truyền máu ( nếu cần), giảm đau.

**Tai biến**

Tổn thương hệ tiêu hóa

Tổn thương hệ tiết niệu

Tổn thương mạch máu

\*-Bỏng do điện

Chảy máu trong mổ

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 164. HÚT THAI DƯỚI SIÊU ÂM

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Hút thai dưới siêu âm là phương pháp chấm dứt thai nghén bằng cách dùng bơm hút chân không để hút thai trong tử cung từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12 dưới sự hướng dẫn của siêu âm.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Phá thai từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12 trong những trường hợp khó ở người bệnh :

+ U xơ tử cung to

+Vết mổ cũ ở tử cung

+Sau đẻ dưới 6 tháng

+Dị dạng đường sinh dục

+ Chửa vết mổ

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối

Thận trọng đối với trường hợp đang bị viêm cấp tính đường sinh dục cần được điều trị .

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ, y sỹ sản nhi, nữ hộ sinh trung học và cao đẳng được đào tạo về phá thai bằng phương pháp hút chân không, bác sỹ được đào tạo về siêu âm. Thủ thuật viên và người phụ rửa tay, mặc áo, đội mũ, khẩu trang, đeo găng vô khuẩn và kính bảo vệ mắt.

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ hút chân không gồm: Bơm hút một van, bơm hút hai van, bơm hút MVA plus, các ống hút và dầu bôi trơn

Hai kẹp sát khuẩn ngoài và trong

Van hoặc mỏ vịt

Kẹp cổ tử cung

Nến nong

Bơm, kim tiêm gây tê tại cổ tử cung

Bông gạc và dung dịch sát khuẩn

Thuốc giảm đau: Fentanyl 0,1 mg hoặc Dolcontral 100 mg. Thuốc gây tê tại chỗ Lidocain 1% hoặc Xylocain 1% thuốc co hồi tử cung, hộp chống choáng.

Bộ dụng cụ kiểm tra mô sau hút

Các phương tiện xử lý dụng cụ và xử lý chất thải

Máy siêu âm

**3. Người bệnh**

Hỏi tiền sử về các bệnh nội ngoại khoa

Khám toàn thân, khám phụ khoa

Làm test thử thai

Siêu âm

Làm xét nghiệm công thức máu, đông máu và một số xét nghiệm khác tùy theo tình trạng các bệnh lý nội, ngoại khoa kèm theo ( Nếu cần)

Tính tuổi thai

Tư vấn cho người bệnh về thủ thuật hút thai bằng phương pháp hút chân không và các tai biến có thể xảy ra khi thực hiện thủ thuật.

Khách hàng ký cam kết tự nguyện phá thai, cam đoan chấp nhận rủi do khi thực hiện thủ thuật phá thai bằng phương pháp hút chân không (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ)

Thai từ 9 đến 12 tuần nên chuẩn bị cổ tử cung bằng cách cho ngậm dưới lưỡi 400mcg Misoprostol, 3 giờ trước khi làm thủ thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Tiêm thuốc giảm đau Fentanyl 0,1 mg hoặc Dolcontral 100 mg trước khi làm thủ thuật

Khám xác định kích thước và tư thế tử cung

Thay găng vô khuẩn

Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông

Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo

Kẹp cổ tử cung

Gây tê cạnh cổ tử cung bằng dung dịch Lidocain 1% hoặc dung dịch Xylocain 1%

Bác sỹ siêu âm tử cung trong suốt quá trình hút thai, thủ thuật viên đưa dụng cụ vào buồng tử cung và hút thai dưới sự hướng dẫn của siêu âm.

Đo buồng tử cung bằng ống hút

Nong cổ tử cung (nếu cần)

Hút thai

Kiểm tra chất hút

Đánh giá thủ thuật đã hoàn thành

Có thể đặt dụng cụ tử cung ngay sau khi hút thai nếu đảm bảo buồng tử cung sạch, không có chống chỉ định và khách hàng lựa chọn biện pháp này.

