

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành tài liệu chuyên môn
“Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Sản phụ khoa - Tập 2”

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023;

Căn cứ Nghị định số 42/2025/NĐ-CP ngày 27 tháng 02 năm 2025 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Căn cứ Thông tư số 23/2024/TT-BYT ngày 18 tháng 10 năm 2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Biên bản họp ngày 19 tháng 3 năm 2026 của Hội đồng chuyên môn nghiệm thu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật và thẩm định định mức kinh tế - kỹ thuật của dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh về Sản phụ khoa; Biên bản họp ngày 19 tháng 3 năm 2026 của Hội đồng chuyên môn nghiệm thu Quy trình kỹ thuật về hỗ trợ sinh sản;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Bà mẹ và Trẻ em, Bộ Y tế.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Sản phụ khoa - Tập 2” thuộc Chương Sinh dục nữ và Sản khoa - Sơ sinh, gồm 50 quy trình kỹ thuật.

Điều 2. Tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Sản phụ khoa - Tập 2” ban hành kèm theo Quyết định này được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày 01/7/2026.

Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Cục trưởng Cục Bà mẹ và Trẻ em; Cục trưởng Cục Quản lý Khám bệnh, chữa bệnh; Cục trưởng, Vụ trưởng các Cục/Vụ thuộc Bộ Y tế; Giám đốc các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương; Thủ trưởng Y tế các ngành và các cơ quan, đơn vị liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng;
- BHXHVN - Bộ Tài chính;
- Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế;
- Trang thông tin điện tử Cục BMTE;
- Lưu: VT; BMTE.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG

Nguyễn Tri Thức



HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT VỀ SẢN PHỤ KHOA TẬP 2

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BYT
ngày tháng năm 2026 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

HÀ NỘI - 2026

MỤC LỤC

LỜI NÓI ĐẦU.....	7
NGUYÊN TẮC XÂY DỰNG, BAN HÀNH VÀ ÁP DỤNG HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRONG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH.....	8
DANH SÁCH THÀNH VIÊN BIÊN SOẠN, THẨM ĐỊNH	10
DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT.....	13
DANH MỤC KỸ THUẬT	14
1. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U TUYẾN VÚ 1 BÊN	18
2. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U TUYẾN VÚ 2 BÊN	21
3. PHẪU THUẬT CẮT ÂM ĐẠO	24
4. PHẪU THUẬT CẮT KHỐI UNG THƯ BUỒNG TRỨNG TÁI PHÁT.....	28
5. PHẪU THUẬT CẮT KHỐI UNG THƯ THÂN TỬ CUNG TÁI PHÁT	32
6. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT KHỐI UNG THƯ THÂN TỬ CUNG TÁI PHÁT	35
7. PHẪU THUẬT CẮT KHỐI UNG THƯ CỔ TỬ CUNG TÁI PHÁT.....	38
8. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT KHỐI UNG THƯ CỔ TỬ CUNG TÁI PHÁT	42
9. PHẪU THUẬT CẮT KHỐI UNG THƯ ÂM ĐẠO TÁI PHÁT	45
10. PHẪU THUẬT CẮT KHỐI UNG THƯ ÂM HỘ TÁI PHÁT	48
11. NỘI SOI ÂM ĐẠO	51
12. CHIẾU TIA SÓNG SIÊU ÂM HỘ TỰ CƯỜNG ĐỘ CAO (HIFU) U XỐ TỬ CUNG ...	53
13. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG SỬA LẠI SỢ MỖ LẤY THAI.....	57
14. PHẪU THUẬT NỘI SOI Ô BỤNG SỬA LẠI SỢ MỖ LẤY THAI.....	60
15. PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG SỬA LẠI SỢ MỖ LẤY THAI.....	63
16. ĐẶT VÒNG NÂNG TRONG ÂM ĐẠO ĐIỀU TRỊ SA SINH DỤC.....	66
17. NẠO SINH THIẾT ỚNG CỔ TỬ CUNG	69
18. BỆNH LÝ THIỂU SẢN TUYẾN VÚ HOẶC TEO TUYẾN VÚ BẰNG CHẤT LIỆU ĐỘN	71
19. PHỤC HỒI KHUYẾT HỔNG TUYẾN VÚ BẰNG BƠM MỖ TỰ THÂN.....	74
20. CẮT U VÚ LẠNH CÓ HỖ TRỢ HÚT CHÂN KHÔNG (VABB) DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM.....	77

21.	KỸ THUẬT TÁCH MÀNG ỒI	80
22.	CHÈN GẠC ÂM ĐẠO CẦM MÁU	82
23.	MASSAGE VÚ THÔNG TUYẾN SỮA SAU SINH	85
24.	ĐẼ THƯỜNG/ĐẼ SINH ĐÔI TRÊN NGƯỜI BỆNH MẮC CÁC BỆNH LÝ TOÀN THÂN (TIM, THẬN, GAN, HUYẾT HỌC, NỘI TIẾT...)	90
25.	THẮT ĐỘNG MẠCH CỔ TỬ CUNG HAI BÊN	94
26.	XOA BÓP VÚ CHO SẢN PHỤ SAU SINH	96
27.	PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG	100
28.	PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT CHỈ KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG.....	104
29.	LẤY MÁU TĨNH MẠCH RÓN THAI NHI.....	107
30.	ĐẶT VÒNG NÂNG CỔ TỬ CUNG DỰ PHÒNG ĐẼ NON	110
31.	PHẪU THUẬT LẤY THAI TRƯỜNG HỢP ĐA THAI.....	113
32.	PHẪU THUẬT LẤY THAI TRƯỜNG HỢP ĐA THAI TRÊN NGƯỜI BỆNH MẮC BỆNH LÝ TOÀN THÂN (BỆNH TIM; THẬN; GAN; HUYẾT HỌC; NỘI TIẾT...).....	116
33.	PHẪU THUẬT LẤY THAI TRƯỜNG HỢP ĐA THAI DO BỆNH LÝ SẢN KHOA (RAU TIỀN ĐẠO; RAU BONG NON; TIỀN SẢN GIẬT; SẢN GIẬT...)	120
34.	PHẪU THUẬT LẤY THAI TRƯỜNG HỢP ĐA THAI Ở NGƯỜI BỆNH CÓ BỆNH TRUYỀN NHIỄM LÂY QUA ĐƯỜNG MÁU	123
35.	PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG DO RAU CÀI RĂNG LƯỢC	127
36.	PHẪU THUẬT LẤY THAI BẢO TỒN TỬ CUNG DO RAU CÀI RĂNG LƯỢC..	130
37.	PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG CẦM MÁU TRONG CẤP CỨU SẢN PHỤ KHOA	133
38.	TRUYỀN MÁU CHO THAI NHI QUA DÂY RÓN.....	137
39.	CHỌC HÚT DỊCH MÀNG BỤNG THAI NHI DƯỚI SIÊU ÂM	144
40.	CHỌC HÚT DỊCH MÀNG PHỔI THAI NHI DƯỚI SIÊU ÂM	148
41.	NỘI SOI BUỒNG ỒI ĐỐT DÂY RÓN BẰNG LASER.....	152
42.	NỘI SOI BUỒNG ỒI ĐỐT DÂY RÓN BẰNG LƯỠNG CỰC.....	158
43.	TRUYỀN DỊCH VÀO BUỒNG ỒI.....	163
44.	NỘI SOI BUỒNG ỒI DẪN LƯU BÀNG QUANG THAI NHI	168
45.	NỘI SOI BUỒNG ỒI DẪN LƯU DỊCH MÀNG PHỔI THAI NHI	173
46.	NỘI SOI CAN THIỆP THAI NHI ĐIỀU TRỊ DỊ TẬT BẨM SINH.....	178

47.	PHẪU THUẬT LẤY QUE CÂY TRÁNH THAI LẠC CHỖ.....	184
48.	THỦ THUẬT THÁO QUE CÂY TRÁNH THAI LẠC CHỖ.....	187
49.	PHÁ THAI NỘI KHOA TỪ 10 TUẦN ĐẾN HẾT 12 TUẦN.....	190
50.	NẠO; HÚT THAI Ở SỢO MỔ LẤY THAI.....	194

LỜI NÓI ĐẦU

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 24/4/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế đã đóng vai trò quan trọng trong việc thiết lập hành lang pháp lý và kỹ thuật cho lĩnh vực sản phụ khoa. Các hướng dẫn này là căn cứ khoa học giúp các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, nhân viên y tế triển khai áp dụng đồng bộ, hiệu quả các kỹ thuật sản phụ khoa tại Việt Nam.

Trong bối cảnh khoa học công nghệ y học thế giới có nhiều bước tiến vượt bậc, nhằm mục đích cập nhật kịp thời các tiến bộ mới và tiếp tục chuẩn hóa quy trình thực hiện kỹ thuật, Bộ Y tế giao nhiệm vụ cho các đơn vị có năng lực và kinh nghiệm thực hiện rà soát và xây dựng bộ hướng dẫn quy trình kỹ thuật mới về sản phụ khoa. Cục Bà mẹ và Trẻ em giữ vai trò chủ trì, điều phối và tổng hợp chung toàn bộ tài liệu.

Quá trình biên soạn đã huy động trí tuệ của tập thể các chuyên gia hàng đầu trong lĩnh vực sản phụ khoa. Các dự thảo quy trình đã trải qua nhiều vòng thảo luận, góp ý và phản biện nghiêm túc từ Hội đồng chuyên môn do Bộ Y tế thành lập. Nội dung tài liệu không chỉ kế thừa các kinh nghiệm thực tiễn trong nước mà còn tham khảo sát thực tế các tài liệu, hướng dẫn quốc tế để đảm bảo tính tiên tiến và chuẩn mực.

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật về sản phụ khoa - Tập 2 được xây dựng cho các kỹ thuật có trong Phụ lục số 02 và không có trong Phụ lục số 01 (của Thông tư số 23/2024/TT-BYT ngày 18 tháng 10 năm 2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh), đã được Hội đồng chuyên môn nghiệm thu và được Bộ Y tế ban hành với tổng số 50 quy trình kỹ thuật; thay thế cho các quy trình kỹ thuật tương đương về sản phụ khoa trong “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 24/4/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Bộ Y tế ghi nhận và trân trọng cảm ơn sự đóng góp tâm huyết, trách nhiệm của các chuyên gia trong Hội đồng nghiệm thu và Tổ chuyên gia xây dựng tài liệu, đặc biệt là các Bệnh viện: Phụ sản Trung ương, Bệnh viện K, Từ Dũ, Phụ sản Hà Nội. Chúng tôi hy vọng đây sẽ là cuốn cẩm nang chuyên môn hữu ích cho đồng nghiệp trong quá trình hành nghề.

Trong quá trình biên tập khó tránh được những sai sót, chúng tôi rất mong nhận được sự đóng góp ý kiến từ quý độc giả đồng nghiệp để Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngày một hoàn thiện hơn. Mọi ý kiến góp ý xin gửi về Bộ Y tế (qua Cục Bà mẹ và Trẻ em), chúng tôi xin tiếp thu và cập nhật trong những lần ban hành sau.

Xin trân trọng cảm ơn!

PGS.TS. Nguyễn Tri Thức
THỨ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

NGUYÊN TẮC XÂY DỰNG, BAN HÀNH VÀ ÁP DỤNG HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRONG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

1. Nguyên tắc xây dựng và ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh:

a. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật được xây dựng và ban hành theo từng chương, chuyên ngành, bảo đảm đầy đủ các nội dung cơ bản về chỉ định, chống chỉ định, thận trọng, chuẩn bị đến các bước thực hiện kỹ thuật theo trình tự thực hiện từ khi bắt đầu đến khi kết thúc thực hiện kỹ thuật;

b. Thời gian thực hiện kỹ thuật, nhân lực, thuốc, thiết bị y tế... (danh mục và số lượng) được quy định trong Hướng dẫn quy trình kỹ thuật căn cứ trên yêu cầu chuyên môn, tính phổ biến, thường quy thực hiện tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Trong thực tế triển khai, thời gian thực hiện kỹ thuật, nhân lực, thuốc, thiết bị y tế... (danh mục và số lượng) có thể thay đổi dựa trên cá thể người bệnh, tình trạng bệnh, diễn biến lâm sàng... và điều kiện thực tế hạ tầng, thiết bị, nhân lực của mỗi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

c. Ngoài địa điểm thực hiện kỹ thuật như phòng phẫu thuật (phòng mổ), phòng thực hiện kỹ thuật (phòng thủ thuật), phòng bệnh... được quy định trong mỗi Hướng dẫn quy trình kỹ thuật, kỹ thuật có thể được thực hiện ở các địa điểm khác theo nguyên tắc:

- Kỹ thuật được quy định thực hiện ở phòng bệnh thì kỹ thuật đó được phép thực hiện tại phòng thủ thuật, phòng phẫu thuật; ngược lại kỹ thuật quy định thực hiện tại phòng phẫu thuật không được phép thực hiện tại phòng thủ thuật, phòng bệnh trừ trường hợp cấp cứu theo quy định pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh;

- Kỹ thuật được quy định thực hiện ở phòng thủ thuật thì kỹ thuật đó được phép thực hiện tại phòng phẫu thuật; không được phép thực hiện tại phòng bệnh trừ trường hợp cấp cứu theo quy định pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

2. Nguyên tắc áp dụng Hướng dẫn quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh:

a. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được phép áp dụng toàn bộ Hướng dẫn quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành và phải có văn bản do người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phê duyệt việc triển khai áp dụng Hướng dẫn quy trình kỹ thuật do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành.

Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xây dựng và ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật áp dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thì việc xây dựng, ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phải tuân thủ theo nguyên tắc quy định tại mục 1, căn cứ trên Hướng dẫn quy trình kỹ thuật tương ứng do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành và là căn cứ để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh triển khai, áp dụng. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xây dựng và ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật áp dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chịu hoàn toàn trách nhiệm về việc xây dựng, ban hành và áp dụng.

b. Tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ban hành kèm theo Quyết định này được áp dụng cho các kỹ thuật định tại Phụ lục số 02 và không có trong Phụ lục số 01 Thông tư số 23/2024/TT-BYT ban hành Danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh.

c. Người thực hiện các kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh là người hành nghề có phạm vi hành nghề phù hợp với kỹ thuật thực hiện theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh mà không bị giới hạn bởi các chức danh nghề nghiệp được liệt kê trong từng quy trình kỹ thuật. Đồng thời các chức danh nghề nghiệp được quy định trong từng quy trình kỹ thuật cũng chỉ được thực hiện khi có phạm vi hành nghề theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh.

d. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ được thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh sau khi được cấp có thẩm quyền phê duyệt, cho phép và sử dụng thuốc, thiết bị y tế được cấp phép theo quy định hiện hành.

đ. Trong quá trình triển khai áp dụng Hướng dẫn quy trình kỹ thuật, nếu có các bất cập hoặc nhu cầu cần sửa đổi, bổ sung, cập nhật..., các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chủ động cập nhật và ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật áp dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, đồng thời báo cáo, đề xuất Bộ Y tế (Cục Bà mẹ và Trẻ em) để xem xét, cập nhật và ban hành áp dụng trong cả nước.

DANH SÁCH THÀNH VIÊN BIÊN SOẠN, THẨM ĐỊNH

Chỉ đạo biên soạn

GS.TS. Trần Văn Thuấn	Thứ trưởng Bộ Y tế
PGS.TS. Nguyễn Tri Thức	Thứ trưởng Bộ Y tế
ThS.BS. Đinh Anh Tuấn	Cục trưởng Cục Bà mẹ và Trẻ em

Tham gia biên soạn, thẩm định phần sản phụ khoa

ThS.BS. Đinh Anh Tuấn	Cục trưởng Cục Bà mẹ và Trẻ em
BSCCKII. Nguyễn Văn Chi	Phó Cục trưởng Cục Bà mẹ và Trẻ em
TS.BS. Vương Ánh Dương	Phó Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh
GS.TS. Nguyễn Duy Ánh	Giám đốc Bệnh viện Phụ Sản Trung ương
PGS.TS. Lê Hoài Chương	Phó Giám đốc Bệnh viện Phụ Sản Trung ương
PGS.TS. Vũ Văn Du	Phó Giám đốc Bệnh viện Phụ Sản Trung ương
PGS.TS. Nguyễn Thị Thu Hà	Phó Giám đốc Bệnh viện Phụ sản Trung ương
PGS.TS. Vũ Bá Quyết	Nguyên Giám đốc Bệnh viện Phụ Sản Trung ương
GS.TS. Trần Danh Cường	Nguyên Giám đốc Bệnh viện Phụ Sản Trung ương
BSCCKII. Trần Ngọc Hải	Giám đốc Bệnh viện Từ Dũ
PGS.TS. Hoàng Thị Diễm Tuyết	Giám đốc Bệnh viện Hùng Vương
PGS.TS. Vũ Văn Tâm	Giám đốc Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng
BSCCKII. Phạm Thanh Hải	Phó Giám đốc Bệnh viện Từ Dũ
BSCCKII. Đỗ Xuân Vinh	Phó Giám đốc Bệnh viện Phụ sản Hà Nội
TS.BS. Vũ Kiên	Phó Giám đốc, Trưởng khoa Ngoại Vú phụ khoa - Bệnh viện Ung bướu Hà Nội
TS.BS. Đặng Thị Hồng Thiện	Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
ThS.BS. Trương Lê Văn Ngọc	Trưởng phòng Nghiệp vụ - Bảo vệ sức khỏe cán bộ - Cục Quản lý Khám, chữa bệnh
PGS.TS. Nguyễn Mạnh Thắng	Trưởng khoa Điều trị theo yêu cầu - Bệnh viện Phụ sản Trung ương

TS. BS. Nguyễn Văn Thắng	Trưởng khoa Phụ ung thư - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
PGS.TS. Nguyễn Quang Bắc	Trưởng khoa Sản nhiễm khuẩn - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
TS.BS. Đào Thị Hoa	Trưởng khoa Khám bệnh - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
BSCCKII. Hà Duy Tiến	Trưởng khoa Kế hoạch hóa gia đình - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
BSCCKII. Vũ Ngân Hà	Trưởng khoa Sản thường - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
TS.BS Vũ Văn Khanh	Trưởng khoa đẻ - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
TS.BS. Đoàn Thị Phương Lam	Trưởng khoa Khám theo yêu cầu - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
TS.BS. Lê Minh Trác	Giám đốc Trung tâm sơ sinh - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
TS.BS. Đỗ Văn Lợi	Trưởng Đơn vị chống đau - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
BSCCKII. Bạch Minh Thu	Trưởng khoa Phẫu thuật Gây mê hồi sức - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
ThS.BS. Nguyễn Vũ Thủy	Trưởng khoa Vi sinh - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
TS.BS. Mai Trọng Dũng	Phó Trưởng khoa phụ trách Khoa Phụ ngoại, Bệnh viện Phụ sản Trung ương
ThS Đàm Thị Quỳnh Liên	Phó trưởng khoa Phụ ngoại - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
BSCCKII. Phạm Hải Hà	Phó Trưởng khoa Sản bệnh lý - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
ThS.BS. Đặng Anh Linh	Trưởng khoa Phụ Nội tiết - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
TS.BS. Lê Trí Chinh	Trưởng khoa Ngoại Phụ khoa - Bệnh viện K
BSCCKII. Phan Đỗ Quốc Thanh	Trưởng khoa Cấp cứu sinh - Trung tâm Phụ sản - Bệnh viện Trung ương Huế
BSCCKII. Bùi Văn Hoàng	Trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp - Bệnh viện Từ Dũ
BSCCKII. Nguyễn Thị Thu Hiền	Trưởng phòng Chỉ đạo tuyển - Bệnh viện Từ Dũ
BSCCKII. Trịnh Nhật Thu Hương	Trưởng khoa Chăm sóc trước sinh - Bệnh viện Từ Dũ
BSCCKII. Võ Thanh Nhân	Trưởng khoa Ung bướu phụ khoa - Bệnh viện Từ Dũ
BSCCKII. Nguyễn Văn Hưng	Trưởng khoa Phụ - Bệnh viện Từ Dũ

BSCKII. Lê Ngọc Diệp	Trưởng khoa Nội sọ - Bệnh viện Từ Dũ
TS.BS. Trần Nhật Thăng	Trưởng khoa Phụ sản - Bệnh viện Đại học Y - Dược Thành phố Hồ Chí Minh
PGS.TS. Lê Thị Anh Đào	Trưởng khoa Phụ ngoại - Bệnh viện Phụ sản Hà Nội
BSCKII. Nguyễn Văn Tiến	Trưởng khoa Ngoại phụ khoa - Bệnh viện Ung bướu Hồ Chí Minh
BSCKII. Vũ Thị Nguyệt Ánh	Phó trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp - Bệnh viện Phụ sản Hà Nội
Thư ký biên soạn	
ThS.BS. Dương Thị Hải Ngọc	Chuyên viên chính Phòng Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ em - Cục Bà mẹ và Trẻ em
CN. Trần Thị Minh Hương	Chuyên viên chính Phòng Chăm sóc Bà mẹ và Trẻ em - Cục Bà mẹ và Trẻ em
ThS.BS. Đoàn Thị Thu Trang	Phó Trưởng Phòng Kế hoạch tổng hợp - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
Ths.Bs. Nguyễn Thanh Hải	Phòng Kế hoạch tổng hợp - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
BS. Nguyễn Tấn Đạt	Phòng Chỉ đạo tuyến - Bệnh viện Từ Dũ
BSCKII. Trần Thị Ngọc	Khoa Khám phụ khoa - Bệnh viện Từ Dũ

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT

Từ viết tắt	Nghĩa đầy đủ
CCTC	Cơ co tử cung
CTC	Cổ tử cung
DCTC	Dụng cụ tử cung
ĐM rốn	Động mạch rốn
QCTT	Que cấy tránh thai
TDMP	Tràn dịch màng phổi
TM	Tĩnh mạch
TTTS	Hội chứng truyền máu song thai

DANH MỤC KỸ THUẬT

STT trong quyền (cột 1)	STT trong phụ lục 2 (cột 2)	STT của chương (cột 3)	Tên chương (cột 4)	Mã liên kết (cột 5)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 6)
1.	4025	1	13 - Sinh dục nữ		Phẫu thuật nội soi cắt u tuyến vú 1 bên
2.	4026	2	13 - Sinh dục nữ		Phẫu thuật nội soi cắt u tuyến vú 2 bên
3.	4060	36	13 - Sinh dục nữ		Phẫu thuật cắt âm đạo
4.	4068	44	13 - Sinh dục nữ		Phẫu thuật cắt khối ung thư buồng trứng tái phát
5.	4070	46	13 - Sinh dục nữ		Phẫu thuật cắt khối ung thư thân tử cung tái phát
6.	4071	47	13 - Sinh dục nữ		Phẫu thuật nội soi cắt khối ung thư thân tử cung tái phát
7.	4072	48	13 - Sinh dục nữ		Phẫu thuật cắt khối ung thư cổ tử cung tái phát
8.	4073	49	13 - Sinh dục nữ		Phẫu thuật nội soi cắt khối ung thư cổ tử cung tái phát
9.	4074	50	13 - Sinh dục nữ		Phẫu thuật cắt khối ung thư âm đạo tái phát
10.	4075	51	13 - Sinh dục nữ		Phẫu thuật cắt khối ung thư âm hộ tái phát
11.	4077	53	13 - Sinh dục nữ		Nội soi âm đạo
12.	4097	73	13 - Sinh dục nữ		Chiếu tia sóng siêu âm hội tụ cường độ cao (HIFU) u xơ tử cung
13.	4118	94	13 - Sinh dục nữ		Phẫu thuật mở bụng sửa lại sẹo mổ lấy thai
14.	4119	95	13 - Sinh dục nữ		Phẫu thuật nội soi ổ bụng sửa lại sẹo mổ lấy thai
15.	4120	96	13 - Sinh dục nữ		Phẫu thuật nội soi buồng tử cung sửa lại sẹo mổ lấy thai

STT trong quyền (cột 1)	STT trong phụ lục 2 (cột 2)	STT của chương (cột 3)	Tên chương (cột 4)	Mã liên kết (cột 5)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 6)
16.	4130	106	13 - Sinh dục nữ		Đặt vòng nâng trong âm đạo điều trị sa sinh dục
17.	4165	141	13 - Sinh dục nữ		Nạo sinh thiết ống cổ tử cung
18.	4186	162	13 - Sinh dục nữ		Bệnh lý thiếu sản tuyến vú hoặc teo tuyến vú bằng chất chất liệu độn
19.	4190	166	13 - Sinh dục nữ		Phục hồi khuyết hồng tuyến vú bằng bơm mỡ tự thân
20.	4192	168	13 - Sinh dục nữ		Cắt u vú lành có hỗ trợ hút chân không (VABB) dưới hướng dẫn siêu âm
21.	4198	1	14 - Sản khoa - Sơ sinh		Kỹ thuật tách màng ối
22.	4199	2	14 - Sản khoa - Sơ sinh		Chèn gạc âm đạo cầm máu
23.	4202	5	14 - Sản khoa - Sơ sinh		Massage vú thông tuyến sữa sau sinh
24.	4215	18	14 - Sản khoa - Sơ sinh		Đẻ thường/đẻ sinh đôi trên người bệnh mắc các bệnh lý toàn thân (tim, thận, gan, huyết học, nội tiết...)
25.	4234	37	14 - Sản khoa - Sơ sinh		Thắt động mạch cổ tử cung hai bên
26.	4239	42	14 - Sản khoa - Sơ sinh		Xoa bóp vú cho sản phụ sau sinh
27.	4246	49	14 - Sản khoa - Sơ sinh		Phẫu thuật nội soi khâu vòng cổ tử cung
28.	4247	50	14 - Sản khoa - Sơ sinh		Phẫu thuật nội soi cắt chi khâu vòng cổ tử cung
29.	4249	52	14 - Sản khoa - Sơ sinh		Lấy máu tĩnh mạch rốn thai nhi

STT trong quyền (cột 1)	STT trong phụ lục 2 (cột 2)	STT của chương (cột 3)	Tên chương (cột 4)	Mã liên kết (cột 5)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 6)
30.	4250	53	14 - Sản khoa - Sơ sinh		Đặt vòng nâng cổ tử cung dự phòng đẻ non
31.	4253	56	14 - Sản khoa - Sơ sinh		Phẫu thuật lấy thai trường hợp đa thai
32.	4254	57	14 - Sản khoa - Sơ sinh		Phẫu thuật lấy thai trường hợp đa thai trên người bệnh mắc bệnh lý toàn thân (bệnh tim; thận; gan; huyết học; nội tiết...)
33.	4255	58	14 - Sản khoa - Sơ sinh		Phẫu thuật lấy thai trường hợp đa thai do bệnh lý sản khoa (rau tiền đạo; rau bong non; tiền sản giật; sản giật...)
34.	4256	59	14 - Sản khoa - Sơ sinh		Phẫu thuật lấy thai trường hợp đa thai ở người bệnh có bệnh truyền nhiễm lây qua đường máu
35.	4262	65	14 - Sản khoa - Sơ sinh		Phẫu thuật cắt tử cung do rau cài răng lược
36.	4263	66	14 - Sản khoa - Sơ sinh		Phẫu thuật lấy thai bảo tồn tử cung do rau cài răng lược
37.	4267	70	14 - Sản khoa - Sơ sinh		Phẫu thuật nội soi ổ bụng cầm máu trong cấp cứu sản phụ khoa
38.	4274	77	14 - Sản khoa - Sơ sinh		Truyền máu cho thai nhi qua dây rốn
39.	4275	78	14 - Sản khoa - Sơ sinh		Chọc hút dịch màng bụng thai nhi dưới siêu âm
40.	4276	79	14 - Sản khoa - Sơ sinh		Chọc hút dịch màng phổi thai nhi dưới siêu âm
41.	4277	80	14 - Sản khoa - Sơ sinh		Nội soi buồng ối đốt dây rốn bằng laser
42.	4278	81	14 - Sản khoa - Sơ sinh		Nội soi buồng ối đốt dây rốn bằng lưỡng cực

STT trong quyền (cột 1)	STT trong phụ lục 2 (cột 2)	STT của chương (cột 3)	Tên chương (cột 4)	Mã liên kết (cột 5)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 6)
43.	4280	83	14 - Sản khoa - Sơ sinh		Truyền dịch vào buồng ối
44.	4282	85	14 - Sản khoa - Sơ sinh		Nội soi buồng ối dẫn lưu bàng quang thai nhi
45.	4283	86	14 - Sản khoa - Sơ sinh		Nội soi buồng ối dẫn lưu dịch màng phôi thai nhi
46.	4284	87	14 - Sản khoa - Sơ sinh		Nội soi can thiệp thai nhi điều trị dị tật bẩm sinh
47.	4322	125	14 - Sản khoa - Sơ sinh		Phẫu thuật lấy que cấy tránh thai lạc chỗ
48.	4323	126	14 - Sản khoa - Sơ sinh		Thủ thuật tháo que cấy tránh thai lạc chỗ
49.	4326	129	14 - Sản khoa - Sơ sinh		Phá thai nội khoa từ 10 tuần đến hết 12 tuần
50.	4330	133	14 - Sản khoa - Sơ sinh		Nạo; hút thai ở sọ mở lấy thai

1. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U TUYẾN VÚ 1 BÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

Các u vú lành tính bao gồm u xơ tuyến vú, xơ nang tuyến vú hay gặp ở phụ nữ trong độ tuổi hoạt động sinh dục và các loại khác như u nhú, u mỡ, ... hay gặp ở phụ nữ lớn tuổi hơn.

Phần lớn các u vú lành tính có thể theo dõi định kì. Phẫu thuật được chỉ định khi u kích thước lớn hoặc gây đau, khó chịu cho người bệnh.

Áp dụng kỹ thuật nội soi hỗ trợ bóc u vú lành tính có ưu điểm là bóc được nhiều u ở các vị trí khác nhau và hạn chế tối đa sẹo mổ, đạt kết quả thẩm mỹ cao.

2. CHỈ ĐỊNH

- U vú lành tính trên lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, sinh thiết hoặc tế bào.
- Kích thước u lớn > 2cm
- U nhỏ nhưng đau, khó chịu cho người bệnh.
- Không phù hợp lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và sinh thiết, cần lấy u để chẩn đoán.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang mắc các bệnh cấp tính khác hoặc mắc các bệnh rối loạn các yếu tố đông máu...
- Bệnh lý toàn thân nặng nề.

4. TRẬN TRỌNG

- Bệnh nhân cao tuổi
- Bệnh nhân béo phì, hút thuốc lá
- Dị ứng thuốc nặng.
- Bệnh nhân có bệnh lý mạn tính nặng nề: tim mạch, hô hấp...

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh
- Điều dưỡng/hộ sinh: 01

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch,...

- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy, dàn máy nội soi, khí CO₂ y tế...
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,5 - 1,5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Tiến hành phẫu thuật

- Rạch da đường nếp lằn nách hoặc nếp lằn vú.
- Sử dụng van dài nâng tuyến vú lên. Bóc tách các khối u xơ mặt dưới của tuyến vú bằng dao điện lưỡng cực hoặc Ligasure.
- Lấy bệnh phẩm qua đường rạch.
- Đặt dẫn lưu.
- Kiểm tra cầm máu.
- Khâu đóng da.

6.2. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: các dấu hiệu sinh tồn
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bác sỹ và điều dưỡng chăm sóc.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu trong mổ

7.2. Tai biến sau thực hiện kỹ thuật

Chảy máu sau mổ

- Mở lại vết mổ và cầm máu lại.
- Băng ép sau khi kết thúc phẫu thuật.

Nhiễm trùng vết mổ

- Kháng sinh 7 - 10 ngày.
- Chăm sóc vết mổ, thay băng hàng ngày.

Động dịch

- Thường ở vị trí thành ngực hay hố nách.
- Nếu cần thiết vẫn phải lưu ống dẫn lưu.
- Tập các bài tập tay tối thiểu ngay khi rút dẫn lưu tới sau phẫu thuật 4 tuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh Ung bướu, Quyết định 3338/QĐ-BYT 2013”.
2. Kirby I.B, Master Techniques in General Surgery: Breast Surgery 5th.
3. Hung-Wen Lai, Endoscopy-assisted surgery for the management of benign breast tumors: technique, learning curve, and patient-reported outcome from preliminary 323 procedures, 2017.
4. U Veronesi, Atlas of Breast surgery, 2015.

2. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U TUYẾN VÚ 2 BÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

Các u vú lành tính bao gồm u xơ tuyến vú, xơ nang tuyến vú hay gặp ở phụ nữ trong độ tuổi hoạt động sinh dục và các loại khác như u nhú, u mỡ, ... hay gặp ở phụ nữ lớn tuổi hơn.

Phần lớn các u vú lành tính có thể theo dõi định kì. Phẫu thuật được chỉ định khi u kích thước lớn hoặc gây đau, khó chịu cho người bệnh.

Áp dụng kỹ thuật nội soi hỗ trợ bóc u vú lành tính có ưu điểm là bóc được nhiều u ở các vị trí khác nhau và hạn chế tối đa sẹo mổ, đạt kết quả thẩm mỹ cao.

2. CHỈ ĐỊNH

- U vú lành tính 2 bên trên lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, sinh thiết hoặc tế bào.
- Kích thước u lớn > 2cm.
- U nhỏ nhưng đây đau, khó chịu cho người bệnh.
- Không phù hợp lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và sinh thiết, cần lấy u để chẩn đoán.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang mắc các bệnh cấp tính khác hoặc mắc các bệnh rối loạn các yếu tố đông máu...
- Bệnh lý toàn thân nặng nề.

4. TRẬN TRỌNG

- Bệnh nhân cao tuổi.
- Bệnh nhân béo phì, hút thuốc lá.
- Dị ứng thuốc nặng.
- Bệnh nhân có bệnh lý mạn tính nặng nề: tim mạch, hô hấp...

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh
- Điều dưỡng/hộ sinh: 01

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...

- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch,...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy, dàn máy nội soi, khí CO2 y tế ...
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác.
- + Quần, áo thủ thuật.
- + Quần áo người bệnh.
- + Săng phẫu thuật/thủ thuật.

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tùy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần).
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.7. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 1 - 2 giờ

5.8. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Tiến hành phẫu thuật

- Rửa da đường nếp lằn nách hoặc nếp lằn vú.
- Sử dụng van dài nâng tuyến vú lên. Bóc tách các khối u xơ mặt dưới của tuyến vú bằng dao điện lưỡng cực hoặc Ligasure.
- Lấy bệnh phẩm qua đường rạch.
- Đặt dẫn lưu.
- Kiểm tra cầm máu.
- Khâu đóng da.
- Tiến hành tương tự với bên đối diện.

6.2. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: các dấu hiệu sinh tồn
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bác sỹ và điều dưỡng chăm sóc.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu trong mổ

7.2. Tai biến sau thực hiện kỹ thuật

Chảy máu sau mổ

- Mở lại vết mổ và cầm máu lại
- Băng ép sau khi kết thúc phẫu thuật

Nhiễm trùng vết mổ

- Kháng sinh 7 - 10 ngày
- Chăm sóc vết mổ, thay băng hàng ngày.

Động dịch

- Thường ở vị trí thành ngực hay hố nách
- Nếu cần thiết vẫn phải lưu ống dẫn lưu
- Tập các bài tập tay tối thiểu ngay khi rút dẫn lưu tới sau phẫu thuật 4 tuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh Ung bướu, Quyết định 3338/QĐ-BYT 2013”.
2. Kirby I.B, Master Techniques in General Surgery: Breast Surgery 5th.
3. Hung-Wen Lai, Endoscopy-assisted surgery for the management of benign breast tumors: technique, learning curve, and patient-reported outcome from preliminary 323 procedures, 2017.
4. U Veronesi, Atlas of Breast surgery, 2015.

3. PHẪU THUẬT CẮT ÂM ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật ung thư âm đạo nhằm lấy bỏ rộng rãi ung thư tại âm đạo kèm vét hạch vùng, được chỉ định cho giai đoạn sớm của bệnh:

- Cắt bỏ rộng rãi khối u âm đạo có thể:
- + Cắt âm đạo bán phần trong ung thư âm đạo 1/3 dưới
- + Cắt tử cung toàn bộ + bán phần âm đạo trong ung thư âm đạo 1/3 trên
- Vét hạch vùng bẹn hoặc chậu tùy thuộc vào vị trí khối u âm đạo.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư âm đạo giai đoạn I

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân quá già, yếu có các bệnh phối hợp
- Ung thư âm đạo giai đoạn II, III, IV

4. THÂN TRỌNG:

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- + Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ
- + Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ
- + Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Dao điện,...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải sẵn vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian khoảng 1 - 3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Kỹ thuật cắt âm đạo 1/3 trên kèm theo cắt tử cung triệt căn.

Thì 1: Mở bụng: Rạch da theo đường trắng giữa dưới rốn, mở rộng trên rốn 2 - 3cm

Thì 2: Thăm dò đánh giá tổn thương trong bụng

Thì 3: Vết hạch chậu, có thể sinh thiết/vết hạch chủ bụng nếu nghi ngờ

Thì 4: Cắt tử cung triệt căn và cắt âm đạo bán phần

- Sau khi phẫu tích để cắt tử cung triệt căn, tách bàng quang phía trước và trực tràng phía sau đến âm đạo 1/3 giữa
- Cắt sâu âm đạo và tổ chức xung quanh, diện cắt cách bờ u ≥ 2 cm, đến tổ chức lành qua sinh thiết tức thì diện cắt.
- Đóng mỏm cắt âm đạo, phủ phúc mạc mỏm cắt
- Đặt dẫn lưu ở túi cùng Douglas

Thì 5: Kiểm tra, xếp ruột, đóng bụng theo các lớp giải phẫu.

6.2. Đối với ung thư âm đạo 1/3 dưới

Thì 1: Vết hạch bẹn 2 bên

- Đường rạch dài 10 -12cm theo nếp lằn bẹn
- Phẫu tích tổ chức dưới da rộng rãi lên trên và xuống dưới
- Vạt trên phẫu tích sâu đến cân cơ chéo lớn đi xuống cung đùi, lấy hết tổ chức mỡ và hạch giữa cân Camper và cân sàng (hạch bẹn nông), qua lỗ mở của cân sàng lấy hết tổ chức mỡ, hạch quanh bó mạch đùi (hạch bẹn sâu)

- Vạt dưới: Phẫu tích và bộc lộ tĩnh mạch hiển, cố gắng bảo tồn, theo tĩnh mạch hiển đi dọc lên tìm vị trí đổ vào tĩnh mạch bẹn.
- Sau khi vét hạch phải kiểm tra kĩ cầm máu bằng dao điện
- Đặt dẫn lưu diện mổ
- Khâu phục hồi vạt da

Thì 2: Cát bán phần âm đạo

- Đường rạch da quanh chu vi âm đạo tiếp giáp âm
- Phẫu thích tách âm đạo khỏi niệu đạo bàng quang thành trước, tách trực tràng - âm đạo thành sau
- Cát âm đạo qua tổn thương > 2cm đảm bảo diện cắt âm tính
- Kiểm tra cầm máu
- Khâu lại thành âm đạo vào âm hộ.
- Đặt sonde tiêu.

7. THEO DÕI SAU MỔ

- Các chỉ số sinh tồn: theo dõi sát mạch, huyết áp, nhịp thở... trong 24 - 48 h đầu.
- Các tai biến, biến chứng: của gây mê, của phẫu thuật (chảy máu, nhiễm trùng vết mổ...)

8. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ

1. Phẫu thuật ung thư âm đạo 1/3 trên

a. Trong phẫu thuật: thì vét hạch có thể làm rách tĩnh mạch, cắt phải thần kinh bị do hạch xâm lấn và dính, thì cắt rộng parametrium có thể cắt vào niệu quản, do vậy phải đánh giá chính xác, hạn chế những tai biến có thể xảy ra, xử lý kịp thời khâu vết rách tĩnh mạch, khâu nối lại thần kinh bị, nối lại niệu quản hoặc cấm niệu quản - bàng quang.

b. Chảy máu trong: theo dõi dịch dẫn lưu Douglas, khi cần phải phẫu thuật lại cầm máu

c. Dò niệu quản - âm đạo: vì dò ở đoạn cuối của niệu quản nên có thể sửa chữa bằng cấm niệu quản vào bàng quang

d. Hẹp niệu quản: Đặt sonde J-J

e. Dò bàng quang - âm đạo: Lỗ dò bé: lưu sonde tiêu, kháng sinh, chống viêm. Lỗ dò lớn: phẫu thuật khâu đóng lỗ rò

f. Rối loạn chức năng bàng quang - niệu đạo: Rối loạn này có xu hướng khỏi dần sau 1 đến 2 tuần.

g. Nang bạch huyết vùng tiểu khung: dùng kháng sinh, corticoid, chọc hút nang dưới hướng dẫn của siêu âm.

h. Tắc ruột: do dính hoặc do dây chằng

i. Áp xe tồn dư: phải tách và dẫn lưu theo đường âm đạo.

