BỘ Y TẾ

Số: 1296 /QĐ-BYT

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

Hà Nội, ngày 08 tháng 5 năm 2026

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Sản phụ khoa - Tập 1”

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 1” thuộc Chương Sinh dục nữ và Sản khoa - Sơ sinh, gồm 239 quy trình kỹ thuật.

Điều 2. Tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Sản phụ khoa - Tập 1” 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 ký, ban hành.

Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24 tháng 4 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ sản hết hiệu lực.

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 1

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1296 */QĐ-BYT*
ngày 08 tháng 5 năm 2026 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

HÀ NỘI - 2026

MỤC LỤC

LỜI NÓI ĐẦU 14

NGUYÊN TẮC XÂY DỰNG, BAN HÀNH VÀ ÁP DỤNG HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRONG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH........ 15

DANH SÁCH THÀNH VIÊN BIÊN SOẠN, THẨM ĐỊNH 17

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT 21

DANH MỤC KỸ THUẬT 22

1. THỦ THUẬT BÓC NANG; NHÂN XƠ VÚ 47

2. PHẪU THUẬT CẮT MỘT PHẦN VÚ 50

3. ĐẶT ĐỊNH VỊ KIM DÂY SINH THIẾT TỔN THƯƠNG TUYẾN VÚ DƯỚI SIÊU ÂM..... 53

4. ĐẶT ĐỊNH VỊ KIM DÂY SINH THIẾT TỔN THƯƠNG TUYẾN VÚ DƯỚI MAMMOGRAPHY 56

5. SINH THIẾT HẠCH GÁC CỬA TRONG UNG THƯ VÚ CÓ LẬP BẢN ĐỒ HẠCH.... 59

6. PHẪU THUẬT CẮT KHỐI U VÚ 64

7. PHẪU THUẬT CẮT VÚ TRIỆT CĂN 67

8. PHẪU THUẬT TÁI TẠO TUYẾN VÚ BẰNG TÚI GIÃN DA 70

9. PHẪU THUẬT TÁI TẠO 1 BÊN TUYẾN VÚ BẰNG VẠT CƠ THẲNG BỤNG 74

10. PHẪU THUẬT TÁI TẠO 2 BÊN TUYẾN VÚ BẰNG VẠT CƠ THẲNG BỤNG 79

11. PHẪU THUẬT CẮT VÚ TRIỆT CĂN; VÉT HẠCH NÁCH KẾT HỢP TÁI TẠO BẰNG VẠT CƠ LƯNG RỘNG 84

12. PHẪU THUẬT TÁI TẠO BẰNG VẠT NHÁNH XUYÊN ĐỘNG MẠCH THƯỢNG VỊ DƯỚI CÓ SỬ DỤNG VI PHẪU 88

13. PHẪU THUẬT TÁI TẠO BẰNG VẠT CƠ THẲNG BỤNG TỰ DO CÓ SỬ DỤNG VI PHẪU 93

14. PHẪU THUẬT CẮT UNG THƯ DA HOẶC UNG THƯ HẮC TỐ TẠI VÚ 98

15. PHẪU THUẬT CẮT 1 PHẦN TUYẾN VÚ (BẢO TỒN) UNG THƯ VÚ 101

16. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BẰNG CÁC VẠT TẠI CHỖ........ 104

17. BẢO TỒN VÀ PHỤC HỒI TUYẾN VÚ KIỂU CÁNH DƠI........ 108

18. BẢO TỒN VÀ PHỤC HỒI TUYẾN VÚ KIỂU CHỮ B........ 111

19. BẢO TỒN VÀ PHỤC HỒI TUYẾN VÚ KIỂU CHỮ T NGƯỢC........ 114

20. BẢO TỒN VÀ PHỤC HỒI TUYẾN VÚ KIỂU CHỮ J 118

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hiep hoi Benh vien Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

21. BẢO TỒN VÀ PHỤC HỒI TUYẾN VÚ KIỂU CHỮ V 121
22. BẢO TỒN VÀ PHỤC HỒI TUYẾN VÚ KIỂU KHỐI TRÒN 124
23. BẢO TỒN VÀ PHỤC HỒI TUYẾN VÚ VỚI CÁC U Ở TRUNG TÂM 127
24. BẢO TỒN VÀ PHỤC HỒI TUYẾN VÚ KIỂU CUỐNG DƯỚI 130
25. CHÍCH ÁP XE VÚ 133
26. PHẪU THUẬT CẮT ÂM HỘ 135
27. PHẪU THUẬT CẮT BỎ ÂM VẬT 138
28. BÓC NHÂN UNG THƯ NGUYÊN BÀO NUÔI DI CĂN ÂM HỘ 140
29. BÓC NHÂN UNG THƯ NGUYÊN BÀO NUÔI DI CĂN ÂM ĐẠO 142
30. BÓC NHÂN UNG THƯ NGUYÊN BÀO NUÔI DI CĂN CỔ TỬ CUNG 144
31. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT 2 PHẦN PHỤ 146
32. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT MẠC NỐI LỚN 150
33. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN 153
34. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG TRIỆT CĂN 157
35. PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN 161
36. PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG TRIỆT CĂN (WERTHEIM) 165
37. PHẪU THUẬT HẠCH GÁC CỬA TRONG SẢN PHỤ KHOA 168
38. SOI BUỒNG TỬ CUNG CHẨN ĐOÁN 173
39. SOI BUỒNG TỬ CUNG SINH THIẾT 176
40. PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CẮT DÍNH 179
41. PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CẮT VÁCH NGĂN 182
42. PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CẮT POLYPE 185
43. PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CẮT U XƠ 188
44. PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG LẤY DỊ VẬT 191
45. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN 194
46. PHẪU THUẬT CẮT CỔ TỬ CUNG ĐƯỜNG ÂM ĐẠO CÓ KIỂM SOÁT QUA NỘI SOI Ổ BỤNG TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÃ MỔ CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN 198
47. PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN 203
48. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG CẮT CỔ TỬ CUNG TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÃ MỔ CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN 207

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hiep hoi Benh vien tu nhan Viet Nam 08/0[illegible]/202[illegible] 15:28:08

hhbvtnvn.thanhhoa_Van tu Hiep hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/01/2026 15:28:08

49. PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG ĐƯỜNG ÂM ĐẠO 211

50. PHẪU THUẬT ĐƯỜNG ÂM ĐẠO CẮT CỔ TỬ CUNG TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÃ MỔ CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN 215

51. PHẪU THUẬT ĐƯỜNG ÂM ĐẠO BÓC U XƠ CỔ TỬ CUNG........ 219

52. PHẪU THUẬT NỘI SOI BÓC U XƠ TỬ CUNG 222

53. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT GÓC TỬ CUNG........ 226

54. PHẪU THUẬT BÓC U XƠ TỬ CUNG........ 230

55. PHẪU THUẬT CẮT GÓC TỬ CUNG 234

56. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG BÓC NHÂN UNG THƯ NGUYÊN BÀO NUÔI BẢO TỒN TỬ CUNG 237

57. CẮT POLYPE BUỒNG TỬ CUNG........ 240

58. PHẪU THUẬT CẮT HOẶC BÓC U BUỒNG TRỨNG........ 244

59. PHẪU THUẬT CẮT PHẦN PHỤ........ 247

60. PHẪU THUẬT CẮT HOẶC BÓC NANG NƯỚC CẠNH VÒI TRỨNG........ 250

61. PHẪU THUẬT CẦM MÁU BUỒNG TRỨNG........ 253

62. PHẪU THUẬT TREO BUỒNG TRỨNG........ 256

63. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT HOẶC BÓC U BUỒNG TRỨNG 259

64. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT PHẦN PHỤ 263

65. PHẪU THUẬT NỘI SOI TREO BUỒNG TRỨNG 267

66. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT KHỐI THAI NGOÀI TỬ CUNG........ 270

67. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT HOẶC BÓC NANG NƯỚC CẠNH VÒI TRỨNG . 274

68. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẦM MÁU BUỒNG TRỨNG 278

69. PHẪU THUẬT NỘI SOI GỠ DÍNH, LÀM SẠCH, DẪN LƯU, CẮT BỎ TỔN THƯƠNG VIÊM PHÚC MẠC TIỂU KHUNG; VIÊM PHẦN PHỤ; Ứ MỦ VÒI TỬ CUNG 281

70. PHẪU THUẬT GỠ DÍNH, LÀM SẠCH, DẪN LƯU, CẮT BỎ TỔN THƯƠNG VIÊM PHÚC MẠC TIỂU KHUNG; VIÊM PHẦN PHỤ; Ứ MỦ VÒI TỬ CUNG........ 284

71. PHẪU THUẬT CẮT KHỐI THAI NGOÀI TỬ CUNG 287

72. PHẪU THUẬT CẮT KHỐI THAI NGOÀI TỬ CUNG TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT (KHỐI THAI TRONG Ổ BỤNG; KHỐI THAI NGOÀI PHÚC MẠC; KHỐI THAI Ở GAN; KHỐI THAI Ở VẾT MỔ LẤY THAI...) 290

73. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT KHỐI THAI NGOÀI TỬ CUNG TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT (KHỐI THAI TRONG Ổ BỤNG; KHỐI THAI NGOÀI PHÚC MẠC; KHỐI THAI Ở GAN; KHỐI THAI Ở VẾT MỔ LẤY THAI...) 294
74. PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG GỠ DÍNH, MỞ THÔNG, TẠO HÌNH LOA VÒI 298
75. PHẪU THUẬT NỘI SOI NỐI VÒI TỬ CUNG 301
76. PHẪU THUẬT NỐI VÒI TỬ CUNG 304
77. NONG VÒI TỬ CUNG QUA SOI BUỒNG TỬ CUNG KẾT HỢP VỚI PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG 307
78. NỘI SOI TREO TỬ CUNG, MỎM CẮT VÀO MỎM NHÔ 310
79. MỞ BỤNG TREO TỬ CUNG, MỎM CẮT VÀO MỎM NHÔ 313
80. PHẪU THUẬT CROSSEN 316
81. PHẪU THUẬT MANCHESTER 319
82. PHẪU THUẬT RICHTER 322
83. PHẪU THUẬT RICHARDSON 325
84. PHẪU THUẬT LEFORT 328
85. PHẪU THUẬT LABHART 331
86. PHẪU THUẬT KHÂU NGẮN DÂY CHẰNG TỬ CUNG CÙNG ĐIỀU TRỊ SA SINH DỤC 333
87. KHOÉT CHÓP CỔ TỬ CUNG 338
88. CẮT CỤT CỔ TỬ CUNG 341
89. CẮT CỔ TỬ CUNG BẰNG VÒNG NHIỆT ĐIỆN (LEEP) 343
90. CẮT POLYPE CỔ TỬ CUNG 345
91. PHẪU THUẬT CẮT U ÂM HỘ 348
92. PHẪU THUẬT CẮT U ÂM ĐẠO 350
93. PHẪU THUẬT CẮT U CỔ TỬ CUNG 353
94. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH TỬ CUNG (STRASSMAN; JONES) 356
95. PHẪU THUẬT ĐƯỜNG ÂM ĐẠO KẾT HỢP PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG TẠO HÌNH ÂM ĐẠO 359
96. PHẪU THUẬT ĐƯỜNG ÂM ĐẠO TẠO HÌNH ÂM ĐẠO DỊ DẠNG 363
97. PHẪU THUẬT CẮT VÁCH NGĂN ÂM ĐẠO 366

hhbvtnvn.thanhhoa_Van phu Hiep hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/08/2024 15:28:08

98. PHẪU THUẬT MỞ THÔNG ÂM ĐẠO 369

99. PHẪU THUẬT KHÂU PHỤC HỒI TẦNG SINH MÔN 372

100. PHẪU THUẬT LÀM LẠI THÀNH ÂM ĐẠO, TẦNG SINH MÔN 375

101. BÓC KHỐI LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG Ở TẦNG SINH MÔN 377

102. BÓC KHỐI LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG Ở THÀNH BỤNG 379

103. LÀM LẠI VẾT MỔ THÀNH BỤNG (BỤC; TỤ MÁU; NHIỄM KHUẨN...) SAU PHẪU THUẬT SẢN PHỤ KHOA 382

104. CẮT POLYPE ĐƯỜNG ÂM ĐẠO 385

105. ĐỐT ĐIỆN CỔ TỬ CUNG 388

106. CHIẾU TIA HỒNG NGOẠI ĐIỀU TRỊ VIÊM DÍNH TIỂU KHUNG 390

107. SÓNG NGẮN ĐIỀU TRỊ VIÊM DÍNH TIỂU KHUNG 392

108. LẤY DỊ VẬT ÂM ĐẠO 394

109. KHÂU RÁCH CÙNG ĐỒ ÂM ĐẠO 396

110. CHÍCH RẠCH TỤ MÁU TẦNG SINH MÔN 399

111. CHÍCH ÁP XE TUYẾN BARTHOLIN 402

112. BÓC NANG TUYẾN BARTHOLIN 404

113. SINH THIẾT CỔ TỬ CUNG 406

114. SINH THIẾT ÂM ĐẠO 408

115. SINH THIẾT ÂM HỘ 410

116. CẮT; ĐỐT SÙI MÀO GÀ ÂM HỘ; ÂM ĐẠO 412

117. NONG CỔ TỬ CUNG HOẶC BUỒNG TỬ CUNG 414

118. HÚT BUỒNG TỬ CUNG 417

119. NẠO NIÊM MẠC TỬ CUNG 419

120. NẠO; HÚT THAI TRỨNG 422

121. CHỌC DÒ TÚI CÙNG DOUGLAS 425

122. CHỌC, DẪN LƯU TÚI CÙNG DOUGLAS 428

123. KHÁM PHỤ KHOA 431

124. SOI CỔ TỬ CUNG 434

125. LÀM THUỐC ÂM HỘ; ÂM ĐẠO 437

126. CHÍCH RẠCH MÀNG TRINH DO Ứ MÁU KINH 439
127. CHỌC HÚT DỊCH DO MÁU TỤ SAU MỔ 441
128. CHỌC NANG TỒN DƯ DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM 443
129. CHỌC DỊCH GIẢ NANG DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM 445
130. VI KHUẨN, VI NẤM, TRICHOMONAS NHUỘM SOI VÀ PHÂN TÍCH TỰ ĐỘNG HỖ TRỢ CHẨN ĐOÁN VIÊM ÂM ĐẠO 447
131. PHẪU THUẬT SINH THIẾT TỔN THƯƠNG CHẢY DỊCH NÚM VÚ 455
132. PHẪU THUẬT SINH THIẾT HẠCH NÁCH 458
133. ĐẶT ĐỊNH VỊ KIM DÂY TỔN THƯƠNG VÚ DƯỚI HƯỚNG DẪN MRI 461
134. PHẪU THUẬT ÁP XE VÚ 464
135. PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN VÚ DO PHYLLODE 466
136. PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN VÚ VÉT HẠCH NÁCH TRIỆT CĂN BIẾN ĐỔI 469
137. PHẪU THUẬT BẢO TỒN UNG THƯ VÚ 472
138. PHẪU THUẬT SINH THIẾT HẠCH CỬA TRONG UNG THƯ VÚ 475
139. PHẪU THUẬT TÁI TẠO TUYẾN VÚ SAU CẮT BỎ TOÀN BỘ TUYẾN VÚ DO UNG THƯ BẰNG VẠT CƠ THẲNG BỤNG MỘT BÊN 481
140. PHẪU THUẬT TÁI TẠO TUYẾN VÚ SAU CẮT BỎ TOÀN BỘ TUYẾN VÚ DO UNG THƯ BẰNG VẠT MÔNG CÓ SỬ DỤNG VI PHẪU 486
141. TẠO HÌNH PHỨC HỢP QUẦNG, NÚM VÚ 490
142. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BUỒNG TRỨNG 493
143. PHẪU THUẬT NỘI SOI BẰNG ROBOT ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH LÝ PHỤ KHOA .. 497
144. SINH THIẾT VÚ BẰNG KIM 518
145. PHÁT HIỆN UNG THƯ CỔ TỬ CUNG BẰNG KỸ THUẬT QUANG ĐIỆN 521
146. PHẪU THUẬT NỘI SOI TRIỆT SẢN NỮ 527
147. PHẪU THUẬT TRIỆT SẢN NỮ 530
148. LÀM THUỐC TẦNG SINH MÔN SAU ĐẺ 533
149. KHÁM THAI 535
150. THEO DÕI NHỊP TIM THAI VÀ CƠN CO TỬ CUNG BẰNG MONITOR SẢN KHOA .542
151. SOI ỐI 545

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/03/2025 15:28:08

152. GÂY CHUYỂN DẠ BẰNG THUỐC 548

153. GÂY CHUYỂN DẠ BẰNG BÓNG 552

154. NGHIỆM PHÁP LỌT NGÔI CHỎM 556

155. KỸ THUẬT BẤM ỐI 559

156. ĐỠ ĐẺ THƯỜNG NGÔI CHỎM 562

157. ĐỠ ĐẺ ĐA THAI 565

158. ĐỠ ĐẺ NGÔI MÔNG 569

159. ĐỠ ĐẺ THƯỜNG TRÊN NGƯỜI BỆNH CÓ BỆNH TRUYỀN NHIỄM (VIÊM GAN NẶNG; HIV-AIDS …) 574

160. ĐỠ ĐẺ NGÔI MÔNG, ĐA THAI TRÊN NGƯỜI BỆNH CÓ BỆNH TRUYỀN NHIỄM (VIÊM GAN NẶNG; HIV/AIDS …) 577

161. ĐẺ CHỈ HUY BẰNG TRUYỀN OXYTOCIN TĨNH MẠCH 585

162. NỘI XOAY THAI 588

163. NGHIỆM PHÁP BONG RAU, ĐỠ RAU, KIỂM TRA BÁNH RAU 591

164. KIỂM SOÁT TỬ CUNG 595

165. BÓC RAU NHÂN TẠO 597

166. CẮT VÀ KHÂU TẦNG SINH MÔN 600

167. FORCEPS 603

168. GIÁC HÚT 606

169. HỦY THAI: CẮT THAI NHI TRONG NGÔI NGANG 609

170. HỦY THAI: CHỌC ÓC, KẸP SỌ, KÉO THAI 612

171. KHÂU PHỤC HỒI RÁCH CỔ TỬ CUNG 615

172. KHÂU PHỤC HỒI RÁCH ÂM ĐẠO 617

173. KHÂU PHỤC HỒI RÁCH ÂM HỘ 620

174. CẶP, KÉO CỔ TỬ CUNG CẦM MÁU SAU ĐẺ; SAU SẢY; SAU NẠO 622

175. LẤY KHỐI MÁU TỤ ÂM ĐẠO; TẦNG SINH MÔN 625

176. ĐẶT BÓNG BUỒNG TỬ CUNG ĐỂ CẦM MÁU 628

177. ĐẶT BÓNG ÂM ĐẠO ĐỂ CẦM MÁU 631

178. ĐẶT BÓNG ỐNG CỔ TỬ CUNG ĐỂ CẦM MÁU 634

179. GIẢM ĐAU BẰNG GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG TRONG; SAU ĐẺ HOẶC SAU PHẪU THUẬT SẢN PHỤ KHOA 637

180. NẠO SÓT THAI, SÓT RAU SAU SẨY HOẶC SAU ĐẺ 644

181. CHÍCH ÁP XE TẦNG SINH MÔN 646

182. ĐIỀU TRỊ TẮC TIA SỮA BẰNG MÁY HÚT 648

183. ĐIỀU TRỊ TẮC TIA SỮA BẰNG SÓNG NGẮN; HỒNG NGOẠI 650

184. LÀM THUỐC VẾT KHÂU TẦNG SINH MÔN NHIỄM KHUẨN 653

185. SINH THIẾT RAU THAI 655

186. CHỌC ỐI ĐIỀU TRỊ ĐA ỐI 658

187. CHỌC ỐI LÀM XÉT NGHIỆM TẾ BÀO 661

188. KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG 665

189. CẮT CHỈ KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG 668

190. PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN ĐẦU 670

191. PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN HAI TRỞ LÊN 673

192. PHẪU THUẬT LẤY THAI TRÊN NGƯỜI BỆNH CÓ TIỀN SỬ PHẪU THUẬT Ổ BỤNG 676

193. PHẪU THUẬT LẤY THAI TRÊN NGƯỜI BỆNH MẮC BỆNH TOÀN THÂN (BỆNH TIM; THẬN; GAN; HUYẾT HỌC; NỘI TIẾT…) 680

194. PHẪU THUẬT LẤY THAI DO BỆNH LÝ SẢN KHOA (RAU TIỀN ĐẠO, RAU BONG NON, TIỀN SẢN GIẬT, SẢN GIẬT...) 683

195. PHẪU THUẬT LẤY THAI Ở NGƯỜI BỆNH CÓ BỆNH TRUYỀN NHIỄM LÂY QUA ĐƯỜNG MÁU 686

196. PHẪU THUẬT LẤY THAI DO RAU CÀI RĂNG LƯỢC 690

197. PHẪU THUẬT LẤY THAI CÓ KÈM CÁC KỸ THUẬT CẦM MÁU (THẮT ĐỘNG MẠCH TỬ CUNG; MŨI KHÂU B- LYNCH…) 693

198. PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH NẶNG (VIÊM PHÚC MẠC; VỠ TẠNG TRONG TIỂU KHUNG; VỠ TỬ CUNG...) 697

199. PHẪU THUẬT MỞ Ổ BỤNG CẦM MÁU TRONG CẤP CỨU SẢN PHỤ KHOA 701

200. PHẪU THUẬT CẮT LỌC VÀ KHÂU PHỤC HỒI TỬ CUNG SAU MỔ LẤY THAI .. 704

201. PHẪU THUẬT KHÂU BẢO TỒN TỬ CUNG QUA ĐƯỜNG MỞ BỤNG 707

202. PHẪU THUẬT KHÂU BẢO TỒN TỬ CUNG QUA NỘI SOI 709

203. TÁCH DÍNH ÂM HỘ 712
204. PHẪU THUẬT LẤY KHỐI THAI Ở SẸO MỔ TỬ CUNG 715
205. PHẪU THUẬT NỘI SOI LẤY KHỐI THAI Ở SẸO MỔ TỬ CUNG 718
206. NỘI SOI BUỒNG ỐI ĐỐT MẠCH MÁU NỐI THÔNG BẰNG LASER 722
207. NỘI SOI BUỒNG ỐI CẮT DẢI XƠ 727
208. HỖ TRỢ PHÔI THOÁT MÀNG 732
209. KĨ THUẬT CHỌC HÚT NOÃN TRONG IVF 735
210. KĨ THUẬT CHỌC HÚT NOÃN TRONG IVM 738
211. CHUYỂN PHÔI VÀO BUỒNG TỬ CUNG 742
212. NUÔI CẤY NOÃN CHƯA TRƯỞNG THÀNH 745
213. NUÔI CẤY PHÔI 748
214. TRỮ LẠNH PHÔI 751
215. TRỮ LẠNH NOÃN 754
216. RÃ ĐÔNG PHÔI 757
217. RÃ ĐÔNG NOÃN 761
218. PHẪU THUẬT LẤY TINH TRÙNG TỪ TINH HOÀN 765
219. TRỮ LẠNH TINH TRÙNG 770
220. RÃ ĐÔNG TINH TRÙNG 774
221. TIÊM TINH TRÙNG VÀO BÀO TƯƠNG NOÃN 777
222. SINH THIẾT PHÔI SÀNG LỌC, CHẨN ĐOÁN TIỀN LÀM TỔ 780
223. GIẢM THIỂU PHÔI HOẶC THAI 783
224. LỌC RỬA TINH TRÙNG 786
225. BƠM TINH TRÙNG VÀO BUỒNG TỬ CUNG (IUI) 790
226. CHO TINH TRÙNG THỤ TINH VỚI NOÃN BẰNG PHƯƠNG PHÁP CỔ ĐIỂN 793
227. PHẪU THUẬT NỘI SOI LẤY DỤNG CỤ TỬ CUNG LẠC CHỖ 796
228. PHẪU THUẬT LẤY DỤNG CỤ TỬ CUNG LẠC CHỖ 799
229. CẤY HOẶC THÁO THUỐC TRÁNH THAI (MỘT NANG; NHIỀU NANG) 802
230. ĐẶT DỤNG CỤ TỬ CUNG 807
231. THÁO DỤNG CỤ TỬ CUNG 812

232. PHÁ THAI NỘI KHOA DƯỚI 7 TUẦN 815
233. PHÁ THAI NỘI KHOA TỪ 7 TUẦN ĐẾN HẾT 9 TUẦN 819
234. PHÁ THAI NỘI KHOA TỪ 13 ĐẾN 22 TUẦN 823
235. PHÁ THAI DƯỚI 7 TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT CHÂN KHÔNG 828
236. PHÁ THAI TỪ 7 TUẦN ĐẾN HẾT 12 TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT CHÂN KHÔNG 832
237. GÂY SẢY THAI BẰNG BÓNG 835
238. PHÁ THAI TO TỪ 13 TUẦN ĐẾN 22 TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐẶT TÚI NƯỚC 838
239. PHÁ THAI TỪ 13 ĐẾN 18 TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP NONG GẮP 841

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoi hoa Benh vien tu nhan Viet Nam_08/08/2025 15:28:08

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 1 được xây dựng cho các kỹ thuật có trong Phụ lục số 02 đồng thời có tên (trùng hoặc tên khác nhưng bản chất kỹ thuật và quy trình kỹ thuật thực hiện giống nhau) trong Phụ lục số 01 (của Thông tư số 23/2024/TT-BYT ngày 18/10/2024 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 239 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, Hùng Vương, Phụ sản Hà Nội, Phụ sản Hải Phòng, Phụ sản Cần Thơ, Đại học Y Hà Nội, Viện Mô phôi lâm sàng quân đội (Học viện Quân y), Đa khoa Tâm Anh, Đa khoa Mỹ Đức, Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City. 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 Cục Bà mẹ và Trẻ em - Bộ Y tế, 35 Trần Phú, Ba Đình, Hà Nội.