Sát khuẩn âm đạo cổ tử cung

Gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý những ca kiểm tra mô không thấy rau thai

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

Theo dõi mạch, huyết áp và ra máu âm đạo ít nhất 30 phút sau thủ thuật

Kê đơn kháng sinh

Tư vấn sau thủ thuật

Hẹn khám lại sau hai tuần

**2. Tai biến và xử trí**

**Tai biến sớm:** choáng, chảy máu, thủng tử cung, rách cổ tử cung

**Tai biến muộn:** nhiễm khuẩn, sót thai, sót rau, dính buồng tử cung

**Xử trí:**

+Xử trí theo phác đồ cho từng tai biến

+Thủng tử cung: nếu lỗ thủng nhỏ, không chảy máu, đảm bảo buồng tử cung sạch, cho kháng sinh, thuốc co hồi tử cung, theo dõi toàn trạng.

+Nếu lỗ thủng to, có chảy máu trong hoặc chảy máu ra ngoài nhiều kèm theo tổn thương các tạng trong ổ bụng phải phẫu thuật khâu lỗ thủng, phục hồi tổn thương các tạng (nếu có)

+Rách cổ tử cung : chèn bấc gạc hoặc khâu vết rách

+Nhiễm khuẩn sau hút thai : điều trị kháng sinh

+Sót rau, sót thai : hút lại buồng TC, điều trị kháng sinh

+Dính buồng tử cung sau hút: phải nong buồng TC, cho vòng kinh nhân tạo, đặt vòng chống dính hoặc phẫu thuật để tách dính.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 165. PHÁ THAI TỪ TUẦN THỨ 6 ĐẾN HẾT 12 TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT CHÂN KHÔNG

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Phá thai bằng phương pháp hút chân không là phương pháp chấm dứt thai nghén bằng cách dùng bơm hút chân không để hút thai trong tử cung từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12

**II. CHỈ ĐỊNH**

Phá thai từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối

Thận trọng đối với trường hợp đang bị viêm cấp tính đường sinh dục cần được điều trị.

**IV.CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ, y sỹ sản nhi, nữ hộ sinh trung học và cao đẳng được đào tạo về phá thai bằng phương pháp hút chân không. Thủ thuật viên và người phụ rửa tay, mặc áo, đội mũ, khẩu trang, đeo găng vô khuẩn và kính bảo vệ mắt.

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ hút chân không gồm: Bơm hút một van, bơm hút hai van, bơm hút MVA plus, các ống hút và dầu bôi trơn

Hai kẹp sát khuẩn ngoài và trong

Van hoặc mỏ vịt

Kẹp cổ tử cung

Nến nong

Bơm, kim tiêm gây tê tại cổ tử cung

Bông gạc và dung dịch sát khuẩn

Thuốc giảm đau: Fentanyl 0,1 mg hoặc Dolcontral 100 mg. Thuốc gây tê tại chỗ Lidocain 1% hoặc Xylocain 1% thuốc co hồi tử cung, hộp chống choáng.

Bộ dụng cụ kiểm tra mô sau hút

Các phương tiện xử lý dụng cụ và xử lý chất thải

**3. Người bệnh**

Hỏi tiền sử về các bệnh nội ngoại khoa

Khám toàn thân, khám phụ khoa

Làm test thử thai

Siêu âm

Làm xét nghiệm công thức máu, đông máu và một số xét nghiệm khác tùy theo tình trạng các bệnh lý nội, ngoại khoa kèm theo ( Nếu cần)

Tính tuổi thai

Tư vấn cho người bệnh về thủ thuật hút thai bằng phương pháp hút chân không và các tai biến có thể xảy ra khi thực hiện thủ thuật.