2. Ung thư âm đạo 1/3 dưới

2.1. Thì vết hạch

a. Chú ý: hạch di căn ung thư xâm lấn và dính vào mạch máu, phải thận trọng tránh làm tổn thương động mạch và tĩnh mạch đùi. Cầm máu kỹ các mạch máu chọc qua cân sàng đi lên, để gây chảy máu trong và sau phẫu thuật. Trường hợp không thể bảo tồn được tĩnh mạch hiển có thể thắt.

b. Chảy máu: do tổn thương mạch máu khi vét hạch, do không cầm máu tốt: phải phẫu thuật và cầm máu lại, theo dõi dịch qua dẫn lưu.

c. Ứ dịch: do dẫn lưu bị tắc, bị gấp, phải chỉnh lại dẫn lưu hoặc tách vết mổ.

d. Toác vết mổ: do nhiễm khuẩn hoặc do ứ dịch: phải chăm sóc vết mổ, khi sạch có thể khâu thì 2.

2.2 Thì cắt âm đạo

a. Tổn thương các tạng lân cận: do u xâm lấn bàng quang, vách trực tràng - âm đạo, thủng trực tràng.

Xử trí theo mức độ tổn thương: nhẹ: khâu phục hồi; nặng: phải mở hậu môn nhân tạo, mở thông bàng quang.

b. Chảy máu do cầm máu không tốt: khâu cầm máu lại

c. Toác vết mổ: thường do nhiễm khuẩn, chăm sóc và khâu thì 2

d. Rò trực tràng - âm đạo: chăm sóc và phục hồi lỗ rò, khi cần phải làm hậu môn nhân tạo.

e. Nhiễm khuẩn vết mổ: kháng sinh theo kháng sinh đồ, cắt chỉ cách quãng, chăm sóc vết mổ hàng ngày.

f. Huyết khối tĩnh mạch sâu sau mổ (TM chậu, TM chủ bụng...): có thể dẫn đến tắc mạch phổi gây tử vong. Dự phòng bằng cách tiêm chống đông dự phòng trước và sau mổ, vận động sớm sau mổ. Điều trị: chống đông, đeo tất áp lực, đặt màng ngăn tĩnh mạch chủ bụng dưới hướng dẫn màn tăng sáng trong trường hợp huyết khối có nguy cơ di chuyển.

4. PHẪU THUẬT CẮT KHỐI UNG THƯ BUỒNG TRỨNG TÁI PHÁT

1. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư buồng trứng giai đoạn tiến triển thường tái phát sau khi kết thúc điều trị ban đầu. Tái phát chủ yếu xảy ra trong ổ bụng, hiếm gặp ở các cơ quan ngoài ổ bụng. Tổn thương tái phát trong ổ bụng có biểu hiện đa dạng, từ tổn thương đơn ổ đến lan tỏa phúc mạc, hoặc xâm lấn các tạng trong ổ bụng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư buồng trứng tái phát nhạy với platinum (tái phát \geq 6 tháng sau khi kết thúc hóa trị).
- Bệnh nhân có thể trạng tốt, tổn thương khu trú, và được đánh giá có khả năng phẫu thuật loại bỏ hoàn toàn khối u (R0).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân mắc các bệnh nội khoa chống chỉ định phẫu thuật.
- Tái phát với di căn xa ngoài ổ bụng.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đặc biệt thận trọng đối với các bệnh nhân trải qua nhiều lần phẫu thuật ổ bụng do nguy cơ dính và tổn thương các cơ quan lân cận cao.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 03 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch,...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy,...
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải sẵn vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 1 - 3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

Thì 1: Vào ổ bụng

- Rửa da theo đường trắng giữa.
- Gỡ dính ruột hoặc các tạng trong ổ bụng nếu có.

Thì 2: Kiểm tra ổ bụng và đánh giá tổn thương

- Quan sát toàn bộ ổ bụng, đánh giá:
 - + Tình trạng dịch ổ bụng.
 - + Tổn thương tại phúc mạc, các cơ quan trong ổ bụng, và hạch ổ bụng.

Thì 3: Cắt bỏ khối u tái phát

Trường hợp bệnh nhân đã phẫu thuật cắt u triệt để trước đó:

- Tùy vị trí u tái phát, phẫu tích cẩn thận để loại bỏ khối u.
- Nếu u xâm lấn các tạng trong ổ bụng:
 - + Phẫu tích đảm bảo lấy hết u, bảo tồn tối đa phần tạng lành.
 - + Có thể cắt một phần hoặc toàn bộ tạng bị xâm lấn, ví dụ:
 - Ruột: Cắt đoạn ruột bị xâm lấn, tái lập lưu thông tiêu hóa bằng thiết bị khâu nối cơ học (stapler, contour), có hoặc không làm hậu môn nhân tạo.
 - Bàng quang: Cắt một phần hoặc toàn bộ, có hoặc không tạo hình bàng quang.
 - Niệu quản, lách, tụy, gan: Cắt phần bị xâm lấn.
- Đánh giá di căn hạch, nếu có hạch lớn hoặc di căn, phẫu tích cẩn thận để lấy hạch.

Trường hợp bệnh nhân phẫu thuật bảo tồn trước đó:

- Thực hiện cắt toàn bộ tử cung và buồng trứng:
- + Bóc tách, thắt và cắt bó mạch buồng trứng.
- + Cắt dây chằng tròn hai bên.
- + Phẫu tích đầy bàng quang ra trước, tách khỏi cổ tử cung.
- + Phẫu tích mặt sau cổ tử cung với trực tràng.
- + Thắt động mạch tử cung hai bên, bộc lộ rõ niệu quản.
- + Cắt bỏ toàn bộ tử cung.
- + Khâu kín mỏm cắt âm đạo.
- + Kiểm tra cầm máu.
- + Phục hồi phúc mạc tiêu khung.
- Đánh giá tổn thương tại các vị trí khác, nếu còn u, thực hiện cắt bỏ như trường hợp trên.

Thì 4: Kiểm tra cầm máu

- Kiểm tra kỹ cầm máu, đặt ống dẫn lưu nếu cần.

Thì 5: Đóng ổ bụng

- Đóng đường rạch bụng theo các lớp giải phẫu.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. THEO DÕI

Dấu hiệu sinh tồn: Theo dõi sát mạch, huyết áp, nhịp thở trong 24 - 48 giờ đầu.

Tai biến và biến chứng:

- + Liên quan đến gây mê.
- + Liên quan đến phẫu thuật (chảy máu, nhiễm trùng, v.v.).

7.2. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong phẫu thuật

- Gỡ dính ruột: Có thể gây rách thanh mạc hoặc thủng ruột.
- Phẫu tích lấy u: Có thể gây tổn thương niệu quản, bàng quang, lách, gan, hoặc tụy.
- Lấy hạch di căn: Có thể gây rách mạch máu hoặc tổn thương thần kinh bị do hạch xâm lấn.
- Xử trí: Khâu vết rách/thủng, khâu nối mạch máu hoặc thần kinh ngay trong mổ.

2. Chảy máu sau mổ

- Nguyên nhân: Chảy máu từ mỏm cắt, vị trí buộc chỉ, hoặc rối loạn đông máu.
- Biểu hiện: Choáng, tụt huyết áp, thiếu máu cấp, dịch ổ bụng.
- Xử trí: Phẫu thuật lại để cầm máu, hồi sức tích cực, điều chỉnh rối loạn đông máu, bồi phụ thể tích tuần hoàn.

3. Tắc ruột

- Nguyên nhân: Dính ruột hoặc dây chằng.
- Xử trí: Điều trị nội khoa (nghỉ ruột, truyền dịch). Nếu không cải thiện, phẫu thuật lại để xử trí nguyên nhân.

4. Áp xe tồn dư

- Xử trí: Tách và dẫn lưu qua đường âm đạo hoặc đường bụng dưới hướng dẫn hình ảnh.

5. Tắc mạch

- Huyết khối tĩnh mạch sâu (tĩnh mạch chậu, tĩnh mạch chủ bụng): Có nguy cơ gây tắc mạch phổi, dẫn đến tử vong.
- Dự phòng: Tiêm thuốc chống đông, vận động sớm sau mổ.
- Điều trị: Dùng thuốc chống đông, mang tất áp lực, đặt màng lọc tĩnh mạch chủ dưới (thực hiện dưới màn tăng sáng) nếu huyết khối có nguy cơ di chuyển.

6. Nhiễm trùng vết mổ

- Xử trí: Tách vết mổ, cắt chỉ định kỳ, rửa bằng oxy già nếu có mủ, dùng kháng sinh và thuốc chống viêm.

5. PHẪU THUẬT CẮT KHỐI UNG THƯ THÂN TỬ CUNG TÁI PHÁT

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt khối ung thư thân tử cung tái phát nhằm loại bỏ khối u tái phát của ung thư nội mạc tử cung hoặc sarcoma tử cung, thường ở bệnh nhân đã được điều trị trước đó (phẫu thuật, xạ trị, hoặc hóa trị). Phẫu thuật này đòi hỏi kỹ thuật cao do khối u tái phát thường nằm sâu trong tiểu khung, trên nền mô dính hoặc xơ hóa từ các điều trị trước.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư thân tử cung tái phát khu trú, chưa có di căn xa ngoài ổ bụng.
- Có khả năng phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn khối u (R0).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân cao tuổi, sức khỏe yếu, hoặc mắc các bệnh nội khoa chống chỉ định phẫu thuật.
- Ung thư tái phát lan rộng, nhiều vị trí, không thể cắt bỏ sạch, hoặc đã di căn xa.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đặc biệt thận trọng đối với các bệnh nhân có tiền sử xạ trị vùng tiểu khung hoặc đã trải qua nhiều lần phẫu thuật ổ bụng do nguy cơ dính và tổn thương các cơ quan lân cận cao.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 03 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch,...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy,...
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiêu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải sẵn vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 1 - 4 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

Thì 1: Vào ổ bụng

- Rạch da theo đường trắng giữa.
- Gỡ dính ruột hoặc các tạng trong ổ bụng nếu có.

Thì 2: Kiểm tra ổ bụng và đánh giá tổn thương

- Quan sát toàn bộ ổ bụng, đánh giá tình trạng dịch, tổn thương tại phúc mạc, các cơ quan và hạch ổ bụng.

Thì 3: Cắt bỏ khối u tái phát

- Phẫu tích cẩn thận để bộc lộ khối u, xác định rõ các cấu trúc xung quanh (niệu quản, bó mạch chậu, bàng quang, trực tràng).
- Xử trí tùy theo vị trí và mức độ xâm lấn của khối u:
 - + *U tái phát nhỏ, không xâm lấn:* Cắt rộng khối u, đảm bảo rìa diện cắt âm tính.
 - + *U tái phát xâm lấn rộng:*
 - Bàng quang: Cắt bán phần bàng quang, khâu phục hồi. Nếu u tại vị trí lỗ niệu quản, cầm lại niệu quản-bàng quang và đặt sonde JJ.
 - Niệu quản: Cắt đoạn niệu quản, nối tận-tận, đặt sonde JJ, hoặc cầm niệu quản-bàng quang, hoặc đưa niệu quản ra da.
 - Trực tràng hoặc ruột non: Cắt đoạn trực tràng hoặc ruột non, khâu nối tận-tận hoặc làm hậu môn nhân tạo.
 - Động/tĩnh mạch, thần kinh bị: Bảo tồn nếu có thể; nếu không, cắt đoạn mạch hoặc thần kinh bị xâm lấn, tạo hình mạch máu hoặc khâu nối thần kinh.
- + *Tái phát trong tiểu khung:* Có thể kết hợp xạ trị trong mổ (IORT) ngay sau cắt u.

+ *Tái phát ngoài tiểu khung*: Đánh giá khả năng cắt bỏ tối đa. Mục tiêu là loại bỏ tối đa u trên đại thể để hỗ trợ hóa trị sau mổ.

Thì 4: Kiểm tra cầm máu và đóng ổ bụng

- Kiểm tra kỹ cầm máu, đặt ống dẫn lưu nếu cần.
- Đóng đường rạch bụng theo các lớp giải phẫu.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Dấu hiệu sinh tồn: Theo dõi sát mạch, huyết áp, nhịp thở trong 24 - 48 giờ đầu.
- Theo dõi khác: Theo dõi ống dẫn lưu ổ bụng để phát hiện chảy máu trong; theo dõi vết mổ để phát hiện nhiễm trùng; theo dõi nước tiểu để phát hiện biến chứng tiết niệu, tiêu hóa.

7.2. Tai biến và xử trí

- Trong phẫu thuật:

+ Tồn thương tĩnh mạch, niệu quản, hoặc thần kinh bị: Xử trí bằng cách khâu vết rách, nối lại hoặc cầm lại niệu quản, khâu nối thần kinh ngay trong mổ.

- Sau phẫu thuật:

- + Chảy máu: Theo dõi dịch dẫn lưu. Nếu nghiêm trọng, phẫu thuật lại để cầm máu.
- + Nang bạch huyết vùng tiểu khung: Dùng kháng sinh, corticosteroid, chọc hút nang dưới hướng dẫn siêu âm.
- + Tắc ruột: Điều trị nội khoa (nghi ruột, truyền dịch). Nếu không cải thiện, phẫu thuật lại.
- + Áp xe tồn dư: Tách và dẫn lưu qua đường âm đạo hoặc đường bụng dưới hướng dẫn hình ảnh.
- + Viêm phúc mạc: Do thủng ruột hoặc bục miệng nối. Phẫu thuật lại, dùng kháng sinh liều cao, dẫn lưu ổ bụng.
- + Rò (trực tràng-âm đạo, bàng quang-âm đạo): Theo dõi sát, chẩn đoán và xử trí theo phác đồ.
- + Tắc mạch (Huyết khối tĩnh mạch sâu):
 - *Dự phòng*: Tiêm thuốc chống đông, vận động sớm.
 - *Điều trị*: Dùng thuốc chống đông, mang tất áp lực, đặt màng lọc tĩnh mạch chủ dưới nếu cần.
 - *Nhiễm trùng vết mổ*: Tách vết mổ, cắt chỉ, rửa vết thương, dùng kháng sinh và thuốc chống viêm.

6. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT KHỐI UNG THƯ THÂN TỬ CUNG TÁI PHÁT

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư thân tử cung tái phát nhằm loại bỏ khối u tái phát của ung thư nội mạc tử cung hoặc sarcoma tử cung ở bệnh nhân đã điều trị trước đó (phẫu thuật, xạ trị, hoặc hóa trị). Phương pháp nội soi được ưu tiên khi tổn thương khu trú, giúp giảm xâm lấn và thời gian hồi phục.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư thân tử cung tái phát khu trú tại vùng tiểu khung, chưa có di căn xa ngoài ổ bụng.
- Có khả năng phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn khối u (R0).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật ổ bụng phức tạp hoặc mắc bệnh nội khoa chống chỉ định phẫu thuật nội soi (suy tim, suy hô hấp nặng).
- Ung thư tái phát lan tràn hoặc đã di căn xa.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đặc biệt thận trọng ở những người bệnh có tiền sử dính ruột, phẫu thuật ổ bụng cũ nhiều lần hoặc có chống chỉ định tương đối với việc bơm khí CO₂ vào ổ bụng.
- Luôn chuẩn bị sẵn sàng phương án chuyển mổ mở khi cần thiết.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 03 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch,...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy, dàn máy nội soi, khí CO₂ y tế ...
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật

- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 1 - 3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

Thì 1: Đặt trocar và bơm CO₂

- Đặt 02 trocar 10 - 12 mm và 02 trocar 5 mm vào ổ bụng (vị trí tùy kinh nghiệm phẫu thuật viên).
- Bơm CO₂ vào ổ bụng đến áp lực 12 mmHg để tạo khoang làm việc.

Thì 2: Thăm dò và đánh giá tổn thương

- Đưa camera nội soi, kiểm tra toàn bộ ổ bụng, đánh giá tình trạng di căn phúc mạc, di căn gan, hoặc xâm lấn tạng; tình trạng hạch chậu - bịt và hạch chủ bụng.

Thì 3: Cắt bỏ khối u tái phát: tùy thuộc vị trí tái phát mà xử lý.

- Trường hợp tái phát hạch chậu:

- + Mở phúc mạc vách chậu bên tái phát, vết hạch chậu-bịt: Sử dụng dao siêu âm hoặc dao hàn mạch, cắt dây chằng tròn, mở phúc mạc vách chậu dọc động mạch chậu ngoài lên động mạch chậu chung. Mở hố cạnh tử cung - trực tràng và hố cạnh tử cung-bàng quang, bộc lộ rõ niệu quản, các mạch máu và thần kinh bịt. Vết hạch chậu-bịt, bảo tồn các cấu trúc quan trọng. Lấy bệnh phẩm qua lỗ trocar 10 mm.

- Trường hợp tái phát hạch chủ bụng:

- + Mở phúc mạc thành bụng sau, bộc lộ động/tĩnh mạch chủ bụng. Vén ruột non, bộc lộ các mạch máu lớn. Vết hạch dọc động/tĩnh mạch chủ bụng trong giới hạn phẫu thuật. Lấy bệnh phẩm qua lỗ trocar 10 mm.

- Trường hợp tái phát mạc nối lớn:

+ Vén đại tràng ngang, bộc lộ ranh giới mạc nối lớn. Sử dụng dao hàn mạch cắt mạc nối lớn dọc bờ dính vào đại tràng và theo cung mạch bờ cong lớn. Đưa bệnh phẩm vào túi và lấy ra ngoài.

Thì 4: Kiểm tra và hoàn tất

- Kiểm tra kỹ cầm máu, lau rửa sạch ổ bụng. Khâu phúc mạc đã mở. Đặt ống dẫn lưu túi cùng Douglas.

Thì 5: Kết thúc

- Tắt CO₂, rút trocar, khâu đóng các lỗ trocar.

Lưu ý: Trường hợp khối u dính phức tạp, nhiều tổn thương có thể chuyển sang mổ mở.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- **Dấu hiệu sinh tồn:** Theo dõi sát mạch, huyết áp, nhịp thở trong 24 - 48 giờ đầu.

- **Theo dõi khác:** Theo dõi ống dẫn lưu ổ bụng để phát hiện chảy máu trong; theo dõi nước tiểu để phát hiện biến chứng tiết niệu; theo dõi vết mổ để phát hiện nhiễm trùng.

7.2. Tai biến và xử trí

- Biến chứng chung của phẫu thuật nội soi:

+ Tràn khí dưới da, tràn khí trung thất, chảy máu lỗ trocar, chấn thương tạng.

+ Xử trí: Theo dõi sát, xử lý cấp cứu nếu nghiêm trọng, có thể chuyển mổ mở.

- Trong phẫu thuật:

+ Tổn thương mạch máu lớn, niệu quản, thần kinh: Do phẫu tích gần các cấu trúc quan trọng.

+ Xử trí: Khâu vết rách, khâu nối mạch máu/niệu quản, hoặc chuyển mổ mở để xử lý.

- Sau phẫu thuật:

+ *Chảy máu:* Theo dõi dịch dẫn lưu. Nếu nghiêm trọng, phẫu thuật lại để cầm máu.

+ *Nang bạch huyết và phù bạch mạch:*

▪ Nang bạch huyết: Chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm, dùng kháng sinh và corticosteroid.

▪ Phù bạch mạch: Nghỉ ngơi, mang tất áp lực, gác chân cao, cân nhắc vi phẫu nối bạch mạch.

+ *Tắc mạch (Huyết khối tĩnh mạch sâu):*

▪ Dự phòng: Tiêm thuốc chống đông, vận động sớm.

▪ Điều trị: Dùng thuốc chống đông, mang tất áp lực, đặt màng lọc tĩnh mạch chủ dưới nếu cần.

7. PHẪU THUẬT CẮT KHỐI UNG THƯ CỔ TỬ CUNG TÁI PHÁT

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật điều trị ung thư cổ tử cung tái phát nhằm loại bỏ triệt căn khối u tái phát tại tiểu khung, bao gồm các vị trí như mỏm cụt âm đạo, parametre, hạch vùng tiểu khung, hoặc u tái phát tại cổ tử cung sau xạ trị triệt căn. Đây là phẫu thuật phức tạp do thường thực hiện trên nền mô dính hoặc xơ hóa từ điều trị trước, đòi hỏi kỹ thuật cao và kinh nghiệm đa chuyên khoa.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư cổ tử cung tái phát khu trú tại chỗ hoặc vùng tiểu khung, chưa có di căn xa.
- Có khả năng phẫu thuật đạt diện cắt âm tính (R0).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân mắc bệnh nội khoa chống chỉ định phẫu thuật (suy tim, suy hô hấp nặng).
- Ung thư tái phát xâm lấn lan rộng, vượt khả năng phẫu thuật.
- Có di căn xa.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đặc biệt thận trọng đối với các bệnh nhân có tiền sử xạ trị vùng chậu hoặc đã trải qua nhiều lần phẫu thuật

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch,...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải sẵn vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: 2 - 4 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

6.1. Quy trình phẫu thuật

Phẫu thuật cắt khối u tái phát cổ tử cung là ca mổ phức tạp, đặc biệt trên bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật hoặc xạ trị, do mô dính, xơ hóa, và vị trí khối u nằm sâu trong tiểu khung, gần các cấu trúc quan trọng (niệu quản, bó mạch chậu, bàng quang, trực tràng). Phẫu thuật viên cần có kỹ năng đa chuyên khoa (tiêu hóa, tiết niệu, mạch máu).

Thì 1: Vào ổ bụng

- Rạch da theo đường trắng giữa.
- Gỡ dính ruột hoặc các tạng trong ổ bụng nếu có.

Thì 2: Kiểm tra ổ bụng và đánh giá tổn thương

- Quan sát toàn bộ ổ bụng, đánh giá:
 - + Tình trạng dịch ổ bụng.
 - + Tổn thương tại phúc mạc, các cơ quan trong ổ bụng, và hạch ổ bụng.

Thì 3: Cắt bỏ khối u tái phát

Trường hợp bệnh nhân đã phẫu thuật cắt tử cung triệt căn trước đó:

- Phẫu tích cẩn thận để bộc lộ vùng tiểu khung và khối u tái phát, xác định rõ các cấu trúc xung quanh như niệu quản, bó mạch chậu trong/ngoài, thần kinh bì, bàng quang, trực tràng.
- Xử trí tùy theo vị trí và mức độ xâm lấn:
 - + U tái phát nhỏ, không xâm lấn: Cắt rộng khối u, đảm bảo rìa diện cắt âm tính.
 - + U tái phát xâm lấn cơ quan lân cận:

- Bàng quang: Cắt bán phần bàng quang, khâu phục hồi. Nếu tại vị trí lỗ niệu quản, cấm lại niệu quản-bàng quang, đặt sonde JJ (theo quy trình tiết niệu).
- Niệu quản: Cắt đoạn niệu quản, nối tận-tận, đặt sonde JJ, hoặc cấm niệu quản-bàng quang; nếu không phục hồi được, đưa niệu quản ra da (theo quy trình tiết niệu).
- Trực tràng: Cắt đoạn trực tràng, khâu nối tận-tận hoặc làm hậu môn nhân tạo (theo quy trình ung thư tiêu hóa).
- Động/tĩnh mạch, thần kinh bị: Bảo tồn nếu có thể; nếu không, cắt đoạn mạch hoặc thần kinh bị xâm lấn, tạo hình mạch máu bằng mạch nhân tạo, khâu nối thần kinh (theo quy trình mạch máu/thần kinh).

Trường hợp bệnh nhân điều trị xạ trị trước đó, chưa cắt tử cung triệt căn:

- Xử trí tùy theo vị trí và mức độ xâm lấn:

+ U tái phát trung tâm: Thực hiện cắt tử cung triệt căn hoặc cắt đáy chậu, tùy thuộc mức độ xâm lấn:

- Cắt đáy chậu trước (u xâm lấn thành trước): Cắt tử cung, hai phần phụ, âm đạo, bàng quang, niệu đạo; đưa hai niệu quản ra da hoặc chuyển lưu dòng tiểu.
- Cắt đáy chậu sau (u xâm lấn thành sau): Cắt tử cung, hai phần phụ, âm đạo, trực tràng; làm hậu môn nhân tạo hoặc nối đại-trực tràng.
- Cắt đáy chậu toàn bộ (u xâm lấn rộng): Cắt tử cung, hai phần phụ, âm đạo, bàng quang, niệu đạo, trực tràng, và phần thấp đại tràng; có thể cắt một phần cơ sàn chậu; làm hậu môn nhân tạo, đưa hai niệu quản ra da hoặc chuyển lưu dòng tiểu.

+ U tái phát ngoài trung tâm: Đánh giá kỹ mức độ xâm lấn, cắt bỏ u tái phát nếu khả thi.

Trường hợp u xâm lấn rộng, có thể phối hợp với các bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật tiêu hóa, tiết niệu, phẫu thuật tạo hình... để xử trí theo thương tổn.

Thì 4: Kiểm tra và hoàn tất

- Kiểm tra kỹ cầm máu, lau rửa sạch ổ bụng.
- Đặt ống dẫn lưu

Thì 5: Đóng ổ bụng

- Đóng đường rạch bụng theo các lớp giải phẫu.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. THEO DÕI

- **Dấu hiệu sinh tồn:** Theo dõi sát mạch, huyết áp, nhịp thở, tri giác, dẫn lưu... trong 24-48 giờ đầu và các dấu hiệu khác.
- **Tai biến và biến chứng:**
 - + Theo dõi ống dẫn lưu ổ bụng để phát hiện chảy máu trong.
 - + Theo dõi vết mổ để phát hiện nhiễm trùng.
 - + Theo dõi nước tiểu để phát hiện biến chứng tiết niệu.

7.2. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Trong phẫu thuật

- Tổn thương tĩnh mạch, thần kinh bị, hoặc niệu quản: Do phẫu tích khối u trong tiểu khung, đặc biệt khi hạch xâm lấn hoặc dính.
- Xử trí: Khâu vết rách tĩnh mạch, khâu nối thần kinh bị, nối lại niệu quản hoặc cầm niệu quản-bàng quang ngay trong mổ.

Chảy máu sau mổ

- Theo dõi dịch dẫn lưu túi cùng Douglas, mạch, huyết áp, công thức máu. Nếu nghiêm trọng, phẫu thuật lại để cầm máu, hồi sức tích cực, điều chỉnh rối loạn đông máu, bồi phụ thể tích tuần hoàn.

Tắc ruột

- Nguyên nhân: Dính ruột hoặc dây chằng.
- Xử trí: Điều trị nội khoa (ngủ ruột, truyền dịch). Nếu không cải thiện, phẫu thuật lại để xử trí nguyên nhân.

Áp xe tồn dư

- Xử trí: Tách và dẫn lưu qua đường âm đạo hoặc đường bụng dưới hướng dẫn hình ảnh.

Tắc mạch

- Huyết khối tĩnh mạch sâu (tĩnh mạch chậu, tĩnh mạch chủ bụng): Có nguy cơ gây tắc mạch phổi, dẫn đến tử vong.
- Dự phòng: Tiêm thuốc chống đông, vận động sớm sau mổ.
- Điều trị: Dùng thuốc chống đông, mang tất áp lực, đặt màng lọc tĩnh mạch chủ dưới (thực hiện dưới màn tăng sáng) nếu huyết khối có nguy cơ di chuyển.

Nhiễm trùng vết mổ

- Xử trí: Tách vết mổ, cắt chỉ định kỳ, rửa bằng oxy già nếu có mủ, dùng kháng sinh và thuốc chống viêm.

8. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT KHỐI UNG THƯ CỔ TỬ CUNG TÁI PHÁT

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư cổ tử cung tái phát nhằm cắt bỏ triệt căn khối u tái phát tại tiểu khung, bao gồm các vị trí như mỏm cụt âm đạo, parametre, hạch vùng tiểu khung, hoặc u tái phát tại cổ tử cung sau xạ trị triệt căn. Phương pháp nội soi được ưu tiên khi tồn thương khu trú, giúp giảm xâm lấn và thời gian hồi phục.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư cổ tử cung giai đoạn sớm được điều trị bằng phẫu thuật khoét chóp, cắt cụt cổ tử cung trước đó.
- Ung thư cổ tử cung tái phát khu trú tại chỗ hoặc vùng tiểu khung, chưa có di căn xa.
- Các trường hợp ung thư cổ tử cung nghi ngờ tái phát trong ổ phúc mạc khu trú, hoặc tái phát tại buồng trứng (bảo tồn) ...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân mắc bệnh nội khoa chống chỉ định phẫu thuật nội soi (suy tim, suy hô hấp nặng).
- Ung thư tái phát xâm lấn lan rộng, vượt quá khả năng phẫu thuật.
- Có di căn xa.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đặc biệt thận trọng ở những người bệnh có tiền sử dính ruột, phẫu thuật ổ bụng cũ nhiều lần hoặc có chống chỉ định tương đối với việc bơm khí CO₂ vào ổ bụng.
- Luôn chuẩn bị sẵn sàng phương án chuyển mổ mở khi cần thiết.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch,...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy, dàn máy nội soi, khí CO₂ y tế ...
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác

- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiêu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: 1-3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

6.1. Quy trình phẫu thuật

Thì 1: Đặt trocar và bơm CO₂

- Đặt 01 trocar 10mm tại vị trí rốn, bơm CO₂ vào ổ bụng đến áp lực 12 mmHg.
- Đặt 2-3 trocar 5mm tại các vị trí tùy theo thói quen của phẫu thuật viên.

Thì 2: Kiểm tra ổ bụng và đánh giá tổn thương

- Đưa camera nội soi, quan sát toàn bộ ổ bụng, đánh giá:
 - + Tình trạng dịch ổ bụng.
 - + Tổn thương tại phúc mạc, các cơ quan trong ổ bụng, và hạch ổ bụng.

Thì 3: Cắt bỏ khối u tái phát

- Tùy theo tổn thương đánh giá trong mổ để tiến hành: Cắt u tái phát phúc mạc, cắt u buồng trứng, mạc nối lớn, cắt tử cung đơn thuần/ triệt căn, vét hạch ổ bụng.

Lưu ý: *Trường hợp khối u dính phúc tạp, nhiều tổn thương có thể chuyển sang mổ mở.*

Thì 4: Kiểm tra và hoàn tất

- Kiểm tra kỹ cầm máu, lau rửa sạch ổ bụng.
- Đặt ống dẫn lưu nếu cần.

Thì 5: Kết thúc

- Tắt CO₂, rút trocar, khâu đóng các lỗ trocar.

7. THEO DÕI THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**7.1. Theo dõi**

- Dấu hiệu sinh tồn: Theo dõi sát mạch, huyết áp, nhịp thở, tri giác, tình trạng dẫn lưu... trong 24 - 48 giờ đầu, các dấu hiệu khác.

- Tai biến và biến chứng:

+ Liên quan đến gây mê.

+ Liên quan đến phẫu thuật (tràn khí dưới da, chảy máu, nhiễm trùng, v.v.).

7.2. Tai biến và xử trí

- Biến chứng phẫu thuật nội soi

+ Tràn khí dưới da, tràn khí trung thất, chấn thương tạng hoặc mạch máu do dụng cụ nội soi.

+ Xử trí: Theo dõi sát, xử lý cấp cứu nếu nghiêm trọng (ví dụ: phẫu thuật mở bụng).

- Chảy máu sau mổ

+ Nguyên nhân: Chảy máu từ mỏm cắt, lỗ trocar, hoặc rối loạn đông máu.

+ Biểu hiện: Choáng, tụt huyết áp, thiếu máu cấp, dịch ổ bụng.

+ Xử trí: Phẫu thuật lại để cầm máu, hồi sức tích cực, điều chỉnh rối loạn đông máu, bồi phụ thể tích tuần hoàn.

- Viêm phúc mạc sau mổ

+ Nguyên nhân: Thủng ống tiêu hóa không phát hiện trong mổ hoặc hoại tử muôn do dao điện chạm vào ống tiêu hóa/bàn quang.

+ Xử trí: Hồi sức, dùng kháng sinh liều cao, phẫu thuật xử trí nguyên nhân, dẫn lưu ổ bụng.

- Tắc mạch

+ Huyết khối tĩnh mạch sâu (tĩnh mạch chậu, tĩnh mạch chủ bụng): Có nguy cơ gây tắc mạch phổi, dẫn đến tử vong.

+ Dự phòng: Tiêm thuốc chống đông, vận động sớm sau mổ.

+ Điều trị: Dùng thuốc chống đông, mang tất áp lực, đặt màng lọc tĩnh mạch chủ dưới (thực hiện dưới màn tăng sáng) nếu huyết khối có nguy cơ di chuyển.

Ngoài ra còn các biến chứng liên quan đến gây mê, hồi sức, tình trạng các bệnh kèm theo, cần chẩn đoán và xử trí phù hợp

9. PHẪU THUẬT CẮT KHỎI UNG THƯ ÂM ĐẠO TÁI PHÁT

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật ung thư âm đạo tái phát nhằm loại bỏ toàn bộ tổn thương tái phát tại âm đạo ở bệnh nhân đã điều trị trước đó (phẫu thuật, xạ trị, hoặc kết hợp). Tùy thuộc vào mức độ lan rộng của tổn thương, phẫu thuật có thể bao gồm:

- Cắt rộng tổn thương tái phát.
- Cắt toàn bộ âm đạo.
- Cắt chậu (pelvic exenteration) trong trường hợp xâm lấn rộng.
- Vết hạch chậu hoặc hạch bẹn một hoặc hai bên nếu cần.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tái phát khu trú tại âm đạo, không có di căn xa.
- Không thể xạ trị lại do đã xạ trị trước đó hoặc liều tích lũy vượt ngưỡng an toàn.
- Có khả năng phẫu thuật đạt rìa diện cắt âm tính (R0).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân cao tuổi, sức khỏe yếu, hoặc có chống chỉ định gây mê hồi sức.
- Ung thư xâm lấn rộng hoặc đã di căn xa.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân tái phát nhiều lần, thể trạng kém, các bệnh kèm theo nặng nề.
- Cần đặc biệt thận trọng đối với các bệnh nhân có tiền sử xạ trị vùng tiểu khung hoặc đã trải qua nhiều lần phẫu thuật ổ bụng do nguy cơ dính và tổn thương các cơ quan lân cận cao.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch,...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.

- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: 1-3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

6.1. Quy trình phẫu thuật

Thì 1: Đánh giá tổn thương

- Đánh giá kỹ vị trí và mức độ lan rộng của tổn thương tái phát.
- Xác định tổn thương trên nền mô đã xạ trị hay chưa để lập kế hoạch cắt bỏ.

Thì 2: Cắt bỏ tổn thương

- Nếu cần tiếp cận qua đường bụng:
 - + Mở bụng theo đường trắng giữa.
 - + Phẫu tích bộc lộ tổn thương, phối hợp với đường âm đạo.
- Cắt rộng quanh tổn thương tái phát, đảm bảo rìa diện cắt âm tính
- Trường hợp khối tái phát xâm lấn niệu đạo, trực tràng, cơ nâng hậu môn, hoặc cơ thắt hậu môn:
 - + Cắt bỏ các cấu trúc bị xâm lấn (niệu đạo, trực tràng, cơ xung quanh).
 - + Tạo hình lại niệu quản hoặc làm hậu môn nhân tạo nếu cần.
- Trường hợp u xâm lấn rộng:

- + Thực hiện cắt chậu, đưa niệu quản và đại tràng ra thành bụng (ureterostomy hoặc colostomy).
- + Có thể kết hợp phẫu thuật tạo hình hoặc làm hậu môn nhân tạo...tùy theo tổn thương.
- Nếu tái phát tại hạch, thực hiện vét hạch bẹn hoặc hạch chậu một hoặc hai bên.

Thì 3: Che phủ khuyết hồng

- Tùy mức độ khuyết hồng sau cắt bỏ tổn thương, thực hiện:
 - + Khâu trực tiếp nếu khuyết hồng nhỏ.
 - + Che phủ bằng vật da xoay tại chỗ.
 - + Chuyển vật da trong trường hợp khuyết hồng lớn hoặc phức tạp, có thể phối hợp với bác sĩ phẫu thuật tạo hình.
- Kiểm tra cầm máu, đặt ống dẫn lưu, và kết thúc phẫu thuật.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. THEO DÕI

- Dấu hiệu sinh tồn: Theo dõi sát mạch, huyết áp, nhịp thở, tri giác, dẫn lưu...trong 24-48 giờ đầu và các dấu hiệu khác.
- Tai biến và biến chứng:
 - + Liên quan đến gây mê.
 - + Liên quan đến phẫu thuật (chảy máu, nhiễm trùng vết mổ, v.v.).

7.2. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Trong phẫu thuật
 - + Tổn thương bàng quang, trực tràng, niệu đạo, hoặc rối loạn cơ tròn: Khâu phục hồi ngay trong mổ, đảm bảo kín và không rò rỉ.
 - Chảy máu sau mổ
 - + Theo dõi chảy máu từ diện phẫu thuật. Nếu nghiêm trọng, phẫu thuật lại để cầm máu.
 - Nhiễm trùng vết mổ
 - + Tách vết mổ, cắt chỉ định kỳ, rửa bằng oxy già nếu có mủ, dùng kháng sinh và thuốc chống viêm.
 - Nang bạch huyết hoặc phù bạch huyết
 - + Xảy ra sau vét hạch bẹn hoặc hạch chậu.
 - + Xử trí: Chọc hút nang dưới hướng dẫn siêu âm, dùng kháng sinh và corticosteroids. Mang tất áp lực, gác chân cao để giảm phù.
 - Tắc mạch hoặc huyết khối mạch chi
 - + Huyết khối tĩnh mạch sâu (tĩnh mạch chậu, tĩnh mạch chủ bụng): Có nguy cơ gây tắc mạch phổi, dẫn đến tử vong.
 - + Dự phòng: Tiêm thuốc chống đông, vận động sớm sau mổ.
 - + Điều trị: Dùng thuốc chống đông, mang tất áp lực, đặt màng lọc tĩnh mạch chủ dưới (thực hiện dưới màn tăng sáng) nếu huyết khối có nguy cơ di chuyển.

10. PHẪU THUẬT CẮT KHỎI UNG THƯ ÂM HỘ TÁI PHÁT

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật ung thư âm hộ tái phát nhằm loại bỏ toàn bộ tổn thương tái phát tại âm hộ ở bệnh nhân đã điều trị trước đó (phẫu thuật, xạ trị, hoặc kết hợp). Tùy thuộc vào mức độ lan rộng của tổn thương, phẫu thuật có thể bao gồm:

- Cắt rộng tổn thương tái phát.
- Cắt âm hộ bán phần hoặc toàn phần.
- Vết hạch bẹn một hoặc hai bên nếu cần.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư tái phát khu trú tại âm hộ, không có di căn xa, có khả năng phẫu thuật đạt rìa diện cắt âm tính (R0).
- Ung thư âm hộ tái phát không thể xạ trị lại do đã xạ trị trước đó hoặc liều tích lũy vượt ngưỡng an toàn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân cao tuổi, sức khỏe yếu, hoặc có chống chỉ định gây mê hồi sức.
- Ung thư xâm lấn rộng hoặc đã di căn xa, không còn chỉ định phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đặc biệt thận trọng đối với các bệnh nhân có tiền sử xạ trị vùng âm hộ, bẹn đùi, tiểu khung hoặc đã trải qua nhiều lần phẫu thuật

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch,...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật

- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: 1 - 3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

6.1. Quy trình phẫu thuật

Thì 1: Đánh giá tổn thương

- Đánh giá kỹ vị trí và mức độ lan rộng của tổn thương tái phát.
- Xác định tổn thương trên nền mô đã xạ trị hay chưa để lập kế hoạch cắt bỏ.

Thì 2: Cắt bỏ tổn thương

- Rạch da quanh tổn thương, đảm bảo rìa diện cắt cách tổn thương > 1 cm.
- Trường hợp khối tái phát xâm lấn niệu đạo, trực tràng, cơ nâng hậu môn, hoặc cơ thắt hậu môn:
 - + Cắt bỏ các cấu trúc bị xâm lấn (niệu đạo, trực tràng, cơ xung quanh).
 - + Tạo hình lại niệu quản hoặc làm hậu môn nhân tạo nếu cần.
- Nếu tái phát tại hạch bẹn, thực hiện vét hạch bẹn một hoặc hai bên.

Thì 3: Che phủ khuyết hồng

- Tùy mức độ khuyết hồng sau cắt bỏ tổn thương, thực hiện:
 - + Khâu trực tiếp nếu khuyết hồng nhỏ.
 - + Che phủ bằng vạt da xoay tại chỗ.

+ Chuyển vạt da trong trường hợp khuyết hồng lớn hoặc phức tạp, có thể phối hợp với bác sĩ phẫu thuật tạo hình.

