

BỘ Y TẾ

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

Số: 1377/QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 24 tháng 4 năm 2013

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành Hướng dẫn
Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Nghị định số 63/2012/NĐ-CP ngày 31/8/2012 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Xét Biên bản họp ngày 29-30/11/2012 của Hội đồng nghiệm thu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ sản của Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này 104 Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ sản.

Điều 2. Các Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ sản này áp dụng cho tất cả các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có đủ điều kiện thực hiện theo quy định hiện hành.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực từ ngày ký và ban hành.

Điều 4. Các Ông, Bà: Chánh Văn phòng Bộ, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Chánh thanh tra Bộ; các Vụ trưởng, Cục trưởng các Vụ, Cục của Bộ Y tế; Giám đốc các Bệnh viện, Viện có giường trực thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương; Thủ trưởng Y tế các Bộ, ngành và Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Lưu: VT, KCB.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG

Đã ký

Nguyễn Viết Tiến

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

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

STT	HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
Chương I: Sản khoa	
1	Phẫu thuật lấy thai
2	Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ
3	Cắt khâu tầng sinh môn
4	Khâu phục hồi rách âm đạo
5	Khâu rách cổ tử cung
6	Forceps
7	Giác hút sản khoa
8	Đỡ đẻ ngôi mông
9	Nội xoay thai
10	Đỡ đẻ sinh đôi
11	Bóc rau nhân tạo
12	Kiểm soát tử cung
13	Chọc sọ, kẹp đỉnh sọ
14	Nạo sảy thai
15	Khâu vòng cổ tử cung
16	Gây chuyển dạ bằng thuốc
17	Phẫu thuật thắt động mạch tử cung
18	Phẫu thuật thắt động mạch hạ vị
19	Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn do chảy máu thứ phát sau phẫu thuật sản khoa
20	Phẫu thuật cắt tử cung bán phần và thắt động mạch hạ vị do chảy máu thứ phát trong phẫu thuật sản khoa

Chương II: Phụ khoa

21	Bóc nhân xơ vú
22	Chích áp xe vú
23	Phẫu thuật cắt một phần tuyến vú
24	Phẫu thuật cắt bỏ vú (Patey) + vét hạch nách
25	Phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn và vét hạch chậu hai bên
26	Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn + phần phụ và vét hạch chậu hai bên
27	Phẫu thuật Wertheim
28	Phẫu thuật ung thư buồng trứng + cắt tử cung hoàn toàn + hai phần phụ + mạc nối lớn
29	Phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn
30	Phẫu thuật mở bụng cắt tử cung hoàn toàn và hai phần phụ
31	Phẫu thuật cắt tử cung đường âm đạo
32	Phẫu thuật nội soi cắt tử cung bán phần
33	Phẫu thuật mở bụng cắt tử cung bán phần
34	Phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung
35	Phẫu thuật mở bụng bóc u xơ tử cung
36	Soi buồng tử cung chẩn đoán
37	Phẫu thuật soi buồng tử cung cắt nhân xơ tử cung dưới niêm mạc
38	Phẫu thuật soi buồng tử cung cắt polyp buồng tử cung
39	Phẫu thuật soi buồng tử cung tách dính buồng tử cung
40	Phẫu thuật soi buồng tử cung cắt vách ngăn tử cung
41	Soi buồng tử cung lấy dị vật
42	Cắt cụt cổ tử cung
43	Khoét chóp cổ tử cung
44	Cắt cổ tử cung bằng vòng nhiệt điện (LEEP)
45	Phẫu thuật cắt polyp cổ tử cung
46	Phẫu thuật nội soi cắt u buồng trứng hoặc cắt phần phụ
47	Phẫu thuật mở bụng cắt u buồng trứng hoặc cắt phần phụ
48	Phẫu thuật chữa ngoài tử cung vỡ
49	Phẫu thuật nội soi điều trị chữa ngoài tử cung
50	Phẫu thuật nội soi điều trị tắc vòi tử cung
51	Phẫu thuật nội soi tạo hình vòi tử cung, nối lại vòi tử cung
52	Vi phẫu thuật tạo hình vòi tử cung, nối lại vòi tử cung

53	Phẫu thuật nội soi xử trí viêm phúc mạc tiêu khung, viêm phần phụ, ú mủ vòi tử cung
54	Phẫu thuật mở bụng xử trí viêm phúc mạc tiêu khung, viêm phần phụ, ú mủ vòi tử cung
55	Phẫu thuật Crossen
56	Phẫu thuật Manchester
57	Phẫu thuật tạo hình tử cung Strassman
58	Phẫu thuật tạo hình âm đạo (nội soi kết hợp đường dưới)
59	Phẫu thuật cắt vách ngăn âm đạo- mở thông âm đạo
60	Trích rạch màng trinh do ú máu kinh
61	Đóng rò trực tràng - âm đạo
62	Phẫu thuật làm lại tầng sinh môn và cơ vòng do rách phúc tạp
63	Phẫu thuật bóc khối lạc nội mạc tử cung ở tầng sinh môn, thành bụng
64	Phẫu thuật bóc nhân ung thư nguyên bào nuôi di căn âm đạo
65	Bóc nang tuyến Bartholin
66	Hút thai trứng
67	Hút buồng tử cung do rong kinh rong huyết
68	Nong buồng tử cung đặt dụng cụ chống dính
69	Nạo sinh thiết từng phần
70	Phẫu thuật cắt âm hộ + vét hạch bẹn
Chương III: Sơ sinh	
71	Tắm sơ sinh
72	Chăm sóc rốn sơ sinh
73	Đặt ống thông tĩnh mạch rốn sơ sinh
74	Thở áp lực dương liên tục (CPAP)
75	Đặt nội khí quản - thở máy
76	Chọc dò tủy sống sơ sinh
77	Điều trị vàng da ở trẻ sơ sinh bằng phương pháp chiếu đèn
78	Thay máu sơ sinh
79	Hồi sức sơ sinh ngạt
Chương IV: Hỗ trợ sinh sản	
80	Lọc rửa tinh trùng
81	Bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI)

82	Chọc hút noãn
83	Chuyển phôi
84	Chuyển phôi đông lạnh (FET)
85	Tiêm tinh trùng vào bào tương noãn (ICSI)
86	Giảm thiểu phôi
87	Trữ lạnh tinh trùng
88	Rã đông tinh trùng
89	Trữ lạnh mô tinh hoàn
90	Rã đông mô tinh hoàn
91	Trữ lạnh noãn
92	Rã đông noãn
93	Trữ lạnh phôi
94	Rã đông phôi
95	Chọc hút tinh trùng từ mào tinh
Chương IV: Kế hoạch hóa gia đình	
96	Phá thai nội khoa đến hết 9 tuần vô kinh
97	Phá thai nội khoa cho thai 13-22 tuần
98	Hút thai đến 12 tuần
99	Phá thai từ 13 đến 18 tuần bằng phương pháp nong và gắp thai
100	Đặt và tháo dụng cụ tử cung
101	Cấy, rút mảnh ghép tránh thai
102	Triệt sản nữ qua đường rạch nhỏ
103	Phẫu thuật nội soi triệt sản nữ
104	Phẫu thuật nội soi lấy dụng cụ tử cung trong ổ bụng

Tổng số : 104 Quy trình kỹ thuật.

CHƯƠNG I. SẢN KHOA

PHẪU THUẬT LẤY THAI

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.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thì 1. Mở bụng:

- Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu.
- Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ.

Thì 2. Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung.

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

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

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

Thì 4. Lấy thai và rau:

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

- Dùng miếng gạc mỏng lau nhót miệng trẻ.

- Kẹp và cắt dây rốn.

- Tiêm tĩnh mạch chậm(quả 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 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, tiêu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết.
- Chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung.

XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN III CUỘC CHUYỂN DẠ

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

1. 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.

2. Phương tiện, dụng cụ.

- Dụng cụ, thuốc men, đồ vải và các vật liệu vô khuẩn cần thiết cho đỡ đẻ và kiểm tra rau,

- Oxytocin 10 đv, chuẩn bị trong bơm tiêm để sẵn trên bàn dụng cụ đỡ đẻ.

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 sàng và hai tay người mẹ ôm lấy trẻ.

- Người phụ đỡ đẻ sờ nắn bụng sản phụ để chắc chắn không còn thai trong tử cung.

- Người phụ đỡ đẻ tiến hành tiêm bắp 10 đơn vị Oxytocin vào mặt trước đùi sản phụ.

- Chỉ sau khi đã tiêm Oxytocin, người đỡ đẻ tiến hành cặp dây rốn và cắt rốn cho trẻ. Khi cặp dây rốn chú ý cặp sát vào âm hộ sản phụ.

- Người phụ đỡ đẻ đưa trẻ ra bàn làm rốn và chăm sóc trẻ, nhanh chóng lau khô, hút nhót, làm rốn, quấn tã lót và đưa trẻ cho sản phụ để cho bú sớm nếu thích hợp.

Thì 2. Kéo dây rốn có kiểm soát để gây sổ rau:

- 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 phanh và dây rốn. Giữ căng dây rốn. Bàn tay còn lại đặt lên bụng sản phụ ngay vùng trên xương vẹo, giữ và ấn tử cung theo hướng ngược lên về phía xương ức trong khi tay cầm phanh 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 phanh (kẹp dây rốn) cho ngắn lại, nếu cần thiết thì dùng phanh cặp lại dây rốn sát vào âm hộ.

Chú ý:

- Động tác kéo dây rốn, không được làm quá thô bạo.

- Không được kéo dây rốn mà không dùng bàn tay thứ hai đẩy tử cung theo chiều ngược lên về phía xương ức

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.

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

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

2. Cắt tầng sinh môn vì lý do thai nhi

- Thai to toàn bộ hoặc đầu to.

- Các kiểu sổ bất thường như sổ chậm 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 cat gut, 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 sốt rau, tử cung co tốt, không rách âm đạo mới tiến hành khâu tầng sinh môn.

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 chéo 45° 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 45° 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 0,5cm ra tới góc 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 góc của màng trinh phía trong. Khâu từ phần dưới da cho đến góc của màng trinh phía trong.

+ Khâu vắt dưới da hoặc trong da để tạo cho sẹo tầng sinh môn nhỏ và mềm mại.

(Ở những cơ sở y tế không có chỉ đảm bảo cho khâu vắt chúng ta có thể khâu mũi rời với 3 thì khâu như trên. Lớp ngoài cùng nên khâu mũi rời bằng chỉ không tiêu và sẽ cắt chỉ ngoài da sau 5 ngày).

Nếu vết rách sau ở trong âm đạo và rách sâu ở tầng sinh môn thì chúng ta phải khâu mũi rời.

Khâu da nên khâu luôn trong da bằng chỉ vicryl rapid để cho sẹo nhỏ và mềm mại.

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.

KHÂU PHỤC HỒI RÁCH ÂM ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

1) 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.

2) 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 phải được thực hiện ngay sau khi chẩn đoán 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: NHS có kinh nghiệm, BS 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 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 2 sợi chỉ vicryl số 1
- 1 bơm tiêm 10ml
- 20ml dung dịch polydin hoặc polyvidin.

2. Người bệnh

- Đánh giá toàn trạng người bệnh: lượng máu mất, mạch, huyết áp, toàn trạng, mức độ co tử cung sau đẻ (nếu co kém cần dùng thuốc co tử cung); 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...

- 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.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Sát trùng âm đạo TSM, thông tiểu, người phụ giữ van bộc lộ âm đạo.
- 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).
- Khâu lại vết rách .
- + Khâu từ trên xuống dưới.
- + Khâu 1 lớp khâu vết (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 chông lên lớp dưới để tránh máu tụ, lớp dưới phải khâu sâu đảm bảo vừa sát qua đáy của tổn thương để đề phòng máu tụ mà lại không vào trực tràng.
- + Sát trùng âm đạo sau khi khâu xong.
- + Cho 1 ngón tay vào hậu môn kiểm tra xem có khâu vào trực tràng không, nếu có phải cắt chỉ khâu lại.
- + Sát trùng hậu môn.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- 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.

KHÂU RÁCH CỔ TỬ CUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

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.

II. NGUYÊN NHÂN

- CTC xơ cứng do có sẹo, do rách cũ, mổ cắt đứt CTC, viêm nhiễm CTC đã đốt điện nhiều lần.
- CTC phù nề do chuyên dạ lâu, thăm khám nhiều lần.
- Rặn quá sớm khi CTC chưa mở hết, đầu chưa lọt.
- Sau khi làm thủ thuật bóc xé, giác hút...

III. 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.

IV. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định khâu phục hồi cổ tử cung phải được thực hiện ngay sau khi chẩn đoán có tổn thương cổ tử cung để tránh mất máu cho sản phụ.

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 thắt 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 fibrinogen...

- 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.

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. 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 tịt 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.

FORCEPS

I. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật sử dụng hai cành forceps cặp hai bên đầu thai nhi hỗ trợ giúp đầu thai nhi sỏ ra ngoài.

II. CHỈ ĐỊNH

1) Về phía mẹ

- Mẹ rặn không sỏ.
- 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 dễ được đường dưới
- Đầu lọt trung bình hoặc thấp
- Cổ tử cung mở hết
- Ổi vỡ hoàn toàn hoặc bám 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 đẻ 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 đại.
- 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 bấu 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 thẳng 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 và kéo.

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 trạng sản phụ: huyết áp, nhịp tim, nhịp thở, nhiệt độ
- Lượng máu mất, thường do chấn thương đường sinh dục U

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 tiêu 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.

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 tinh trở lên).

III. ĐIỀU KIỆN

- Thai sống.
- Ngôi chỏm.
- Cổ tử cung mở hết.
- Đầu lọt thấp.
- Ối đã vỡ hay đã bám ối.

IV. 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.

V. 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 đồ 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.

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

➤ **Thì 1:** Kiểm tra lại kiểu thể 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 hờ, kéo bằng sức căng 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 chằm đã tỳ vào bờ dưới xương vệ thì kéo lên 45° so với 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 bươu đỉnh thì giảm áp suất từ từ. Khi áp suất bằng 0 thì tháo nắp và đỡ như đỡ đẻ thường.

VII. THEO DÕI VÀ TAI BIẾN

1. 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

2. 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.

ĐỠ ĐỂ NGÔI MÔNG

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
<p>Có thể lựa chọn cho đẻ đường âm đạo dưới các ca sau:</p> <ul style="list-style-type: none">- 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.	<p>1. Chống chỉ định về phía mẹ:</p> <ul style="list-style-type: none">- Bất thường khung chậu.- Có khối u tiền đạo.- Có sẹo mổ cũ ở tử cung.- Tồn 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. <p>2. Chống chỉ định do phần phụ của thai:</p> <ul style="list-style-type: none">- Rau tiền đạo.- Đa ối.- Dây rốn ngắn hoặc dây rốn quấn cổ. <p>3. Chống chỉ định về phía thai:</p> <ul style="list-style-type: none">- Suy thai mãn.- Đầu gừa 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 nhót 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 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.
- Con co tử cung phải hiệu quả, không có nguy cơ gián đoạn chuyển dạ.
- Luôn luôn theo dõi, kiểm tra chuyển dạ ngay khi có sự xoá mở cổ tử cung.
- Chuẩn bị sẵn forceps để lấy thai khi cần thiết.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án sản khoa và các xét nghiệm cơ bản, siêu âm để có thể chuyển sang mổ cấp cứu khi cần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Giai đoạn cho sản phụ rặn để 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 con co tử cung.
- Đảm bảo con 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

- Đẻ thai nhi sổ tự do do sự kết hợp của con 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 nối 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 sỏ hai bàn tay người đỡ đẻ ôm lấy đùi và hông thai, các ngón cái ở phía đùi các ngón khác phía xương cùg.

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

- Khi sỏ vai tiêm thuốc Oxytocin.

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

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

- Giữ không cho chân và mông không sỏ 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 sỏ.

- Các động tác đỡ thai khác tuân 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 sỏ qua cằm, người đỡ có thể luôn ngón tay vào miệng thai nhi giúp đầu cúi để sỏ 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 răn, 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 sỏ hẳn ra ngoài âm hộ.

Cách làm:

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

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

- Bàn tay ngoài đặt trên lưng, sát vai dùng các ngón ấn vào vùng chằm 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 trở – giữa ôm lấy gáy thai rồi phối hợp với tay trong kéo thai xuống, đưa đầu về chằm – vệ, hướng thai ra ngoài lật lên phía bụng mẹ.

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

- Cắt nối 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 hông, các ngón tay khác ở phía bụng.

+ Thực hiện vòng quay đầu tiên 90^0 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, 180^0 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 chằm 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 nhắc lên và về phía đối diện với lưng của thai.

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

+ 2 ngón tay trở và giữa đi dọc theo cánh tay tìm đến nếp khuỷu thì ấn vào nếp đó để căng tay gấp lại và bàn tay vượt 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 180^0 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 chằm 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 sỏ, nên cắt nói tầng sinh môn trước đẻ thai sỏ dễ dàng.

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 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 thể 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:

- Cơ co thừa, 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:** bầm ối, kéo thai

- Bầm 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 cứng tính, phần thai bị bóp chặt, xoay thai sẽ khó khăn nên phải kiểm soát cơ co bằng cách giảm cơ trước khi xoay 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

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

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

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

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

- Mọi ca sau khi can thiệp vào buồng tử cung phải dùng kháng sinh toàn thân để phòng nhiễm trùng

ĐỒ ĐẼ SINH ĐÔI

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, thể 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. Tuyển 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 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 sàng 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

Ngoài các thủ tục của một bệnh án thông thường nên ghi rõ tình trạng của hai thai : ngôi thể 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 xung hồ sơ đầy đủ trước khi đỡ đẻ.
- Chuẩn bị đầy đủ các trang thiết cần thiết cho cuộc đẻ, cho mẹ và trẻ sơ sinh

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, thể 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, thể, kiểu thể 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 dễ 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 để có biến chứng chảy máu doờ 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 doờ 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 doờ 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.



45%

Hai ngôi chỏm



37%

Một chỏm - một màng



Hai ngôi màng



5%

Một chỏm một màng



2%

Một màng - một màng



0.5%

Hai ngôi màng

Hình 1. Các tư thế của song thai

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 sỏ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Rau chậm bong: thường thì sau khi sỏ 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 sỏ rau khi rau còn nằm trong buồng tử cung
- Những trường hợp cần kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung sau khi sỏ 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.

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 mặt bánh rau: mặt màng và mặt máu.
- **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.

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. Sốt 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 để 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

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 để nhiễm khuẩn và chói.

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.

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 cấp 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 tiêu, 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 để 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.

NẠO SẤY THAI

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 sảy.

II. CHỈ ĐỊNH,

- Thai sắp sảy, cổ tử cung xóa gần hết
- Thai đang sảy, chảy máu
- Thai đã sảy, nhưng đang chảy máu, cổ tử cung còn mở.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Sảy thai nhiễm khuẩn (chỉ nạo khi đã điều trị kháng sinh)
- Sảy 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 sảy 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 sảy 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)

- 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 gấp 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 để phòng thủng, sót rau, tử cung co hồi kém hoặc chảy máu ở cổ tử cung nơi kẹp kìm Pozzi và xử trí theo tổn thương.

3. Sốc vagal

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

4. Nhiễm khuẩn

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

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

- Sảy thai liên tiếp do hở eo tử cung.
- Trong các trường hợp tiền sử sảy 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 cấp 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.
- Ván âm đạo.

3. Người bệnh

- Nằm tư thế phụ khoa.
- Giải thích mục đích khâu, tai biến có thể xảy ra sau khi khâu.

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 1cm.
- **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 chút lại theo hai chiều đứng và ngang.

- Cắt hai đầu chỉ dài khoảng 1- 1.5cm.

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 sảy 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.

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 đặt cerviprim - là một 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	
<ul style="list-style-type: none">- Khung chậu hẹp- Sẹo mổ cũ ở thân tử cung- Herpes sinh dục đang hoạt động- Bệnh lý mạn tính trầm trọng	<ul style="list-style-type: none">- 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	
<ul style="list-style-type: none">- Ngôi ngang- Thai suy- Rau tiền đạo	<ul style="list-style-type: none">- 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 (đối với thuốc cerviprim có thể do bác sỹ trực tiếp đặt thuốc); theo dõi cuộc chuyển dạ theo hướng dẫn quốc gia.

2. Phương tiện

Bàn đẽ, 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

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện với đủ xét nghiệm công thức máu, đông cầm máu, nhóm máu, siêu âm thai.

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 30phút

4. Gây chuyển dạ bằng Cerviprim

- Đưa gel về nhiệt độ phòng trước khi sử dụng.
- Đặt thuốc vào ống cổ tử cung.
- Không dùng cho người bệnh đã vỡ ối.
- Có thể lặp lại liều thứ hai sau 6 giờ, tối đa 3 liều trong 24 giờ

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

PHẪU THUẬT THẮT ĐỘNG MẠCH TỬ CUNG

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.