Khách hàng ký cam kết tự nguyện phá thai, cam đoan chấp nhận rủi do khi thực hiện thủ thuật phá thai bằng phương pháp hút chân không (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ)

Thai từ 9 đến 12 tuần nên chuẩn bị cổ tử cung bằng cách cho ngậm dưới lưỡi 400mcg Misoprostol, 3 giờ trước khi làm thủ thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Tiêm thuốc giảm đau Fentanyl 0,1 mg hoặc Dolcontral 100 mg trước khi làm thủ thuật

Khám xác định kích thước và tư thế tử cung

Thay găng vô khuẩn

Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông

Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo

Kẹp cổ tử cung

Gây tê cạnh cổ tử cung bằng dung dịch Lidocain 1% hoặc dung dịch Xylocain 1%

Đo buồng tử cung bằng ống hút

Nong cổ tử cung (nếu cần)

Hút thai

Kiểm tra chất hút

Đánh giá thủ thuật đã hoàn thành

Có thể đặt dụng cụ tử cung ngay sau khi hút thai nếu đảm bảo buồng tử cung sạch, không có chống chỉ định và khách hàng lựa chọn biện pháp này.

Sát khuẩn âm đạo cổ tử cung

Gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý những ca kiểm tra mô không thấy rau thai

**VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1.Theo dõi**

Theo dõi mạch, huyết áp và ra máu âm đạo ít nhất 30 phút sau thủ thuật

Kê đơn kháng sinh

Tư vấn sau thủ thuật

Hẹn khám lại sau hai tuần

**2.Tai biến và xử trí**

**Tai biến sớm:** choáng, chảy máu, thủng tử cung, rách cổ tử cung

**Tai biến muộn:** nhiễm khuẩn, sót thai, sót rau, dính buồng tử cung

-**Xử trí:**

+Xử trí theo phác đồ cho từng tai biến

+Thủng tử cung: nếu lỗ thủng nhỏ, không chảy máu, đảm bảo buồng tử cung sạch, cho kháng sinh, thuốc co hồi tử cung, theo dõi toàn trạng.

+Nếu lỗ thủng to, có chảy máu trong hoặc chảy máu ra ngoài nhiều kèm theo tổn thương các tạng trong ổ bụng phải phẫu thuật khâu lỗ thủng, phục hồi tổn thương các tạng (nếu có)

+Rách cổ tử cung : chèn bấc gạc hoặc khâu vết rách

+Nhiễm khuẩn sau hút thai : điều trị kháng sinh

+Sót rau, sót thai : hút lại buồng TC, điều trị kháng sinh

+Dính buồng tử cung sau hút: phải nong buồng TC, cho vòng kinh nhân tạo, đặt vòng chống dính hoặc phẫu thuật để tách dính.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 166. PHÁ THAI BẰNG THUỐC CHO TUỔI THAI ĐẾN HẾT 7 TUẦN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phá thai được cho phép tại Việt Nam, ước tính hàng năm có khoảng hơn 500.000 trường hợp phá thai tại Việt Nam. Phá thai nội khoa chính thức triển khai thành dịch vụ tại Việt Nam từ 2002 và ngày càng được chọn lựa do tính an toàn, hiệu quả và thuận tiện của phương pháp.

Phá thai nội khoa đến hết 7 tuần vô kinh là phương pháp chấm dứt thai kỳ trong tử cung bằng cách sử dụng phối hợp Mifepriston và Misoprostol gây sẩy thai, cho các thai đến hết 7 tuần (49 ngày).

**1)Tuyến áp dụng.**

Tuyến trung ương: áp dụng cho tuổi thai đến hết 63 ngày.

Tuyến tỉnh: áp dụng cho tuổi thai đến hết 56 ngày.

Tuyến huyện**:** áp dụng cho tuổi thai đến hết 49 ngày (đối với khoa Chăm sóc SKSS huyện, do giám đốc Sở Y tế quyết định căn cứ vào điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực cụ thể của khoa).

**2)Người thực hiện.**

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản được huấn luyện về phá thai nội khoa và thành thạo kỹ thuật phá thai bằng phương pháp ngoại khoa*.*

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1.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.

**2.Tương đối.**

Đang cho con bú.