Xin trân trọng cảm ơn!

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu [illegible] Benh vien [illegible] Viet Nam_08/05/202[illegible] 15:28:08

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 quy định tại Phụ lục số 02 Thông tư số 23/2024/TT-BYT ban hành Danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh có cùng tên hoặc có tên khác so với tên kỹ thuật tại Phụ lục số 01 Thông tư số 23/2024/TT-BYT nhưng bản chất và quy trình kỹ thuật thực hiện giống nhau.

c. Quy trình kỹ thuật của kỹ thuật có tên trong cột số 7 được áp dụng đối với các kỹ thuật có tên trong cột số 6 của Phụ lục về Danh mục kỹ thuật được ban hành kèm theo Quyết định này.

d. 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.

đ. 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.

e. 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 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
BSCKII. Nguyễn Văn Chi	Phó Cục trưởng Cục Bà mẹ và Trẻ em
TS.BS. Tống Trần Hà	Phó Cục trưởng Cục Bà mẹ và Trẻ em
TS.BS. Vương Ánh Dương	Phó Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh
ThS.BS. Trương Lê Vân Ngọc	Trưởng phòng Nghiệp vụ - Bảo vệ sức khỏe cán bộ - Cục QLKCB
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
BSCKII. 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
BSCKII. Phạm Thanh Hải	Phó Giám đốc Bệnh viện Từ Dũ
BSCKII. 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
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
TS.BS. Đặng Thị Hồng Thiện	Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp - Bệnh viện Phụ sản Trung ương

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 Quảng 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
BSCKII. Hà Duy Tiến	Trưởng khoa Kế hoạch hóa gia đình - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
BSCKII. 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
ThS.BS. Nguyễn Việt Quang	Giám đốc Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Quốc gia - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
TS.BS. Đỗ Văn Lợi	Trưởng Đơn vị chống đau - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
BSCKII. 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
ThS.BS. Đặng Anh Linh	Trưởng khoa Phụ Nội tiết - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
PGS.TS. Hồ Sỹ Hùng	Phó Giám đốc Trung tâm Hỗ trợ sinh sản quốc gia - Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Phó Chủ tịch Hội Hỗ trợ sinh sản Hà Nội
TS.BS. Mai Trọng Dũng	Phó Trưởng khoa phụ trách Khoa Phụ ngoại, Bệnh viện Phụ sản Trung ương
ThS.BS. Đàm Thị Quỳnh Liên	Phó trưởng khoa Phụ ngoại - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
BSCKII. Phạm Hải Hà	Phó Trưởng khoa Sản bệnh lý - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
TS.BS. Lê Trí Chinh	Trưởng khoa Ngoại Phụ khoa - Bệnh viện K

TS.BS. Lê Viết Nguyên Sa	Giám đốc Trung tâm Hỗ trợ sinh sản - Phó Giám đốc Trung tâm Sản phụ khoa, Bệnh viện Trung ương Huế
BSCKII. Phan Đỗ Quốc Thanh	Trưởng khoa Cấp cứu sinh - Trung tâm Phụ sản - Bệnh viện Trung ương Huế
BSCKII. Bùi Văn Hoàng	Trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp - Bệnh viện Từ Dũ
BSCKII. Nguyễn Thị Thu Hiền	Trưởng phòng Chỉ đạo tuyến - Bệnh viện Từ Dũ
BSCKII. Trịnh Nhựt Thư Hương	Trưởng khoa Chăm sóc trước sinh - Bệnh viện Từ Dũ
BSCKII. Võ Thanh Nhân	Trưởng khoa Ung bướu phụ khoa - Bệnh viện Từ Dũ
BSCKII. Nguyễn Văn Hưng	Trưởng khoa Phụ - Bệnh viện Từ Dũ
BSCKII. Lê Ngọc Diệp	Trưởng khoa Nội soi - Bệnh viện Từ Dũ
BsCKII. Phạm Hồ Thúy Ái	Phó Trưởng Khoa Hiếm muộn - 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
PGS.TS. Trịnh Thế Sơn	Giám đốc Viện Mô phôi lâm sàng quân đội, Học viện Quân y, Tổng Thư ký Hội Hỗ trợ sinh sản Hà Nội
PGS.TS. Nguyễn Mạnh Hà	Giám đốc Trung tâm hỗ trợ sinh sản và công nghệ mô ghép - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - Phó Chủ tịch Hội Hỗ trợ sinh sản Hà Nội
TS.BS. Đoàn Thị Hằng	Phó Giám đốc Viện Mô phôi lâm sàng quân đội - Học viện Quân Y
BSCKII. Trần Thanh Hương	Phó chủ nhiệm khoa Phụ sản - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
GS.TS. Lê Minh Tâm	Trưởng khoa Phụ Sản - Giám đốc Trung tâm Nội tiết sinh sản và Vô sinh, Bệnh viện Trường ĐH Y Dược Huế
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
GS.TS. Nguyễn Đình Tảo	Giám đốc Trung tâm Hỗ trợ sinh sản - Bệnh viện đa khoa 16A Hà Đông, Chủ tịch Hội Hỗ trợ sinh sản Hà Nội

PGS.TS. Lê Hoàng	Giám đốc Trung tâm Hỗ trợ sinh sản - Bệnh viện đa khoa Tâm Anh, Phó Chủ tịch thường trực Hội Hỗ trợ sinh sản Hà Nội
TS.BS. Nguyễn Thị Liên Hương	Phó Giám đốc Trung tâm Hỗ trợ sinh sản - Bệnh viện đa khoa Tâm Anh
ThS.BS. Lê Thị Phương Lan	Phó Giám đốc Trung tâm Hỗ trợ sinh sản - Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City, Ủy viên BCH Hội Hỗ trợ sinh sản Hà Nội
ThS.BS. Trương Thị Thẩm	Phó Giám đốc Bệnh viện đa khoa Mỹ Đức
ThS. Nguyễn Thị Thu Lan	Phó Phòng Quản lý Chất lượng - Bệnh viện đa khoa Mỹ Đức

Thư ký biên soạn

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
ThS.BS. Nguyễn Lệ Thủy	Trung tâm Hỗ trợ sinh sản - Bệnh viện đa khoa Tâm Anh
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
TS.BS. Trần An Chung	Q. Trưởng phòng Chăm sóc sức khỏe sinh sản - Cục Bà mẹ và Trẻ em
ThS.BS. Nghiêm Thị Xuân Hạnh	Chuyên viên chính Phòng Chăm sóc sức khỏe sinh sản - Cục Bà mẹ và Trẻ em
ThS. Nguyễn Thị Kiều Vân	Chuyên viên Phòng Chăm sóc sức khỏe sinh sản - Cục Bà mẹ và Trẻ em

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT

Từ viết tắt	Tiếng Anh	Tiếng Việt
ART	Assisted Reproductive Technology	Kỹ thuật hỗ trợ sinh sản
AH	Assisted Hatching	Hỗ trợ phôi thoát màng
COCs	Cumulus-Oocyte Complex	Phức hợp noãn - tế bào hạt
CTC		Cổ tử cung
ESHRE	European Society of Human Reproduction and Embryology	Hiệp hội Sinh sản và phôi học châu Âu
GTNMC		Gây tê ngoài màng cứng
GV	Germinal Vesicle	Giai đoạn túi mầm
GPBL		Giải phẫu bệnh lý
ICM	Inner Cell Mass	Khối tế bào bên trong
ICSI	Intracytoplasmic Sperm Injection	Tiêm tinh trùng vào bào tương noãn
IUI	Intra-Uterine Insemination	Bơm tinh trùng vào buồng tử cung
IVF	In Vitro Fertilization	Thụ tinh trong ống nghiệm
IVM	In Vitro Maturation	Nuôi cấy noãn chưa trưởng thành
LNMTC		Lạc nội mạc tử cung
MESA	Microsurgical Epididymal Sperm Aspiration	Vi phẫu trích tinh trùng từ mào tinh hoàn
MI	Metaphase I	Trung kỳ của giảm phân I
MII	Metaphase II	Trung kỳ của giảm phân II
MTX	Methotrexate	
NMC		Ngoài màng cứng
PESA	Percutaneous Epididymal Sperm Aspiration	Chọc hút tinh trùng từ mào tinh
PGT	Preimplantation Genetic Testing	Xét nghiệm di truyền tiền làm tổ
PVP	Polyvinylpyrrolidone	Dung dịch làm chậm tinh trùng
TC		Tử cung
TE	Trophectoderm	Lớp tế bào bao quanh bên ngoài phôi nang
TESA	Testicular Sperm Aspiration	Chọc hút tinh trùng từ tinh hoàn
TESE	Testicular Sperm Extraction	Phẫu thuật lấy tinh trùng từ tinh hoàn
TSM		Tầng sinh môn
TTOB		Thai trong ổ bụng
TNTC		Thai ngoài tử cung
UXTC		U xơ tử cung
VOC	Volatile Organic Compounds	Hợp chất hữu cơ dễ bay hơi
VTC		Vòi tử cung
βhCG	beta-Human Chorionic Gonadotropin	

hhbvtnvn.thanhhoa_Van tai Hiep hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

DANH MỤC KỸ THUẬT

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 01 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 6)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 02 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 7)
4027	3	13 - Sinh dục nữ	13.174	Cắt u vú lành tính	Thủ thuật bóc nang; nhân xơ vú
4027	3	13 - Sinh dục nữ	13.175	Bóc nhân xơ vú	Thủ thuật bóc nang; nhân xơ vú
4028	4	13 - Sinh dục nữ	18.737	Đốt u vú bằng RFA	Đốt u vú bằng RFA
4029	5	13 - Sinh dục nữ	18.738	Đốt u vú bằng Laser	Đốt u vú bằng laser
4030	6	13 - Sinh dục nữ	18.739	Đốt u vú bằng vi sóng	Đốt u vú bằng vi sóng
4031	7	13 - Sinh dục nữ	13.172	Phẫu thuật cắt một phần tuyến vú	Phẫu thuật cắt một phần vú
4032	8	13 - Sinh dục nữ	18.605	Sinh thiết vú dưới hướng dẫn siêu âm	Đặt định vị kim dây sinh thiết tổn thương tuyến vú dưới siêu âm
4033	9	13 - Sinh dục nữ	18.605	Sinh thiết vú dưới hướng dẫn siêu âm	Đặt định vị kim dây sinh thiết tổn thương tuyến vú dưới Mamography
4034	10	13 - Sinh dục nữ	13.173	Sinh thiết hạch gác (cửa) trong ung thư vú	Sinh thiết hạch gác cửa trong ung thư vú có lập bản đồ hạch
4035	11	13 - Sinh dục nữ	13.169	Phẫu thuật cắt khối u vú ác tính + vét hạch nách	Phẫu thuật cắt khối u vú
4036	12	13 - Sinh dục nữ	13.168	Cắt vú theo phương pháp Patey + vét hạch nách	Phẫu thuật cắt vú triệt căn
4037	13	13 - Sinh dục nữ	13.170	Cắt ung thư vú tiết kiệm da - tạo hình ngay	Phẫu thuật tái tạo tuyến vú bằng túi giãn da
4037	13	13 - Sinh dục nữ	28.408	Phẫu thuật đặt túi giãn da	Phẫu thuật tái tạo tuyến vú bằng túi giãn da
4038	14	13 - Sinh dục nữ	13.170	Cắt ung thư vú tiết kiệm da - tạo hình ngay	Phẫu thuật tái tạo 1 bên tuyến vú bằng vạt cơ thẳng bụng
4038	14	13 - Sinh dục nữ	28.241	Phẫu thuật tái tạo vú sau ung thư bằng vạt da cơ có cuống mạch	Phẫu thuật tái tạo 1 bên tuyến vú bằng vạt cơ thẳng bụng

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 01 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 6)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 02 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 7)
4039	15	13 - Sinh dục nữ	13.170	Cắt ung thư vú tiết kiệm da - tạo hình ngay	Phẫu thuật tái tạo 2 bên tuyến vú bằng vạt cơ thẳng bụng
4039	15	13 - Sinh dục nữ	28.241	Phẫu thuật tái tạo vú sau ung thư bằng vạt da cơ có cuống mạch	Phẫu thuật tái tạo 2 bên tuyến vú bằng vạt cơ thẳng bụng
4040	16	13 - Sinh dục nữ	13.170	Cắt ung thư vú tiết kiệm da - tạo hình ngay	Phẫu thuật cắt vú triệt căn; vét hạch nách kết hợp tái tạo bằng vạt cơ lưng rộng
4040	16	13 - Sinh dục nữ	28.245	Phẫu thuật tái tạo vú sau ung thư bằng vạt da cơ có sử dụng kỹ thuật vi phẫu	Phẫu thuật cắt vú triệt căn; vét hạch nách kết hợp tái tạo bằng vạt cơ lưng rộng
4041	17	13 - Sinh dục nữ	13.170	Cắt ung thư vú tiết kiệm da - tạo hình ngay	Phẫu thuật tái tạo bằng vạt nhánh xuyên động mạch thượng vị dưới có sử dụng vi phẫu
4041	17	13 - Sinh dục nữ	28.245	Phẫu thuật tái tạo vú sau ung thư bằng vạt da cơ có sử dụng kỹ thuật vi phẫu	Phẫu thuật tái tạo bằng vạt nhánh xuyên động mạch thượng vị dưới có sử dụng vi phẫu
4042	18	13 - Sinh dục nữ	13.170	Cắt ung thư vú tiết kiệm da - tạo hình ngay	Phẫu thuật tái tạo bằng vạt cơ thẳng bụng tự do có sử dụng vi phẫu
4042	18	13 - Sinh dục nữ	26.59	Chuyển vạt cơ có nối hoặc ghép mạch vi phẫu	Phẫu thuật tái tạo bằng vạt cơ thẳng bụng tự do có sử dụng vi phẫu
4042	18	13 - Sinh dục nữ	28.245	Phẫu thuật tái tạo vú sau ung thư bằng vạt da cơ có sử dụng kỹ thuật vi phẫu	Phẫu thuật tái tạo bằng vạt cơ thẳng bụng tự do có sử dụng vi phẫu
4043	19	13 - Sinh dục nữ	28.261	Phẫu thuật điều trị ung thư da vú bằng vạt da tại chỗ	Phẫu thuật cắt ung thư da hoặc ung thư hắc tố tại vú
4043	19	13 - Sinh dục nữ	28.262	Phẫu thuật điều trị ung thư da vú bằng vạt da cơ có cuống mạch nuôi	Phẫu thuật cắt ung thư da hoặc ung thư hắc tố tại vú

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 01 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 6)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 02 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 7)
4043	19	13 - Sinh dục nữ	28.263	Phẫu thuật điều ung thư da vú bằng vạt da có sử dụng kỹ thuật vi phẫu	Phẫu thuật cắt ung thư da hoặc ung thư hắc tố tại vú
4044	20	13 - Sinh dục nữ	12.273	Phẫu thuật bảo tồn, vét hạch nách trong ung thư tuyến vú	Phẫu thuật cắt 1 phần tuyến vú (bảo tồn) ung thư vú
4045	21	13 - Sinh dục nữ	3.3820	Tạo hình bằng các vạt tại chỗ đơn giản	Phẫu thuật tạo hình bằng các vạt tại chỗ
4046	22	13 - Sinh dục nữ	13.170	Cắt ung thư vú tiết kiệm da - tạo hình ngay	Bảo tồn và phục hồi tuyến vú kiểu cánh dơi
4047	23	13 - Sinh dục nữ	13.170	Cắt ung thư vú tiết kiệm da - tạo hình ngay	Bảo tồn và phục hồi tuyến vú kiểu chữ B
4048	24	13 - Sinh dục nữ	13.170	Cắt ung thư vú tiết kiệm da - tạo hình ngay	Bảo tồn và phục hồi tuyến vú kiểu chữ T ngược
4049	25	13 - Sinh dục nữ	13.170	Cắt ung thư vú tiết kiệm da - tạo hình ngay	Bảo tồn và phục hồi tuyến vú kiểu chữ J
4050	26	13 - Sinh dục nữ	13.170	Cắt ung thư vú tiết kiệm da - tạo hình ngay	Bảo tồn và phục hồi tuyến vú kiểu chữ V
4051	27	13 - Sinh dục nữ	13.170	Cắt ung thư vú tiết kiệm da - tạo hình ngay	Bảo tồn và phục hồi tuyến vú kiểu khối tròn
4052	28	13 - Sinh dục nữ	13.170	Cắt ung thư vú tiết kiệm da - tạo hình ngay	Bảo tồn và phục hồi tuyến vú với các u trung tâm
4053	29	13 - Sinh dục nữ	13.170	Cắt ung thư vú tiết kiệm da - tạo hình ngay	Bảo tồn và phục hồi tuyến vú kiểu cuống dưới
4054	30	13 - Sinh dục nữ	13.163	Trích áp xe vú	Chích áp xe vú
4055	31	13 - Sinh dục nữ	13.177	Cắt bỏ âm hộ đơn thuần	Phẫu thuật cắt âm hộ
4056	32	13 - Sinh dục nữ	13.11	Phẫu thuật thắt động mạch hạ vị trong cấp cứu sản phụ khoa	Phẫu thuật cắt bỏ âm vật
4057	33	13 - Sinh dục nữ	13.114	Bóc nhân ung thư nguyên bào nuôi di căn âm đạo	Bóc nhân ung thư nguyên bào nuôi di căn âm hộ

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 01 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 6)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 02 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 7)
4058	34	13 - Sinh dục nữ	12.302	Bóc nhân ung thư nguyên bào nuôi di căn âm đạo	Bóc nhân ung thư nguyên bào nuôi di căn âm đạo
4059	35	13 - Sinh dục nữ	13.114	Bóc nhân ung thư nguyên bào nuôi di căn âm đạo	Bóc nhân ung thư nguyên bào nuôi di căn cổ tử cung
4061	37	13 - Sinh dục nữ	3.4137	Phẫu thuật nội soi cắt phần phụ	Phẫu thuật nội soi cắt 2 phần phụ
4061	37	13 - Sinh dục nữ	3.4141	Phẫu thuật nội soi cắt u buồng trứng và phần phụ	Phẫu thuật nội soi cắt 2 phần phụ
4061	37	13 - Sinh dục nữ	13.76	Phẫu thuật nội soi cắt phần phụ	Phẫu thuật nội soi cắt 2 phần phụ
4061	37	13 - Sinh dục nữ	13.83	Phẫu thuật nội soi cắt u buồng trứng và phần phụ	Phẫu thuật nội soi cắt 2 phần phụ
4062	38	13 - Sinh dục nữ	3.4132	Phẫu thuật nội soi cắt ung thư buồng trứng kèm cắt tử cung hoàn toàn + 2 phần phụ + mạc nối lớn	Phẫu thuật nội soi cắt mạc nối lớn
4063	39	13 - Sinh dục nữ	13.55	Phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn và vét hạch chậu	Phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn
4064	40	13 - Sinh dục nữ	13.55	Phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn và vét hạch chậu	Phẫu thuật nội soi cắt tử cung triệt căn
4065	41	13 - Sinh dục nữ	13.56	Phẫu thuật mở bụng cắt tử cung hoàn toàn và vét hạch chậu	Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn
4066	42	13 - Sinh dục nữ	13.62	Phẫu thuật Wertheim (cắt tử cung tận gốc + vét hạch)	Phẫu thuật cắt tử cung triệt căn (Wertheim)
4067	43	13 - Sinh dục nữ	12.277	Sinh thiết hạch gác cửa trong ung thư vú	Phẫu thuật hạch gác cửa trong sản phụ khoa
4067	43	13 - Sinh dục nữ	13.173	Sinh thiết hạch gác (cửa) trong ung thư vú	Phẫu thuật hạch gác cửa trong sản phụ khoa
4076	52	13 - Sinh dục nữ	13.127	Nội soi buồng tử cung chẩn đoán	Soi buồng tử cung chẩn đoán

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 01 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 6)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 02 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 7)
4078	54	13 - Sinh dục nữ	13.13	Phẫu thuật bảo tồn tử cung do vỡ tử cung	Soi buồng tử cung sinh thiết
4078	54	13 - Sinh dục nữ	13.129	Nội soi buồng tử cung + sinh thiết buồng tử cung	Soi buồng tử cung sinh thiết
4079	55	13 - Sinh dục nữ	13.121	Phẫu thuật nội soi buồng tử cung cắt nhân xơ tử cung dưới niêm mạc	Phẫu thuật nội soi buồng tử cung cắt dính
4079	55	13 - Sinh dục nữ	13.122	Phẫu thuật nội soi buồng tử cung cắt polyp buồng tử cung	Phẫu thuật nội soi buồng tử cung cắt dính
4079	55	13 - Sinh dục nữ	13.124	Phẫu thuật nội soi buồng tử cung tách dính buồng tử cung	Phẫu thuật nội soi buồng tử cung cắt dính
4079	55	13 - Sinh dục nữ	13.128	Nội soi buồng tử cung can thiệp	Phẫu thuật nội soi buồng tử cung cắt dính
4080	56	13 - Sinh dục nữ	27.425	Phẫu thuật nội soi buồng tử cung cắt vách ngăn	Phẫu thuật nội soi buồng tử cung cắt vách ngăn
4081	57	13 - Sinh dục nữ	12.294	Phẫu thuật soi buồng tử cung cắt nhân xơ tử cung dưới niêm mạc, polyp buồng tử cung	Phẫu thuật nội soi buồng tử cung cắt polype
4081	57	13 - Sinh dục nữ	13.122	Phẫu thuật nội soi buồng tử cung cắt polyp buồng tử cung	Phẫu thuật nội soi buồng tử cung cắt polype
4081	57	13 - Sinh dục nữ	27.422	Phẫu thuật nội soi buồng tử cung cắt polyp	Phẫu thuật nội soi buồng tử cung cắt polype
4082	58	13 - Sinh dục nữ	27.423	Phẫu thuật nội soi buồng tử cung cắt u xơ	Phẫu thuật nội soi buồng tử cung cắt u xơ
4083	59	13 - Sinh dục nữ	13.126	Phẫu thuật nội soi buồng tử cung lấy dị vật buồng tử cung	Phẫu thuật nội soi buồng tử cung lấy dị vật
4084	60	13 - Sinh dục nữ	3.4134	Phẫu thuật nội soi cắt tử cung bán phần	Phẫu thuật nội soi cắt tử cung bán phần
4084	60	13 - Sinh dục nữ	13.64	Phẫu thuật nội soi cắt tử cung bán phần	Phẫu thuật nội soi cắt tử cung bán phần
4085	61	13 - Sinh dục nữ	13.119	Cắt cổ tử cung trên người bệnh đã mổ cắt tử	Phẫu thuật cắt cổ tử cung đường âm đạo có

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 01 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 6)**	**Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 02 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 7)**
				cung bán phần đường âm đạo kết hợp nội soi	kiểm soát qua nội soi ổ bụng trên người bệnh đã mổ cắt tử cung bán phần
4086	62	13 - Sinh dục nữ	13.7	Phẫu thuật lấy thai lần đầu	Phẫu thuật cắt tử cung bán phần
4087	63	13 - Sinh dục nữ	13.117	Cắt cổ tử cung trên người bệnh đã mổ cắt tử cung bán phần đường bụng	Phẫu thuật mở bụng cắt cổ tử cung trên người bệnh đã mổ cắt tử cung bán phần
4088	64	13 - Sinh dục nữ	13.67	Phẫu thuật cắt tử cung đường âm đạo	Phẫu thuật cắt tử cung đường âm đạo
4089	65	13 - Sinh dục nữ	13.118	Cắt cổ tử cung trên người bệnh đã mổ cắt tử cung bán phần đường âm đạo	Phẫu thuật đường âm đạo cắt cổ tử cung trên người bệnh đã mổ cắt tử cung bán phần
4090	66	13 - Sinh dục nữ	12.287	Cắt u xơ cổ tử cung	Phẫu thuật đường âm đạo bóc u xơ cổ tử cung
4091	67	13 - Sinh dục nữ	13.65	Phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung	Phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung
4092	68	13 - Sinh dục nữ	13.85	Phẫu thuật nội soi cắt góc tử cung	Phẫu thuật nội soi cắt góc tử cung
4093	69	13 - Sinh dục nữ	13.71	Phẫu thuật mở bụng bóc u xơ tử cung	Phẫu thuật bóc u xơ tử cung
4094	70	13 - Sinh dục nữ	13.86	Phẫu thuật mở bụng cắt góc tử cung	Phẫu thuật cắt góc tử cung
4095	71	13 - Sinh dục nữ	13.113	Mở bụng bóc nhân ung thư nguyên bào nuôi bảo tồn tử cung	Phẫu thuật mở bụng bóc nhân ung thư nguyên bào nuôi bảo tồn tử cung
4096	72	13 - Sinh dục nữ	13.123	Phẫu thuật cắt polyp buồng tử cung (đường bụng, đường âm đạo)	Cắt polype buồng tử cung (đường bụng hoặc đường âm đạo)
4098	74	13 - Sinh dục nữ	13.72	Phẫu thuật mở bụng cắt u buồng trứng hoặc cắt phần phụ	Phẫu thuật cắt hoặc bóc u buồng trứng