- Kiểm tra cảm máu, đặt ống dẫn lưu, và kết thúc phẫu thuật.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1 THEO DÕI

Dấu hiệu sinh tồn: Theo dõi sát mạch, huyết áp, nhịp thở trong 24 - 48 giờ đầu.

Tai biến và biến chứng:

+ Liên quan đến gây mê.

+ Liên quan đến phẫu thuật (chảy máu, nhiễm trùng vết mổ, v.v.).

7.2. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Trong phẫu thuật

+ Tôn thương bàng quang, trực tràng, niệu đạo, hoặc rối loạn cơ tròn: Khâu phục hồi ngay trong mổ, đảm bảo kín và không rò rỉ.

- Chảy máu sau mổ

+ Theo dõi chảy máu từ diện phẫu thuật. Nếu nghiêm trọng, phẫu thuật lại để cầm máu.

- Nhiễm trùng vết mổ

+ Tách vết mổ, cắt chỉ định kỳ, rửa bằng oxy già nếu có mủ, dùng kháng sinh và thuốc chống viêm.

- Nang bạch huyết hoặc phù bạch huyết

+ Xảy ra sau vết hạch bẹn.

+ Xử trí: Chọc hút nang dưới hướng dẫn siêu âm, dùng kháng sinh và corticosteroids. Mang tất áp lực, gác chân cao để giảm phù.

- Thiếu dưỡng hoặc hoại tử vạt

+ Xảy ra khi xoay hoặc chuyển vạt da.

+ Xử trí: Theo dõi sát, cắt bỏ mô hoại tử, và tái tạo lại nếu cần.

- Tắc mạch

+ Huyết khối tĩnh mạch sâu (tĩnh mạch chậu, tĩnh mạch chủ bụng): Có nguy cơ gây tắc mạch phổi, dẫn đến tử vong.

+ Dự phòng: Tiêm thuốc chống đông, vận động sớm sau mổ.

+ Điều trị: Dùng thuốc chống đông, mang tất áp lực, đặt màng lọc tĩnh mạch chủ dưới (thực hiện dưới màn tăng sáng) nếu huyết khối có nguy cơ di chuyển.

11. NỘI SOI ÂM ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

Đối với bé gái, thiếu nữ chưa quan hệ tình dục thì lấy dị vật âm đạo tương đối khó khăn. Bởi vì các bé không thể kể lại rõ quá trình đưa dị vật vào trong âm đạo như thế nào. Thậm chí có bé không nhớ mình mắc dị vật gì ở bên trong âm đạo. Trong các trường hợp này nội soi âm đạo gấp dị vật là biện pháp tốt nhất vì quan sát được rõ bên trong và ống nội soi phải là ống nhỏ tránh gây tổn hại và rách các mô mềm xung quanh (nhất là màng trinh của bé).

2. CHỈ ĐỊNH

- Dị vật hoặc nghi ngờ dị vật âm đạo ở các bé gái hoặc thiếu nữ chưa quan hệ tình dục.
- Chảy máu bất thường âm đạo ở trẻ nhỏ, hoặc thiếu nữ chưa quan hệ tình dục đường âm đạo.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Ra máu kinh

4. THẬN TRỌNG

- Đang có bệnh nội khoa, bệnh về máu, đang nhiễm khuẩn cần điều trị trước phẫu thuật.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Thủ thuật viên phụ: 02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/Hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Dao điện,...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy, dàn máy nội soi...
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải sẵn vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính khoảng 0,5 - 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật hoặc phòng thủ thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1. Đưa đèn soi từ từ qua màng trinh vào trong âm đạo.

6.2. Bước 2. Tìm dị vật

- Bơm nước muối sinh lý làm căng âm đạo, đồng thời quan sát trên màn hình tìm dị vật và đánh giá các tổn thương phối hợp nếu có.

6.3. Bước 3. Lấy dị vật

- Đối với các dị nhỏ mỏng có thể tăng áp lực bơm nước muối sinh lý để dị vật trôi ra ngoài.
- Nếu các dị vật rắn dùng panh không răng kẹp và lấy dị vật ra dưới hướng dẫn của đèn soi.
- Trong các trường hợp chảy máu bất thường âm đạo nếu có tổn thương thì sinh thiết gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh.

6.4. Bước 4. Bơm rửa âm đạo bằng dung dịch sát khuẩn.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN:

- Nội soi âm đạo với đèn soi nhỏ thường ít tai biến.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

12. CHIẾU TIA SÓNG SIÊU ÂM HỘI TỤ CƯỜNG ĐỘ CAO (HIFU) U XƠ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Siêu âm hội tụ là một phương pháp điều trị không xâm lấn. Sóng siêu âm được phát từ bên ngoài vào trong cơ thể, hội tụ để tạo ra một điểm tập trung năng lượng cao bên trong cơ thể. Tại tiêu điểm sẽ sinh nhiệt độ cao trong thời gian ngắn, làm mô tại chỗ bị hoại tử đông đặc và mất hoạt tính của khối u. Công nghệ này gọi là Đốt siêu âm hội tụ cường độ cao (High Intensity Focused Ultrasound ablation - US-HIFU).

Cơ chế chính bao gồm hiệu ứng nhiệt, hiệu ứng tạo bọt (cavitation), phá hủy mô bệnh và sau đó mô hoại tử sẽ dần bị cơ thể hấp thụ hoặc xơ hóa.

2. CHỈ ĐỊNH

- U xơ cơ tử cung có đường kính từ 1- 20 cm.
- Lạc nội mạc tử cung (LNMTC) trong cơ tử cung (Bệnh tuyến cơ tử cung - Adenomyosis) có tổn thương khu trú ≥ 2 cm, lan tỏa mức độ nhẹ đến trung bình, tử cung không lớn hơn tử cung tương đương 12 - 14 tuần thai.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân đang mang thai.
- U xơ tử cung kèm bệnh lý ác tính của cơ quan sinh dục như: ung thư cổ tử cung, ung thư buồng trứng, ung thư niêm mạc tử cung...
- Nghi ngờ ung thư tử cung
- Có bệnh toàn thân kèm theo: rối loạn nhịp tim nặng, suy tim, suy thận, suy gan, nhồi máu cơ tim, tiền sử đột quỵ.
- Nghi ngờ ung thư cổ tử cung, ung thư buồng trứng, ung thư niêm mạc tử cung...
- Ruột nằm trực tiếp trên đường chiếu (kênh điều trị) không thể đẩy và tránh.
- Có dị vật trong kênh điều trị.
- Bệnh nhân có tiền sử xạ trị vùng tiểu khung.

4. THẬN TRỌNG

- Béo phì (thành bụng quá dày > 8 - 10 cm)
- Tử cung gấp trước hoặc gấp sau quá mức.
- U xơ tử cung có hình ảnh tăng tín hiệu trên T2, ngấm thuốc mạnh sau tiêm thuốc đối quang từ.
- U xơ tử cung ở phụ nữ đã mãn kinh.
- U xơ tử cung dưới thanh mạc có cuống.
- U mạch cơ trơn tử cung.
- Bệnh tuyến cơ tử cung - Adenomyosis lan tỏa quá rộng.
- Viêm vùng chậu cấp hoặc đợt cấp/bán cấp của viêm vùng chậu mạn tính.
- Sẹo thành bụng dày.

- Bệnh nhân có tiền sử hút mỡ bụng.
- Bệnh nhân không đáp ứng với thuốc an thần và giảm đau.
- Bệnh nhân không thể nằm sấp trong 1 giờ.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sỹ chuyên khoa và 01 điều dưỡng/hộ sinh được đào tạo

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 1 - 4 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

- Thủ thuật US-HIFU thường được thực hiện dưới sự hướng dẫn và theo dõi siêu âm thời gian thực.
- Phương pháp vô cảm: An thần và giảm đau (để giảm đau và lo lắng, nhưng bệnh nhân vẫn phải tỉnh táo để phản hồi cảm giác đau/nóng).

Bước 1: Chuẩn bị

- Tư thế bệnh nhân: nằm sấp, vùng bụng dưới tiếp xúc với bề nước khử khí trên bàn điều trị US-HIFU.

Bước 2: Lập bản đồ mục tiêu: Dùng siêu âm để định vị khối u và xác định "đường đi an toàn" tránh ruột và các cơ quan lân cận.

Bước 3: Đánh giá đường truyền sóng siêu âm: Xác định cửa sổ âm thanh tối ưu. Bàng quang cần được làm đầy vừa phải để đẩy ruột ra xa.

Bước 4: Tiêu hủy khối u:

- Bắt đầu từ vùng sâu nhất/xa nhất khỏi thanh mạc và nội mạc, tiến dần ra ngoài.
- Sử dụng các điểm tập trung theo mô hình điểm-đường-mặt phẳng để tạo ra vùng hoại tử đồng đặc.
- Cường độ năng lượng: Điều chỉnh linh hoạt dựa trên vị trí, độ sâu, và khả năng chịu đau của bệnh nhân (thường trong khoảng 200 - 400 W).
- Giám sát thời gian thực: Quan sát các dấu hiệu hình ảnh của hoại tử đồng trên siêu âm, đồng thời liên tục hỏi cảm giác đau của bệnh nhân.
- Siêu âm tương phản cải tiến: Tiêm chất cản quang ngay sau US-HIFU để đánh giá tỷ lệ thể tích không tưới máu (NPV - Non Perfused Volume). Mục tiêu NPV: Cố gắng đạt NPV 70% thể tích ban đầu của tổn thương để đảm bảo hiệu quả lâm sàng lâu dài.

Bước 5: Kết thúc thủ thuật

- Người bệnh theo dõi tại phòng hồi phục 1 đến 2 giờ sau thủ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1 Theo dõi ngay sau điều trị

- Người bệnh được theo dõi sau thủ thuật tại cơ sở y tế 1 ngày
- Một số biến chứng và xử trí:
 - + Đau: sử dụng giảm đau toàn thân.
 - + Bỏng da: chườm lạnh, kem bôi corticoid, chăm sóc vết thương.
 - + Phù nề mô dưới da: có thể theo dõi hoặc sử dụng các thuốc chống viêm.
 - + Nôn và buồn nôn: sử dụng các thuốc chống nôn như ondasetron.
 - + Sốt: sử dụng thuốc hạ sốt như acetaminophen.
 - + Một số các biến chứng hiếm gặp như: nhiễm trùng, tổn thương thần kinh, ruột, bàng quang: xử trí tùy từng trường hợp cụ thể.
- Tổn thương ruột/bàng quang (rất hiếm): Xử trí ngoại khoa tùy từng trường hợp cụ thể.

7. Theo dõi trong vòng 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng:

- Đánh giá mức độ giảm kích thước khối u và các triệu chứng của u xơ cơ tử cung.
- Tình trạng kinh nguyệt, mang thai (nếu có)
- Biến chứng nếu có (như bỏng da độ 2).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wu F. High intensity focused ultrasound (HIFU) in the treatment of solid tumors. *Nat Rev Cancer*. 2021;21(9):605-617.
2. Orsi F, Zhang L, Arnone P, et al. High-intensity focused ultrasound ablation: effective and safe therapy for solid tumors in difficult locations. *AJR Am J Roentgenol*. 2010;195(3):W245-W252.
3. Kennedy JE. High-intensity focused ultrasound in the treatment of solid tumours. *Nat Rev Cancer*. 2005;5(4):321-327.

13. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG SỬA LẠI SỢ MỔ LẤY THAI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Hở sọ mổ lấy thai (hay khuyết sọ mổ lấy thai) là sự mất liên tục của niêm mạc tử cung và một phần hay toàn bộ cơ tử cung của thành trước tử cung, xảy ra trong suốt quá trình lành sọ mổ lấy thai. Bệnh lý này thường gây ra triệu chứng ra máu âm đạo bất thường, ứ dịch tại sọ mổ cũ và vô sinh.
- Phẫu thuật mở bụng sửa lại sọ mổ lấy thai là một phương pháp điều trị hở sọ mổ lấy thai khi có triệu chứng lâm sàng và có độ dày cơ tử cung còn lại < 3mm.
- Nguyên lý của phẫu thuật: cắt lọc vùng khuyết sọ mổ lấy thai và khâu lại vùng lành.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có hở sọ mổ lấy thai và có biểu hiện lâm sàng: ra máu bất thường, vô sinh thứ phát,...và độ dày cơ tử cung còn lại < 3mm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Tiền sử phẫu thuật ổ bụng nhiều lần hoặc tiền sử phẫu thuật ổ bụng ở nhóm có nguy cơ dính cao như: mổ viêm phúc mạc, mổ tắc ruột, mổ abscess phần phụ, mổ thông bàng quang...
- Đang có bệnh nội khoa, bệnh về máu, đang nhiễm khuẩn cần điều trị trước phẫu thuật.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ.
- Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ.
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch,...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.
- Đò vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải sạch vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính khoảng 1 - 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Nong cổ tử cung

- Đặt mỏ vịt, bộc lộ cổ tử cung.
- Tiến hành nong cổ tử cung bằng nén nong Hegar đến số 10 và giữ nguyên nén nong.

6.2. Bước 2: Mở bụng

- Mở bụng theo đường mổ lấy thai cũ vào ổ bụng.

6.3. Bước 3: Xác định vị trí khuyết sẹo mổ

- Quan sát toàn bộ tiểu khung, gõ dính nếu có.
- Phẫu tích đầy bàng quang xuống thấp để bộc lộ sẹo mổ tử cung.
- Xác định vị trí khuyết sẹo mổ lấy thai cũ.

6.4. Bước 4: Cắt lọc vùng khuyết sẹo mổ lấy thai

- Mở ngang sẹo mổ ở tử cung.
- Cắt lọc vùng xơ hóa.

6.5. Bước 5: Khâu lại sẹo mổ

- Đóng sẹo mổ tử cung 2 lớp mũi rời bằng chỉ Vicryl 1.0 hoặc Vicryl 2.0.
- Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung.
- Có thể khâu làm ngắn dây chằng tròn.

6.6. Bước 6: Kiểm tra và đóng bụng

- Lau sạch ổ bụng.

- Kiểm tra lại vết khâu, kiểm tra chảy máu. Nếu có nguy cơ chảy máu, nhiễm trùng có thể đặt dẫn lưu.
- Sau khi kiểm tra đủ gạc, đủ dụng cụ, đóng bụng theo từng lớp có thể không cần khâu phúc mạc thành bụng.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương tạng: Có thể tổn thương bàng quang, niệu quản, ruột, xảy ra khi tách dính, cần phát hiện và xử trí kịp thời, để muộn có thể gây viêm phúc mạc.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu sau mổ: có 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.
- Nhiễm trùng: sử dụng kháng sinh điều trị.
- 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.

7.3. Tai biến muộn: Tắc ruột sau mổ do dính các tạng trong ổ bụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Allornuvor GFN, Xue M, Zhu X, Xu D. The definition, etiology, presentation, diagnosis and management of previous cesarean scar defects. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2013;33:759 - 63.
2. Wagar MK, Bhagavath B. Cesarean Scar Defects. Reproductive Surgery: Current Techniques to Optimize Fertility. Springer; 2022. p. 119 - 30.

14. PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG SỬA LẠI SỢ MỖ LẤY THAI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Hở sọ mổ lấy thai (hay khuyết sọ mổ lấy thai) là sự mất liên tục của niêm mạc tử cung và một phần hay toàn bộ cơ tử cung của thành trước tử cung, xảy ra trong suốt quá trình lành sọ mổ lấy thai. Bệnh lý này thường gây ra triệu chứng ra máu âm đạo bất thường, ứ dịch tại sọ mổ cũ và vô sinh.
- Phẫu thuật nội soi ổ bụng sửa lại sọ mổ lấy thai là một phương pháp điều trị hở sọ mổ lấy thai khi có triệu chứng lâm sàng và độ dày cơ tử cung còn lại < 3mm.
- Nguyên lý của phẫu thuật: cắt lọc vùng khuyết sọ mổ lấy thai và khâu lại vùng lành.

2. CHỈ ĐỊNH

Hở sọ mổ lấy thai có biểu hiện lâm sàng: ra máu bất thường, vô sinh thứ phát... và độ dày cơ tử cung còn lại < 3mm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các chống chỉ định của nội soi ổ bụng

4. THẬN TRỌNG

- Tiền sử phẫu thuật ổ bụng nhiều lần hoặc tiền sử phẫu thuật ổ bụng ở nhóm có nguy cơ dính cao như: mổ viêm phúc mạc, mổ tắc ruột, mổ abscess phần phụ, mổ thông bàng quang...
- Đang có bệnh nội khoa, bệnh về máu, đang nhiễm khuẩn cần điều trị trước phẫu thuật.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch,...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy, dàn máy nội soi, khí CO2 y tế ...
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật

- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính khoảng 1 - 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Nong cổ tử cung

- Đặt mỏ vịt, bộc lộ cổ tử cung
- Tiến hành nong cổ tử cung bằng nèn nong Hegar đến số 10 và giữ nguyên nèn nong số 10 đúng vị trí.

6.2. Bước 2: Chọc Trocart và bơm CO₂

- Có thể chọc trocart đèn soi trực tiếp ở ngay mép rốn sau đó bơm CO₂.
- Hoặc: chọc kim bơm CO₂ thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc trocart đèn soi (đây là điểm chọc phổ biến nhất). Trong trường hợp người bệnh có tiền sử phẫu thuật ổ bụng, thừa cân... có nguy cơ tổn thương các tạng trong bụng khi chọc trocart trực tiếp thì mở thành bụng nhỏ (minilap).
- Bơm CO₂ đến áp lực mong muốn (khoảng 15mmHg)
- Chọc 2 trocart phẫu thuật ở 2 bên hố chậu (chú ý chọc trocart ở phía ngoài của di tích động mạch rốn và tránh chọc vào mạch máu thượng vị nông).

6.3. Bước 3: Xác định vị trí khuyết sẹo mổ

- Quan sát toàn bộ tiểu khung, gỡ dính nếu có
- Phẫu tích đầy bàng quang xuống thấp để bộc lộ sẹo mổ tử cung.
- Xác định vị trí khuyết sẹo mổ lấy thai cũ.

6.4. Bước 4: Cắt lọc vùng khuyết sẹo mổ lấy thai

- Mở ngang sẹo mổ ở tử cung
- Cắt lọc vùng xơ hóa

6.5. Bước 5: Khâu lại sẹo mổ

- Đóng sẹo mổ tử cung với các mũi rời bằng chỉ vicryl 1.0 hoặc vicryl 2.0.
- Có thể phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung hoặc không.

6.6. Bước 6: Kiểm tra và đóng bụng

- Rửa sạch ổ bụng
- Kiểm tra lại vết khâu, kiểm tra chảy máu. Nếu có nguy cơ chảy máu, nhiễm trùng có thể đặt dẫn lưu.
- Xả CO₂, tháo trocar và khâu lỗ chọc.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

Tổn thương tạng: Có thể tổn thương bàng quang, niệu quản, ruột, xảy ra khi tách dính, cần phát hiện và xử trí kịp thời, để muộn có thể gây viêm phúc mạc.

7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- Chảy máu sau mổ: có 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.
- Nhiễm trùng: sử dụng kháng sinh điều trị.
- 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.

7.3 Tai biến muộn: Tắc ruột sau mổ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Allornuvor GFN, Xue M, Zhu X, Xu D. The definition, etiology, presentation, diagnosis and management of previous cesarean scar defects. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2013;33:759-63.
2. Wagar MK, Bhagavath B. Cesarean Scar Defects. Reproductive Surgery: Current Techniques to Optimize Fertility. Springer; 2022. p. 119-30.

15. PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG SỬA LẠI SẸO MỔ LẤY THAI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Hở sẹo mổ lấy thai (hay khuyết sẹo mổ lấy thai) là sự mất liên tục của niêm mạc tử cung và một phần hay toàn bộ cơ tử cung của thành trước tử cung, xảy ra trong suốt quá trình lành sẹo mổ lấy thai. Bệnh lý này thường gây ra triệu chứng ra máu âm đạo bất thường, ứ dịch tại sẹo mổ cũ, và vô sinh.

- Phẫu thuật soi buồng tử cung sửa lại sẹo mổ lấy thai là một phương pháp điều trị hở sẹo mổ lấy thai khi có có triệu chứng lâm sàng và độ dày cơ tử cung còn lại > 3mm để giảm nguy cơ thủng tử cung và tổn thương bàng quang.

- Nguyên lý của phẫu thuật: cắt lọc tổ chức xơ - hai bờ vùng khuyết sẹo, đốt nội mạc tử cung và mạch máu bất thường.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có hở sẹo mổ lấy thai có biểu hiện lâm sàng: ra máu bất thường, vô sinh thứ phát,... và độ dày cơ tử cung còn lại > 3mm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Độ dày cơ tử cung còn lại < 3mm.

4. THẬN TRỌNG

Đang có bệnh nội khoa, bệnh về máu, đang nhiễm khuẩn cần điều trị trước phẫu thuật.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch,...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy, dàn máy nội soi...
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải sẵn vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính khoảng 1-2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Soi buồng tử cung chẩn đoán

- Đặt mỏ vịt, bộc lộ cổ tử cung.
- Kẹp Pozzi cổ tử cung.
- Tiến hành nong cổ tử cung bằng nệm Hegar đến số 5.
- Soi buồng tử cung chẩn đoán: đưa đèn soi qua ống cổ tử cung đồng thời làm căng buồng tử cung bằng cách bơm dịch theo đường tích hợp với đèn soi.
- Tiến hành quan sát toàn bộ buồng tử cung: đánh giá vị trí khuyết sẹo, độ rộng và các mạch máu bất thường vùng khuyết sẹo.

6.2. Bước 2: Soi buồng tử cung phẫu thuật

- Nong cổ tử cung bằng nệm Hegar đến số 10.
- Đưa đèn soi phẫu thuật.
- Xác định lại vị trí khuyết sẹo: thường ở thành trước cơ tử cung
- Cát lọc vùng khuyết sẹo:
 - Sử dụng điện cực vòng cát lọc tổ chức xơ ở đường viền vùng khuyết sẹo, bắt đầu từ đường giữa và kéo sang 2 bên dọc theo thành trước của ống cổ tử cung.
 - Đốt vùng nội mạc khuyết sẹo: sử dụng điện cực bi để đốt nội mạc tử cung trong vùng khuyết sẹo để phá vỡ mạch máu bất thường xuất hiện trong đó.
 - Đốt cầm máu.

6.3. Bước 3: Kiểm tra và tháo dụng cụ.

- Soi lại buồng tử cung.
- Đánh giá sự liên tục của thành trước tử cung và sự toàn vẹn buồng tử cung.
- Đánh giá lượng dịch vào và ra.
- Tháo pozzi. Kiểm tra chảy máu tại vị trí kẹp.
- Sát trùng âm đạo, tháo mỏ vịt.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện phẫu thuật:

- Thủng tử cung, thủng bàng quang: ngừng phẫu thuật. Tiến hành nội soi ổ bụng (hoặc mổ mở) để đánh giá tổn thương thủng tử cung và xử trí phù hợp theo tổn thương.
- 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 30p), phải kiểm soát lượng dịch vào và ra.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện phẫu thuật

Chảy máu âm đạo bất thường: Đánh giá lượng máu mất, sử dụng thuốc tăng co. Một số trường hợp phải soi lại buồng tử cung đốt điện cầm máu.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm khuẩn: Dùng kháng sinh phổ rộng đường tĩnh mạch sau khi thực hiện phẫu thuật.
- Dính buồng tử cung: Dùng vòng kinh nhân tạo sau khi thực hiện phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế (2013); quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ sản
2. Allornuvor GFN, Xue M, Zhu X, Xu D. The definition, etiology, presentation, diagnosis, and management of previous cesarean scar defects. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2013;33:759-63.
3. Wagar MK, Bhagavath B. Cesarean Scar Defects. Reproductive Surgery: Current Techniques to Optimize Fertility. Springer; 2022. p. 119-30.

16. ĐẶT VÒNG NÂNG TRONG ÂM ĐẠO ĐIỀU TRỊ SA SINH DỤC

1. ĐẠI CƯƠNG

Vòng nâng trong điều trị sa sinh dục là một loại dụng cụ đặt vào âm đạo có tác dụng nâng đỡ cho thành âm đạo bị sa và hỗ trợ cho tự chủ tiểu tiện.

2. CHỈ ĐỊNH

- Trong các trường hợp sa sinh dục kèm theo:
- Bệnh nhân không muốn phẫu thuật hoặc trì hoãn phẫu thuật.
- Sa sinh dục tái phát sau phẫu thuật.
- Còn muốn sinh thêm.
- Già yếu, nhiều bệnh lý nội khoa phối hợp.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dị ứng silicon.
- Viêm âm đạo.
- Viêm vùng chậu.
- Xuất huyết âm đạo chưa rõ nguyên nhân.
- Không thể theo dõi định kỳ theo lịch.
- Bệnh nhân có đặt mảnh ghép tổng hợp đường âm đạo.
- Đang dùng kháng đông hoặc điều trị giảm tiểu cầu.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Thủ thuật viên phụ: 1-2 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
 - Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật.
- Đồ vải
 - + Quần, áo công tác
 - + Quần, áo thủ thuật
 - + Quần áo người bệnh
 - + Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.3. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải sẵn vô khuẩn.

5.4. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định

5.5. Thời gian thực hiện: Dự kiến 0,5 - 2 giờ.

5.6. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Xác định cỡ vòng. Đường kính ngoài của vòng chính là khoảng cách đo được giữa bờ sau xương mu và túi cùng sau.

6.2. Bước 2: Ngâm vòng trong nước ấm để làm ấm và làm tăng độ mềm dẻo trước khi đặt.

6.3. Bước 3: Thủ thuật viên đeo găng tay vô trùng, để đầu xa của vòng nâng vào đầu ngón tay giữa để đẩy vòng vào trong.

6.4. Bước 4: Dùng gel bôi trơn mặt ngoài của vòng nâng. Giữ vòng nâng thẳng đứng rồi đưa nhẹ nhàng vào âm đạo theo hướng xuống dưới đáy chậu.

6.5. Bước 5: Dùng ngón tay ấn vòng nâng vào đúng chỗ đảm bảo cạnh khác nằm ngay dưới xương mu.

6.6. Bước 6: Kiểm tra lại vị trí của vòng nâng, đạt yêu cầu cổ tử cung phải nhô ra khỏi vòng. Vòng nâng phải ở vị trí bất chéo qua âm đạo với cạnh phía sau nằm ở cùng đồ sau và cạnh trước sau khớp mu.

6.7. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tăng tiết dịch: Không điều trị.
- Tiết dịch hôi: Tháo vòng + điều trị, ổn định đặt lại vòng.
- Âm đạo chảy máu: Tháo vòng + kiểm tra nguyên nhân ra máu, điều trị nội tiết khi cần, ổn định đặt lại.

- Loét âm đạo, cổ tử cung: Tháo vòng, điều trị tổn thương loét.
- Mô xơ: Tháo vòng+ điều trị, ổn định đặt lại vòng nếu bệnh nhân tuân thủ theo hướng dẫn.
- Đau vùng chậu, đại tiện khó, tiểu tiện khó: Tháo vòng.
- Ngứa rát kích ứng vùng chậu: Tháo vòng.

Ghi chú: Bệnh nhân mãn kinh dùng 2 - 3 tháng Estrogen tại chỗ. Dùng 2 - 3 tuần trước khi đặt vòng.

TÀI LIỆU THAM THẢO

1. Vaginal pessary in advanced pelvic organ prolapse: impact on quality of life, Barbara Bevilacqua, Int Urogynecol J 2022,33 (7) 2013-2020.

17. NẠO SINH THIẾT ỚNG CỔ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Nạo sinh thiết ống cổ tử cung là thủ thuật dùng để nạo lớp niêm mạc ống cổ tử cung nhằm mục đích chẩn đoán.

2. CHỈ ĐỊNH: Các tổn thương nghi ngờ ác tính tại ống cổ tử cung.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Rối loạn đông máu.

4. THẬN TRỌNG

- Viêm nhiễm tại chỗ
- Người bệnh già yếu, có nhiều bệnh lý nội khoa phối hợp không đảm bảo an toàn khi thực hiện thủ thuật.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Thủ thuật viên phụ: 01 - 02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật.
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

- + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
- + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
- + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tùy sống,...)
- + Thông tiểu (nếu cần)
- + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
- + Trải sẵn vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: khoảng 0,5 - 1 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thủ thuật hoặc phòng khám phụ khoa.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1:

- Đặt mỏ vịt hoặc đặt van âm đạo bộc lộ cổ tử cung.

6.2. Bước 2:

- Dùng thìa nạo sinh thiết tổ chức nghi ngờ ở ống cổ tử cung.
- Chèn meche âm đạo rút sau 24 giờ.
- Bệnh phẩm gửi giải phẫu bệnh.

6.3. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Tình trạng chảy máu

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến sau phẫu thuật

- Chảy máu: chèn meche âm đạo, nếu vẫn tiếp tục chảy máu có thể đốt điện hoặc khâu cầm máu.

7.2. Tai biến sau phẫu thuật: Nhiễm trùng: sử dụng kháng sinh điều trị.

7.3. Tai biến muộn: Chít hẹp cổ tử cung gây ứ máu kinh: Nong cổ tử cung.

18. BỆNH LÝ THIỂU SẢN TUYẾN VÚ HOẶC TEO TUYẾN VÚ BẰNG CHẤT LIỆU ĐỘN

1. ĐẠI CƯƠNG

Tại Việt Nam, thể tích tuyến vú bình thường < 300 cc. Thiếu sản tuyến vú và teo tuyến vú sau sinh là tình trạng ống tuyến vú không phát triển hoặc teo nhỏ gây sa trễ các mức độ sau sinh. Tuy không phải là bệnh lý ác tính tuyến vú nhưng luôn để lại rất nhiều phiền muộn, sự tự ti ảnh hưởng đến chất lượng sống của chị em phụ nữ. Để khắc phục tình trạng này, sử dụng chất liệu túi độn ngực là một sự lựa chọn thông minh mang lại hiệu quả cao nhất trong chuyên ngành phẫu thuật tạo hình, thẩm mỹ hiện nay.

2. CHỈ ĐỊNH

Bệnh nhân thiếu sản và teo tuyến vú sau sinh có nguyện vọng phẫu thuật nhằm cải thiện chức năng thẩm mỹ tuyến vú.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang mắc các bệnh cấp tính khác hoặc mắc các bệnh rối loạn các yếu tố đông máu...
- Dị ứng với các thuốc gây tê, gây mê...
- Làm nặng thêm các bệnh cũ hoặc đe dọa tính mạng của người bệnh...

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân cao tuổi
- Bệnh lý mạn tính nặng nề

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khâu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch,...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật

- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện

- Ước tính thời gian 1,5 - 3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Tiến hành phẫu thuật

- Rạch da theo đường rạch đã thiết kế.
- Tiếp cận và bóc tách cơ ngực lớn tạo khoang ngực
- Cầm máu khoang ngực, tiến hành đặt túi 2 bên.
- Tạo cân đối, căn chỉnh đều 2 ngực
- Cầm máu.
- Đặt dẫn lưu hoặc không.
- Khâu đóng khoang đặt túi
- Khâu đóng da theo lớp giải phẫu.

6.2. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Chảy máu, tổn thương mạch máu lớn, tổn thương bỏng da do dao điện, hồng túi độn ngực...

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật:

- **Chảy máu sau mổ**

- + Mở lại vết mổ và cầm máu lại
- + Băng ép sau khi kết thúc phẫu thuật

- **Nhiễm trùng vết mổ**

- + Kháng sinh 7 - 10 ngày
- + Chăm sóc vết mổ, thay băng hàng ngày

- **Động dịch**

- + Thường ở vị trí thành ngực hay hố nách
- + Nếu cần thiết vẫn phải lưu ống dẫn lưu
- + Tập các bài tập tay tối thiểu ngay khi rút dẫn lưu tới sau phẫu thuật 4 tuần

- **Biến chứng liên quan đến túi độn**

- + Nhiễm trùng, tụ máu, hình thành lớp sẹo dày quanh túi độn (bao xơ), lộ túi, vỡ mòn túi độn, đào thải túi. Trường hợp cần thiết tiến hành phẫu thuật tháo túi.

- **Không đạt hiệu quả thẩm mỹ**

Nếu cần, có thể phải tiến hành phẫu thuật để chỉnh sửa tiếp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh Ung bướu, Quyết định 3338/QĐ-BYT 2013”.
2. Fitoussi A. Chirurgie du cancer du sein et reconstruction mammaire. 2017:103. Elizabeth, Gregory. *Aesthetic and Reconstructive Surgery of the Breast*.
4. Chen CM, Disa JJ, Sacchini V, et al. Nipple-sparing mastectomy and immediate tissue expander/implant breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 2009;124(6):1772-1780. doi:10.1097/PRS.0b013e3181bd05fd

19. PHỤC HỒI KHUYẾT HỒNG TUYẾN VÚ BẰNG BƠM MỠ TỰ THÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật bơm mỡ tự thân được sử dụng rộng rãi trong phẫu thuật tạo hình và thẩm mỹ là chủ yếu. Ngày nay kỹ thuật này còn được sử dụng trong tạo hình điều trị sau ung thư tuyến vú, tăng hiệu quả thẩm mỹ mang lại chất lượng sống cho bệnh nhân.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các tổn thương khuyết hồng sau điều trị bảo tồn ung thư vú

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang mắc các bệnh cấp tính khác hoặc mắc các bệnh rối loạn các yếu tố đông máu...

- Dị ứng với các thuốc gây tê, gây mê...

- Làm nặng thêm các bệnh cũ hoặc đe dọa tính mạng của người bệnh...

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân cao tuổi

- Có bệnh lý mạn tính nặng nề

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ

- Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ

- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2 Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.

- Kim, chỉ khâu.

- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...

- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...

- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch,...

- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải sẵn vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 1-3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Thực hiện thủ thuật hút mỡ tự thân

- Rạch da một lỗ nhỏ 0,5cm
- Tiến hành hút mỡ bằng bộ dụng cụ hút mỡ áp lực âm
- Định lượng thể tích mỡ cần lấy tương đương thể tích khuyết hồng tuyến vú
- Máy ly tâm trong 2 đến 5P
- Đặt dẫn lưu nếu diện lấy mỡ rộng, nguy cơ đọng dịch, chườm máu
- Sát trùng, băng ép, khâu VT

6.2. Bước 2: Thực hiện bơm mỡ khuyết hồng tổ chức tuyến vú

- Rạch da theo đường mổ đã thiết kế.
- Bóc tách tổ chức da và tuyến nếu dính và co kéo.
- Bơm thể tích mỡ đã lấy và xử lý sau ly tâm vào tổ chức khuyết hồng
- Khâu da 2 lớp.

6.3. Bước 3: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu trong mổ

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu sau mổ

+ Mở lại vết mổ và cầm máu lại.

+ Băng ép sau khi kết thúc phẫu thuật.

- Nhiễm trùng vết mổ

+ Kháng sinh 7 - 10 ngày.

+ Chăm sóc vết mổ, thay băng hàng ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh Ung bướu, Quyết định 3338/QĐ-BYT 2013”.
2. Florian Fitzal, Peter Schrenk. Oncoplastic Breast Surgery: A Guide to Clinical Practice. 2010.

20. CẮT U VÚ LÀNH CÓ HỖ TRỢ HÚT CHÂN KHÔNG (VABB) DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM

1. ĐẠI CƯƠNG

- Để chẩn đoán chính xác một tổn thương tại tuyến vú tại các bệnh viện thường áp dụng phương pháp sinh thiết kim (sinh thiết lõi) hoặc sinh thiết mở để có thể lấy được tổn thương làm giải phẫu bệnh.

- Sinh thiết vú có hỗ trợ thiết bị hút chân không - VABB ban đầu được sử dụng để sinh thiết một khối u nghi ngờ ở vú. Tổn thương này có thể được phát hiện khi khám bệnh, hay trên chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, nhũ ảnh và MRI. Để sinh thiết khối u, thay vì phải mổ hở, bác sĩ sẽ đưa kim có nối với hệ thống áp lực hút chân không đến tổn thương mô tuyến vú qua một đường rạch nhỏ trên da vú để cắt và hút mẫu mô ra rồi gửi đi xét nghiệm mô bệnh. Sinh thiết này được thực hiện dưới hướng dẫn của siêu âm, nhũ ảnh hay MRI.

- Hiện nay, ngoài mục đích sinh thiết chẩn đoán khối u nghi ngờ ác tính, đối với khối u vú lành tính kích thước nhỏ có thể sử dụng thiết bị sinh thiết hút chân không để loại bỏ toàn bộ khối u với mục đích điều trị.

2. CHỈ ĐỊNH

- Loại bỏ các khối u đặc tuyến vú.
- Kích thước khối u nhỏ < 3cm

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang mắc các bệnh cấp tính khác hoặc mắc các bệnh rối loạn các yếu tố đông máu...
- Dị ứng với các thuốc gây tê
- Làm nặng thêm các bệnh cũ hoặc đe dọa tính mạng của người bệnh...

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân cao tuổi
- Có bệnh lý mạn tính nặng nề

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Thủ thuật viên phụ: 01 - 02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2 Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...

- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, thân máy.
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

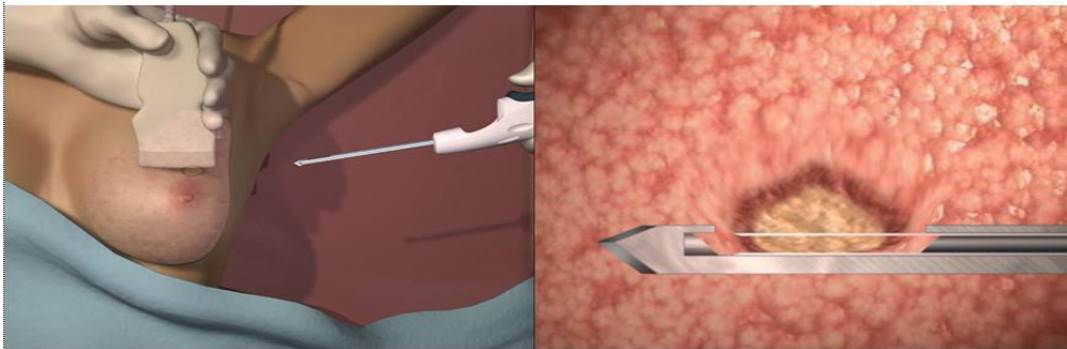
5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,25 - 1 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

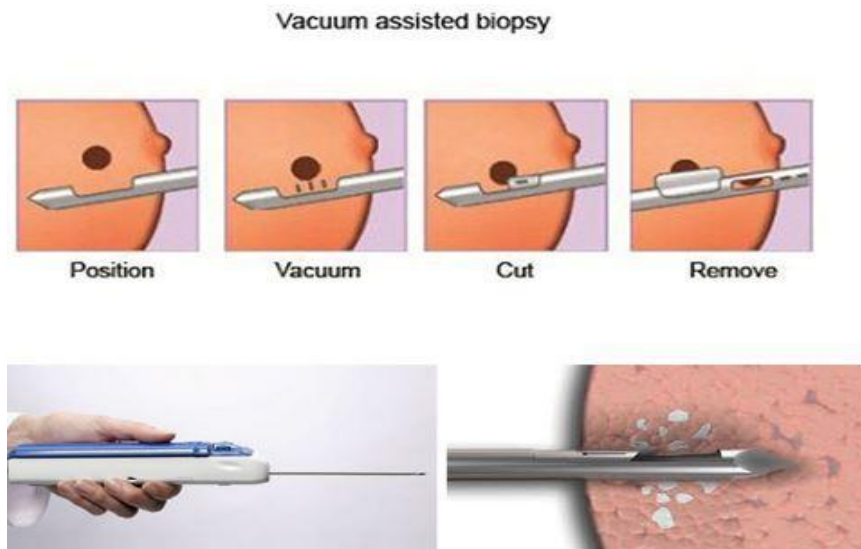
6.1. Tiến hành phẫu thuật

- Gây tê tại chỗ tại vùng đâm kim và đường vào tổn thương.



- Sử dụng mũi lưỡi dao 11 xuyên qua da kích thước vừa đủ để đưa kim sinh thiết.
- Tiến hành kiểm tra đường vào của kim sinh thiết dưới máy siêu âm. Nếu kim đã đến vị trí tổn thương thì dừng lại.

- Tiến hành cắt và hút các mảnh bệnh phẩm qua thiết bị hút chân không VABB cho đến khi hết hoàn toàn khối u



- Gửi bệnh phẩm độc giải phẫu bệnh.
- Sau khi rút kim ra phải kiểm tra cầm máu. Nếu không có chảy máu tiến hành băng ép chặt.

6.2. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu trong sinh thiết

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu sau sinh thiết
- + Băng ép, thuốc cầm máu.
- Nhiễm trùng vị trí sinh thiết
- + Kháng sinh 7 - 10 ngày.
- + Chăm sóc, thay băng vị trí nhiễm trùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh Ung bướu, Quyết định 3338/QĐ-BYT 2013”.
2. Park HL, Kim LS. The Current Role of Vacuum Assisted Breast Biopsy System in Breast Disease. J Breast Cancer. 2011 Mar;14(1):1-7.