Đang đặt dụng cụ tử cung (có thể lấy DCTC trước phá thai bằng thuốc).

Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính (cần điều trị trước)

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Điều kiện áp dụng.**

Khách hàng có thể tới được cơ sở y tế trong vòng 60 phút.

**2. Cơ sở vật chất.**

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

Có phòng thủ thuật và phương tiện đủ tiêu chuẩn theo qui định để thực hiện can thiệp khi cần.

Phương tiện dụng cụ: cấp cứu, xử lý dụng cụ và chất thải.

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

**3.Chuẩn bị khách hàng**

Người cung cấp dịch vụ tự giới thiệu với khách hàng

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

Hỏi ngày đầu của kỳ kinh cuối

Khám lâm sàng,khám hỏi bệnh sử đánh giá chỉ định và chống chỉ định

Siêu âm đánh giá chính xác tuổi thai

Tư vấn cho khách hàng về ưu nhược điểm của phương pháp phá thai bằng thuốc và các tai biến có thể xảy ra khi thực hiện phá thai bằng thuốc.

Khách hàng kí giấy cam đoan chấp nhận phá thai bằng thuốc.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

***Tư vấn phá thai bằng thuốc (khuyến khích nữ hộ sinh được đào tạo làm công tác tư vấn).***

Giới thiệu hiệu quả của phá thai bằng thuốc và khẳng định khách hàng phải chấp nhận hút thai nếu phá thai bằng thuốc thất bại.

Giới thiệu qui trình phá thai bằng thuốc: cách uống thuốc và sự xuất hiện của các triệu chứng bình thường sau uống thuốc (ra huyết âm đạo và đau bụng). Nhấn mạnh sự cần thiết của việc khám lại theo hẹn.

Tư vấn cách tự theo dõi và tự chăm sóc sau dùng thuốc phá thai.

Giới thiệu các tác dụng phụ của thuốc phá thai và cách xử lý.

Kê đơn thuốc giảm đau.

Nhấn mạnh các triệu chứng cần trở lại cơ sở y tế ngay.

Cung cấp thông tin liên lạc trong những tình huống cấp cứu.

Cung cấp thông tin về khả năng có thai trở lại sau phá thai bằng thuốc.

Giới thiệu các biện pháp tránh thai (BPTT), giúp khách hàng lựa chọn BPTT phù hợp và hướng dẫn khách hàng sử dụng đúng.

Cung cấp BPTT hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp BPTT.

**Quy trình phá thai bằng thuốc cho tuổi thai đến hết 7 tuần.**

Uống 200 mg mifepriston tại cơ sở y tế và theo dõi sau uống 15 phút. Uống hoặc ngậm dưới lưỡi 400 mcg misoprostol sau khi dùng mifepriston từ 36 đến 48 giờ, có thể uống tại cơ sở y tế hay tại nhà**.**

**VI. THEO DÕI**

**1. Theo dõi trong những giờ đầu sau uống thuốc.**

Dấu hiệu sinh tồn mỗi giờ một lần trong 3 giờ đầu (nếu cần).

Tình trạng ra máu âm đạo, đau bụng (có thể dùng thuốc giảm đau nếu cần) và các triệu chứng tác dụng phụ: nôn, buồn nôn, tiêu chảy, sốt.

**2. Khám lại sau 2 tuần.**

Đánh giá hiệu quả điều trị.

Sẩy thai hoàn toàn: kết thúc điều trị.

Sót thai, sót rau, thai lưu: có thể tiếp tục dùng misoprostol đơn thuần liều 400 - 600 mcg uống hay ngậm dưới lưỡi hoặc hút buồng tử cung.

Thai tiếp tục phát triển: hút thai

Ứ máu trong buồng tử cung: tùy theo mức độ, có thể điều trị nội khoa hay hút buồng tử cung

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Tai biến: chảy máu nhiều, rong huyết kéo dài, nhiễm khuẩn, sót thai, sót rau.