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 01 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 6)**	**Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 02 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 7)**
4099	75	13 - Sinh dục nữ	13.72	Phẫu thuật mở bụng cắt u buồng trứng hoặc cắt phần phụ	Phẫu thuật cắt phần phụ
4100	76	13 - Sinh dục nữ	13.72	Phẫu thuật mở bụng cắt u buồng trứng hoặc cắt phần phụ	Phẫu thuật cắt hoặc bóc nang nước cạnh vòi trứng
4101	77	13 - Sinh dục nữ	13.72	Phẫu thuật mở bụng cắt u buồng trứng hoặc cắt phần phụ	Phẫu thuật cầm máu buồng trứng
4102	78	13 - Sinh dục nữ	13.72	Phẫu thuật mở bụng cắt u buồng trứng hoặc cắt phần phụ	Phẫu thuật treo buồng trứng
4103	79	13 - Sinh dục nữ	13.77	Phẫu thuật nội soi bóc u lạc nội mạc tử cung	Phẫu thuật nội soi cắt hoặc bóc u buồng trứng
4103	79	13 - Sinh dục nữ	13.79	Phẫu thuật nội soi cắt u nang hoặc cắt buồng trứng trên người bệnh có thai	Phẫu thuật nội soi cắt hoặc bóc u buồng trứng
4103	79	13 - Sinh dục nữ	13.80	Phẫu thuật nội soi cắt u nang buồng trứng xoắn	Phẫu thuật nội soi cắt hoặc bóc u buồng trứng
4103	79	13 - Sinh dục nữ	13.81	Phẫu thuật nội soi cắt u nang buồng trứng, nang cạnh vòi tử cung	Phẫu thuật nội soi cắt hoặc bóc u buồng trứng
4103	79	13 - Sinh dục nữ	13.82	Phẫu thuật nội soi cắt u nang buồng trứng kèm triệt sản	Phẫu thuật nội soi cắt hoặc bóc u buồng trứng
4103	79	13 - Sinh dục nữ	13.83	Phẫu thuật nội soi cắt u buồng trứng và phần phụ	Phẫu thuật nội soi cắt hoặc bóc u buồng trứng
4104	80	13 - Sinh dục nữ	3.4137	Phẫu thuật nội soi cắt phần phụ	Phẫu thuật nội soi cắt phần phụ
4104	80	13 - Sinh dục nữ	13.76	Phẫu thuật nội soi cắt phần phụ	Phẫu thuật nội soi cắt phần phụ
4105	81	13 - Sinh dục nữ	13.78	Phẫu thuật nội soi treo buồng trứng	Phẫu thuật nội soi treo buồng trứng
4106	82	13 - Sinh dục nữ	13.9	Phẫu thuật cắt tử cung tình trạng người bệnh nặng, viêm phúc mạc nặng, kèm vỡ tạng trong	Phẫu thuật nội soi cắt khối thai ngoài tử cung

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 01 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 6)**	**Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 02 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 7)**
				tiểu khung, vỡ tử cung phức tạp	
4106	82	13 - Sinh dục nữ	13.87	Phẫu thuật nội soi thai ngoài tử cung thể huyết tụ thành nang	Phẫu thuật nội soi cắt khối thai ngoài tử cung
4106	82	13 - Sinh dục nữ	13.88	Phẫu thuật nội soi thai ngoài tử cung vỡ	Phẫu thuật nội soi cắt khối thai ngoài tử cung
4107	83	13 - Sinh dục nữ	3.4141	Phẫu thuật nội soi cắt u buồng trứng và phần phụ	Phẫu thuật nội soi cắt hoặc bóc nang nước cạnh vòi trứng
4108	84	13 - Sinh dục nữ	13.81	Phẫu thuật nội soi cắt u nang buồng trứng, nang cạnh vòi tử cung	Phẫu thuật nội soi cầm máu buồng trứng
4109	85	13 - Sinh dục nữ	13.73	Phẫu thuật nội soi xử trí viêm phúc mạc tiểu khung, viêm phần phụ, ứ mủ vòi trứng	Phẫu thuật nội soi gỡ dính, làm sạch, dẫn lưu, cắt bỏ tổn thương viêm phúc mạc tiểu khung; viêm phần phụ; ứ mủ vòi tử cung
4110	86	13 - Sinh dục nữ	13.74	Phẫu thuật mở bụng xử trí viêm phúc mạc tiểu khung, viêm phần phụ, ứ mủ vòi trứng	Phẫu thuật gỡ dính, làm sạch, dẫn lưu, cắt bỏ tổn thương viêm phúc mạc tiểu khung; viêm phần phụ; ứ mủ vòi tử cung
4111	87	13 - Sinh dục nữ	13.91	Phẫu thuật chửa ngoài tử cung vỡ có choáng	Phẫu thuật cắt khối thai ngoài tử cung
4111	87	13 - Sinh dục nữ	13.92	Phẫu thuật chửa ngoài tử cung không có choáng	Phẫu thuật cắt khối thai ngoài tử cung
4111	87	13 - Sinh dục nữ	13.93	Phẫu thuật chửa ngoài tử cung thể huyết tụ thành nang	Phẫu thuật cắt khối thai ngoài tử cung
4112	88	13 - Sinh dục nữ	13.91	Phẫu thuật chửa ngoài tử cung vỡ có choáng	Phẫu thuật cắt khối thai ngoài tử cung trường hợp đặc biệt (khối thai trong ổ bụng; khối thai ngoài phúc mạc; khối thai ở gan; khối thai ở vết mổ lấy thai...)

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 01 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 6)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 02 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 7)
4112	88	13 - Sinh dục nữ	13.92	Phẫu thuật chửa ngoài tử cung không có choáng	Phẫu thuật cắt khối thai ngoài tử cung trường hợp đặc biệt (khối thai trong ổ bụng; khối thai ngoài phúc mạc; khối thai ở gan; khối thai ở vết mổ lấy thai...)
4112	88	13 - Sinh dục nữ	13.93	Phẫu thuật chửa ngoài tử cung thể huyết tụ thành nang	Phẫu thuật cắt khối thai ngoài tử cung trường hợp đặc biệt (khối thai trong ổ bụng; khối thai ngoài phúc mạc; khối thai ở gan; khối thai ở vết mổ lấy thai...)
4112	88	13 - Sinh dục nữ	27.414	Phẫu thuật nội soi cắt khối chửa ngoài tử cung	Phẫu thuật cắt khối thai ngoài tử cung trường hợp đặc biệt (khối thai trong ổ bụng; khối thai ngoài phúc mạc; khối thai ở gan; khối thai ở vết mổ lấy thai...)
4113	89	13 - Sinh dục nữ	13.91	Phẫu thuật chửa ngoài tử cung vỡ có choáng	Phẫu thuật nội soi cắt khối thai ngoài tử cung trường hợp đặc biệt (khối thai trong ổ bụng; khối thai ngoài phúc mạc; khối thai ở gan; khối thai ở vết mổ lấy thai...)
4113	89	13 - Sinh dục nữ	13.92	Phẫu thuật chửa ngoài tử cung không có choáng	Phẫu thuật nội soi cắt khối thai ngoài tử cung trường hợp đặc biệt (khối thai trong ổ bụng; khối thai ngoài phúc mạc; khối thai ở gan; khối thai ở vết mổ lấy thai...)
4113	89	13 - Sinh dục nữ	13.93	Phẫu thuật chửa ngoài tử cung thể huyết tụ thành nang	Phẫu thuật nội soi cắt khối thai ngoài tử cung trường hợp đặc biệt (khối thai trong ổ bụng; khối thai ngoài

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 01 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 6)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 02 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 7)
					phúc mạc; khối thai ở gan; khối thai ở vết mổ lấy thai...)
4113	89	13 - Sinh dục nữ	27.414	Phẫu thuật nội soi cắt khối chửa ngoài tử cung	Phẫu thuật nội soi cắt khối thai ngoài tử cung trường hợp đặc biệt (khối thai trong ổ bụng; khối thai ngoài phúc mạc; khối thai ở gan; khối thai ở vết mổ lấy thai...)
4114	90	13 - Sinh dục nữ	13.97	Phẫu thuật nội soi điều trị vô sinh (soi buồng tử cung + nội soi ổ bụng)	Phẫu thuật nội soi ổ bụng gỡ dính, mở thông, tạo hình loa vòi
4115	91	13 - Sinh dục nữ	13.94	Phẫu thuật nội soi tạo hình vòi trứng, nối lại vòi trứng	Phẫu thuật nội soi nối vòi tử cung
4116	92	13 - Sinh dục nữ	13.95	Phẫu thuật mở bụng tạo hình vòi trứng, nối lại vòi trứng	Phẫu thuật nối vòi tử cung
4117	93	13 - Sinh dục nữ	13.97	Phẫu thuật nội soi điều trị vô sinh (soi buồng tử cung + nội soi ổ bụng)	Nong vòi tử cung qua soi buồng tử cung kết hợp với phẫu thuật nội soi ổ bụng
4121	97	13 - Sinh dục nữ	10.1456	Phẫu thuật treo tử cung vào mỏm nhô xương cùng có giá đỡ qua nội soi kết hợp với đặt võng nâng cổ bàng quang	Nội soi treo tử cung, mỏm cắt vào mỏm nhô
4121	97	13 - Sinh dục nữ	27.588	Phẫu thuật nội soi cố định thành trước âm đạo vào mỏm nhô xương cùng có giá đỡ	Nội soi treo tử cung, mỏm cắt vào mỏm nhô
4122	98	13 - Sinh dục nữ	13.105	Phẫu thuật treo tử cung	Mở bụng treo tử cung, mỏm cắt vào mỏm nhô
4123	99	13 - Sinh dục nữ	13.101	Phẫu thuật Crossen	Phẫu thuật Crossen
4124	100	13 - Sinh dục nữ	13.102	Phẫu thuật Manchester	Phẫu thuật Manchester

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 01 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 6)**	**Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 02 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 7)**
4125	101	13 - Sinh dục nữ	13.105	Phẫu thuật treo tử cung	Phẫu thuật Richter
4126	102	13 - Sinh dục nữ	13.105	Phẫu thuật treo tử cung	Phẫu thuật Richardson
4127	103	13 - Sinh dục nữ	13.103	Phẫu thuật Lefort	Phẫu thuật Lefort
4128	104	13 - Sinh dục nữ	13.104	Phẫu thuật Labhart	Phẫu thuật Labhart
4129	105	13 - Sinh dục nữ	13.105	Phẫu thuật treo tử cung	Phẫu thuật khâu ngắn dây chằng tử cung cùng điều trị sa sinh dục
4131	107	13 - Sinh dục nữ	13.14	Phẫu thuật tổn thương đường tiêu hóa do tai biến phẫu thuật sản phụ khoa	Khoét chóp cổ tử cung
4132	108	13 - Sinh dục nữ	3.2247	Cắt cụt cổ tử cung	Cắt cụt cổ tử cung
4132	108	13 - Sinh dục nữ	13.141	Cắt cụt cổ tử cung	Cắt cụt cổ tử cung
4133	109	13 - Sinh dục nữ	13.142	Thủ thuật LEEP (cắt cổ tử cung bằng vòng nhiệt điện)	Cắt cổ tử cung bằng vòng nhiệt điện (LEEP)
4134	110	13 - Sinh dục nữ	13.143	Phẫu thuật cắt polyp cổ tử cung	Cắt polype cổ tử cung
4135	111	13 - Sinh dục nữ	13.147	Cắt u thành âm đạo	Phẫu thuật cắt u âm hộ
4136	112	13 - Sinh dục nữ	12.306	Cắt u thành âm đạo	Phẫu thuật cắt u âm đạo
4136	112	13 - Sinh dục nữ	13.147	Cắt u thành âm đạo	Phẫu thuật cắt u âm đạo
4137	113	13 - Sinh dục nữ	12.287	Cắt u xơ cổ tử cung	Phẫu thuật cắt u cổ tử cung
4138	114	13 - Sinh dục nữ	13.106	Phẫu thuật tạo hình tử cung (Strassman, Jones)	Phẫu thuật tạo hình tử cung (Strassman; Jones)
4139	115	13 - Sinh dục nữ	13.107	Phẫu thuật tạo hình âm đạo (nội soi kết hợp đường dưới)	Phẫu thuật đường âm đạo kết hợp phẫu thuật nội soi ổ bụng tạo hình âm đạo

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 01 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 6)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 02 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 7)
4140	116	13 - Sinh dục nữ	13.108	Phẫu thuật tạo hình âm đạo do dị dạng (đường dưới)	Phẫu thuật đường âm đạo tạo hình âm đạo dị dạng
4141	117	13 - Sinh dục nữ	13.109	Phẫu thuật cắt vách ngăn âm đạo, mở thông âm đạo	Phẫu thuật cắt vách ngăn âm đạo
4142	118	13 - Sinh dục nữ	13.109	Phẫu thuật cắt vách ngăn âm đạo, mở thông âm đạo	Phẫu thuật mở thông âm đạo
4143	119	13 - Sinh dục nữ	13.112	Phẫu thuật làm lại tầng sinh môn và cơ vòng do rách phức tạp	Phẫu thuật khâu phục hồi tầng sinh môn
4144	120	13 - Sinh dục nữ	13.15	Phẫu thuật tổn thương đường tiết niệu do tai biến phẫu thuật sản phụ khoa	Phẫu thuật làm lại thành âm đạo, tầng sinh môn
4145	121	13 - Sinh dục nữ	13.115	Phẫu thuật bóc khối lạc nội mạc tử cung ở tầng sinh môn, thành bụng	Bóc khối lạc nội mạc tử cung ở tầng sinh môn
4146	122	13 - Sinh dục nữ	13.115	Phẫu thuật bóc khối lạc nội mạc tử cung ở tầng sinh môn, thành bụng	Bóc khối lạc nội mạc tử cung ở thành bụng
4147	123	13 - Sinh dục nữ	13.136	Làm lại vết mổ thành bụng (bục, tụ máu, nhiễm khuẩn...) sau phẫu thuật sản phụ khoa	Làm lại vết mổ thành bụng (bục; tụ máu; nhiễm khuẩn...) sau phẫu thuật sản phụ khoa
4148	124	13 - Sinh dục nữ	13.144	Thủ thuật xoắn polyp cổ tử cung, âm đạo	Cắt polype đường âm đạo
4149	125	13 - Sinh dục nữ	13.145	Điều trị tổn thương cổ tử cung bằng đốt điện, đốt nhiệt, đốt Laser, áp lạnh...	Đốt điện cổ tử cung
4152	128	13 - Sinh dục nữ	13.146	Điều trị viêm dính tiểu khung bằng hồng ngoại, sóng ngắn	Chiếu tia hồng ngoại điều trị viêm dính tiểu khung
4153	129	13 - Sinh dục nữ	13.146	Điều trị viêm dính tiểu khung bằng hồng ngoại, sóng ngắn	Sóng ngắn điều trị viêm dính tiểu khung

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 01 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 6)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 02 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 7)
4154	130	13 - Sinh dục nữ	3.2262	Lấy dị vật âm đạo	Lấy dị vật âm đạo
4154	130	13 - Sinh dục nữ	13.148	Lấy dị vật âm đạo	Lấy dị vật âm đạo
4155	131	13 - Sinh dục nữ	3.2263	Khâu rách cùng đồ âm đạo	Khâu rách cùng đồ âm đạo
4155	131	13 - Sinh dục nữ	13.149	Khâu rách cùng đồ âm đạo	Khâu rách cùng đồ âm đạo
4156	132	13 - Sinh dục nữ	3.3400	Lấy máu tụ tầng sinh môn	Chích rạch tụ máu tầng sinh môn
4157	133	13 - Sinh dục nữ	13.151	Trích áp xe tuyến Bartholin	Chích áp xe tuyến Bartholin
4158	134	13 - Sinh dục nữ	3.2734	Bóc nang tuyến Bartholin	Bóc nang tuyến Bartholin
4158	134	13 - Sinh dục nữ	13.152	Bóc nang tuyến Bartholin	Bóc nang tuyến Bartholin
4159	135	13 - Sinh dục nữ	13.154	Sinh thiết cổ tử cung, âm hộ, âm đạo	Sinh thiết cổ tử cung
4160	136	13 - Sinh dục nữ	13.154	Sinh thiết cổ tử cung, âm hộ, âm đạo	Sinh thiết âm đạo
4161	137	13 - Sinh dục nữ	13.154	Sinh thiết cổ tử cung, âm hộ, âm đạo	Sinh thiết âm hộ
4162	138	13 - Sinh dục nữ	13.155	Cắt, đốt sùi mào gà âm hộ; âm đạo; tầng sinh môn	Cắt; đốt sùi mào gà âm hộ; âm đạo
4163	139	13 - Sinh dục nữ	13.48	Nong cổ tử cung do bế sản dịch	Nong cổ tử cung hoặc buồng tử cung
4163	139	13 - Sinh dục nữ	13.156	Nong buồng tử cung đặt dụng cụ chống dính	Nong cổ tử cung hoặc buồng tử cung
4164	140	13 - Sinh dục nữ	13.157	Hút buồng tử cung do rong kinh, rong huyết	Hút buồng tử cung
4166	142	13 - Sinh dục nữ	12.288	Nạo buồng tử cung chẩn đoán	Nạo niêm mạc tử cung
4167	143	13 - Sinh dục nữ	13.158	Nạo hút thai trứng	Nạo; hút thai trứng
4168	144	13 - Sinh dục nữ	3.2260	Chọc dò túi cùng Douglas	Chọc dò túi cùng Douglas

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 01 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 6)**	**Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 02 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 7)**
4168	144	13 - Sinh dục nữ	13.16	Phẫu thuật tổn thương mạch máu do tai biến phẫu thuật sản phụ khoa	Chọc dò túi cùng Douglas
4169	145	13 - Sinh dục nữ	13.159	Dẫn lưu cùng đồ Douglas	Chọc, dẫn lưu túi cùng Douglas
4170	146	13 - Sinh dục nữ	13.165	Khám phụ khoa	Khám phụ khoa
4171	147	13 - Sinh dục nữ	13.166	Soi cổ tử cung	Soi cổ tử cung
4172	148	13 - Sinh dục nữ	13.167	Làm thuốc âm đạo	Làm thuốc âm hộ; âm đạo
4173	149	13 - Sinh dục nữ	13.153	Trích rạch màng trinh do ứ máu kinh	Chích rạch màng trinh do ứ máu kinh
4174	150	13 - Sinh dục nữ	3.2261	Chọc hút dịch do máu tụ sau mổ	Chọc hút dịch do máu tụ sau mổ
4174	150	13 - Sinh dục nữ	13.161	Chọc hút dịch do máu tụ sau mổ	Chọc hút dịch do máu tụ sau mổ
4175	151	13 - Sinh dục nữ	13.84	Chọc nang buồng trứng đường âm đạo dưới siêu âm	Chọc nang tồn dư dưới hướng dẫn của siêu âm
4175	151	13 - Sinh dục nữ	13.265	Chọc hút dịch nang tồn dư	Chọc nang tồn dư dưới hướng dẫn của siêu âm
4176	152	13 - Sinh dục nữ	18.629	Chọc hút ổ dịch, áp xe dưới hướng dẫn của siêu âm	Chọc dịch giả nang dưới hướng dẫn của siêu âm
4177	153	13 - Sinh dục nữ	24.1	Vi khuẩn nhuộm soi	Vi khuẩn, vi nấm, Trichomonas nhuộm soi và phân tích tự động hỗ trợ chẩn đoán viêm âm đạo
4177	153	13 - Sinh dục nữ	24.3	Vi khuẩn nuôi cấy và định danh phương pháp thông thường	Vi khuẩn, vi nấm, Trichomonas nhuộm soi và phân tích tự động hỗ trợ chẩn đoán viêm âm đạo
4177	153	13 - Sinh dục nữ	24.321	Vi nấm nhuộm soi	Vi khuẩn, vi nấm, Trichomonas nhuộm soi và phân tích tự

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 01 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 6)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 02 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 7)
					động hỗ trợ chẩn đoán viêm âm đạo
4178	154	13 - Sinh dục nữ	13.172	Phẫu thuật cắt một phần tuyến vú	Phẫu thuật sinh thiết tổn thương chảy dịch núm vú
4179	155	13 - Sinh dục nữ	12.277	Sinh thiết hạch gác cửa trong ung thư vú	Phẫu thuật sinh thiết hạch nách
4180	156	13 - Sinh dục nữ	18.655	Sinh thiết vú dưới cộng hưởng từ	Đặt định vị kim dây tổn thương vú dưới hướng dẫn MRI
4181	157	13 - Sinh dục nữ	10.1322	Phẫu thuật áp xe vú	Phẫu thuật áp xe vú
4182	158	13 - Sinh dục nữ	12.269	Phẫu thuật cắt một phần tuyến vú	Phẫu thuật cắt tuyến vu do Phyllode
4182	158	13 - Sinh dục nữ	13.174	Cắt u vú lành tính	Phẫu thuật cắt tuyến vu do Phyllode
4183	159	13 - Sinh dục nữ	12.270	Phẫu thuật cắt khối u vú ác tính + vét hạch nách	Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú vét hạch nách triệt căn biến đổi
4183	159	13 - Sinh dục nữ	13.168	Cắt vú theo phương pháp Patey + vét hạch nách	Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú vét hạch nách triệt căn biến đổi
4183	159	13 - Sinh dục nữ	13.169	Phẫu thuật cắt khối u vú ác tính + vét hạch nách	Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú vét hạch nách triệt căn biến đổi
4184	160	13 - Sinh dục nữ	12.273	Phẫu thuật bảo tồn, vét hạch nách trong ung thư tuyến vú	Phẫu thuật bảo tồn ung thư vú
4185	161	13 - Sinh dục nữ	12.277	Sinh thiết hạch gác cửa trong ung thư vú	Phẫu thuật sinh thiết hạch cửa trong ung thư vú
4185	161	13 - Sinh dục nữ	13.173	Sinh thiết hạch gác (cửa) trong ung thư vú	Phẫu thuật sinh thiết hạch cửa trong ung thư vú
4187	163	13 - Sinh dục nữ	12.274	Cắt ung thư vú tiết kiệm da - tạo hình ngay	Phẫu thuật tái tạo tuyến vú sau cắt bỏ toàn bộ tuyến vú do ung thư bằng vạt cơ thẳng bụng một bên

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 01 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 6)**	**Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 02 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 7)**
4188	164	13 - Sinh dục nữ	26.28	Tạo hình vú bằng vi phẫu thuật sử dụng vạt tự do	Phẫu thuật tái tạo tuyến vú sau cắt bỏ toàn bộ tuyến vú do ung thư bằng vạt mông có sử dụng vi phẫu
4189	165	13 - Sinh dục nữ	26.28	Tạo hình vú bằng vi phẫu thuật sử dụng vạt tự do	Tạo hình phức hợp quầng, núm vú
4191	167	13 - Sinh dục nữ	3.4137	Phẫu thuật nội soi cắt phần phụ	Phẫu thuật nội soi cắt buồng trứng
4191	167	13 - Sinh dục nữ	3.4141	Phẫu thuật nội soi cắt u buồng trứng và phần phụ	Phẫu thuật nội soi cắt buồng trứng
4191	167	13 - Sinh dục nữ	13.76	Phẫu thuật nội soi cắt phần phụ	Phẫu thuật nội soi cắt buồng trứng
4191	167	13 - Sinh dục nữ	13.83	Phẫu thuật nội soi cắt u buồng trứng và phần phụ	Phẫu thuật nội soi cắt buồng trứng
4193	169	13 - Sinh dục nữ	27.529	Phẫu thuật nội soi bằng Robot điều trị các bệnh lý vú - phụ khoa	Phẫu thuật nội soi bằng Robot điều trị các bệnh lý phụ khoa
4194	170	13 - Sinh dục nữ	18.605	Sinh thiết vú dưới hướng dẫn siêu âm	Sinh thiết vú bằng kim
4195	171	13 - Sinh dục nữ	13.247	Ứng dụng kỹ thuật quang điện (Truscreen) trong phát hiện ung thư cổ tử cung	Phát hiện ung thư cổ tử cung bằng kỹ thuật quang điện
4196	172	13 - Sinh dục nữ	13.223	Phẫu thuật nội soi triệt sản nữ	Phẫu thuật nội soi triệt sản nữ
4197	173	13 - Sinh dục nữ	13.224	Triệt sản nữ qua đường rạch nhỏ	Phẫu thuật triệt sản nữ
4200	3	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.167	Làm thuốc âm đạo	Làm thuốc tầng sinh môn sau đẻ
4203	6	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.41	Khám thai	Khám thai