21. KỸ THUẬT TÁCH MÀNG ỒI

1. ĐẠI CƯƠNG:

- Định nghĩa: Tách màng ối là thủ thuật cơ học do bác sĩ sản khoa sử dụng thủ thuật nhằm tách cực dưới của màng ối ra khỏi cổ tử cung (CTC) để kích thích tạo cuộc chuyển dạ trong những trường hợp thai đủ tháng mà chưa có dấu hiệu chuyển dạ.
- Mục đích của kỹ thuật: Kích thích giải phóng Prostaglandin nội sinh tại CTC làm chín muồi CTC, khởi động quá trình chuyển dạ xuất hiện.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Thai đến ngày dự sinh chưa chuyển dạ.
- Gây chuyển dạ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Không có chỉ định theo dõi để đường âm đạo: thai to, ngôi thai không phải ngôi chỏm, tiền sử mổ thân tử cung, rau tiền đạo, u tiền đạo....
- Cổ tử cung đóng kín.

4. THẬN TRỌNG:

- Rau bám thấp, rau bám mép.
- Đa ối.
- Dây rốn bám màng
- Tuổi thai < 38 tuần.

5. CHUẨN BỊ:

5.1. Người thực hiện:

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật.
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,25 - 0,5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật hoặc phòng đẻ.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Các bước quy trình

- **Bước 1:** Đánh giá lại toàn trạng sản phụ, tim thai, cơn co tử cung, ngôi thai
- **Bước 2:** Bác sĩ dùng tay phải đi găng tay vô khuẩn đưa 1 hoặc 2 ngón tay tới lỗ trong cổ tử cung chỗ tiếp giáp của màng ối với đoạn thấp cổ tử cung, xoay ngón tay vòng 360 độ quanh lỗ trong CTC để tách màng ối ra khỏi CTC. Nếu sờ thấy rau thai thì phải dừng lại ngay.
- **Bước 3:** Ghi rõ giờ thực hiện thủ thuật, tình trạng CTC khi thực hiện và diễn biến của tim thai, xóa mờ cổ tử cung
- **Bước 4:** đánh giá lại toàn trạng sản phụ, tim thai, cơn co tử cung. Hướng dẫn sản phụ theo dõi các dấu hiệu chuyển dạ và dấu hiệu bất thường.

6.2. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Trong khi thủ thuật

- Vỡ màng ối: đánh giá màu sắc nước ối, độ xóa mờ cổ tử cung, ngôi thai, phát hiện bất thường sa dây rốn nếu có phải mổ cấp cứu ngay
- Chảy máu từ vị trí tách màng ối do rau bám thấp: Theo dõi sát nếu vẫn ra máu thì bấm ối sớm.
- Rách cổ tử cung chảy máu: có thể chèn Meche hoặc khâu cầm máu.

7.2. Sau khi thủ thuật

- Rách cổ tử cung: khâu phục hồi

22. CHÈN GẠC ÂM ĐẠO CẦM MÁU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Chảy máu sau đẻ, sau sảy, sau nạo là tai biến có thể xảy ra trong thực hành lâm sàng.
- Có nhiều nguyên nhân chảy máu, nhưng hay gặp là do chấn thương đường sinh dục dưới. Tùy tổn thương mà chúng ta có hướng xử trí khác nhau để đạt hiệu quả mong muốn.
- Chèn gạc âm đạo là thủ thuật được thực hiện khi chảy máu ở âm đạo chưa cầm máu được vì các lý do khác nhau với mục đích là cầm máu tạm thời.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu do tổn thương ở âm đạo mà chưa xử lý được ngay: chuyển phòng thủ thuật, chuyển tuyến...
- Chảy máu do tổn thương âm đạo mà khâu cầm máu không kết quả do tổ chức phù nề, xung huyết...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Còn chảy máu từ buồng tử cung.
- Nghi ngờ tổn thương đoạn dưới tử cung, vỡ tử cung...

4. THẬN TRỌNG

- Mắc bệnh lý nội khoa nặng

5. CHUẨN BỊ

5.1. Cán bộ thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật.
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải sẵn vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,25 - 0,5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Thực hiện quy trình

- Bước 1: Đặt van kiểm tra đảm bảo tử cung và cổ tử cung không tổn thương, máu không chảy từ buồng tử cung.
- Bước 2: Đặt van ở vị trí 6h, sau đó dùng kẹp hình tim kẹp vào gạc chèn vào âm đạo sát cùng đồ càng tốt và để một đầu gạc ở ngoài âm hộ. (Lưu ý khi đưa gạc vào thì đẩy sát bề mặt van tránh làm tổn thương thêm âm đạo)
- Bước 3: Số lượng gạc tùy trường hợp cụ thể sao cho đủ chèn vào âm đạo để cầm máu

6.2. Kết thúc quy trình

- Tháo găng, rửa tay.
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Trong khi thủ thuật

- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn mạch, huyết áp, nhịp thở của sản phụ
- Choáng do đau hoặc do mất máu: hồi sức bù dịch...

7.2. Sau khi thủ thuật

- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn mạch, huyết áp, nhịp thở, ra máu... của sản phụ

- Rút gạc:
- + Khi thực hiện các thủ thuật cầm máu tiếp theo
- + Sau khi chèn gạc 12 - 24h
- + Đếm và kiểm tra đủ số lượng gạc đã đặt
- Dùng kháng sinh tiêm truyền tĩnh mạch chống nhiễm trùng trong thời gian 5 ngày hoặc 7 ngày...
- Thiếu máu: truyền máu và các chế phẩm thay thế
- Nhiễm khuẩn: dùng kháng sinh

7.3. Biến chứng muộn: Không có

23. MASSAGE VÚ THÔNG TUYẾN SỮA SAU SINH

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Khái niệm

- Kỹ thuật Massage bầu vú là phương pháp chủ yếu dựa dùng bằng lực ấn ngón tay và bàn tay để thay đổi lực tác dụng lên quầng vú, núm vú và bầu vú một cách có hiệu quả, giúp kích thích tuyến sữa hoạt động và làm thông tuyến sữa.
- Tắc tuyến sữa là tình trạng bà mẹ trong thời kỳ cho con bú bị tắc tuyến sữa, sữa không xuống được khi cho con bú dẫn đến viêm và áp xe nếu không được kịp thời điều trị.
- Nguyên nhân gây tắc tuyến sữa:
 - + Tâm trạng căng thẳng, mệt mỏi, mất ngủ từ cách chăm sóc trẻ, việc cho trẻ bú.
 - + Bầu vú không được sạch và cách chăm sóc vú chưa tốt.
 - + Sữa mẹ nhiều nhưng cho con bú ít hoặc ngậm bắt vú chưa đúng dẫn đến không thể bú hết được lượng sữa có trong bầu vú, dẫn đến tình trạng thừa sữa và dồn ứ gây tắc tuyến sữa.

1.2. Mục đích

- Kích thích hoạt động tuyến sữa ở núm vú, quầng vú và bầu vú một cách có hiệu quả giúp điều tiết sữa về sớm.
- Phá hủy những cục sữa đang ứ đọng trong bầu vú làm thông tuyến sữa. Giúp sản phụ không đau vú vì cương sữa và cảm thấy thoải mái khi cho trẻ bú.
- Hạn chế tắc tuyến sữa và áp xe vú sau đẻ.
- Hướng dẫn sản phụ biết cách vệ sinh và chăm sóc vú.
- Hướng dẫn sản phụ biết cách massage vú và tự tin khi nuôi con bằng sữa mẹ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sản phụ sau đẻ, sau mổ đẻ.
- Bà mẹ đồng ý cho con bú mẹ.
- Vú bị sưng đau.
- Sữa không xuống được.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đẻ thai lưu hoặc mổ đẻ thai lưu.
- Các trường hợp mẹ bệnh lý có chỉ định không cho con bú sữa mẹ: Tâm thần; Suy kiệt nặng; đang mất nước - mất máu...
- Áp xe vú có chỉ định chích hoặc mổ.
- Vùng da cần xoa bóp bị viêm nhiễm hoặc lở loét.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ/hộ sinh
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

4.2. Thiết bị y tế

- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,25 - 0,5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật.

5. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

5.1. Thực hiện kỹ thuật

5.1.1. Bước 1

Chườm khăn ấm (37°C) lên vùng vú cần massage thông tắc sữa khoảng 30 giây đến 1 phút.

5.1.2. Bước 2: Massage thông tắc sữa

5.1.2.1. Massage đầu vú (kích hoạt các đầu ống sữa): Là phương pháp gây kích thích lên các ống sữa và các đầu ống sữa ở núm vú.

Sử dụng ngón cái, ngón trỏ và ngón giữa chụm và kẹp núm vú theo phương thẳng đứng, ấn nhẹ rồi vuốt lên bằng ngón trỏ và ngón giữa, vừa vuốt và vừa dùng ngón cái nhẹ nhàng massage quanh đầu vú theo hình xoay ốc.

*** Có thể thực hiện một trong 2 cách sau:**

Cách 1: Sản phụ ở tư thế nằm

Một tay nắm ôm cố định bầu vú, một tay sử dụng ngón cái, ngón trỏ và ngón giữa chụm lại, kẹp toàn bộ từ gốc của đầu vú đến núm vú ấn nhẹ xuống rồi vuốt lên.

Cách 2: Sản phụ ở tư thế ngồi

Một tay nâng và cố định bầu vú, một tay sử dụng ngón cái, ngón trỏ, ngón giữa chụm và kẹp toàn bộ từ gốc của đầu vú ấn nhẹ xuống rồi vuốt lên đến đầu núm vú (hướng vuông góc với ngực sản phụ).

5.1.2.2. Massage quầng vú (kỹ thuật kích hoạt quầng vú)

Một tay cố định bầu vú, tay còn lại thực hiện massage. Có thể thực hiện một trong 2 cách sau:

Cách 1: Dùng đốt 2 của ngón trỏ làm trụ và mặt trong thân của ngón cái sẽ vuốt từ bờ ngoài quầng vú vào bên trong tới núm vú, thực hiện xoay quanh quầng vú để làm thông các tuyến sữa vùng quầng vú.

Cách 2: Ngón tay cái làm trụ và dùng phần đốt thứ 2 ngón trỏ cuộn tròn vuốt nhẹ từ bờ ngoài của quầng vú tới núm vú để làm mềm phần quầng vú. Ba ngón tay còn lại cũng cong theo ngón trỏ làm mềm phần quầng vú, thực hiện xoay quanh quầng vú.

Sau khi làm mềm núm vú và quầng vú, tiến hành vắt sữa: Một tay cố định bầu vú, một tay sử dụng ngón cái và ngón trỏ (hình chữ C) vuốt nhẹ từ bờ ngoài của quầng vú lên đến núm vú giúp làm thông ống sữa, làm rộng xoang sữa, kích thích sữa về sớm.

5.1.2.3. Massage bầu vú bằng hai tay (kỹ thuật kích hoạt bầu vú)

Mục đích kích thích hoạt động của toàn bộ bầu vú

Cách 1 (Sản phụ nằm): Massage bầu vú bằng hai tay, dùng hai tay ôm lấy bầu vú và di chuyển bầu vú theo hình tròn nhịp nhàng theo một chiều cố định (dùng lực của cổ tay và bàn tay di chuyển bầu vú nhẹ nhàng).

Cách 2 (Sản phụ ngồi): Massage bằng cách 1 bàn tay đặt lên phía trên vú, bàn tay kia đặt ôm phía dưới và nâng bầu vú, hai tay massage theo chiều ngược nhau giúp làm mềm vú và những phần vú bị rắn.

Lưu ý:

- Massage từng bầu vú và đổi bên.
- Khi massage thấy có phần di chuyển chưa tốt hoặc cứng, không dùng ngón tay để massage mà dùng mặt trong (phần áp út) lòng bàn tay để massage, đẩy phần cứng theo hướng về phía quầng và đầu vú (động tác này lặp đi lặp lại nhiều lần vừa ấn vừa day).
- Tổng thời gian massage vú bình thường khoảng 15 phút mỗi bên vú, cũng có thể dài hơn tùy thuộc vào tình trạng tắc tuyến sữa của bầu vú.

5.1.3. Bước 3: Vắt sữa.

- Sản phụ có thể nằm hoặc ngồi.
- Sau mỗi động tác massage làm mềm núm vú, quầng vú và bầu vú tiến hành vắt sữa: Một tay cố định bầu vú, một tay sử dụng ngón cái và ngón trỏ (hình chữ C) vuốt nhẹ từ bờ ngoài của quầng vú lên đến núm vú giúp làm thông ống sữa, làm rộng xoang sữa, kích thích tiết sữa và tránh tắc tia sữa.

- Tùy từng tình trạng tắc sữa của bầu vú ta có thể tiến hành kỹ thuật vắt sữa từ 3 - 5 phút/ lần vắt. Đồng thời kết hợp động tác vắt sữa các động tác khác của massage bầu vú thực hiện lặp đi lặp lại nhiều lần đến khi bầu vú hết tắc.

- Lau sạch bầu vú cho sản phụ bằng khăn sạch, ấm và ẩm.

5.1.4. Bước 4: Chườm lạnh bầu vú bằng khăn lạnh hoặc túi chườm.

5.. Kết thúc quy trình

- Sau khi xoa bóp lau sạch bầu vú cho sản phụ bằng khăn sạch, ấm và ẩm.

- Thu dọn khăn đã sử dụng để vào nơi quy định.

- Cốc đựng sữa hoặc bình chứa sữa của sản phụ sau vắt:

- Cho trẻ ăn bằng thìa.

- Bảo quản sữa ở nhiệt độ thường, trong ngăn mát tủ lạnh hoặc trong ngăn đá tủ lạnh theo quy định.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

6.1.1 Ghi phiếu chăm sóc

- Tình trạng vú: Bình thường hay không bình thường (cương tức, tuyến sữa tắc hay không, đỏ đau...).

- Tình trạng thông tuyến sữa....

- Số lượng sữa vắt ra.

- Màu sắc sữa: vàng nhạt, trắng đục hoặc hơi ngả vàng, màu nâu, màu rỉ sét...

- Báo cáo bác sĩ nếu có tình trạng vú bất thường (sốt, vú có cục cứng, sưng đỏ, đau nhiều khi massage, sữa vắt ra có màu lạ hoặc có lẫn máu, mủ...).

6.1.2. Hướng dẫn sản phụ và gia đình

- Sau massage vú:

+ Cho trẻ bú sữa mẹ: Hướng dẫn và giúp sản phụ cho trẻ bú đúng cách.

+ Nếu trẻ chưa tự bú được: Hướng dẫn cho sản phụ hoặc gia đình cho trẻ ăn sữa đã vắt được bằng thìa.

+ Hướng dẫn sản phụ và người nhà sản phụ cách massage vú, cách duy trì nguồn sữa và cách phát hiện những bất thường sau khi xuất viện, nếu có hiện tượng bất thường đến ngay cơ sở y tế khám.

6.2. Xử trí tai biến

- Hộ sinh/điều dưỡng thực hiện massage vú khi phát hiện tai biến báo cáo bác sĩ xử trí ngay theo nguyên nhân:

- Đau nhiều, choáng: giảm đau, chống choáng.

- Tổn thương phần mềm (tụ máu, phù nề...): thuốc chống viêm.

- Tổn thương tuyến sữa (sữa vắt ra lẫn máu): thuốc cầm máu, chống viêm...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định 5480/QĐ-BYT ngày 30/12/2020 ban hành “*Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành y học cổ truyền*”.

Quyết định 792/QĐ-BYT ngày 12/3/2013 ban hành “*Danh mục Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu đã hướng dẫn rất cụ thể các quy trình kỹ thuật xoa bóp bấm huyệt trị liệu chuẩn Bộ Y tế*”, (Quy trình số 421).

Quyết định 26/QĐ-BYT ngày 22/7/2008 ban hành “*Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành y học cổ truyền*”, (Quy trình số 12).

24. ĐẸ THƯỜNG/ĐẸ SINH ĐÔI TRÊN NGƯỜI BỆNH MẮC CÁC BỆNH LÝ TOÀN THÂN (TIM, THẬN, GAN, HUYẾT HỌC, NỘI TIẾT...)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Sinh đôi (song thai) là sự phát triển đồng thời hai thai trong buồng tử cung người mẹ, tỷ lệ sinh đôi chiếm khoảng 1 - 1,5% tổng số các ca đẻ. Cũng như các ca đa thai khác, 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 trong 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. Trong thai sinh đôi sau khi thai thứ nhất sổ, thường có biến cố xảy ra với thai thứ hai. Nguy cơ gặp trong cuộc đẻ song thai thường là suy thai, ngôi bất thường, sang chấn cho thai...

- Trường hợp mẹ bệnh lý: tim, thận, nội tiết, huyết học... Sẽ gặp khó khăn trong quá trình giảm đau hoặc gây tê khi thực hiện thủ thuật cũng như theo dõi và chăm sóc sau đẻ. Nguy cơ chảy máu, nhiễm khuẩn... tăng cao.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các ca chuyển dạ đẻ thường/ đẻ sinh đôi và cuộc chuyển dạ tiến triển thuận lợi trên người bệnh bị các bệnh lý toàn thân nhưng có khả năng đẻ được đường âm đạo.

3. 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...

- Rau tiền đạo

- 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 thực hiện kỹ thuật, thiếu các phương tiện theo dõi, hồi sức cho sản phụ và trẻ sơ sinh.

4. THẬN TRỌNG

- Con số lớn tuổi

- Tử cung có sẹo mổ cũ

- Tử cung dị dạng

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ

- Thủ thuật viên phụ: 01-02 bác sĩ/hộ sinh/điều dưỡng

- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật.
- Máy monitoring sản khoa, túi đông máu.
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,5 - 1 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng đẻ.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Nguyên tắc

- Luôn theo dõi tình trạng sức khỏe của người mẹ
- Luôn theo dõi tình trạng thai, nhất là thai nhi thứ hai trong song thai. 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 (CTC) mở chậm. Nếu đủ điều kiện có thể bấm ối cho tử cung bớt căng, điều chỉnh cơn co tử cung (CCTC) để chuyển dạ tiến triển tốt hơn.
- Đặt một đường truyền tĩnh mạch để giảm đau cho mẹ, điều chỉnh CCTC và có thể hồi sức ngay cho mẹ và thai khi cần.

6.2. Diễn tiến cuộc đẻ

Thông thường cuộc đẻ diễn ra qua 4 giai đoạn:

- Giai đoạn 1: đẻ thai nhi thứ nhất:

+ Thai thứ nhất thường là ngôi thuận (đôi khi là ngôi mông). 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.

- Giai đoạn 2: kiểm tra ngay ngôi, thể và tim thai của thai thứ hai nếu là song thai:

+ 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 giảm co, xác định được ngôi thai và cũng để thuận lợi hơn cho việc xoay thai 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.

- Giai đoạn 3: 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 CCTC rồi bấm ối, cố định ngôi và đỡ đẻ như các ca ngôi chỏm.

+ Nếu ngôi mông: đỡ đẻ như ngôi mông.

+ Nếu ngôi bất thường: ngôi vai, ngôi trán...

Dùng thuốc giảm đau cho mẹ

Bấm ối và nội xoay thai thành ngôi mông. Sau đó đỡ đẻ ngôi mông như bình thường hoặc đại kéo thai.

+ Trong song thai, thai nhi thường nhỏ, 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 chân, bong nhau, suy thai...

- Giai đoạn 4: Sờ rau

Sau khi sờ thai hai tiến hành xử trí tích cực giai đoạn 3, trong thời kỳ sờ nhau dễ có biến chứng chảy máu do đờ tử cung, do đó phải dùng thuốc tăng co bóp tử cung,

6.3. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Sau mỗi cơn rặn, nghe lại nhịp tim thai, nhằm phát hiện suy thai để có thái độ xử lý thích hợp.

- Luôn quan sát toàn trạng và bụng sản phụ phát hiện kịp thời dấu hiệu dọa vỡ.

- Sau khi đỡ đẻ, phải quan sát sản phụ để kịp thời phát hiện chảy máu, vết rách và đánh giá mức co hồi tử cung để chuẩn bị xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyên dạ.

- Ghi lại tình hình diễn biến cuộc đẻ vào hồ sơ.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Choáng do đau: hồi sức và giảm đau

- Các biến chứng do bệnh lý có sẵn của người mẹ: xử trí theo từng nguyên nhân cụ thể

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Ngay sau khi sờ thai, rau bong dở dang gây băng huyết cần bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung ngay.

- Nếu rách âm hộ, âm đạo, TSM (hoặc cắt chủ động): khâu lại sau khi đã sờ rau và kiểm tra bánh rau.

- Nếu bị băng huyết do đờ tử cung phải tập trung cấp cứu chảy máu bằng thuốc tăng co tử cung và các biện pháp cầm máu hiện có và bồi phụ lượng máu đã mất.

- Thai ngạt: phải hồi sức thai

- Sang chân thai: phối hợp bác sỹ sơ sinh xử trí

- Các biến chứng do bệnh lý có sẵn của người mẹ: xử trí theo từng nguyên nhân cụ thể.

7.4. Biến chứng muộn:

- Sang chân cho trẻ, đặc biệt là thai hai.

- Dự phòng: đỡ đẻ đúng kỹ thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2016). Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản

25. THẮT ĐỘNG MẠCH CỔ TỬ CUNG HAI BÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Chảy máu sau đẻ, sau sảy, sau nạo là tai biến có thể xảy ra trong thực hành lâm sàng.
- Có nhiều nguyên nhân nhưng hay gặp là do chấn thương đường sinh dục dưới. Tùy tổn thương mà chúng ta có hướng xử trí khác nhau để đạt hiệu quả mong muốn.
- Thắt động mạch cổ tử cung (CTC) 2 bên là thủ thuật được thực hiện khi chảy máu nghi ngờ tổn thương từ cổ tử cung với mục đích cầm máu.

2. CHỈ ĐỊNH: Chảy máu nghi ngờ do tổn thương cổ tử cung

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Còn sót thai, sót rau trong buồng tử cung.
- Nghi ngờ tổn thương đoạn dưới tử cung, vỡ tử cung...

4. THẬN TRỌNG: Có 2 cổ tử cung

5. CHUẨN BỊ

5.1. Cán bộ thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Thủ thuật viên phụ: 01 - 02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
- + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
- + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
- + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
- + Thông tiểu (nếu cần)
- + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
- + Trải sẵn vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 1-3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng đẻ hoặc phòng thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Thực hiện quy trình

- Bước 1: Đặt van, bộc lộ âm đạo, cổ tử cung
- Bước 2: Dùng kẹp cặp cổ tử cung thứ nhất ở vị trí 1h và kẹp cặp cổ tử cung thứ hai ở vị trí 5h kéo liên tục với lực vừa đủ. Khâu CTC ở vị trí 3h bằng mũi rời, càng sát càng đồ càng tốt.
- Bước 3: Dùng kẹp cặp cổ tử cung thứ nhất ở vị trí 11h và kẹp cặp cổ tử cung thứ hai ở vị trí 7h kéo liên tục với lực vừa đủ. Khâu CTC ở vị trí 9h bằng mũi rời, càng sát càng đồ càng tốt.

6.2. Kết thúc quy trình

- Tháo găng, rửa tay.
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Trong khi thủ thuật

- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn mạch, huyết áp, nhịp thở, thông khí của sản phụ
- Choáng do đau hoặc do mất máu: Hồi sức và bù dịch (truyền máu và dung dịch thay thế nếu cần)
- Tổn thương hệ tiết niệu do khâu vào niệu quản, bàng quang: xử trí theo tình huống cụ thể

7.2. Sau khi thủ thuật

- Dùng kháng sinh tiêm truyền tĩnh mạch chống nhiễm trùng trong thời gian 5 ngày hoặc 7 ngày...
- Thiếu máu: truyền máu và dung dịch thay thế
- Nhiễm khuẩn: dùng kháng sinh

7.3. Biến chứng muộn

- Chít hẹp cổ tử cung
- Chít hẹp niệu quản

26. XOA BÓP VÚ CHO SẢN PHỤ SAU SINH

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Khái niệm

Kỹ thuật xoa bóp vú cho sản phụ sau sinh là phương pháp chủ yếu dựa dùng bằng lực ấn ngón tay và bàn tay để thay đổi lực tác dụng lên quầng vú, núm vú và bầu vú một cách có hiệu quả, giúp kích thích tuyến sữa hoạt động và làm thông tia sữa.

1.2. Mục đích

- Kích thích hoạt động tuyến sữa ở núm vú, quầng vú và bầu vú một cách có hiệu quả giúp điều tiết sữa về sớm.
- Thúc đẩy tuần hoàn làm thông ống sữa. Giúp sản phụ không đau vú vì cương sữa và cảm thấy thoải mái khi cho trẻ bú.
- Hạn chế tắc tuyến sữa và áp xe vú sau đẻ.
- Hướng dẫn sản phụ biết cách xoa bóp vú và cách nuôi con bằng sữa mẹ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sản phụ sau đẻ, sau mổ đẻ con sống.
- Sản phụ vú đang bị cương sữa.
- Sau khi nghe tư vấn sản phụ có nhu cầu làm xoa bóp vú.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Sản phụ sau đẻ, sau mổ đẻ thai lưu, con chết.
- Các trường hợp mẹ bệnh lý có chỉ định không cho con bú, cắt sữa.
- Sản phụ bị viêm tuyến vú, áp xe vú đang tiến triển.

4. THẬN TRỌNG

Quá trình xoa bóp vú thao tác cần phù hợp với tình trạng tuyến vú của mỗi sản phụ (cường độ xoa bóp, thời gian xoa bóp, tình trạng cương sữa...)

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ/hộ sinh
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật.

- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,5 - 1 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Xoa bóp đầu vú (kích hoạt các đầu ống sữa)

Sử dụng ngón cái, ngón trỏ và ngón giữa chụm và kẹp núm vú theo phương thẳng đứng, ấn nhẹ rồi vuốt lên bằng ngón trỏ và ngón giữa, vừa vuốt và vừa dùng ngón cái nhẹ nhàng xoa bóp quanh đầu vú vừa kéo vừa xoay theo hình bán nguyệt. Có thể thực hiện 1 trong 2 cách sau:

- Cách 1: Sản phụ ở tư thế nằm:
 - Một tay ôm cố định bầu vú, một tay sử dụng ngón cái, ngón trỏ và ngón giữa chụm lại, kẹp toàn bộ từ gốc của đầu vú đến núm vú ấn nhẹ xuống rồi vuốt lên.
- Cách 2: Sản phụ ở tư thế ngồi:
 - Một tay ôm và nâng cố định bầu vú, một tay sử dụng ngón cái, ngón trỏ, ngón giữa chụm và kẹp toàn bộ từ gốc của đầu vú ấn nhẹ xuống rồi vuốt lên đến đầu núm vú (hướng vuông góc với ngực sản phụ).

6.2. Bước 2: Xoa bóp quầng vú (kỹ thuật kích hoạt quầng vú)

Sản phụ có thể nằm hoặc ngồi. Một tay cố định bầu vú, tay còn lại thực hiện xoa bóp.

Có thể thực hiện 1 trong 2 cách sau:

- Cách 1: Dùng đốt 2 của ngón trỏ làm trụ và mặt trong thân của ngón cái vuốt từ bờ ngoài quầng vú vào bên trong tới núm vú, thực hiện xoay quanh quầng vú để làm thông các tuyến sữa vùng quầng vú.
- Cách 2: Ngón tay cái làm trụ và dùng phần đốt thứ 2 ngón trỏ cuộn tròn vuốt nhẹ từ bờ ngoài của quầng vú tới núm vú để làm mềm phần quầng vú. Ba ngón tay còn lại cũng cong theo ngón trỏ làm mềm phần quầng vú, thực hiện xoay quanh quầng vú.

Sau khi làm mềm núm vú và quầng vú, tiến hành vắt sữa. Một tay cố định bầu vú, một tay sử dụng ngón cái và ngón trỏ (hình chữ C) vuốt nhẹ từ bờ ngoài của quầng vú lên đến núm vú giúp làm thông ống sữa, làm rộng xoang sữa, kích thích sữa về sớm

6.3. Bước 3: Xoa bóp bầu vú bằng hai tay (kỹ thuật kích hoạt bầu vú)

- Cách 1: Sản phụ nằm: Xoa bóp bầu vú bằng hai tay, dùng hai tay ôm lấy bầu vú và di chuyển bầu vú theo hình tròn nhịp nhàng theo một chiều cố định (dùng lực của cổ tay và bàn tay di chuyển bầu vú nhẹ nhàng).
- Cách 2: Sản phụ ngồi: Xoa bóp bằng cách 1 bàn tay đặt lên phía trên vú, bàn tay kia đặt ở phía dưới và nâng bầu vú, hai tay xoa bóp theo chiều ngược nhau giúp làm mềm vú và những phần vú bị rắn.

Lưu ý:

- Thực hiện xoa bóp đủ các bước từng bầu vú và đổi bên.
- Khi xoa bóp thấy có phần di chuyển chưa tốt hoặc cứng, không dùng ngón tay để xoa bóp mà dùng mặt trong (gò áp út) bàn tay, đẩy phần cứng theo hướng về phía quầng và đầu vú.

6.4. Bước 4: Vắt sữa

- Sản phụ có thể nằm hoặc ngồi.
- Sau mỗi động tác xoa bóp làm mềm núm vú và quầng vú và bầu vú tiến hành vắt sữa: một tay cố định bầu vú, một tay sử dụng ngón cái và ngón trỏ (hình chữ C) vuốt nhẹ từ bờ ngoài của quầng vú lên đến núm vú giúp làm thông ống sữa, làm rộng xoang sữa, kích thích tiết sữa và tránh tắc tia sữa.
- Tùy từng tình trạng tắc sữa của bầu vú mà tiến hành kỹ thuật vắt sữa từ 3-5 phút/ 1 lần vắt. Đồng thời kết hợp động tác vắt sữa với các động tác xoa bóp khác của bầu vú, thực hiện lặp đi lặp lại nhiều lần đến khi bầu vú hết tắc.

6. Thu dọn dụng cụ

- Sau khi xoa bóp lau sạch bầu vú cho sản phụ bằng khăn sạch, ấm và ẩm.
- Thu dọn khăn đã sử dụng để vào nơi quy định.
- Cốc đựng sữa hoặc bình chứa sữa của sản phụ sau vắt:
- Cho trẻ ăn bằng thìa.
- Bảo quản sữa ở nhiệt độ thường, trong ngăn mát tủ lạnh hoặc trong ngăn đá tủ lạnh theo quy định.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong xoa bóp vú

- Đau nhiều: giảm đau.
- Tổn thương phần mềm

7.2. Tai biến sau xoa bóp vú

- Tổn thương phần mềm (tụ máu, phù nề...): thuốc chống viêm.
- Tổn thương tuyến sữa, ống dẫn sữa (sữa vắt ra lẫn máu)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định 5480/QĐ-BYT ngày 30/12/2020 ban hành “*Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành y học cổ truyền*”.

Quyết định 792/QĐ-BYT ngày 12/3/2013 ban hành “*Danh mục Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu đã hướng dẫn rất cụ thể các quy trình kỹ thuật xoa bóp bấm huyệt trị liệu chuẩn Bộ Y tế*”, (Quy trình số 421).

Quyết định 26/QĐ-BYT ngày 22/7/2008 ban hành “*Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành y học cổ truyền*”, (Quy trình số 12).

27. PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi khâu vòng cổ tử cung là phẫu thuật nhằm khâu một đường vòng tròn quanh cổ tử cung với mục đích thu hẹp lỗ trong cổ tử cung, làm giảm tỷ lệ sảy thai và sinh non.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sảy thai liên tiếp do hở eo tử cung
- Tiền sử khâu vòng cổ tử cung đường âm đạo thất bại
- Không thể khâu vòng cổ tử cung đường âm đạo vì cổ tử cung quá ngắn hoặc không có cổ tử cung, cổ tử cung không toàn vẹn, cổ tử cung sau cắt khoét chóp, cắt cụt cổ tử cung.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Về phía mẹ

- Bệnh lý có chống chỉ định về phẫu thuật nội soi.
- Dị dạng sinh dục.
- Sẹo mổ đẻ cũ, sẹo mổ bóc nhân xơ tử cung
- Viêm nhiễm âm đạo, viêm cổ tử cung cấp

3.2. Về phía thai

- Đang có dấu hiệu dọa sảy thai
- Rỉ ối, vỡ ối
- Bất thường thai, khả năng nuôi sống thấp.
- Thai lưu

4. THẬN TRỌNG

- Viêm nhiễm âm đạo, viêm cổ tử cung mức độ nhẹ
- Bệnh nhân lo sợ về các biến chứng của khâu vòng cổ tử cung

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...

- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch,...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy, dàn máy nội soi, khí CO₂ y tế ...
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 1 - 2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Vào ổ bụng

- Chọn trocar đèn soi vị trí mép dưới rốn (nếu trong một số trường hợp người bệnh có sẹo mổ cũ, thành bụng dày, có nguy cơ tổn thương các tạng khi chọc trocar trực tiếp cần chọc kim bơm CO₂ hoặc nội soi mở).
- Đưa đèn soi vào ổ bụng; bơm CO₂ vào trong ổ bụng.
- Chọc hai trocar hai bên hố chậu để thao tác, có thể chọc thêm trocar trên khớp vệ trong trường hợp khó.

6.2. Bước 2: Quan sát

Quan sát và đánh giá tình trạng ổ bụng, tử cung, 2 phần phụ, bàng quang, tình trạng chỉ khâu vòng.

6.3. Bước 3: Khâu vòng cổ tử cung

- Bóc tách phúc mạc đoạn dưới tử cung, đẩy bàng quang xuống thấp
- Mở khoảng vô mạch giữa bó mạch tử cung và eo tử cung mỗi bên.
- Luồn chỉ qua lỗ từ trước ra sau ở một bên rồi từ sau ra trước bên còn lại
- Buộc chỉ ở mặt trước tử cung
- Kiểm tra có chảy máu hay không, khâu phủ lại phúc mạc đoạn dưới tử cung.

6.4. Bước 4. Đóng bụng Xả CO₂, rút Trocar, khâu vết mổ.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Theo dõi chảy máu trong
- Nước tiểu
- Ra máu âm đạo, cơn co tử cung
- Sau phẫu thuật: kháng sinh, giảm đau, thuốc giảm co. Siêu âm kiểm tra theo định kỳ

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu, đặc biệt do tổn thương động mạch tử cung: Mở cấp cứu cầm máu
- Tổn thương các tạng: Mời chuyên khoa ngoại

7.3. Tai biến sau phẫu thuật

- Đẻ non: Tuổi thai nhỏ không có khả năng sống thì xem xét cắt chỉ khâu vòng cổ tử cung qua nội soi, cố gắng cho sản phụ đẻ đường âm đạo theo chỉ định sản khoa, nếu thai trên 24 tuần có khả năng sống thường mổ lấy thai kết hợp cắt chỉ khâu vòng cổ tử cung.
- Thai lưu, sảy thai:
 - + 3 tháng đầu: Nong cổ tử cung và hút thai, không cần cắt chỉ khâu vòng
 - + 3 tháng giữa và cuối: Xem xét cắt chỉ khâu vòng cổ tử cung qua nội soi, cố gắng cho sản phụ đẻ đường âm đạo theo chỉ định sản khoa.

8. CHĂM DỨT THAI KỲ

- Mổ lấy thai từ tuần 38, hoặc khi có chuyển dạ rõ ràng
- Có thể cắt chỉ khâu vòng cổ tử cung hoặc để lại để có thai lần sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Scibetta JJ, Sanko SR and Phipps WR. Laparoscopic transabdominal cervico isthmic cerclage. *Fertil Steril*. 1998; 69: 161- 3.
2. Benson RC and Durfee RB. Transabdominal cervico uterine cerclage during pregnancy for the treatment of cervical incompetency. *Obstet Gynecol*. 1965; 25: 145-55.
3. Lesser KB, Childers JM, Surwit EA. Transabdominal cerclage: a laparoscopic approach. *Obstet Gynecol*. 1998; 91: 855-6.
4. Herron MA, Parer JT. Transabdominal cerclage fetal wastage due to cervical incompetence. *Obstet Gynecol*. 1988; 71 (6 Pt 1): 865
5. Moawad GN, Tyan P et al. Systematic Review of Transabdominal Cerclage Placed via Laparoscopy for the Prevention of Preterm Birth. *Minim Invasive Gynecol*. 2018; 25(2): 277
6. Burger NB, Brolmann HA, Einarsson JI, Langebrekke A, Huirne JA. Effectiveness of abdominal cerclage placed via laparotomy of laparoscopy: systematic review. - Pubmed - NCBI. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22024258>. Accessed Aug 30, 2019
7. Foster TL, Moore ES, Summers JE. Operative complications and fetal morbidity encountered in 300 prophylactic transabdominal cervical cerclage procedures by one obstetric surgeon. *J Obstet Gynaecol*. 2011; 31: 713
8. Martin A, Lathrop E. Controversies in family planning: Management of second- trimester losses in the setting of an abdominal cerclage. *Contraception*. 2013; 87: 728
9. AdesA, Hawkins DP. Laparoscopic Transabdominal Cerclage and Subsequent Pregnancy Outcomes When Left in Situ. *Obstet Gynecol*. 2019; 133: 1195-8
10. Dawoo F, Farquaharson RG. Transabdominal cerclage: Preconceptual versus first trimester insertion. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016; 199:27
11. Vousden NJ, Carter J, Seed PT, Shennan AH. What is the impact of preconception abdominal cerclage on fertility: evidence from a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017; 96:543
12. Moawad GN, Tyan P et al. Systematic Review of Transabdominal Cerclage Placed via Laparoscopy for the Prevention of Preterm Birth. *Minim Invasive Gynecol*. 2018; 25(2): 277.
13. Auber M Hamou L Roman H Resch B Verspyck E Marpeau L Transabdominal cervico isthmic cerclage 13 cases at Rouen University Hospital *Gynecol Obstet Fertil* 2012 Dec 40 12 741 5 doi 10.1016/j.gyobfe.2011.07.036 Epub 2012 Jul 4 PMID 22771171 French
14. Clark NV, Einarsson JI. Laparoscopic abdominal cerclage: a highly effective option for refractory cervical insufficiency. *Fertil Steril*. 2020 Apr;113(4):717-722.
15. Viguera Smith A, Cabrera R, Zomer MT, Ribeiro R, Talledo R, Kondo W. Laparoscopic Transabdominal Cerclage for Cervical Incompetence: A Feasible and Effective Treatment in 10 Steps. *J Minim Invasive Gynecol*. 2020 Jul-Aug;27(5):1025-1026. doi: 10.1016/j.jmig.2019.10.019. Epub 2019 Oct 31. PMID: 31678560.
16. Menderes G, Clark LE, Azodi M Needleless laparoscopic abdominal cerclage placement. *J Minim Invasive Gynecol*. 2015 Mar-Apr;22(3):321. doi: 10.1016/j.jmig.2014.11.011. Epub 2014 Dec 6. PMID: 25489676.
17. Laparoscopic cerclage for cervical incompetence to prevent late miscarriage or preterm birth Interventional procedures guidance. Published: 30 January 2019 www.nice.org.uk/guidance/ipg639

28. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT CHỈ KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nhằm loại bỏ chỉ khâu vòng cổ tử cung qua nội soi trong trường hợp cấp cứu cần phải xử trí sản khoa đối với thai đang trong buồng tử cung. Phẫu thuật nội soi cắt chỉ khâu vòng cổ tử cung rất hạn chế vì đa số các trường hợp thai dưới 13 tuần nếu chấm dứt thai kỳ không phải cắt chỉ khâu vòng cổ tử cung và thai trên 22 tuần thường cắt chỉ khâu vòng kết hợp với mổ lấy thai.

2. CHỈ ĐỊNH

Kết thúc thai kỳ ở tuổi thai từ 13 - 22 tuần trong các trường hợp:

- Thai lưu
- Nhiễm trùng trong tử cung
- Sảy thai tiến triển
- Thai có bất thường bẩm sinh không có khả năng sống sau sinh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có các bệnh lý cấp tính không thể gây mê để phẫu thuật nội soi

4. THẬN TRỌNG:

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khâu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch,...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy, dàn máy nội soi, khí CO₂ y tế ...
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Sàng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải sẵn vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 1-2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thì 1. Vào ổ bụng

- Chọn trocar đèn soi vị trí mép dưới rốn (nếu trong một số trường hợp người bệnh có sẹo mổ cũ, thành bụng dày, có nguy cơ tổn thương các tạng khi chọc trocar trực tiếp cần chọc kim bơm CO₂ hoặc nội soi mở).
- Đưa đèn soi vào ổ bụng; bơm CO₂ vào trong ổ bụng.
- Chọc hai trocar hai bên hố chậu để thao tác, có thể chọc thêm trocar trên khớp vệ trong trường hợp khó.