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 đối hướng từ đáy dây chằng rộng quạt ngược lên mặt bên thân tử cung.

* **Thì 3.** Thắt động mạch tử cung.

- Sau khi bộc lộ động mạch dùng chỉ perlon luôn 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 để phòng máu tụ lan ra đáy chậu và thành tử cung.

PHẪU THUẬT THẮT ĐỘNG MẠCH HẠ VỊ

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 cấp 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.

IV. 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 móm nhô, có thể dùng ngón tay trở 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 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 luôn 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 luôn 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 nhàng, 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, luôn 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 luôn qua động mạch hạ vị.

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

- Thắt động mạch hạ vị: sau khi đã kiểm tra vị trí luôn 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 mạc 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).

V. CHĂM SÓC SAU MỔ

VI. BIẾN CHỨNG

- Chảy máu.
- Tổn thương niệu quản.
- Thắt nhầm động mạch chậu ngoài.

PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN

DO CHẢY MÁU THỨ PHÁT SAU CHẢY MÁU SẢN KHOA

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 trứng, buồng trứng, để lại phúc mạc đoạn dưới đủ để khâu phủ kín vùng hố chậu. Tuy nhiên cũng có trường hợp phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn để lại một hoặc hai phần phụ tùy theo bệnh lý.

II. CHỈ ĐỊNH

- Nhau tiền đạo trung tâm, nhau bám chặt xuống sâu tận cổ tử cung gây chảy máu mà thắt ĐM hạ vị vẫn không cầm máu được.

- Thai ở cổ tử cung bị sảy, chảy máu sau khi đã can thiệp các thủ thuật như khâu, đốt nhiệt mà không có kết quả.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản đã được đào tạo và cấp 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.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

*** Thì 1:**

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

*** Thì 2:**

Kẹp cắt các dây chằngthắt 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 Favre. 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.**

- Thất các cuống mạch tử cung.

- Dùng kim cong và chỉ khâu 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.

PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN VÀ THẮT ĐỘNG MẠCH HẠ VỊ DO CHẢY MÁU THỨ PHÁT TRONG 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:

Bệnh án sản khoa theo quy định, có khám lâm sàng và xét nghiệm.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

- Thì 2 : Cặp cắt dây chằng tròn

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

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

- Thì 5: cặp cắt các cuống mạch.

Cặp cắt động mạch tử cung hai bên ở ngang mức hoặc thấp hơn một 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 nếu có chỉ định (xem bài thắt động mạch hạ vị)

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

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

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

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

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

CHƯƠNG II. PHỤ KHOA

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:

Bệnh án phẫu thuật theo chương trình, đủ các xét nghiệm thăm dò, được duyệt mổ của bệnh viện.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

➤ Thì 1.

- Sát trùng rộng vùng phẫu thuật từ trong ra ngoài
- Dùng khăn vô trùng để bao bọc 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 luôn 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.

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.

3. Người bệnh

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.

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.

CHÍCH ÁP XE VÚ

I. ĐẠI CƯƠNG

Là tổn thương ổ mủ ở vú do nhiễm trùng hoặc do tắc sữa mà không được điều trị sớm.

II. CHỈ ĐỊNH

Các áp xe đã thành mủ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khô viêm đỏ chưa thành mủ

IV. CHUẨN BỊ

1. 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 áp xe.
- Các khăn trải phẫu thuật vô khuẩn
- Bàn khám hoặc bàn mổ.

2. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình: được giải thích lý do phải trích áp xe 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

3. Hồ sơ bệnh án: bệnh án phẫu thuật phiên, đủ các xét nghiệm cần thiết.

V. 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.

- Thì 3.

- Rạch da ngay trên khối áp xe 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 áp xe tránh làm nát các tổ chức xung quanh gây chảy máu. Dùng kẹp nhỏ hoặc đầu ngón tay trở 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.

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 áp xe, khâu chỗ chảy máu dùng tiếp kháng sinh
- Không thoát mủ: mở thông lại, dùng kháng sinh tiêm.

PHẪU THUẬT CẮT MỘT PHẦN TUYẾN VÚ

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt một phần tuyến vú 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 phẫu thuật theo quy định

V. 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:** Rửa 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:**

- Khô da
 - Có thể băng ép và hút dẫn lưu liên tục
- VI. TAI BIẾN**
- Nhiễm khuẩn
 - Tụ máu

PHẪU THUẬT CẮT BỎ VÚ (PATEY) + VẾT HẠCH NÁCH

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt bỏ vú theo phương pháp Patey + vết hạch nách là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tuyến vú trong ung thư vú, kèm theo vết hạch nách

II. CHỈ ĐỊNH

Ung thư vú đến giai đoạn II hoặc giai đoạn muộn đã điều trị hỗ trợ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Ung thư vú thể viêm hoặc đã di căn xa

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 phẫu thuật dành cho 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

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án phẫu thuật theo quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Cắt vú theo phương pháp Patey:

➤ Thì 1:

Rạch da hình elip (hoặc đường ngang nếu còn ý định tạo hình vú), đỉnh đường rạch ở hố nách để kéo rộng thêm khi vết hạch

➤ Thì 2:

Cắt bỏ toàn bộ tuyến vú

2. Vết hạch nách:

➤ Thì 1:

Kéo dài vết mổ vào hố nách song song với bờ dưới cơ ngực bé

➤ Thì 2:

- Vết hạch đến mức 2 : giới hạn là một tam giác đỉnh ở dưới, cạnh trên là bó mạch nách, cạnh ngoài là dây thần kinh lưng to, cạnh trong là dây thần kinh răng lược

- Vết hạch đến tận nền là cơ lưng to

- Cố gắng bảo tồn tối đa các nhánh nhỏ thần kinh

➤ **Thì 3:**

- Kiểm tra lên hố dưới đòn

- Đặt ống dẫn lưu hố nách

➤ **Thì 4:**

- Đóng da

- Đặt ống dẫn lưu dưới da vùng ngực

- Khâu lớp dưới da bằng chỉ tiêu

- Khâu da mũi liền hoặc mũi rời, khâu dưới da

- Băng ép, hút liên tục dẫn lưu 3-5 ngày

V. THEO DÕI

- Hút dẫn lưu áp lực âm liên tục

- Tháo băng ép sau mổ 2 ngày

VI. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

- Nhiễm khuẩn

- Tụ máu

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN VÀ VẾT HẠCH CHẬU 2 BÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn và vết hạch chậu là phương pháp điều trị ngoại khoa ung thư niêm mạc tử cung

II. CHỈ ĐỊNH

Ung thư niêm mạc tử cung giai đoạn I và II.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư niêm mạc tử cung giai đoạn III và IV.
- Có chống chỉ định của phẫu thuật nội soi.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa phụ ung thư, bác sĩ phụ sản có kinh nghiệm.

2. Phương tiện

Hệ thống máy nội soi dành cho chuyên ngành phụ khoa.

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

Người bệnh nằm tư thế khám phụ khoa, đầu thấp

➤ Thì 1: Chọc trocar:

- + Chọc trocar 10 ở dưới hoặc trên rốn
- + Bơm CO₂ ổ bụng đến áp lực 15mmHg
- + Đưa đèn soi đánh giá toàn bộ ổ bụng

➤ Thì 2: Vết hạch:

- + Cắt dây chằng tròn càng xa tử cung càng tốt

- + Cắt dây chằng tử cung - buồng trứng, nếu có chỉ định cắt buồng trứng thì cắt dây chằng thất lưng - buồng trứng
- + Mở phúc mạc song song với hướng đi của động mạch chậu ngoài
- + Bộc lộ niệu quản
- + Vết hạch chậu dọc theo động mạch chậu ngoài, tĩnh mạch chậu ngoài, động mạch chậu trong, tĩnh mạch chậu trong cho tới hố bịt đến dây thần kinh bịt

➤ **Thì 3: Cắt tử cung:**

- + Cắt lá phúc mạc ở túi cùng trước, đẩy bàng quang xuống thấp
- + Cắt động mạch tử cung
- + Cắt 2 dây chằng tử cung- cùng, đẩy trực tràng xuống
- + Cắt tử cung hoàn toàn
- + Khâu mỏm âm đạo (qua nội soi hoặc đường âm đạo)
- + Kiểm tra cầm máu, kiểm tra niệu quản, bàng quang
- + Tháo CO₂ và rút trocar,

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
- Tổn thương đường tiêu hóa : ruột, đại tràng, trực tràng
- Tổn thương đường tiết niệu : bàng quang, niệu quản
- Tổn thương mạch máu : đặc biệt dễ tổn thương trong khi vết hạch

PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN + 2 PHẦN PHỤ VÀ VẾT HẠCH CHẬU 2 BÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn + 2 phần phụ và vết hạch chậu 2 bên là phương pháp điều trị ngoại đề cắt bỏ tử cung bị ung thư niêm mạc tử cung.

II. CHỈ ĐỊNH

Ung thư niêm mạc tử cung giai đoạn 1, 2.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Ung thư niêm mạc tử cung giai đoạn 3, 4

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 dụng cụ đại phẫu của phụ khoa ung thư.

3. Người bệnh

- 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:**
 - + Mở bụng đường trắng giữa dưới rốn, có thể kéo lên trên rốn nếu cần
 - + Thăm dò toàn bộ ổ bụng
- **Thì 2: Vết hạch chậu:**
 - + Cắt dây chằng tròn càng xa tử cung càng tốt, sát về phía thành chậu
 - + Cắt dây chằng tử cung- buồng trứng, nếu có chỉ định cắt buồng trứng thì cắt dây chằng thất lưng –buồng trứng
 - + Mở phúc mạc song song với hướng đi của động mạch chậu ngoài
 - + Bộc lộ niệu quản

+ Vết hạch chậu dọc theo động mạch chậu ngoài, tĩnh mạch chậu ngoài, động mạch chậu trong, tĩnh mạch chậu trong cho tới hồ bịt đến dây thần kinh bịt

- **Thì 3:**Cắt tử cung

+ Cắt lá phúc mạc ở túi cùng trước, đẩy bàng quang xuống thấp

+ Cắt động mạch tử cung

+ Cắt 2 dây chằng tử cung- cùng, đẩy trực tràng xuống

+ Cắt tử cung hoàn toàn

+ Khâu mỏm âm đạo

+ Kiểm tra cầm máu, kiểm tra niệu quản, bàng quang

+ 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

- Tồn thương đường tiết niệu : bàng quang, niệu quản

- Chảy máu trong và sau mổ. Phát hiện sớm chảy máu để mổ lại cầm máu

- Viêm phúc mạc

- Tồn thương đường tiêu hóa : ruột, đại tràng, trực tràng

- Tồn thương mạch máu : đặc biệt dễ tổn thương trong khi vết hạch

PHẪU THUẬT WERTHEIM

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt toàn bộ tử cung, 1/3 trên âm đạo, tổ chức thành bên vùng đáy chậu và các hạch bạch huyết thành bên hố chậu (việc cắt hay để lại hai buồng trứng tùy thuộc vào tuổi người bệnh) để điều trị ung thư cổ tử cung.

II. CHỈ ĐỊNH

Ung thư cổ tử cung giai đoạn Ia hoặc Ib

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Ung thư cổ tử cung từ giai đoạn II trở lên (cần xạ trị và hóa chất trước khi phẫu thuật)

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
- Người bệnh và gia đình được tư vấn về nguy cơ phẫu thuật
- Thụt tháo, vệ sinh bụng và âm đạo

4. Hồ sơ bệnh án

Phẫu thuật theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- **Thì 1: Mở bụng:**
 - + Mở bụng đường trắng giữa dưới rốn, có thể kéo lên trên rốn nếu cần
 - + Thăm dò toàn bộ ổ bụng
- **Thì 2: Vét hạch chậu**
 - + Cắt dây chằng tròn càng xa tử cung càng tốt, sát về phía thành chậu
 - + Cắt dây chằng tử cung- buồng trứng, nếu có chỉ định cắt buồng trứng thì cắt dây chằng thắt lưng –buồng trứng
 - + Mở phúc mạc song song với hướng đi của động mạch chậu ngoài
 - + Bộc lộ niệu quản

+ Vết hạch chậu dọc theo động mạch chậu ngoài, tĩnh mạch chậu ngoài, động mạch chậu trong, tĩnh mạch chậu trong cho tới hố bịt đến dây thần kinh bịt

- **Thì 3:**Cắt tử cung

+ Mở lá phúc mạc ở túi cùng trước, đẩy bàng quang xuống thấp

+ Phẫu tích niệu quản đến chỗ cắm vào bàng quang

+ Cắt động mạch tử cung từ chỗ phân nhánh ở động mạch chậu trong

+ Cắt 2 dây chằng tử cung- cùng, đẩy trực tràng xuống

+ Cắt tử cung hoàn toàn khỏi âm đạo kèm theo cắt âm đạo sâu xuống 1-2 cm

+ Khâu mỏm âm đạo

+ Kiểm tra cầm máu, kiểm tra niệu quản, bàng quang

+ 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 vết hạch

PHẪU THUẬT UNG THƯ BUỒNG TRÚNG

CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN, HAI PHẦN PHỤ VÀ MẠC NÓI 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:**

- Vết hạch chậu 2 bên: vết hạch ở chỗ phân nhánh động mạch chậu để làm xét nghiệm tức thì, nếu xét nghiệm dương tính thì vết hạch dọc theo mạch máu đến chỗ phân nhánh 2 động mạch chậu gốc, nếu xét nghiệm còn dương tính thì vết 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 vết hạch.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn là một phương pháp điều trị ngoại khoa để cắt bỏ tử cung.

II. CHỈ ĐỊNH

- U xơ tử cung
- Quá sản nội mạc tử cung điều trị nội không kết quả
- Rong kinh rong huyết điều trị nội không kết quả
- Tổn thương cổ tử cung: CIN II, CIN III, CIS
- Ung thư nội mạc tử cung giai đoạn sớm
- Sau nạo thai trứng có chỉ định cắt tử cung

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có chống chỉ định mổ nội soi
- Ung thư nội mạc tử cung, ung thư cổ tử cung, ung thư buồng trứng giai đoạn muộn

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

bác sĩ chuyên khoa phụ ung thư, bác sĩ phụ sản có kinh nghiệm

2. Phương tiện

Hệ thống máy nội soi dành cho chuyên ngành sản phụ khoa

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
- Hồ sơ bệnh án
- Hồ sơ bệnh án phẫu thuật theo quy định.
- Nằm ở tư thế phụ khoa, đầu thấp, gây mê nội khí quản

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thì 1: Chọc Trocar

- Chọc 1 trocar 10 ở rốn
- Chọc 2 trocar 5 ở hai hố chậu và 1 trocar 5 ở trên mu
- Các trocar cách nhau > 8cm

2. **Thì 2:** Thăm dò toàn bộ ổ bụng
3. **Thì 3:** Đốt và cắt 2 dây chằng tròn
4. **Thì 4:** Cắt 2 dây chằng thắt lưng- buồng trứng hoặc 2 dây chằng tử cung- buồng trứng nếu bảo tồn buồng trứng
5. **Thì 5:** cắt động mạch tử cung
 - Mở lá phúc mạc ở túi cùng trước, đẩy bàng quang xuống thấp
 - Đốt và cắt 2 động mạch tử cung
6. **Thì 6:** Cắt rời tử cung khỏi âm đạo
7. **Thì 7:** Khâu lại mỏm âm đạo: qua đường âm đạo hoặc qua nội soi
8. **Thì 8:** Kiểm tra:
 - Cầm máu
 - Rửa bụng
 - Kiểm tra niệu quản, bàng quang, trực tràng
9. **Thì 9:** Rút các trocar và khâu các lỗ chọc

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
- Tổn thương đường tiêu hóa : ruột, đại tràng, trực tràng
- Tổn thương đường tiết niệu : bàng quang, niệu quản
- Tổn thương mạch máu

PHẪU THUẬT MỞ BỤNG

CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN VÀ HAI PHẦN PHỤ

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 sảy, 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 trường hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thật tháo và sử dụng an thần trước mổ.

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 mổ cắt.
- Tôn 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

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 trường hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thật tháo và sử dụng an thần trước 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 kim 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 dây 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 bóc 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: Thất 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 thất cuống mạch cổ tử cung âm đạo và dây chằng tử cung – cùng.

5. Thì 5: Thất 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 thất 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 kẹp 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 dính vào phúc mạc hai phần phụ mỗi bên.

- Khâu dính mồm 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 tiêu 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; Đính nhiều

- Chảy máu do tuột chỉ buộc cuống mạch hoặc cặp không hết cuống mạch
- Tổn thương niệu quản
- Tổn thương bàng quang
- Tổn thương trực tràng
- Tổn thương ruột

Xử trí: tất cả các trường hợp khó phải chuyển mổ mở

VII. BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT

- Chảy máu: 4 - 6 ngày sau phẫu thuật do nhiễm khuẩn, tổn thương đến mạch máu tiêu chỉ sớm, vì vậy nên sử dụng chỉ lâu tiêu.

- Nhiễm khuẩn
- Tắc ruột: thường do nhiễm trùng tiểu khung gây các vùng dính ruột gây tắc ruột.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT 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.

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 1cm. 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, đẩy 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 1,5cm về phía ngoài. Lần lượt cắt hai cuống mạch tử cung ở hai bên

5. Thì 5: Cắt và khâu móm cắt:

- Cắt tử cung ở mức ngang đoạn eo tử cung. Không cần khâu móm cắt tử cung vì cắt bằng dao điện đã cầm máu.

6. Thì 6: Kiểm tra cầm máu:

- Kiểm tra các cuống mạch và móm 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 trocar ở hố chậu trước, trocar 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 móm 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.

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 trường hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thật tháo và sử dụng an thần trước mổ.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

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 thắt lưng-vòi tử cung (nếu có chỉ định cắt 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: Cặp cắt và thắt động mạch tử cung

Dùng kéo tách và cắt phúc mạc xuyên từ ngoài vào trong và xuống dưới tận 1/3 giữa dây chằng tròn.

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 chéo 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 niệu quản

PHẪU THUẬT NỘI SOI BÓC U XƠ TỬ CUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Bóc u xơ tử cung 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 bóc và cắt bỏ khối u xơ để bảo tồn toàn bộ tử cung.

II. CHỈ ĐỊNH

- Có chỉ định mổ nội soi
- U xơ tử cung dưới phúc mạc hoặc trong cơ 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.
- Khối u xơ tử cung quá to, u xơ dưới niêm mạc
- 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.
- Bàn máy, hệ thống khí CO₂, màn hình TV

- Bộ dụng cụ nội soi cắt tử cung.

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 trocar 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 trocar 5 hoặc trocar 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 trocra 5 hoặc 10
- Đưa đèn soi. Kiểm tra xem trocar đã nằm trong ổ bụng chưa.
- Chọc 2 trocar 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 u xơ tử cung: kích thước, vị trí để xem khả năng có thể bóc bảo tồn được tử cung không.

3. Thì 3: Bóc khối u xơ

Dùng dao một cực rạch một đường ở khối u theo chiều dọc tử cung, chiều dài đường rạch vừa đủ để bóc khối u. bóc khối u và cầm máu diện cắt bằng dao hai cực. Khâu cầm máu diện bóc tách từ đáy diện bóc tách ra ngoài

4. Thì 4: Kiểm tra, cầm máu và tháo CO₂

- Rửa lại ổ bụng vùng tiểu khung, xem dịch nước rửa trong, kiểm tra diện khâu bóc tách không chảy máu, nước rửa trong.
- Tháo CO₂, rút 2 trocar ở hố chậu trước, trocar 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.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Chảy máu sau mổ** có thể do tuột chỉ hoặc lỏng nút buộc. Dấu hiệu 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.

- **Viêm phúc mạc sau mổ** hiếm gặp, phải tiến hành hồi sức, điều trị bằng kháng sinh phối hợp, liều cao và mổ lại để rửa ổ bụng, dẫn lưu.

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 trường hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thật tháo và sử dụng an thần trước mổ.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Theo quy định của Bộ Y tế

2. Kiểm tra người bệnh

- Thăm khám, xét nghiệm để tiên lượng trước phẫu thuật vì có những tử cung to, xơ hóa mà không có nhân xơ tách biệt rõ ràng.

- Phát hiện các bệnh kết hợp, đặc biệt là nhiễm trùng phụ khoa để điều trị trước phẫu thuật.

- Chọn thời điểm sau khi sạch kinh để phẫu thuật.