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 01 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 6)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 02 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 7)
4204	7	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.23	Theo dõi nhịp tim thai và cơn co tử cung bằng monitor sản khoa	Theo dõi nhịp tim thai và cơn co tử cung bằng monitor sản khoa
4205	8	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.29	Soi ối	Soi ối
4206	9	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.2	Phẫu thuật lấy thai lần hai trở lên	Gây chuyển dạ bằng thuốc
4207	10	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.260	Thủ thuật đặt bóng cổ tử cung gây chuyển dạ	Gây chuyển dạ bằng bóng
4208	11	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.21	Nghiệm pháp lọt ngôi chỏm	Nghiệm pháp lọt ngôi chỏm
4209	12	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.39	Kỹ thuật bấm ối	Kỹ thuật bấm ối
4210	13	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.33	Đỡ đẻ thường ngôi chỏm	Đỡ đẻ thường ngôi chỏm
4211	14	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.26	Đỡ đẻ từ sinh đôi trở lên	Đỡ đẻ đa thai
4212	15	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.24	Đỡ đẻ ngôi ngược (*)	Đỡ đẻ ngôi mông
4213	16	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.259	Thủ thuật đỡ đẻ trên người bệnh nhiễm khuẩn nặng, HPV, HIV, viêm gan nặng, …	Đỡ đẻ thường trên người bệnh có bệnh truyền nhiễm (viêm gan nặng; HIV-AIDS …)
4214	17	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.259	Thủ thuật đỡ đẻ trên người bệnh nhiễm khuẩn nặng, HPV, HIV, viêm gan nặng, …	Đỡ đẻ ngôi mông, đa thai trên người bệnh có bệnh truyền nhiễm (viêm gan nặng; HIV-AIDS …)
4216	19	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.22	Đẻ chỉ huy bằng truyền oxytocin tĩnh mạch	Đẻ chỉ huy bằng truyền oxytocin tĩnh mạch

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 01 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 6)**	**Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 02 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 7)**
4217	20	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.25	Nội xoay thai	Nội xoay thai
4218	21	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.36	Nghiệm pháp bong rau, đỡ rau, kiểm tra bánh rau	Nghiệm pháp bong rau, đỡ rau, kiểm tra bánh rau
4219	22	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.37	Kiểm soát tử cung	Kiểm soát tử cung
4220	23	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.38	Bóc rau nhân tạo	Bóc rau nhân tạo
4221	24	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.34	Cắt và khâu tầng sinh môn	Cắt và khâu tầng sinh môn
4222	25	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.27	Forceps	Forceps
4223	26	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.28	Giác hút	Giác hút
4224	27	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.44	Hủy thai: cắt thai nhi trong ngôi ngang	Hủy thai: cắt thai nhi trong ngôi ngang
4225	28	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.45	Hủy thai: chọc óc, kẹp sọ, kéo thai	Hủy thai: chọc óc, kẹp sọ, kéo thai
4226	29	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.3	Phẫu thuật lấy thai trên người bệnh có sẹo mổ bụng cũ phức tạp	Khâu phục hồi rách cổ tử cung
4227	30	14 - Sản khoa - Sơ sinh	3.3407	Phẫu thuật vết thương tầng sinh môn đơn giản	Khâu phục hồi rách âm đạo
4228	31	14 - Sản khoa - Sơ sinh	3.3407	Phẫu thuật vết thương tầng sinh môn đơn giản	Khâu phục hồi rách âm hộ
4229	32	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.21	Nghiệm pháp lọt ngôi chỏm	Cặp, kéo cổ tử cung cầm máu sau đẻ; sau sảy; sau nạo

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 01 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 6)**	**Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 02 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 7)**
4230	33	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.32	Lấy khối máu tụ âm đạo, tầng sinh môn	Lấy khối máu tụ âm đạo; tầng sinh môn
4231	34	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.261	Thủ thuật đặt bóng buồng tử cung cầm máu sau đẻ	Đặt bóng buồng tử cung để cầm máu
4232	35	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.262	Thủ thuật đặt bóng âm đạo cầm máu sau đẻ	Đặt bóng âm đạo để cầm máu
4233	36	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.263	Thủ thuật đặt bóng ống cổ tử cung trong cầm máu chửa ống cổ tử cung	Đặt bóng ống cổ tử cung để cầm máu
4235	38	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.19	Giảm đau trong đẻ bằng phương pháp gây tê ngoài màng cứng	Giảm đau bằng gây tê ngoài màng cứng trong; sau đẻ hoặc sau phẫu thuật sản phụ khoa
4236	39	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.49	Nạo sót thai, nạo sót rau sau sảy, sau đẻ	Nạo sót thai, sót rau sau sẩy hoặc sau đẻ
4237	40	14 - Sản khoa - Sơ sinh	3.3406	Trích áp xe tầng sinh môn	Chích áp xe tầng sinh môn
4237	40	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.54	Trích áp xe tầng sinh môn	Chích áp xe tầng sinh môn
4238	41	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.5	Phẫu thuật lấy thai do bệnh lý sản khoa (rau tiền đạo, rau bong non, tiền sản giật, sản giật...)	Điều trị tắc tia sữa bằng máy hút
4240	43	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.51	Điều trị tắc tia sữa bằng sóng ngắn, hồng ngoại	Điều trị tắc tia sữa bằng sóng ngắn; hồng ngoại
4241	44	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.4	Phẫu thuật lấy thai trên người bệnh mắc bệnh toàn thân (tim, thận, gan, huyết học, nội tiết...)	Làm thuốc vết khâu tầng sinh môn nhiễm khuẩn

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 01 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 6)**	**Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 02 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 7)**
4242	45	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.43	Sinh thiết gai rau	Sinh thiết rau thai
4243	46	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.46	Chọc ối điều trị đa ối	Chọc ối điều trị đa ối
4244	47	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.47	Chọc ối làm xét nghiệm tế bào	Chọc ối làm xét nghiệm tế bào
4245	48	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.52	Khâu vòng cổ tử cung	Khâu vòng cổ tử cung
4248	51	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.53	Cắt chỉ khâu vòng cổ tử cung	Cắt chỉ khâu vòng cổ tử cung
4251	54	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.7	Phẫu thuật lấy thai lần đầu	Phẫu thuật lấy thai lần đầu
4252	55	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.2	Phẫu thuật lấy thai lần hai trở lên	Phẫu thuật lấy thai lần hai trở lên
4257	60	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.3	Phẫu thuật lấy thai trên người bệnh có sẹo mổ bụng cũ phức tạp	Phẫu thuật lấy thai trên người bệnh có tiền sử phẫu thuật ổ bụng
4258	61	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.4	Phẫu thuật lấy thai trên người bệnh mắc bệnh toàn thân (tim, thận, gan, huyết học, nội tiết...)	Phẫu thuật lấy thai trên người bệnh mắc bệnh toàn thân (bệnh tim; thận; gan; huyết học; nội tiết…)
4259	62	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.5	Phẫu thuật lấy thai do bệnh lý sản khoa (rau tiền đạo, rau bong non, tiền sản giật, sản giật...)	Phẫu thuật lấy thai do bệnh lý sản khoa (rau tiền đạo; rau bong non; tiền sản giật; sản giật…)
4260	63	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.6	Phẫu thuật lấy thai trên người bệnh có bệnh truyền nhiễm (viêm gan nặng, HIV-AIDS, H5N1, tiêu chảy cấp...)	Phẫu thuật lấy thai ở người bệnh có bệnh truyền nhiễm lây qua đường máu

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 01 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 6)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 02 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 7)
4261	64	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.1	Phẫu thuật lấy thai và cắt tử cung trong rau cài răng lược	Phẫu thuật lấy thai do rau cài răng lược
4264	67	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.8	Phẫu thuật lấy thai có kèm các kỹ thuật cầm máu (thắt động mạch tử cung, mũi khâu B-lynch…)	Phẫu thuật lấy thai có kèm các kỹ thuật cầm máu (thắt động mạch tử cung; mũi khâu B-lynch…)
4265	68	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.9	Phẫu thuật cắt tử cung tình trạng người bệnh nặng, viêm phúc mạc nặng, kèm vỡ tạng trong tiểu khung, vỡ tử cung phức tạp	Phẫu thuật cắt tử cung tình trạng người bệnh nặng (viêm phúc mạc; vỡ tạng trong tiểu khung; vỡ tử cung...)
4266	69	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.10	Phẫu thuật cắt tử cung và thắt động mạch hạ vị do chảy máu thứ phát sau phẫu thuật sản khoa	Phẫu thuật mở ổ bụng cầm máu trong cấp cứu sản phụ khoa
4266	69	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.11	Phẫu thuật thắt động mạch hạ vị trong cấp cứu sản phụ khoa	Phẫu thuật mở ổ bụng cầm máu trong cấp cứu sản phụ khoa
4266	69	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.12	Phẫu thuật thắt động mạch tử cung trong cấp cứu sản phụ khoa	Phẫu thuật mở ổ bụng cầm máu trong cấp cứu sản phụ khoa
4268	71	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.17	Phẫu thuật cắt lọc vết mổ, khâu lại tử cung sau mổ lấy thai	Phẫu thuật cắt lọc và khâu phục hồi tử cung sau mổ lấy thai
4269	72	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.13	Phẫu thuật bảo tồn tử cung do vỡ tử cung	Phẫu thuật khâu bảo tồn tử cung qua đường mở bụng
4269	72	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.18	Khâu tử cung do nạo thủng	Phẫu thuật khâu bảo tồn tử cung qua đường mở bụng
4270	73	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.133	Phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng tử cung	Phẫu thuật khâu bảo tồn tử cung qua nội soi
4271	74	14 - Sản khoa - Sơ sinh	3.3595	Tách màng ngăn âm hộ	Tách dính âm hộ

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 01 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 6)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 02 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 7)
4272	75	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.92	Phẫu thuật chửa ngoài tử cung không có choáng	Phẫu thuật lấy khối thai ở sẹo mổ tử cung
4273	76	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.90	Phẫu thuật nội soi thai ngoài tử cung chưa vỡ	Phẫu thuật nội soi lấy khối thai ở sẹo mổ tử cung
4279	82	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.244	Nội soi buồng ối điều trị hội chứng truyền máu song thai bằng Laser	Nội soi buồng ối đốt mạch máu nối thông bằng laser
4281	84	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.245	Nội soi buồng ối điều trị hội chứng dải xơ buồng ối bằng Laser	Nội soi buồng ối cắt dải xơ
4298	101	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.203	Hỗ trợ phôi nở	Hỗ trợ phôi thoát màng
4299	102	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.204	Chọc hút noãn	Kĩ thuật chọc hút noãn trong IVF
4300	103	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.204	Chọc hút noãn	Kĩ thuật chọc hút noãn trong IVM
4301	104	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.205	Chuyển phôi	Chuyển phôi vào buồng tử cung
4302	105	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.206	Nuôi cấy noãn chưa trưởng thành	Nuôi cấy noãn chưa trưởng thành
4303	106	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.207	Nuôi cấy phôi	Nuôi cấy phôi
4304	107	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.208	Trữ lạnh phôi, noãn	Trữ lạnh phôi
4305	108	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.208	Trữ lạnh phôi, noãn	Trữ lạnh noãn
4306	109	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.209	Rã đông phôi, noãn	Rã đông phôi

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 01 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 6)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 02 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 7)
4307	110	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.209	Rã đông phôi, noãn	Rã đông noãn
4308	111	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.213	Phẫu thuật lấy tinh trùng	Phẫu thuật lấy tinh trùng từ tinh hoàn
4309	112	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.21	Nghiệm pháp lọt ngôi chỏm	Trữ lạnh tinh trùng
4310	113	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.211	Rã đông tinh trùng	Rã đông tinh trùng
4311	114	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.214	Tiêm tinh trùng vào bào tương của noãn (ICSI)	Tiêm tinh trùng vào bào tương noãn
4312	115	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.216	Sinh thiết phôi chẩn đoán	Sinh thiết phôi sàng lọc, chẩn đoán tiền làm tổ
4313	116	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.218	Giảm thiểu phôi	Giảm thiểu phôi hoặc thai
4314	117	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.219	Lọc rửa tinh trùng	Lọc rửa tinh trùng
4315	118	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.22	Đẻ chỉ huy bằng truyền oxytocin tĩnh mạch	Bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI)
4316	119	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.266	Cấy tinh trùng vào noãn (IVF)	Cho tinh trùng thụ tinh với noãn bằng phương pháp cổ điển
4317	120	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.221	Phẫu thuật nội soi lấy dụng cụ tử cung trong ổ bụng	Phẫu thuật nội soi lấy dụng cụ tử cung lạc chỗ
4318	121	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.222	Lấy dụng cụ tử cung trong ổ bụng qua đường rạch nhỏ	Phẫu thuật lấy dụng cụ tử cung lạc chỗ
4319	122	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.225	Cấy - tháo thuốc tránh thai (loại nhiều nang)	Cấy hoặc tháo thuốc tránh thai (một nang; nhiều nang)

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 01 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 6)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 02 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 7)
4319	122	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.226	Cấy - tháo thuốc tránh thai (loại một nang)	Cấy hoặc tháo thuốc tránh thai (một nang; nhiều nang)
4320	123	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.228	Đặt và tháo dụng cụ tử cung	Đặt dụng cụ tử cung
4321	124	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.228	Đặt và tháo dụng cụ tử cung	Tháo dụng cụ tử cung
4324	127	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.239	Phá thai bằng thuốc cho tuổi thai đến hết 7 tuần	Phá thai nội khoa dưới 7 tuần
4325	128	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.229	Phá thai bằng thuốc cho tuổi thai đến hết 9 tuần	Phá thai nội khoa từ 7 tuần đến hết 9 tuần
4325	128	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.231	Phá thai bằng thuốc cho tuổi thai đến hết 8 tuần	Phá thai nội khoa từ 7 tuần đến hết 9 tuần
4327	130	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.232	Phá thai bằng thuốc cho tuổi thai từ 13 tuần đến hết tuần 22	Phá thai nội khoa từ 13 đến 22 tuần
4328	131	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.241	Phá thai đến hết 7 tuần bằng phương pháp hút chân không	Phá thai dưới 7 tuần bằng phương pháp hút chân không
4329	132	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.238	Phá thai từ tuần thứ 6 đến hết 12 tuần bằng phương pháp hút chân không	Phá thai từ 7 tuần đến hết 12 tuần bằng phương pháp hút chân không
4331	134	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.230	Phá thai to từ 13 tuần đến 22 tuần bằng phương pháp đặt túi nước	Gây sảy thai bằng bóng
4331	134	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.260	Thủ thuật đặt bóng cổ tử cung gây chuyển dạ	Gây sảy thai bằng bóng
4332	135	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.23	Theo dõi nhịp tim thai và cơn co tử cung bằng monitor sản khoa	Phá thai to từ 13 tuần đến 22 tuần bằng phương pháp đặt túi nước

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 01 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 6)**	**Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 02 Thông tư số 23/2024/TT-BYT (cột 7)**
4333	136	14 - Sản khoa - Sơ sinh	13.233	Phá thai bằng phương pháp nong và gắp từ tuần thứ 13 đến hết tuần thứ 18	Phá thai từ 13 đến 18 tuần bằng phương pháp nong gắp

QUY TRÌNH KỸ THUẬT

1. THỦ THUẬT BÓC NANG; NHÂN XƠ VÚ

hhbvtnvn.thanhhoa_Va thu Hiep [illegible] Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG:

- Bóc nang, nhân xơ vú là kỹ thuật lấy bỏ toàn bộ tổn thương nhân xơ tuyến vú lành tính, giúp xác định bản chất của khối u, giảm đau và cảm giác khó chịu, đảm bảo tính thẩm mỹ.

- Tỷ lệ các tổn thương vú lành tính có thể gặp ở khoảng 50% phụ nữ, trong đó nhiều nhất là nang xơ vú và nhân xơ vú.

2. CHỈ ĐỊNH:

Các nang hoặc xơ lành tính

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Tổn thương nghi bất thường nhiều hơn (ví dụ: ung thư).

4. THẬN TRỌNG:

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

- 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 sảy 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 người bệnh (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: Từ 0.5 - 2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

6.1. Bước 1:

- Xác định vị trí u cần cắt bỏ, nếu nhỏ có thể dung kim để xác định mốc tốt nhất là làm dưới gây mê, nếu không có điều kiện thì gây tê tại chỗ.

- Sau khi rạch qua da và tổ chức dưới da dùng kéo bóc tách để đi thẳng vào khối u tránh làm nát các tổ chức xung quanh gây chảy máu.

- Lấy bỏ khối u qua vết rạch sau khi đã bóc tách và cầm máu kĩ các tổ chức xung quanh khối u bằng chỉ tiêu. Nếu khối u ở sâu thì sau đó cần khâu ép lại tổ chức đã rạch sau khi đã kiểm tra kĩ không thấy chảy máu.

6.2. Bước 2:

- Khâu phục hồi lại da bằng khâu luồn dưới da bằng chỉ tiêu (Vicryl 2.0,…). Băng lại vết mổ có thể băng ép bằng băng chun quanh ngực, đặt dẫn lưu nếu nghi ngờ diện bóc tách còn có thể chảy máu.

- Sau khi bóc xong tổ chức bóc bỏ phải được gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh.

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 ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: Vì tổ chức vú là tổ chức mỡ lỏng lẻo dễ chảy máu nên trong quá trình thủ thuật phải vừa bóc tách vừa cầm máu và nên khâu ép hết đáy diện bóc tách.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop nhat Benh vien tu nhan Viet Nam_28/02/2026 15:28:08

7.2. Tai biến sau thủ thuật

- Tụ máu: Cắt chỉ, khâu cầm máu, dùng tiếp kháng sinh.

- Nhiễm trùng vết mổ: Nếu có, thường xảy ra vào ngày thứ 4 hoặc thứ 5 sau thủ thuật với triệu chứng sưng, đau, đỏ tấy vùng vết mổ. Trong trường hợp này, phải dùng thêm kháng sinh và tách vết mổ để mủ chảy ra ngoài, rửa vết mổ bằng Povidone-iodine hàng ngày.

7.3. Tai biến muộn:

- Sẹo xấu: Cắt sửa sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), Bóc nhân xơ vú, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ sản, tr 63 - 64.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu dien tu nha Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

2. PHẪU THUẬT CẮT MỘT PHẦN VÚ

1. ĐẠI CƯƠNG

Trong một số bệnh lý u vú lành tính như u phyllodes độ I - II, hoặc bệnh lý biến đổi xơ nang có triệu chứng, viêm áp xe tuyến vú, phẫu thuật cắt rộng tổn thương là phương pháp điều trị chính.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp u phyllodes lành tính, giáp biên;
- Biến đổi xơ nang tạo khối
- Các trường hợp viêm tuyến vú điều trị nội khoa không có kết quả.

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. TRẬN TRỌNG

- Người bệnh cao tuổi
- Người bệnh béo phì, hút thuốc lá
- Người bệnh 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: 01 Điều dưỡng

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien ... Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

+ 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 người bệnh (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 01- 03 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Tư thế người bệnh, gây mê

- Tiến hành dưới gây mê nội khí quản
- Người bệnh ở tư thế nằm ngửa
- Phẫu thuật viên đứng và sát trùng rộng bên cần phẫu thuật

6.2 Bước 2: Tiến hành phẫu thuật

Trong điều trị áp xes tuyến vú

- Rạch da trên tổ chức áp xe
- Lấy mủ nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ
- Cắt lọc tổ chức áp xe, đối với các trường hợp tái phát hoặc ổ áp xe lớn phức tạp phải lấy hết tổn thương, cắt lọc rộng rãi đặc biệt là các ổ vi áp xe nhỏ trong tuyến vú.
- Gửi tổ chức bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh
- Rửa sạch nhiều lần bằng ô xy già + povidon iodine 10%
- Cầm máu
- Để hở da, khâu lại thì 2 sau khi tổ chức áp xe sạch, lên tổ chức hạt tốt.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hieu hoa Benh vien K nam Viet Nam_18/03/2025 15:28:08

Trong điều trị bệnh lý u tuyến vú:

- Rạch da theo đường rạch đã thiết kế.
- Dùng kéo phẫu tích để bộc lộ u xơ tuyến vú, phẫu thuật viên phụ kéo farabeuf để bộc lộ rõ u hơn.
- Lấy rộng quanh u.
- Cầm máu thật kĩ bằng dao điện hoặc buộc chỉ hoặc khâu cầm máu.
- Khâu phục hồi tuyến vú bằng chỉ tự tiêu 3.0 hoặc 4.0.
- Nếu diện bóc tách tuyến vú rộng có thể đặt dẫn lưu cho thoát dịch.
- Khâu da: khâu mũi rời hoặc luồn trong da bằng chỉ không tiêu, cắt chỉ sau 1 tuần.

6.3. 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

Đọng dịch

- Thường ở vị trí thành ngực hay hố nách
- Nếu cần thiết vẫn phải lưu ống dẫn lưu

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. U Veronesi, Atlas of Breast surgery, 2015.

hhbvtnvn.thanhhoa_Va thu vien cho Benh vien tu ha Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

3. ĐẶT ĐỊNH VỊ KIM DÂY SINH THIẾT TỔN THƯƠNG TUYẾN VÚ DƯỚI SIÊU ÂM

1. ĐẠI CƯƠNG

Các tiến bộ trong sàng lọc và chẩn đoán bệnh ung thư vú giúp ngày càng có nhiều phụ nữ được chẩn đoán ung thư vú ở giai đoạn sớm, khi các tổn thương chưa phát hiện được bằng thăm khám lâm sàng.

Sinh thiết kết hợp định vị tổn thương vú bằng kim dây phục vụ cho mục đích chẩn đoán mô bệnh học. Tổn thương vú có thể được định vị dựa trên siêu âm nếu có.

2. CHỈ ĐỊNH

Các tổn thương u nghi ngờ hoặc các u lành tính trên siêu âm của tuyến vú không xác định được qua thăm khám lâm sàng.

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

4. TRẬN TRỌNG

- Người bệnh cao tuổi
- Người bệnh béo phì, hút thuốc lá
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính nặng nề: tim mạch, hô hấp…

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.
- 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…
- Đồ vải
+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật
+ Quần áo người bệnh
+ Săng phẫu thuật / thủ thuật
- Máy siêu âm, bộ dụng cụ định vị kim dây

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 sảy 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 người bệnh (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.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1 Bước 1: Tiến hành thủ thuật

- Đặt kim dây vào rãnh sinh thiết, đẩy kim qua rãnh kim dẫn đường vào tuyến vú đến hết chiều dài của kim dẫn đường.

- Cố định kim dây.

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

Lo lắng hốt hoảng

- Giải thích kĩ trước khi làm thủ thuật

- Động viên, trấn an, nói chuyện…

Chảy máu trong mổ

7.2. Tai biến sau thực hiện kỹ thuật

Chảy máu tại chỗ

- Băng ép sau khi kết thúc kỹ thuật

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. Davey MG, O'Donnell JPM, Boland MR, et al. Optimal localization strategies for non-palpable breast cancers -A network meta-analysis of randomized controlled trials. *Breast Off J Eur Soc Mastology*. 2022;62:103-113.

3. Kapoor MM, Patel MM, Scoggins ME. The Wire and Beyond: Recent Advances in Breast Imaging Preoperative Needle Localization. *RadioGraphics*. 2019;39(7):1886-1906.

hhbvtnvn.thanhhoa_Vao thu vien cho Benh vien tu han Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

4. ĐẶT ĐỊNH VỊ KIM DÂY SINH THIẾT TỔN THƯƠNG TUYẾN VÚ DƯỚI MAMMOGRAPHY

1. ĐẠI CƯƠNG

Các tiến bộ trong sàng lọc và chẩn đoán bệnh ung thư vú giúp ngày càng có nhiều phụ nữ được chẩn đoán ung thư vú ở giai đoạn sớm, khi các tổn thương chưa phát hiện được bằng thăm khám lâm sàng.

Sinh thiết kết hợp định vị tổn thương vú bằng kim dây phục vụ cho mục đích chẩn đoán mô bệnh học. Tổn thương vú có thể được định vị dựa trên mamography nếu có.

2. CHỈ ĐỊNH

Các tổn thương u nghi ngờ trên mamography của tuyến vú không xác định được qua thăm khám lâm sàng.

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. TRẬN TRỌNG

- Người bệnh cao tuổi
- Người bệnh béo phì, hút thuốc lá
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính nặng nề: tim mạch, hô hấp…

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.
- 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…
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

- Máy x-quang vú, bộ dụng cụ định vị kim dây

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien tu than Viet Nam 06/03/2026 15:28:08

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 sảy 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 người bệnh (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.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1:

- Người bệnh được đặt tư thế nằm sấp hoặc ngồi quay mặt vào máy chụp X quang vú (tùy loại máy).

- Chụp ép khu trú vị trí tổn thương theo hướng thẳng, chếch hoặc nghiêng tùy trường hợp sau cho tổn thương nằm ở giữa 1 ỗ khay ép khu trú, nếu làm dưới siêu âm cần xác định vị trí tổn thương.

- Chụp Xquang tuyến vú với bong chụp máy quay theo hai hướng khác nhau (chụp chếch và thẳng) để định vị tổn thương theo không gian ba chiều.

- Bác sĩ chọn vị trí cần sinh thiết trên hình ảnh chụp X quang vú

- Xác định vị trí không gian ba chiều của điểm đã chọn sinh thiết (phần mềm sinh thiết tự động).

- Chọn loại kim dây có móc (hookwire)

- Máy tự động di chuyển rãnh sinh thiết vào vị trí phù hợp.

- Vô khuẩn vú qua lỗ khay ép.

- Gây tê tại chỗ

6.2 Bước 2: Tiến hành

- Đặt kim dây vào rãnh sinh thiết, đẩy kim qua rãnh kim dẫn đường vào tuyến vú đến hết chiều dài của kim dẫn đường.

- Cố định kim dây.

6.3. 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

Lo lắng hốt hoảng

- Giải thích kĩ trước khi làm thủ thuật
- Động viên, trấn an, nói chuyện…

Chảy máu trong mổ

7.2. Tai biến sau thực hiện kỹ thuật

Chảy máu tại chỗ

- Băng ép sau khi kết thúc kỹ thuật

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. Davey MG, O'Donnell JPM, Boland MR, et al. Optimal localization strategies for non-palpable breast cancers -A network meta-analysis of randomized controlled trials. *Breast Off J Eur Soc Mastology*. 2022;62:103-113.