Xử trí: theo phác đồ cho từng tai biến.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 167. HÚT THAI, TRIỆT SẢN QUA ĐƯỜNG RẠCH NHỎ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phá thai bằng phương pháp hút chân không là phương pháp chấm dứt thai nghén bằng cách dùng bơm hút chân không để hút thai trong tử cung từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12

Triệt sản nữ (thắt và cắt VTC) là biện pháp tránh thai hiệu quả nhất, an toàn, kinh tế, đơn giản, không ảnh hưởng đến sức khoẻ, quan hệ tình dục.

**Nguyên tắc chung** : Làm tắc vòi tử cung (VTC) bằng cách thắt và cắt VTC , đảm bảo tuần hoàn nuôi dưỡng cho VTC và buồng trứng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Phá thai từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12 ở những phụ nữ :

Phụ nữ ở độ tuổi sinh đẻ đã có đủ số con mong muốn, các con khoẻ mạnh tự nguyện dung một biện pháp tránh thai vĩnh viễn và không hồi phục sau khi đã được tư vấn đầy đủ

Phụ nữ bị các bệnh chống chỉ định có thai

Do nguyên nhân y tế - xã hội: đẻ nhiều lần, đời sống kinh tế khó khăn, nguyện vọng người mẹ không muốn đẻ thêm nữa.

Do nguyên nhân xã hội hoàn toàn: không muốn có con nữa, phụ thuộc vào nguyện vọng của người phụ nữ hoặc cặp vợ chồng

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối

Thận trọng đối với trường hợp đang bị viêm cấp tính đường sinh dục cần được điều trị.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản có kinh nghiệm, được đào tạo và có kỹ năng về phẫu thuật triệt sản, được đào tạo về phá thai bằng phương pháp hút chân không. Phẫu thuật viên và người phụ rửa tay, mặc áo, đội mũ, khẩu trang, đeo găng vô khuẩn và kính bảo vệ mắt.

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật triệt sản

Bộ dụng cụ hút chân không gồm: Bơm hút một van, bơm hút hai van, bơm hút MVA plus, các ống hút và dầu bôi trơn

Hai kẹp sát khuẩn ngoài và trong

Van hoặc mỏ vịt

Kẹp cổ tử cung

Nến nong

Bơm, kim tiêm gây tê tại cổ tử cung

Bông gạc và dung dịch sát khuẩn

Thuốc giảm đau: Fentanyl 0,1 mg hoặc Dolcontral 100 mg. Thuốc gây tê tại chỗ Lidocain 1% hoặc Xylocain 1% thuốc co hồi tử cung, hộp chống choáng.

Bộ dụng cụ kiểm tra mô sau hút

Các phương tiện xử lý dụng cụ và xử lý chất thải

**3. Người bệnh**

Tư vấn cho người bệnh về ưu nhược điểm của triệt sản nữ

Giải thích quy trình triệt sản nữ

Khám toàn thân, khám phụ khoa và khám chuyên khoa để đánh giá bệnh lý phối hợp

Xét nghiệm bộ xét nghiệm cơ bản trong phẫu thuật, siêu âm xác định tuổi thai, xét nghiệm BetaHCG và thêm các xét nghiệm khác tùy theo tình trạng bệnh lý kèm theo ( nếu cần)

Bác sĩ gây mê khám tiền mê.

Tư vấn cho người bệnh thủ thuật hút thai bằng phương pháp hút chân không, tai biến có thể xảy ra khi thực hiện thủ thuật, về lý do phẫu thuật, các nguy cơ của phẫu thuật.

Người bệnh ký cam đoan chấp nhận phẫu thuậtvà gây mê hồi sức,đ tự nguyện phá thai và triệt sản, cam đoan chấp nhận rủi do khi thực hiện thủ thuật phá thai bằng phương pháp hút chân không.