VI. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN KỸ THUẬT

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 lõi 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 trở 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

VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Chảy máu: tai biến hay gặp nhất

- Sử dụng các mũi chữ X cầm máu hoặc băng 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.

VIII. 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.

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.

II. CHỈ ĐỊNH

- Xuất huyết tử cung bất thường không giải thích được:
- Tiền mãn kinh.
- Ra máu sau mãn kinh.
- Vô sinh

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 khoa Phụ Sản đã được đào tạo.

2. Phương tiện

2.1. 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 30° hoặc 12°.
- 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

2.2. 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 polysaccharide nên có thể gây ra phản ứng dị ứng. Bên cạnh đó, do tính thẩm thấu cao (hyperosmotic) dung dịch này có thể xâm nhập vào hệ tuần hoàn và rất dễ dàng gây phù phổi cấp.

2.3. Khí CO₂

Cũng có thể được dùng trong soi BTC chẩn đoán.

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
- 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.
- Người bệnh nằm tư thế phụ khoa
- Được giảm đau toàn thân

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án phẫu thuật theo qui định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- 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 quan sát và đánh giá ống cổ tử cung, buồng tử cung, niêm mạc tử cung và 2 lỗ vòi trứng

II. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Toàn thân, mạch, huyết áp, ra máu âm đạo trong vòng vài giờ sau thủ thuật.

2. 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 dự phòng

PHẪU THUẬT 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 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 đánh giá các bệnh lý phối hợp
- Được tư vấn về nguy cơ, biến chứng, tai biến của phẫu thuật
- 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.
- Người bệnh nằm tư thế phụ khoa
- Được giảm đau toàn thân

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

1. Thì 1: Soi buồng tử cung chẩn đoán

- Sát khuẩn vùng sinh dục
- Thông tiêu 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.

PHẪU THUẬT SOI BUỒNG TỬ CUNG CẮT POLYP BUỒNG TỬ CUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt políp buồng tử cung thường được tiến hành qua soi buồng tử cung, cắt cuống políp bằng kéo, điện cực hình vòng hoặc bào políp thành từng mảnh bằng vòng cắt.

II. CHỈ ĐỊNH

- Políp buồng tử cung có chỉ định cắt bỏ khi đi kèm với:
- Ra máu bất thường từ tử cung
- Vô sinh
- Nguy cơ ung thư hóa

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, dễ xác định políp nhất

- Có thể 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 xác định thông tin về políp: số lượng, kích thước, vị trí.

- Gây mê toàn thân

3. Dụng cụ

- 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. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

➤ **Bước 1.** Nong cổ tử cung. Dùng nẹp 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 xác định vị trí và số lượng políp.

➤ **Bước 3.** Cắt políp: nối vòng cắt đến phía sau của políp, bật dòng điện và kéo vòng về phía cổ tử cung để cắt políp. 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.

5. THEO DÕI

- Ra máu âm đạo ít hoặc ra máu thấm giọt trong vài ngày sau thủ thuật, thường tự khỏi.

- Kháng sinh toàn thân

6. 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: nếu phát hiện thủng tử cung trong quá trình soi buồng tử cung phải nội soi ổ bụng để đánh giá các cơ quan lân cận và xử trí theo tổn thương

- Hấp thu lượng dịch lớn vào máu: xét nghiệm điện giải đồ, nếu nồng độ ion Na xuống dưới 125 mEq/L cần chăm sóc hồi sức tích cực, thuốc lợi tiểu và truyền dung dịch NaCl 3% tốc độ 1 – 1,5 mEq/l mỗi giờ, làm sao để đạt mức Na 135 mEq/l trong vòng 24.

PHẪU THUẬT

SOI BUỒNG TỬ CUNG TÁCH DÍNH BUỒNG TỬ CUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Điều trị các tổn thương dính buồng tử cung không hoàn toàn (hội chứng Ashermann) bằng phương pháp soi buồng tử cung. Dính buồng tử cung chủ yếu là hậu quả của thủ thuật nạo, hút buồng tử cung.

II. CHỈ ĐỊNH

Dính buồng tử cung không hoàn toàn, có nhu cầu sinh đẻ hay có biến chứng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dính buồng tử cung hoàn toàn
- Dính buồng tử cung không hoàn toàn, không có biến chứng và không có nhu cầu sinh đẻ.

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 đánh giá các bệnh lý phối hợp
- Được tư vấn về nguy cơ, biến chứng, tai biến của phẫu thuật.
- Chụp tử cung-vòi tử cung xác định tổn thương dính buồng tử cung.

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 tư thế phụ khoa
- Giảm đau: giảm đau toàn thân

1. Soi buồng tử cung chẩn đoán

- Sát khuẩn vùng sinh dục
- Thông tiêu 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 dính buồng tử cung.

2. Soi buồng tử cung phẫu thuật:

- Tiến hành nong cổ tử cung đến 10,5
- Đưa kính soi phẫu thuật vào buồng tử cung
- Sử dụng đầu cắt thẳng hay bóng lăn để cắt tổn thương dính. Chỉ thực hiện cắt tổn thương khi quan sát rõ ràng.
- Cắt hết tổn thương dính
- Soi lại buồng tử cung để kiểm tra bảo đảm không chảy máu và buồng tử cung toàn vẹn.
- Có thể đặt dụng cụ tử cung hay những dụng cụ chuyên biệt để tránh dính lại.

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.
- 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 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.

Ghi chú: phẫu thuật này thường hay thực hiện soi ổ bụng kết hợp với mục đích chẩn đoán vô sinh và kiểm soát thủ thuật cắt vách ngăn qua soi buồng tử cung.

PHẪU THUẬT SOI BUỒNG TỬ CUNG CẮT VÁCH NGĂN TỬ CUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt vách ngăn dọc buồng tử cung bằng phương tiện soi buồng tử cung trong trường hợp vách ngăn dọc làm cho người bệnh bị vô sinh hay sảy thai, đẻ non liên tiếp.

II. CHỈ ĐỊNH

Vách ngăn dọc tử cung làm cho người bệnh không có con.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các kiểu dị dạng sinh dục khác.

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, dụng cụ nội soi ổ 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
- Chụp tử cung-vòi tử cung xác định tổn thương, độ thông vòi tử cung

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 tư thế phụ khoa
- Giảm đau: giảm đau toàn thân

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 buồng tử cung hai bên vách ngăn, xác định vị trí, kích thước, hình dạng vách ngăn.

2. Soi buồng tử cung phẫu thuật

- Tiến hành nong cổ tử cung đến 10,5
- Đưa kính soi phẫu thuật vào buồng tử cung
- Sử dụng đầu cắt thẳng hay bóng lăn để cắt vách ngăn (có tác giả dùng kéo hay dùng laser). Vị trí cắt nằm chính giữa chiều cao của vách ngăn. Chỉ thực hiện cắt tổn thương khi quan sát rõ ràng.
- Cắt hết vách ngăn dựa trên cơ sở vị trí của hai lỗ vòi tử cung. Thường cắt tới đường tưởng tượng nối hai lỗ vòi tử cung.
- Soi lại buồng tử cung bảo đảm không chảy máu 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.
- 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. 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.

Ghi chú: thường hay thực hiện soi ổ bụng kết hợp với mục đích chẩn đoán vô sinh và kiểm soát thủ thuật cắt vách ngăn qua soi buồng tử cung.

SOI BUỒNG TỬ CUNG LẤY DỊ VẬT

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 đánh giá các bệnh lý phối hợp
- Được tư vấn về nguy cơ, tai biến của thủ thuật
- Đã được thử lấy dị vật qua đường âm đạo nhưng thất bại
- Siêu âm, chụp Xquang bụng không chuẩn bị, chụp tử cung-vòi tử cung
- Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật, ký giấy cam đoan phẫu thuật.

4. Nơi thực hiện thủ 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 bé cạnh cổ tử cung.
- 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.

CẮT CỤT CỔ TỬ CUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt cụt cổ tử cung là phương pháp cắt bỏ phần cổ tử cung nằm trong âm đạo, đến lỗ trong cổ tử cung. Thủ 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 tại chỗ cổ tử cung (CIS) ở người bệnh còn nhu cầu có con

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.
- 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

KHOẾT 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

- Người bệnh được soi cổ tử cung và sinh thiết làm mô bệnh học trước khi chỉ định khoét chóp.
- 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.
- Gây mê hoặc gây tê vùng.
- Người bệnh nằm tư thế phụ khoa, thông tiêu.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- **Bước 1.** Đặt thông tiêu. 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 chéo 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.

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 vọt)
- 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

- Người bệnh được chuẩn bị chu đáo về tinh thần, giải thích đầy đủ về các bước tiến hành
- Tháo bỏ các đồ trang sức (nhẫn, vòng, đồng hồ)
- Nếu người bệnh có viêm nhiễm phụ khoa thì cần điều trị trước khi tiến hành thủ thuật
- Tiến hành thủ thuật sau sạch kinh là tốt nhất

4. Hồ sơ bệnh án: theo quy định của Bộ Y tế

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 vọt 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

PHẪU THUẬT CẮT POLYP 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

Xét nghiệm tế bào cổ tử cung /mô bệnh học để loại trừ các tổn thương tiền ung thư/ung thư.

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.** Bôi chất dính Monsel và ép vào vị trí cuống/diện cắt để cầm máu.

Có thể nhét gạc âm đạo 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 tùy 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

PHẪU THUẬT NỘI SOI

CẮT U BUỒNG TRỨNG HOẶC CẮT PHẦN PHỤ

I. ĐẠI CƯƠNG

Hiện nay nội soi đang dần chiếm ưu thế trong phẫu thuật cắt u buồng trứng hoặc phần phụ, tuy nhiên không phải tất cả vẫn các ca đều mổ nội soi được mà bắt buộc phải phải mở bụng để thực hiện các phẫu thuật trên vì dính hoặc mổ cũ nhiều lần hoặc có những chống chỉ định cho nội soi.

II. CHỈ ĐỊNH

- U buồng trứng không nghi ngờ ác tính và không quá to, không quá dính.
- Nang nước cạnh vòi trứng.
- Viêm ú mũ vòi trứng.
- Ung thư vú có chỉ định cắt buồng trứng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang trong chu kỳ kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi.
- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu.
- Các bệnh nội khoa và các trường hợp có chống chỉ định mổ nội soi.
- Khô 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.
- Bàn 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 định.
- Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra.
- Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần
- Vệ sinh tại chỗ, thụt tháo.
- Sát khuẩn vùng bụng, trải khăn vô khuẩn

- Gây mê nội khí quản

4. Hồ sơ bệnh án:

- Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bơm hơi ổ phúc mạc (qua kim hoặc qua trocar);
- Đưa đèn soi vào ổ bụng;

1. Cắt khối u buồng trứng qua nội soi

- Thăm khám đánh giá tình trạng khối u buồng trứng xem mức độ di động và dính với các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để khối u bị vỡ.

- Nếu dính nhiều tiên lượng khó khăn khi cắt bằng nội soi thì phải chuyển sang mổ mở

****Bóc u nang buồng trứng***

- Dùng dao một cực rạch trên mặt khối u dài khoảng 2cm sát với buồng trứng lành

- Dùng forcep nhỏ cặp một bên mép của vết rạch khối u và kéo lên cao

- Dùng que gậy, 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 trocar, khâu lại chỗ rạch bụng

****Cắt khối u***

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u từ dây chằng thất 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 trocar, 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 vôi - 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 trocar, 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
- Sung đỏ do viêm nhiễm
- Theo dõi tình trạng nước tiểu: có máu không và số lượng trong 24 giờ
- Cắt chỉ sau mổ 5 ngày
- Bình thường ra viện sau 24 hoặc 48 giờ

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tai biến và xử trí nói chung giống như nội soi ổ bụng thông thường
- Nếu chảy máu không cầm được thì phải chuyển mổ mở

PHẪU THUẬT 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 định.

- 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 được chuẩn bị theo qui 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) kim 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) kim có răng to, chắc khỏe cặp cuống khối u, cách kim trước 1 đến 1,5 cm
- Dùng kéo cong cắt bỏ khối u
- Khâu móm cắt.
- Nếu khối u to, sau khi bóc lột kỹ, có thể dùng 2 hoặc 3 kim cặp lõi khối u lên, chọc một lỗ để hút bớt dịch trong khối u, sau đó dùng kim 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 mũ VTC)
- Dùng một kim có răng to, chắc khỏe cặp dây chằng thắt lưng – buồng trứng và dây chằng rộng sát với tử cung
- Dùng một kim có răng to, chắc khỏe cặp cách kim trước 1 đến 1,5 cm
- Dùng kéo cong cắt bỏ phần phụ
- Khâu móm 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

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn dưới tác động của CO₂ và dịch soi buồng tử cung, dịch rửa ổ bụng khi soi ổ bụng.

- Thủng tử cung do quá trình soi buồng tử cung, đặc biệt khi nội soi buồng tử cung phẫu thuật.
- Tổn thương mạch máu, hệ tiết niệu, hệ tiêu hóa trong quá trình phẫu thuật.
- Nhiễm trùng, chảy máu trong

PHẪU THUẬT CHỮA NGOÀI TỬ CUNG VỠ

I. ĐỊNH NGHĨA

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

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

II. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- Mổ cấp cứu, hồi sức tích cực trước, trong và sau phẫu thuật.

III. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có choáng hoặc huyết động không ổn định.
- Việc tiếp cận nội soi quá khó khăn như dính nhiều vùng tiểu khung.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa sản đã từng làm phẫu thuật trong sản phụ khoa.
- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

2. Phương tiện, thuốc

- Bộ phẫu thuật ổ bụng.
- Các loại dịch truyền thay máu và các thuốc hồi sức.
- Thuốc tiền mê, gây mê, nội khí quản.
- Máu cùng loại trong ca mất máu nhiều cần truyền máu cấp cứu.

3. Người bệnh

- Được tư vấn về lý do phải mổ cấp cứu và nguy cơ có thể xảy ra, ký giấy cam đoan mổ. Nếu người bệnh choáng nặng thì người nhà ký thay.
- Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông tiểu sát khuẩn thành bụng vùng mổ.
- Tiền mê, hồi sức tích cực trong ca choáng mất máu nặng.
- Gây mê nội khí quản để chủ động về hô hấp và tuần hoàn trong khi mổ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Rạch bụng đường giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ, qua các lớp da, cân, cơ, phúc mạc để vào ổ bụng.
- Dùng 2 panh kẹp nhấc phúc mạc lên cao và mở phúc mạc. Kiểm tra xem có máu trong ổ bụng, máu màu gì
- Nếu có nhiều máu đỏ tươi: mức máu trong ổ bụng đổ vào chai có chứa Natri citrat qua phễu có 8 lần gạc để lọc lấy lại máu truyền cho người bệnh.
- Nếu máu trong bụng màu 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 kim có máu kẹp sát với tử cung, nơi mạc treo vòi ít mạch máu, dùng kéo cắt khối chứa 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 chữa ở đoạn kẽ tử cung (khối chứa nằm ngoài dây chằng tròn) thì có thể cắt góc tử cung hay cắt tử cung bán phần nếu người bệnh có 2 con, trên 35 tuổi.
- Nếu chữa 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. 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.

PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ CHỨA NGOÀI TỬ CUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Chứa ngoài tử cung là hiện tượng trứng đã thụ tinh làm tổ ở ngoài buồng tử cung.

Các vị trí của chứa ngoài tử cung: vòi tử cung (chiếm 95 – 98%), buồng trứng, ống cổ tử cung, ổ bụng.

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

II. CHỈ ĐỊNH

- Chứa ngoài tử cung với huyết động ổn định.
- Chẩn đoán các trường hợp nghi ngờ chứa ngoài tử cung
- **Các yếu tố nguy cơ của Bruhat:**

STT	Yếu tố nguy cơ	Số điểm
1	Tiền sử chứa ngoài tử cung	2
2	Sau đó mỗi lần chứa 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	1

- **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
- Chứa ngoài tử cung vỡ gây trụ 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 chữa 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 phẫu thuật 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 trocar đèn soi (đây là điểm chọc phổ biến nhất). Trong ca có sẹo mổ cũ đường trắng giữa dưới rốn thì có thể chọc kim ở vị trí hạ sườn trái hoặc nội soi mở.

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

➤ Thì 2: Chọc Trocart

- Chọc trocar đèn soi (trocart 10 hoặc 5) ở ngay mép rốn và trocar phẫu thuật 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 chứa 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 chứa, cầm máu từ eo vòi tử cung, vừa cầm máu vừa cắt bằng kéo hoặc dao điện 1 cực dọc theo bờ mạc treo vòi tử cung về phía loa, cần chú ý nhánh nối giữa động mạch buồng trứng và động mạch tử cung.

+ Lấy bệnh phẩm: phần vòi tử cung cắt bỏ được cho vào túi nội soi sau đó lấy ra ngoài qua thành bụng, có thể lấy từng phần qua trocar to nhưng không nên vì dễ 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 phẳng nhất bằng dao điện 1 cực, có thể rạch rộng hơn để có thể lấy hết khối chứa 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 đôi 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. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tai biến của phẫu thuật nội soi nói chung

- Tồn thương đường tiêu hoá
- Tồn thương hệ tiết niệu
- Tồn thương vòi tử cung
- Bỏng do điện
- Chảy máu trong mổ

2. Tai biến của nội soi điều trị chữa ngoài tử cung

- Ngoài các tai biến, biến chứng chung của soi ổ bụng can thiệp, soi ổ bụng điều trị chữa 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 chứa dính với ruột, thành chậu hông

+ Tồn 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

PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ TẮC VÒI TỬ CUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Chụp tử cung - vòi tử cung có bơm thuốc cản quang nhằm mục đích thăm dò buồng tử cung và độ thông của vòi tử cung. Tất cả các người bệnh khám vô sinh đặc biệt là các trường hợp có tiền sử viêm nhiễm đường sinh dục, nạo hút thai hay đặt dụng cụ tử cung cần chụp tử cung vòi tử cung có bơm thuốc cản quang. Nếu người bệnh bị tắc vòi tử cung cần được phẫu thuật nội soi can thiệp.

Sau phẫu thuật tùy thuộc vào khả năng can thiệp được mà có thể chỉ định điều trị bằng bơm tinh trùng vào buồng tử cung hoặc thụ tinh trong ống nghiệm.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vô sinh do tắc vòi tử cung một hoặc hai bên
- Vô sinh không rõ nguyên nhân.
- Tắc vòi tử cung trước thụ tinh trong ống nghiệm trong trường hợp vòi tử cung giãn ứ nước.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định phẫu thuật nội soi vì bệnh lý toàn thân
- Chống chỉ định mổ nội soi vì dính nhiều
- Các ca tắc kẽ vòi tử cung cần cân nhắc vì không thể mở thông được

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp gây mê hồi sức.
- Kíp phẫu thuật: bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi trong sản phụ khoa.

2. Chuẩn bị trang thiết bị

- Dàn mổ nội soi: đèn soi, nguồn sáng, màn hình, hệ thống bơm khí CO₂
- Các dụng cụ nội soi: kẹp không chấn thương, kéo, dao điện một cực và hai cực, hệ thống bơm rửa và hút.
- Dụng cụ bơm thuốc qua cổ tử cung. Trong trường hợp soi buồng tử cung cần có bộ soi buồng tử cung, bộ nong cổ tử cung.
- Mỏ vịt, pince, bơm tiêm, xanh methylene
- Gạc sát trùng, dung dịch sát trùng

3. Chuẩn bị người bệnh

- Thời điểm phẫu thuật tốt nhất là sau khi sạch kinh, cũng có thể phẫu thuật vào pha hoàng thể để đánh giá phóng noãn.
- Khám và làm các xét nghiệm đánh giá nguyên nhân vô sinh
- Khám lâm sàng, đánh giá tình trạng toàn thân và các xét nghiệm cơ bản trước mổ.

- Thụt tháo trước mổ.
- Chuẩn bị cổ tử cung bằng prostaglandin đặt âm đạo nếu có soi buồng tử cung.
- Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật.
- Người bệnh nằm tư thế Trendelenburg; đặt ống thông bàng quang.
- Sát trùng vùng bụng, đùi và vùng sinh dục.
- Gây mê toàn thân

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thì 1: Soi buồng tử cung

- Đặt mỏ vịt, đặt cân bơm thuốc qua cổ tử cung;
- Nong cổ tử cung (nếu cần);
- Đưa ống soi buồng tử cung qua cổ tử cung, vào buồng tử cung nhờ bơm nước muối sinh lý làm căng phòng buồng tử cung, khảo sát từ ống cổ tử cung đến buồng tử cung, niêm mạc tử cung, 2 lỗ vòi tử cung xem có tổn thương gì (polip, nhân xơ, vách ngăn, dính, ung thư,...) và xử trí theo tổn thương (nội soi buồng tử cung phẫu thuật hay nạo sinh thiết).