Thì 2. Quan sát

Quan sát và đánh giá tình trạng ổ bụng, tử cung, 2 phần phụ, bàng quang, tình trạng chỉ khâu vòng.

Thì 3. Cắt chỉ khâu vòng cổ tử cung

- Nếu phúc mạc phủ chỉ khâu vòng: tách phúc mạc, đẩy bàng quang xuống thấp, bộc lộ chỉ khâu vòng.
- Dùng panh kẹp nút buộc chỉ, nhắc nhẹ để bộc lộ sợi chỉ bên cạnh nút buộc.
- Cắt chỉ 1 bên sát nút buộc.
- Rút nhẹ chỉ để lấy toàn bộ chỉ khâu vòng cổ tử cung.
- Lấy chỉ qua lỗ Trocar 5.
- Kiểm tra có chảy máu hay không.

Thì 4. Đóng bụng Xả CO₂, rút Trocar, khâu vết mổ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Theo dõi chảy máu trong
- Nước tiểu
- Ra máu âm đạo.
- Sau phẫu thuật: theo dõi xử trí sản khoa đối với thai, kháng sinh, giảm đau.

7.2. Xử trí tai biến

- Chảy máu: Mô cấp cứu cầm máu
- Tổn thương tử cung và các tạng: Xử trí theo tổn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Scibetta JJ, Sanko SR and Phipps WR. Laparoscopic transabdominal cervico isthmic cerclage. *Fertil Steril*. 1998; 69: 161- 3
2. Benson RC and Durfee RB. Transabdominal cervico uterine cerclage during pregnancy for the treatment of cervical incompetency. *Obstet Gynecol*. 1965; 25: 145-55
3. Lesser KB, Childers JM, Surwit EA. Transabdominal cerclage: a laparoscopic approach. *Obstet Gynecol*. 1998; 91: 855-6
4. Herron MA, Parer JT. Transabdominal cerclage fetal wastage due to cervical incompetence. *Obstet Gynecol*. 1988; 71 (6 Pt 1): 865
5. Moawad GN, Tyan P et al. Systematic Review of Transabdominal Cerclage Placed via Laparoscopy for the Prevention of Preterm Birth. *Minim invasive Gynecol*. 2018; 25(2): 277
6. Burger NB, Brolmann HA, Einarsson JI, Langebrenke A, Huirne JA. Effectiveness of abdominal cerclage placed via laparotomy of laparoscopy: systematic review. - Pubmed - NCBI. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22024258>. Accessed Aug 30, 2019
7. Foster TL, Moore ES, Sumners JE. Operative complications and fetal morbidity encountered in 300 prophylactic transabdominal cervical cerclage procedures by one obstetric surgeon. *J Obstet Gynaecol*. 2011; 31: 713
8. Martin A, Lathrop E. Controversies in family planning: Management of second- trimester losses in the setting of an abdominal cerclage. *Contraception*. 2013; 87: 728
9. AdesA, Hawkins DP. Laparoscopic Transabdominal Cerclage and Subsequent Pregnancy Outcomes When Left in Situ. *Obstet Gynecol*. 2019; 133: 1195-8
10. Dawoo F, Farquaharson RG. Transabdominal cerclage: Preconceptual versus first trimester insertion. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016; 199:27
11. Vousden NJ, Carter J, Seed PT, Shennan AH. What is the impact of preconception abdominal cerclage on fertility: evidence from a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017; 96:543
12. Moawad GN, Tyan P et al. Systematic Review of Transabdominal Cerclage Placed via Laparoscopy for the Prevention of Preterm Birth. *Minium Invasive Gynecol*. 2018; 25(2): 277.
13. Auber M, Hamou L, Roman H, Resch B, Verspyck E, Marpeau L. Transabdominal cervico-isthmic cerclage: 13 cases at Rouen University Hospital. *Gynecol Obstet Fertil*. 2012 Dec;40(12):741-5. doi: 10.1016/j.gyobfe.2011.07.036. Epub 2012 Jul 4. PMID: 22771171 French.

29. LẤY MÁU TĨNH MẠCH RÓN THAI NHI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Lấy máu tĩnh mạch rốn thai nhi là thủ thuật sử dụng kim nhỏ xuyên qua thành bụng và cơ tử cung đưa vào mạch máu (thường là tĩnh mạch) của dây rốn được hướng dẫn của siêu âm.
- Mẫu máu thai được gửi xét nghiệm để đánh giá, chẩn đoán tình trạng hiện tại của thai nhi đặc biệt là các bệnh về máu, chức năng thận, nhiễm trùng bào thai, và các bất thường nhiễm sắc thể, gen.
- Phương pháp lấy máu cuống rốn vẫn có thể được thực hiện đồng thời hoặc cần xác định thêm sau khi kết quả chọc ối hay sinh thiết gai nhau.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thai có nguy cơ bệnh lý thiếu máu, thalasemia (siêu âm có thể có biểu hiện tim to, PSV tăng > 1.5MoM)
- Thận bất thường cấu trúc, có khả năng suy chức năng 02 thận
- Nhiễm trùng bào thai
- Thực hiện kết hợp trong truyền máu bào thai

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Mẹ đang sốt, hoặc có tình trạng nhiễm trùng hoặc bệnh lý cấp tính chưa điều trị.
- Thai có ối vỡ, chuyển dạ.
- Thai < 17 tuần.

4. THẬN TRỌNG

- Tuổi thai

5. CHUẨN BỊ (mẫu danh mục chuẩn bị để thực hiện kỹ thuật chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh gửi kèm theo).

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật.
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật

- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,1 - 0,5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1

- Siêu âm kiểm tra thai, rau.

6.2. Bước 2

- Sát khuẩn lần 2 (vùng đưa kim vào) bằng cồn Iod.
- Chọc bằng kim spinocan 20.
- Dùng syringe 3cc rút máu cuống rốn.

6.3. Bước 3

- Rút kim - dán băng.
- Siêu âm lại và cho bệnh nhân xem tim thai nhi vẫn đập bình thường.
- Cho người bệnh theo dõi tại chỗ khoảng 30 phút.

6.4. Bước 4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu, tụ máu vị trí lấy máu ở dây rốn.
- Thay đổi nhịp tim của thai, mất tim thai: hiếm.
- Sảy thai: 1 - 2 %.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng, ối vỡ, thai lưu.

30. ĐẶT VÒNG NÂNG CỔ TỬ CUNG DỰ PHÒNG ĐỂ NON

1. ĐẠI CƯƠNG

- Vòng nâng cổ tử cung Arabin là một dụng cụ silicone, có tác dụng chính nâng đỡ cổ tử cung. Cơ chế tác động của nó trong việc phòng ngừa sinh non vẫn chưa được biết rõ. Một số giả thiết được đưa ra bao gồm:
- Vòng nâng cổ tử cung làm thay đổi trục của cổ tử cung so với tử cung có thể giảm áp lực tử tử cung trực tiếp lên cổ tử cung và màng ối.
- Vòng nâng cổ tử cung phòng ngừa hiện tượng mở lỗ trong cổ tử cung.
- Vòng nâng cổ tử cung giúp bảo vệ nút chặn chất nhầy ở cổ tử cung. Nút nhầy có vai trò ngăn nhiễm trùng ngược dòng từ âm đạo và ngăn chuyển dạ.
- Vòng nâng cổ tử cung có thể làm giảm phản hồi Ferguson là phản xạ feedback dương tính tăng bài tiết oxytocin.

2. CHỈ ĐỊNH: Dự phòng sinh non.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm nhiễm sinh dục tiến triển
- Đang ra máu âm đạo
- Có dấu hiệu chuyển dạ
- Ối vỡ non
- Đầu ối sa vào âm đạo
- Ung thư sinh dục
- Đang dùng kháng đông hoặc điều trị giảm tiểu cầu
- Dị ứng với vật liệu silicone

4. THẬN TRỌNG

Thận trọng trong các trường hợp đã có phẫu thuật ở cổ tử cung trước đó: khoét chóp CTC...

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật.

- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,1 - 0,5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

- Bước 1: Chọn vòng phù hợp với người bệnh
- Bước 2: Ngâm vòng trong nước ấm
- Bước 3: Bác sỹ đeo găng tay vô trùng, dùng gel bôi trơn mặt ngoài của vòng nâng, một tay mở rộng hai môi lớn, tay kia để đầu xa của vòng nâng vào đầu ngón tay giữa để đẩy vòng vào trong.
- Bước 4: Giữ vòng nâng thẳng đứng rồi đưa vào âm đạo theo hướng xuống dưới đáy chậu.
- Bước 5: Dùng ngón tay ấn vòng nâng vào đúng chỗ đảm bảo cạnh khác nằm ngay dưới xương mu.
- Bước 6: Kiểm tra lại vị trí của vòng nâng, đạt yêu cầu cổ tử cung phải nhô ra khỏi vòng. Vòng nâng phải ở vị trí bất chéo qua âm đạo với cạnh phía sau nằm ở cùng đồ sau và cạnh trước sau khớp mu..
- Bước 7: Kết thúc quy trình
 - + Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
 - + Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
 - + Hẹn tháo vòng khi thai 37 tuần.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

- Tăng tiết dịch âm đạo: Tư vấn
- Viêm âm đạo: Tháo vòng + điều trị, ổn định có thể đặt lại vòng.
- Âm đạo chảy máu: Tháo vòng + kiểm tra nguyên nhân ra máu, ổn định đặt lại.
- Loét âm đạo, cổ tử cung: Tháo vòng, điều trị tổn thương loét.
- Đau vùng chậu, rối loạn đại tiểu tiện: Tháo vòng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Goya M et al. Cervical pessary to prevent preterm birth in women with twingestation and sonographic short cervix: a multicenter randomized controlled trial (PECEP-Twins). Am J Obstet Gynecol, 2016. 214(2): p. 145-152.
2. Liem S et al. Cervical pessaries for prevention of preterm birth in women with a multiple pregnancy (ProTWIN): a multicentre, open-label randomised controlled trial. Lancet, 2013. 382(9901): p. 1341-9
3. Dang VQ et al. Pessary Compared With Vaginal Progesterone for the Prevention of Preterm Birth in Women With Twin Pregnancies and Cervical Length Less Than 38 mm: A Randomized Controlled Trial. Obstet Gynecol, 2019. 133(3): p.459-467.
4. Carne Merced et al., Cervical pessary for preventing preterm birth in twin pregnancies with maternal short cervix after an episode of threatened preterm labor: randomised controlled trial. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 221 (1), pp. 55.e1-55.e14.
5. Abdel-Aleem H, OM Shaaban and MA Abdel-Aleem. Cervical pessary for preventing preterm birth. Cochrane Database Syst Rev, 2013(5): p. CD007873.
6. Saccone G, Ciardulli A, Xodo S, Dugoff L et al. Cervical Pessary for Preventing Preterm Birth in Singleton Pregnancies With Short Cervical Length: A Systematic Review and Meta-analysis. J Ultrasound Med, 36: 1535-1543.

31. PHẪU THUẬT LẤY THAI TRƯỜNG HỢP ĐA THAI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung.
- Trong các trường hợp đa thai nguy cơ chảy máu cao do đờ tử cung vì tử cung căng giãn quá mức. Sau mổ nguy cơ nhiễm trùng, chảy máu cao hơn các trường hợp khác.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp đa thai kèm các chỉ định:

2.1. Các chỉ định do nguyên nhân về phía thai

- Các chỉ định do ngôi thai bất thường.
- Thai to, mỗi thai ước trên 3000g
- Thai suy
- Bệnh lý của thai có chống chỉ định đẻ đường âm đạo

2.2. Các chỉ định do nguyên nhân phần phụ của thai

2.3. Các chỉ định do nguyên nhân về phía mẹ

2.4. Các chỉ định do nguyên nhân đường sinh dục

2.5. Các chỉ định do nguyên nhân khác

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH Không có

4. THẬN TRỌNG Không có

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 1 - 2 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh
- Hộ sinh/điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Dao điện,...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật

- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 1 - 2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Mở bụng theo đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu. Bộc lộ đoạn dưới tử cung: chèn gạc, đặt van vệt.

6.2. Bước 2: Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung (nếu cần).

6.3. Bước 3: Mở tử cung

- 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.

6.4. Bước 4: Lấy thai và rau

- Lấy thai thứ nhất: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại
- Kẹp và cắt dây rốn (khi dây rốn ngừng đập)
- Kiểm tra xác định ngôi của thai tiếp theo => bấm ối và lấy thai như thai thứ nhất
- Kiểm tra khi không còn thai => Tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin
- Kẹp và cắt dây rốn
- 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.

6.5. Bước 5: Khâu phục hồi 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. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung. Thông thường khâu một lớp (nếu cần thì khâu vắt lớp thứ hai để cầm máu và che phủ lớp khâu thứ nhất).

- Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung (nếu cần)

6.6. Bước 6: Lau sạch ổ bụng

- Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh

- Đếm đủ gạc, đủ dụng cụ

6.7. Bước 7: Đóng thành bụng theo từng lớp giải phẫu**6.8. Bước 8:** Lấy máu và lau âm đạo**6.9. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Theo dõi diễn biến người bệnh.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**7.1. Theo dõi**

- Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu.

- Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ buồng tử cung ra.

- Vết mổ thành bụng

- Trung tiện.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

a) *Chảy máu, đờ tử cung*: dùng thuốc tăng co bóp tử cung, kết hợp các kỹ thuật cầm máu, truyền máu hoặc các chế phẩm thay thế (nếu cần)

b) Chấn thương thai nhi: phối hợp bác sỹ sơ sinh

c) Tổn thương các tạng trong ổ bụng: ruột, bàng quang, niệu quản... Xử trí theo tổn thương

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

a) *Nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết*: dùng kháng sinh kết hợp

b) *Chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung*: dùng kháng sinh kết hợp, truyền máu hoặc các chế phẩm thay thế

7.4. Biến chứng muộn: nhiễm trùng, dính ruột, tắc ruột

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản 2016

32. PHẪU THUẬT LẤY THAI TRƯỜNG HỢP ĐA THAI TRÊN NGƯỜI BỆNH MẮC BỆNH LÝ TOÀN THÂN (BỆNH TIM; THẬN; GAN; HUYẾT HỌC; NỘI TIẾT...)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung. Trường hợp mẹ bệnh lý: tim, thận, nội tiết, huyết học... sẽ gặp khó khăn trong quá trình gây mê hoặc gây tê khi mổ cũng như theo dõi và chăm sóc sau mổ.
- Trong các trường hợp đa thai nguy cơ chảy máu cao do đờ tử cung vì tử cung căng giãn quá mức.
- Các trường hợp đa thai trên người bệnh mắc các bệnh lý toàn thân, sau mổ nguy cơ nhiễm trùng, chảy máu cao hơn các trường hợp khác gấp nhiều lần.

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Các trường hợp đa thai trên người bệnh mắc các bệnh lý toàn thân

2.2. Các trường hợp đa thai trên người bệnh mắc các bệnh lý toàn thân kèm các chỉ định:

a) Các chỉ định do nguyên nhân về phía thai

- Các chỉ định do ngôi thai bất thường.
- Thai to, mỗi thai ước trên 3000g
- Thai suy
- Bệnh lý của thai có chống chỉ định đẻ đường âm đạo

b) Các chỉ định do nguyên nhân phân phụ của thai

c) Các chỉ định do nguyên nhân về phía mẹ

d) Các chỉ định do nguyên nhân đường sinh dục

e) Các chỉ định do nguyên nhân khác

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH Không có

4. THẬN TRỌNG Không có

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 1-2 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh
- Hộ sinh/điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.

- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Dao điện,...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 1 - 2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Mở bụng theo đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ. Bộc lộ đoạn dưới tử cung: chèn gạc, đặt van vệ.

6.2. Bước 2: Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung (nếu cần).

6.3. Bước 3: Mở tử cung

- 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.

6.4. Bước 4: Lấy thai và rau

- Lấy thai thứ nhất: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại
- Kẹp và cắt dây rốn (khi dây rốn ngừng đập)
- Kiểm tra xác định ngôi của thai tiếp theo => bấm ối và lấy thai như thai thứ nhất
- Kiểm tra khi không còn thai => Tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin
- Kẹp và cắt dây rốn
- 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.

6.5. Bước 5: Khâu phục hồi 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. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung. Thông thường khâu một lớp (nếu cần thì khâu vắt lớp thứ hai để cầm máu và che phủ lớp khâu thứ nhất).
- Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung (nếu cần)

6.6. Bước 6: Kiểm tra và xử trí chảy máu nếu có**6.7. Bước 7: Lau sạch ổ bụng**

- Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh
- Đếm đủ gạc, đủ dụng cụ

6.8. Bước 8: Đóng thành bụng theo từng lớp giải phẫu**6.9. Bước 9: Lấy máu và lau âm đạo****6.10. Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Theo dõi diễn biến người bệnh.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**7.1. Theo dõi**

- Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu.
- Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ buồng tử cung ra.
- Vết mổ thành bụng
- Trung tiện
- Các xét nghiệm cần thiết để theo dõi bệnh lý mẹ

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

a) *Chảy máu, đờ tử cung*: dùng thuốc tăng co bóp tử cung, kết hợp các kỹ thuật cầm máu, truyền máu hoặc các chế phẩm thay thế(nếu cần)

b) *Chấn thương thai nhi*: phối hợp bác sĩ sơ sinh.

c) *Tổn thương các tạng trong ổ bụng*: ruột, bàng quang, niệu quản...Xử trí theo tổn thương.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

a) *Nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết*: dùng kháng sinh kết hợp.

b) *Chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung*: dùng kháng sinh kết hợp, truyền máu hoặc các chế phẩm thay thế.

7.4. Biến chứng muộn: suy đa tạng, nhiễm trùng, dính ruột, tắc ruột.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản 2016.

33. PHẪU THUẬT LẤY THAI TRƯỜNG HỢP ĐA THAI DO BỆNH LÝ SẢN KHOA (RAU TIỀN ĐẠO; RAU BONG NON; TIỀN SẢN GIẬT; SẢN GIẬT...)

1. ĐẠI CƯƠNG

Mổ lấy thai là phẫu thuật lấy thai và rau thai ra khỏi tử cung qua đường rạch thành bụng và rạch tử cung. Mổ lấy thai trên bệnh nhân đa thai có bệnh lý sản khoa như rau tiền đạo trung tâm, rau bong non, tiền sản giật, sản giật là những phẫu thuật khó, có tính chất cấp cứu, nguy cơ chảy máu nhiều, nguy cơ phải cắt tử cung trong mổ cũng như các tai biến, biến chứng của phẫu thuật cao hơn các phẫu thuật lấy thai đơn thuần.

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Chỉ định mổ lấy thai chủ động Rau tiền đạo trung tâm đủ tháng

2.2. Chỉ định mổ lấy thai cấp cứu

- Rau tiền đạo trung tâm ra máu nhiều
- Rau bong non thể vừa và nặng
- Tiền sản giật nặng
- Sản giật
- Hội chứng HELLP

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 1- bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh
- Hộ sinh/điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Dao điện,...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật

- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 1 - 2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. 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.

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

6.3. Thì 3: Mở tử cung.

- 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.

6.4. 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. Kẹp và cắt dây rốn. Tiếp tục lấy thai thứ hai, kẹp và cắt dây rốn thứ hai.
- Tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin.
- Lấy rau. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần. Nếu là rau tiền đạo thì kiểm tra diện rau bám, nếu có chảy máu thì khâu các mũi khâu cầm máu, nếu không có kết quả có thể cắt tử cung. Nếu là rau bong non phải kiểm tra tổn thương cơ tử cung để quyết định bảo tồn tử cung hay cắt tử cung.

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

6.5. Thì 5: Khâu phục hồi tử cung và phúc mạc.

- Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng các mũi rời hay khâu vắt. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung.

- Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung.

6.6. Thì 6: Lau sạch ổ bụng

- Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh

- Đếm đủ gạc, âu, dụng cụ.

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

6.8. Thì 8: Lấy máu và lau âm đạo.

6.9. Kết thúc quy trình

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu nhiều, băng huyết trong mổ hay sau mổ do chờ tử cung, chảy máu do rách đoạn dưới tử cung, chảy máu tại diện rau bám ...

- Tụ máu vết mổ tử cung, tụ máu thành bụng ...

- Tai biến do tổn thương các cơ quan lân cận: bàng quang, ruột, niệu quản...

- Các tai biến do gây mê hồi sức: hội chứng hít trong trường hợp gây mê nội khí quản, phản ứng thuốc, sốc phản vệ ...

- Tử vong cho mẹ: có thể do thuyên tắc mạch ối, tắc mạch phổi

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng đường tiết niệu, viêm phúc mạc tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể...

- Liệt ruột, tắc ruột sau mổ

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Dính ruột, tắc ruột.

- Tăng nguy cơ nứt vỡ sẹo mổ tử cung ở các lần có thai sau.

- Tăng nguy cơ mổ lấy thai lại cho các lần có thai sau.

- Vô sinh thứ phát do viêm dính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ sản 2013 - Bộ Y tế.

2. Cesarean birth: Surgical technique (Up to date).

34. PHẪU THUẬT LẤY THAI TRƯỜNG HỢP ĐA THAI Ở NGƯỜI BỆNH CÓ BỆNH TRUYỀN NHIỄM LÂY QUA ĐƯỜNG MÁU

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung trong trường hợp người bệnh có bệnh lây truyền nhiễm lây qua đường máu: viêm gan B, C, HIV - AIDS...

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Các chỉ định do nguyên nhân từ thai.

- Các chỉ định do thai 1 ngôi bất thường.
- Thai suy
- Bệnh lý của thai có chống chỉ định đẻ đường âm đạo

2.2. Các chỉ định do nguyên nhân phần phụ của thai.

2.3. Chỉ định mổ lấy thai do nguyên nhân đường sinh dục.

2.4. Các chỉ định do bệnh lý của mẹ

2.5. Những chỉ định khác

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

4. THẬN TRỌNG

- Tiền sử phẫu thuật ổ bụng nhiều lần hoặc tiền sử phẫu thuật ổ bụng ở nhóm có nguy cơ dính cao như: mổ viêm phúc mạc, mổ tắc ruột, mổ abscess phần phụ, mổ thông bàng quang.
- Đa thai nguy cơ băng huyết chảy máu, đờ tử cung.
- Tử cung đa nhân xơ, nguy cơ băng huyết, cắt tử cung.
- Ngôi thai bất thường: ngôi ngang, ngôi ngược.
- Người bệnh có bệnh nội khoa nặng: tim mạch, hô hấp, rối loạn đông máu cần hồi sức trước, trong, sau mổ.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 1-2 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh
- Hộ sinh/điều dưỡng: 02

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.

- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Dao điện,...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 1 - 2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1 Bước 1: Mở bụng: có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu. Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ.

6.2. Bước 2: Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung.

6.3. Bước 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.

6.4. Bước 4: Lấy thai và rau.

- Lấy thai 1: 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.
- Lấy tiếp thai 2: Kẹp cắt dây rốn.
- Tiêm tĩnh mạch chậm (qua dây truyền) 10 đơn vị oxytocin. Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần.
- Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy.

6.5. Bước 5: Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc.

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

6.6. Bước 6: Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, đếm đủ gạc.**6.7. Bước 7: Đóng thành bụng theo từng lớp.****6.8. Bước 8: Lấy máu và lau âm đạo.**

- Kết thúc quy trình
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Chảy máu: Xử trí theo nguyên nhân chảy máu. Dùng thuốc tăng co, khâu cầm máu, thắt động mạch, khâu B-lynch, có thể cắt tử cung để cầm máu trong trường hợp nặng để cứu tính mạng sản phụ.
- Chấn thương thai nhi: Đánh giá kỹ bệnh nhân trước mổ, xác định ngôi thế của thai. Đường mổ đủ rộng để thực hiện lấy thai dễ dàng. Phẫu thuật viên có kinh nghiệm.
- Tổn thương tạng: bàng quang, ruột. Khi nghi ngờ tổn thương tạng, cần phát hiện và sửa chữa kịp thời, đề muộn có thể gây viêm phúc mạc. Cần phối hợp với chuyên khoa ngoại để xử trí biến chứng.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu sau mổ: có dấu hiệu choáng, tụt huyết áp, tình trạng thiếu máu cấp, ổ bụng có dịch, tử cung co kém, âm đạo ra nhiều máu đỏ... Phải dùng các thuốc tăng co hoặc mổ lại để cầm máu hoặc cắt tử cung đồng thời hồi sức tích cực, điều chỉnh rối loạn đông máu, bồi phụ thể tích tuần hoàn.

- Nhiễm trùng: sử dụng kháng sinh điều trị.
- Viêm phúc mạc sau mổ: hiếm gặp, phải tiến hành hồi sức, điều trị bằng kháng sinh phối hợp, liều cao. Trường hợp nặng phải mổ cắt tử cung, rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu

7.3. Biến chứng muộn Tắc ruột sau mổ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản

35. PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG DO RAU CÀI RĂNG LƯỘC

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy thai có rau cài răng lược là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung kèm theo cắt tử cung trên thai phụ có bánh rau xâm lấn bất thường vào cơ tử cung.

2. CHỈ ĐỊNH Các trường hợp đình chỉ thai có chẩn đoán rau cài răng lược.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 Bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 03 Bác sĩ
- Điều dưỡng dụng cụ: 02 Điều dưỡng/ Hộ sinh
- Hộ sinh/điều dưỡng: 01 Hộ sinh

5.2. Thuốc:

Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền, máu và các chế phẩm máu...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Dao điện,...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
- + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
- + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
- + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
- + Thông tiểu (nếu cần)
- + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
- + Trải sẵn vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Thời gian trung bình thực hiện kỹ thuật ước tính là 2-5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Thì 1. Mở bụng: Có thể đường trắng giữa dưới rốn có thể kéo dài trên rốn hoặc đường ngang trên mu.

6.2. Thì 2. Bộc lộ vùng mổ Gỡ dính thành bụng ra khỏi tử cung (nếu có dính).

6.3. Thì 3. Rạch dọc thân tử cung phía trên vị trí rau bám

6.4. Thì 4. Lấy thai

- Lấy thai.
- Dùng miếng gạc mỏng lau nhót miệng trẻ.
- Kẹp và cắt dây rốn.
- Khâu nhanh vết mổ hoặc kẹp vết mổ cầm máu bằng các kẹp hình tim.

6.5. Thì 5. Cắt tử cung

- Bộc lộ tử cung ra ngoài thành bụng.
- Cặp cắt các dây chằng tròn và cuống phần phụ hai bên bảo tồn hai buồng trứng.
- Phẫu tích hai cuống phần phụ và dây chằng tròn khỏi tử cung.
- Bóc tách bàng quang tiếp nếu chưa hoàn thành. Phương pháp bóc tách: tiếp cận từ hai bờ bên của bàng quang, nếu rau cài răng lược đâm xuyên, xâm lấn bàng quang khi không nên vội bóc tách vào vị trí xâm lấn. Chú ý bóc tách đến đầu cầm máu đen đỏ, không vội vàng gây chảy máu nhiều.
- Kẹp động mạch tử cung hai bên.
- Cắt tử cung bán phần thấp hết chỗ rau bám và lấy tử cung ra ngoài.
- Nếu bóc bàng quang khó và nguy cơ chảy máu nhiều, có thể cắt tử cung theo phương pháp ngược dòng - cắt tử cung từ cổ tử cung ngược lên. Cặp các mạch máu đang chảy tạm thời bằng pince.

6.6. Thì 6. Khâu đóng móm cắt

- Khâu đóng móm cắt.
- Kiểm tra cầm máu. Buộc tăng cường các cuống mạch (nếu cần).

- Khâu bàng quang nếu có rách bàng quang. Kiểm tra niệu quản: kiểm tra lưu thông và xử trí nếu có tắc nghẽn lưu thông. Khâu phục hồi niệu quản và đặt sonde JJ nếu có tổn thương rách niệu quản.
- Kiểm tra cầm máu và phủ mỏm cắt nếu cần.
- Đặt dẫn lưu cùng đồ sau.

6.7. Thì 7. Đóng thành bụng theo từng lớp

6.8. Thì 8. Lấy máu và lau âm đạo

6.9. Thì 9. Kết thúc quy trình

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu rất nhiều.
- Chân thương thai nhi
- Tổn thương ruột
- Tổn thương bàng quang, niệu quản.
- Tử vong do mất máu tối cấp.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng vết mổ tử cung và vết mổ thành bụng, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết.
- Chảy máu trong ổ bụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. FIGO Consensus Guidelines, February 2018: FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Nonconservative surgical management.
2. FIGO Consensus Guidelines, February 2018: FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Conservative management.
3. RCOG, No 7. 12/2018. Obstetric care consensus: Placenta accreta spectrum.
4. RCOG, Green-top Guideline No. 27a. September 2018: Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management.

36. PHẪU THUẬT LẤY THAI BẢO TỒN TỬ CUNG DO RAU CÀI RĂNG LƯỢC

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy thai bảo tồn tử cung ở thai phụ có rau cài răng lược là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung trên thai phụ có bánh rau xâm lấn bất thường vào cơ tử cung mà không cắt tử cung.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp đình chỉ thai có chẩn đoán rau cài răng lược và muốn bảo tồn tử cung.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Rau xâm lấn thấp (vùng S2) hoặc xâm lấn rộng.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 Bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ 2: 02 - 03 Bác sĩ
- Điều dưỡng dụng cụ: 01 Điều dưỡng/Hộ sinh
- Hộ sinh: 01 Hộ sinh

5.2. Thuốc:

Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền, máu và các chế phẩm máu...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Dao điện,...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải sẵn vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Khoảng 2 - 5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Thì 1. Mở bụng

Có thể đường trắng giữa dưới rốn nếu cần kéo dài trên rốn hoặc đường ngang trên mu.

6.2. Thì 2. Bộc lộ vùng mổ

- Gỡ dính thành bụng ra khỏi tử cung (nếu có dính). Bóc tách, đốt điện và buộc cầm máu các mạch máu bề mặt bàng quang - tử cung - rau thai. Bóc tách tối đa có thể bàng quang đến cổ tử cung dưới vùng rau bám. Nếu quá trình bóc tách bàng quang có chảy máu nhiều thì dừng bóc tách và tiến hành mổ lấy thai, cắt tử cung.
- Đánh giá khả năng bảo tồn tử cung bằng quan sát: nếu đoạn dưới tử cung không bị rau xâm lấn diện rộng (> 50%) và rau xâm lấn không đảm bảo > 2cm phía trên cổ tử cung để khâu phục hồi thì tiến hành mổ lấy thai cắt tử cung.

6.3. Thì 3. Mở tử cung

Rạch ngang cơ tử cung phía trên vị trí rau bám cài răng lược, không rạch vào rau thai.

6.4. Thì 4. Lấy thai

- Lách tay qua giữa bánh rau và cơ tử cung lên trên buồng ối và phá ối lấy thai.
- Lấy thai nhanh.
- Dùng miếng gạc mỏng lau nhót miệng trẻ.
- Kẹp và cắt dây rốn.
- Tiêm tĩnh mạch chậm (qua dây truyền) 10 đơn vị oxytocin. Cho thuốc tăng co tử cung carbetocin 100cmg, ergotamin).
- Nếu chảy máu vết mổ: kẹp vết mổ cầm máu bằng các pince hình tim.

6.5. Thì 5. Lấy rau

- Không vội vàng bóc rau.
- Đưa tử cung ra ngoài. Có thể kẹp cầm máu tạm thời hai dây chằng thắt lưng buồng trứng bằng clamp mạch máu.
- Thắt động mạch tử cung hai bên.

- Chờ rau bong tự nhiên hoặc tác động bóc rau từ từ để đánh giá chảy máu vị trí rau xâm lấn.
- Cắt bỏ một phần cơ tử cung bị xâm lấn bằng kéo và kiểm tra lại bề mặt rau bám.
- Khâu các mũi cầm máu đoạn dưới.

6.6. Thì 6. Khâu đóng mỏm cắt

- Khâu đóng vết mổ cơ tử cung.
- Khâu bàng quang nếu có rách bàng quang. Kiểm tra niệu quản: kiểm tra lưu thông và xử trí nếu có tắc nghẽn lưu thông. Khâu phụ hồi niệu quản và đặt sonde JJ nếu có tổn thương niệu quản.
- Kiểm tra cầm máu và phủ vết mổ tử cung (nếu được).
- Đặt dẫn lưu cùng đồ sau.

6.7. Thì 7. Đóng thành bụng theo từng lớp

6.8. Thì 8. Lấy máu và lau âm đạo

6.9. Kết thúc quy trình

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu rất nhiều.
- Chấn thương thai nhi
- Tổn thương ruột
- Tổn thương bàng quang, niệu quản.
- Tử vong do mất máu tối cấp.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng vết mổ tử cung và vết mổ thành bụng, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết.
- Chảy máu trong ổ bụng.

7.3. Biến chứng muộn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. FIGO Consensus Guidelines, February 2018: FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Nonconservative surgical management.
2. FIGO Consensus Guidelines, February 2018: FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Conservative management.
3. RCOG, No 7. 12/2018. Obstetric care consensus: Placenta accreta spectrum.
4. RCOG, Green-top Guideline No. 27a. September 2018: Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management.

37. PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG CẦM MÁU TRONG CẤP CỨU SẢN PHỤ KHOA

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi ổ bụng cầm máu trong cấp cứu sản phụ khoa là kỹ thuật cao, sử dụng các dụng cụ đưa vào ổ bụng qua các lỗ chọc ở thành bụng để tiến hành cầm máu trong lĩnh vực sản phụ khoa.

II. CHỈ ĐỊNH

Phẫu thuật nội soi ổ bụng cầm máu trong cấp cứu sản phụ khoa được chỉ định trong những trường hợp sau

- Chứa ngoài tử cung rỉ máu
- Chứa ngoài tử cung vỡ
- Vỡ nang buồng trứng, vỡ nang DeGraff
- Chảy máu sau can thiệp phẫu thuật tiểu khung

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có chống chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng

IV. THẬN TRỌNG

- Tiền sử phẫu thuật ổ bụng nhiều lần hoặc tiền sử phẫu thuật ổ bụng ở nhóm có nguy cơ dính cao như: mổ viêm phúc mạc, mổ tắc ruột, mổ abcess phần phụ, mổ thông bàng quang...tiền lượng gỡ dính qua nội soi khó khăn.
- Đang có bệnh nội khoa, bệnh về máu

V. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 Bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 2 Bác sĩ
- Dụng cụ viện: 01 Điều dưỡng/Hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch,...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy, dàn máy nội soi, khí CO₂ y tế...

- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiêu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện Ước tính khoảng 1-3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

VI. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Chọc Trocart và bơm CO₂

- Có thể chọc trocart đèn soi trực tiếp, sau đó bơm CO₂
- Bơm CO₂ đến áp lực mong muốn (khoảng 12mmHg).
- Trong một số trường hợp có sẹo mổ cũ, bệnh nhân thừa cân, có nguy cơ tổn thương các tạng trong bụng khi chọc trocart trực tiếp thì có thể dùng kim bơm CO₂ trước hoặc nội soi mở.
- Điểm chọc kim bơm CO₂ thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc trocart đèn soi (đây là điểm chọc phổ biến nhất). Trong ca có sẹo mổ cũ đường trắng giữa dưới rốn thì có thể chọc kim ở vị trí hạ sườn trái hoặc nội soi mở. Bơm CO₂ đến áp lực mong muốn (khoảng 12mmHg).
- Chọc trocart đèn soi (trocart 10 hoặc trocart 5)
- Chọc 2 trocart phẫu thuật ở 2 bên hố chậu (chú ý chọc trocart ở phía ngoài của di tích động mạch rốn và tránh chọc vào mạch máu thượng vị nông).

6.2. Bước 2: Thăm dò toàn bộ ổ bụng

- Hút máu ổ bụng
- Quan sát tử cung, hai phần phụ, tiểu khung, kiểm tra dạ dày và gan
- Kiểm tra nguyên nhân chảy máu: vòi trứng, buồng trứng, tử cung

6.3. Bước 3: Xử trí nguyên nhân chảy máu

- Nếu chảy máu do nguyên nhân chữa ngoài tử cung, thực hiện theo quy trình phẫu thuật nội soi trong chữa ngoài tử cung.
- Nếu chảy máu do nguyên nhân vỡ nang buồng trứng, thực hiện theo quy trình nội soi nang buồng trứng xuất huyết.
- Nếu chảy máu sau phẫu thuật cắt tử cung, bóc u buồng trứng, mổ chữa ngoài tử cung:
 - + Bộc lộ vị trí chảy máu
 - + Dùng dao điện 2 cực cầm máu vị trí chảy máu

6.4. Bước 4: Kiểm tra ổ bụng

- Rửa sạch ổ bụng
- Kiểm tra các cuống mạch và mỏm cắt
- Kiểm tra niệu quản, bàng quang, trực tràng

6.5. Bước 5: Tháo trocar, khâu da

- Tháo CO₂, rút trocar
- Khâu da

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật****- Tai biến liên quan đến bơm khí ổ bụng:**

- + Tắc mạch do khí
- + Trần khí dưới da: Thường do kim Palmer, bơm CO₂ nằm ngoài xoang bụng hay qua các khe hở của các Trocarts, khí CO₂ tràn vào mô dưới da.

- Tai biến do chọc Trocart:

- + Tổn thương thường xảy ra tại động mạch chủ hay động mạch chậu chung, hiếm gặp nhưng rất nguy hiểm tới sinh mạng.
- + Chọc vào các tạng trong ổ bụng như ruột, bàng quang. Khi có nghi ngờ, cần quan sát kỹ các quai ruột, mạch máu mạc treo.

- Tai biến liên quan đến thao tác:

- + **Tôn thương tạng:** Có thể tổn thương bàng quang, niệu quản, ruột, xảy ra khi tách dính, cần phát hiện và sửa chữa kịp thời, để muộn có thể gây viêm phúc mạc.
- + **Chảy máu trong mổ** chiếm khoảng 2/3 biến chứng nặng, có thể là do cầm máu không kỹ vết thương mạch máu nhỏ hoặc các mạch máu lớn. Nếu cầm máu khó khăn phải mở bụng để giải quyết các trường hợp chảy máu.

7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- **Chảy máu sau mổ:** có 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.
- **Nhiễm trùng:** sử dụng kháng sinh điều trị
- **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.

7.3. Tai biến muộn

Tắc ruột sau mổ

38. TRUYỀN MÁU CHO THAI NHI QUA DÂY Rốn

1. ĐẠI CƯƠNG

- Truyền máu trong tử cung (intrauterine transfusion-IUT) hay truyền máu bào thai là một kỹ thuật được thực hiện dưới hướng dẫn của siêu âm và trong điều kiện vô trùng tuyệt đối, cần đến vô cảm thai nhi (nhằm loại trừ hoàn toàn cử động thai trong quá trình truyền máu) đã làm cải thiện đáng kể tỷ lệ sống còn của thai và tỷ lệ biến chứng cho thai là 80% trong những tình trạng thai mất máu/thiếu máu cấp tính.

- Một trong các lưu ý về kỹ thuật là cần tránh chọc kim trên động mạch (ĐM) rốn và nếu tiếp cận tĩnh mạch (TM) rốn khó, nên dự phòng khả năng chọc kim trên TM rốn đoạn trong gan. Trong trường hợp không thể an toàn tiếp cận đường mạch máu, phương án truyền trực tiếp trong khoang phúc mạc (khi có phù thai) là một giải pháp thay thế.

- Phối hợp siêu âm và xét nghiệm phân tích hemoglobin (Hb) và hematocrit (Hct) cần đảm bảo liên tục trong suốt quá trình thực hiện thủ thuật.

2. CHỈ ĐỊNH

Thai nhi bị thiếu máu nặng do một trong các nguyên nhân sau:

- Thai bị tan máu miễn dịch do bất đồng nhóm máu
- Thai bị tan máu do nhiễm Parvovirus B19
- Thai bị thiếu máu cấp vì chảy máu mẹ-con (sau chấn thương mẹ hoặc không rõ nguyên nhân)
- Biến chứng TAPS (hội chứng thiếu máu đa hồng cầu) trong song thai một bánh rau.
- Biến chứng một thai chết trong song thai một bánh rau
- Thai thiếu máu do u quái cùng cụt hoặc u mạch máu bánh rau lớn.
- Các nguyên nhân khác.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý nặng của mẹ: tình trạng nhiễm trùng toàn thân nặng, suy tim suy thận nặng hoặc có rối loạn đông máu.
- Tình trạng cấp cứu sản khoa: sản giật, rau bong non, chuyển dạ đẻ non
- Thai rỉ ối, ối vỡ, nhiễm trùng ối.
- Thai nhi có bất thường hình thái và hoặc bất thường di truyền nghiêm trọng.