Thụt tháo

Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông đái, sát khuẩn thành bụng vùng mổ - Thai từ 9 đến 12 tuần nên chuẩn bị cổ tử cung bằng cách cho ngậm dưới lưỡi 400mcg Misoprostol, 3 giờ trước khi làm thủ thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Hút thai :**

Tiêm thuốc giảm đau Fentanyl 0,1 mg hoặc Dolcontral 100 mg trước khi làm thủ thuật

Khám xác định kích thước và tư thế tử cung

Thay găng vô khuẩn

Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông

Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo

Kẹp cổ tử cung

Gây tê cạnh cổ tử cung bằng dung dịch Lidocain 1% hoặc dung dịch Xylocain 1%

Đo buồng tử cung bằng ống hút

Nong cổ tử cung (nếu cần)

Hút thai

Kiểm tra chất hút

Đánh giá thủ thuật đã hoàn thành

Sát khuẩn âm đạo cổ tử cung

Gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý những ca kiểm tra mô không thấy rau thai

**2. Triệt sản :**

**Thì 1**

Gây tê tại chỗ

Đường mở bụng nhỏ (minilap)

Đường mở bụng lớn khi kết hợp phẫu thuật khác và triệt sản

**Thì 2** Kỹ thuật làm tắc vòi tử cung

Tìm và xác định hai vòi tử cung đi từ sừng tử cung tới loa vòi tử cung

Dùng kẹp răng chuột nâng phần eo của vòi tử cung hình thành quai vòi

Dùng chỉ catgut thắt dưới quai một đoạn

Cắt quai vòi trên chỉ buộc

Thực hiện kỹ thuật tương tự cho vòi tử cung bên đối diện

Sau khi kiểm tra đủ gạc , đóng bụng theo từng lớp có thể không cần khâu phúc mạc thành bụng

**VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

Theo dõi toàn trạng, chỉ số sinh tồn, vết mổ, ổ bụng, ra máu âm đạo.

Tiêm hoặc uống kháng sinh 5 ngày.

Giảm đau

**2. Tai biến và xử trí**

**Tai biến sớm:** choáng, chảy máu, thủng tử cung, rách cổ tử cung

**Tai biến muộn:** nhiễm khuẩn, sót thai, sót rau, dính buồng tử cung , khối máu tụ trong ổ bụng.

**Xử trí:**

+Xử trí theo phác đồ cho từng tai biến

+Thủng tử cung: nếu lỗ thủng nhỏ, không chảy máu, đảm bảo buồng tử cung sạch, cho kháng sinh, thuốc co hồi tử cung, theo dõi toàn trạng.

+Nếu lỗ thủng to, có chảy máu trong hoặc chảy máu ra ngoài nhiều kèm theo tổn thương các tạng trong ổ bụng phải phẫu thuật khâu lỗ thủng, phục hồi tổn thương các tạng (nếu có)

+Rách cổ tử cung : chèn bấc gạc hoặc khâu vết rách

+Nhiễm khuẩn sau hút thai : điều trị kháng sinh

+Sót rau, sót thai : hút lại buồng TC, điều trị kháng sinh

+Dính buồng tử cung sau hút: phải nong buồng TC, cho vòng kinh nhân tạo, đặt vòng chống dính hoặc phẫu thuật để tách dính.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 168. PHÁ THAI ĐẾN HẾT 7 TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT CHÂN KHÔNG.

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Phá thai bằng phương pháp hút chân không đến hết 7 tuần là phương pháp chấm dứt thai nghén bằng cách dùng bơm hút chân không để hút thai trong tử cung đến hết 7 tuần

**II. CHỈ ĐỊNH**

Phá thai đến hết 7 tuần

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối

Thận trọng đối với trường hợp đang bị viêm cấp tính đường sinh dục cần được điều trị.

**IV.CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ, y sỹ sản nhi, nữ hộ sinh trung học và cao đẳng được đào tạo về phá thai bằng phương pháp hút chân không. Thủ thuật viên và người phụ rửa tay, mặc áo, đội mũ, khẩu trang, đeo găng vô khuẩn và kính bảo vệ mắt.