2. Thì 2: Nội soi ổ bụng

- Bơm hơi ổ phúc mạc (qua kim hoặc qua trocar);
- Đưa đèn soi vào ổ bụng;
- Đánh giá toàn bộ vùng bụng, gan và tiểu khung (tử cung, 2 buồng trứng, 2 vòi tử cung, cùng đồ,...);
- Chọc hai trocar 5 hai bên hố chậu để thao tác, chọc thêm trocar 5 trên khớp vệt trong trường hợp khó;
- Gỡ dính vòi tử cung và xung quanh tử cung, buồng trứng, cùng đồ Douglas ;
- Mở thông loa vòi, tạo hình loa vòi tử cung;
- Bơm xanh methylen qua cổ tử cung;
- Đánh giá độ thông của thuốc qua loa vòi tử cung;
- Cầm máu bằng dao điện;
- Rửa sạch ổ bụng;
- Tháo khí CO₂ và rút trocar khỏi ổ bụng;
- Khâu lại lỗ chọc trocar;
- Tháo mỏ vịt và cân bơm, sát trùng lại cổ tử cung và âm đạo;
- Dùng kháng sinh sau mổ.

VI. THEO DÕI VÀ TAI BIẾN

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn dưới tác động của CO₂ và dịch soi buồng tử cung, dịch rửa ổ bụng khi soi ổ bụng.

- Thủng tử cung do quá trình soi buồng tử cung, đặc biệt khi nội soi buồng tử cung phẫu thuật.
- Tổn thương mạch máu, hệ tiết niệu, hệ tiêu hóa trong quá trình phẫu thuật.
- Nhiễm trùng.

PHẪU THUẬT NỘI SOI

TẠO HÌNH VÒI TỬ CUNG, NÓI LẠI VÒI TỬ CUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật tái tạo lại độ thông của vòi tử cung bằng kỹ thuật nội soi ổ bụng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Nói lại vòi tử cung sau triệt sản
- Viêm dính quanh vòi tử cung, tắc vòi tử cung đoạn xa

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương vòi tử cung quá nặng, không có khả năng phục hồi chức phận, cần phải thực hiện cắt vòi tử cung.
- Tắc vòi tử cung đoạn gần (đoạn kẽ, đoạn eo) do viêm nhiễm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản đã được đào tạo.

2. Phương tiện

Dụng cụ nội soi ổ bụng chẩn đoán và phẫu thuật. Khi nói lại vòi tử cung cần có bộ dụng cụ nội soi với đường kính 3 mm. Chỉ khâu cỡ 6/0 hay 7/0.

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
- Xét nghiệm vô sinh đầy đủ
- Chụp tử cung-vòi tử cung, đánh giá hai vòi tử cung và buồng tử cung.

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 ngửa lên bàn, hai chân duỗi thẳng và dạng rộng. Trợ thủ 2 ngồi giữa hai chân người bệnh.

- Đặt cân bơm thuốc vào buồng tử cung.

1. Giảm đau: gây mê nội khí quản

2. Soi ổ bụng chẩn đoán

- Vị trí đặt các trocar: ở mép dưới rốn, hai hố chậu. Nếu cần thì thêm trocar ngay bờ trên khớp vệ
- Quan sát tầng trên rốn, chú ý quan sát gan
- Quan sát tiểu khung: đánh giá tử cung, hai buồng trứng, hai vòi tử cung, các cùng đồ
- Đánh giá độ thông của vòi tử cung bằng nghiệm pháp xanh methylen

3. Tạo hình vòi tử cung

- Nên sử dụng 4 trocar (ở rốn, hai hố chậu và bờ trên khớp mu)
- Tôn trọng nguyên tắc: hạn chế gây chấn thương đến mức tối đa
- Gỡ dính giải phóng hoàn toàn hai vòi tử cung và hai buồng trứng, cùng đồ (gỡ dính giải phóng đến mức tối đa, tôn trọng giải phẫu).
- Loạ vòi bị chít hẹp: mở rộng loa vòi, cầm máu chọn lọc. Làm cho các tua loa ưỡn ra.
- Loạ vòi thành túi bịt: mở loa vòi, tạo các tua loa. Cầm máu thật chọn lọc, hạn chế làm tổn thương vòi. Chú ý làm cho các tua loa ưỡn ra xung quanh để hạn chế dính lại sau mổ.
- Bơm xanh methylen kiểm tra độ thông vòi tử cung.
- Kiểm tra cầm máu và rửa ổ bụng.

4. Nối lại vòi tử cung

- Nên sử dụng 4 trocar (ở rốn, hai hố chậu và bờ trên khớp mu)
- Tôn trọng nguyên tắc: hạn chế gây chấn thương đến mức tối đa.
- Gỡ dính giải phóng hai đầu vòi tử cung và hai buồng trứng nếu bị dính.
- Cắt sẹo vòi tử cung, cắt sát vào tổn thương.
- Bơm xanh methylen kiểm tra độ thông của đoạn gần tử cung
- Thực hiện nối vòi tử cung theo kỹ thuật nối tận - tận. Khâu mũi nối ở bờ mạc treo vòi, mũi khâu quan trọng nhằm ráp hai đầu vòi lại với nhau.
- Phần còn lại của miệng nối có thể khâu từ 1 đến 3 mũi.
- Bơm xanh methylen kiểm tra độ thông vòi tử cung (không bắt buộc thuốc phải đi qua chỗ nối để ra ở loa vòi).
- Thực hiện kỹ thuật tương tự ở vòi tử cung bên đối diện
- Kiểm tra cầm máu và rửa ổ bụng.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi chung như người bệnh hậu phẫu
- Chụp lại buồng tử cung sau vài tháng (nếu cần)
- Chỉ định IUI từ 4 đến 6 chu kỳ

VII. TAI BIẾN

- Tràn khí dưới da
- Tổn thương đường tiêu hóa
- Tổn thương đường tiết niệu
- Tổn thương mạch máu

VI PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VÒI TỬ CUNG, NÓI LẠI VÒI TỬ CUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật tái tạo lại độ thông vòi tử cung bằng kỹ thuật vi phẫu, phục hồi khả năng sinh đẻ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vòi tử cung bị thắt hoặc cắt do chửa ngoài tử cung
- Tổn thương vòi tử cung.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương vòi tử cung quá nặng, không có khả năng phục hồi chức phận, cần phải thực hiện cắt vòi tử cung.
- Tắc vòi tử cung đoạn gần (đoạn kẽ, đoạn eo) do viêm nhiễm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản đã được đào tạo.

2. Phương tiện

Kính sinh hiển vi hay kính lúp, bộ dụng cụ vi phẫu thuật.

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
- Xét nghiệm vô sinh đầy đủ
- Chụp tử cung – vòi tử cung, đánh giá hai vòi tử cung và buồng tử cung.

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 ngửa lên bàn, hai chân duỗi thẳng.
- Đặt ống thông bàng quang
- Đặt ống thông Foley vào buồng tử cung (qua đường âm đạo) để bơm xanh methylen khi cần trong phẫu thuật.
- Gây mê nội khí quản

Tiến trình phẫu thuật

- Mở bụng

- Kiểm tra ổ bụng, bộc lộ vùng tiêu khùng, đánh giá tổn thương, đặc biệt là hai vòi tử cung.
- Tiến hành gỡ dính, giải phóng tối đa hai phần phụ (nếu có)
- Cắt bỏ tổn thương, kiểm tra độ thông của đoạn vòi gần còn lại.
- Đặt catheter vào hai đoạn vòi còn lại
- Thực hiện nối vòi tử cung tận-tận: mũi mạc treo và các mũi còn lại bằng chỉ số 6/0 hay 7/0.
- Lần lượt nối cả hai vòi tử cung.
- Sau khi nối xong, bơm xanh methylen kiểm tra độ thông (xanh methylen có thể chảy qua miệng nối)
- Liên tục tưới huyết thanh vào chỗ nối vòi trong lúc mổ

VI. THEO DÕI

- Theo dõi chung như người bệnh hậu phẫu
- Chụp lại buồng tử cung sau vài tháng (nếu cần)
- Chỉ định IUI từ 4 đến 6 chu kỳ

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Các tai biến chung của phẫu thuật mở bụng

PHẪU THUẬT NỘI SOI XỬ TRÍ VIÊM PHÚC MẠC TIỂU KHUNG, VIÊM PHẦN PHỤ, Ứ MỬ VÒI TỬ CUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm vùng chậu là nguyên nhân phổ biến gây đau vùng chậu và vô sinh, các biến chứng cấp tính gồm áp xe vòi tử cung, buồng trứng và viêm phúc mạc tiểu khung. Phần lớn nguyên nhân viêm vùng chậu là do viêm nhiễm đường sinh dục dưới.

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm cấp phần phụ đã được điều trị nội khoa từ 48 đến 72 giờ.
- Áp xe phần phụ cần dẫn lưu hoặc cắt bỏ khối áp-xe phần phụ.
- Viêm dính gây đau vùng chậu mạn tính.
- Vỡ khối áp xe phần phụ, viêm phúc mạc tiểu khung.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có tiền sử phẫu thuật ổ phúc mạc như phẫu thuật ruột, sửa chữa thoát vị rốn, viêm ruột thừa vỡ, tiền sử xạ trị... gây tình trạng dính nặng ổ phúc mạc hoặc làm thay đổi các cấu trúc giải phẫu trong hố chậu.
- Rối loạn huyết động, rối loạn đông chảy máu.
- Viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng thành bụng.
- Bệnh lý tim mạch, phổi, gan cấp tính.
- Lao phúc mạc.
- Tắc hoặc liệt ruột.
- Chống chỉ định tương đối trong béo phì, thai nghén.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản đã được đào tạo.

2. Phương tiện

Dụng cụ nội soi ổ bụng chẩn đoán và phẫu thuật.

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích đầy đủ các lợi ích, nguy cơ có thể xảy ra trong phẫu thuật và có thể chuyển sang phẫu thuật mở bụng.

- Chuẩn bị xét nghiệm, khám phụ khoa, cấy dịch âm đạo.
- Vệ sinh, thụt tháo.
- Kháng sinh đã được sử dụng theo đúng phác đồ.
- Đặt thông Foley bàng quang.

- Tư thế người bệnh: người bệnh được đặt tư thế phụ khoa, hai đùi dạng rộng cho phép tiếp cận tới âm đạo, đặt tư thế Trendelenburg sau khi đã chọc trocar mang kính soi.

4. Hồ sơ bệnh án:

Hồ sơ bệnh án phẫu thuật theo qui định.

5. Nơi thực hiện thủ thuật:

Phòng mổ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thì 1: Chọc trocar và bơm khí

Vị trí chọc có thể, ngay dưới mép rốn hoặc có thể trên rốn gần mũi ức trong ca khối u lớn. Trường hợp dính nhiều, chọc kim Veress và bơm CO₂ trước khi đưa Trocar vào hoặc áp dụng kỹ thuật Hasson (nội soi mở).

2. Thì 2: Quan sát ổ phúc mạc

- Quan sát toàn bộ ổ phúc mạc.
- Đặt người bệnh ở tư thế Trendelenburg chọc thêm 2 – 3 trocar ở 2 hố chậu, trên vệt.

- Đánh giá tổn thương, lấy dịch ổ phúc mạc làm xét nghiệm.

- Giải phóng các dải dính.

3. Thì 3: Xử trí nguyên nhân

Nếu viêm phúc mạc do áp xe phần phụ, ứ mủ vòi tử cung:

- Người bệnh dưới 40 tuổi, còn có nguyên vọng sinh đẻ, có thể thực hiện:
+ Bọc lộ khối áp xe.
+ Dùng dao điện đơn cực mở ổ áp xe ở bờ tự do vòi tử cung, dẫn lưu mủ, đốt cầm máu diện rộng. Trong quá trình thao tác hạn chế phát tán thêm mủ, dịch viêm vào ổ phúc mạc.

+ Rửa ổ phúc mạc.

+ Đặt dẫn lưu

- Người bệnh trên 40 tuổi, đủ con: cắt phần phụ bị tổn thương.

- Nếu những trường hợp nội soi khó khăn, chuyển mổ mở.

4. Thì 4: Làm sạch khoang bụng

- Lấy bỏ các giả mạc.

- Rửa bằng dung dịch Ringer Lactat hoặc dung dịch muối sinh lý làm ấm.

5. Thì 5: Đặt dẫn lưu

- Dùng ống dẫn lưu mềm đặt túi cùng sau trong trường hợp cần thiết
- Kết thúc phẫu thuật, lấy bệnh phẩm, tháo CO₂, đóng bụng
- Có thể chụp ảnh, ghi hình để thông báo cho người bệnh, lưu thông tin để theo dõi điều trị.

VI. THEO DÕI

- Điều trị nội khoa sau mổ dựa vào kháng sinh đồ (nếu có).

- Theo dõi cải thiện các triệu chứng lâm sàng
- Nuôi dưỡng.
- Chăm sóc tại chỗ ống dẫn lưu (nếu có).
- Vận động sớm.
- Phát hiện biến chứng

VII. TAI BIẾN

- Tổn thương các tạng rỗng và mạch máu khi chọc trocar.
- Tổn thương đường tiết niệu, tiêu hóa.

PHẪU THUẬT MỞ BỤNG XỬ TRÍ VIÊM PHỨC MẠC TIÊU KHUNG, VIÊM PHẦN PHỤ, Ứ MỮ VÒI TỬ CUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm phúc mạc tiêu khung nguyên nhân thường gặp là do vỡ áp xe ở vòi tử cung, buồng trứng, nhiễm trùng sau mổ lấy thai, sảy thai nhiễm trùng, nhiễm trùng tiêu 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 phẫu thuật theo qui 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 thừa 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, Aminosit, 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.

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
- Nền 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 phẫu thuật theo qui định.

5. Nơi thực hiện

Phòng mổ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- **Thì 1.** Sát trùng và thông tiêu.
- **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, bóc lộ dây chằng bên tử cung phần dưới của dây chằng rộng và dây 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 bóc 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

PHẪU THUẬT MANCHESTER

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật bao gồm: phục hồi thành trước và thành sau âm đạo, kèm theo cắt cổ tử cung.

II. CHỈ ĐỊNH

- Phụ nữ trẻ vẫn muốn có con, sa sinh dục độ II
- Người già sa sinh dục độ II nhưng không có điều kiện phẫu thuật Crossen hoặc cắt tử cung hoàn toàn đường bụng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh già yếu, không đủ sức khỏe, mắc các bệnh nội khoa nặng
- Đang có viêm nhiễm đường sinh dục
- Viêm nhiễm tiểu khung, dính nhiều ở tiểu khung

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 phẫu thuật theo qui định.

5. Nơi thực hiện

Phòng mổ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

➤ **Thì 1.** Nong rộng cổ tử cung.

➤ **Thì 2.** Rạch và bóc tách mảnh niêm mạc thành trước âm đạo.

- Đường rạch theo hình tam giác, có cạnh đáy vòng quanh trước cổ tử cung ra hai bên, cách đầu cổ tử cung khoảng 1 đến 1,5 cm.

- Bóc tách mảnh niêm mạc ra khỏi thành bàng quang bị sa ở phía sau (có thể dùng một ống thông dẫn lưu nước tiểu để làm mốc bóc tách).

➤ **Thì 3.** Bóc tách bàng quang bị sa và đẩy bàng quang lên trên.

Dùng ngón tay bọc gạc hoặc kẹp cặp gạc gấp hình củ ấu vừa đẩy vừa tách bàng quang khỏi mặt trước tử cung đến tận túi cùng trước.

Chú ý: tách rộng và đẩy hai bên bằng quang lên cao, để tránh gập niệu quản khi khâu phủ niêm mạc qua mồm cắt bằng mũi khâu Fothergil.

➤ **Thì 4.** Bóc tách niêm mạc thành sau âm đạo.

- Rạch ngang vòng mặt sau cổ tử cung nối tiếp với đường rạch ngang phía trước cổ tử cung.

- Dùng ngón tay bọc gạc hoặc kẹp cặp gạc gấp hình củ ấu đẩy lớp niêm mạc khỏi mặt sau tử cung cho tận đến cùng đồ Douglas, nhưng không mở cùng đồ.

➤ **Thì 5.** Cặp cuống mạch cổ tử cung cùng với dây chằng bên.

Dùng kẹp động mạch tử cung cặp để thắt cuống mạch cổ tử cung cùng với dây chằng bên ở vị trí dưới đường cắt đứt cổ tử cung.

➤ **Thì 6.** Cắt đứt cổ tử cung.

Sau khi đã bóc tách hết niêm mạc âm đạo trước và sau, bộc lộ rõ phần dưới tử cung và cổ tử cung. Dùng dao cắt ngang cổ tử cung ở vị trí cách phía dưới lỗ trong 1 cm

➤ **Thì 7.** Phủ niêm mạc âm đạo lên mồm cắt cổ tử cung phần sau.

Kéo niêm mạc âm đạo phủ qua mồm cắt lộn vào phía trong lỗ cổ tử cung bằng các mũi khâu (mũi khâu Stumdorf).

Mũi khâu lộn niêm mạc Bonney hoặc mũi khâu vòng nan hoa xe Henter.

➤ **Thì 8.** Cố định mồm cắt đứt cổ tử cung lên phía trên và ra sau bằng mũi khâu Fothergil để cố định mồm cắt ở tư thế này.

Thực hiện mũi khâu Fothergil: dùng chỉ tiêu khâu từ niêm mạc âm đạo bên qua đầu thắt nút của dây chằng bên đến mặt trước giữa eo, mũi kim xuyên thẳng vào trong cổ tử cung rồi xuyên lộn lên mặt trước cổ tử cung ở vị trí cạnh lỗ xuyên xuống để khâu qua đầu thắt nút dây chằng bên đối diện.

➤ **Thì 9.** Phục hồi lỗ cổ tử cung.

- Phủ niêm mạc âm đạo qua mặt trước mồm cắt đứt bằng mũi khâu Hunter hoặc mũi khâu Bonney để phủ qua đầu mồm cắt đứt.

- Thắt nút mũi khâu Fothergil cổ tử cung sẽ được kéo lệch lên phía sau và niêm mạc âm đạo sẽ được kéo vào che phủ mồm cắt cổ tử cung phía trước.

➤ **Thì 10.** Khâu phục hồi thành trước âm đạo.

Dùng chỉ tiêu, khâu mũi rời thành trước âm đạo 2 lớp.

➤ **Thì 11.** Khâu phục hồi thành sau âm đạo.

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.

PHẪU THUẬT TẠO HÌNH TỬ CUNG STRASSMAN

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật Strassman là phẫu thuật tạo hình buồng tử cung trong trường hợp tử cung hai sừng hay tử cung có vách ngăn.

II. CHỈ ĐỊNH

Tử cung hai sừng hay tử cung có vách ngăn làm ảnh hưởng đến khả năng sinh đẻ.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa phụ sản

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật đường bụng.

3. Người bệnh

- Không có biểu hiện của triệu chứng viêm nhiễm đường sinh dục.
- Mới sạch kinh.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án phẫu thuật theo qui định.

5. Nơi thực hiện

Phòng mổ

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Phẫu thuật tử cung hai sừng không có vách ngăn (vách ngăn không rõ)

- Thì 1. Mở thành bụng.
Mở thành bụng đường giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ
- Thì 2. Mở buồng tử cung.

Đường rạch ngang phía trước thân tử cung cách đáy khoảng 2 cm vòng ngược hai bên từ sừng bên phải sang sừng bên trái.

- Thì 3. Khâu thành tử cung.

- Dùng 2 sợi chỉ perlon khâu chính giữa mép cắt phía trên và dưới để làm mốc kéo theo chiều dọc thân tử cung, biến vết rạch ngang thành dọc.

- Khâu dọc theo mép rạch hai lớp. Sau khi khâu hình dạng tử cung sẽ thay đổi, tăng chiều dài và giảm chiều ngang, mất hình tử cung hai sừng.

- Thì 4. Đóng thành bụng.

2. Phẫu thuật tử cung hai sừng có vách ngăn (vách ngăn không hoàn toàn)

- **Thì 1.** Mở thành bụng.
Mở thành bụng đường giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ
- **Thì 2.** Mở buồng tử cung và cắt vách ngăn.

- Đường rạch ngang ở đáy tử cung từ sừng bên phải sang sừng bên trái bộc lộ buồng tử cung và vách ngăn đỡ dang

- Cắt vách ngang mặt trước và sau.

- **Thì 3.** Khâu lại thành tử cung.

Dùng hai sợi chỉ perlon bền khâu chính giữa mép cắt để làm mốc kéo và khâu thành tử cung theo chiều dọc hai lớp như đã mô tả ở trên.