4. THẬN TRỌNG

- Thai phụ có khâu vòng cổ tử cung, đặt vòng nâng cổ tử cung, có tiền sử điều trị dọa sảy thai kỳ này nhưng hiện tại ổn định.
- Thai phụ có nhiễm trùng 1 hệ cơ quan.
- Thai phụ có bệnh lý có khả năng lây truyền từ mẹ sang con như HIV, viêm gan, giang mai... cần được thông báo về nguy cơ lây truyền cho thai có thể xảy ra sau thủ thuật.
- Thai phụ có u xơ tử cung to

5. CHUẨN BỊ:

5.1. Người thực hiện:

- 01 phẫu thuật viên chính, 01 phẫu thuật viên phụ: là bác sĩ chuyên ngành Sản phụ khoa, được đào tạo về can thiệp bào thai.
- 01 dụng cụ viên: điều dưỡng/hộ sinh
- 01 kỹ thuật viên thu nhận và vận chuyển mẫu bệnh phẩm
- 01 hộ sinh/điều dưỡng chuẩn bị bệnh nhân và chạy ngoài

5.2. Thuốc

- 01 khối hồng cầu: nhóm O Rh âm, mới lấy trong vòng 7 ngày, được chiếu xạ và lọc bạch cầu, CMV âm tính
- Kháng sinh dự phòng
- Dịch truyền tĩnh mạch tinh thể đẳng trương
- Atropine
- Adrenaline
- Thuốc giảm co tử cung (Atosiban, Nicardipine,...)
- Thuốc giảm đau nhóm opioid (Sufentanil, ...)
- Thuốc giãn cơ không khử cực (Atracurium, ...)
- Thuốc gây tê tại chỗ (Lidocaine, ...)

5.3. Thiết bị y tế

- Kim 20G/22G
- Dao mổ, kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim tủy sống, kim chọc ối, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng, túi vô trùng bọc đầu dò siêu âm, túi vô trùng bọc máy siêu âm; băng dính
- Ống vô trùng đựng bệnh phẩm
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy, dàn máy nội soi, tủ làm ấm dịch, hệ thống lọc khí áp lực dương, máy siêu âm, máy theo dõi người bệnh
- Dung dịch sát trùng ngoài da
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn thiện hồ sơ bệnh án:
 - + Đầy đủ thông tin hành chính của thai phụ
 - + Có đầy đủ mục tư vấn, chẩn đoán và có chỉ định truyền máu thai nhi qua dây rốn
 - + Biên bản hội chẩn
 - + Bản tư vấn giải thích quy trình và nguy cơ cho thai phụ
 - + Giấy cam đoan chấp nhận thủ thuật.
- Có đầy đủ bộ xét nghiệm.
- Bảng kiểm an toàn thủ thuật và phiếu theo dõi thai phụ sau thủ thuật.

5.6. Thời gian thực hiện: Khoảng 60 - 90 phút

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị trước truyền máu

- Bác sĩ chính
 - + Siêu âm ngay trước can thiệp kiểm tra tim thai và ước lượng cân nặng thai (tính lượng máu truyền);
 - + Xác định vị trí đường vào kim, quyết định đường đi kim (trong dây rốn, trong ổ bụng). Hai phương thức tiếp cận
 - Ngoài thai (qua dây rốn): đưa kim vào vị trí tĩnh mạch rốn, tránh ĐM rốn (nguy cơ chập nhĩ tim thai, thoát triển ĐM rốn). Mạch máu thai nên được tiếp cận theo hướng từ gốc cuống rốn phía bánh nhau. Doppler màu giúp định vị chính xác hơn. Đồng thời bơm thử 1 ít dung dịch normal saline dưới Doppler màu giúp kiểm chứng chính xác rằng kim đã vào đúng vị trí.
 - Trong thai: trong khoang phúc mạc (thai có tràn dịch ổ bụng) hoặc trong TM gan thai.
- Bác sĩ phụ
 - + Lắp connector-dây truyền máu. Tráng hệ thống với heparine. Lắp syringe 10ml-connector. Hút đầy 10ml máu sẵn vào syringe, đui kỹ khí bằng máu từ túi.
 - + Cầm đầu dò siêu âm định vị
- Điều dưỡng/Hộ sinh vòng trong
 - + Chuẩn bị dụng cụ, thuốc.
 - + Chuẩn bị túi máu và kết nối dây truyền vào túi máu

- + Tráng các syringe 1ml và 3ml bằng heparin.
 - Điều dưỡng/Hộ sinh vòng ngoài
 - + Ghi nhận thể tích dự kiến truyền
 - + Chuẩn bị ghi nhận thông tin chỉ số Hb, Hct của thai, túi máu và lượng truyền vào thời điểm: bắt đầu truyền - kết thúc truyền
- (1) Hct ước lượng = $7,778 - (0,088 \times \text{PSV}) + (0,968 \times \text{GA}) - 10,911$
- (2) Volume ước lượng = $(40 - \text{Hct}_{\text{est}}) \times \text{Hệ số tra bảng} \times \text{ULCT(g)}$

Muốn nâng Hct thêm...	Hệ số
10%	0,02
15%	0,03
20%	0,04
25%	0,05
30%	0,06
Nên kiểm tra perinatology nếu online	

- + Thẻ tích tuần hoàn thai: 80ml/kg
 - + Sinh lý: 17w/33% - 40w/47%
 - + Tốc độ truyền 5-10ml/phút
- 6.2. Bước 2: Tiến hành truyền máu**
- Bác sĩ chính
 - + Gây tê tại chỗ
 - + Trực tiếp đi kim dưới hướng dẫn siêu âm
 - + Giữ kim cố định dưới siêu âm, trực tiếp cầm đầu dò
 - Điều dưỡng/Hộ sinh vòng trong
 - + Kết nối dây truyền vào túi máu
 - + Báo giờ bắt đầu truyền
 - Bác sĩ phụ
 - + Lấy mẫu 1ml từ túi máu vào tube 1. Lấy 1ml mẫu máu thai vào tube 2.
 - + Lắp kim-connector
 - + Bơm máu từ syringe: tốc độ 1ml/1phút trong lúc chờ kết quả từ phòng XN (5ml hay 5 phút đầu)

- + Bơm máu từ các syringe 3 ml và rút máu ra các syringe tương ứng trong truyền máu trao đổi.
- Điều dưỡng/Hộ sinh vòng ngoài
- + Chuyển ngay tube 1 và 2 phòng XN (bàn giao kỹ thuật viên vận chuyển)
- + Làm crossmatch máu thai với máu truyền, ghi nhận và báo lớn kết quả
- + Thực hiện test nhanh hemoglobin bằng máy Hemocue tại chỗ và ghi nhận kết quả.

6.3. Bước 3: Kết thúc truyền máu

- Bác sĩ chính: kiểm tra lại tim thai cho thai phụ xem.
- Bác sĩ phụ: rút 1ml máu thai vào tube 3 trước kết thúc.
- Ngừng thủ thuật khi đạt được lượng máu tính toán.
- Điều dưỡng/Hộ sinh vòng trong: sát trùng và băng dán vị trí đi kim, báo giờ kết thúc truyền
- Điều dưỡng/Hộ sinh vòng ngoài: chuyển ngay tube 3 đến phòng XN (bàn giao kỹ thuật viên vận chuyển), ghi nhận và báo kết quả tube 3, ghi giờ kết thúc truyền.

6.4. Bước 4: Kết thúc kỹ thuật

- Kiểm tra vị trí chọc, khâu da lỗ chọc, dán băng
- Kiểm tra tim thai sau phẫu thuật.
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. Theo dõi tại phòng hồi tỉnh ít nhất 2-3 tiếng sau phẫu thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi ổn định.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Đánh giá toàn trạng người bệnh sau thủ thuật.
- Siêu âm đánh giá tim thai sau thủ thuật.
- Thai phụ nằm nghỉ trong 2-3 giờ tại phòng hậu phẫu.
- Tiếp tục dùng thuốc cắt cơn co nếu có biểu hiện dọa sảy hoặc dọa đẻ non sau thủ thuật.
- Dùng kháng sinh theo chỉ định.
- Khám, theo dõi các dấu hiệu sản khoa:
 - + Cơn co tử cung
 - + Ra máu, ra nước âm đạo.
- Siêu âm sau thủ thuật 24h và sau 48 h hoặc khi có bất thường qua các chỉ số: sinh trắc thai nhi, tình trạng bánh rau, nước ối, dịch màng phôi, vị trí dẫn lưu.
- Thai phụ được ra viện khi ổn định. Khám lại sau 1 tuần và tiếp tục quản lý thai 2 tuần/lần hoặc theo diễn biến của tình trạng thai đến khi sinh nhằm phát hiện sớm biến chứng sau thủ thuật.

7.2. Tai biến

7.2.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật:

- Biến chứng mẹ: tụt huyết áp, biến chứng của gây mê, gây tê...
- Dây rốn co thắt, vỡ, tụ máu.
- Chảy máu trong buồng ối, chảy máu trong ổ bụng, chảy máu thành bụng.
- Nhịp tim thai chậm.
- Thai lưu.

7.2.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật:

- Ối vỡ non
- Đạo sảy thai, sảy thai hoặc dọa đẻ non, đẻ non.
- Nhiễm khuẩn trong buồng ối, trong ổ bụng, thành bụng

7.2.3. Biến chứng muộn:

- Thai lưu
- Nhiễm trùng ối

7.2.4. Xử trí tai biến: Điều trị và xử trí theo tình trạng sản khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zwiers C, Lindenburg IT, Klumper FJ, De Haas M, Oepkes D, Van Kamp IL. Complications of intrauterine intravascular blood transfusions: lessons learned after 1678 procedures. *Ultrasound in obstetrics & gynecology: the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 2016.
2. Deka D, Dadhwal V, Sharma AK, et al. Perinatal survival and procedure-related complications after intrauterine transfusion for red cell alloimmunization. *Archives of gynecology and obstetrics* 2016;293:967-73.
3. Whitecar PW, Depcik-Smith ND, Strauss RA, Moise KJ. Fetal splenic rupture following transfusion. *Obstetrics and gynecology* 2001;97:824-5.
4. Johnstone-Ayliffe C, Prior T, Ong C, Regan F, Kumar S. Early procedure-related complications of fetal blood sampling and intrauterine transfusion for fetal anemia. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2012;91:458-62.
5. Zwiers C, van Kamp I, Oepkes D, Lopriore E. Intrauterine transfusion and non-invasive treatment options for hemolytic disease of the fetus and newborn - review on current management and outcome. *Expert review of hematology* 2017;10:337-44.
6. Lindenburg IT, van Kamp IL, Oepkes D. Intrauterine blood transfusion: current indications and associated risks. *Fetal diagnosis and therapy* 2014;36:263-71.
7. Garabedian C, Philippe M, Vaast P, et al. Is intrauterine exchange transfusion a safe procedure for management of fetal anaemia? *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology* 2014;179:83-7.

8. Tiblad E, Kublickas M, Ajne G, et al. Procedure-related complications and perinatal outcome after intrauterine transfusions in red cell alloimmunization in Stockholm. *Fetal diagnosis and therapy* 2011;30:266-73.
9. McGlone L, Simpson JH, Scott-Lang C, Cameron AD, Brennand J. Short-term outcomes following intrauterine transfusion in Scotland. *Archives of disease in childhood Fetal and neonatal edition* 2011;96:F69-70
10. Smith JF, Jr., Warner KD, Bergmann M, Pushchak MJ. Umbilical artery regression: a rare complication of intravascular fetal transfusion. *Obstetrics and gynecology* 1999;93:828-9.

39. CHỌC HÚT DỊCH MÀNG BỤNG THAI NHI DƯỚI SIÊU ÂM

1. ĐẠI CƯƠNG

- Chọc hút dịch khoang màng bụng thai nhi dưới siêu âm là một thủ thuật can thiệp bào thai để lấy dịch trong ổ bụng cho thai nhi có tràn dịch màng bụng. Kỹ thuật này được thực hiện dưới hướng dẫn siêu âm, đi kim qua thành bụng thai phụ vào buồng tử cung, đến khoang màng bụng tràn dịch của thai nhi để hút dịch làm xét nghiệm hoặc giảm chèn ép.

- Tràn dịch màng bụng thai nhi (Fetal Ascites) là tình trạng tích tụ dịch bất thường trong khoang phúc mạc của thai nhi, có thể đơn độc hoặc kèm phù thai. Nguyên nhân có thể do tràn dịch màng bụng nguyên phát (tràn dịch dưỡng chấp), hay thứ phát: bất thường nhiễm sắc thể, nhiễm trùng bào thai, rối loạn chuyển hóa, bệnh lý đường tiêu hoá, bệnh lý đường tiết niệu,... Tràn dịch màng bụng lượng nhiều có thể chèn ép cơ hoành, tim và phổi, gây phù thai, có thể dẫn tới suy tuần hoàn hoặc thai chết lưu. Tiên lượng đối với tràn dịch màng bụng thai nhi phụ thuộc vào nguyên nhân, mức độ nghiêm trọng và tiến triển của bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tràn dịch màng bụng mức độ vừa - nặng

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng bào thai.
- Mẹ đang có tình trạng nhiễm trùng toàn thân hoặc cấp cứu sản khoa, bệnh lý cấp tính khác chưa điều trị.
- Chuyển dạ đẻ non.
- Rỉ ối, vỡ ối non, nhiễm trùng ối.

4. THẬN TRỌNG

- Thai phụ có nhiễm trùng 1 hệ cơ quan.
- Thai phụ có dấu hiệu dọa sảy thai, dọa đẻ non.
- Thai phụ có kèm theo u xơ tử cung to, khối lạc nội mạc tử cung to.
- Thai phụ có bệnh lý lây truyền từ mẹ sang con như HIV, viêm gan, giang mai... cần được thông báo về nguy cơ lây truyền cho thai có thể xảy ra sau thủ thuật.
- Thai nhi có dị tật nghiêm trọng và/hoặc bất thường di truyền nghiêm trọng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 phẫu thuật viên chính, 01 phẫu thuật viên phụ: là bác sĩ chuyên ngành Sản phụ khoa, được đào tạo về can thiệp bào thai.
- 01 dụng cụ viên: điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc:

- Kháng sinh dự phòng

- Dịch truyền tĩnh mạch tinh thể đẳng trương
- Atropine
- Adrenaline
- Thuốc giảm đau nhóm opioid (Sufentanil, ...)
- Thuốc giãn cơ không khử cực (Atracurium, ...)
- Thuốc gây tê tại chỗ (Lidocaine, ...)

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ sát trùng
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim tuỷ sống, kim chọc ối, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng, túi vô trùng bọc đầu dò siêu âm, túi vô trùng bọc máy siêu âm; băng dính
- Ống vô trùng đựng bệnh phẩm
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy, tủ làm ấm dịch, máy siêu âm, máy theo dõi người bệnh
- Dung dịch sát trùng ngoài da
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn thiện hồ sơ bệnh án:
- + Đầy đủ thông tin hành chính của thai phụ
- + Có đầy đủ mục tư vấn, chẩn đoán và có chỉ định nội soi buồng ối dẫn lưu dịch màng phổi thai nhi
- + Biên bản hội chẩn
- + Bản tư vấn giải thích quy trình và nguy cơ cho thai phụ
- + Giấy cam đoan chấp nhận thủ thuật.
- Có đầy đủ bộ xét nghiệm.

- Bảng kiểm an toàn thủ thuật và phiếu theo dõi thai phụ sau thủ thuật.

5.6. Thời gian thực hiện: Khoảng 0,5 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. TIỀN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị người bệnh tại phòng mổ

- Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
- Đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Siêu âm xác định vị trí và tư thế của thai, tình trạng ối, kiểm tra xác định vị trí và định hướng đi kim
- Đặt đường truyền tĩnh mạch, sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch theo phác đồ
- Vô cảm cho bệnh nhân (gây tê tủy sống, gây tê tại chỗ...), thông tiểu (nếu cần)
- Chuẩn bị dụng cụ, rửa tay, mặc áo, đi găng vô khuẩn
- Sát trùng thành bụng rộng rồi trải sẵn vô khuẩn bộc lộ vị trí thực hiện thủ thuật, bọc đầu dò siêu âm và bàn phím siêu âm vô khuẩn
- Pha hỗn hợp thuốc vô cảm cho thai với liều lượng tương ứng trọng lượng thai ước tính

6.2. Bước 2: Chọc kim qua thành bụng vào khoang màng bụng thai nhi và hút dịch

- Siêu âm lần hai xác định vị trí và tư thế của thai, tình trạng ối, kiểm tra xác định vị trí và định hướng đi kim
- Tiếp cận buồng ối bằng kim chọc dò dưới hướng dẫn siêu âm, lấy nước ối làm xét nghiệm (nếu cần), và tiêm hỗn hợp vô cảm cho thai.
- Đưa kim chọc dò vào khoang màng bụng của thai nhi
- Hút dịch màng bụng thai nhi để giảm áp lực lên khoang màng bụng và làm các xét nghiệm (nếu cần)
- Nhận xét màu sắc, số lượng dịch và ghi hồ sơ bệnh án.

6.3. Bước 3: Kết thúc quy trình

- Rút bớt nước ối nếu có tình trạng đa ối.
- Cuối cùng rút kim dưới hướng dẫn siêu âm.
- Kiểm tra vị trí chọc kim, dán băng
- Kiểm tra kết quả làm trống khoang màng bụng, ghi nhận tổng lượng dịch đã rút
- Kiểm tra tim thai sau can thiệp
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi ổn định.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Đánh giá toàn trạng người bệnh sau thủ thuật.
- Siêu âm đánh giá tim thai sau thủ thuật, tình trạng dịch màng bụng.
- Thai phụ nằm nghỉ trong 1-3 giờ.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Kê đơn thuốc (kháng sinh, giảm co) và hướng dẫn người bệnh sử dụng thuốc.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Đau
- Chảy máu trong buồng ối, chảy máu trong ổ bụng, chảy máu thành bụng.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Ối vỡ non.
- Doạ sảy thai, sảy thai hoặc dọa đẻ non, đẻ non.
- Nhiễm khuẩn trong buồng ối, trong ổ bụng, thành bụng.
- Biến chứng cho mẹ hiếm gặp.

7.4. Biến chứng muộn

- Thai lưu
- Nhiễm trùng ối

7.5. Xử trí tai biến

- Điều trị và xử trí theo tình trạng sản khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sablok, A., Sharma, A., Gupta, R., Thakur, S., & Kaul, A. (2021b). Isolated fetal ascites: Etiology and prognosis - A 10-Year experience from a tertiary referral care center in India. *Journal of Indian Association of Pediatric Surgeons*, 26(3), 162-169. https://doi.org/10.4103/jiaps.jiaps_57_20
2. Sooklin, L., Anand, A. J., Rajadurai, V. S., & Chandran, S. (2020). Management of large congenital chylous ascites in a preterm infant: fetal and neonatal interventions. *BMJ Case Reports*, 13(9), e235849. <https://doi.org/10.1136/bcr-2020-235849>
3. Schmider, A., Henrich, W., Reles, A., Kjos, S., & Dudenhausen, J. W. (2003). Etiology and prognosis of fetal ascites. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 18(4), 230-236. <https://doi.org/10.1159/000070801>
4. Gasser El Bishry. The outcome of isolated fetal ascites. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. Volume 137, Issue 1, March 2008, Pages 43-46. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2007.05.007>

40. CHỌC HÚT DỊCH MÀNG PHỔI THAI NHI DƯỚI SIÊU ÂM

1. ĐẠI CƯƠNG

- Chọc hút dịch khoang màng phổi thai nhi dưới siêu âm là một thủ thuật can thiệp bào thai để lấy dịch trong khoang màng phổi cho thai nhi có tràn dịch màng phổi. Kỹ thuật này được thực hiện dưới hướng dẫn siêu âm, đi kim qua thành bụng thai phụ vào buồng tử cung, đến khoang màng phổi của thai nhi để hút dịch làm xét nghiệm hoặc giảm chèn ép.

- Tràn dịch màng phổi (TDMP) thai nhi đơn thuần có tỉ lệ khoảng 1 đến 10 trên 15000 thai kỳ, có thể xuất hiện một hoặc hai bên, tỉ lệ TDMP một bên nhiều hơn. TDMP có thể xuất hiện liên quan đến nhiều bất thường bẩm sinh như bất thường nhiễm sắc thể, tràn dịch dưỡng trứng, thiếu máu, tim bẩm sinh, loạn nhịp tim hoặc nhiễm trùng bào. Tràn dịch màng phổi có thể gây hiệu ứng chèn ép khoang trên phổi, tim của thai nhi. Biểu chứng chính của tràn dịch lượng lớn và kéo dài ngăn cản sự phát triển của nhu mô phổi bình thường, có thể gây phù thai và thai lưu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tràn dịch màng phổi mức độ vừa - nặng
- Dị dạng đường dẫn khí phổi bẩm sinh (CPAM: Congenital Pulmonary Airway Malformation): dạng nang lớn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng bào thai.
- Mẹ đang có tình trạng nhiễm trùng toàn thân hoặc cấp cứu sản khoa, bệnh lý cấp tính khác chưa điều trị.
- Chuyển dạ đẻ non.
- Rỉ ối, vỡ ối non, nhiễm trùng ối.

4. THẬN TRỌNG

- Thai phụ có nhiễm trùng 1 hệ cơ quan.
- Thai phụ có dấu hiệu dọa sảy thai, dọa đẻ non.
- Thai phụ có kèm theo u xơ tử cung to, khối lạc nội mạc tử cung to.
- Thai phụ có bệnh lý lây truyền từ mẹ sang con như HIV, viêm gan, giang mai... cần được thông báo về nguy cơ lây truyền cho thai có thể xảy ra sau thủ thuật.
- Thai nhi có dị tật nghiêm trọng và/hoặc bất thường di truyền nghiêm trọng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 phẫu thuật viên chính, 01 phẫu thuật viên phụ: là bác sĩ chuyên ngành Sản phụ khoa, được đào tạo về can thiệp bào thai.
- 01 dụng cụ viên: điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc:

- Kháng sinh dự phòng

- Dịch truyền tĩnh mạch tinh thể đẳng trương
- Atropine
- Adrenaline
- Thuốc giảm đau nhóm opioid (Sufentanil, ...)
- Thuốc giãn cơ không khử cực (Atracurium, ...)
- Thuốc gây tê tại chỗ (Lidocaine, ...)

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ sát trùng
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim tuỷ sống, kim chọc ối, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông.
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng, túi vô trùng bọc đầu dò siêu âm, túi vô trùng bọc máy siêu âm; băng dính.
- Ống vô trùng đựng bệnh phẩm.
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy, tủ làm ấm dịch, máy siêu âm, máy theo dõi người bệnh
- Dung dịch sát trùng ngoài da
- Đồ vải
- Quần, áo công tác
- Quần, áo thủ thuật
- Quần áo người bệnh
- Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn thiện hồ sơ bệnh án:
 - + Đầy đủ thông tin hành chính của thai phụ
 - + Có đầy đủ mục tư vấn, chẩn đoán và có chỉ định nội soi buồng ối dẫn lưu dịch màng phổi thai nhi
 - + Biên bản hội chẩn
 - + Bản tư vấn giải thích quy trình và nguy cơ cho thai phụ
 - + Giấy cam đoan chấp nhận thủ thuật.

- Có đầy đủ bộ xét nghiệm.
- Bảng kiểm an toàn thủ thuật và phiếu theo dõi thai phụ sau thủ thuật.

5.6. Thời gian thực hiện: Khoảng 0,5 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Bước 1: Chuẩn bị người bệnh tại phòng mổ

- Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
- Đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Siêu âm xác định vị trí và tư thế của thai, tình trạng ối, kiểm tra xác định vị trí và định hướng đi kim
- Đặt đường truyền tĩnh mạch, sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch theo phác đồ
- Vô cảm cho bệnh nhân (gây tê tủy sống, gây tê tại chỗ...), thông tiểu (nếu cần)
- Chuẩn bị dụng cụ, rửa tay, mặc áo, đi găng vô khuẩn
- Sát trùng thành bụng rộng rồi trải sẵn vô khuẩn bộc lộ vị trí thực hiện thủ thuật, bọc đầu dò siêu âm và bàn phím siêu âm vô khuẩn.
- Pha hỗn hợp thuốc vô cảm cho thai với liều lượng tương ứng trọng lượng thai ước tính.

Bước 2: Chọc kim qua thành bụng vào khoang màng phổi thai nhi và hút dịch

- Siêu âm lần hai xác định vị trí và tư thế của thai, tình trạng ối, kiểm tra xác định vị trí và định hướng đi kim.
- Tiếp cận buồng ối bằng kim chọc dò dưới hướng dẫn siêu âm, lấy nước ối làm xét nghiệm (nếu cần), và tiêm hỗn hợp vô cảm cho thai.
- Đưa kim chọc dò vào khoang màng phổi của thai nhi
- Hút dịch màng phổi thai nhi để giảm áp lực lên khoang màng phổi và làm các xét nghiệm (nếu cần).
- Nhận xét màu sắc, số lượng dịch và ghi hồ sơ bệnh án.

Bước 3: Kết thúc quy trình

- Rút bớt nước ối nếu có tình trạng đa ối.
- Cuối cùng rút kim dưới hướng dẫn siêu âm.
- Kiểm tra vị trí chọc kim, dán băng
- Kiểm tra kết quả làm trống khoang màng phổi, ghi nhận tổng lượng dịch đã rút
- Kiểm tra tim thai sau can thiệp
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi ổn định.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Đánh giá toàn trạng người bệnh sau thủ thuật.
- Siêu âm đánh giá tim thai sau thủ thuật, tình trạng dịch màng phổi.
- Thai phụ nằm nghỉ trong 1-3 giờ.
- Kê đơn thuốc (kháng sinh, giảm co) và hướng dẫn người bệnh sử dụng thuốc.
- Ghi phiếu hẹn ngày trả kết quả.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Đau
- Chảy máu trong buồng ối, chảy máu trong ổ bụng, chảy máu thành bụng

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Ối vỡ non
- Doạ sảy thai, sảy thai hoặc dọa đẻ non, đẻ non.
- Nhiễm khuẩn trong buồng ối, nhiễm khuẩn ổ bụng, nhiễm khuẩn thành bụng
- Biến chứng cho mẹ hiếm gặp

7.4. Biến chứng muộn

- Thai lưu
- Nhiễm trùng ối.

7.5. Xử trí tai biến

- Điều trị và xử trí theo tình trạng sản khoa

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gupta S, Batra M. SFM Fetal Therapy Practice Guidelines: Fetal Fluid Aspiration. J Fetal Med. 2024;10:172-174. doi:10.1055/s-0044-1778739
2. Waring G, Qaderi S: Fetal Sampling Techniques: Blood, Urine, and Tissue Biopsy, Visual Encyclopedia of Ultrasound in Obstetric and Gynecology, www.isuog.org, June 2024.
3. Thoracoamniotic shunts: fetal treatment of pleural effusions and congenital cystic adenomatoid malformations. Wilson RD, Baxter JK, Johnson MP et al, 2004.

41. NỘI SOI BUỒNG ỒI ĐÓT DÂY RÓN BẰNG LASER

1. ĐẠI CƯƠNG

- Song thai một bánh rau đặt ra thách thức điều trị lớn khi chỉ một thai có vấn đề nghiêm trọng. Những tình huống hay gặp là: hội chứng truyền máu trong song thai (TTTS: twin twin transfusion syndrome), thai chậm tăng trưởng chọn lọc (sFGR), chuỗi bơm máu động mạch đảo ngược trong song thai (TRAP sequence) hoặc một thai bất thường bẩm sinh nặng. Trong bối cảnh đó, nội soi buồng ối đốt dây rốn bằng laser giúp hủy thai chọn lọc có thể được lựa chọn để bảo vệ, tăng tỉ lệ sống còn cho thai còn lại.

- Hơn nữa, sự hiện diện của các thông nối mạch máu giữa hai hệ tuần hoàn thai làm cho các phương pháp hủy thai chọn lọc thông thường dành cho đơn thai (tiêm thuốc Lidocaine vào dây rốn hoặc vào buồng tim thai) không thể thực hiện vì có thể dẫn đến nguy hại cho thai còn lại. Kỹ thuật nội soi buồng ối đốt dây rốn bằng laser là kỹ thuật can thiệp trước sinh điều trị cho các song thai chung bánh rau có chỉ định đông dây rốn nhằm hủy một thai. Phẫu thuật này sử dụng hệ thống nội soi vào buồng ối, sử dụng tia laser nhằm đông dây rốn của thai muốn hủy.

2. CHỈ ĐỊNH

- Hội chứng truyền máu song thai (TTTS) với:

+ Thất bại với điều trị đầu tay (laser đốt thông nối mạch máu);

+ Hội chứng truyền máu nặng không có khả năng giữ 2 thai

+ Hai gốc dây rốn quá sát nhau

- Thai chậm tăng trưởng chọn lọc nặng (severe selective IUGR) với:

+ Bất thường Doppler nặng: mất/đảo ngược sóng tâm trương ĐM rốn và mất/đảo ngược sóng a ống tĩnh mạch cảnh báo nguy cơ cao thai lưu (ở tuổi thai mà thai chưa thể sống được khi lấy thai ra ở thời điểm này).

+ Mất/đảo ngược sóng tâm trương ĐM rốn và bất thường hệ thần kinh trung ương.

- Chuỗi bơm máu động mạch đảo ngược trong song thai (TRAPs) với đa ối hoặc quá tải tuần hoàn ở thai bơm máu.

- Bất thường bẩm sinh tiên lượng nặng/không điều trị được ở một thai.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thai nhi giữ lại có dị tật nghiêm trọng và/hoặc bất thường di truyền nghiêm trọng không có khả năng sống sau sinh.

- Thai phụ có bệnh lý nội khoa nặng chưa điều trị: suy gan, suy thận, rối loạn đông máu, nhiễm trùng toàn thân, không an toàn để thực hiện gây tê tủy sống;

- Thai phụ đang có dấu hiệu chuyển dạ đẻ non, ối vỡ non;

4. THẬN TRỌNG

- Thai phụ nhiễm trùng 1 hệ cơ quan.

- Thai phụ có khâu vòng cổ tử cung, đã và đang điều trị dọa sảy thai hoặc dọa đẻ non trong thai kỳ này.

- Thai phụ có thành bụng dày, u xơ tử cung to ở mặt trước...
- Thai phụ có bệnh lý lây truyền từ mẹ sang con như HIV, viêm gan, giang mai... cần được thông báo về nguy cơ lây truyền cho thai có thể xảy ra sau phẫu thuật.

5. CHUẨN BỊ:

5.1. Người thực hiện:

- Kíp phẫu thuật: 01 bác sĩ chính và 02 bác sĩ phụ đã được đào tạo về phẫu thuật can thiệp bào thai, 01 dụng cụ viên

5.2. Thuốc

- Kháng sinh dự phòng
- Dịch truyền tĩnh mạch tinh thể đẳng trương
- Thuốc gây tê tại chỗ (Lidocaine, ...)
- Thuốc giảm đau nhóm opioid (Morphin, ...)
- Thuốc an thần (Diazepam,...)
- Thuốc giảm co tử cung (Atosiban, Nicardipine,...)

5.3. Thiết bị y tế

- Máy quang đông danh cho phẫu thuật can thiệp bào thai, cáp laser
- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật: Bộ dụng cụ dẫn lưu bào thai (trocar, dẫn lưu, dây dẫn đường, thước đo,...), bộ dụng cụ phẫu thuật can thiệp bào thai
- Dao mổ, kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim tuỷ sống, kim chọc ối, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng, túi vô trùng bọc đầu dò siêu âm, túi vô trùng bọc máy siêu âm; băng dính
- Ống vô trùng đựng bệnh phẩm
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy, dàn máy nội soi, tủ làm ấm dịch, máy hút dịch, hệ thống lọc khí áp lực dương, máy siêu âm, máy theo dõi người bệnh
- Dung dịch sát trùng ngoài da
- Đồ vải
 - + Quần, áo công tác
 - + Quần, áo thủ thuật
 - + Quần áo người bệnh
 - + Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Biên bản hội chẩn đã trình duyệt và ký đúng quy định;

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn thiện hồ sơ bệnh án:
- + Đầy đủ thông tin hành chính của thai phụ
- + Có đầy đủ mục tư vấn, chẩn đoán và có chỉ định nội soi buồng ối đốt dây rốn laser
- + Biên bản hội chẩn
- + Bản tư vấn giải thích quy trình và nguy cơ cho thai phụ
- + Giấy cam đoan chấp nhận thủ thuật.
- Có đầy đủ bộ xét nghiệm.
- Bảng kiểm an toàn thủ thuật và phiếu theo dõi thai phụ sau thủ thuật.

5.6. Thời gian thực hiện: Khoảng 01 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị người bệnh tại phòng mổ

- Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
- Đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Siêu âm xác định vị trí và tư thế của thai, tim thai, tình trạng ối, dây rốn của hai thai, xác định vị trí dây rốn thai dự kiến sẽ đốt laser, kiểm tra xác định vị trí và định hướng nơi vào trocar
- Đặt đường truyền tĩnh mạch, sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch và thuốc cắt cơn co tử cung theo phác đồ
- Vô cảm cho bệnh nhân (gây tê tủy sống, gây tê tại chỗ...), thông tiểu (nếu cần)
- Chuẩn bị dụng cụ, rửa tay, mặc áo, đi găng vô khuẩn
- Sát trùng thành bụng rộng rồi trải sẵn vô khuẩn bộc lộ vị trí thực hiện thủ thuật, bọc đầu dò siêu âm và bàn phím siêu âm vô khuẩn
- Chuẩn bị bộ nội soi bào thai, máy quang đông và cáp laser theo hướng dẫn của nhà sản xuất.

6.2. Bước 2: Chọc trocar qua thành bụng vào buồng ối, xác định vị trí đốt dây rốn bằng laser

- Siêu âm lần hai xác định vị trí và tư thế của thai, tình trạng ối, kiểm tra xác định vị trí và định hướng nơi vào trocar
- Tiếp cận buồng ối bằng kim chọc ối, lấy nước ối làm xét nghiệm (nếu cần).
- Đâm trocar qua da bệnh nhân, qua thành bụng, qua cơ tử cung để vào buồng ối.

- Đưa ống nội soi có optic và đầu dẫn laser vào buồng ối.
- Quan sát vị trí cắm dây rốn, màng ối giữa hai thai.
- Xác định vị trí đốt dây rốn của thai muốn hủy

6.3. Bước 3: Đốt dây rốn của thai muốn hủy bằng laser

- Sử dụng năng lượng tia laser 40 - 60 Watt, thông qua sợi dây dẫn 400 - 600 micron thạch anh, đưa qua kênh phẫu thuật của ống nội soi thai.
- Tiến hành đông dây rốn tại vị trí dây rốn cắm vào bánh rau hoặc vị trí dây rốn cắm vào thành bụng thai nhi hoặc vị trí dây rốn thuận lợi. Kiểm tra phổ doppler tuần hoàn dây rốn sau khi đốt. Sau cùng, phổ Doppler phải ghi nhận không thấy dòng chảy ở đầu xa của dây rốn, đo tối thiểu trong 2 phút. Tim thai của thai còn lại luôn phải được kiểm tra trong suốt quá trình làm phẫu thuật.

6.4. Bước 4: Kết thúc kỹ thuật

- Rút bớt nước ối nếu có tình trạng đa ối.
- Cuối cùng rút toàn bộ trocar ra khỏi thành bụng bệnh nhân.
- Kiểm tra vị trí chọc, khâu da lỗ chọc, dán băng
- Kiểm tra tim thai sau phẫu thuật.
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. Theo dõi tại phòng hồi tỉnh ít nhất 2 - 3 tiếng sau phẫu thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi ổn định.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Đánh giá toàn trạng người bệnh sau thủ thuật.
- Siêu âm đánh giá tim thai sau thủ thuật.
- Thai phụ nằm nghỉ trong 2 - 3 giờ tại phòng hậu phẫu.
- Tiếp tục dùng thuốc cắt cơn co nếu có biểu hiện dọa sảy hoặc dọa đẻ non sau thủ thuật.
- Dùng kháng sinh theo chỉ định.
- Khám, theo dõi các dấu hiệu sản khoa:
 - + Cơn co tử cung
 - + Ra máu, ra nước âm đạo.
- Siêu âm sau thủ thuật 24 giờ và sau 48 giờ hoặc khi có bất thường qua các chỉ số: sinh trắc thai nhi, tình trạng bánh rau, nước ối, doppler động mạch rốn, động mạch não giữa, ống tĩnh mạch, chiều dài cổ tử cung.
- Thai phụ được ra viện sau khi ổn định. Khám lại sau 1 tuần và tiếp tục quản lý thai 2 tuần/lần hoặc theo diễn biến của tình trạng thai đến khi sinh nhằm phát hiện sớm biến chứng sau thủ thuật.
- Chụp cộng hưởng từ thai nhi khảo sát thai còn lại 4 tuần sau phẫu thuật nếu cần.

7.2. Tai biến

7.2.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật:

- Biến chứng mẹ: chảy máu vị trí chọc trocar, tụt huyết áp, biến chứng của gây mê, gây tê
- Phù phổi cấp: do truyền khối lượng lớn nước muối sinh lý vào khoang ối, có thể hấp thu qua các kênh tĩnh mạch tử cung liên quan chổ vào trocar.
- Chảy máu thành bụng mẹ, chảy máu trong buồng ối, chảy máu trong ổ bụng
- Nhịp tim thai chậm, mất tim thai, thủng vách ngăn màng ối.
- Thất bại khi không làm tắc được dòng chảy mạch máu trong dây rốn

7.2.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật:

Ói vỡ non

- Đạo sẩy thai, sẩy thai hoặc dọa đẻ non, đẻ non.
- Thai còn lại lưu trong vòng 24 giờ sau thủ thuật (thai lưu sớm) hoặc trên 24 giờ sau thủ thuật (thai lưu muộn).

7.2.3. Biến chứng muộn:

- Nhiễm trùng ối
- Thiếu máu bào thai thứ phát ở thai còn lại sau phẫu thuật, tổn thương não của thai còn lại do thiếu máu.

7.2.4. Xử trí tai biến: Điều trị và xử trí theo tình trạng sản khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Donepudi, R., Hessami, K., Nassr, A. A., Espinoza, J., Cortes, M. S., Sun, L., Shirazi, M., Yinon, Y., Belfort, M. A., & Shamshirsaz, A. A. (2021). Selective reduction in complicated monochorionic pregnancies: a systematic review and meta-analysis of different techniques. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 226(5), 646-655.e3. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.10.018>
2. Wu, T., Chen, Z., Yin, X., Shi, H., Niu, J., Xie, J., Wei, Y., & Wang, X. (2021). Perinatal outcomes after selective fetocide via umbilical cord occlusion in complicated monochorionic pregnancies: A systematic review and meta-analysis. *Prenatal Diagnosis*, 42(1), 37-48. <https://doi.org/10.1002/pd.6064>
3. Parra-Cordero, M., Bennasar, M., Martínez, J. M., Eixarch, E., Torres, X., & Gratacós, E. (2015). Cord Occlusion in Monochorionic Twins with Early Selective Intrauterine Growth Restriction and Abnormal Umbilical Artery Doppler: A Consecutive Series of 90 Cases. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 39(3), 186-191. <https://doi.org/10.1159/000439023>
4. Lanna, M. M., Rustico, M. A., Dell'Avanzo, M., Schena, V., Faiola, S., Consonni, D., Righini, A., Scelsa, B., & Ferrazzi, E. M. (2011). Bipolar cord coagulation for selective fetocide in complicated monochorionic twin pregnancies: 118 consecutive cases at a single center. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 39(4), 407-413. <https://doi.org/10.1002/uog.11073>

5. Lewi, L., Gratacos, E., Ortibus, E., Van Schoubroeck, D., Carreras, E., Higuera, T., Perapoch, J., & Deprest, J. (2006). Pregnancy and infant outcome of 80 consecutive cord coagulations in complicated monochorionic multiple pregnancies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194(3), 782-789. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.09.013>

42. NỘI SOI BUỒNG ỔI ĐỐT DÂY RÓN BẰNG LƯỠNG CỰC

1. ĐẠI CƯƠNG

- Song thai một bánh rau đặt ra thách thức điều trị lớn khi chỉ một thai có vấn đề nghiêm trọng. Những tình huống hay gặp là: hội chứng truyền máu trong song thai (TTTS: twin twin transfusion syndrome), thai chậm tăng trưởng chọn lọc (sFGR), chuỗi bơm máu động mạch đảo ngược trong song thai (TRAP sequence) hoặc một thai bất thường bẩm sinh nặng. Trong bối cảnh đó, hủy thai chọn lọc có thể được lựa chọn để bảo vệ, tăng tỉ lệ sống còn cho thai còn lại.