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ hút chân không gồm: Bơm hút một van, bơm hút hai van, bơm hút MVA plus, các ống hút và dầu bôi trơn

Hai kẹp sát khuẩn ngoài và trong

Van hoặc mỏ vịt

Kẹp cổ tử cung

Nến nong

Bơm, kim tiêm gây tê tại cổ tử cung

Bông gạc và dung dịch sát khuẩn

Thuốc giảm đau: Fentanyl 0,1 mg hoặc Dolcontral 100 mg. Thuốc gây tê tại chỗ Lidocain 1% hoặc Xylocain 1% thuốc co hồi tử cung, hộp chống choáng.

Bộ dụng cụ kiểm tra mô sau hút

Các phương tiện xử lý dụng cụ và xử lý chất thải

**3. Người bệnh**

Hỏi tiền sử về các bệnh nội ngoại khoa

Khám toàn thân, khám phụ khoa

Làm test thử thai

Siêu âm

Làm xét nghiệm công thức máu, đông máu và một số xét nghiệm khác tùy theo tình trạng các bệnh lý nội, ngoại khoa kèm theo ( Nếu cần)

Tính tuổi thai

Tư vấn cho khách hàng về thủ thuật hút thai bằng phương pháp hút chân không và các tai biến có thể xảy ra khi thực hiện hút thai bằng phương pháp hút chân không.

Khách hàng ký cam kết tự nguyện phá thai, cam đoan chấp nhận rủi do khi thực hiện thủ thuật phá thai bằng phương pháp hút chân không (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ)

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Tiêm thuốc giảm đau Fentanyl 0,1 mg hoặc Dolcontral 100 mg trước khi làm thủ thuật

Khám xác định kích thước và tư thế tử cung

Thay găng vô khuẩn

Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông

Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo

Kẹp cổ tử cung

Gây tê cạnh cổ tử cung bằng dung dịch Lidocain 1% hoặc dung dịch Xylocain 1%

Đo buồng tử cung bằng ống hút

Nong cổ tử cung (nếu cần)

Hút thai

Kiểm tra chất hút

Đánh giá thủ thuật đã hoàn thành

Có thể đặt dụng cụ tử cung ngay sau khi hút thai nếu đảm bảo buồng tử cung sạch, không có chống chỉ định và khách hàng lựa chọn biện pháp này.

Sát khuẩn âm đạo cổ tử cung

Gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý những ca kiểm tra mô không thấy rau thai

**VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

Theo dõi mạch, huyết áp và ra máu âm đạo ít nhất 30 phút sau thủ thuật

Kê đơn kháng sinh

Tư vấn sau thủ thuật

Hẹn khám lại sau hai tuần

**2. Tai biến và xử trí**

**Tai biến sớm:** choáng, chảy máu, thủng tử cung, rách cổ tử cung

**Tai biến muộn:** nhiễm khuẩn, sót thai, sót rau, dính buồng tử cung

**Xử trí:**

+Xử trí theo phác đồ cho từng tai biến

+Thủng tử cung: nếu lỗ thủng nhỏ, không chảy máu, đảm bảo buồng tử cung sạch, cho kháng sinh, thuốc co hồi tử cung, theo dõi toàn trạng.

+Nếu lỗ thủng to, có chảy máu trong hoặc chảy máu ra ngoài nhiều kèm theo tổn thương các tạng trong ổ bụng phải phẫu thuật khâu lỗ thủng, phục hồi tổn thương các tạng (nếu có)

+Rách cổ tử cung : chèn bấc gạc hoặc khâu vết rách

+Nhiễm khuẩn sau hút thai : điều trị kháng sinh

+Sót rau, sót thai : hút lại buồng TC, điều trị kháng sinh

+Dính buồng tử cung sau hút: phải nong buồng TC, cho vòng kinh nhân tạo, đặt vòng chống dính hoặc phẫu thuật để tách dính.

***Tài liệu tham khảo:***

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.