- **Thì 4.** Đóng thành bụng.

3. Phẫu thuật tử cung có vách ngăn xuống gần cổ tử cung.

- **Thì 1.** Mở thành bụng.

Mở thành bụng đường giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ

- **Thì 2.** Mở rộng hai buồng tử cung phải và trái.

Đường rạch chữ V từ phía trước ra phía sau của mỗi bên buồng tử cung để cắt bỏ phần tổ chức cơ, vách ở giữa hai buồng.

- **Thì 3.** Khâu hai buồng tử cung vào với nhau.

- Kiểm tra phần vách ngăn để cắt hết.

- Khâu dần từ thành trước tử cung vòng ra phía sau, ghép hai buồng tử cung thành một buồng tử cung bằng chỉ tiêu, tốt nhất nên khâu mũi rời, hai lớp.

- **Thì 4.** Đóng thành bụng.

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 và chảy máu trong ổ bụng.

- Theo dõi và chăm sóc ống thông bàng quang.

- Chăm sóc vệ sinh: lau âm đạo, tăng 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.

PHẪU THUẬT TẠO HÌNH ÂM ĐẠO (NỘI SOI KẾT HỢP ĐƯỜNG DƯỚI)

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật này được chỉ định cho loại dị dạng đường sinh dục kiểu hội chứng Rokitansky-Kuster-Hauser, tức là không có tử cung, không có âm đạo, hai buồng trứng hoàn toàn bình thường.

II. CHỈ ĐỊNH

Hội chứng Rokitansky-Kuster-Hauser (có nhu cầu sinh hoạt tình dục và âm hộ không đạt được độ sâu cần thiết)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các loại dị dạng sinh dục khác

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 (các thoi gỗ tròn, một đầu tù, nhiều cỡ có đường kính 2,5 và 3 cm, dài từ 3 đến 5 cm), bao cao su.

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. Soi ổ bụng chẩn đoán

- Chọc trocar 6 mm ở bờ dưới rốn, bơm CO₂. Đưa kính soi
- Quan sát tiểu khung để xác định là hội chứng Rokitansky-Kuster-Hauser (ở vị trí của tử cung chỉ là một mô xơ, hai buồng trứng bình thường, hai đoạn xa của vòi tử cung có vẻ bình thường cắm vào mô xơ ở trung tâm).

- Hai niệu quản ở vị trí bình thường.

2. Tạo hình âm đạo

- 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 niệu đạo 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 ống thông Foley đặt trong bàng quang.
- Dùng kéo mở rộng rời ngón tay trở của hai bàn tay mở rộng khoang đã bóc tách sang hai phía.
- Đặt một nòng có kích thước thích hợp, đủ to (phủ bao cao su ra ngoài) vừa để cầm máu, vừa để chống dính.
- Thăm trực tràng bảo đảm không bị tổn thương

VI. THEO DÕI

- Theo dõi chung như người bệnh hậu phẫu
- Sau 3 hay 4 ngày, tiến hành rút nòng. Dùng dương vật giả bằng cao su, bọc bao cao su nong hàng ngày, nhiều lần. Đồng thời hướng dẫn cho người bệnh biết cách tự nong để tự làm sau khi ra viện
- Người bệnh thường xuyên tự nong (2 đến 3 lần/ngày) sau khi ra viện trong khoảng 6 tháng. Sau độ 1 tháng có thể thực hiện giao hợp xen kẽ với với tự nong.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Thủng trực tràng, niệu đạo: khâu lại tổn thương
- Chảy máu
- Nhiễm khuẩn.

PHẪU THUẬT CẮT VÁCH NGĂN ÂM ĐẠO - MỞ THÔNG ÂM ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật tạo hình âm đạo trong trường hợp âm đạo có vách ngăn ngang hay dọc.

II. CHỈ ĐỊNH

Dị dạng đường sinh dục có vách ngăn âm đạo dọc hoặc ngang

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản đã được đào tạo.

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật đường âm đạo

3. Người bệnh

- Khám toàn thân và chuyên khoa đánh giá các bệnh lý phối hợp
- Được tư vấn về nguy cơ, biến chứng, tai biến của phẫu thuật

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án phẫu thuật theo qui định.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Phẫu thuật cắt vách ngăn dọc

- Thăm dò vách ngăn:
- + Bằng ống thông tiểu sắt để xác định vị trí bám của vách ngăn với thành trước âm đạo
- + Khám trực tràng để xác định vị trí bám của vách ngăn với thành sau âm đạo
- + Khám âm đạo để 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.

TRÍCH RẠCH MÀNG TRINH DO Ứ MÁU KINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật trích rạch tạo lỗ thủng màng trinh nhằm dẫn lưu máu kinh, chống đau, nhiễm trùng do ứ máu kinh và thuận lợi khi giao hợp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Màng trinh không có lỗ.
- Ứ máu kinh trong âm đạo và 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.

4. Hồ sơ bệnh án

Phẫu thuật theo qui 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, tránh dính.

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.

ĐÓNG RÒ TRỰC TRÀNG – ÂM ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

Rò trực tràng - âm đạo (RTTÂĐ) là thành âm đạo và trực tràng bị rách làm cho trực tràng thông với âm đạo, gây nhiễm khuẩn ngược dòng lên đường sinh dục. RTTÂĐ thường xảy ra do đẻ khó hoặc can thiệp thủ thuật khi sinh hoặc các phẫu thuật phụ khoa đường âm đạo

II. CHỈ ĐỊNH

Cho bất kỳ các trường hợp bị RTTÂĐ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khi người bệnh đang hành kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi
- Khi đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu, hoặc viêm âm đạo nặng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phụ sản hoặc ngoại

2. Phương tiện

Bộ trung phẫu

3. Người bệnh

- Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ định.
- Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra.
- Vệ sinh tại chỗ
- Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Người bệnh được thụt tháo phân
- Gây tê hoặc tiền mê
- Sát khuẩn âm đạo, TSM.
- Trải khăn vô khuẩn
- Dùng van mở rộng âm đạo

- Cố định mép trên và mép dưới chỗ rò bằng kim răng chuột
- Rạch thành âm đạo theo chiều dọc. Nếu lỗ rò bị xơ hóa nhiều thì dùng kéo cong xén hết tổ chức xơ quanh miệng lỗ rò
- Bóc tách thành âm đạo khỏi thành của trực tràng bằng kéo phẫu thuật có lưỡi mỏng.
- Cố định mép của thành âm đạo vừa bóc tách bằng kim răng chuột
- Khâu thành trực tràng bằng mũi rời, mép niêm mạc lộn vào trong lòng của trực tràng chỉ Vicryl số 1. Có thể khâu vắt.
- Khâu thành âm đạo bằng mũi rời hoặc khâu vắt sau khi đã khâu hết thành trực tràng bằng chỉ Vicryl số 1
- Sát khuẩn lại âm đạo và TSM

Ghi chú: nếu sẹo xơ cứng nên đặt hoặc bôi estrogen 1-2 tuần cho niêm mạc âm đạo mềm mại, giảm xơ và làm tăng khả năng thành công của phẫu thuật

VI. THEO DÕI

- Theo dõi ra máu âm đạo
- Có máu ra ở hậu môn hoặc đi ngoài tra máu đỏ tươi không
- Dặn người bệnh vệ sinh TSM ngày 2 lần hoặc sau đại tiểu tiện, sau đó lau khô
- Ăn nhẹ hoặc nhịn ăn tùy thuộc tổn thương vào trực tràng nhiều hay ít

VII. TAI BIẾN

Nếu chảy máu âm đạo hoặc qua hậu môn nhiều, đỏ tươi thì phải dùng van kiểm tra lại. Có thể khâu tăng cường để cầm máu hoặc nếu cần thiết phải mở ra khâu lại

PHẪU THUẬT LÀM LẠI TẦNG SINH MÔN VÀ KHÂU CƠ VÒNG DO RÁCH PHỨC TẠP

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật làm lại tầng sinh môn và cơ vòng hậu môn là phương pháp khâu phục hồi tầng sinh môn và cơ vòng hậu môn theo đúng giải phẫu đã bị rách trong cuộc đẻ.

II. CHỈ ĐỊNH

Chấn thương tầng sinh môn phức tạp trong đó có rách cơ vòng hậu môn.

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

4. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án sản khoa theo quy định, có khám lâm sàng và xét nghiệm.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

➤ Thì 1: Rạch da

- Dùng dao rạch vòng cung phía trên đường ranh giới giữa hậu môn và âm đạo khoảng 15-25 mm, từ hai mép bên rạch thẳng vào âm đạo tạo thành hình thang, đỉnh tròn.

- Mép phải và trái đường rạch xuống gần mặt bên hậu môn để có thể tách vào hố bên hậu môn tìm hai đầu cơ bị đứt cửa cơ vòng hậu môn.

➤ **Thì 2:** Bóc tách mảnh niêm mạc âm đạo đến mặt trước cơ nâng hậu môn ở phía trên và đầu đứt của vòng hậu môn phía dưới,

➤ **Thì 3:** Khâu cơ vòng hậu môn bằng hai mũi chỉ catgut crôm hoặc chỉ vicryl hình chữ U.

➤ **Thì 4:** cắt mảnh niêm mạc âm đạo và khâu tầng sinh môn sau

- Khâu bờ trong và sâu của hai bó cơ nâng hậu môn bằng chỉ 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

Giống như theo dõi các trường hợp mô sản phụ khoa khác ở đáy chậu và tầng sinh môn

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Khôi 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.

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

Phụ sản hoặc ngoại

2. Phương tiện

Bộ tiêu 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 định.
- Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra.
- Vệ sinh tại chỗ
- Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần.

4. Hồ sơ bệnh án

Được chuẩn bị theo qui định

VIII. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Bóc LNMTC tại thành bụng

- Gây tê hoặc tiền mê
- Sát khuẩn vùng phẫu thuật.
- Trải khăn vô khuẩn

- Rạch da theo đường ngang để hạn chế sẹo xấu. Rạch chiều rộng vừa đủ để bóc nang
- Dùng kéo phẫu thuật bóc tách vỏ nang xuống tận đáy (cố gắng không làm vỡ nang)
 - Dùng kim chắc kẹp cuống nang ở phần đáy, tránh chảy máu
 - Dùng chỉ Vicryl số 2 hoặc 3 khâu cầm máu kỹ cuống khối LNMTC và ở thành của nang, sau đó khâu đáy và tổ chức dưới da một hoặc hai lớp tùy thuộc tổn thương. Lấy hết đáy tránh máu đọng hoặc chảy máu dưới đáy vết mổ
 - Đóng da bằng khâu da mũi liền hoặc khâu da mũi rời theo thông thường bằng chỉ tự tiêu hoặc chỉ không tiêu
 - Sát khuẩn lại vết mổ và băng lại
 - Thay băng và cắt chỉ (nếu khâu da bằng chỉ không tiêu) theo qui định thông thường

2. Bóc LNMTC tại TSM

- Bóc sau sạch kinh 1 tuần để chức năng đông máu trở về bình thường và xa kỳ kinh sau vì hành kinh dễ làm cho vết thương bị nhiễm khuẩn, khó liền
- Gây tê hoặc tiền mê. Tùy tổn thương mà có thể gây tê đám **rối** thần kinh then 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 kim chắc kẹp cuống nang ở phần đáy, tránh chảy máu
 - Dùng chỉ Vicryl số 2 hoặc 3 khâu cầm máu kỹ cuống khối LNMTC và ở thành của nang, sau đó khâu đáy và tổ chức dưới da một hoặc hai lớp tùy thuộc tổn thương. Nhớ lấy hết đáy tránh máu đọng hoặc chảy máu dưới đáy vết mổ.
 - Nếu tổn thương nằm sâu trong lớp cơ mông thì phải khâu nhiều lớp để tránh hở đáy và gãy kim khi khâu
 - Đóng da bằng khâu da mũi liền hoặc khâu da mũi rời theo thông thường bằng chỉ tự tiêu hoặc chỉ không tiêu

- Sát khuẩn lại vết mổ và băng lại
- Thay băng và cắt chỉ (nên khâu da bằng chỉ không tiêu) theo qui định thông thường

IX. THEO DÕI

- Theo dõi xem băng có bị thấm máu không
- Vết mổ có bị bầm tím do máu
- Sung đỏ do viêm nhiễm
- Dặn người bệnh vệ sinh TSM ngày 2 lần hoặc sau đại tiểu tiện, sau đó lau khô

V. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nếu chảy máu vết mổ nhiều thì khâu tăng cường để cầm máu
- Nếu tụ máu thì để 3-4 ngày sau, cắt nới 1 mũi chỉ và nặn dịch máu ra rồi rửa và thay băng bằng nước Oxy già
- Nếu nhiễm khuẩn vết mổ thì tăng liều thuốc kháng sinh
- Bóc LNMTC ở đáy chậu hoặc sát vùng hậu môn có thể làm tổn thương đến trực tràng: thấy phân và niêm mạc đỏ. Xử trí là bóc tách thành trực tràng và thành âm đạo. Khâu thành trực tràng mép lộn vào lòng trực tràng. 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.

PHẪU THUẬT BÓC NHÂN UNG THƯ NGUYÊN BÀO NUÔI DI CĂN ÂM ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật bóc nhân ung thư nguyên bào nuôi di căn âm đạo là phẫu thuật loại bỏ nhân di căn ở âm đạo

II. CHỈ ĐỊNH

- Nhân ung thư nguyên bào nuôi di căn âm đạo

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các nhân ung thư nguyên bào nuôi quá to có nguy cơ gây thủng niệu đạo, trực tràng hoặc xâm lấn vào các mạch máu lớn ở sàn chậu

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 tiêu phẫu dành cho chuyên ngành sản phụ khoa

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 phân, 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

- Đặt thông bàng quang
- Giảm đau: gây tê tại chỗ nếu nhân ung thư nhỏ, nếu nhân to thì gây mê toàn thân hoặc gây tê tủy sống
- Rửa sạch bề mặt khô di căn, dùng thìa đặc nạo sạch hết các tổ chức di căn
- Khâu lại vỏ u bằng chỉ tiêu nhỏ
- Chèn gạc nếu rỉ máu
- Nếu nhân to nguy cơ chảy máu nhiều thì phải tiêm hóa chất tại chỗ hoặc tia xạ trước rồi mới bóc.

VI. THEO DÕI

Theo dõi chảy máu

VII. TAI BIẾN

- Chảy máu
- Rò niệu quản – âm đạo, trực tràng – âm đạo

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. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên ngành Phụ- Sản

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ tiểu thủ thuật

3. Người bệnh

Đồng ý làm thủ thuật, có giấy cam đoan

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thiện hồ sơ gồm: khám, hội chẩn, hoàn thiện bộ xét nghiệm máu.

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 phòng của tuyến dọc theo cả chiều dài của khối u (Liefkring).

➤ 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.

Thắt các mũi khâu cầm máu qua khoang bóc tách sẽ làm khít hai mép rạch hoặc có thể khâu niêm mạc bằng mũi rời.
Nếu sử dụng chỉ không tiêu thì cắt chỉ sau 7 ngày.

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

HÚT THAI TRÚNG

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 nguyên vọng có con.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thiếu máu nặng, người bệnh không có nguyện vọng có con

IV. CHUẨN BỊ

1. 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).

2. Dụng cụ và vật tư tiêu hao

- 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

- 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.
- Cầm 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. Người thực hiện

- Rửa tay theo quy định
- Mặc áo, đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn

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 1 kẹp sát khuẩn mới.
- Tháo dụng cụ.
- Lấy bệnh phẩm hút ra gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh.
- Trao đổi với người bệnh về kết quả thủ thuật.
- Ghi chép hồ sơ.
- Chỉ định điều trị thích hợp: kháng sinh, thuốc co tử cung

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 XỬ TRÍ

- 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.

- Sốt trứng: tiếp tục dùng kháng sinh, thuốc co tử cung và hút lại buồng tử cung

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 tử cung 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 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.

2. Dụng cụ và vật tư tiêu hao

- 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 thực hiện

- Rửa tay theo quy định

- Mặc áo, đeo khẩu trang, đi găng tay

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 đobuồng tử cung.
- Hút buồng tử cung bằng bơm hút hoặc máy hút.
- Đo lại buồng tử cung.
- Lau và sát khuẩn lại âm đạo, cổ tử cung bằng 1 kẹp sát khuẩn mới.
- Tháo dụng cụ.
- Lấy bệnh phẩm hút ra gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh
- Trao đổi với người bệnh về kết quả thủ thuật.
- Ghi chép hồ sơ.
- Chỉ định điều trị thích hợp: kháng sinh, thuốc co tử cung

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

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. CHUẨN BỊ

1. 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.

2. Dụng cụ và vật tư tiêu hao

- 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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bác sĩ làm thủ thuật và một nữ hộ sinh/ điều dưỡng 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 khuẩn cổ 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 bệnh về 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 BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- 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.
- Thủng tử cung: mổ cấp cứu
- Dụng cụ tử cung tụt vào ổ bụng: mổ nội soi lấy vòng.
- Nhiễm trùng sau đặt dụng cụ tử cung: kháng sinh và lấy dụng cụ tử cung ra.

NẠO SINH THIẾT TỪNG PHẦN

I. ĐỊNH NGHĨA

Nạo sinh thiết từng phần là thủ thuật nong cổ tử cung và nạo lần lượt ở cổ tử cung rồi đến buồng tử cung, qua đó lấy mẫu mô ở các vị trí này để quan sát dưới kính hiển vi, nhằm xác định mô bệnh học các tổn thương của mẫu mô đồng thời cũng để chẩn đoán nguyên nhân gây xuất huyết tử cung bất thường. Trong ung thư nội mạc tử cung, thủ thuật này còn giúp xác định mức độ nặng nhẹ của bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ra huyết âm đạo bất thường ở phụ nữ trước tuổi mãn kinh mà điều trị nội khoa thất bại.
- Ra huyết âm đạo sau mãn kinh bất kể lượng máu nhiều hay ít.
- Khi đã sinh thiết nội mạc tử cung bằng các ống hút nhỏ nhưng không thể chẩn đoán xác định.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm phần phụ cấp.
- Viêm nội mạc tử cung cấp
- Hoại thư cơ tử cung.

(Tất cả các trường hợp viêm nhiễm cấp đều phải điều trị kháng sinh liều cao và mạnh trong một khoảng thời gian thích hợp trước khi nạo sinh thiết) .

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc nữ hộ sinh trung cấp đã được huấn luyện làm thủ thuật

2. Người bệnh

- Người bệnh và thân nhân được giải thích cho hiểu mục đích của thủ thuật.
- Người bệnh ký giấy đồng ý được làm thủ thuật

3. Hồ sơ bệnh án

Ghi chép đầy đủ các triệu chứng và các xét nghiệm liên quan (máu, siêu âm, CT hoặc MRI nếu cần thiết)

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bàn quang phải trống, thụt tháo phân trước khi nạo.
- Bác sĩ khám và xác định: tư thế, kích thước, mật độ của tử cung.
- Người bệnh được nằm ở tư thế phụ khoa, sát trùng âm hộ, trải khăn vô trùng.
- Chống choáng bằng Atropin 0,25mg – 1 ống (tiêm dưới da).

- Giảm đau: có thể dùng Dolargan 100mg – ½ ống pha loãng (tiêm tĩnh mạch chậm) hoặc tê cạnh cổ tử cung bằng Lidocain 2% 2ml – 2 ống hoặc gây mê tĩnh mạch bằng Diprivan 1,5-2,5 mg/kg tốc độ tiêm truyền 20-50mg/phút

1. Dụng cụ.

- Mỏ vịt hoặc van âm đạo.
- Kẹp cổ tử cung (Pozzi).
- Thước đo buồng tử cung.
- Bộ nong cổ tử cung (ống nong Hégar) từ số 5 đến số 8.
- Thìa sắc.
- Kim kẹp, bông củ ấu và dung dịch sát trùng.
- 2 lọ đựng bệnh phẩm (có chứa dung dịch Formol 10%).
- Bơm tiêm 5ml, thuốc tê.



Kìm pozzi



Thìa nạo



Thìa nạo



Que nong/ ống nong Hegar

2. Kỹ thuật

Thứ tự tiến hành các bước như sau:

- Đặt mỏ vịt hoặc van âm đạo bộc lộ cổ tử cung.
- Sát trùng âm đạo – cổ tử cung.
- Gây tê cạnh cổ tử cung
- Kẹp cổ tử cung ở vị trí 12 giờ hoặc 6 giờ.
- Nạo ống cổ tử cung trước khi nong cổ tử cung để nạo buồng tử cung: đưa thìa nạo sắc nhỏ vào ống cổ tử cung kéo xuống, nạo khắp các mặt, không được đưa thìa quá sâu vào lòng tử cung. Mô nạo ống cổ tử cung để riêng vào lọ số 1.
- Đo buồng tử cung.