3. Gajdos C, Ian Tartter P, Bleiweiss IJ, et al. Mammographic Appearance of Nonpalpable Breast Cancer Reflects Pathologic Characteristics. *Ann Surg*. 2002;235(2):246-251.

4. Kapoor MM, Patel MM, Scoggins ME. The Wire and Beyond: Recent Advances in Breast Imaging Preoperative Needle Localization. *RadioGraphics*. 2019;39(7):1886-1906.

5. SINH THIẾT HẠCH GÁC CỬA TRONG UNG THƯ VÚ CÓ LẬP BẢN ĐỒ HẠCH

1. ĐẠI CƯƠNG

Đánh giá tình trạng di căn hạch nách giữ vai trò trong kiểm soát bệnh ung thư vú, thể hiện ở các khía cạnh: cung cấp thông tin chính xác cho việc tiên lượng bệnh, kiểm soát bệnh tại vùng, cung cấp căn cứ để đưa ra quyết định về điều trị bổ trợ sau phẫu thuật. Theo kinh điển, đánh giá tình trạng di căn hạch nách dựa vào khám lâm sàng và xét nghiệm hạch nách thu được từ bệnh phẩm vét hạch nách triệt căn trong ung thư vú. Tuy nhiên, bên cạnh các vai trò quan trọng nêu trên, vét hạch nách triệt căn cũng kèm theo nhiều biến chứng trước mắt cũng như lâu dài cho người bệnh như đọng dịch vùng nách, tê bì, liệt và phù bạch huyết. Nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ biến chứng sớm lên tới 20 - 30 và tỷ lệ biến chứng muộn lên tới 15 - 20 số người bệnh, điều này ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng sống của người bệnh sau điều trị.

Hạch cửa trong ung thư vú là một hoặc một số hạch đầu tiên tiếp nhận dẫn lưu bạch huyết hoặc di căn ung thư từ vú đến. Sinh thiết hạch cửa là bước tiếp cận nhằm đánh giá đúng tình trạng di căn hạch nách, đồng thời hạn chế tối đa các biến chứng cho người bệnh ung thư vú giai đoạn sớm. Để sinh thiết hạch cửa, có thể sử dụng chất chỉ thị màu hoặc đồng vị phóng xạ hoặc kết hợp cả hai để lập bản đồ bạch huyết.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đã được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến vú.

- Giai đoạn bệnh: T1, T2, T3, hạch N0 trên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh. Các trường hợp hạch nghi ngờ N1 có tế bào hoặc sinh thiết hạch dưới siêu âm âm tính.

- Các trường hợp ung thư biểu mô tại chỗ của tuyến vú: u lan tỏa cần cắt toàn bộ vú; nghi ngờ vi xâm nhập.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp di căn hạch nách rõ qua thăm khám lâm sàng trước mổ

- Ung thư vú tiến triển tại chỗ cần phải điều trị tân bổ trợ

- Người bệnh có tiền sử dị ứng với chất chỉ thị

- Những người bệnh đã có tiền sử phẫu thuật vùng nách hay cánh tay.

4. TRẬN TRỌNG

- Người bệnh cao tuổi

- Người bệnh béo phì, hút thuốc lá

- Người bệnh 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop nhat Benh vien tu than Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh
- Điều dưỡng: 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.
- 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 sảy 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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
+ Thông tiểu (nếu cần)
+ Sát khuẩn vùng phẫu 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 phẫu thuật

hhbvtnvn.thanhhoa_Vu tu Hoi hoi Benh vien Viet Nam_28/02/2026 15:28:08

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Tiến hành phẫu thuật

a) Trường hợp chỉ sử dụng đồng vị phóng xạ (ĐVPX) hiện hình hạch cửa:

- Xác định vị trí hạch cửa bằng đầu dò gamma probe

- Rạch da

Với các trường hợp phẫu thuật bảo tồn, đường rạch da dài 3 cm dưới nếp lằn nách 2 cm, với các trường hợp cắt toàn bộ tuyến vú rạch da dọc đến bờ ngoài cơ ngực lớn với chiều dài 3-3,5 cm, tính toán vị trí đường rạch sao cho đường mổ cắt tuyến vú có thể bao trọn đường rạch này.

- Tìm hạch cửa

+ Phẫu tích qua lớp mỡ dưới da, mở qua lá cân đòn - quạ - nách để vào hố nách.

+ Nhẹ nhàng tách tổ chức mỡ, dựa vào đầu dò gamma probe để phát hiện các hạch cửa là hạch tăng hoạt tính phát xạ.

Lấy bỏ các hạch nhuộm xanh bằng dao điện, sau đó kiểm tra lại hố nách bằng đầu dò để xác định hết hạch cửa. Các trường hợp không phát hiện hạch cửa cần vét hạch.

- Cầm máu kỹ và rửa sạch diện mổ bằng nước muối sinh lý.

- Gửi xét nghiệm hạch tức thì hoặc thường quy, tùy tình trạng hạch cửa mà quyết định vét hạch nách hay không.

- Khâu phục hồi và khâu da.

b) Trường hợp chỉ sử dụng chất nhuộm màu xanh methylen:

- Tiêm 3-5 ml xanh methylen vào 4 vị trí dưới da trong, ngoài, trên, dưới. Quanh quầng vú có thể tiêm phối hợp phần da trên u. Xoa bóp nhẹ vị trí tiêm trong 5 phút.

- Với các trường hợp bảo tồn rạch da dài 3 cm dưới nếp lằn nách 2 cm, với các trường hợp cắt toàn bộ tuyến vú rạch da dọc đến bờ ngoài cơ ngực lớn với chiều dài 3-3,5 cm, tính toán vị trí đường rạch sao cho đường mổ cắt tuyến vú có thể bao trọn đường rạch này.

- Sinh thiết hạch cửa

+ Phẫu tích qua lớp mỡ dưới da, mở qua lá cân đòn - quạ - nách để vào hố nách.

+ Nhẹ nhàng tách tổ chức mỡ để phát hiện (các) đường bạch huyết đã bắt màu xanh, lần theo chúng để đến (các) hạch đã bắt màu thuốc nhuộm xanh. Trong quá trình làm, nên lưu ý cầm máu tốt để tránh làm cản trở tầm nhìn.

+ Lấy bỏ các hạch nhuộm xanh bằng dao điện, với kẹp phẫu tích không mấu kẹp chặt phía đầu vào để tránh làm loang thuốc nhuộm ra trường mổ. Nên lấy bỏ cả các hạch to chắc nếu có ở xung quanh.

+ Các trường hợp không phát hiện hạch cửa cần vét hạch nách.

- Cầm máu kỹ và rửa sạch diện mổ bằng nước muối sinh lý.

- Gửi xét nghiệm đánh giá hạch tức thì hoặc thường qui, tùy tình trạng hạch cửa mà quyết định vét hạch nách hay không.

- Khâu phục hồi và khâu da.

b) Trường hợp chỉ sử dụng chất nhuộm màu ICG (Indocyanine green 1mg/ml):

- Tiêm 2 ml ICG (1 mg/ml) vào 2 vị trí dưới da quanh quầng vú, có thể tiêm phối hợp phần da trên u, chờ 10 phút.

- Dùng đầu dò ICG xác định vị trí hạch cửa trong hố nách.

- Với các trường hợp bảo tồn rạch da dài 3 cm dưới nếp lằn nách 2 cm, với các trường hợp cắt toàn bộ tuyến vú rạch da dọc đến bờ ngoài cơ ngực lớn với chiều dài 3-3,5 cm, tính toán vị trí đường rạch sao cho đường mổ cắt tuyến vú có thể bao trọn đường rạch này.

- Sinh thiết hạch cửa

+ Phẫu tích qua lớp mỡ dưới da, mở qua lá cân đòn - quạ - nách để vào hố nách.

+ Nhẹ nhàng tách tổ chức mỡ để phát hiện (các) đường bạch huyết, dùng đầu dò để xác định hạch cửa phát sáng. Trong quá trình làm, nên lưu ý cầm máu tốt để tránh làm cản trở tầm nhìn.

+ Lấy bỏ các hạch cửa bằng dao điện, với kẹp phẫu tích không mấu kẹp chặt phía đầu vào để tránh làm loang thuốc nhuộm ra trường mổ. Nên lấy bỏ cả các hạch to chắc nếu có ở xung quanh.

+ Các trường hợp không phát hiện hạch cửa cần vét hạch nách.

- Cầm máu kỹ và rửa sạch diện mổ bằng nước muối sinh lý.

- Gửi xét nghiệm đánh giá hạch tức thì hoặc thường quy, tùy tình trạng hạch cửa mà quyết định vét hạch nách hay không.

- Khâu phục hồi và khâu da.

d) Trường hợp kết hợp cả chất chỉ thị màu và ĐVPX

- Xác định vị trí hạch cửa bằng đầu dò gamma probe

- Tiêm 3-5 ml xanh methylen vào 4 vị trí dưới da trong, ngoài, trên, dưới. Quanh quầng vú có thể tiêm phối hợp phần da trên u. Xoa bóp nhẹ vị trí tiêm trong 5 phút.

- Rạch da

Với các trường hợp phẫu thuật bảo tồn, đường rạch da dài 3 cm dưới nếp lằn nách 2 cm, với các trường hợp cắt toàn bộ tuyến vú rạch da dọc đến bờ ngoài cơ ngực lớn với chiều dài 3-3,5 cm, tính toán vị trí đường rạch sao cho đường mổ cắt tuyến vú có thể bao trọn đường rạch này.

- Tìm hạch cửa

- Phẫu tích qua lớp mỡ dưới da, mở qua lá cân đòn - quạ - nách để vào hố nách.

+ Nhẹ nhàng tách tổ chức mỡ để phát hiện (các) đường bạch huyết đã bắt màu xanh, lần theo chúng để đến (các) hạch đã bắt màu thuốc nhuộm xanh, kết hợp đầu dò gamma probe để phát hiện các hạch cửa, là các hạch bắt màu xanh hoặc tăng hoạt tính phát xạ.

+ Lấy bỏ các hạch cửa bằng dao điện, sau đó kiểm tra lại hố nách bằng đầu dò để xác định hết hạch cửa. Các trường hợp không phát hiện hạch cửa cần vét hạch.

- Cầm máu kỹ và rửa sạch diện mổ bằng nước muối sinh lý.

- Gửi xét nghiệm hạch tức thì hoặc thường quy, tùy tình trạng hạch cửa mà quyết định vét hạch nách hay không.

- Khâu phục hồi và khâu da.

6.3. Kết thúc phẫu thuật

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau phẫu thuật
- Ghi chép hồ sơ, hoàn thiện bệnh án.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp nhận.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu trong mổ

Dị ứng thuốc

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

Đọng 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. V, Basile F. Breast cancer and sentinel lymph node micrometastases: indications for lymphadenectomy and literature review.

3. Bernet Vegué L, Cano Muñoz R, Piñero Madrona A. Breast cancer sentinel lymph node and axillary lymphadenectomy: new tools for new challenges. Expert Rev Mol Diagn. 2012 Mar;12(2):147-58. doi: 10.1586/erm.11.96.

4. Noguchi M, Tsugawa K, Bando E, Kawahara F, Miwa K, Yokoyama K, Nakajima K, Tonami N. Sentinel lymphadenectomy in breast cancer: identification of sentinel lymph node and detection of metastases. Breast Cancer Res Treat. 1999 Jan;53(2):97-104. doi: 10.1023/a:1006118827167.

5. Hennequin C, Guillerm S, Quéro L. The sentinel lymph node of breast cancer and the radiation oncologist. Cancer Radiother. 2018 Oct;22(6-7):473-477. doi: 10.1016/j.canrad.2018.06.012.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien Phu san Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

6. PHẪU THUẬT CẮT KHỐI U VÚ

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 kỳ. Phẫu thuật được chỉ định khi u có kích thước lớn hoặc gây đau, khó chịu cho người bệnh.

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 gây 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…
- 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

- Người bệnh cao tuổi
- Người bệnh béo phì, hút thuốc lá
- Người bệnh 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:01 Điều dưỡng

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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan thu vien tu nhan viet nam_08/05/2026 15:28:08

- 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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu 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 01 - 03 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Rạch da theo đường rạch đã thiết kế
- Dùng kéo phẫu tích để bộc lộ u vú, phẫu thuật viên phụ kéo farabeuf để bộc lộ rõ u hơn
- Lấy gọn u
- Cầm máu thật kĩ bằng dao điện hoặc buộc chỉ hoặc khâu cầm máu
- Khâu phục hồi tuyến vú bằng chỉ tự tiêu 3.0 hoặc 4.0
- Nếu diện bóc tách tuyến vú rộng có thể đặt dẫn lưu cho thoát dịch.
- Khâu da: khâu mũi rời hoặc luồn trong da bằng chỉ không tiêu, cắt chỉ sau 1 tuần.

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. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Chảy máu, dị ứng thuốc…

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kĩ 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. Kirby I.B, Master Techniques in General Surgery: Breast Surgery 5th.

3. U Veronesi, Atlas of Breast surgery, 2015.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop nhat Benh vien tu nhan viet nam_18/01/2024 15:28:08

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hợp hoà Bệnh viện tư nhân Việt Nam_08/05/2024 15:28:08

7. PHẪU THUẬT CẮT VÚ TRIỆT CĂN

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn là một phương pháp điều trị tại chỗ, kiểm soát đối với những người bệnh ung thư vú. Phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn là phương pháp đầu tiên, cổ điển trong lịch sử điều trị ung thư vú. Ngày nay, với những tiến bộ trong điều trị ung thư, phẫu thuật này vẫn đóng một vai trò quan trọng trong điều trị ung thư vú.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư vú giai đoạn 0, I, II với những người bệnh có chống chỉ định hoặc không muốn điều trị bảo tồn.

- Ung thư vú giai đoạn II, III sau hóa chất tân bổ trợ không có chỉ định hoặc không muốn bảo tồn.

- Một số trường hợp ung thư vú giai đoạn IV đáp ứng tốt sau hóa trị tân bổ trợ.

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

- Người bệnh cao tuổi
- Người bệnh 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
- Điều dưỡng:01 Điều dưỡng

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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van ban phep hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

- 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 sảy 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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu 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 02-03 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QTKT

- Rạch da: Lựa chọn đường rạch da tùy thuộc vào vị trí của u nguyên phát và có hay không dự kiến tạo hình vú ngay. Đường rạch bao gồm cả vết mổ lấy u cũ khi làm sinh thiết hoặc vị trí chọc hút tế bào cùng với núm vú. Thông thường, một đường rạch da hình múi cam nằm ngang bao quanh chu vi vú sẽ đưa lại kết quả tốt nhất về mặt thẩm mỹ.

- Tạo vạt da: độ dày của vạt da thay đổi tùy theo từng người bệnh, phụ thuộc vào thể trạng cơ thể, và thường để lại độ dày vạt da trung bình 7 - 8 mm. Vạt da được tách theo giới hạn: trên là xương đòn, ngoài là bờ trước cơ lung rộng, trong là đường cạnh ức, dưới là bao cơ thẳng.

- Cắt tuyến vú: Mô vú được tách khỏi bao cơ ngực từ phía trên trong đến dưới ngoài. Cân cơ răng trước ở phía bên và bao cơ thẳng ở dưới cần giữ nguyên vẹn.

hhbvtnvn.thanhhoa_Vathu Hiep hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_06/05/2025 15:28:08

- Vào hố nách, vét hạch nách nhóm 1, 2 và kiểm tra hạch nhóm 3, bảo tồn thần kinh và mạch máu.

- Rửa vết mổ, cầm máu bằng cách thắt hoặc đốt điện.

- Tại diện cắt vú, đặt một sonde dẫn lưu tại vị trí thấp hơn vạt da dưới và trên đường nách trước.

- Đóng da 2 lớp.

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. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu trong mổ

Dị ứng thuốc

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

Hoại tử vạt da, thiểu dưỡng

- Đánh giá tình trạng nuôi dưỡng các vạt da
- Do phẫu tích quá mỏng hoặc tổn thương nhiều mạch nuôi dưỡng. Không băng ép trong các trường hợp có dấu hiệu thiểu dưỡng vạt da

Đọng dịch

- Thường ở vị trí thành ngực hay hố nách
- Chăm sóc dẫn lưu, rút dẫn lưu khi dịch tiết còn dưới 30ml
- 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. Alvin M Cotlar, Joseph J Dubose, D Michael Rose (2003), "History of Surgery for Breast Cancer: Radical to the Sublime", Current Surgery, 60 (3), pp. 329-337.

3. Edward F. Scanlon, Joseph A. Caprini (1975), "Modified radical mastectomy", Cancer, 35, pp. 710- 713.

4. U Veronesi, Atlas of Breast surgery, 2015.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien...Nam_08/05/2026 15:28:08

8. PHẪU THUẬT TÁI TẠO TUYẾN VÚ BẰNG TÚI GIÃN DA

1. ĐẠI CƯƠNG

- Vật liệu nhân tạo (túi độn) ngày càng được sử dụng nhiều trong tạo hình tuyến vú sau cắt bỏ toàn bộ tuyến vú do ung thư. So với kỹ thuật tạo hình bằng vạt tự thân tạo hình bằng túi độn là kỹ thuật tương đối an toàn, thời gian phẫu thuật nhanh, ít tai biến. Đối với các trường hợp khối u lớn, cắt rộng da vú, xạ trị sau phẫu thuật cần phải sử dụng túi giãn da ở thì một, sau đấy thay bằng túi vĩnh viễn một thời gian sau kết thúc quá trình điều trị.

- Tái tạo vú bằng túi độn sau khi đặt túi giãn da là phương pháp tái tạo vú thực hiện qua 2 giai đoạn: Giai đoạn đầu đặt túi giãn da, giai đoạn thứ 2 đặt túi độn. Có thể thực hiện ngay tức thì hoặc trì hoãn sau phẫu thuật cắt bỏ u vú tùy giai đoạn của bệnh và tình trạng da và mô mềm tại chỗ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú, tình trạng da không đủ hoặc không tốt để tạo hình ngay bằng túi độn.

-Người bệnh có chỉ định xạ trị sau mổ, túi giãn da tạm thời trước khi thay bằng túi độn hoặc các phương pháp tạo hình bằng vạt khác.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư vú giai đoạn muộn, nhất là các trường hợp đã có xâm lấn, vỡ loét ra da.
- 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

- Người bệnh cao tuổi
- Người bệnh béo phì, hút thuốc lá
- Người bệnh 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: 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phong noi Benh vien tu nhan Viet Nam_28/01/2026 15:28:08

- 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.
- Túi giãn 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.
- 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 người bệnh (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. Tiến hành phẫu thuật

Với các người bệnh tạo hình ngay, thì 1 là thì cắt vú triệt căn. Với người bệnh tạo hình thì 2 thì tiến hành quy trình đặt túi giãn luôn.

- Thì 1: Cắt bỏ toàn bộ tuyến vú + vét hạch nách (tạo hình 1 thì).

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Benh vien tu than Viet Nam 08/05/202 15:28:08

+ U trung tâm hoặc khoảng cách từ u đến phức hợp quầng núm vú ≤ 2 cm: Cắt tuyến vú tiết kiệm da (Skin Sparing Mastectomy) bao gồm cắt bỏ toàn bộ quầng núm vú, da trên u, toàn bộ tuyến vú, vét hạch nách (hoặc sinh thiết hạch cửa).

+ Khoảng cách từ u đến phức hợp quầng núm vú > 2cm:

Cắt tuyến vú bảo tồn núm (Nipple Sparing Mastectomy), vét hạch nách (hoặc sinh thiết hạch cửa)

Làm diện cắt đáy núm vú: Nếu diện cắt âm tính tính thì bảo tồn núm

Nếu diện cắt dương tính: cắt bỏ quầng núm

- Thì 2: Đặt túi giãn da

+ Đo thể tích tuyến vú cắt bỏ: Dựa theo nguyên tắc Archimedes. Đặt tuyến vú vừa cắt bỏ vào bình đầy nước. Đo lượng nước trào ra khỏi bình.Thể tích tuyến vú chính bằng thể tích nước này.

+ Mở cơ ngực lớn, tạo khoang giữa cơ ngực lớn và cơ ngực bé

+ Đặt túi giãn da với thể tích tương ứng tuyến vú cắt bỏ.

+ Tạo nếp lằn vú.

+ Cầm máu kỹ diện mổ

+ Đặt 2 dẫn lưu: thành ngực và hố nách

+ Khâu phục hồi bao cơ, khâu vết mổ 2 lớp.

- Bơm dần thể tích túi giãn trong thời gian điều trị bổ trợ sau phẫu thuật để đạt được kích thước mong muốn, tương ứng với bên đối diện.

- Thay túi vĩnh viễn 3 - 6 tháng sau khi kết thúc liệu trình điều trị.

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, hỏng túi giãn da, dị ứng thuốc.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kĩ 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

Hoại tử vạt da, thiểu dưỡng

Do phẫu tích quá mỏng hoặc tổn thương nhiều mạch nuôi dưỡng. Không băng ép trong các trường hợp có dấu hiệu thiểu dưỡng vạt da

Đọng 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 phù tay sau vét hạch nách

- Nâng cao tay khi ngủ
- 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

Lộ túi, xẹp túi, vỡ túi độn, đào thải túi, chúng ta cần tháo túi hoặc thay túi vĩnh viễn.

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. 2017:10.

3. 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

9. PHẪU THUẬT TÁI TẠO 1 BÊN TUYẾN VÚ BẰNG VẠT CƠ THẲNG BỤNG

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep noi Benh vien tu nhan Viet nam_08/05/2025 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

Với những tiến bộ hiện nay trong điều trị phẫu thuật, tia xạ và hóa chất, người bệnh ung thư vú có tỷ lệ chữa khỏi lên đến 75% tính chung cho tất cả các giai đoạn. Tuy nhiên, việc cắt bỏ tuyến vú đã để lại rất nhiều vấn đề về tâm lý và xã hội cho người phụ nữ khi trở về với cuộc sống hằng ngày. Ngày càng có nhiều người bệnh ung thư vú có nhu cầu tái tạo lại tuyến vú sau phẫu thuật cắt bỏ. Gần đây với sự ra đời của các kỹ thuật tạo hình ung thư (oncoplasty) mới, đã giúp giải quyết cơ bản vấn đề này, đem lại chất lượng sống cho người bệnh.

- Vạt cơ thẳng bụng (Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous - TRAM) bao gồm:

+ Cơ thẳng bụng đóng vai trò là cuống của vạt, nguồn cấp máu cho cơ thẳng bụng chính là nguồn nuôi vạt

+ Phần da và mỡ ở bụng dưới nằm theo hướng ngang bụng là chất liệu chính của vạt sử dụng để tạo hình

- Vạt TRAM trong tạo hình tuyến vú sau phẫu thuật ung thư vú có một số đặc điểm sau:

+ Có nguồn mô lớn, nên có thể thích ứng với nhiều nhu cầu tạo hình khác nhau về kích cỡ của tuyến vú

+ Loại bỏ một phần mô lớn ở vùng bụng dưới nên còn có thể giúp tạo hình thu gọn bụng

2. CHỈ ĐỊNH

- Tạo hình cho người bệnh có vú to hoặc trung bình
- Đủ mô vùng bụng dưới
- Đã sử dụng phương pháp khác không thành công

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không chịu được phẫu thuật nặng nề
- BMI > 30
- Hiện hút thuốc lá
- Có các phẫu thuật trước đó tại vùng bụng gây mất mạch máu nuôi

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh cao tuổi
- Người bệnh BMI > 25, tiền sử hút thuốc lá
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính nặng nề: tim mạch, hô hấp…
- Người bệnh có chỉ định xạ trị bổ trợ

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_28/03/2025 15:28:08

- Phẫu thuật viên phụ: 03 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.
- 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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu 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 2 - 4 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Tiến hành phẫu thuật

- Rạch da:

+ Đường rạch dưới: 2 cm trên mu, đi qua gai chậu trước trên

+ Đường rạch trên: Ngay trên giới hạn trên của rốn

+ Hai đường gặp nhau ở vị trí tương ứng trên đường nách trước

- Lưu ý khi phẫu tích đường hầm:

+ Không nên rộng quá

+ Không nên lấn quá về phía trong

+ Tính toán cuống vừa đủ để giấu vào nếp lằn vú

+ Độ rộng trung bình: đút lọt 4 ngón tay

+ Cầm máu kỹ khi kết thúc

- Phẫu tích vạt trên:

+ Đi chếch lên trên để lấy được nhiều mô mỡ và giữ được các mạch xuyên

+ Ở đường giữa chỉ đi đến mũi ức

+ Sang bên lên qua bờ sườn khoảng 2cm

- Phẫu tích vạt dưới: phẫu tích thẳng xuống đến khi gặp cân

- Rạch vòng tròn quanh rốn

- Nâng vạt:

+ Bên có cuống: phẫu tích từ ngoài vào đến khi gặp các mạch xiên ở bờ ngoài cơ thẳng bụng

+ Bên đối diện: phẫu tích đến đường giữa

+ Phẫu tích thành bụng phía trên cân lên phía trên, đến bờ sườn

+ Nên để lại 1-2cm phần trước bên của cân cơ thẳng bụng

+ Rạch xuống phía dưới đường cung khoảng 3 cm. Bộc lộ bó mạch thượng vị dưới. Cắt ngang cơ thẳng bụng cùng với cân trước dưới vị trí bó mạch đi vào cơ. Phẫu tích bó mạch thượng vị sâu dưới và buộc sát gốc.