- Hơn nữa, sự hiện diện của các thông nối mạch máu giữa hai hệ tuần hoàn thai làm cho các phương pháp hủy thai chọn lọc thông thường dành cho đơn thai (tiêm thuốc Lidocaine vào dây rốn hoặc vào buồng tim thai) không thể thực hiện vì có thể dẫn đến nguy hại cho thai còn lại. Đó là cơ sở khoa học cho việc kẹp tắc dây rốn qua nội soi thai. Dưới hướng dẫn của siêu âm, một kẹp đốt lưỡng cực được đưa vào để làm tắc dây rốn của thai muốn hủy (BCC: Bipolar cord coagulation).

2. CHỈ ĐỊNH

- Hội chứng truyền máu song thai (TTTS) với:
 - + Thất bại với điều trị đầu tay (laser đốt thông nối mạch máu);
 - + Hội chứng truyền máu nặng không có khả năng giữ 2 thai
- Thai chậm tăng trưởng chọn lọc nặng (severe selective IUGR) với:
 - + Bất thường Doppler nặng: mất/đảo ngược sóng tâm trương ĐM rốn và mất/đảo ngược sóng a ống tĩnh mạch cảnh báo nguy cơ cao thai lưu (ở tuổi thai mà thai chưa thể sống được khi lấy thai ra ở thời điểm này).
 - + Mất/đảo ngược sóng tâm trương ĐM rốn và bất thường hệ thần kinh trung ương.
- Chuỗi bơm máu động mạch đảo ngược trong song thai (TRAPs) với đa ối hoặc quá tải tuần hoàn ở thai bơm máu.
- Bất thường bẩm sinh tiên lượng nặng/không điều trị được ở một thai

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thai nhi giữ lại có dị tật nghiêm trọng và/hoặc bất thường di truyền nghiêm trọng không có khả năng sống sau sinh.
- Nhiễm trùng bào thai.
- Mẹ đang có tình trạng nhiễm trùng toàn thân hoặc cấp cứu sản khoa, bệnh lý cấp tính khác chưa điều trị.
- Chuyển dạ đẻ non.
- Rỉ ối, vỡ ối non, nhiễm trùng ối.

4. THẬN TRỌNG

- Thai phụ có nhiễm trùng 1 hệ cơ quan.
- Thai phụ có dấu hiệu dọa sảy thai, dọa đẻ non.

- Thai phụ có kèm theo u xơ tử cung to, khối lạc nội mạc tử cung to.
- Thai phụ có bệnh lý lây truyền từ mẹ sang con như HIV, viêm gan, giang mai... cần được thông báo về nguy cơ lây truyền cho thai có thể xảy ra sau thủ thuật.

5. CHUẨN BỊ: (mẫu danh mục chuẩn bị để thực hiện kỹ thuật chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh gửi kèm theo).

5.1. Người thực hiện:

- 01 phẫu thuật viên chính, 01 phẫu thuật viên phụ: là bác sĩ chuyên ngành Sản phụ khoa, được đào tạo về can thiệp bào thai.
- 01 dụng cụ viên: điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc

- Kháng sinh dự phòng
- Dịch truyền tĩnh mạch tinh thể đẳng trương
- Atropine
- Adrenaline
- Thuốc giảm co tử cung (Atosiban, Nicardipine,...)
- Thuốc giảm đau nhóm opioid (Sufentanil, ...)
- Thuốc giãn cơ không khử cực (Atracurium, ...)
- Thuốc gây tê tại chỗ (Lidocaine, ...)

5.3. Thiết bị y tế

- 01 bộ dụng cụ dao lưỡng cực: 01 kẹp lưỡng cực, 01 dây cáp lưỡng cực, 01 trocar
- 01 bộ dụng cụ mở đường vào buồng ối.
- Dao mổ, kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim tuỷ sống, kim chọc ối, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng, túi vô trùng bọc đầu dò siêu âm, túi vô trùng bọc máy siêu âm; băng dính
- Ống vô trùng đựng bệnh phẩm
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy, dàn máy nội soi, tủ làm ấm dịch, hệ thống lọc khí áp lực dương, máy siêu âm, máy theo dõi người bệnh
- Dung dịch sát trùng ngoài da
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn thiện hồ sơ bệnh án:
 - + Đầy đủ thông tin hành chính của thai phụ
 - + Có đầy đủ mục tư vấn, chẩn đoán và có chỉ định kẹp dây rốn bằng lưỡng cực.
 - + Biên bản hội chẩn
 - + Bản tư vấn giải thích quy trình và nguy cơ cho thai phụ
 - + Giấy cam đoan chấp nhận thủ thuật.
- Có đầy đủ bộ xét nghiệm.
- Bảng kiểm an toàn thủ thuật và phiếu theo dõi thai phụ sau thủ thuật.

5.6. Thời gian thực hiện: Khoảng 1-1,5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị trước kỹ thuật

- Siêu âm xác định vị trí và tư thế của thai, tình trạng ối, kiểm tra xác định vị trí và định hướng nơi vào trocar
- Sử dụng kháng sinh dự phòng đường tĩnh mạch và thuốc giảm co tử cung
- Gây tê tuỷ sống hoặc tê tại chỗ
- Thai phụ nằm ngửa, bộc lộ vùng bụng
- Chuẩn bị dụng cụ, rửa tay, mặc áo, đi găng vô khuẩn
- Sát trùng thành bụng rộng rồi trải sẵn vô khuẩn bộc lộ vị trí thực hiện phẫu thuật, bộc đầu dò siêu âm và bàn phím siêu âm vô khuẩn.

6.2. Bước 2: Tiến hành đốt dây rốn bằng dao lưỡng cực.

- Rạch da khoảng 3-5 mm
- Đâm trocar, kẹp lưỡng cực có thể đưa vào qua trocar.
- Khi cần, cân nhắc truyền ối hoặc giảm ối để tạo thuận lợi cho không gian thao tác;
- Kỹ thuật: cố gắng chọn đường tiếp cận không đi qua rau, với mục đích tiếp cận dây rốn khoảng góc 45o ở nơi cắm vào bánh rau hoặc nơi cắm vào vùng bụng thai nhi. Dây rốn sẽ được kéo nhẹ để khẳng định kẹp forceps đã giữ chặt toàn bộ dây rốn. Đốt theo 2 cách:
 - + Đốt với năng lượng 50W trong 10-30 giây hoặc;

+ Bắt đầu với năng lượng 20W trong 10 giây. Phẫu thuật hiệu quả khi thấy các bọt khí (không âm vang trên siêu âm) thoát ra từ dây rốn và dây rốn có hình ảnh tăng âm, nếu không thấy bọt khí, tăng lên mỗi lần 5W- 10W đến tối đa 50W.

- Khi đạt hiệu quả, giữ nguyên chỗ đốt trong 1-2 phút. Kiểm tra phổ doppler tuần hoàn dây rốn sau mỗi lần đốt. Khi không thấy dòng chảy nữa, đốt thêm hai điểm kế cận theo cùng cách trên. Điều này là một thao tác cần trọng cần có vì dòng chảy có thể chỉ tạm thời ngưng do co thắt mạch máu chứ chưa tắc hoàn toàn. Sau cùng, phổ Doppler phải ghi nhận không thấy dòng chảy ở đầu xa của dây rốn, đo tối thiểu trong 2 phút. Tim thai của thai còn lại luôn phải được kiểm tra trong suốt quá trình làm phẫu thuật.

- Giảm thiểu ôi nếu cần (dựa trên quy trình đã có).

6.3. Bước 3: Kết thúc kỹ thuật

- Kiểm tra vị trí chọc, khâu da lỗ chọc, dán băng

- Kiểm tra Kiểm tra dây rốn và tim thai của cả hai thai sau phẫu thuật

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. Theo dõi tại phòng hồi tỉnh ít nhất 2-3 tiếng sau phẫu thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi ổn định.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Đánh giá toàn trạng người bệnh sau thủ thuật.

- Siêu âm đánh giá tim thai sau thủ thuật.

- Thai phụ nằm nghỉ trong 2-3 giờ tại phòng hậu phẫu.

- Tiếp tục dùng thuốc cắt cơn co nếu có biểu hiện dọa sảy hoặc dọa đẻ non sau thủ thuật.

- Dùng kháng sinh theo chỉ định.

- Khám, theo dõi các dấu hiệu sản khoa:

+ Cơn co tử cung

+ Ra máu, ra nước âm đạo.

- Siêu âm sau thủ thuật 24 giờ và sau 48 giờ hoặc khi có bất thường qua các chỉ số: sinh trắc thai nhi, tình trạng bánh rau, nước ối.

- Thai phụ được ra viện sau 03 ngày nếu ổn định. Khám lại sau 1 tuần và tiếp tục quản lý thai 2 tuần/lần hoặc theo diễn biến của tình trạng thai đến khi sinh nhằm phát hiện sớm biến chứng sau thủ thuật.

7.2. Tai biến

7.2.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật:

- Biến chứng mẹ: tụt huyết áp, biến chứng của gây mê, gây tê

- Chảy máu thành bụng mẹ, chảy máu trong buồng ối, chảy máu trong ổ bụng

- Phù phổi cấp: do truyền khối lượng lớn nước muối sinh lý vào khoang ối, có thể hấp thu qua các kênh tĩnh mạch tử cung liên quan chổ vào trocar.
- Nhịp tim thai chậm, mất tim thai, thủng vách ngăn màng ối

7.2.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật:

- Ối vỡ non
- Đạo sảy thai, sảy thai hoặc dọa đẻ non, đẻ non.
- Nhiễm khuẩn trong buồng ối, trong ổ bụng, thành bụng
- Thiếu máu thứ phát ở thai còn lại sau phẫu thuật.

7.2.3. Biến chứng muộn:

- Thai lưu.
- Nhiễm trùng ối.

7.2.4. Xử trí tai biến: Điều trị và xử trí theo tình trạng sản khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật ban hành theo Quyết định 1876/ QĐ-BYT ngày 03/07/2024 của Bộ Y tế Quyết định về việc cho phép áp dụng chính thức 03 kỹ thuật mới trong khám bệnh, chữa bệnh thực hiện tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.
2. Donepudi, R., Hessami, K., Nassr, A. A., Espinoza, J., Cortes, M. S., Sun, L., Shirazi, M., Yinon, Y., Belfort, M. A., & Shamshirsaz, A. A. (2021). Selective reduction in complicated monochorionic pregnancies: a systematic review and meta-analysis of different techniques. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 226(5), 646-655.e3. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.10.018>
3. Wu, T., Chen, Z., Yin, X., Shi, H., Niu, J., Xie, J., Wei, Y., & Wang, X. (2021). Perinatal outcomes after selective feticide via umbilical cord occlusion in complicated monochorionic pregnancies: A systematic review and meta-analysis. *Prenatal Diagnosis*, 42(1), 37-48. <https://doi.org/10.1002/pd.6064>
4. Parra-Cordero, M., Bennasar, M., Martínez, J. M., Eixarch, E., Torres, X., & Gratacós, E. (2015). Cord Occlusion in Monochorionic Twins with Early Selective Intrauterine Growth Restriction and Abnormal Umbilical Artery Doppler: A Consecutive Series of 90 Cases. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 39(3), 186-191. <https://doi.org/10.1159/000439023>
5. Lanna, M. M., Rustico, M. A., Dell'Avanzo, M., Schena, V., Faiola, S., Consonni, D., Righini, A., Scelsa, B., & Ferrazzi, E. M. (2011). Bipolar cord coagulation for selective feticide in complicated monochorionic twin pregnancies: 118 consecutive cases at a single center. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 39(4), 407-413. <https://doi.org/10.1002/uog.11073>
6. Lewi, L., Gratacos, E., Ortibus, E., Van Schoubroeck, D., Carreras, E., Higuera, T., Perapoch, J., & Deprest, J. (2006). Pregnancy and infant outcome of 80 consecutive cord coagulations in complicated monochorionic multiple pregnancies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194(3), 782-789. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.09.013>

43. TRUYỀN DỊCH VÀO BUỒNG ỒI

1. ĐẠI CƯƠNG

Thiếu ối là tình trạng nước ối ít hơn bình thường, được chẩn đoán trên siêu âm khi chỉ số ối < 50 mm hoặc/và góc ối sâu nhất < 20 mm. Một số trường hợp có thể xác định được nguyên nhân từ mẹ, thai nhi hoặc nhau thai và phần còn lại được coi là thiếu ối vô căn.

Truyền dịch vào buồng ối hay còn gọi là truyền ối là một kỹ thuật đưa trực tiếp dịch đẳng trương vô khuẩn vào buồng ối nhằm làm tăng thể tích nước ối cho thai nhi. Dưới hướng dẫn siêu âm, một cây kim được đưa qua thành bụng mẹ vào buồng ối. Sau đó, nước muối sinh lý 0,9% hoặc dung dịch Ringer Lactat được bơm vào buồng tử cung cho đến khi mức nước ối bình thường.

Thủ thuật có thể được lặp lại nếu thiếu ối tái phát (truyền dịch vào buồng ối nối tiếp).

2. CHỈ ĐỊNH

- Tuổi thai từ 16 - 34 tuần.
- Truyền ối chẩn đoán: thực hiện khi không quan sát được hình thái thai nhi qua siêu âm hoặc nghi ngờ bất thường hình thái. Thường chỉ thực hiện 1 lần truyền với mục đích:
 - + Hỗ trợ đánh giá hình thái thai nhi qua siêu âm.
 - + Kết hợp lấy dịch ối làm xét nghiệm di truyền chẩn đoán.
- Truyền ối điều trị thực hiện khi thiếu ối hoặc vô ối đe dọa tính mạng thai nhi. Truyền ối với mục đích:
 - + Kéo dài thời gian tiềm tàng giúp thai nhi phát triển thêm trong tử cung.
 - + Giảm các nguy cơ biến chứng do thiếu ối gồm: thiếu sản phổi, biến dạng xương, chèn ép dây rốn

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng bào thai.
- Mẹ đang có tình trạng nhiễm trùng toàn thân hoặc cấp cứu sản khoa, bệnh lý cấp tính khác chưa điều trị.
- Chuyên dạ đẻ non.
- Rỉ ối, vỡ ối non, nhiễm trùng ối.

4. THẬN TRỌNG

- Thai phụ có nhiễm trùng 1 hệ cơ quan.
- Thai phụ có dấu hiệu dọa sảy thai, dọa đẻ non.
- Thai phụ có kèm theo u xơ tử cung to, khối lạc nội mạc tử cung to.
- Thai phụ có bệnh lý lây truyền từ mẹ sang con như HIV, viêm gan, giang mai... cần được thông báo về nguy cơ lây truyền cho thai có thể xảy ra sau thủ thuật.
- Thai nhi có dị tật nghiêm trọng và/hoặc bất thường di truyền nghiêm trọng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 phẫu thuật viên chính, 01 phẫu thuật viên phụ: là bác sĩ chuyên ngành Sản phụ khoa, được đào tạo về can thiệp bào thai.
- 01 dụng cụ viên: điều dưỡng hoặc nữ hộ sinh

5.2. Thuốc, hóa chất:

- Kháng sinh dự phòng
- Dịch truyền tĩnh mạch tinh thể đẳng trương
- Atropine
- Adrenaline
- Thuốc giảm co tử cung (Atosiban, Nicardipine,...)

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ sát trùng
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim tuỷ sống, kim chọc ối, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng, túi vô trùng bọc đầu dò siêu âm, túi vô trùng bọc máy siêu âm; băng dính
- Ống vô trùng đựng bệnh phẩm
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy, tủ làm ấm dịch, máy siêu âm, máy theo dõi người bệnh
- Dung dịch sát trùng ngoài da
- Đồ vải
 - + Quần, áo công tác
 - + Quần, áo thủ thuật
 - + Quần áo người bệnh
 - + Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn thiện hồ sơ bệnh án:
 - + Đầy đủ thông tin hành chính của thai phụ

- + Có đầy đủ mục tư vấn, chẩn đoán và có chỉ định nội soi buồng ối dẫn lưu dịch màng phổi thai nhi
- + Biên bản hội chẩn
- + Bản tư vấn giải thích quy trình và nguy cơ cho thai phụ
- + Giấy cam đoan chấp nhận thủ thuật.

5.6. Có đầy đủ bộ xét nghiệm.

- Bảng kiểm an toàn thủ thuật và phiếu theo dõi thai phụ sau thủ thuật.
- Thời gian thực hiện: Khoảng 30 - 60 phút.
- Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. TIỀN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị người bệnh tại phòng mổ

- Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
- Đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Siêu âm xác định vị trí và tư thế của thai, tình trạng ối, kiểm tra xác định vị trí và định hướng đi kim
- Đặt đường truyền tĩnh mạch, sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch và thuốc cắt cơn co tử cung theo phác đồ
- Vô cảm cho bệnh nhân (gây tê tủy sống, gây tê tại chỗ...), thông tiêu (nếu cần)
- Chuẩn bị dụng cụ, rửa tay, mặc áo, đi găng vô khuẩn
- Sát trùng thành bụng rộng rồi trải sẵn vô khuẩn bộc lộ vị trí thực hiện thủ thuật, bọc đầu dò siêu âm và bàn phím siêu âm vô khuẩn

6.2. Bước 2: Chọc kim qua thành bụng vào buồng ối và truyền ối

- Siêu âm lần hai xác định vị trí và tư thế của thai, tình trạng ối, kiểm tra xác định vị trí và định hướng đi kim
- Dưới hướng dẫn siêu âm, dùng kim chọc ối xuyên qua thành bụng, qua cơ tử cung vào trong buồng ối.
- Bơm dung dịch đẳng trương vô khuẩn đã được làm ấm vào buồng ối với tốc độ 8 - 10ml/phút. Lượng dịch bơm vào tương đương với lượng ối thích hợp theo tuổi thai và mức độ thiếu ối, từ 500 – 1000 ml sao cho góc ối sâu nhất đạt khoảng 50 mm.
- Lấy mẫu ối làm xét nghiệm (nếu cần)

6.3. Bước 3: Kết thúc quy trình

- Rút kim dưới hướng dẫn siêu âm.
- Kiểm tra vị trí chọc kim, dán băng
- Kiểm tra tim thai sau can thiệp
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi ổn định.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Đánh giá toàn trạng người bệnh sau thủ thuật
- Siêu âm đánh giá tim thai sau thủ thuật, tình trạng ối
- Thai phụ nằm nghỉ trong 1 - 3 giờ
- Tiếp tục dùng thuốc cắt cơn co và kháng sinh theo chỉ định sau thủ thuật.
- Khám, theo dõi các dấu hiệu sản khoa:
 - + Cơn co tử cung
 - + Ra máu, ra nước âm đạo.
- Siêu âm sau thủ thuật 24 giờ hoặc khi có bất thường qua các chỉ số: sinh trắc thai nhi, tình trạng bánh rau, nước ối, khảo sát hình thái thai nhi.
- Thai phụ được ra viện khi ổn định. Khám lại sau 1 tuần và tiếp tục quản lý thai 1-2 tuần/lần hoặc theo diễn biến của tình trạng thai đến khi sinh nhằm phát hiện sớm biến chứng sau thủ thuật.

7.2.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu tại các vị trí đưa kim: thành bụng mẹ, thành tử cung gây chảy máu ổ bụng hoặc chảy máu trong buồng ối.

7.2.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu, tụ máu thành bụng
- Nhiễm khuẩn ối, nhiễm khuẩn thành bụng hoặc ổ bụng mẹ
- Ối vỡ non, chuyển dạ sinh non
- Biến chứng cho mẹ hiếm gặp

7.2.3. Biến chứng muộn

- Thai lưu
- Nhiễm trùng ối

7.2.4 Xử trí tai biến

- Điều trị và xử trí theo tình trạng sản khoa

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Porat Shay, Amsalem Hagai, Shah Prakesh S et al (2012). Transabdominal amnioinfusion for preterm premature rupture of membranes... American journal of obstetrics and gynecology, 207(5), 393. e1-393. ell.
2. Nakayama DK Glick PL, Harrison ML, et al (1982). Experimental pulmonary hypoplasia due to oligohydramnios. J Pediatr Surg, 18, 347-353.

3. Esaki Masatoshi, Maseki Yoshiaki, Tezuka Atsuko et al (2020). Continuous amnioinfusion in women with PPROM at periviable gestational ages. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(7), 1151-1156.
4. Io, S., Kondoh, E., Chigusa, Y., Tani, H., Hamanishi, J., & Konishi, I. (2017). An experience of second-trimester anhydramnios salvaged by single amnioinfusion. *Journal of Medical Ultrasonics*, 45(3), 525-527. <https://doi.org/10.1007/s10396-017-0842-1>
5. Dad Nimra, Abushama Mandy, Konje Justin C. et al (2016). What is the role of amnioinfusion in modern day obstetrics? *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 29(17), 2823-2827.
6. Pryde PG, Hallak M, Lauria MR, Littman L, Bottoms SF, Johnson MP, Evans MI. Severe oligohydramnios with intact membranes: an indication for diagnostic amnioinfusion. *Fetal Diagn Ther*. 2000 Jan-Feb;15(1):46-9.

44. NỘI SOI BUỒNG ỒI DẪN LƯU BÀNG QUANG THAI NHI

1. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi buồng ối dẫn lưu bàng quang thai nhi là kỹ thuật can thiệp trước sinh để điều trị tắc nghẽn đường tiết niệu dưới thai nhi. Kỹ thuật này được thực hiện dưới hướng dẫn siêu âm, tiếp cận bàng quang thai nhi qua thành bụng của mẹ để đặt dẫn lưu nhằm giải phóng nước tiểu thai nhi vào buồng ối.

Nội soi buồng ối dẫn lưu bàng quang thai nhi giúp cải thiện kết cục thai kỳ và tỉ lệ sống còn chu sinh đáng kể, tỉ lệ sống còn qua khỏi giai đoạn sơ sinh sau khi đặt dẫn lưu thay đổi từ 47% - 100%.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tuổi thai từ 18 - 32 tuần
- Tắc nghẽn đường tiết niệu phía dưới bàng quang, thể hẹp van niệu đạo sau.
- Chức năng thận thai nhi bình thường.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng bào thai.
- Mẹ đang có tình trạng nhiễm trùng toàn thân hoặc cấp cứu sản khoa, bệnh lý cấp tính khác chưa điều trị.
- Chuyển dạ đẻ non.
- Ri ối, vỡ ối non, nhiễm trùng ối.

4. THẬN TRỌNG

- Thai phụ có nhiễm trùng 1 hệ cơ quan.
- Thai phụ có dấu hiệu dọa sảy thai, dọa đẻ non.
- Thai phụ có kèm theo u xơ tử cung to, khối lạc nội mạc tử cung to.
- Thai phụ có bệnh lý lây truyền từ mẹ sang con như HIV, viêm gan, giang mai... cần được thông báo về nguy cơ lây truyền cho thai có thể xảy ra sau thủ thuật.
- Thai nhi có dị tật nghiêm trọng và/hoặc bất thường di truyền nghiêm trọng không có khả năng sống sau sinh.

5. CHUẨN BỊ:

5.1. Người thực hiện:

- 01 phẫu thuật viên chính, 01 phẫu thuật viên phụ: là bác sĩ chuyên ngành Sản phụ khoa, được đào tạo về can thiệp bào thai.
- 01 dụng cụ viên: điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc

- Kháng sinh dự phòng
- Dịch truyền tĩnh mạch đẳng trương
- Atropine

- Adrenaline
- Thuốc giảm co tử cung (Atosiban, Nicardipine,...)
- Thuốc giảm đau nhóm opioid (Sufentanil, ...)
- Thuốc giãn cơ không khử cực (Atracurium, ...)
- Thuốc gây tê tại chỗ (Lidocaine, ...)

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật: Bộ dụng cụ dẫn lưu bào thai (trocar, dẫn lưu, dây dẫn đường, thước đo,...)
- Dao mổ, kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim tủy sống, kim chọc ối, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông.
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng, túi vô trùng bọc đầu dò siêu âm, túi vô trùng bọc máy siêu âm; băng dính.
- Ống vô trùng đựng bệnh phẩm.
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy, dàn máy nội soi, tủ làm ấm dịch, hệ thống lọc khí áp lực dương, máy siêu âm, máy theo dõi người bệnh.
- Dung dịch sát trùng ngoài da.
- Đồ vải
 - + Quần, áo công tác
 - + Quần, áo thủ thuật
 - + Quần áo người bệnh
 - + Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn thiện hồ sơ bệnh án:
 - + Đầy đủ thông tin hành chính của thai phụ
 - + Có đầy đủ mục tư vấn, chẩn đoán và có chỉ định nội soi buồng ối dẫn lưu bàng quang thai nhi
 - + Biên bản hội chẩn
 - + Bản tư vấn giải thích quy trình và nguy cơ cho thai phụ
 - + Giấy cam đoan chấp nhận thủ thuật.

- Có đầy đủ bộ xét nghiệm.
- Bảng kiểm an toàn thủ thuật và phiếu theo dõi thai phụ sau thủ thuật.

5.6. Thời gian thực hiện: Khoảng 60 - 90 phút

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị người bệnh tại phòng mổ

- Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
- Đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Siêu âm xác định vị trí và tư thế của thai, tình trạng ối, kiểm tra xác định vị trí và định hướng nơi vào trocar.
- Đặt đường truyền tĩnh mạch, sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch và thuốc cắt cơn co tử cung theo phác đồ.
- Vô cảm cho bệnh nhân (gây tê tủy sống, gây tê tại chỗ...), thông tiểu (nếu cần).
- Chuẩn bị dụng cụ, rửa tay, mặc áo, đi găng vô khuẩn.
- Sát trùng thành bụng rộng rồi trải sẵn vô khuẩn bộc lộ vị trí thực hiện thủ thuật, bóc đầu dò siêu âm và bàn phím siêu âm vô khuẩn.
- Pha hỗn hợp thuốc vô cảm cho thai với liều lượng tương ứng trọng lượng thai ước tính
- Chuẩn bị bộ dẫn lưu theo hướng dẫn của nhà sản xuất.

6.2. Bước 2: Chọc trocar qua thành bụng vào bàng quang thai nhi

- Siêu âm lần hai xác định vị trí và tư thế của thai, tình trạng ối, kiểm tra xác định vị trí và định hướng nơi vào trocar.
- Tiếp cận buồng ối bằng kim chọc ối, lấy nước ối làm xét nghiệm (nếu cần), và tiêm hỗn hợp vô cảm cho thai.
- Đâm trocar qua da bệnh nhân, qua thành bụng, qua cơ tử cung để vào buồng ối.
- Tiếp tục đưa trocar vào thành bụng của thai. Đưa Trocar qua thành bụng của thai, thành bàng quang để vào trong lòng bàng quang.
- Rút nòng trocar và khoá các đường nối khác của trocar để tránh nước tiểu thai nhi thoát ra ngoài.
- Lấy nước tiểu thai nhi làm xét nghiệm (nếu cần)

6.3. Bước 3: Đặt dẫn lưu bàng quang

- Luồn bộ dẫn lưu và dây dẫn đường
- Rút dây dẫn đường ra.
- Đẩy thước đo đến khi đầu xa của trocar chạm mức số 1 trên thước. Đầu trong của dẫn lưu lúc này đã nằm trong bàng quang thai nhi, do vậy có thể rút trocar ra, kiểm tra vị trí đầu trong của dẫn lưu bằng siêu âm.
- Kiểm tra lượng nước ối vừa đủ giữa thai và thành tử cung, tiếp tục rút trocar đến mức số 2 trên thước đo, cùng lúc cố định thước đo để đầu ngoài của dẫn lưu nằm trong buồng ối.

6.4. Bước 4: Kết thúc kỹ thuật

- Rút toàn bộ trocar ra khỏi thành bụng bệnh nhân.
- Kiểm tra vị trí chọc, khâu da lỗ chọc, dán băng
- Kiểm tra kết quả làm trống bàng quang, cũng như kiểm tra vị trí của dẫn lưu
- Kiểm tra tim thai sau phẫu thuật.
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. Theo dõi tại phòng hồi tỉnh ít nhất 2-3 tiếng sau phẫu thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi ổn định.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Đánh giá toàn trạng người bệnh sau thủ thuật.
- Siêu âm đánh giá tim thai sau thủ thuật.
- Thai phụ nằm nghỉ trong 2 - 3 giờ tại phòng hậu phẫu.
- Tiếp tục dùng thuốc cắt cơn co nếu có biểu hiện dọa sảy hoặc dọa đẻ non sau thủ thuật.
- Dùng kháng sinh theo chỉ định.
- Khám, theo dõi các dấu hiệu sản khoa:
- Cơn co tử cung
- Ra máu, ra nước âm đạo.
- Siêu âm sau thủ thuật 24 giờ và sau 48 giờ hoặc khi có bất thường qua các chỉ số: sinh trắc thai nhi, tình trạng bánh rau, nước ối, bàng quang, vị trí dẫn lưu.
- Thai phụ được ra viện sau ổn định. Khám lại sau 1 tuần và tiếp tục quản lý thai theo diễn biến của tình trạng thai đến khi sinh nhằm phát hiện sớm biến chứng sau thủ thuật.
- Dẫn lưu được kẹp và tháo ngay sau khi cặp cắt dây rốn khi trẻ ra đời. Vùng da vị trí dẫn lưu được băng ép trong khoảng 3 ngày

7.2. Tai biến

7.2.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật:

- Biến chứng mẹ: tụt huyết áp, biến chứng của gây mê, gây tê...
- Nhịp tim thai chậm, mất tim thai.
- Chảy máu trong buồng ối, chảy máu trong ổ bụng, chảy máu thành bụng
- Đặt dẫn lưu thất bại (không thực hiện được đặt dẫn lưu vào đúng vị trí).

7.2.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật:

- Ối vỡ non, rau bong non
- Dọa sảy thai, sảy thai hoặc dọa đẻ non, đẻ non.
- Nhiễm khuẩn trong buồng ối, nhiễm khuẩn ổ bụng, nhiễm khuẩn thành bụng

7.2.3. Biến chứng muộn:

- Thai lưu
- Nhiễm trùng ối
- Tuột hoặc di lệch dẫn lưu

7.2.4. Xử trí tai biến: Điều trị và xử trí theo tình trạng sản khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Current State of Fetal Intervention for Lower Urinary Tract Obstruction. Douglass B Clayton, John W.Brock, 2018.
2. Analgesie Curarisation Foetale, CHU de Martinique, 2017.
3. Fetal Surgery Protocol, Harris Birthright Research Centre For Fetal Medicin, Enrique Gil, Sarah Bowel, Kypros Nicolaides, 2015.

45. NỘI SOI BUỒNG ỒI DẪN LƯU DỊCH MÀNG PHỔI THAI NHI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Nội soi buồng ối dẫn lưu dịch màng phổi thai nhi là kỹ thuật can thiệp trước sinh để điều trị tràn dịch màng phổi thai nhi. Kỹ thuật này được thực hiện dưới hướng dẫn siêu âm, tiếp cận khoang màng phổi thai nhi qua thành bụng của mẹ để đặt dẫn lưu nhằm giải phóng dịch từ khoang màng phổi thai nhi vào buồng ối. Can thiệp này giải phóng áp lực lên tim và phổi của thai nhi, từ đó thúc đẩy sự phát triển của phổi và giúp dự phòng hoặc giải quyết tình trạng phù thai.

Nội soi buồng ối dẫn lưu màng phổi thai nhi giúp cải thiện kết cục thai kỳ và tỉ lệ sống còn chu sinh đáng kể, tỉ lệ sống qua khỏi giai đoạn sơ sinh sau khi đặt dẫn lưu thay đổi từ 47-100%.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tuổi thai từ 18 - 32 tuần
- Tràn dịch màng phổi mức độ nhiều.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng bào thai.
- Mẹ đang có tình trạng nhiễm trùng toàn thân hoặc cấp cứu sản khoa, bệnh lý cấp tính khác chưa điều trị.
- Chuyển dạ đẻ non.
- Rỉ ối, vỡ ối non, nhiễm trùng ối.

4. THẬN TRỌNG

- Thai phụ có nhiễm trùng 1 hệ cơ quan.
- Thai phụ có dấu hiệu dọa sảy thai, dọa đẻ non.
- Thai phụ có kèm theo u xơ tử cung to, khối lạc nội mạc tử cung to.
- Thai phụ có bệnh lý lây truyền từ mẹ sang con như HIV, viêm gan, giang mai... cần được thông báo về nguy cơ lây truyền cho thai có thể xảy ra sau thủ thuật.
- Thai nhi có dị tật nghiêm trọng và/hoặc bất thường di truyền nghiêm trọng.

5. CHUẨN BỊ:

5.1. Người thực hiện:

- 01 phẫu thuật viên chính, 01 phẫu thuật viên phụ: là bác sĩ chuyên ngành Sản phụ khoa, được đào tạo về can thiệp bào thai.
- 01 dụng cụ viên: điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc

- Kháng sinh
- Dịch truyền tĩnh mạch tinh thể đẳng trương
- Atropine

- Adrenaline
- Thuốc giảm co tử cung (Atosiban, Nicardipine,...)
- Thuốc giảm đau nhóm opioid (Sufentanil, ...)
- Thuốc giãn cơ không khử cực (Atracurium, ...)
- Thuốc gây tê tại chỗ (Lidocaine, ...)

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật: Bộ dụng cụ dẫn lưu bào thai (trocar, dẫn lưu, dây dẫn đường, thước đo,...)
- Dao mổ, kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim tuỷ sống, kim chọc ối, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng, túi vô trùng bọc đầu dò siêu âm, túi vô trùng bọc máy siêu âm; băng dính
- Ống vô trùng đựng bệnh phẩm
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy, hệ thống thiết bị nội soi, tủ làm ấm dịch, hệ thống lọc khí áp lực dương, máy siêu âm, máy theo dõi người bệnh
- Dung dịch sát trùng ngoài da
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn thiện hồ sơ bệnh án:
- + Đầy đủ thông tin hành chính của thai phụ
- + Có đầy đủ mục tư vấn, chẩn đoán và có chỉ định nội soi buồng ối dẫn lưu dịch màng phổi thai nhi
- + Biên bản hội chẩn
- + Bản tư vấn giải thích quy trình và nguy cơ cho thai phụ

+ Giấy cam đoan chấp nhận thủ thuật.

- Có đầy đủ bộ xét nghiệm.

- Bảng kiểm an toàn thủ thuật và phiếu theo dõi thai phụ sau thủ thuật.

5.6. Thời gian thực hiện: Khoảng 1 -1,5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị người bệnh tại phòng mổ

- Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...

- Đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Siêu âm xác định vị trí và tư thế của thai, tình trạng ối, kiểm tra xác định vị trí và định hướng nơi vào trocar

- Đặt đường truyền tĩnh mạch, sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch và thuốc cắt cơn co tử cung theo phác đồ

- Vô cảm cho bệnh nhân (gây tê tùy sống, gây tê tại chỗ...), thông tiêu (nếu cần)

- Chuẩn bị dụng cụ, rửa tay, mặc áo, đi găng vô khuẩn

- Sát trùng thành bụng rộng rồi trải sẵn vô khuẩn bộc lộ vị trí thực hiện thủ thuật, bọc đầu dò siêu âm và bàn phím siêu âm vô khuẩn

- Pha hỗn hợp thuốc vô cảm cho thai với liều lượng tương ứng trọng lượng thai ước tính

- Chuẩn bị bộ dẫn lưu theo hướng dẫn của nhà sản xuất

6.2. Bước 2: Chọc trocar qua thành bụng vào khoang màng phổi thai nhi

- Siêu âm lần hai xác định vị trí và tư thế của thai, tình trạng ối, kiểm tra xác định vị trí và định hướng nơi vào trocar

- Tiếp cận buồng ối bằng kim chọc ối, lấy nước ối làm xét nghiệm (nếu cần), và tiêm hỗn hợp vô cảm cho thai.

- Rạch da 3-5mm.

- Đâm trocar qua da bệnh nhân, qua thành bụng, qua cơ tử cung để vào buồng ối. Phải đảm bảo có khoảng trống ít nhất 2 cm giữa thai và thành tử cung để thao tác.

- Tiếp tục đưa trocar vào thành ngực của thai. Tiến dần đầu trocar vào giữa khoang màng phổi ít nhất 5 mm.

- Rút nòng trocar và khoá các đường nối khác của trocar để tránh dịch màng phổi thoát ra ngoài.

- Lấy dịch màng phổi làm xét nghiệm (nếu cần)

6.3. Bước 3: Đặt dẫn lưu màng phổi

- Luồn bộ dẫn lưu và dây dẫn đường (đã lắp theo hướng dẫn của nhà sản xuất) vào trocar (phải đảm bảo catheter nằm toàn bộ trong trocar)

- Rút dây dẫn đường ra.

- Đẩy thước đo đến khi đầu xa của trocar chạm mức số 1 trên thước. Đầu trong của dẫn lưu lúc này đã nằm trong khoang màng phổi thai nhi, do vậy có thể rút trocar ra, kiểm tra vị trí đầu trong của dẫn lưu bằng siêu âm.
- Kiểm tra lượng nước ối vừa đủ giữa thai và thành tử cung, tiếp tục rút trocar đến mức số 2 trên thước đo, cùng lúc cố định thước đo để đầu ngoài của dẫn lưu nằm trong buồng ối.

6.4. Bước 4: Kết thúc kỹ thuật

- Rút bớt nước ối nếu có tình trạng đa ối.
- Cuối cùng rút toàn bộ trocar ra khỏi thành bụng bệnh nhân.
- Siêu âm sau khi kết thúc phẫu thuật: Kiểm tra tim thai, kết quả làm trống khoang màng phổi, cũng như kiểm tra vị trí của dẫn lưu
- Khâu da lỗ chọc, dán băng
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi ổn định.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Đánh giá toàn trạng người bệnh sau thủ thuật.
- Thai phụ nằm nghỉ trong 2-3 giờ tại phòng hậu phẫu.
- Tiếp tục dùng thuốc cắt cơn co nếu có biểu hiện dọa sảy hoặc dọa đẻ non sau thủ thuật.
- Dùng kháng sinh theo chỉ định.
- Khám, theo dõi các dấu hiệu sản khoa:
 - + Cơn co tử cung
 - + Ra máu, ra nước âm đạo.
- Siêu âm sau thủ thuật 24h và sau 48 h hoặc khi có bất thường qua các chỉ số: sinh trắc thai nhi, tình trạng bánh rau, nước ối, dịch màng phổi, vị trí dẫn lưu.
- Thai phụ được ra viện sau 03 ngày nếu ổn định. Khám lại sau 1 tuần và tiếp tục quản lý thai 2 tuần/lần hoặc theo diễn biến của tình trạng thai đến khi sinh nhằm phát hiện sớm biến chứng sau thủ thuật.
- Dẫn lưu được kẹp và tháo ngay sau khi cặp cắt dây rốn khi trẻ ra đời. Vùng da vị trí dẫn lưu được băng ép trong khoảng 3 ngày.

7.2. Tai biến

- Đánh giá toàn trạng người bệnh sau thủ thuật
- Siêu âm đánh giá tim thai sau thủ thuật, tình trạng dịch màng bụng
- Thai phụ nằm nghỉ trong 1-3 giờ
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- kê đơn thuốc (kháng sinh, giảm co) và hướng dẫn người bệnh sử dụng thuốc.

7.2.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Đau
- Chảy máu trong buồng ối, chảy máu trong ổ bụng, chảy máu thành bụng

7.2.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Ối vỡ non
- Đọa sảy thai, sảy thai hoặc đọa đẻ non, đẻ non.
- Nhiễm khuẩn trong buồng ối, trong ổ bụng, thành bụng
- Biến chứng cho mẹ hiếm gặp

7.2.3. Biến chứng muộn

- Thai lưu
- Nhiễm trùng ối

7.2.4 Xử trí tai biến

- Điều trị và xử trí theo tình trạng sản khoa

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Outcome of fetal pleural effusions treated by thoracoamniotic shunting. Smith RP, Illanes S, Denbow ML et al, 2005.
2. Thoracoamniotic shunting. Nicolaides KH, Azar GB, 1990.
3. Intrathoracic dislodgement of pleuroamniotic shunt. Three case reports with longterm follow up. Sepulveda W, Galindo A, Sosa A et al, 2005.
4. Respiratory function in infancy following pleuroamniotic shunting. Thompson PJ, Greenough A, Nicolaides KH, 1993.
5. Thoracoamniotic shunts: fetal treatment of pleural effusions and congenital cystic adenomatoid malformations. Wilson RD, Baxter JK, Johnson MP et al, 2004.