- Nong cổ tử cung từ số nhỏ đến số lớn, nong từ từ để có thời gian cổ tử cung giãn ra. Không được nong nhảy số.



Hình 1: Nong cổ tử cung bằng nén Hegar

- Nạo buồng tử cung: đưa thìa nạo vào đến đáy tử cung và kéo xuống, nạo hết khắp các mặt trước, sau, hai bên và đáy tử cung của buồng tử cung. Nạo từng đường một để mô nạo không bị nát. Mô nạo buồng tử cung để riêng vào lọ 2.

- **Chú ý:** khi cầm thìa nạo không được nắm cán trong lòng bàn tay mà cầm thìa như cầm bút.

- Đo lại buồng tử cung.
- Tháo kìm pozzi.
- Sát trùng lại âm đạo – cổ tử cung
- Lấy bệnh phẩm bỏ vào 2 lọ.

VI. THEO DÕI

- Toàn trạng, mạch nhiệt độ, huyết áp
- Đau bụng.
- Huyết âm đạo

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Choáng: thường do đau gây ra. Xử trí: ngừng thủ thuật, truyền dịch, nâng huyết áp, giảm đau hiệu quả.

- Thủng tử cung: tai biến này dễ xảy ra khi tử cung gập ra trước hoặc ra sau rất nhiều hoặc người làm thủ thuật không khám để xác định tư thế tử cung trước nạo. Lỗ cổ tử cung chít hẹp, có thai, tử cung teo sau mãn kinh hoặc ung thư tử cung cũng đều dễ dẫn đến thủng tử cung. Nếu lỗ thủng nhỏ do thước đo thì theo dõi mạch, huyết áp mỗi 15 phút trong 1 giờ. Nếu không có dấu hiệu mất máu thì ngừng thủ thuật, điều trị kháng sinh và theo dõi .

- Chảy máu nhiều hiếm khi gặp: xảy ra khi thủng ở cạnh bên tử cung do tổn thương động mạch tử cung. Có thể thường gây xuất huyết nội, khối máu tụ trong dây chằng rộng. Trường hợp này phải mổ cấp cứu để cầm máu.

- Tổn thương các tạng trong ổ bụng: thủng ruột, đứt mạc nối lớn, tổn thương mạc treo ruột... cần mổ bụng để sửa chữa các tổn thương.

- Nhiễm trùng tử cung, áp xe vùng chậu: cần điều trị kháng sinh trước khi mở bụng dẫn lưu.
- Dính buồng tử cung gây vô kinh: nếu người bệnh còn trẻ thì có thể soi buồng tử cung gỡ dính rồi đặt dụng cụ tử cung hay đặt bóng chèn trong lòng tử cung và đồng thời cho uống Estrogen để tái tạo nội mạc tử cung.

PHẪU THUẬT CẮT ÂM HỘ + VẾT HẠCH BỆN

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt âm hộ và vết hạch bẹn là phương pháp điều trị ngoại khoa ung thư âm hộ.

II. CHỈ ĐỊNH

Ung thư âm hộ giai đoạn chưa có di căn xa

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Ung thư âm hộ đã có di căn xa hoặc khối u xâm lấn bàng quang, trực tràng, niệu đạo và xương

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

3. Người bệnh

Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá bệnh lý phối hợp. Tư vấn cho người bệnh và gia đình

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án phẫu thuật theo quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vết hạch bẹn 2 bên

- Rửa da dọc nếp lằn bẹn 2-5 cm.
- Vết hết các tổ chức mỡ dưới da, mốc là đến tận vỏ các bó mạch bẹn. Tốt nhất là xác định được hạch cửa và xét nghiệm tức thì, nếu hạch cửa (+) thì vết hạch đến vùng tam giác Scarpa, bóc toàn bộ chuỗi hạch bẹn nông và hạch Cloquet.

- Cầm máu kỹ
- Khâu da và tổ chức dưới da mũi rời

2. Cắt âm hộ

- Rửa da bên ngoài hai môi lớn, bên trong là dọc theo mép màng trinh, cắt bỏ hết môi lớn và môi bé, âm vật và tổ chức liên kết đến sát xương mu. Cầm máu, bóc tách để da không căng.

- Khâu lớp tổ chức dưới da bằng chỉ Vicryl 2.0
- Khâu da bằng chỉ không tiêu mũi rời.
- Đặt 2 ống dẫn lưu 2 bên

VI. CHĂM SÓC

- Đặt ống thông tiểu liên tục 1 tuần
- Chăm sóc vết mổ hàng ngày
- Rút ống dẫn lưu sau 1 tuần

VII. TAI BIẾN

- Tụ máu, nhiễm trùng vết mổ
- Chít hẹp âm đạo, khó quan hệ ở người trẻ

CHƯƠNG III. SƠ SINH

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 khỏe 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 – 30°C, 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 37°C.

- 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 trong 1 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 tùy 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.

CHĂM SÓC RỒN SƠ SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Rồn 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 rồn vẫn có thể là đường vào của vi khuẩn, vì vậy cần thiết phải chăm sóc và giữ vệ sinh rồn, tránh nhiễm khuẩn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ sơ sinh chưa rụng cuống rồn
- Trẻ đã rụng cuống rồn nhưng rồn còn tiết dịch hoặc rồn 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 cotton 70⁰ hoặc cotton 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 rồn

4. Hồ sơ bệnh án

- Ghi hồ sơ bệnh án giờ/ngày cháu được chăm sóc
- Tình trạng rồn: khô, ướt hoặc dịch tiết, màu sắc, sưng tấy hay không, mùi hôi

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Yêu cầu thao tác kỹ 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 rồn.
- Quan sát rồn, da quanh rồn xem có mủ, máu, tấy đỏ, mùi hôi không?
- Sát khuẩn sạch rồn 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 cotton khô tự nhiên và lau rồn như vậy 1- 2 lần/ ngày.
- Băng rồn 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 rồn giúp rồn mau khô và dễ rụng.
- Quần tã dưới rồn.
- Chú ý không bôi bất kỳ chất gì lên rồn ngoài các dịch sát trùng rồn.
- Sau khi rồn rụng tiếp tục chăm sóc tới khi chân rồn khô.

VI. THEO DÕI

- Nhiễm khuẩn rốn: nên chăm sóc rốn nhiều lần trong ngày, tùy 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 cuống 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

ĐẶT ỚNG THÔNG TĨNH MẠCH RỒN 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 áp 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, 1 kẹp cong không răng, 2 kẹp có răng của 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.
- Băng, băng dính, khay hạt đậu.

3. Trẻ sơ sinh

- Nằm lồng áp 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

1. 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%.

2. Bác sĩ

- **Bước 1:** trải sạch 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 catheter 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 catheter 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 PHÒNG

- 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.

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
- Con 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 (sút môi ,hở hàm ếch ,teo lỗ mũi sau ,teo thực quản có dò khí thoát vị hoành ,
- Ngừng thở kéo dài > 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 O₂ khi thở vào (FiO₂) 30% mà vẫn duy trì SpO₂ 92%
- Khi thở CPAP thất bại (yêu cầu FiO₂)

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 tùy thuộc tình trạng bệnh nhi: nếu đang tím tái nên chọn FiO₂ 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, SpO₂ 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 FiO₂
 - + Tốt: giảm dần FiO₂ mỗi 10% sau 30 phút đến 1 giờ
 - + Không tốt: tăng dần FiO₂ 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 dẫn 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

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 surfactant, Adrelinin.
- 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	<1500g
Số 3	1500- 2500g
Số 3,5	>2500g

- Đèn soi thanh quản, lưỡii 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 15^0 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 45^0 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 : $d = 6 + P$ (cm)
- ✓ ($d = \text{độ sâu}, P = \text{cân nặng của trẻ (tính bằng kg)}$)
- 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 (T_i) và thời gian thở ra (T_e) (thường đặt $T_i = 0,6-0,7$ giây).
- Điều chỉnh áp lực thở vào $P_i = 18-25$ 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 ventilation- 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:

- Cài 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
 - + Cài máy thở muốn phế nang không bị xẹp
- Thở máy cao tần (HFV High frequent ventilation)
- Chỉ định trong một số ca đặc biệt, đòi hỏi chuyên gia giàu kinh nghiệm.
- Tăng áp động mạch phổi
- Thở máy nhưng vẫn tím, tình trạng thiếu Oxy không cải thiện với mọi nỗ lực của thầy thuốc
- Người bệnh phải thở áp lực cao > 24cm H₂O nên chuyển thở chế độ cao tần để bảo vệ phổi.

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 tùy 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 50°

- 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.

CHỌC DÒ TỦY SỐNG SƠ SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Chọc dò tủy 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 thủy
- 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 70°, hộp đựng cồn
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Panh, kéo vô khuẩn
- khay quả đậu
- Băng dính, khẩu trang
- Ống 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 chỗ bàn tay trái tựa vào mào chậu
- Ngón cái tay trái xác định vị trí chọc : Khoảng 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 chọc 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

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 (g)	Bilirubin gián tiếp mg/l ($\mu\text{mol/l}$)	
<1000	≥ 50	(85)
1000-1499	≥ 70	(120)
1500-2500	≥ 100	(170)
>2500	≥ 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, bứt rứt (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, bắt 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 lòng 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

THAY MÁU SƠ SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Thay máu là kỹ thuật được sử dụng để duy trì nồng độ bilirubin dưới mức gây độc thần kinh. Thay máu cũng được sử dụng để điều trị một số bệnh khác như nhiễm khuẩn huyết nặng hoặc đa hồng cầu. Đây là phương pháp điều trị có kết quả nhanh chóng và hữu hiệu. Phương pháp này được thực hiện, áp dụng ở các tuyến bệnh viện có khoa Sơ sinh chuyên sâu

II. CHỈ ĐỊNH

1. Thay máu toàn phần

- Vàng da tăng bilirubin gián tiếp
- Lâm sàng: có dấu hiệu đe dọa vàng da nhân (vàng da đậm ở lòng bàn tay, chân; bú kém, bỏ bú, tăng trương lực cơ)
- Mức Bilirubin gián tiếp: ở giới hạn có chỉ định thay máu

Cân nặng (g)	Bilirubin gián tiếp mg/l ($\mu\text{mol/l}$)		
<1000	≥ 10	(170)	
1000-1499	≥ 12	(205)	
1500-1999	≥ 15	(260)	
2000- 2500	≥ 20	(340)	
>2500	≥ 20	(340)	nếu <48giờ
	≥ 25	(430)	nếu >48 giờ

- Nhiễm trùng nặng

2. Thay máu một phần: đa hồng cầu (Hct >65%) có triệu chứng lâm sàng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ đang trong tình trạng choáng
- Đang suy hô hấp nặng
- Thay máu tiến hành khi tình trạng choáng và suy hô hấp ổn định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Sơ sinh

2. Phương tiện

- Dụng cụ đặt catheter tĩnh mạch rốn (xem bài kỹ thuật đặt catheter tĩnh mạch rốn)
- Dụng cụ thay máu:
 - + Khoá 3 chạc: 2 cái hoặc khoá 4 chạc: 1 cái
 - + Bơm tiêm 10-20 ml để bơm rút máu

- + Một bộ dây truyền để dẫn máu rút từ trẻ vào lọ chứa, một bộ dây truyền máu để dẫn máu từ túi máu để thay
- Máu dùng để thay:
- + Bất đồng Rh: dùng máu Rh(-) như mẹ là tốt nhất
- + Bất đồng ABO: có 3 lựa chọn sau:
 - ✓ Dùng hồng cầu rửa ABO giống mẹ và huyết tương cùng nhóm với con hoặc nước muối sinh lý (Natri clorua 0,9%) pha theo tỷ lệ 1/2 (1 hồng cầu, 2 huyết tương)
 - ✓ Hoặc dùng máu tươi nhóm O có nồng độ kháng thể kháng A và B thấp
 - ✓ Hoặc chọn máu theo bảng:

Nhóm máu con	Nhóm máu mẹ	Nhóm máu chọn
O	Bất kỳ (O,A,B,AB)	O
A	A-AB	A-O
A	O-B	O
B	B-AB	B-O
B	O-A	O
AB	AB	Bất kỳ (O,A,B AB)
AB	O,A,B	O

Số lượng máu thay: 160-180ml/kg

- Gluconat Canxi 10%

3. Người bệnh

- Trẻ nằm trong lồng ấp cố định tay, chân
- Dùng đường tĩnh mạch rốn hoặc dùng tĩnh mạch bẹn (nếu tĩnh mạch rốn đã tắc).
- Đặt thông dạ dày
- Đảm bảo hô hấp, tuần hoàn ổn định trong suốt quá trình thay máu
- Nếu trẻ kích thích có thể dùng thuốc an thần

4. Hồ sơ bệnh án

- Có chỉ định thay máu của bác sĩ
- Ghi chép đầy đủ tình trạng trẻ trong quá trình thay máu: chú ý hô hấp, nhịp tim, SpO₂, lượng máu vào-ra

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Đặt catheter tĩnh mạch rốn:** (xem bài kỹ thuật đặt catheter tĩnh mạch rốn)

2. **Chuẩn bị hệ thống kín**

- Tạo hệ thống 4 chạc:
- + Nối 2 cái khoá 3 chạc tạo thành hệ thống 4 chạc (nếu không có sẵn khoá 4 chạc)

- + Nối hệ thống 4 chạc với: lọ chứa máu rút từ người bệnh, túi máu để đưa vào người bệnh, bơm tiêm
- **Chú ý:** máu đưa vào người bệnh đã được làm ấm và đảm bảo không có bọt khí trong hệ thống 4 chạc trước khi nối vào catheter tĩnh mạch rốn
- Tạo hệ thống thay máu kín
- + Nối hệ thống 4 chạc đã chuẩn bị trước với catheter tĩnh mạch rốn

3. Tiến hành thay máu

Số lượng máu rút:

<1500g	: 5ml/lần
1500-2500g	: 10ml/lần
2500-3500g	: 15ml/lần
>3500g	: 20ml/lần

- **Chu kỳ bơm rút máu gồm 4 thì:** *luôn điều chỉnh đóng mở khoá 4 chạc theo các hướng phù hợp*

➤ **Thì 1:** rút 5-10ml máu người bệnh để làm xét nghiệm trước khi thay máu (khóa đường lưu thông giữa bơm tiêm với túi máu để thay và với lọ chứa máu rút từ người bệnh, mở thông giữa bơm tiêm với người bệnh)

➤ **Thì 2:** bơm máu từ bơm tiêm vào lọ chứa máu (khóa đường thông giữa bơm tiêm với người bệnh và túi máu để thay, mở đường thông giữa bơm tiêm và lọ chứa máu rút từ người bệnh)

➤ **Thì 3:** rút máu từ túi máu để thay vào bơm tiêm (khóa các đường thông với người bệnh và với lọ chứa máu rút từ người bệnh, mở đường thông giữa bơm tiêm và túi máu để thay)

➤ **Thì 4:** bơm máu từ bơm tiêm vào người bệnh (khóa các đường thông với túi máu để thay và lọ chứa máu rút từ người bệnh, mở thông giữa bơm tiêm và người bệnh)

- **Chú ý:**

- Thời gian một chu kỳ rút-bơm máu khoảng 1 phút, tốc độ rút-bơm máu không nên quá 2-3ml/kg/phút

- Lượng máu bơm vào tương đương lượng máu rút ra khỏi người bệnh

- Tỉnh thoảng trộn đều bạch máu

- Cứ 100ml máu thay, cho vào người bệnh 1ml gluconat canciun 10%

- Trước khi kết thúc thay máu, lấy máu làm xét nghiệm bilirubin, Hct, Hb, điện giải đồ

- Kết thúc thay bằng việc bơm máu vào cho người bệnh

VI. THEO DÕI

- Thân nhiệt, nhịp thở, nhịp tim

- Nước tiểu, màu da, thần kinh

- Tạm ngừng ăn 1-2 bữa sau thay máu
- Điều chỉnh rối loạn nước, điện giải
- Kiểm tra huyết tán: Hct, Hb, hồng cầu lưới, G6PD
- Phối hợp chiếu đèn
- Kiểm tra sau ra viện để phát hiện di chứng

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Choáng, rối loạn nhịp tim: giảm tốc độ bơm-rút máu
- Hạ thân nhiệt: đảm bảo giữ ấm trong suốt quá trình thay máu
- Tắc mạch do khí: đảm bảo hệ thống 4 chạc kín không có bọt khí, điều chỉnh khoá chính xác khi bơm-rút máu
 - Nhiễm trùng huyết: đảm bảo vô trùng tuyệt đối, dùng kháng sinh toàn thân sau thay máu
 - Huyết tán do máu thay bất đồng: có thể làm xét nghiệm Test Coombs trực tiếp để chọn máu thay phù hợp

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 lưỡii 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
 - + Băng cùn, 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 để giữ đầu hơi ngửa

➤ **Bước 2:** Làm thông đường thở:

- Lau sạch mũi, miệng. Hút dịch khi có dấu hiệu tắc nghẽn hoặc nước ối bắn 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 quả

- ✓ 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 dày 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
- Gãy xương sườn do ép tim không đúng vị trí và kỹ thuật: cần xác định đúng vị trí trên xương ức, không nhấc ngón tay khỏi vị trí trong suốt quá trình ép tim.

CHƯƠNG IV: HỖ TRỢ SINH SẢN

LỌC RỬA TINH TRÙNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Lọc rửa tinh trùng là kỹ thuật nhằm mục đích loại bỏ các tinh trùng chết và tinh tương để thu được mẫu nhiều tinh trùng khoẻ mạnh để bơm vào buồng tử cung hoặc làm thụ tinh trong ống nghiệm.

II. CHỈ ĐỊNH

- 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. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa phụ sản

2. Người bệnh

Không sinh hoạt tình dục trong thời gian 2-5 ngày;

3. Phương tiện dụng cụ

Máy ly tâm, kính hiển vi với vật kính 10 và 40, thị kính 10, 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;

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 37°C 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 0,3-0,5 ml để bơm tinh trùng vào buồng tử cung;
 - + Đánh giá lại mật độ, di động mẫu tinh trùng sau lọc rửa

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

1. 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;

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,

3. Chuẩn bị vật tư tiêu hao

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.

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 nghén 14 ngày sau bơm tinh trùng vào buồng tử cung.

CHỌC HÚT NOÃN

I. ĐỊNH NGHĨA

Là kỹ thuật áp dụng trong hỗ trợ sinh sản bằng cách chọc hút lấy noãn ra khỏi buồng trứng qua đường âm đạo người phụ nữ để cho thụ tinh với tinh trùng ngoài cơ thể.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các ca sau khi kích thích buồng trứng đã đủ điều kiện để lấy noãn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Người bệnh được kích thích buồng trứng, trưởng thành nang noãn
- Người bệnh nhịn ăn, đi tiểu hết trước khi chọc hút

2. Trang thiết bị, vật tư tiêu hao

- Chuẩn bị các trang thiết bị để nhặt noãn
- Máy siêu âm có đầu dò âm đạo, giá đỡ kim gắn vào đầu dò, bao cao su bọc đầu dò.
- Máy hút noãn (nếu chọc hút bằng máy)
- Kim chọc hút noãn, ống nghiệm, bơm tiêm (được ủ ấm 37⁰C)
- Các loại môi trường chọc hút noãn
- Các đĩa nhặt noãn
- Mỏ vịt, panh sát trùng, gạc, nước muối sinh lý

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Người bệnh nằm tư thế phụ khoa;
- Lập đường truyền tĩnh mạch, theo dõi nhịp tim và huyết áp;
- Gây mê hoặc tiền mê hoặc gây tê tại chỗ;
- Lau sạch âm hộ, mở mỏ vịt, lau sạch âm đạo bằng nước muối sinh lý;
- Che phủ bụng và hai đùi bằng băng sạch vô khuẩn;
- Đưa đầu dò siêu âm vào âm đạo, đánh giá số lượng nang noãn phát triển đủ yêu cầu, khả năng tiếp cận đầu dò với buồng trứng;
- Gắn kim chọc hút vào bơm tiêm (*hoặc gắn vào máy hút noãn*), tráng kim và bơm tiêm bằng môi trường nuôi cấy.
- Tiến hành chọc và hút noãn từng nang một và từng bên buồng trứng;
- Khi kim chọc vào trong nang thì tiến hành hút hết dịch nang;
- Trong trường hợp có ít nang noãn có thể tiến hành “flushing” để tăng cơ hội thu được nhiều noãn.
- Chuyển dịch nang hút được vào trong Lab để nhặt noãn

- Kiểm tra lại đảm bảo không bị chảy máu trong.
- Lau lại âm đạo và âm hộ, cầm máu nếu chảy máu thành âm đạo. Những vị trí chảy máu ở thành âm đạo có thể dùng kẹp để kẹp lại cầm máu.
- Người bệnh theo dõi tại phòng hồi phục 1 đến 2 giờ sau chọc hút;
- Dùng kháng sinh trong (hoặc sau) thủ thuật

VI. TAI BIẾN

- Chảy máu trong do chọc vào các mạch máu lớn trong ổ bụng, do làm tổn thương buồng trứng.
- Nhiễm trùng do chọc hút vào ruột, đại tràng
- Chảy máu bàng quang do kim chọc vào bàng quang

Chú ý: Quá trình chọc hút phải nhẹ nhàng, lực hút phải đều tránh làm vỡ noãn.