+ Đánh dấu rốn và bao bọc rốn bởi tổ chức mỡ dưới da.

+ Rạch bao cơ thẳng bụng

+ Phẫu tích lên quá bờ sườn

+ Bộc lộ và bảo tồn bó mạch thượng vị trên với cuống khoảng 5cm

+ Cắt nhánh TK liên sườn 8 (để cơ thẳng bụng bị teo nhỏ sau này). TK này tìm ở phía dưới bờ sườn.

+ Loại bỏ vùng IV. Đánh giá thể tích

+ Quay vạt 90-180 độ để đưa tới vị trí nhận. Lưu ý không để căng hay xoắn cuống mạch

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoi Benh vien Phan Viet Nam_08/03/2025 15:28:08

- Chọn cuống: có thể cùng bên hoặc đối bên

+ Cùng bên: có ưu điểm thêm nhiều mô, không bị cục ở vùng thượng vị

+ Đối bên: áp dụng khi vú sa trễ

+ Không nên cố bảo tồn cơ và cân bụng vì có thể ảnh hưởng đến tưới máu vạt

- Đóng bụng

+ Khâu đường cung vào đầu cắt của cân cơ thẳng bụng phía dưới bằng chỉ không tiêu 2/0 (Mersilene) mũi rời

+ Sử dụng mesh polypropylene (Marlex mesh) loại này chịu đựng tốt, không tiêu, giá rẻ.

+ Gấp nếp 1cm, khâu bờ ngoài bằng Mersilene 2/0 mũi rời chữ X. Cần lấy đủ cả cân cơ chéo ngoài và trong

+ Bờ bên đối diện của tấm mesh được khâu vào giữa cân cơ thẳng bụng bên kia sau khi kéo thành bụng với mức độ căng vừa phải

+ Ở phần giữa của tấm mesh: khâu cố định bờ trong của cân cơ thẳng bụng vào tâm mesh bằng các mũi chỉ chữ X rời. Hai đầu có thể khâu vắt.

+ Cắt miếng nhỏ hình elip của miếng mesh phía trên rốn để lôi rốn lên.

+ Cầm máu

+ Đặt 2 dẫn lưu hướng ra 2 bên không để tiếp xúc trực tiếp với mesh

+ Đóng 2 lớp thành bụng để mesh không tiếp xúc với bên ngoài

+ Lựa chọn vị trí rốn thích hợp, sử dụng đường rạch u ngược để đưa rốn ra ngoài da. Khâu rốn bằng chỉ Vicryl 2/0 và chỉ nylon khâu ngoài da.

+ Khâu dồn và loại bớt mỡ vạt trên để tránh tai chó

- Tạo bầu vú

+ Quay vạt 90-180 độ để vùng 3 hướng xuống dưới hoặc ra ngoài. Lưu ý không để cuống vạt bị vặn xoắn hay căng

+ Loại bỏ vùng 4

+ Vùng 2: da được loại bỏ biểu bì và khâu treo cố định vào thành ngực. Cần ước tính lượng mô cần loại bỏ bằng cách so sánh với tuyến vú bên đối diện (thể tích, các mốc giải phẫu) trước mổ với người bệnh ở tư thế đứng.

+ Gấp phần dưới và trong của vạt tạo bầu vú và khôi phục độ sa trễ.

- Kinh nghiệm: đưa vùng da I về trung tâm, hạn chế sử dụng mô ở vùng II. Với các BN đã xạ trị, cực dưới và trên có thể căng, khi đó có thể phải sử dụng tạo hình chữ Z để đóng da nhằm tạo hình tốt hơn cho bầu vú.

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 cuống mạch, tổn thương bỏng da do dao điện, dị ứng thuốc.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kĩ 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

Hoại tử vạt

- Theo dõi vạt da sát sao, đặc biệt trong 24-48 giờ đầu sau mổ

- Đắp gạc tẩm huyết thanh ấm khi thay băng tại vị trí vạt.

Đọng 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

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. 2017:10.

3. Elizabeth, Gregory. *Aesthetic and Reconstructive Surgery of the Breast*.

4. Kim EK, Eom JS, Hwang CH, Ahn SH, Son BH, Lee TJ. Immediate transverse rectus abdominis musculocutaneous (TRAM) flap breast reconstruction in underweight Asian patients. *Breast Cancer*. 2014;21(6):693-697. doi:10.1007/s12282-013-0443-9

10. PHẪU THUẬT TÁI TẠO 2 BÊN TUYẾN VÚ BẰNG VẠT CƠ THẲNG BỤNG

hhbvtnvn.thanhhoa_Vat tu Hiep hoi Benh vien Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

Với những tiến bộ hiện nay trong điều trị phẫu thuật, tia xạ và hoá chất, người bệnh ung thư vú có tỷ lệ chữa khỏi lên đến 75% tính chung cho tất cả các giai đoạn. Tuy nhiên việc cắt bỏ tuyến vú đã để lại rất nhiều vấn đề về tâm lý và xã hội cho người phụ nữ khi trở về với cuộc sống hằng ngày. Ngày càng có nhiều người bệnh ung thư vú có nhu cầu tái tạo lại tuyến vú sau phẫu thuật cắt bỏ. Gần đây với sự ra đời của các kỹ thuật tạo hình ung thư (oncoplasty) mới, đã giúp giải quyết cơ bản vấn đề này, đem lại chất lượng sống cho người bệnh.

- Vạt cơ thẳng bụng (Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous - TRAM) bao gồm:

+ Cơ thẳng bụng đóng vai trò là cuống của vạt, nguồn cấp máu cho cơ thẳng bụng chính là nguồn nuôi vạt

+ Phần da và mỡ ở bụng dưới nằm theo hướng ngang bụng là chất liệu chính của vạt sử dụng để tạo hình

- Vạt TRAM trong tạo hình tuyến vú sau phẫu thuật ung thư vú có một số đặc điểm sau:

+ Có nguồn mô lớn, nên có thể thích ứng với nhiều nhu cầu tạo hình khác nhau về kích cỡ của tuyến vú

+ Loại bỏ một phần mô lớn ở vùng bụng dưới nên còn có thể giúp tạo hình thu gọn bụng

+ Có thể sử dụng vạt TRAM cùng bên hoặc khác bên

Cần lưu ý biến chứng sổ bụng sau phẫu thuật vì việc lấy cơ thẳng bụng gây ra điểm yếu đáng kể với thành bụng

2. CHỈ ĐỊNH

- Tạo hình cho người bệnh có vú to hoặc trung bình

- Các trường hợp ung thư 2 vú hoặc phẫu thuật dự phòng ung thư ở người bệnh có đột biến gen BRCA1, BRCA2.

- Đủ mô vùng bụng dưới

- Đã sử dụng phương pháp khác không thành công

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không chịu được phẫu thuật nặng nề

- BMI > 30

- Hiện hút thuốc lá

- Có các phẫu thuật trước đó tại vùng bụng gây mất mạch máu nuôi

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh cao tuổi

- Người bệnh BMI > 25, tiền sử hút thuốc lá

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop hoi Benh vien tu than Viet Nam_08/0/202 15:28:08

- Người bệnh có bệnh lý mạn tính nặng nề: tim mạch, hô hấp…

- Người bệnh có chỉ định xạ trị bổ trợ

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

- 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.

- 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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phap luat Benh vien tu nhan viet nam_08/03/2024 15:28:08

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

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính 2-5 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Tiến hành phẫu thuật

- Rạch da:

+ Đường rạch dưới: 2 cm trên mu, đi qua gai chậu trước trên

+ Đường rạch trên: Ngay trên giới hạn trên của rốn

+ Hai đường gặp nhau ở vị trí tương ứng trên đường nách trước

- Lưu ý khi phẫu tích đường hầm:

+ Không nên rộng quá

+ Không nên lấn quá về phía trong

+ Tính toán cuống vừa đủ để giấu vào nếp lằn vú

+ Độ rộng trung bình: đút lọt 4 ngón tay

+ Cầm máu kỹ khi kết thúc

- Phẫu tích vạt trên:

+ Đi chếch lên trên để lấy được nhiều mô mỡ và giữ được các mạch xuyên

+ Ở đường giữa chỉ đi đến mũi ức

+ Sang bên lên qua bờ sườn khoảng 2cm

- Phẫu tích vạt dưới: phẫu tích thẳng xuống đến khi gặp cân

- Rạch vòng tròn quanh rốn

- Nâng vạt:

+ Bên có cuống: phẫu tích từ ngoài vào đến khi gặp các mạch xiên ở bờ ngoài cơ thẳng bụng

+ Bên đối diện: phẫu tích đến đường giữa

+ Phẫu tích thành bụng phía trên cân lên phía trên, đến bờ sườn

+ Nên để lại 1-2 cm phần trước bên của cân cơ thẳng bụng

+ Rạch xuống phía dưới đường cung khoảng 3 cm. Bộc lộ bó mạch thượng vị dưới. Cắt ngang cơ thẳng bụng cùng với cân trước dưới vị trí bó mạch đi vào cơ. Phẫu tích bó mạch thượng vị sâu dưới và buộc sát gốc.

+ Đánh dấu rốn và bao bọc rốn bởi tổ chức mỡ dưới da.

+ Rạch bao cơ thẳng bụng

+ Phẫu tích lên quá bờ sườn

+ Bộc lộ và bảo tồn bó mạch thượng vị trên với cuống khoảng 5cm

+ Cắt nhánh TK liên sườn 8 (để cơ thẳng bụng bị teo nhỏ sau này). TK này tìm ở phía dưới bờ sườn.

+ Loại bỏ vùng IV. Đánh giá thể tích

+ Quay vạt 90-180 độ để đưa tới vị trí nhận. Lưu ý không để căng hay xoắn cuống mạch

- Chọn cuống: có thể cùng bên hoặc đối bên

+ Cùng bên: có ưu điểm thêm nhiều mô, không bị cục ở vùng thượng vị

+ Đối bên: áp dụng khi vú sa trễ

+ Không nên cố bảo tồn cơ và cân bụng vì có thể ảnh hưởng đến tưới máu vạt

- Đóng bụng

+ Khâu đường cung vào đầu cắt của cân cơ thẳng bụng phía dưới bằng chỉ không tiêu 2/0 (Mersilene) mũi rời

+ Sử dụng mesh polypropylene (Marlex mesh) loại này chịu đựng tốt, không tiêu, giá rẻ.

+ Gấp nếp 1cm, khâu bờ ngoài bằng Mersilene 2/0 mũi rời chữ X. Cần lấy đủ cả cân cơ chéo ngoài và trong

+ Bờ bên đối diện của tấm mesh được khâu vào giữa cân cơ thẳng bụng bên kia sau khi kéo thành bụng với mức độ căng vừa phải

+ Ở phần giữa của tấm mesh: khâu cố định bờ trong của cân cơ thẳng bụng vào tâm mesh bằng các mũi chỉ chữ X rời. Hai đầu có thể khâu vắt.

+ Cắt miếng nhỏ hình elip của miếng mesh phía trên rốn để lôi rốn lên.

+ Cầm máu

+ Đặt 2 dẫn lưu hướng ra 2 bên không để tiếp xúc trực tiếp với mesh

+ Đóng 2 lớp thành bụng để mesh không tiếp xúc với bên ngoài

+ Lựa chọn vị trí rốn thích hợp, sử dụng đường rạch u ngược để đưa rốn ra ngoài da. Khâu rốn bằng chỉ Vicryl 2/0 và chỉ nylon khâu ngoài da.

+ Khâu dồn và loại bớt mỡ vạt trên để tránh tai chó

- Tạo bầu vú

+ Quay vạt 90-180 độ để vùng 3 hướng xuống dưới hoặc ra ngoài. Lưu ý không để cuống vạt bị vặn xoắn hay căng

+ Loại bỏ vùng 4

+ Vùng 2: da được loại bỏ biểu bì và khâu treo cố định vào thành ngực. Cần ước tính lượng mô cần loại bỏ bằng cách so sánh với tuyến vú bên đối diện (thể tích, các mốc giải phẫu) trước mổ với người bệnh ở tư thế đứng.

+ Gấp phần dưới và trong của vạt tạo bầu vú và khôi phục độ sa trễ.

- Kinh nghiệm: đưa vùng da I về trung tâm, hạn chế sử dụng mô ở vùng II. Với các BN đã xạ trị, cực dưới và trên có thể căng, khi đó có thể phải sử dụng tạo hình chữ Z để đóng da nhằm tạo hình tốt hơn cho bầu vú.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien Benh nhiet doi Viet Nam 08/05/2024 15:28:08

- Tiến hành với bên vú còn lại theo các bước như trên

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 cuống mạch, tổn thương bỏng da do dao điện,

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kĩ 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

Hoại tử vạt

- Theo dõi vạt da sát sao, đặc biệt trong 24 - 48 giờ đầu sau mổ
- Đắp gạc tẩm huyết thanh ấm khi thay băng tại vị trí vạt.

Đọng 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

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. 2017:10.

3. Elizabeth, Gregory. *Aesthetic and Reconstructive Surgery of the Breast*.

4. Kim EK, Eom JS, Hwang CH, Ahn SH, Son BH, Lee TJ. Immediate transverse rectus abdominis musculocutaneous (TRAM) flap breast reconstruction in underweight Asian patients. *Breast Cancer*. 2014;21(6):693-697. doi:10.1007/s12282-013-0443-9

11. PHẪU THUẬT CẮT VÚ TRIỆT CĂN; VÉT HẠCH NÁCH KẾT HỢP TÁI TẠO BẰNG VẠT CƠ LƯNG RỘNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Với những tiến bộ hiện nay trong điều trị phẫu thuật, tia xạ và hóa chất, người bệnh ung thư vú có tỷ lệ chữa khỏi lên đến 75% tính chung cho tất cả các giai đoạn. Tuy nhiên, việc cắt bỏ tuyến vú đã để lại rất nhiều vấn đề về tâm lý và xã hội cho người phụ nữ khi trở về với cuộc sống hằng ngày. Ngày càng có nhiều người bệnh ung thư vú có nhu cầu tái tạo lại tuyến vú sau phẫu thuật cắt bỏ. Gần đây với sự ra đời của các kỹ thuật tạo hình ung thư (oncoplasty) mới, đã giúp giải quyết cơ bản vấn đề này, đem lại chất lượng sống cho người bệnh.

Vạt cơ lưng rộng có cuống (latissimus dorsi musculocutaneous island flap - LDMF) được Tansini giới thiệu lần đầu vào năm 1906 để che lấp các khuyết hổng sau phẫu thuật cắt bỏ tuyến vú. Năm 1977, Schneider mô tả đặc điểm giải phẫu và chỉ rõ các ứng dụng trong phẫu thuật tái tạo vú của vạt cơ này và sau đó nhanh chóng được chứng minh là phương pháp đáng tin cậy trong phẫu thuật tạo hình.

Vạt cơ lưng rộng có ưu điểm là có cuống mạch nuôi tốt, giảm thời gian phẫu thuật và vì thế đem lại nhiều lợi ích cho người bệnh. Vạt cơ lưng rộng có thể sử dụng cho cả tạo hình tức thì hay có trì hoãn. Trong trường hợp trì hoãn thì có thể chuẩn bị và thiết kế lấy vạt to hơn. Đối với các trường hợp tạo hình trì hoãn cho các người bệnh cắt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tạo hình cho BN có vú nhỏ hoặc trung bình
- Đủ mô vùng cơ lưng rộng
- Đã sử dụng phương pháp khác không thành công
- Có thể sử dụng kết hợp tạo hình kết hợp đặt túi và vạt cơ lưng rộng nếu thể tích cơ lưng không đủ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có can thiệp vùng cơ lưng rộng
- Không chịu được phẫu thuật nặng

4. TRẬN TRỌNG

- Người bệnh cao tuổi
- Người bệnh béo phì, hút thuốc lá
- Người bệnh 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: 03 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hieu hoi benh vien tu nhan Viet Nam_08/02/2026 15:28:08

- Điều dưỡng: 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.
- 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 người bệnh (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 2-4 tiếng

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Cắt toàn bộ tuyến vú triệt căn biến đổi, có thể tiết kiệm da hoặc không

6.2. Bước 2: Lấy vạt da cơ lưng rộng

+ Vẽ ranh giới cơ lưng rộng

+ Người bệnh nằm nghiêng 90 độ

+ Rạch da hình múi cam vùng lưng

+ Giải phóng 2 vạt da lên trên và xuống dưới, lấy cả tổ chức mỡ để đảm bảo đủ thể tích mỡ để tái tạo vú sau này

+ Giải phóng bờ trước cơ lưng rộng

+ Phía dưới lấy đến sát mào chậu, phía trên lấy đến sát cột sống

+ Giải phóng cơ ngực lớn

+ Thắt các nhánh động mạch xuyên tách ra từ động mạch liên sườn

+ Giải phóng cơ ngực lớn đến sát hõm nách, chú ý không được làm tổn thương cuống mạch nuôi

+ Bảo tồn thần kinh ngực lưng và bó mạch ngực lưng

+ Xoay đưa vạt ra trước

+ Cầm máu kỹ vùng lấy vạt, đặt dẫn lưu

+ Đưa người bệnh về tư thế nằm ngửa

6.3. Bước 3: Tái tạo tuyến vú

+ Định vị vị trí của vạt da cơ lưng rộng, đánh giá kích thước và vị trí của vạt so với vú đối diện

+ Khâu cố định vạt vào thành ngực

+ Đặt dẫn lưu tại chỗ

+ Khâu da của vạt với da thành ngực

+ Núm vú có thể tái tạo ngay hoặc 3 - 6 tháng sau

6.4. Kết thúc phẫu thuật

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau phẫu thuật
- Ghi chép hồ sơ, hoàn thiện bệnh án.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp nhận.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong và 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop nhat Benh vien tu nhan Viet Nam_28/01/2026 15:28:08

Hoại tử vạt

- Theo dõi vạt da sát sao, đặc biệt trong 24 - 48 giờ đầu sau mổ
- Đắp gạc tẩm huyết thanh ấm khi thay băng tại vị trí vạt.

Đọng 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. Fitoussi A. Chirurgie du cancer du sein et reconstruction mammaire. 2017:10.

3. Elizabeth, Gregory. *Aesthetic and Reconstructive Surgery of the Breast*.

4. Chiang I-H, Wang C-H, Tzeng Y-S, et al. Breast Reconstruction Using Pedicled Latissimus Dorsi Myocutaneous Flaps in Asian Patients With Small Breasts. *Ann Plast Surg*. 2017;78(3 Suppl 2):S95-S101. doi:10.1097/SAP.0000000000001013

hhbvtnvn.thanhhoa_Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương Bệnh viện Việt Nam_08/05/2025 15:28:08

12. PHẪU THUẬT TÁI TẠO BẰNG VẠT NHÁNH XUYÊN ĐỘNG MẠCH THƯỢNG VỊ DƯỚI CÓ SỬ DỤNG VI PHẪU

1. ĐẠI CƯƠNG

Với những tiến bộ hiện nay trong điều trị phẫu thuật, tia xạ và hóa chất, người bệnh ung thư vú có tỷ lệ chữa khỏi lên đến 75% tính chung cho tất cả các giai đoạn. Tuy nhiên, việc cắt bỏ tuyến vú đã để lại rất nhiều vấn đề về tâm lý và xã hội cho người phụ nữ khi trở về với cuộc sống hằng ngày. Ngày càng có nhiều người bệnh ung thư vú có nhu cầu tái tạo lại tuyến vú sau phẫu thuật cắt bỏ. Gần đây với sự ra đời của các kỹ thuật tạo hình ung thư (oncoplasty) mới, đã giúp giải quyết cơ bản vấn đề này, đem lại chất lượng sống cho người bệnh.

Vạt xuyên thượng vị sâu dưới (Deep Inferior Epigastric Perforator - DIEP) bao gồm:

- Cuống mạch nuôi là bó mạch xuyên thượng vị sâu dưới
- Phần da và mỡ ở bụng dưới nằm theo hướng ngang bụng là chất liệu chính của vạt sử dụng để tạo hình
- Vạt DIEP trong tạo hình tuyến vú sau phẫu thuật ung thư vú có một số đặc điểm sau:
- Có nguồn mô lớn, nên có thể thích ứng với nhiều nhu cầu tạo hình khác nhau về kích cỡ của tuyến vú
- Loại bỏ một phần mô lớn ở vùng bụng dưới nên còn có thể giúp tạo hình thu gọn bụng
- Có mật độ khá tương đồng với tuyến vú
- Không lo ngại biến chứng sổ bụng sau phẫu thuật vì không lấy cơ thẳng bụng
- Có nhiều khó khăn do phải thực hiện kỹ thuật khâu nối vi phẫu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tạo hình cho BN có vú to hoặc trung bình
- Đủ mô vùng cho vạt: vùng bụng, vùng mông..
- Đã sử dụng phương pháp tái tạo khác không thành công.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Mắc bệnh toàn thân nặng về: tim mạch, hô hấp...
- Không chịu được phẫu thuật nặng, thời gian gây mê kéo dài.

4. TRẬN TRỌNG

- Người bệnh cao tuổi
- Có các phẫu thuật trước đó tại vùng bụng
- Người bệnh béo phì, hút thuốc lá
- Người bệnh có tiền sử xạ trị thành ngực

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phep hoi Benh vien tu than Viet Nam_28/05/2026 15:28:08

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
- 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.
- 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 người bệnh (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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop nhat Benh vien tu nhan Viet Nam_08/03/2024 15:28:08

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 2 - 5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Lấy vạt vi phẫu

- Rạch da:

- Đường rạch dưới: 2 cm trên mu, đi qua gai chậu trước trên

- Đường rạch trên: Ngay trên giới hạn trên của rốn

- Hai đường gặp nhau ở vị trí tương ứng trên đường nách trước

- Phẫu tích vạt trên:

+ Đi chếch lên trên để lấy được nhiều mô mỡ và giữ được các mạch xuyên

+ Ở đường giữa chỉ đi đến mũi ức

+ Sang bên lên qua bờ sườn khoảng 2 cm

-Phẫu tích vạt dưới: phẫu tích thẳng xuống đến khi gặp cân

- Rạch vòng tròn quanh rốn

- Nâng vạt:

+ Bên có cuống: phẫu tích từ ngoài vào đến khi gặp các mạch xiên ở bờ ngoài cơ thẳng bụng

+ Bên đối diện: phẫu tích đến đường giữa

+ Phẫu tích thành bụng phía trên cân lên phía trên, đến bờ sườn

+ Nên để lại 1-2cm phần trước bên của cân cơ thẳng bụng

+ Rạch xuống phía dưới đường cung khoảng 3 cm. Tại đây bộc lộ và bảo tồn mạch thượng vị dưới. Phẫu tích bó mạch thượng vị sâu dưới và đánh dấu vị trí.

+ Đánh dấu rốn và bao bọc rốn bởi tổ chức mỡ dưới da.

- Bộc lộ bó mạch vú trong bên vú đã cắt bỏ

+ Phẫu tích cơ ngực bộc lộ xương sườn số IV

+ Cắt đầu trong sụn sườn IV để bộc lộ bó mạch

- Khâu nối mạch vi phẫu giữa cuống nhận là bó mạch xuyên thượng vị sâu dưới và bó cho là vú trong. Kiểm tra lưu thông

- Có thể bộc lộ mạch ngực lưng và nối với mạch ngực lưng.

- Đóng bụng

+ Đặt 2 dẫn lưu hướng ra 2 bên

+ Đóng 2 lớp thành bụng Lựa chọn vị trí rốn thích hợp, sử dụng đường rạch u ngược để đưa rốn ra ngoài da. Khâu rốn bằng chỉ Vicryl 2/0 và chỉ nylon khâu ngoài da.

+ Khâu dồn và loại bớt mỡ vạt trên để tránh tai chó.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan benh vien da nhan Viet Nam_08/03/2026 15:28:08

6.2. Bước 2: Tái tạo tuyến vú

+ Quay vạt và bình chỉnh để tạo bầu vú như ý

+ Loại bỏ tưới máu kém nếu cần

+ Vùng 2: da được loại bỏ biểu bì và khâu treo cố định vào thành ngực. Cần ước tính lượng mô cần loại bỏ bằng cách so sánh với tuyến vú bên đối diện (thể tích, các mốc giải phẫu) trước mổ với người bệnh ở tư thế đứng

+ Đặt dẫn lưu tại chỗ

+ Khâu da của vạt với da thành ngực

+ Núm vú có thể tái tạo ngay hoặc 3 - 6 tháng sau

6.3. Kết thúc phẫu thuật

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau phẫu thuật
- Ghi chép hồ sơ, hoàn thiện bệnh án.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp nhận.

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

Huyết khối động hoặc tĩnh mạch nối:

- Theo dõi vạt sát sao phẫu thuật cấp cứu lấy bỏ huyết khối.

Hoại tử vạt

- Theo dõi vạt da sát sao, đặc biệt trong 24 - 48 giờ đầu sau mổ
- Đắp gạc tẩm huyết thanh ấm khi thay băng tại vị trí vạt.

Đọng 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

Nhồi máu phổi

- Biến chứng ít nhưng nặng, cần phòng ngừa trong các trường hợp mổ lớn, nằm lâu. Theo dõi và phát hiện để xử lí sớm.

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. 2017:10.