46. NỘI SOI CAN THIỆP THAI NHI ĐIỀU TRỊ DỊ TẬT BẨM SINH

1. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật nội soi can thiệp thai nhi điều trị dị tật bẩm sinh là kỹ thuật sử dụng đèn soi có gắn camera và các dụng cụ phẫu thuật được đưa qua trocar, xuyên qua cơ tử cung vào trong buồng tử cung nhằm điều trị một số dị tật bẩm sinh cho thai nhi như thoát vị cơ hoành bẩm sinh, tắc nghẽn đường tiết niệu, dị tật nứt đốt sống,... Phẫu thuật này có thể được thực hiện trong môi trường nước ối hoặc sử dụng khí CO₂ để thay thế nước ối. Mục đích nhằm sửa chữa các dị tật thai nhi ngay trong buồng tử cung hoặc cải thiện các biến chứng của dị tật giúp tăng tỷ lệ sống sơ sinh, chữa khỏi hoặc cải thiện các hậu quả nghiêm trọng ở trẻ sơ sinh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thai nhi mắc dị tật bẩm sinh có thể can thiệp được bằng phẫu thuật nội soi buồng tử cung trước sinh nhi như thoát vị cơ hoành bẩm sinh, tắc nghẽn đường tiết niệu, dị tật nứt đốt sống, hẹp động mạch chủ, tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng bụng thai nhi, bất thường tim bẩm sinh ...
- Tuổi thai 18 - 32 tuần, một số trường hợp đặc biệt tới 34 tuần
- Đã được tư vấn và tự nguyện tham gia phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng bào thai.
- Mẹ đang có tình trạng nhiễm trùng toàn thân hoặc cấp cứu sản khoa, bệnh lý cấp tính khác chưa điều trị.
- Chuyển dạ đẻ non.
- Rỉ ối, vỡ ối non, nhiễm trùng ối.

4. THẬN TRỌNG

- Thai phụ có nhiễm trùng 1 hệ cơ quan
- Thai phụ có dấu hiệu dọa sảy thai, dọa đẻ non.
- Thai phụ có kèm theo u xơ tử cung to, khối lạc nội mạc tử cung to.
- Thai phụ có bệnh lý lây truyền từ mẹ sang con như HIV, viêm gan, giang mai... cần được thông báo về nguy cơ lây truyền cho thai có thể xảy ra sau thủ thuật.
- Thai nhi có dị tật nghiêm trọng và/hoặc bất thường di truyền nghiêm trọng.

5. CHUẨN BỊ: (mẫu danh mục chuẩn bị để thực hiện kỹ thuật chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh gửi kèm theo).

5.1. Người thực hiện:

- 01 phẫu thuật viên chính và 02 phẫu thuật viên phụ: là bác sĩ chuyên ngành Sản phụ khoa, được đào tạo về can thiệp bào thai.
- 01 dụng cụ viên: điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc, hóa chất

- Kháng sinh

- Dịch truyền tĩnh mạch tinh thể đẳng trương
- Atropine
- Adrenaline
- Thuốc giảm co tử cung (Atosiban, Nicardipine,...)
- Thuốc giảm đau nhóm opioid (Sufentanil, ...)
- Thuốc giãn cơ không khử cực (Atracurium, ...)
- Thuốc gây tê tại chỗ (Lidocaine, ...)

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật: Bộ dụng cụ mở đường vào buồng ối, các thiết bị y tế chuyên biệt cho từng bệnh lý, dị tật bẩm sinh cụ thể.
- Dao mổ, kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim tuỷ sống, kim chọc ối, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông, ống hút dịch phẫu thuật.
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng, túi vô trùng bọc đầu dò siêu âm, túi vô trùng bọc máy siêu âm, bao camera nội soi; băng dính, khí CO₂ y tế
- Ống vô trùng đựng bệnh phẩm.
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy, hệ thống thiết bị nội soi, tủ làm ấm dịch, hệ thống lọc khí áp lực dương, máy siêu âm, máy theo dõi người bệnh, máy quang đông, máy sưởi ấm cơ thể.
- Dung dịch sát trùng ngoài da
- Đồ vải
 - + Quần, áo công tác
 - + Quần, áo thủ thuật
 - + Quần áo người bệnh
 - + Săng phẫu thuật/thủ thuật.

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn thiện hồ sơ bệnh án:
 - + Đầy đủ thông tin hành chính của thai phụ
 - + Có đầy đủ mục tư vấn, chẩn đoán và có chỉ định nội soi buồng ối dẫn lưu dịch màng phổi thai nhi

- + Biên bản hội chẩn
- + Bản tư vấn giải thích quy trình và nguy cơ cho thai phụ
- + Giấy cam đoan chấp nhận thủ thuật.
- Có đầy đủ bộ xét nghiệm.
- Bảng kiểm an toàn thủ thuật và phiếu theo dõi thai phụ sau thủ thuật.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính 1 - 2 giờ, tùy theo bệnh lý của thai nhi.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng mổ can thiệp bào thai áp lực dương

6. TIỀN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị người bệnh tại phòng mổ

- Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
- Đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Siêu âm xác định vị trí và tư thế của thai, tình trạng ối, kiểm tra xác định vị trí và định hướng nơi vào trocar
- Đặt đường truyền tĩnh mạch, sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch và thuốc cắt cơn co tử cung theo phác đồ
- Vô cảm cho bệnh nhân (gây tê tùy sống, gây tê tại chỗ...), thông tiêu (nếu cần)
- Chuẩn bị dụng cụ, rửa tay, mặc áo, đi găng vô khuẩn
- Sát trùng thành bụng rộng rồi trải sẵn vô khuẩn bộc lộ vị trí thực hiện thủ thuật, bọc đầu dò siêu âm và bàn phím siêu âm vô khuẩn
- Pha hỗn hợp thuốc vô cảm cho thai với liều lượng tương ứng trọng lượng thai ước tính khi cần vô cảm thai nhi.
- Chuẩn bị các thiết bị y tế chuyên biệt cho từng bệnh lý, dị tật bẩm sinh cụ thể theo hướng dẫn của nhà sản xuất

6.1. Bước 2: Đưa ống nội soi và dụng cụ phẫu thuật vào buồng ối

- Siêu âm lần hai xác định vị trí và tư thế của thai, bánh rau, tình trạng ối, dây rốn, vị trí phẫu thuật để xác định đường vào buồng ối thuận lợi cho can thiệp tạng bệnh lý cần điều trị của thai nhi
- Tiếp cận buồng ối bằng kim chọc ối, lấy nước ối làm xét nghiệm (nếu cần), và tiêm hỗn hợp vô cảm cho thai.
- Rạch da 3-5 mm tùy thuộc kích thước trocar sử dụng cho từng kỹ thuật.
- Vào buồng ối của thai bằng kỹ thuật Seldinger với trocar dưới hướng dẫn của siêu âm: Đầu tiên đi vào góc ối đã xác định trước bằng kim 18G dưới hướng dẫn của siêu âm. Sau đó luồn trocar vào dây dẫn đường, đưa qua thành bụng và cơ tử cung vào buồng ối. Rút lõi trocar và dây dẫn đường.
- Đưa ống nội soi và dụng cụ phẫu thuật vào buồng ối: quan sát toàn cảnh và xác định vị trí can thiệp trên thai nhi.
- Trong một số trường hợp như phẫu thuật sửa dị tật nứt đốt sống, nước ối được rút gần hết và bơm CO₂ vào tạo phẫu trường.

6.3. Bước 3: Thực hiện kỹ thuật nội soi sửa chữa dị tật bẩm sinh

- Kỹ thuật can thiệp trên thai nhi được thực hiện theo quy trình kỹ thuật của từng bệnh lý.

6.4. Bước 4: Kết thúc kỹ thuật

- Trong các trường hợp có bơm CO₂ tạo ổ phẫu trường, sau khi hoàn thành phẫu thuật trên thai thì cần khóa CO₂ và truyền dịch vào buồng tử cung: Tiến hành truyền dung dịch Ringer lactat ấm vào buồng tử cung khoảng từ 500 - 1000 ml tùy tuổi thai hoặc đến góc ối lớn nhất đo được 50 - 60 mm trên siêu âm
- Cuối cùng rút toàn bộ trocar ra khỏi thành bụng bệnh nhân.
- Kiểm tra vị trí chọc, khâu da lỗ chọc, dán băng
- Siêu âm sau khi kết thúc phẫu thuật: Kiểm tra tim thai, kiểm tra kết quả của các can thiệp theo từng bệnh lý cụ thể (ví dụ: vị trí bóng ở khí quản trong phẫu thuật điều trị thoát vị hoành...), các biến chứng chảy máu nếu có...
- Khâu da lỗ chọc, dán băng
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi ổn định.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Đánh giá toàn trạng người bệnh sau phẫu thuật
- Thai phụ nằm nghỉ trong 2 - 3 giờ tại phòng hậu phẫu.
- Tiếp tục dùng thuốc cắt cơn co nếu có biểu hiện dọa sảy hoặc dọa đẻ non sau phẫu thuật.
- Dùng kháng sinh theo chỉ định.
- Khám, theo dõi các dấu hiệu sản khoa:
 - + Cơn co tử cung
 - + Ra máu, ra nước âm đạo.
- Siêu âm sau phẫu thuật 24 giờ và sau 48 giờ hoặc khi có bất thường qua các chỉ số: sinh trắc thai nhi, tình trạng bánh rau, nước ối, đánh giá hiệu quả của các can thiệp theo từng bệnh lý cụ thể.
- Thai phụ được ra viện sau 3 - 5 ngày nếu ổn định. Khám lại sau 1 tuần và tiếp tục quản lý thai 2 tuần/lần hoặc theo diễn biến của tình trạng thai đến khi sinh nhằm phát hiện sớm biến chứng sau phẫu thuật.

7.2. Tai biến

7.2.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật:

Biến chứng mẹ

- Nôn, buồn nôn
- + Có thể xảy ra trong quá trình thao tác trên tử cung.
- + Do tụt huyết áp, hoặc do nhạy cảm với các thuốc họ morphin.
- + Xử trí: Điều trị nguyên nhân nếu có. Dùng thuốc chống nôn

- Tụt huyết áp
- + Thường xảy ra sau nếu gây tê vùng do hậu quả của ức chế giao cảm.
- + Hậu quả: Tụt huyết áp nặng có thể dẫn đến giảm dòng máu đến bánh rau và nhịp tim thai chậm.
- + Xử trí: ưu tiên sử dụng các thuốc co mạch hơn là truyền dịch trong quá trình làm thủ thuật.
- Các biến chứng của gây mê, gây tê
- + Có thể gặp dị ứng, ngộ độc thuốc tê, co thắt phế quản...
- + Xử trí: hồi sức và xử trí theo tình huống cụ thể.
- Phù phổi cấp.
- + Do truyền khối lượng lớn nước muối sinh lý vào khoang ối để tạo điều kiện cho kỹ thuật dẫn đến hấp thu qua các kênh tĩnh mạch tử cung ở chỗ mở trocar
- + Trên tử cung: sử dụng các thuốc giảm co tử cung (magie sulfat) làm tăng thẩm qua mao mạch phổi
- + Xử trí: Dừng ngay phẫu thuật. Tình trạng nặng cần đặt nội khí quản thở máy với PEEP phù hợp. Cho thuốc lợi tiểu
- Chảy máu trong buồng ối.
- + Khi phẫu thuật nội soi buồng ối có thể gây chảy máu từ vết mổ hoặc từ mạch máu trong bánh rau vào buồng ối
- + Xử trí: Dừng phẫu thuật nếu chảy máu lượng nhiều, theo dõi huyết động mẹ và tuần hoàn thai, xử trí theo tình trạng sản khoa
- Chảy máu lỗ chọc trocar
- + Thường xảy ra khi lỗ chọc trocar vào mạch máu.
- + Xử trí: Khâu lại lỗ chọc trocar.

Biến chứng thai

- Nhịp tim thai chậm
- Mất tim thai
- Xử trí: theo tình trạng sản khoa

7.2.2. Tai biến sau khi thực hiện phẫu thuật:

- Vỡ ối non
- Dọa sảy thai, sảy thai hoặc dọa đẻ non, đẻ non.

7.2.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng ối
- Thai lưu

7.2.4. Xử trí tai biến: Điều trị và xử trí theo tình trạng sản khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Estes JM, MacGillivray TE, Hedrick MH, Adzick NS, Harrison MR. Fetoscopic surgery for the treatment of congenital anomalies. *J Pediatr Surg.* 1992;27(8):950-954. doi:10.1016/0022-3468(92)90538-i
2. Viral M. Pandya* JS, Claire Colmant, Yves Ville. Current Practice and Protocols: Endoscopic Laser Therapy for Twin-Twin Transfusion Syndrome. *Maternal-Fetal Medicine.* 2020;2:1
3. Evans LL, Harrison MR. Modern fetal surgery-a historical review of the happenings that shaped modern fetal surgery and its practices. *Transl Pediatr.* 2021;10(5):1401-1417. doi:10.21037/tp-20-114.

47. PHẪU THUẬT LẤY QUE CÂY TRÁNH THAI LẠC CHỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

Que cấy tránh thai một nang, nhiều nang là biện pháp tránh thai tạm thời, dài hạn (3 - 5 năm), có chứa progestin (Etonogestrel, Levonogestrel).

Que cấy tránh lạc chỗ khi que cấy tránh thai không nằm hoàn toàn trong lớp mỡ dưới da mà một phần hay toàn bộ que cấy tránh thai nằm trong cân, cơ tam đầu, nhị đầu, cánh tay, có di lệch khỏi vị trí cấy.

2. CHỈ ĐỊNH

- Xác định rõ ràng que cấy tránh thai lạc chỗ bằng khám lâm sàng (sờ, nắn) không có liên quan đến thần kinh, mạch máu, di lệch ít khỏi vị trí và kèm theo một trong các chỉ định sau:

- Có thai
- Áp xe, nhiễm khuẩn tại vị trí cấy que cấy tránh thai.
- Ra máu âm đạo kéo dài sau cấy que cấy tránh thai không kiểm soát được.
- Hết hạn sử dụng que cấy tránh thai.
- Muốn sinh con.
- Muốn dùng biện pháp tránh thai khác. Không muốn tiếp tục sử dụng que cấy tránh thai.
- Trong thời gian sử dụng que cấy tránh thai xuất hiện các bệnh: tăng huyết áp kéo dài và tăng lên, bệnh ác tính khối u ác tính, u phụ thuộc progesteron, tắc mạch.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Khi chưa xác định chính xác vị trí que cấy tránh thai.

4. THẬN TRỌNG

- Nhiễm trùng cấp tính (vùng da đang bị viêm tấy, áp xe hoặc có mủ) tại vị trí cấy thuốc tránh thai (điều trị kháng sinh trước rồi tháo)
- Nghi ngờ que cấy tránh thai lạc chỗ (di lệch) hay đã từng tháo que cấy tránh thai thất bại

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 2 Bác sĩ (1 bác sĩ thực hiện thủ thuật, 1 phẫu thuật viên phụ),
- 1 Hộ sinh/điều dưỡng dụng cụ

5.2. Thuốc

- Thuốc gây tê tại chỗ (Lidocain, Xylocain 1%...), thuốc cầm máu (Acid tranexamic), giảm đau (Fentanyl, Ibuprofen...) dịch truyền (Glucose, Ringer Lactat, Gelofusine...), thuốc chống sốc, hồi sức cấp cứu (Adrenalin, Diphenhydramine, Methylprednisolone...)

5.3. Thiết bị y tế

- Hóa chất (Povidone-iodine, cồn 70), nước cất, gạc, bông, băng chun, bơm tiêm, kim tiêm, dây truyền, chỉ khâu liền kim, Oxy, dây thở Oxy, bộ đồ vải
- Bộ dụng cụ tháo que cấy tránh thai, bộ dụng cụ khâu...
- Hộp thuốc dự phòng chống sốc.

- Mornitor theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật/thủ thuật
- Mũ, khẩu trang y tế

5.4. Bệnh nhân

- Thăm khám và làm các xét nghiệm cần thiết trước khi tháo que cấy tránh thai.
- Tư vấn khách hàng (trước, trong, sau tháo que cấy tránh thai, quy trình, các bước thực hiện thủ thuật, tai biến, nguy cơ....

5.5. Hồ sơ bệnh án Điền đầy đủ thông tin hành chính, ký cam kết

5.6. Thời gian thực hiện 0,5 giờ (30 phút)

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ

- a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá chính xác thông tin người bệnh, xét nghiệm, chẩn đoán, kỹ thuật thực hiện, ký xác nhận của người bệnh, vị trí thực hiện kỹ thuật
- b) Thực hiện theo bảng kiểm an toàn kỹ thuật trước, trong, sau khi thực hiện kỹ thuật.
- c) Đặt tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân ngửa nằm trên bàn (giường), bộc lộ vùng, vị trí que cấy tránh thai (cánh tay có que cấy tránh thai gấp lại ở khuỷu tay, xoay ra ngoài, hướng lên trên, bàn tay ngửa, ngón tay cái ngang vị trí tai)...

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Xác định que cấy tránh thai và đánh dấu đầu dưới que cấy tránh thai (nơi gần khuỷu tay nhất).

6.2. Bước 2: Gây tê vùng da định rạch, phía dưới que cấy tránh thai.

6.3. Bước 3: Rạch da khoảng 0.5 - 1 cm phía đầu que cấy tránh thai gần khuỷu tay.

6.4. Bước 4: Phẫu tích mô lấy que cấy tránh thai (đảm bảo lấy hết và toàn vẹn que cấy tránh thai).

6.5. Bước 5: Khâu cầm máu, khâu da

6.6. Bước 6: Băng ép bằng gạc vô khuẩn tháo sau 24h.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá toàn trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, vị trí tháo que cấy tránh thai
- Hoàn thiện hồ sơ tháo QCTT, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh theo dõi sau tháo que cấy tránh thai.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN.

Theo dõi

- Theo dõi toàn trạng (mạch, nhiệt độ, huyết áp), vị trí tháo que cấy tránh thai, 30 phút sau thủ thuật. Bệnh nhân ổn định xuất viện.
- Đơn thuốc kháng sinh sau thủ thuật nếu có nguy cơ nhiễm trùng.
- Hẹn khám lại khi có các dấu hiệu bất thường.

7.1. Tai biến trong tháo que cấy tránh thai

Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc, chảy máu: băng ép, kẹp mô, khâu cầm máu

7.2. Tai biến sau tháo que cấy tránh thai

- Đau, tụ máu, chảy máu sau khi cấy (tháo). Giảm đau, băng ép, khâu.

7.3. Biến chứng mụn (tại vị trí tháo que cấy tránh thai).

- Nhiễm khuẩn vị trí tháo (đau, nóng, đỏ) hoặc áp xe (có mủ) - ít gặp.
- + Viêm: Sát trùng, kháng sinh.
- + Áp xe: Sát trùng, chích dẫn lưu mủ, kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, phần kế hoạch hóa gia đình và phá thai an toàn -BYT- Hà Nội 2017
2. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 6th edition. Geneva: World Health Organization; 2024.
3. World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use. 4th edition. Geneva: World Health Organization; 2025.
4. Bernier, M. and A.P. Jonville-Bera, [Drug and food interactions with contraceptives: CNGOF Contraception Guidelines]. Gynecol Obstet Fertil Senol, 2018. 46(12): p. 786-791
5. Guiahi, M., et al., Short-Term Treatment of Bothersome Bleeding for Etonogestrel Implant Users Using a 14-Day Oral Contraceptive Pill Regimen: A Randomized Controlled Trial. Obstet Gynecol, 2015. 126(3): p. 508-513.
6. Upawi, S.N., et al., Management of bleeding irregularities among etonogestrel implant users: Is combined oral contraceptives pills or nonsteroidal anti-inflammatory drugs the better option? 2020. 46(3): p. 479-484
7. Edelman, A.B., et al., Treatment of Unfavorable Bleeding Patterns in Contraceptive Implant Users: A Randomized Controlled Trial. Obstet Gynecol, 2020. 136(2): p. 323-332

48. THỦ THUẬT THÁO QUE CÂY TRÁNH THAI LẠC CHỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

Que cấy tránh thai một nang, nhiều nang là biện pháp tránh thai tạm thời, dài hạn (3 - 5 năm), có chứa progestin (Etonogestrel, Levonogestrel).

Que cấy tránh lạc chỗ khi que cấy tránh thai không nằm hoàn toàn trong lớp mỡ dưới da mà một phần hay toàn bộ que cấy tránh thai nằm trong cân, cơ tam đầu, nhị đầu, cánh tay, có di lệch khỏi vị trí cấy.

2. CHỈ ĐỊNH

Xác định rõ ràng que cấy tránh thai lạc chỗ bằng khám lâm sàng (sờ, nắn) không có liên quan đến thần kinh, mạch máu, di lệch ít khỏi vị trí và kèm theo một trong các chỉ định sau:

- Có thai
- Áp xe, nhiễm khuẩn tại vị trí cấy que cấy tránh thai.
- Ra máu âm đạo kéo dài sau cấy que cấy tránh thai không kiểm soát được.
- Hết hạn sử dụng que cấy tránh thai.
- Muốn sinh con.
- Muốn dùng biện pháp tránh thai khác. Không muốn tiếp tục sử dụng que cấy tránh thai.
- Trong thời gian sử dụng que cấy tránh thai xuất hiện các bệnh: tăng huyết áp kéo dài và tăng lên, bệnh ác tính khối u phụ thuộc progesteron, tắc mạch.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Khi chưa xác định chính xác vị trí que cấy tránh thai.

4. THẬN TRỌNG

Khi tháo vthăm khám kỹ các trường hợp que cấy tránh thai lạc chỗ (di lệch) hay đã từng tháo que cấy tránh thai thất bại, tháo đảm bảo lấy toàn vẹn và số lượng nang que cấy tránh thai.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Thủ thuật viên phụ: 01 - 02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch,...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.

- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,5 - 1 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Xác định que cấy tránh thai và đánh dấu đầu dưới que cấy tránh thai (nơi gần khuỷu tay nhất).

6.2. Bước 2: Gây tê vùng da định rạch, phía dưới que cấy tránh thai.

6.3. Bước 3: Rạch da khoảng 0.5 - 1 cm phía đầu que cấy tránh thai gần khuỷu tay.

6.4. Bước 4: Phẫu tích mô lấy que cấy tránh thai (đảm bảo lấy hết và toàn vẹn que cấy tránh thai).

6.5. Bước 5: Khâu cầm máu, khâu da.

6.6. Bước 6: Băng ép bằng gạc vô khuẩn tháo sau 24 giờ.

6.7. Kết thúc quy trình

Đánh giá toàn trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, vị trí tháo que cấy tránh thai.

Hoàn thiện hồ sơ tháo que cấy tránh thai, lưu hồ sơ

Bàn giao người bệnh theo dõi sau tháo que cấy tránh thai.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN.

Theo dõi

Theo dõi toàn trạng (mạch, nhiệt độ, huyết áp), vị trí tháo que cấy tránh thai, 30 phút sau thủ thuật. Bệnh nhân ổn định xuất viện.

Đơn thuốc kháng sinh sau thủ thuật.

Hẹn khám lại khi có các dấu hiệu bất thường.

7.1. Tai biến trong tháo que cấy tránh thai

Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc, chảy máu: băng ép, kẹp mô, khâu cầm máu

7.2. Tai biến sau tháo que cấy tránh thai

- Đau, tụ máu, chảy máu sau khi cấy (tháo). Giảm đau, băng ép, khâu.

7.3. Biến chứng mụn (tại vị trí tháo que cấy tránh thai).

- Nhiễm khuẩn vị trí tháo (đau, nóng, đỏ) hoặc áp xe (có mủ) - ít gặp.

- Viêm: Sát trùng, kháng sinh.

- Áp xe: Sát trùng, chích dẫn lưu mủ, kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, phần kế hoạch hóa gia đình và phá thai an toàn -BYT -Hà Nội 2017
2. Quy trình kỹ thuật của Trung tâm Tư vấn SKSS -KHHGD Bệnh viện Phụ sản TW, QĐ 233/QĐ-PSTW 2022
3. Phác đồ điều trị sản phụ khoa BV Từ Dũ 2019, Chương 6 Kế hoạch hóa gia đình.
4. Bernier, M. and A.P. Jonville-Bera, [Drug and food interactions with contraceptives: CNGOF Contraception Guidelines]. Gynecol Obstet Fertil Senol, 2018. 46(12): p. 786-791
5. Guiahi, M., et al., Short-Term Treatment of Bothering Bleeding for Etonogestrel Implant Users Using a 14-Day Oral Contraceptive Pill Regimen: A Randomized Controlled Trial. Obstet Gynecol, 2015. 126(3): p. 508-513.
6. Upawi, S.N., et al., Management of bleeding irregularities among etonogestrel implant users: Is combined oral contraceptives pills or nonsteroidal anti-inflammatory drugs the better option? 2020. 46(3): p. 479-484
7. Edelman, A.B., et al., Treatment of Unfavorable Bleeding Patterns in Contraceptive Implant Users: A Randomized Controlled Trial. Obstet Gynecol, 2020. 136(2): p. 323-332.

49. PHÁ THAI NỘI KHOA TỪ 10 TUẦN ĐẾN HẾT 12 TUẦN

1. ĐẠI CƯƠNG

Phá thai nội khoa từ 10 tuần đến hết 12 tuần là phương pháp chấm dứt thai kỳ trong tử cung bằng cách sử dụng phối hợp Mifepristone và Misoprostol gây sảy thai cho các thai từ 10 tuần đến hết 12 tuần tuổi (84 ngày).

2. CHỈ ĐỊNH

Thai trong tử cung với tuổi thai từ 10 tuần đến hết 12 tuần.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Tuyệt đối

- Suy tuyến thượng thận mãn tính (do Mifepristone có cơ chế đối kháng thụ thể Glucocorticoid).
- Rối loạn chuyển hóa Porphyria di truyền (do đột biến gen làm thiếu hụt enzyme trong quá trình tổng hợp heme).
- Tiền sử dị ứng với Mifepristone, Misoprostol.

3.2. Tương đối

- Đang điều trị Corticoid toàn thân lâu dài (Mifepristone đối kháng tác dụng của Corticoid).
- Rối loạn đông máu hoặc đang dùng thuốc chống đông (nguy cơ chảy máu kéo dài nhưng không làm giảm hiệu quả phá thai).
- Thiếu máu nặng (Hb < 70 g/l) (cân nhắc truyền máu hoặc nâng cao thể trạng).
- Các bệnh lý tim mạch, hen suyễn đã được kiểm soát tốt (thực hiện tại cấp chuyên sâu).
- Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính (cần được điều trị ổn).
- Dị dạng sinh dục (thực hiện tại cấp chuyên sâu).
- Sẹo mổ trên cơ tử cung (cân nhắc giảm liều Misoprostol và tăng khoảng cách thời gian giữa các lần dùng thuốc và thực hiện tại cấp chuyên sâu).
- Dụng cụ tử cung (IUD): phải tháo DCTC trước khi dùng thuốc.

4. THẬN TRỌNG

- Đang cho con bú.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 1 bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa
- 1 hộ sinh hay điều dưỡng.

5.2. Thuốc

Thuốc Mifepristone, Misoprostol, thuốc gây tê (Lidocaine), thuốc co tử cung (Oxytocin, Ergometrine, Duratocin...) thuốc cầm máu (Acid tranexamic), giảm đau (Fentanyl, Ibuprofen...) dịch truyền (Glucose, Ringer Lactat, Gelofusine...), thuốc chống sốc, hồi sức cấp cứu (Adrenalin, Diphenhydramine, Methylprednisolone...)

5.3. Thiết bị y tế

- Hóa chất (Povidone-iodine, cồn 70), gạc, bông, mét, bơm tiêm, kim tiêm, dây truyền, chỉ khâu tự tiêu liền kim, Oxy, dây thở Oxy, bộ đồ vải, sông tiểu, túi đựng nước tiểu....
- Bộ hút thai chân không cho thai từ 10 tuần đến 12 tuần, bộ dụng cụ khám phụ khoa, bộ kiểm tra đường dưới, bộ dụng cụ khâu cổ tử cung, bộ nong cổ tử cung...
- Bộ hộp chống sốc.
- Máy siêu âm, Mornitor theo dõi mạch, huyết áp nhiệt độ, hệ thống xử lý dụng cụ và chất thải y tế, hệ thống xử lý mô (đèn soi mô, giá lọc rửa mô, khay đựng mô...)...
- Đồ vải
 - + Quần, áo công tác
 - + Quần, áo thủ thuật
 - + Quần áo người bệnh
 - + Săng phẫu thuật/thủ thuật
- Mũ, khẩu trang y tế

5.4. Bệnh nhân

- Khám sàng lọc khách hàng
- Hỏi tiền sử, khám toàn thân, khám sản phụ khoa.
- Tính tuổi thai: ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng (kinh đều).
- Siêu âm, làm thêm các xét nghiệm khác nếu cần.
- Tư vấn.
- Tư vấn về quyết định chấm dứt thai nghén.
- 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 các dùng thuốc.
- Tư vấn cách tự theo dõi và tự chăm sóc sau sử dụng thuốc phá thai.
- Giới thiệu các tác dụng phụ của thuốc phá thai và cách xử lý.
- Nhấn mạnh các triệu chứng bất thường: ra máu nhiều, sốt, đau bụng tăng lên, ra dịch âm đạo hôi bẩn.
- Cung cấp thông tin liên lạc trong tình huống cấp cứu.
- Cung cấp khả năng có thai lại sau phá thai bằng thuốc.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Điền đầy đủ thông tin hành chính. Ký cam kết phá thai (tuổi vị thành niên phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ).

5.7. Thời gian thực hiện

- Một giờ 30 phút (85 -90 phút).

5.8. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ

- a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá chính xác thông tin người bệnh, xét nghiệm, chẩn đoán, kỹ thuật thực hiện, ký xác nhận của người bệnh
- b) Thực hiện theo bảng kiểm an toàn kỹ thuật trước, trong, sau khi thực hiện kỹ thuật.
- c) Đặt tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân sau uống thuốc Mifepriston được nằm theo dõi tại buồng bệnh 30 phút. Sau 24 - 48 giờ bệnh nhân đặt âm đạo Misoprostol theo dõi tại bệnh viện. Thăm khám, đặt thuốc theo tư thế sản khoa.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phác đồ sử dụng thuốc cho thai từ 10 - 12 tuần (từ 64 đến hết 84 ngày)

6.1. Bước 1

Uống 01 viên mifepristone 200mg tại bệnh viện. Theo dõi mạch, huyết áp, tình trạng toàn thân của bệnh nhân trong vòng 30 phút. Sau đó cho bệnh nhân về nhà.

6.2. Bước 2

Sau 24 - 48 giờ, bệnh nhân đến bệnh viện đặt túi cùng âm đạo 800 mcg misoprostol (liều 1) tại bệnh viện.

6.3. Bước 3

- Theo dõi tại viện, cứ sau mỗi 3 giờ ngậm dưới lưỡi hoặc ngậm bên má 400 mcg misoprostol cho đến khi sảy thai hoàn toàn (tối đa 4 liều).
- Nếu sau 3 giờ khi dùng misoprostol liều thứ 5 mà chưa sảy thai thì cho khách hàng nghỉ ngơi từ 9 - 12 giờ. Sau đó lặp lại phác đồ lần 2 (không lặp lại bước 1 uống mifepristone).
- Đặt túi cùng âm đạo 800 mcg Misoprostol (liều 1 lần 2) tại cơ sở y tế. Sau mỗi 3 giờ, ngậm dưới lưỡi hoặc ngậm bên má 400 mcg misoprostol, tối đa là 4 liều (liều 2 đến liều 5 lần 2) đến khi sảy thai hoàn toàn.
- Nếu sau 2 lần theo phác đồ trên thai vẫn không sảy chuyển phương pháp khác.

Lưu ý:

- Khi uống mifepriston, bệnh nhân nôn, nếu thời điểm nôn trên 30 phút thì không cần uống lại thuốc.
- Khi bệnh nhân có sẹo mổ cũ cần giảm liều (theo từng cá thể).

6.4. Kết thúc quy trình.

- Đánh giá toàn trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Mạch, nhiệt độ, huyết áp sau uống thuốc Mifepriston sau 30 phút, ổn định cho bệnh nhân về. Sau 24 - 48 giờ, bệnh nhân đến bệnh viện đặt âm đạo 800µg Misoprostol tại bệnh viện.
- Hoàn thiện hồ sơ phá thai nội khoa từ 10 tuần đến hết 12 tuần, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh theo dõi sau uống Mifepriston (theo dõi 30 phút tại bệnh viện) và sau 24 - 48 giờ bệnh nhân đến bệnh viện đặt âm đạo 800µg Misoprostol tại bệnh viện

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Sau uống Mifepriston

- + Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp 15 phút/ 1 lần.
- + Theo dõi tác dụng không mong muốn của thuốc Mifepriston: Phản vệ, dị ứng, nôn, rối loạn tiêu hóa...
- Sau dùng Misoprostol
- + Dấu hiệu sinh tồn mỗi giờ 1 lần trong 3 giờ đầu, sau đó 2 giờ/lần.
- + Tình trạng ra máu âm đạo, đau bụng: có thể dùng thuốc giảm đau (nếu cần), các triệu chứng tác dụng phụ: nôn, buồn nôn, tiêu chảy, sốt, rét run,...
- Khuyến cáo khám lại sau 2 tuần
- Đánh giá hiệu quả điều trị: qua khám lâm sàng và siêu âm...

7.2. Tai biến trong khi thực hiện phá thai nội khoa từ 10 tuần đến hết 12 tuần

- Sốc sau sử dụng thuốc phá thai: Xử trí theo phác đồ chống sốc.
- Chảy máu nhiều (ướt đẫm 2 băng vệ sinh trong 1 giờ và kéo dài 2 giờ liên tiếp, có máu đông -máu cục).
- + Khi không ảnh hưởng toàn trạng (mạch huyết áp ổn định):
 - Nếu thấy sảy thai tiến triển, rau thai thập thò cổ tử cung thì dùng kẹp hình tim gấp rau và cho thuốc co tử cung: Oxytocin, Ergometrine...
 - Nếu ứ dịch buồng tử cung nhiều thì hút buồng tử cung, co tử cung.
- + Khi có ảnh hưởng toàn trạng: vừa hồi sức vừa thực hiện thủ thuật.

7.3. Tai biến sau phá thai nội khoa từ 10 tuần đến hết 12 tuần

- Rong huyết kéo dài (trên 15 ngày): Xác định nguyên nhân, xử trí theo nguyên nhân.
- Nhiễm khuẩn - viêm niêm mạc tử cung, viêm cơ tử cung, viêm phần phụ, viêm phúc mạc tiểu khung, nhiễm khuẩn huyết...(rất hiếm khi xảy ra). Xử trí: Kháng sinh liều cao hoặc phối hợp. Hút buồng tử cung nếu cần.
- Sốt thai (thai lưu, thai tiếp tục phát triển), sốt rau. Xử trí: Hút buồng tử cung, thuốc co hồi tử cung, cho kháng sinh.

7.4. Biến chứng muộn sau phá thai nội khoa từ 10 tuần đến hết 12 tuần

- Mất kinh (xử trí theo phác đồ mất kinh sau phá thai - theo nguyên nhân)
- Dính buồng tử cung (ít xảy ra): Xử trí tách dính buồng tử dưới siêu âm, soi buồng tử cung tách dính...
- Vô sinh (tắc vòi trứng). Xử trí theo nguyên nhân điều trị vô sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, phần kế hoạch hóa gia đình và phá thai an toàn -BYT -Hà Nội 2017.
2. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 6th edition. Geneva: World Health Organization; 2024.
3. World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use. 4th edition. Geneva: World Health Organization; 2025.

50. NẠO; HÚT THAI Ở SẸO MỔ LẤY THAI

1. ĐẠI CƯƠNG

Nạo; hút thai ở vết mổ cũ là một phương thức ngoại khoa dùng để điều trị chữa ở sẹo mổ lấy thai.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chửa ở sẹo mổ lấy thai loại 1 mà người bệnh không muốn giữ thai.
- Chửa ở sẹo mổ lấy thai loại 2, thai dưới 8 tuần, SA Doppler không có mạch xuyên thành, mạch máu tăng sinh vừa hoặc ít, khối thai không quá gần ĐM TC 2 bên.
- Người bệnh không có nguyện vọng giữ thai.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Siêu âm Doppler có hình ảnh mạch máu xuyên thành, rau cài răng lược.
- Chiều dày cơ tử cung còn lại ở vị trí sẹo mổ lấy thai < 3mm.

4. THẬN TRỌNG

- Siêu âm Doppler có hình ảnh tăng sinh mạch nhiều
- Có bệnh lý nội, ngoại khoa cần điều chỉnh ổn định trước thủ thuật

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Thủ thuật viên phụ: 01 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền, thuốc tăng co (oxytocin, misoprostol...), thuốc cầm máu (transamine...), ...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch, máy siêu âm...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, ...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải sẵn vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: ước tính 0.5-1 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật hoặc phòng phẫu thuật

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Hút thai ở vị trí vết mổ cũ dưới hướng dẫn của siêu âm:

- Đưa ống hút vào đáy buồng tử cung: hút hết máu đọng trong buồng tử cung trước, sau đó kéo dần ống hút xuống sao cho cửa sổ ống hút ở vị trí túi thai ngang vết mổ.
- Cố gắng hút được phần thai và rau nhiều nhất có thể.
- Vừa hút vừa quan sát cơ tử cung ở đoạn eo tử cung tránh làm thủng tử cung.
- Sau khi hút hết phần thai, rau có thể để lưu ống hút với phần cửa sổ ống hút ngang vị trí vết mổ cũ để quan sát máu chảy ra ngoài qua ống hút.

Gửi giải phẫu bệnh

- 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

Kết thúc thủ thuật

- Trao đổi với người bệnh và người nhà người bệnh về kết quả thủ thuật.
- Ghi chép hồ sơ.
- Chỉ định điều trị thích hợp: kháng sinh, thuốc co tử cung



Hình 1a. Hình ảnh chưa tại vết mổ lấy thai cũ, lồi vào bàng quang



Hình 1b. trong khi hút (hình ảnh đầu ống hút trong túi ối)



Hình 1c. Sau hút 7 ngày, khối âm vang hỗn hợp 25x25mm tại sẹo mổ cũ

Chú ý: Trong trường hợp chảy máu có thể dùng một số biện pháp cầm máu sau (có thể phối hợp nhiều biện pháp):

- Dùng thuốc tăng co: oxytocin, misoprostol...
- Dùng thuốc cầm máu: Transamine
- Chèn meches vào cùng đồ sau âm đạo.
- Chèn bóng Foley vào vị trí vết mổ cũ (dưới hướng dẫn của siêu âm):
 - + Đưa sonde Foley (có thể chọn sonde từ số 14 - 24 tùy thuộc tuổi thai) vào buồng tử cung sao cho vị trí bóng của sonde ngang vị trí diện rau bám ở vết mổ.
 - + Bơm bóng với thể tích từ 20ml đến 40ml.
 - + Kiểm tra chảy máu ra âm đạo và ra qua sonde Foley ra ngoài.
 - + Nếu cầm máu thì lưu sonde Foley 24 - 48 giờ.

Nếu không cầm máu phải phối hợp các biện pháp khác hoặc phải mổ cấp cứu để cầm máu.



7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Chảy máu âm đạo: Nếu chảy máu nhiều có thể dùng một số biện pháp cầm máu như:

- Dùng thuốc tăng co, thuốc cầm máu, chèn bóng foley
- Nút mạch chọn lọc cấp cứu.
- Mổ cầm máu bảo tồn tử cung, nếu không cầm máu được phải cắt tử cung.

7.2. Thủng tử cung: mổ cấp cứu khâu lại vị trí thủng, cầm máu nếu không cầm máu được phải cắt tử cung.

7.3. Tổn thương đoạn dưới: mổ cấp cứu, cắt lọc khâu lại đoạn dưới tử cung.

8. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH SAU HÚT THAI Ở VẾT MỔ

8.1. Ngay sau hút:

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Theo dõi ra máu âm đạo.
- Ra máu qua sonde Foley trong trường hợp chèn bóng.

8.2. Sau hút 24 giờ:

- Theo dõi toàn trạng, ra máu âm đạo.
- Siêu âm đánh giá khối máu tụ ở vị trí vết mổ?
- Định lượng β hCG, so sánh với lượng β hCG ngay trước khi hút thai.
- Rút meches âm đạo.
- Tháo bóng chèn sau 24 - 72 giờ, sau tháo bóng thấy vẫn còn chảy máu có thể chèn lại bóng lần 2.
- Vệ sinh âm đạo, âm hộ.

8.3. Theo dõi ngoại trú:

- Sau khi ra viện những bệnh nhân này vẫn cần theo dõi ngoại trú tại khoa Phụ Ngoại.
- Cần quay lại bệnh viện ngay khi ra máu âm đạo nhiều.
- Khám lại theo hẹn: khám lâm sàng, xét nghiệm β hCG, siêu âm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Maymon R, Halperin R, Mendlovic S, Schneider D, Herman A. Ectopic pregnancies in a Caesarean scar: review of the medical approach to an iatrogenic complication. *Hum Reprod Update*. 2004. Nov-Dec;10(6):515-523.
2. Rotas MA, Haberman S, Levгур M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis and management. *Obstet Gynecol*. 2006. June;107(6):1373-1381