CHUYỂN PHÔI

I. ĐẠI CƯƠNG

Chuyển phôi là kỹ thuật đưa một hoặc nhiều phôi được chuyển vào buồng tử cung của người nhận.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các ca thụ tinh trong ống nghiệm khi có phôi chuyển sẽ tiến hành chuyển phôi vào ngày thứ 2, 3 hoặc 5.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định nhưng có thể hoãn chuyển phôi trong một số trường hợp: quá kích buồng trứng, các ca chưa chuẩn bị được niêm mạc tử cung.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

Dùng progesterone sau chọc hút noãn hoặc được chuẩn bị niêm mạc bằng estrogen và progesterone nếu chuyển phôi đông lạnh hoặc xin noãn, phôi;

2. Phương tiện, dụng cụ

Máy siêu âm để chuyển phôi dưới hướng dẫn siêu âm, mỏ vịt, kẹp sát trùng, kẹp cổ tử cung, nong cổ tử cung (khi cần thiết), cốc đựng nước, kính hiển vi soi nổi;

3. Chuẩn bị vật tư tiêu hao

Gạc lau âm đạo, tăm bông lau cổ tử cung, môi trường lau cổ tử cung, catheter chuyển phôi, đĩa chuẩn bị chuyển phôi.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Thời điểm chuyển phôi: ngày 2, ngày 3 hoặc ngày 5 sau chọc hút;
- Chuẩn bị phôi chuyển sẵn sàng trong đĩa, cần đối chiếu tên tuổi, số hồ sơ cẩn thận;
- Người bệnh cần nhịn tiểu cho bàng quang căng;
- Nằm tư thế phụ khoa;
- Vệ sinh vùng âm hộ;
- Mở mỏ vịt, lau sạch cổ tử cung bằng môi trường chuyển phôi;
- Luồn nhẹ nhàng catheter chuyển phôi qua ống cổ tử cung vào đến eo tử cung, vừa luồn vừa quan sát dưới siêu âm qua đường bụng;
- Thông báo cho bác sỹ mô phôi chuẩn bị hút phôi vào catheter sau khi đã luồn được catheter vào qua eo tử cung;
- Luồn nhẹ nhàng catheter chứa phôi vào trong buồng tử cung, đầu catheter cách đáy tử cung khoảng 2 cm;
- Bơm nhẹ nhàng đặt phôi vào trong buồng tử cung, không chuyển quá 5 phôi;
- Nhẹ nhàng rút catheter ra khỏi buồng tử cung;
- Kiểm tra lại catheter xem độ sạch, phôi còn sót lại không;

- Tháo bỏ mỏ vịt;
- Người bệnh nằm nghỉ ít nhất 30 phút trước khi ra về;
- Hỗ trợ pha loãng thể.

CHUYÊN PHÔI ĐÔNG LẠNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Chuyên phôi đông lạnh là kỹ thuật đưa một hoặc nhiều phôi đông lạnh đã được rã đông được chuyển vào buồng tử cung của người nhận đã được chuẩn bị niêm mạc tử cung.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp có phôi đông lạnh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định, tuy nhiên có thể huỷ chu kỳ chuyển phôi nếu niêm mạc tử cung chưa được chuẩn bị tốt.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

Chuẩn bị niêm mạc tử cung;

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

- Máy siêu âm để chuyển phôi dưới hướng dẫn siêu âm, mỏ vịt, kẹp sát trùng, kẹp cổ tử cung, nong cổ tử cung (khi cần thiết), cốc đựng nước, kính hiển vi soi nổi;

- Gạc lau âm đạo, tấm bông lau cổ tử cung, môi trường lau cổ tử cung, catheter chuyển phôi, đĩa chuẩn bị chuyển phôi.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Xét nghiệm nội tiết và một số xét nghiệm khác cần thiết đầu chu kỳ kinh;
- Siêu âm đánh giá tử cung và hai buồng trứng;
- Chuẩn bị niêm mạc tử cung bằng estrogen vào đầu chu kỳ kinh;
- Theo dõi sự phát triển niêm mạc tử cung bằng siêu âm;
- Khi đủ điều kiện để chuyển phôi sẽ bắt đầu dùng thêm progesteron 48 đến 72 giờ trước khi chuyển phôi;
- Thông báo cho bác sỹ mô phôi rã đông vào ngày hôm sau;
- Rã đông phôi, tùy theo phương pháp đông phôi để lựa chọn phương pháp rã đông;
- Nuôi cấy phôi sau rã đông trong môi trường nuôi cấy và tủ cấy;
- Đánh giá sự phát triển của phôi, chất lượng phôi trước chuyển;
- Chuyển phôi đông lạnh sau 3 giờ hoặc ngày hôm sau;
- Chuyển phôi dưới hướng dẫn siêu âm;
- Tiếp tục dùng estrogen và progesteron liều tương tự trước khi chuyển phôi;
- Định lượng β hCG 14 ngày sau chuyển phôi;
- Siêu âm 28 ngày sau chuyển phôi nếu có thai sinh hóa;
- Nếu có thai, tiếp tục dùng estrogen và progesteron đến hết 12 tuần.

TIÊM TINH TRÙNG VÀO BÀO TƯƠNG NOÃN

I. ĐẠI CƯƠNG

Trong thụ tinh trong ống nghiệm đôi khi xảy ra hiện tượng không thụ tinh khi cấy tinh trùng với noãn. Nguyên nhân không thụ tinh có thể do bất thường tinh trùng (do tinh trùng dị dạng, do tinh trùng yếu) hoặc do số lượng tinh trùng không đủ để thụ tinh. Kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương noãn (ICSI) giúp điều trị cho các trường hợp vô sinh do tinh trùng yếu, ít, dị dạng hoặc không có tinh trùng do tắc nghẽn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vô sinh do chồng
- + Tinh trùng ít (Oligozoospermia)
- + Nhược tinh trùng (Asthenozoospermia).
- + Tinh trùng bất thường (Teratozoospermia)
- + Thụ tinh thất bại sau khi thực hiện IVF
- + Các trường hợp trữ lạnh tinh trùng (bệnh nhân ung thư...)
- + Xuất tinh ngược dòng
- + Không có ống dẫn tinh hai bên bẩm sinh (CBAVD)
- + Hội chứng Young
- + Phẫu thuật nối ống dẫn tinh thất bại
- + Tắc ống dẫn tinh hai bên
- Vô sinh do người phụ nữ lớn tuổi
- Vô sinh không rõ nguyên nhân
- Các ca rã đông noãn
- Các ca trưởng thành noãn trong ống nghiệm (IVM)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị người bệnh

- Kích thích buồng trứng theo phác đồ;
- Chọc hút noãn, nhặt noãn

2. Chuẩn bị trang thiết bị và vật tư tiêu hao

- Các trang thiết bị trong Lab: tủ thao tác, kính hiển vi, hệ thống vi thao tác, pipet và các đầu nối;
- Các vật tư tiêu hao: đĩa nhặt noãn, đĩa 2 lòng, 4 giếng, đĩa ICSI; kim tiêm ICSI;
- Các loại môi trường;

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Chuẩn bị đĩa tách noãn
- Chuẩn bị đĩa làm ICSI, bao gồm đĩa test và đĩa làm ICSI
- Chuẩn bị noãn làm ICSI: ủ noãn, tách tế bào hạt khỏi noãn
- Chính kính và hệ thống vi thao tác
- Chuẩn bị mẫu tinh trùng;
- Cố định và hút tinh trùng vào kim tiêm noãn
- Tiêm tinh trùng vào bào tương noãn
- Tiến hành kỹ thuật tương tự cho các noãn còn lại;
- Rửa toàn bộ noãn trong môi trường nuôi cấy;
- Chuyển vào đĩa cấy đã ủ ấm, để vào tủ cấy CO₂;

Chú ý

- Trong cả quá trình thao tác các dụng cụ, môi trường phải đảm bảo ổn định như nhiệt độ, pH, chỉnh vị trí kim...
- Bất động tinh trùng đúng cách
- Đẩy kim tiêm vào đủ sâu trong bào tương noãn
- Chắc chắn màng zona đã bị kim tiêm phá vỡ
- Chỉ bơm một lượng rất nhỏ môi trường vào bào tương noãn
- Nếu như tinh trùng chui ra ngoài thì tiến hành tiêm lại

GIẢM THIỂU PHÔI

I. ĐẠI CƯƠNG

Giảm thiểu phôi chọn lọc là thủ thuật sử dụng kim chọc hút qua đường âm đạo dưới hướng dẫn siêu âm để huỷ bớt thai trong ca đa thai.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp có từ 3 thai trở lên sau chuyển phôi, số lượng phôi để lại thường là 2 phôi hoặc một phôi tùy trường hợp cụ thể;
- Đối với các trường hợp song thai, giảm thiểu một thai tùy từng ca cụ thể.
- Thời điểm giảm thiểu phôi: thời điểm giảm thiểu lý tưởng nhất là 7 tuần + 3 ngày.
 - Tư vấn:
 - + Lý do giảm thiểu phôi;
 - + Quy trình giảm thiểu phôi;
 - + Tai biến có thể có.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

2. Phương tiện dụng cụ và vật tư tiêu hao

- Kẹp sát trùng, máy siêu âm;
- Cốc đựng dung dịch sát trùng, dung dịch sát trùng, kim chọc hút, bơm tiêm.

3. Phương pháp giảm đau

Gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ, có thể kết hợp tiền mê.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Xét nghiệm công thức máu, nhóm máu và các yếu tố đông máu;
- Khám tiền mê;
- Thai phụ nhịn ăn, đi tiểu trước khi làm thủ thuật;
- Sát trùng âm hộ, âm đạo, cổ tử cung bằng dung dịch muối sinh lý;
- Trải sẵn vô trùng che chân và bụng thai phụ;
- Siêu âm đánh giá lại số lượng thai, tình trạng phôi thai và phôi sẽ giảm thiểu. Phôi giảm thiểu là phôi nằm gần đường kim chọc và nằm gần cổ tử cung;
- Tiến hành chọc kim vào đúng vị trí phôi sẽ giảm thiểu dưới hướng dẫn của siêu âm, sau khi mũi kim chạm vào phôi thì tiến hành hút phôi;
- Đối với phôi nhỏ có thể hút hết được phôi, đối với phôi lớn không hút hết được cần kiểm tra đảm bảo tim thai đã ngừng đập;
- Trong ca thai lớn có thể dùng Kali clorua bơm vào buồng tim thai;
- Kháng sinh dự phòng trong thủ thuật.

V. THEO DÕI

- Thai phụ nằm nghỉ tại giường;
- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, đau bụng, chảy máu âm đạo 2 giờ sau chọc hút;
- Hẹn khám lại sau 2 ngày.

VI. TAI BIẾN

- Chảy máu;
- Chọc vào mạch máu, bàng quang;
- Nhiễm trùng;
- Sảy thai, thai chết lưu.

TRỮ LẠNH TINH TRÙNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Trữ lạnh tinh trùng là kỹ thuật trong đó mẫu tinh trùng được đông lạnh và lưu trữ trong môi trường bảo quản lạnh. Khi cần thiết có thể rã đông để sử dụng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các ca người bệnh ung thư trước khi điều trị tia xạ, để tránh làm ảnh hưởng chất lượng tinh trùng;
- Các ca trước khi thắt ống dẫn tinh, để phòng trường hợp muốn có con lại;
- Các trường hợp tổn thương tủy sống không tự xuất tinh được có thể lấy tinh trùng bằng kích thích điện sau đó đông lạnh mẫu tinh trùng;
- Các trường hợp mẫu tinh trùng lấy từ mào tinh, tinh hoàn có thể đông lạnh để tránh phải sinh thiết nhiều lần;
- Các trường hợp trữ mẫu tinh trùng trước khi đi xa, chuẩn bị làm kỹ thuật hỗ trợ sinh sản; trước khi điều trị tia xạ, hoá chất ở bệnh nhân ung thư
- Chồng khó lấy tinh trùng: trữ lạnh tinh trùng sẽ được chỉ định để tránh trường hợp vợ đã chọc hút noãn, hay đã chuẩn bị nang noãn mà không có tinh trùng để sử dụng;
- Các trường hợp hiến tinh trùng sẽ được trữ lạnh trong ngân hàng tinh trùng để cung cấp cho những ca có nhu cầu xin tinh trùng.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

Chồng lấy mẫu tinh trùng để đông tinh;

2. Phương tiện dụng cụ và vật tư tiêu hao

- Ống trữ mẫu tinh trùng, bình trữ; máy đông lạnh (trong trường hợp hạ nhiệt độ bằng máy);
- Ni tơ lỏng, các loại môi trường.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đánh giá chất lượng tinh trùng trước đông lạnh theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới;
- Cân bằng với môi trường bảo quản lạnh bằng cách cho tinh dịch vào ống bảo quản sau đó cho môi trường trữ lạnh theo tỷ lệ nhất định (1 ml tinh dịch trộn với 0,5 – 1ml môi trường đông tinh), trộn đều (tránh tạo bọt khí), để ở nhiệt độ phòng 12- 15 phút;
- Đóng gói: đóng gói ống bảo quản, ghi tên người bệnh, mã số và ngày tháng trữ lạnh;
- Hạ nhiệt độ theo chương trình của máy hoặc hạ nhiệt độ theo kinh nghiệm (hạ nhiệt độ bằng tay);
- đ) Lưu trữ trong ni tơ lỏng: sau khi hạ nhiệt độ, gắn ống vào cọng nhôm và cắt trong bình chứa ni tơ lỏng.

RÃ ĐÔNG TINH TRÙNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Rã đông tinh trùng là mẫu tinh trùng đông lạnh và lưu trữ trong bình trữ sẽ được rã đông, sau đó lọc rửa để sử dụng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Rã đông tinh trùng để bơm tinh trùng vào buồng tử cung;
- Rã đông tinh trùng để làm thụ tinh trong ống nghiệm.

III. CHUẨN BỊ

1. Mẫu tinh trùng sẽ rã đông

2. Phương tiện và vật tư tiêu hao

- Cốc đựng nước ấm 37⁰C, các phương tiện dụng cụ dùng lọc rửa mẫu tinh trùng (xem phần lọc rửa tinh trùng);

- Các phương tiện dùng lọc rửa mẫu tinh trùng

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Lấy ống trữ mẫu tinh trùng ra khỏi ni tơ lỏng, để trong nhiệt độ phòng 1-3 giây cho tan hết lớp đá bao bọc bên ngoài ống trữ;

- Cho ống trữ vào nước ấm 37⁰C trong vòng 10-20 phút;

- Đánh giá chất lượng tinh trùng sau rã đông theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới;

- Mẫu tinh trùng sau rã đông sẽ được lọc rửa để bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI) hoặc làm thụ tinh trong ống nghiệm.

TRỮ LẠNH MÔ TINH HOÀN

I. ĐẠI CƯƠNG

Đông lạnh mô tinh hoàn là mô tinh hoàn được sinh thiết và đông lạnh, lưu trữ trong môi trường bảo quản lạnh, khi cần thiết có thể rã đông tách lấy tinh trùng để sử dụng.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp vô sinh không có tinh trùng, sinh thiết mô tinh hoàn có tinh trùng được tiến hành trữ lạnh để sử dụng cho các lần sau tránh phải sinh thiết nhiều lần.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

Khám, tư vấn;

2. Phương tiện dụng cụ và vật tư tiêu hao

- Kẹp sát trùng, cốc đựng dung dịch sát trùng, dao, kéo, máy đông lạnh, ống trữ mô tinh hoàn, bình trữ mô;
- Đĩa petri, môi trường dùng đông lạnh, ni tơ lỏng, dung dịch sát trùng.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tiến hành khám, làm xét nghiệm và tư vấn cho người bệnh tương tự trường hợp lấy tinh trùng bằng thủ thuật;
- Tiến hành sinh thiết lấy mô tinh hoàn, cho vào đĩa chứa môi trường để rửa sạch;
- Xé nhỏ mô tinh hoàn bằng nhíp chuyên dụng, xác định sự hiện diện của tinh trùng, đánh giá độ di động dưới kính hiển vi đảo ngược;
- Tách rời từng ống sinh tinh để tiến hành đông lạnh;
- đ) Nhỏ và trộn đều chất bảo quản lạnh vào các ống sinh tinh đã được tách rời, lắc đều và cho vào ống nghiệm trữ lạnh;
- Để ống nghiệm ở nhiệt độ phòng, sau đó hạ nhiệt độ theo chương trình;
- Cho mẫu vào bình ni tơ lỏng và bảo quản.

RÃ ĐÔNG MÔ TINH HOÀN

I. ĐẠI CƯƠNG

Rã đông mô tinh hoàn là mô tinh hoàn đông lạnh và lưu trữ trong bình trữ sẽ được rã đông để tách lấy tinh trùng.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp trữ lạnh mô tinh hoàn cần rã đông để lấy tinh trùng làm ICSI.

III. CHUẨN BỊ

- Chuẩn bị ống trữ mô tinh hoàn;
- Chuẩn bị phương tiện dụng cụ: kính hiển vi;
- Chuẩn bị vật tư tiêu hao: môi trường các loại để lọc rửa tinh trùng, đĩa petri.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Lấy ống trữ mô tinh hoàn ra khỏi bình đựng ni tơ lỏng, để ở nhiệt độ phòng trong thời gian 15 đến 30 phút;
- Rửa mô tinh hoàn bằng môi trường rửa;
- Cho mẫu mô tinh hoàn vào đĩa petri chứa môi trường IVF, tiến hành xé nhỏ mô để tìm tinh trùng;
- Đánh giá độ di động của tinh trùng;
- Nuôi cấy tinh trùng ở nhiệt độ 37° C, nồng độ CO₂ 5% trong thời gian 24 giờ;
- Đánh giá lại độ di động của tinh trùng và sử dụng để làm ICSI.

TRỮ LẠNH NOÃN

I. ĐẠI CƯƠNG

Trữ lạnh noãn là noãn được hút ra từ buồng trứng, đông lạnh và lưu trữ trong môi trường bảo quản lạnh, khi người phụ nữ sẵn sàng để mang thai, noãn sẽ được rã đông, cho thụ tinh và chuyển phôi vào buồng tử cung.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp bệnh ung thư cần điều trị tia xạ hoặc hoá chất;
- Các trường hợp bệnh lý cần điều trị bằng phẫu thuật cắt buồng trứng;
- Các trường hợp không lấy được mẫu tinh trùng sau khi đã chọc hút noãn;

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

Kích thích buồng trứng, chọc hút noãn, tách tế bào hạt;

2. Phương tiện dụng cụ và vật tư tiêu hao

- Đĩa petri, hộp xốp đựng ni tơ lỏng, cọng trữ noãn, bình trữ noãn, kính hiển vi soi nổi;
- Pipet, bơm tiêm, ni tơ lỏng, các loại môi trường sử dụng trong đông noãn.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Cũng tương tự phương pháp đông lạnh phôi, có nhiều phương pháp đông lạnh noãn khác nhau, nhưng hiện tại đông lạnh bằng phương pháp thủy tinh hóa có nhiều ưu điểm và hầu hết các trung tâm hỗ trợ sinh sản áp dụng.

Noãn nên được đông lạnh thủy tinh hóa trong vòng 2-6 giờ sau khi chọc hút và ngay sau khi tách tế bào hạt ra khỏi noãn. Đánh giá chất lượng noãn, ghi lại tất cả các thông số trước khi tiến hành đông noãn. Tùy từng loại môi trường cụ thể mà các bước cụ thể của quy trình có thay đổi so với quy trình chuẩn.

1. Chuẩn bị

- Môi trường rửa WS (Washing Solution), môi trường thủy tinh hóa VS (Vitrification Solution), môi trường cân bằng ES (Equilibration Solution) để ở nhiệt độ 25°C - 27°C ;
- Viết tên, tuổi người bệnh, ngày, tháng, năm đông noãn lên cọng trữ noãn;
- Hộp xốp có chứa ni tơ lỏng;
- Đánh giá chất lượng noãn trước đông;
- Chuẩn bị đĩa: nhỏ một giọt WS và 3 giọt ES lên nắp của đĩa Petri. Nhỏ giọt VS lên đĩa Petri.