3. Elizabeth, Gregory. *Aesthetic and Reconstructive Surgery of the Breast*.

4. U Veronesi, Atlas of Breast surgery, 2015.

13. PHẪU THUẬT TÁI TẠO BẰNG VẠT CƠ THẲNG BỤNG TỰ DO CÓ SỬ DỤNG VI PHẪU

1. ĐẠI CƯƠNG

Với những tiến bộ hiện nay trong điều trị phẫu thuật, tia xạ và hóa chất, người bệnh ung thư vú có tỷ lệ chữa khỏi lên đến 75% tính chung cho tất cả các giai đoạn. Tuy nhiên, việc cắt bỏ tuyến vú đã để lại rất nhiều vấn đề về tâm lý và xã hội cho người phụ nữ khi trở về với cuộc sống hằng ngày. Ngày càng có nhiều người bệnh ung thư vú có nhu cầu tái tạo lại tuyến vú sau phẫu thuật cắt bỏ. Gần đây với sự ra đời của các kỹ thuật tạo hình ung thư (oncoplasty) mới, đã giúp giải quyết cơ bản vấn đề này, đem lại chất lượng sống cho người bệnh.

- Vạt cơ thẳng bụng (Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous - TRAM) bao gồm:

- Cơ thẳng bụng đóng vai trò là cuống của vạt, nguồn cấp máu cho cơ thẳng bụng chính là nguồn nuôi vạt

- Phần da và mỡ ở bụng dưới nằm theo hướng ngang bụng là chất liệu chính của vạt sử dụng để tạo hình

- Vạt TRAM có cuống có nhược điểm là cấp máu bởi mạch thượng vị trên, nguồn cấp máu đôi khi không đủ với tuyến vú lớn. Vạt TRAM tự do, nối vi phẫu mạch thượng vị dưới sâu và mạch vú trong hoặc mạch ngực lưng giúp làm tăng cấp máu cho vạt.

- Cần lưu ý biến chứng sổ bụng sau phẫu thuật vì việc lấy cơ thẳng bụng gây ra điểm yếu đáng kể với thành bụng, cộng thêm có nhiều khó khăn do phải thực hiện kỹ thuật khâu nối vi phẫu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tạo hình cho BN có vú to hoặc trung bình
- Đủ mô vùng bụng.
- Đã sử dụng phương pháp khác không thành công.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Mắc các bệnh lý toàn thân nặng nề: tim mạch, hô hấp,
- Không chịu được phẫu thuật nặng nề

4. TRẬN TRỌNG

- Người bệnh cao tuổi
- Người bệnh béo phì, hút thuốc lá
- Tiền sử mổ vùng bụng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ

hhbvtnvn.thanhhoa_Van ban Hop nhat Benh vien tu nhan Viet Nam_28/03/2024 15:28:08

- Phẫu thuật viên phụ: 03 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.
- 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 người bệnh (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 2-5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phap che Benh vien tu than viet nam_28/02/2026 15:28:08

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Lấy vạt vi phẫu

- Đường rạch dưới: 2 cm trên mu, đi qua gai chậu trước trên

- Đường rạch trên: Ngay trên giới hạn trên của rốn

- Hai đường gặp nhau ở vị trí tương ứng trên đường nách trước

- Phẫu tích vạt trên:

+ Đi chếch lên trên để lấy được nhiều mô mỡ và giữ được các mạch xuyên

+ Ở đường giữa chỉ đi đến mũi ức

+ Sang bên lên qua bờ sườn khoảng 2cm

- Phẫu tích vạt dưới: phẫu tích thẳng xuống đến khi gặp cân

- Rạch vòng tròn quanh rốn

- Nâng vạt:

+ Bên có cuống: phẫu tích từ ngoài vào đến khi gặp các mạch xiên ở bờ ngoài cơ thẳng bụng

+ Bên đối diện: phẫu tích đến đường giữa

+ Phẫu tích thành bụng phía trên cân lên phía trên, đến bờ sườn

+ Nên để lại 1-2cm phần trước bên của cân cơ thẳng bụng

+ Rạch xuống phía dưới đường cung khoảng 3 cm. Tại đây bộc lộ và bảo tồn mạch thượng vị dưới. cắt ngang cơ thẳng bụng cùng với cân trước tại đây. Phẫu tích bó mạch thượng vị sâu dưới.

+ Đánh dấu rốn và bao bọc rốn bởi tổ chức mỡ dưới da.

+ Rạch bao cơ thẳng bụng

+ Bộc lộ và thắt bó mạch thượng vị trên

+ Cắt nhánh TK liên sườn cao nhất (để cơ bị teo nhỏ sau này). TK này tìm ở phía dưới bờ sườn.

+ Loại bỏ vùng IV. Đánh giá thể tích

- Bộc lộ bó mạch vú trong bên vú đã cắt bỏ

+ Phẫu tích cơ ngực bộc lộ xương sườn số IV

+ Cắt đầu trong sụn sườn IV để bộc lộ bó mạch

- Khâu nối mạch vi phẫu giữa cuống nhận là bó mạch thượng vị sâu dưới và bó cho là vú trong. Kiểm tra lưu thông

- Có thể bộc lộ mạch ngực lưng và nối mạch thượng vị sâu dưới với mạch ngực lưng.

- Đóng bụng:

+ Khâu đường cung vào đầu cắt của cân cơ thẳng bụng phía dưới bằng chỉ không tiêu 2/0 (Mersilene) mũi rời

+ Sử dụng mesh polypropylene (Marlex mesh) loại này chịu đựng tốt, không tiêu, giá rẻ.

+ Gấp nếp 1cm, khâu bờ ngoài bằng Mersilene 2/0 mũi rời chữ X. Cần lấy đủ cả cân cơ chéo ngoài và trong

+ Bờ bên đối diện của tấm mesh được khâu vào giữa cân cơ thẳng bụng bên kia sau khi kéo thành bụng với mức độ căng vừa phải

+ Ở phần giữa của tấm mesh: khâu cố định bờ trong của cân cơ thẳng bụng vào tâm mesh bằng các mũi chỉ chữ X rời. Hai đầu có thể khâu vắt.

+ Cắt miếng nhỏ hình elip của miếng mesh phía trên rốn để lôi rốn lên.

+ Đặt 2 dẫn lưu hướng ra 2 bên.

+ Khâu dồn và loại bớt mỡ vạt trên để tránh tai chó.

6.2. Bước 2: Tái tạo tuyến vú

+ Quay vạt và bình chỉnh để tạo bầu vú như ý

+ Loại bỏ tưới máu kém nếu cần

+ Vùng 2: da được loại bỏ biểu bì và khâu treo cố định vào thành ngực. Cần ước tính lượng mô cần loại bỏ bằng cách so sánh với tuyến vú bên đối diện (thể tích, các mốc giải phẫu) trước mổ với người bệnh ở tư thế đứng.

+ Đặt dẫn lưu tại chỗ.

+ Khâu da của vạt với da thành ngực.

+ Núm vú có thể tái tạo ngay hoặc 3-6 tháng sau.

6.3. Kết thúc phẫu thuật

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau phẫu thuật
- Ghi chép hồ sơ, hoàn thiện bệnh án.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp nhận.

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van_thu_Phap_che_Benh_vien_tu_nhan_Viet_Nam_08/0_/202_ 15:28:08

Huyết khối động tĩnh mạch sau mổ

- Theo dõi sát tình trạng vạt, phát hiện sớm các biến chứng huyết khối để xử lí cấp cứu.

Hoại tử vạt

- Theo dõi vạt da sát sao, đặc biệt trong 24 - 48 giờ đầu sau mổ
- Đắp gạc tẩm huyết thanh ấm khi thay băng tại vị trí vạt.

Đọng 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

Nhồi máu phổi

- Biến chứng ít nhưng nặng, cần phòng ngừa trong các trường hợp mổ lớn, nằm lâu. Theo dõi và phát hiện để xử lý sớm.

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. 2017:10.

3. Elizabeth, Gregory. *Aesthetic and Reconstructive Surgery of the Breast*.

4. U Veronesi, Atlas of Breast surgery, 2015.

14. PHẪU THUẬT CẮT UNG THƯ DA HOẶC UNG THƯ HẮC TỐ TẠI VÚ

hhbvtnvn.thanhhoa_Van.thu.Tiep.nhan.Benh.vien.Tam_08/05/2025 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

Đây là các tổn thương ác tính tại da vú, bao gồm hai loại chính: Ung thư biểu mô tế bào đáy (Basal cell Carcinoma) và ung thư hắc tố (Melanome). Cũng như các ung thư da biểu hiện tại các vị trí khác, phẫu thuật là phương pháp điều trị chính. Đối với ung thư tế bào đáy, chỉ cần cắt rộng u với diện cắt an toàn khoảng 0,5 cm. Đối với ung thư hắc tố, cần lấy rộng u với diện cắt an toàn 2 cm và vét hạch nách. Phẫu thuật này tương tự như phẫu thuật bảo tồn ung thư biểu mô tuyến vú có kèm tạo hình hoặc không.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư da, ung thư hắc tố tại vú chưa có di căn xa với mục tiêu điều trị triệt căn
- Ung thư da, ung thư hắc tố tại vú đã di căn xa, u nguyên phát vỡ loét, chảy máu phẫu thuật với mục đích điều trị triệu chứng.

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. TRẬN TRỌNG

- Người bệnh cao tuổi
- Người bệnh béo phì, hút thuốc lá
- Người bệnh 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van ban phep thi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

- 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 người bệnh (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 phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Tiến hành phẫu thuật

Ung thư hắc tố

- Thì 1: vét hạch nách

+ Rạch da theo nếp lằn nách hoặc theo đường rạch kết hợp cắt rộng u

+ Vào hố nách vét hạch bảo tồn thần kinh, mạch máu

+ Vét hết hạch chặng 1, 2 và kiểm tra hạch chặng 3

+ Cầm máu kỹ, đặt dẫn lưu, khâu da.

- Thì 2: Lấy rộng u

+ Rạch da như thiết kế

+ Lấy rộng u cách rìa tổn thương > 2cm

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop nhat Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

+ Lấy các diện cắt trên, dưới, trong, ngoài, đáy làm sinh thiết

+ Cầm máu

+ Đặt dẫn lưu, khâu da

Ung thư tế bào đáy:

+ Rạch da như thiết kế

+ Lấy rộng u cách rìa tổn thương > 1 cm

+ Lấy các diện cắt trên, dưới, trong, ngoài, đáy làm sinh thiết

+ Cầm máu

6.2. Kết thúc phẫu thuật

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau phẫu thuật
- Ghi chép hồ sơ, hoàn thiện bệnh án.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp nhận.

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

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.

3. U Veronesi, Atlas of Breast surgery, 2015.

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hà Thanh Hoá_Bệnh viện... Việt Nam_08/05/2025 15:28:08

15. PHẪU THUẬT CẮT 1 PHẦN TUYẾN VÚ (BẢO TỒN) UNG THƯ VÚ

1. ĐẠI CƯƠNG

Với sự phát triển của các chương trình sàng lọc và các phương pháp chẩn đoán sớm ung thư vú, ngày càng có nhiều người bệnh ung thư vú được chẩn đoán ở giai đoạn sớm.

Phẫu thuật kinh điển cắt tuyến vú triệt căn kết hợp vét hạch nách để lại nhiều biến chứng và tổn thương tâm lý cho người bệnh, trong khi phẫu thuật bảo tồn kết hợp xạ bổ trợ đã được chứng minh là tương đương với phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú về mặt sống thêm.

Ngày nay, phẫu thuật bảo tồn trong điều trị ung thư vú đã trở thành phương pháp điều trị chuẩn được thực hiện thường quy trên thế giới cũng như tại Việt Nam.

2. CHỈ ĐỊNH

Những người bệnh nữ được chẩn đoán là ung thư vú trên thăm khám lâm sàng, xét nghiệm tế bào, phim chụp vú, có khẳng định bằng mô bệnh học.

- Kích thước u ≤ 3cm hoặc thể tích u/tuyến vú phù hợp.
- Một ổ hoặc nhiều hơn 1 ổ nhưng tập trung tại 1 phần tư tuyến vú
- Canxi hóa khu trú trên phim chụp vú.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Có nhiều u (đa ổ) ở các phần tư khác nhau
- Canxi hóa lan tỏa trên phim chụp vú
- Có tiền sử chiếu xạ vào vùng vú
- Có thai 3 tháng đầu

3.2. Chống chỉ định tương đối

- U vú lớn trên tuyến vú nhỏ
- Có tiền sử bệnh collagen mạch máu vì có thể phải biến chứng xơ hóa và hoại tử mô
- Có đột biến gen BRCA1, BRCA2

4. TRẬN TRỌNG

- Người bệnh cao tuổi
- Người bệnh 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hiep hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_0[illegible]/05/202[illegible] 15:28:08

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 người bệnh (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 1 - 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Tiến hành phẫu thuật

- Thì 1: vét hạch nách hoặc sinh thiết hạch cửa

+ Rạch da theo nếp lằn nách hoặc theo đường rạch kết hợp cắt rộng u

+ Vào hố nách vét hạch bảo tồn thần kinh, mạch máu

+ Vét hết hạch chặng 1, 2 và kiểm tra hạch chặng 3 hoặc sinh thiết hạch cửa

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phap che Benh vien tu than Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

+ Cầm máu kỹ, đặt dẫn lưu, khâu da.

- Thì 2: Lấy rộng u

+ Rạch da như thiết kế

+ Lấy rộng u bao gồm da, u tổ chức quanh u đến tận cân cơ ngực lớn

+ Lấy các diện cắt trên, dưới, trong, ngoài, đáy làm sinh thiết

+ Đặt clip vào giường u, cầm máu

+ Đặt dẫn lưu, khâu da

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 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

+ Đọng 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. Fitoussi A. Chirurgie du cancer du sein et reconstruction mammaire. 2017:10.

3. Clough KB, Ihrai T, Oden S, Kaufman G, Massey E, Nos C. Oncoplastic surgery for breast cancer based on tumour location and a quadrant-per-quadrant atlas. The British journal of surgery. Oct 2012;99(10): 1389-95. doi: 10.1002/bjs.8877

4. Florian Fitzal, Peter Schrenk. Oncoplastic Breast Surgery: A Guide to Clinical Practice. 2010.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

16. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BẰNG CÁC VẠT TẠI CHỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

Với những tiến bộ hiện nay trong điều trị phẫu thuật, tia xạ và hóa chất, người bệnh ung thư vú có tỷ lệ chữa khỏi lên đến 75% tính chung cho tất cả các giai đoạn. Song song bên cạnh việc điều trị bệnh ung thư, người bệnh có nhu cầu tái tạo tuyến vú đã cắt bỏ ngày càng tăng.

Tái tạo tuyến vú có thể thực hiện cùng thì cắt vú hoặc tái tạo thì 2 sau khi đã điều trị xong. Người bệnh có thể được tái tạo bằng hai nhóm chất liệu chính là vật liệu độn nhân tạo và các vạt tự thân. Vạt tự thân có thể là vạt từ xa hoặc vạt lân cận tại chỗ. Một số vạt tại chỗ có thể được sử dụng để tái tạo vú như vạt nhánh xuyên động mạch gian sườn bên (lateral intercostal artery perforator - LICAP), vạt nhánh xuyên động mạch gian sườn trước (anterior intercostal artery perforator - AICAP), vạt nhánh xuyên động mạch vú trong (internal mammary artery perforator - IMAP).

Đặc điểm chung của các vạt da cơ có cuống mạch xuyên là thể tích vạt nhỏ, đôi khi không đảm bảo được thể tích tuyến vú tái tạo mong muốn, có thể kết hợp với túi độn. Ngoài ra, trong phẫu thuật bảo tồn tại một số vị trí đặc biệt, khi cắt bỏ một phần thể tích tuyến vú lớn có thể kết hợp các vạt tại chỗ này để bù lấp khuyết hổng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tạo hình cho BN có vú nhỏ
- Đã sử dụng phương pháp khác không thành công
- Có thể sử dụng kết hợp tạo hình kết hợp đặt túi nếu thể tích ko đủ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tuyến vú lớn
- Ung thư vú tiến triển lan rộng tại chỗ
- Đã phẫu thuật có sẹo lớn vùng cho vạt

4. TRẬN TRỌNG

- Người bệnh cao tuổi
- Người bệnh béo phì, hút thuốc lá
- Người bệnh 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: 03 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh
- Điều dưỡng: 01

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phap he Benh vien tu thien viet nam_08/03/2026 15:28:08

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 người bệnh (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 2 - 5 giờ

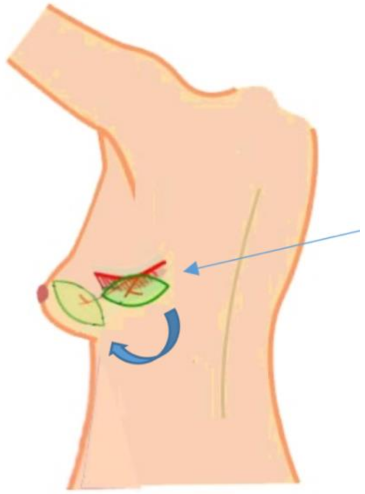
5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Cắt toàn bộ tuyến vú triệt căn biến đổi, có thể tiết kiệm da hoặc không

- Đối với người bệnh đã cắt tuyến vú, thực hiện tách khoang giữa thành ngực với da và tổ chức dưới da, chuẩn bị cho thì tiếp theo khi đưa vạt vào vị trí khoang.

6.2 Bước 2: Lấy vạt tại chỗ



LICAP

Tuỳ vào việc chọn vạt có nhánh xuyên nào cấp máu, sẽ cần đặt tư thế và đường rạch da khác nhau. Ở đây chúng tôi đưa ra ví dụ quy trình trường hợp lấy vạt nhánh xuyên động mạch gian sườn bên:

- Người bệnh nằm nghiêng
- Rạch da hình múi cam vùng lưng
- Giải phóng 2 vạt da lên trên và xuống dưới, lấy cả tổ chức mỡ để đảm bảo đủ thể tích mỡ để tái tạo vú sau này
- Bộc lộ, tìm nhánh xuyên của động mạch gian sườn bên
- Bóc tách vạt da mỡ được cấp máu bởi nhánh xuyên động mạch gian sườn bên, hạn chế tổn thương cơ và mạch khi phẫu tích nhánh xuyên.
- Xoay đưa vạt ra trước.
- Cầm máu kỹ vùng lấy vạt.

6.3. Bước 3: Tái tạo tuyến vú

- Định vị vị trí của vạt da mỡ có cuống mạch, đánh giá kích thước và vị trí của vạt so với vú đối diện
- Có thể kết hợp với đặt túi ngực nếu không đủ thể tích
- Khâu cố định vạt vào thành ngực
- Đặt dẫn lưu tại chỗ
- Khâu da của vạt với da thành ngực
- Núm vú có thể tái tạo ngay hoặc 3 - 6 tháng sau

6.4. Kết thúc phẫu thuật

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau phẫu thuật
- Ghi chép hồ sơ, hoàn thiện bệnh án.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp nhận.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phap luat Benh vien tu nhan Viet Nam_08/0?/202? 15:28:08

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

7.21. Chảy máu sau mổ

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

7.2.2. Nhiễm trùng vết mổ

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

7.2.3. Hoại tử vạt

- Theo dõi vạt da sát sao, đặc biệt trong 24 - 48 giờ đầu sau mổ
- Đắp gạc tẩm huyết thanh ấm khi thay băng tại vị trí vạt.

7.2.4. Đọng 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. Fitoussi A. Chirurgie du cancer du sein et reconstruction mammaire. 2017:10.

3. Elizabeth, Gregory. *Aesthetic and Reconstructive Surgery of the Breast*.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Benh vien Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

17. BẢO TỒN VÀ PHỤC HỒI TUYẾN VÚ KIỂU CÁNH DƠI

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật bảo tồn trong điều trị ung thư vú đã trở thành phương pháp điều trị chuẩn được thực hiện thường quy trên thế giới cũng như tại Việt Nam trong vài thập niên gần đây. Khuyết hổng để lại sau phẫu thuật cắt rộng u ảnh hưởng khá lớn đến hiệu quả thẩm mỹ sau điều trị. Gần đây với sự ra đời của các kỹ thuật tạo hình ung thư (oncoplasty) mới, đã giúp giải quyết cơ bản vấn đề này, đặc biệt giúp ích khi người bệnh phải xạ trị sau mổ.

2. CHỈ ĐỊNH

Những người bệnh nữ được chẩn đoán là ung thư vú trên thăm khám lâm sàng, xét nghiệm tế bào, phim chụp vú, có khẳng định bằng mô bệnh học.

- Kích thước u ≤ 3cm hoặc thể tích u/tuyến vú phù hợp.
- Một ổ hoặc nhiều hơn 1 ổ nhưng tập trung tại 1 phần tư trên
- Canxi hóa khu trú trên phim chụp vú.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Có nhiều u (đa ổ) ở các phần tư khác nhau
- Canxi hóa lan tỏa trên phim chụp vú
- Có tiền sử chiếu xạ vào vùng vú
- Có thai 3 tháng đầu

3.2. Chống chỉ định tương đối

- U vú lớn trên tuyến vú nhỏ
- Có tiền sử bệnh collagen mạch máu vì có thể phải biến chứng xơ hóa và hoại tử mô
- Có đột biến gen BRCA1, BRCA2

4. TRẬN TRỌNG

- Người bệnh cao tuổi
- Người bệnh 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…

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phong hoi Benh vien tu thien viet nam_08/03/2026 15:28:08

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 người bệnh (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. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Tiến hành phẫu thuật

- Thì 1: vét hạch nách hoặc sinh thiết hạch cửa

+ Rạch da theo nếp lằn nách

+ Vào hố nách vét hạch bảo tồn thần kinh, mạch máu

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hieu_Benh vien tu nhan Viet Nam_18/03/2025 15:28:08

+ Vét hết hạch chặng 1, 2 và kiểm tra hạch chặng 3 hoặc sinh thiết hạch cửa

+ Cầm máu kỹ, đặt dẫn lưu, khâu da.

- Thì 2: Lấy rộng u kết hợp tạo hình (Oncolasty)

+ Rạch da như thiết kế vạt

+ Lấy rộng u: da, tổ chức xung quanh u, đến cơ ngực

+ Lấy các diện cắt trên, dưới, trong, ngoài, đáy làm sinh thiết

+ Đặt clip vào giường u, cầm máu

+ Huy động mô vú 2 bên lấp khuyết hổng

+ Đặt dẫn lưu, khâu da

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 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

+ Đọng 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. Fitoussi A. Chirurgie du cancer du sein et reconstruction mammaire. 2017:10.

3. Clough KB, Ihrai T, Oden S, Kaufman G, Massey E, Nos C. Oncoplastic surgery for breast cancer based on tumour location and a quadrant-per-quadrant atlas. The British journal of surgery. Oct 2012;99(10): 1389-95. doi: 10.1002/bjs.8877

4. Florian Fitzal, Peter Schrenk. Oncoplastic Breast Surgery: A Guide to Clinical Practice. 2010.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Benh vien ... Nam_08/05/2025 15:28:08

18. BẢO TỒN VÀ PHỤC HỒI TUYẾN VÚ KIỂU CHỮ B

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật bảo tồn trong điều trị ung thư vú đã trở thành phương pháp điều trị chuẩn được thực hiện thường quy trên thế giới cũng như tại Việt Nam trong vài thập niên gần đây. Khuyết hổng để lại sau phẫu thuật cắt rộng u ảnh hưởng khá lớn đến hiệu quả thẩm mỹ sau điều trị. Gần đây với sự ra đời của các kỹ thuật tạo hình ung thư (oncoplasty) mới, đã giúp giải quyết cơ bản vấn đề này, đặc biệt giúp ích khi người bệnh phải xạ trị sau mổ.

2. CHỈ ĐỊNH

Những người bệnh nữ được chẩn đoán là ung thư vú trên thăm khám lâm sàng, xét nghiệm tế bào, phim chụp vú, có khẳng định bằng mô bệnh học.

- Kích thước u ≤ 3cm hoặc thể tích u/tuyến vú phù hợp.
- Một ổ hoặc nhiều hơn 1 ổ nhưng tập trung tại 1 phần tư trên ngoài.
- Canxi hóa khu trú trên phim chụp vú.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Có nhiều u ở các phần tư khác nhau của vú.
- Canxi hóa lan tỏa trên phim chụp vú
- Có tiền sử chiếu xạ vào vùng vú
- Có thai 3 tháng đầu

3.2. Chống chỉ định tương đối

- U vú lớn trên tuyến vú nhỏ
- Có tiền sử bệnh collagen mạch máu vì có thể phải biến chứng xơ hóa và hoại tử mô
- Có đột biến gen BRCA1, BRCA2

4. TRẬN TRỌNG

- Người bệnh cao tuổi
- Người bệnh 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.

- 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 người bệnh (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. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Tiến hành phẫu thuật

- Rạch da như hình vẽ

- Cắt bỏ rộng rãi khối u

- Đặt clip đánh dấu tumor bed
- Lấy các diện cắt làm xét nghiệm
- Vào hố nách vét hạch chặng 1, 2 kiểm tra hạch chặng 3 hoặc sinh thiết hạch cửa
- Chuyển vị trí quầng núm vú
- Cầm máu
- Đặt dẫn lưu
- Khâu da

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 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

+ Đọng 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. Fitoussi A. Chirurgie du cancer du sein et reconstruction mammaire. 2017:10.