2. Đông noãn

- Cân bằng: dùng pipet đặt noãn lên giọt WS, sau đó di chuyển noãn từ giọt WS sang các giọt ES bằng cách dùng pipet hợp nhất các giọt lại, thời gian trung bình là 3 phút. Hút noãn từ các giọt trên sang giọt ES cuối cùng, noãn sẽ trương nở về hình dạng ban đầu trong thời gian khoảng 9 phút, có thể chờ thêm nếu noãn chưa trở về hình thái ban đầu

- Thủy tinh hoá: dùng pipet pasteur chuyển noãn từ môi trường ES sang môi trường VS, hút lên hút xuống để rửa sạch dung dịch ES, sau đó dùng pipet hút noãn lên cọng trữ. Nhúng cọng trữ vào nitơ lỏng, đặt cọng trữ nằm ngang để đạt được tốc độ làm lạnh nhanh. Dùng kẹp lắp ống nhựa vào cọng trữ.
- (Lưu ý: thời gian thao tác nên trong vòng 1 phút và giảm tối đa lượng môi trường khi hút phôi vào ống trữ).

RÃ ĐÔNG NOÃN

I. ĐẠI CƯƠNG

Rã đông noãn là noãn đã được đông lạnh lưu trữ trong bình trữ noãn sẽ được lấy ra để rã đông và cho thụ tinh với tinh trùng. Noãn được đông lạnh theo phương pháp nào thì sẽ được rã đông theo phương pháp đó.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp cần rã đông noãn để cho tinh trùng thụ tinh với noãn sau khi đã chuẩn bị niêm mạc tử cung cho người nhận.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

Chuẩn bị niêm mạc cho người bệnh chuẩn bị nhận phôi, chuẩn bị mẫu tinh trùng để làm ICSI sau khi rã đông noãn, chuẩn bị cọng chứa noãn chuẩn bị rã đông;

2. Phương tiện dụng cụ và vật tư tiêu hao

- Kính hiển vi;
- Các loại môi trường, đĩa petri, pipet.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chuẩn bị

- Môi trường TS (Thawing Solution) trong đĩa petri để vào tủ cấy 37⁰C ít nhất 30 phút;
- Các đĩa chứa môi trường DS (Dilution Solution), môi trường WS1 (Washing Solution) và WS2, ghi tên người bệnh lên đĩa rã đông, các loại môi trường lên các trên đĩa.

2. Rã đông

- Kiểm tra tên, số hồ sơ, ngày lưu trữ, người bệnh ghi trên cọng trữ;
- Lấy đĩa Petri có môi trường TS đã được chuẩn bị cho lên kính soi nổi, cọng trữ noãn sau khi lấy ra khỏi nitor lỏng được nhúng ngay vào đĩa môi trường TS trong 60 giây;
- Hút noãn vào pipet cùng một ít môi trường TS và chuyển sang đĩa môi trường DS trong 3 phút;
- Tiếp tục hút noãn để chuyển phôi sang đĩa môi trường WS1 trong 5 phút;
- Chuyển noãn sang đĩa môi trường WS2 trong 5 phút;
- Cuối cùng chuyển noãn vào đĩa chứa môi trường nuôi cấy đã được chuẩn bị sẵn, đánh giá hình thái và chất lượng noãn. Có thể tiến hành làm ICSI sau 2 giờ.

TRỮ LẠNH PHÔI

I. ĐẠI CƯƠNG

Trữ lạnh phôi là phôi được đông lạnh và lưu trữ trong môi trường bảo quản lạnh. Khi người phụ nữ sẵn sàng để mang thai, phôi sẽ được rã đông và chuyển vào buồng tử cung.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp có phôi dư thừa sau khi chuyển phôi;
- Các trường hợp nguy cơ quá kích buồng trứng hoặc bị quá kích buồng trứng;
- Các trường hợp cho nhận noãn mà chưa chuẩn bị tốt niêm mạc tử cung;
- Các trường hợp niêm mạc tử cung không thuận lợi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định nhưng các phôi chất lượng xấu thường không đông phôi vì tỷ lệ thoái hoá sau rã đông các phôi này thường cao.

IV. CHUẨN BỊ

1. Phôi chuẩn bị trữ lạnh

2. Phương tiện dụng cụ và vật tư tiêu hao

- Cọng trữ phôi, bình trữ phôi, pipet, bơm tiêm, kính hiển vi soi nổi;
- Đĩa petri, hộp xốp đựng ni tơ lỏng, ni tơ lỏng, các loại môi trường sử dụng trong đông phôi.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Có nhiều phương pháp đông lạnh phôi khác nhau nhưng hiện tại phương pháp đông lạnh bằng phương pháp thủy tinh hóa có nhiều ưu điểm và hiện tại hầu hết các trung tâm hỗ trợ sinh sản đều áp dụng phương pháp này.

Đánh giá chất lượng phôi, ghi lại tất cả các thông số trước khi tiến hành đông phôi.

* Chuẩn bị

- Môi trường thủy tinh hoá VS (Vitrification Solution), môi trường cân bằng ES (Equilibration Solution) ở nhiệt độ phòng 25°C – 27°C;
- Viết tên, tuổi người bệnh, ngày, tháng, năm đông phôi lên cọng trữ phôi (Cryotop);
- Hộp xốp có chứa ni tơ lỏng;
- Đánh giá chất lượng phôi trước đông;
- Chuẩn bị đĩa: 300µlES vào ô thứ nhất của đĩa 4 giếng, 300µlVS vào ô thứ hai.

1. Đông phôi

- Cân bằng: dùng pipet hút phôi từ môi trường nuôi cấy đặt lên trên giọt môi trường ES trong vòng 15 phút, quan sát dưới kính hiển vi soi nổi xem kích thước phôi trở về như ban đầu chưa;

- Thủy tinh hoá: dùng pipet pasteur chuyển phôi từ môi trường ES sang môi trường VS, hút lên hút xuống để thay đổi vị trí phôi, sau đó dùng pipet pasteur đặt phôi lên cọng trữ rồi hút bớt môi trường và nhúng cọng trữ vào nitơ lỏng. Quá trình này thực hiện trong vòng 30 giây, tối đa không quá 1 phút.

RÃ ĐÔNG PHÔI

I. ĐẠI CƯƠNG

Rã đông phôi là phôi đã được đông lạnh lưu trữ trong bình trữ sẽ được lấy ra để rã đông, sau đó chuyển vào buồng tử cung người nhận. Phôi được đông lạnh theo phương pháp nào thì sẽ được rã đông theo phương pháp đó.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp chuyển phôi đông lạnh sau khi đã chuẩn bị niêm mạc tử cung đủ điều kiện.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

Chuẩn bị niêm mạc cho người bệnh chuẩn bị nhận phôi;

2. Phương tiện dụng cụ và vật tư tiêu hao

Kính hiển vi, tủ cấy;

Đĩa petri, đĩa 4 giếng, pipet các loại môi trường dùng để rã đông phôi.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chuẩn bị

- Môi trường TS (Thawing Solution) trong đĩa petri cất vào tủ cấy 37⁰C ít nhất 30 phút;

- Môi trường DS (Diluen Solution) vào ô thứ nhất của đĩa 4 giếng, môi trường WS1 (Washing Solution) vào ô thứ 2 và WS2 vào ô thứ 3, ghi tên người bệnh lên đĩa rã đông, các loại môi trường lên các ô trên đĩa.

2. Rã đông

- Kiểm tra tên, số hồ sơ, ngày lưu trữ, người bệnh ghi trên cọng trữ;

- Lấy đĩa Petri có môi trường TS đã được chuẩn bị cho lên kính soi nổi, cọng trữ phôi hoặc noãn sau khi đưa ra khỏi nitơ được nhúng ngay vào môi trường TS 1 phút;

- Chuyển phôi sang ô chứa môi trường DS 3 phút;

- Chuyển phôi sang môi trường WS1 5 phút;

- Chuyển phôi sang môi trường WS2 rửa lại;

- Chuyển phôi vào đĩa môi trường nuôi cấy IVF đã chuẩn bị sẵn, đặt trong tủ cấy CO₂, nhiệt độ 37⁰C, đánh giá chất lượng phôi sau rã đông.

3. Có thể chuyển phôi 2-3h sau khi rã đông phôi hoặc nuôi cấy phôi qua đêm và chuyển phôi vào ngày hôm sau.

CHỌC HÚT TINH TRÙNG TỪ MÀO TINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Chọc hút tinh trùng từ mào tinh (*PESA-Percutaneous Epididymal Sperm Aspiration*) là thủ thuật chọc hút tinh trùng từ mào tinh để lấy tinh trùng cho thụ tinh với noãn bằng kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương noãn.

II. CHỈ ĐỊNH

Vô sinh không có tinh trùng nhưng quá trình sản xuất tinh trùng hoàn toàn bình thường, bao gồm teo ống dẫn tinh, không có ống dẫn tinh bẩm sinh hai bên (CaBVD-Congenital Absent Bilateral Vas Deferent).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp không có tinh trùng không do tắc nghẽn.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Khám, làm các xét nghiệm và tư vấn cho chồng;
- Đi tiểu trước khi làm thủ thuật

2. Trang thiết bị, vật tư tiêu hao

- Kẹp sát trùng, gạc vô khuẩn, dung dịch sát trùng, nước muối sinh lý, cốc đựng dung dịch sát trùng, máy ly tâm, kính hiển vi;
- Kim tiêm (cỡ 23G), bơm tiêm 1 ml có chứa sẵn 0,3ml môi trường;
- Môi trường dùng để lọc rửa Sperm Rinse (Vitrolife)
- Đĩa petri.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Giảm đau bằng tiền mê hoặc mê tĩnh mạch, hoặc gây tê tại chỗ.
- Tư thế phụ khoa;
- Lau sạch bộ phận sinh dục, bẹn đùi và tầng sinh môn.
- Trải sẵn vô khuẩn, hở vùng bìu để làm thủ thuật.
- Xác định và cố định mào tinh (lựa chọn bên mào tinh căng, to).
- Dùng kim tiêm chọc vuông góc vào mào tinh hoàn, vừa hút vừa kéo kim tiêm ra.
- Kiểm tra tinh trùng trong dịch chọc hút.
- Dùng kháng sinh sau chọc hút.

VI. TAI BIẾN

- Chảy máu
- Nhiễm trùng

CHƯƠNG V: KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

PHÁ THAI NỘI KHOA ĐẾN HẾT 9 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 9 tuần vô kinh là phương pháp chấm dứt thai kỳ trong tử cung bằng cách sử dụng phối hợp Mifepriston và Misoprostol gây sảy 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

➤ **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

➤ **Hồ sơ bệnh án bệnh án**

Điền đầy đủ vào hồ sơ bệnh án phá thai

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 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.

➤ **Qui 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

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.
- Sảy thai hoàn toàn: kết thúc điều trị.
- Sốt thai, sốt 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, sốt thai, sốt rau.
- Xử trí: theo phác đồ cho từng tai biến.

PHÁ THAI NỘI KHOA CHO THAI 13 - 22 TUẦN

I. ĐẠI CƯƠNG

Sử dụng misoprostol đơn thuần hoặc sử dụng mifepriston kết hợp với misoprostol để phá thai bằng cách gây sảy thai cho thai từ tuần 13 đến hết tuần 22.

II. 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).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Tuyệt đối.

- Bệnh lý tuyến thượng thận.
- Điều trị corticoid toàn thân lâu ngày.
- Tiểu đường, tăng huyết áp, hẹp van 2 lá, tắc mạch và tiền sử tắc mạch.
- Rối loạn đông máu, sử dụng thuốc chống đông.
- Thiếu máu (nặng và trung bình).
- Dị ứng mifepriston hay misoprostol.
- Có sẹo mổ ở thân tử cung.

2. Tương đối.

- 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 cũ ở đoạn dưới tử cung: cần cân nhắc rất thận trọng đồng thời phải 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)

IV. CHUẨN BỊ

1. Tuyến áp dụng

Các bệnh viện từ tuyến tỉnh trở lên.

2. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản được huấn luyện về phá thai bằng thuốc và thành thạo kỹ thuật phá thai bằng phương pháp ngoại khoa.

3. Cơ sở vật chất

- 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/hoặc mifepriston, giảm đau, chống choáng và thuốc tăng co.5

4. Chuẩn bị khách hàng

- Hỏi tiền sử bệnh về nội, ngoại, sản phụ khoa và các bệnh LTQĐTD.
- Khám toàn thân.
- Khám phụ khoa loại trừ chống chỉ định.
- Siêu âm để 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 hay mẹ hoặc người giám hộ).

5. Hồ sơ bệnh án

Điền đầy đủ thông tin vào hồ sơ phá thai

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.
- Các phương pháp phá thai phù hợp với tuổi thai hiện có.
- Quy 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 để nhận biết để tránh phá thai.
- 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 hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp BPTT.

2) Thực hiện phá thai.

➤ *Phác đồ misoprostol đơn thuần.*

- Đặt vào túi cùng sau âm đạo 200 mcg misoprostol.
- + Cứ 6 giờ dùng 1 viên cho thai từ 18 tuần trở lên (không quá 3 lần/ngày).
- + Cứ 4 giờ dùng 1 viên cho thai dưới 18 tuần (không quá 5 lần/ngày).
- Nếu không thành công, có thể dùng thêm misoprostol với liều tương tự ở các ngày tiếp theo. Tổng số ngày sử dụng misoprostol không quá 3 ngày liên tục (một đợt dùng thuốc).
- Nếu không thành công sau một đợt dùng thuốc thì dùng lại đợt thứ hai sau một tuần.

➤ *Phác đồ kết hợp mifepriston và misoprostol.*

- Uống 200 mg mifepriston.
- Sau khi dùng mifepriston từ 36 đến 48 giờ, đặt túi cùng sau âm đạo 200 mcg misoprostol:
 - + Cứ 6 giờ dùng 1 viên cho thai từ 18 tuần trở lên (không quá 3 lần/ngày).
 - + Cứ 4 giờ dùng 1 viên cho thai dưới 18 tuần (không quá 5 lần/ngày).
 - Nếu không thành công, có thể dùng thêm misoprostol với liều tương tự ở các ngày tiếp theo. Tổng số ngày sử dụng misoprostol không quá 3 ngày liên tục (một đợt dùng thuốc).
 - Nếu không thành công sau một đợt dùng thuốc thì dùng lại đợt thứ hai sau một tuần.

VI. THEO DÕI

1. Chăm sóc trong thủ thuật.

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, ra máu âm đạo, đau bụng (cơn co tử cung) cứ 4 giờ/lần, khi bắt đầu có cơn co tử cung mạnh cứ 2 giờ/lần.
- Thăm âm đạo đánh giá cổ tử cung trước mỗi lần dùng thuốc.
- Cho uống thuốc giảm đau.
- Sau khi sảy thai và rau: dùng thuốc tăng co tử cung. Chỉ định kiểm soát tử cung bằng dụng cụ (nếu cần). Cho uống kháng sinh trước khi kiểm soát tử cung.
- Xử lý thai, rau, chất thải và dụng cụ.

2. Theo dõi sau khi thai ra

- Theo dõi ra máu âm đạo, cơn co tử cung trong vòng 4 giờ.
- Ra viện sau khi ra thai ít nhất 2 giờ.

- Kê đơn kháng sinh.
- Tư vấn sau thủ thuật.
- Hẹn khám lại sau 2 tuần.

VII. 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

HÚT THAI ĐẾN 12 TUẦN

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 hoặc chuyển tuyến
- Chú ý: không được làm thủ thuật tại tuyến xã những ca sau:
 - + U xơ tử cung to
 - + Vết mổ ở tử cung
 - + Sau đẻ dưới 6 tháng
 - + Dị dạng đường sinh dục
 - + Các bệnh lý nội – ngoại khoa

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
- Nén nóng
- Bơm, kim tiêm gây tê tại cổ tử cung
- Băng gạc và dung dịch sát khuẩn
- Thuốc giảm đau: Paracetamol 500mg, Ibuprophen 400 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 (nếu cần)
- Tính tuổi thai
- Tư vấn
- Khách hàng ký cam kết tự nguyện phá thai (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.

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 thai
 - Kiểm tra chất hút
 - Đánh giá thủ thuật đã hoàn thành
 - Có thể đặt dụng cụ tử cung ngay sau khi hút thau 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, sốt thai, sốt 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
 - + Sốt rau, sốt 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 TỪ 13 ĐẾN 18 TUẦN

BẢNG PHƯƠNG PHÁP NONG VÀ GẮP THAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Nong và gấp 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 gấp thai để lấy thai ra, áp dụng cho tuổi thai từ tuần thứ 13 đến hết tuần thứ 18.

- 1) Tuyên áp dụng: các bệnh viện tuyến trung ương và tuyến tỉnh.
- 2) 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 gấp.

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, gấp thai: kẹp dài sát khuẩn, kẹp cổ tử cung, nong từ số 8 đến số 17, kẹp gấp 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 để 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

- Ngâm 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.

3) 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.

4) 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 gấp thai, rau. Không đưa kẹp gấp quá sâu trong buồng tử cung để tránh nguy cơ thủng tử cung.
- Nếu gấp thai khó khăn thì có thể gấp 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

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

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

1. 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

2. 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 β hCG giảm dần
 - Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong 5 năm trở 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 sĩ 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. Người bệnh

- 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
- Cho khách hàng đi tiêu
- Để khách hàng nằm trên bàn theo tư thế phụ khoa

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)

- Trãi 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

CÁY, RÚT MẢNH GHÉP TRÁNH THAI

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

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
- Lidocain 1% hoặc Xylocain 1% gây tê tại 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
- Được tư vấn về các ưu, nhược điểm của que cấy tránh thai

- + Các tác dụng phụ
- + Cách theo dõi que cấy
- Cấy ở tay không thuận

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 sảy thai
- Ngay sau khi lấy que cấy nếu muốn cấy tiếp

2) Kỹ thuật cấy

❖ Norplant (6 que)

- 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%
- 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

❖ Implanon (1 que)

- Sát khuẩn vùng da định cấy, thường ở mặt trong cánh tay không thuận
- Gây tê vùng định cấy bằng lidocain 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 (áp dụng chung cho Norplant và Implanon)

- 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

1. Rối loạn kinh nguyệt

- Vô kinh
- Kinh không đều, ra máu thấm giọt
- Ra máu quá nhiều (hiếm gặp)

2. 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.

3. 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)

TRIỆT SẢN NỮ QUA ĐƯỜNG RẠCH NHỎ

I. ĐẠI CƯƠNG

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 khỏe, quan hệ tình dục

Tuyến áp dụng từ tuyến huyện bao gồm cả đội KHHGD lưu động của huyện trở lên

II. NGUYÊN TẮC CHUNG

- Làm tắc 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 khỏe 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. Khách hàng

- Tư vấn cho khách hàng về ưu nhược điểm cử triệt sản nữ
- Giải thích qui 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 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 mô của lãnh đạo khoa, bệnh viện và phân công phẫu thuật viên.

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 gác , đóng bụng theo từng lớp có thể không cần khâu

phúc mạc thành bụng

VI. THEO DÕI

- Ngay sau triệt sản theo dõi các dấu hiệu sinh tồn
- Uống kháng sinh 5 ngày
- Giảm đau

VII. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

- Chảy máu ổ bụng
- Khỏi máu tụ

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản có kinh nghiệm, được đào tạo và

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi

3. Người bệnh

- Khám toàn thân và khám chuyên khoa để đánh giá bệnh lý phối hợp
- 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 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 THỰC HIỆN KỸ THUẬT

➤ *Thì 1: Bơm CO₂*

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

- Bơm CO₂ đến áp lực mong muốn (khoảng 15mmHg)
- Có thể chọc trocar đèn soi trực tiếp ở ngay mép rốn sau đó bơm CO₂

➤ *Thì 2: Chọc Trocart*

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

➤ **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 trocar, khâu da**

VI. 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

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 tiêu 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 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 mô của lãnh đạo khoa, bệnh viện và phân công phẫu thuật viên.

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 trocar
 - + 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 trocar đèn soi (đây là điểm chọc phổ biến nhất). Trong ca có sẹo mổ cũ đường trắng giữa dưới rốn thì có thể chọc kim ở vị trí hạ sườn trái hoặc nội soi mở.
- Bơm CO₂ đến áp lực mong muốn (khoảng 15mmHg)
- Có thể chọc trocar đèn soi trực tiếp ở ngay mép rốn sau đó bơm CO₂

➤ **Thì 2:** Chọc Trocart

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

➤ **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 trocar

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