3. Clough KB, Ihrai T, Oden S, Kaufman G, Massey E, Nos C. Oncoplastic surgery for breast cancer based on tumour location and a quadrant-per-quadrant atlas. The British journal of surgery. Oct 2012;99(10): 1389-95. doi: 10.1002/bjs.8877

4. Florian Fitzal, Peter Schrenk. Oncoplastic Breast Surgery: A Guide to Clinical Practice. 2010.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

19. BẢO TỒN VÀ PHỤC HỒI TUYẾN VÚ KIỂU CHỮ T NGƯỢC

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật bảo tồn trong điều trị ung thư vú đã trở thành phương pháp điều trị chuẩn được thực hiện thường quy trên thế giới cũng như tại Việt Nam trong vài thập niên gần đây. Khuyết hổng để lại sau phẫu thuật cắt rộng u ảnh hưởng khá lớn đến hiệu quả thẩm mỹ sau điều trị. Gần đây với sự ra đời của các kỹ thuật tạo hình ung thư (oncoplasty) mới, đã giúp giải quyết cơ bản vấn đề này, đặc biệt giúp ích khi người bệnh phải xạ trị sau mổ.

2. CHỈ ĐỊNH

Những người bệnh nữ được chẩn đoán là ung thư vú trên thăm khám lâm sàng, xét nghiệm tế bào, phim chụp vú, có khẳng định bằng mô bệnh học.

- Vú phì đại, sa trễ.
- Kích thước u ≤ 3cm hoặc thể tích u/tuyến vú phù hợp.
- Một ổ hoặc nhiều hơn 1 ổ nhưng tập trung tại 1 phần tư trên ngoài.
- Canxi hóa khu trú trên phim chụp vú.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Có nhiều u (đa ổ) ở các phần tư khác nhau
- Canxi hóa lan tỏa trên phim chụp vú
- Có tiền sử chiếu xạ vào vùng vú
- Có thai 3 tháng đầu

3.2. Chống chỉ định tương đối

- U vú lớn trên tuyến vú nhỏ
- Có tiền sử bệnh collagen mạch máu vì có thể phải biến chứng xơ hóa và hoại tử mô
- Có đột biến gen BRCA1, BRCA2

4. TRẬN TRỌNG

- Người bệnh cao tuổi
- Người bệnh 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phap luat_Benh vien tu than Viet Nam_28/05/2024 15:28:08

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 người bệnh (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 QTKT

6.1. Tiến hành phẫu thuật

- Thì 1: vét hạch nách hoặc sinh thiết hạch cửa.

+ Rạch da theo nếp lằn nách

+ Vào hố nách vét hạch bảo tồn thần kinh, mạch máu

+ Vét hết hạch chặng 1, 2 và kiểm tra hạch chặng 3 hoặc sinh thiết hạch cửa.

+ Cầm máu kỹ, đặt dẫn lưu, khâu da.

- Thì 2: Lấy rộng u kết hợp tạo hình (Oncolasty)

+ Rạch da như thiết kế vạt

+ Loại bỏ da vùng 1 giữa 2 hình bán nguyệt

+ Lấy rộng u ¼ dưới bao gồm da, u tổ chức quanh u đến tận cân cơ ngực lớn

+ Lấy các diện cắt trên, dưới, trong, ngoài, đáy làm sinh thiết

+ Đặt clip vào giường u, cầm máu

+ Tuyến vú được bóc ra khỏi thành ngực sau khi rạch nếp dưới vú

+ Xoay vạt 2 bên lấp khuyết hổng, định hình lại tuyến

+ Chuyển vị trí quầng vú

+ Đặt dẫn lưu, khâu da

- Chú ý:

+ Sau phẫu thuật, tuyến vú kích thước nhỏ đi, Vị trí phức hợp quầng núm vú nâng lên cao, để có được sự cân đối 2 bên ta cũng phải thiết kế đường mổ như vậy ở bên đối diện.

+ Trong trường hợp vú quá to hoặc sa trễ nhiều, vạt nuôi quầng núm vú quá dài (10-12 cm), kỹ thuật này có tên là Thorek. phức hợp quầng núm vú có thể bị thiếu máu nuôi dưỡng, khi sử dụng kỹ thuật ta có thể cắt bỏ phức hợp quầng núm vú và gép lại ngay sau đấy.

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 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

+ Đọng 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. Fitoussi A. Chirurgie du cancer du sein et reconstruction mammaire. 2017:10.

3. Clough KB, Ihrai T, Oden S, Kaufman G, Massey E, Nos C. Oncoplastic surgery for breast cancer based on tumour location and a quadrant-per-quadrant atlas. The British journal of surgery. Oct 2012;99(10): 1389-95. doi: 10.1002/bjs.8877

4. Florian Fitzal, Peter Schrenk. Oncoplastic Breast Surgery: A Guide to Clinical Practice. 2010.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoi Benh vien thanh hoa Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

20. BẢO TỒN VÀ PHỤC HỒI TUYẾN VÚ KIỂU CHỮ J

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật bảo tồn trong điều trị ung thư vú đã trở thành phương pháp điều trị chuẩn được thực hiện thường quy trên thế giới cũng như tại Việt Nam trong vài thập niên gần đây. Khuyết hổng để lại sau phẫu thuật cắt rộng u ảnh hưởng khá lớn đến hiệu quả thẩm mỹ sau điều trị. Gần đây với sự ra đời của các kỹ thuật tạo hình ung thư (oncoplasty) mới, đã giúp giải quyết cơ bản vấn đề này, đặc biệt giúp ích khi người bệnh phải xạ trị sau mổ.

2. CHỈ ĐỊNH

Những người bệnh nữ được chẩn đoán là ung thư vú trên thăm khám lâm sàng, xét nghiệm tế bào, phim chụp vú, có khẳng định bằng mô bệnh học.

-Kích thước u ≤ 3cm hoặc thể tích u/tuyến vú phù hợp.

- Một ổ hoặc nhiều hơn 1 ổ nhưng tập trung tại 1 phần tư dưới ngoài.
- Canxi hóa khu trú trên phim chụp vú.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Có nhiều u (đa ổ) ở các phần tư khác nhau
- Canxi hóa lan tỏa trên phim chụp vú
- Có tiền sử chiếu xạ vào vùng vú
- Có thai 3 tháng đầu

3.2. Chống chỉ định tương đối

- U vú lớn trên tuyến vú nhỏ
- Có tiền sử bệnh collagen mạch máu vì có thể phải biến chứng xơ hóa và hoại tử mô
- Có đột biến gen BRCA1, BRCA2

4. TRẬN TRỌNG

- Người bệnh cao tuổi
- Người bệnh 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 inh: 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.

- 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 người bệnh (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 QTKT

6.1. Tiến hành phẫu thuật

- Thì 1: vét hạch nách

+ Rạch da theo nếp lằn nách

+ Vào hố nách vét hạch bảo tồn thần kinh, mạch máu

+ Vét hết hạch chặng 1, 2 và kiểm tra hạch chặng 3

+ Cầm máu kỹ, đặt dẫn lưu, khâu da.

- Thì 2: Lấy rộng u kết hợp tạo hình (Oncolasty)

+ Rạch da như thiết kế vạt

+ Loại bỏ da vùng 1 giữa 2 hình bán nguyệt

+ Lấy rộng u ¼ dưới ngoài bao gồm da, u tổ chức quanh u đến tận cân cơ ngực lớn

+ Lấy các diện cắt trên, dưới, trong, ngoài, đáy làm sinh thiết

+ Đặt clip vào giường u, cầm máu

+ Xoay vạt 2 bên lấp khuyết hổng, định hình lại tuyến

+ Chuyển vị trí quầng vú

+ Đặt dẫn lưu, khâu da

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. 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

+ Đọng 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. Fitoussi A. Chirurgie du cancer du sein et reconstruction mammaire. 2017:10.

3. Clough KB, Ihrai T, Oden S, Kaufman G, Massey E, Nos C. Oncoplastic surgery for breast cancer based on tumour location and a quadrant-per-quadrant atlas. The British journal of surgery. Oct 2012;99(10): 1389-95. doi: 10.1002/bjs.8877

4. Florian Fitzal, Peter Schrenk. Oncoplastic Breast Surgery: A Guide to Clinical Practice. 2010.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu_Bệnh viện ... Nam_08/05/2026 15:28:08

21. BẢO TỒN VÀ PHỤC HỒI TUYẾN VÚ KIỂU CHỮ V

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật bảo tồn trong điều trị ung thư vú đã trở thành phương pháp điều trị chuẩn được thực hiện thường quy trên thế giới cũng như tại Việt Nam trong vài thập niên gần đây. Khuyết hổng để lại sau phẫu thuật cắt rộng u ảnh hưởng khá lớn đến hiệu quả thẩm mỹ sau điều trị. Gần đây với sự ra đời của các kỹ thuật tạo hình ung thư (oncoplasty) mới, đã giúp giải quyết cơ bản vấn đề này, đặc biệt giúp ích khi người bệnh phải xạ trị sau mổ.

2. CHỈ ĐỊNH

Những người bệnh nữ được chẩn đoán là ung thư vú trên thăm khám lâm sàng, xét nghiệm tế bào, phim chụp vú, có khẳng định bằng mô bệnh học.

- Kích thước u ≤ 3cm hoặc thể tích u/tuyến vú phù hợp.
- Một ổ hoặc nhiều hơn 1 ổ nhưng tập trung tại 1 phần tư dưới trong.
- Canxi hóa khu trú trên phim chụp vú.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Có nhiều u (đa ổ) ở các phần tư khác nhau
- Canxi hóa lan tỏa trên phim chụp vú
- Có tiền sử chiếu xạ vào vùng vú
- Có thai 3 tháng đầu

3.2. Chống chỉ định tương đối

- U vú lớn trên tuyến vú nhỏ
- Có tiền sử bệnh collagen mạch máu vì có thể phải biến chứng xơ hóa và hoại tử mô
- Có đột biến gen BRCA1, BRCA2

4. TRẬN TRỌNG

- Người bệnh cao tuổi
- Người bệnh 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…

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hieu hoi Benh vien u nam viet Nam_08/03/2026 15:28:08

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 người bệnh (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 QTKT

6.1. Tiến hành phẫu thuật

- Thì 1: vét hạch nách

+ Rạch da theo nếp lằn nách
+ Vào hố nách vét hạch bảo tồn thần kinh, mạch máu
+ Vét hết hạch chặng 1, 2 và kiểm tra hạch chặng 3
+ Cầm máu kỹ, đặt dẫn lưu, khâu da.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Benh vien Ung nhu Viet Nam_28/03/2025 15:28:08

- Thì 2: Lấy rộng u kết hợp tạo hình (Oncolasty)

+ Rạch da quanh quầng vú như thiết kế vạt

+ Loại bỏ da giữa 2 đường rạch

+ Lấy rộng u ¼ dưới trong theo hình kim tự tháp bao gồm da, u tổ chức quanh u đến tận cân cơ ngực lớn

+ Lấy các diện cắt trên, dưới, trong, ngoài, đáy làm sinh thiết

+ Đặt clip vào giường u, cầm máu

+ Xoay vạt 2 bên lấp khuyết hổng, định hình lại tuyến

+ Chuyển vị trí quầng vú

+ Đặt dẫn lưu, khâu da

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 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

+ Đọng 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. Fitoussi A. Chirurgie du cancer du sein et reconstruction mammaire. 2017:10.

3. Clough KB, Ihrai T, Oden S, Kaufman G, Massey E, Nos C. Oncoplastic surgery for breast cancer based on tumour location and a quadrant-per-quadrant atlas. The British journal of surgery. Oct 2012;99(10): 1389-95. doi: 10.1002/bjs.8877

4. Florian Fitzal, Peter Schrenk. Oncoplastic Breast Surgery: A Guide to Clinical Practice. 2010.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van ban Hop nhat Benh vien Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

22. BẢO TỒN VÀ PHỤC HỒI TUYẾN VÚ KIỂU KHỐI TRÒN

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật bảo tồn trong điều trị ung thư vú đã trở thành phương pháp điều trị chuẩn được thực hiện thường quy trên thế giới cũng như tại Việt Nam trong vài thập niên gần đây. Khuyết hổng để lại sau phẫu thuật cắt rộng u ảnh hưởng khá lớn đến hiệu quả thẩm mỹ sau điều trị. Gần đây với sự ra đời của các kỹ thuật tạo hình ung thư (oncoplasty) mới, đã giúp giải quyết cơ bản vấn đề này, đặc biệt giúp ích khi người bệnh phải xạ trị sau mổ.

2. CHỈ ĐỊNH

Những người bệnh nữ được chẩn đoán là ung thư vú trên thăm khám lâm sàng, xét nghiệm tế bào, phim chụp vú, có khẳng định bằng mô bệnh học.

-Kích thước u ≤ 3cm hoặc thể tích u/tuyến vú phù hợp.

- Một ổ hoặc nhiều hơn 1 ổ nhưng tập trung tại 1 phần tư trên.
- Vú không sa trễ hoặc sa trễ nhẹ (độ 1,2)
- Canxi hóa khu trú trên phim chụp vú.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Có nhiều u (đa ổ) ở các phần tư khác nhau
- Canxi hóa lan tỏa trên phim chụp vú
- Có tiền sử chiếu xạ vào vùng vú
- Có thai 3 tháng đầu

3.2. Chống chỉ định tương đối

- U vú lớn trên tuyến vú nhỏ
- Có tiền sử bệnh collagen mạch máu vì có thể phải biến chứng xơ hóa và hoại tử mô
- Có đột biến gen BRCA1, BRCA2

4. TRẬN TRỌNG

- Người bệnh cao tuổi
- Người bệnh 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hieu thoi Benh vien tu nhan Viet Nam_28/05/2024 15:28:08

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 người bệnh (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 QTKT

6.1. Tiến hành phẫu thuật

- Thì 1: vét hạch nách

+ Rạch da theo nếp lằn nách

+ Vào hố nách vét hạch bảo tồn thần kinh, mạch máu

+ Vét hết hạch chặng 1, 2 và kiểm tra hạch chặng 3

+ Cầm máu kỹ, đặt dẫn lưu, khâu da.

- Thì 2: Lấy rộng u kết hợp tạo hình (Oncolasty)

+ Rạch da quanh quầng vú như thiết kế vạt

+ Bóc tách tổ chức dưới da qua vị trí u

+ Lấy rộng u đảm bảo diện cắt an toàn

+ Lấy các diện cắt trên, dưới, trong, ngoài, đáy làm sinh thiết

+ Đặt clip vào giường u, cầm máu

+ Huy động mô vú 2 bên lấp khuyết hổng

+ Đặt dẫn lưu, khâu da

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 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

+ Đọng 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. Fitoussi A. Chirurgie du cancer du sein et reconstruction mammaire. 2017:10.

3. Clough KB, Ihrai T, Oden S, Kaufman G, Massey E, Nos C. Oncoplastic surgery for breast cancer based on tumour location and a quadrant-per-quadrant atlas. The British journal of surgery. Oct 2012;99(10): 1389-95. doi: 10.1002/bjs.8877

4. Florian Fitzal, Peter Schrenk. Oncoplastic Breast Surgery: A Guide to Clinical Practice. 2010.

23. BẢO TỒN VÀ PHỤC HỒI TUYẾN VÚ VỚI CÁC U Ở TRUNG TÂM

hhbvtnvn.thanhhoa_Van ban Hop nhat Benh vien Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật bảo tồn trong điều trị ung thư vú đã trở thành phương pháp điều trị chuẩn được thực hiện thường quy trên thế giới cũng như tại Việt Nam trong vài thập niên gần đây. Khuyết hổng để lại sau phẫu thuật cắt rộng u ảnh hưởng khá lớn đến hiệu quả thẩm mỹ sau điều trị. Gần đây với sự ra đời của các kỹ thuật tạo hình ung thư (oncoplasty) mới, đã giúp giải quyết cơ bản vấn đề này, đặc biệt giúp ích khi người bệnh phải xạ trị sau mổ.

2. CHỈ ĐỊNH

Những người bệnh nữ được chẩn đoán là ung thư vú trên thăm khám lâm sàng, xét nghiệm tế bào, phim chụp vú, có khẳng định bằng mô bệnh học.

-Kích thước u ≤ 3cm hoặc thể tích u/tuyến vú phù hợp.

- Một ổ hoặc nhiều hơn một ổ nhưng tập trung tại trung tâm.
- Vú kích cỡ trung bình hoặc lớn.
- Canxi hóa khu trú trên phim chụp vú.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Có nhiều u (đa ổ) ở các phần tư khác nhau
- Canxi hóa lan tỏa trên phim chụp vú
- Có tiền sử chiếu xạ vào vùng vú
- Có thai 3 tháng đầu

3.2. Chống chỉ định tương đối

- U vú lớn trên tuyến vú nhỏ
- Có tiền sử bệnh collagen mạch máu vì có thể phải biến chứng xơ hóa và hoại tử mô
- Có đột biến gen BRCA1/2

4. TRẬN TRỌNG

- Người bệnh cao tuổi
- Người bệnh 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hieu thoi Benh vien tu nhan Viet Nam_28/05/2024 15:28:08

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 người bệnh (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 QTKT

6.1: Tiến hành phẫu thuật

- Thì 1: vét hạch nách

+ Rạch da theo nếp lằn nách hoặc theo đường rạch kết hợp cắt rộng u

+ Vào hố nách vét hạch bảo tồn thần kinh, mạch máu

+ Vét hết hạch chặng 1, 2 và kiểm tra hạch chặng 3

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phap me Benh vien tu than Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

+ Cầm máu kỹ, đặt dẫn lưu, khâu da.

- Thì 2: Lấy rộng u

+ Rạch da như thiết kế

+ Lấy rộng u bao gồm da, phức hợp quần núm vú, u tổ chức quanh u đến tận cân cơ ngực lớn

+ Lấy các diện cắt trên, dưới, trong, ngoài, đáy làm sinh thiết

+ Chuyển vị trí quầng vú, khâu cố định tuyến

+ Đặt clip vào giường u, cầm máu

+ Đặt dẫn lưu, khâu da

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 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

+ Đọng 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. Fitoussi A. Chirurgie du cancer du sein et reconstruction mammaire. 2017:10.

3. Clough KB, Ihrai T, Oden S, Kaufman G, Massey E, Nos C. Oncoplastic surgery for breast cancer based on tumour location and a quadrant-per-quadrant atlas. The British journal of surgery. Oct 2012;99(10): 1389-95. doi: 10.1002/bjs.8877

4. Florian Fitzal, Peter Schrenk. Oncoplastic Breast Surgery: A Guide to Clinical Practice. 2010.

24. BẢO TỒN VÀ PHỤC HỒI TUYẾN VÚ KIỂU CUỐNG DƯỚI

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật bảo tồn trong điều trị ung thư vú đã trở thành phương pháp điều trị chuẩn được thực hiện thường quy trên thế giới cũng như tại Việt Nam trong vài thập niên gần đây. Khuyết hổng để lại sau phẫu thuật cắt rộng u ảnh hưởng khá lớn đến hiệu quả thẩm mỹ sau điều trị. Gần đây với sự ra đời của các kỹ thuật tạo hình ung thư (oncoplasty) mới, đã giúp giải quyết cơ bản vấn đề này, đặc biệt giúp ích khi người bệnh phải xạ trị sau mổ.

2. CHỈ ĐỊNH

Những người bệnh nữ được chẩn đoán là ung thư vú trên thăm khám lâm sàng, xét nghiệm tế bào, phim chụp vú, có khẳng định bằng mô bệnh học.

-Kích thước u ≤ 3cm hoặc thể tích u/tuyến vú phù hợp.

- Một ổ hoặc nhiều hơn 1 ổ nhưng tập trung tại 1 phần tư trên.
- Vú phì đại sa trễ nhiều.
- Canxi hóa khu trú trên phim chụp vú.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Có nhiều u (đa ổ) ở các phần tư khác nhau
- Canxi hóa lan tỏa trên phim chụp vú
- Có tiền sử chiếu xạ vào vùng vú
- Có thai 3 tháng đầu

3.2. Chống chỉ định tương đối

- U vú lớn trên tuyến vú nhỏ
- Có tiền sử bệnh collagen mạch máu vì có thể phải biến chứng xơ hóa và hoại tử mô
- Có đột biến gen BRCA1/2

4. TRẬN TRỌNG

- Người bệnh cao tuổi
- Người bệnh 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hieu hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_28/05/2025 15:28:08

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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu 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 QTKT

6.1: Tiến hành phẫu thuật

- Thì 1: vét hạch nách hoặc sinh thiết hạch cửa

+ Rạch da theo nếp lằn nách

+ Vào hố nách vét hạch bảo tồn thần kinh, mạch máu

+ Vét hết hạch chặng 1, 2 và kiểm tra hạch chặng 3 hoặc sinh thiết hạch cửa

+ Cầm máu kỹ, đặt dẫn lưu, khâu da.

- Thì 2: Lấy rộng u kết hợp tạo hình (Oncolasty)

+ Rạch da như thiết kế vạt

+ Lấy rộng u ¼ trên bao gồm da, u tổ chức quanh u đến tận cân cơ ngực lớn

+ Lấy các diện cắt trên, dưới, trong, ngoài, đáy làm sinh thiết

+ Đặt clip vào giường u, cầm máu

+ Cắt bỏ da quanh núm vú và vị trí ½ dưới

+ Chuyển vị trí quầng vú, khâu cố định tuyến

+ Đặt dẫn lưu, khâu da

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 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

+ Đọng 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. Fitoussi A. Chirurgie du cancer du sein et reconstruction mammaire. 2017:10.

3. Clough KB, Ihrai T, Oden S, Kaufman G, Massey E, Nos C. Oncoplastic surgery for breast cancer based on tumour location and a quadrant-per-quadrant atlas. The British journal of surgery. Oct 2012;99(10): 1389-95. doi: 10.1002/bjs.8877

4. Florian Fitzal, Peter Schrenk. Oncoplastic Breast Surgery: A Guide to Clinical Practice. 2010.

25. CHÍCH ÁP XE VÚ

1. ĐẠI CƯƠNG

Là tổn thương ổ mủ ở vú do nhiễm trùng hoặc do tắc sữa mà không được điều trị sớm, hoặc đã qua 1 đợt điều trị.

2. CHỈ ĐỊNH: Các áp xe đã thành mủ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Khối viêm đỏ chưa thành mủ.

4. THẬN TRỌNG: Các trường hợp áp xe vú do các nguyên nhân như lao vú, ung thư vú... có thể chảy mủ, rò dịch, khó liền sau khi chích.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Cán bộ 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…

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 người bệnh (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 1/4 đến 1/2 giờ

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

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Xác định khối áp xe, tìm chỗ da mềm nhất. Tuỳ theo vị trí của khối áp xe mà có thể rạch da ở vùng ranh giới quầng vú và tổ chức vú hoặc nếp lằn dưới của bầu vú để có thể bảo đảm được tính thẩm mĩ của đường rạch. Nếu không thể làm được các đường rạch thẩm mĩ thì có thể rạch da ngay trên khối áp xe đường rạch theo đường chéo nan hoa với tâm là núm vú.

6.2. Bước 2: Gây tê tại chỗ theo vị trí đã xác định bằng Lidocain 2%

6.3. Bước 3: Sau khi rạch qua da và tổ chức dưới da, đi thẳng vào khối áp xe, tránh làm nát các tổ chức xung quanh gây chảy máu. Dùng panh nhỏ hoặc đầu ngón tay trỏ phá các vách của khối áp xe thông nhau để mủ chảy ra

6.4. Bước 4: Bơm rửa ổ áp xe bằng dung dịch Oxy già rồi đến dung dịch povidone-iodine

6.5. Bước 5: Để da hở, đặt gạc trong ổ áp xe để dẫn lưu mủ ra ngoài và cầm máu, rút sau 12 giờ. Tùy kích thước từng ổ áp xe có thể chèn gạc vuông hoặc gạc mèche với số lượng cụ thể

7. THEO DÕI

- Người bệnh được dùng thuốc giảm đau và kháng sinh uống hoặc tiêm trong 5 đến 7 ngày, thuốc chống phù nề.

- Theo dõi chảy máu tại vết rạch.

8. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: chảy máu tại vùng rạch da hoặc trong ổ áp xe, khâu chỗ chảy máu dùng tiếp kháng sinh

- Không thoát mủ: mở thông lại, dùng kháng sinh tiêm

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hiep hoa_Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

26. PHẪU THUẬT CẮT ÂM HỘ

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt âm hộ là phẫu thuật cắt toàn bộ âm hộ bao gồm vùng gò mu, các môi lớn, môi bé, tiền đình xuống tận mép sau âm hộ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư âm hộ
- Vết trắng âm hộ điều trị nội không kết quả

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Ung thư âm hộ giai đoạn tiến xa xâm lấn trực tràng, niệu đạo và thành chậu.

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
- 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,…
- 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan benh vien Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu 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 01 - 03 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Vết trắng âm hộ:

- Bước 1: Cắt bỏ hết da vùng vết trắng âm hộ, không lấy tổ chức dưới da.

- Bước 2: Cầm máu bằng dao điện.

- Bước 3: Khâu lại âm hộ bằng chỉ tiêu hoặc không tiêu mũi rời.

6.2. Ung thư âm hộ:

- Bước 1: Đường rạch da cắt hết toàn bộ 2 môi lớn, 2 môi bé, tiền đình và âm vật.

- Bước 2: Đường rạch bên trong theo mép màng trinh. Lấy hết tổ chức liên kết bên dưới đến sát cân xương chậu.

- Bước 3: Khâu lại tổ chức dưới da bằng chỉ tiêu, khâu da chỉ không tiêu mũi rời.

- Bước 4: Có thể đặt dẫn lưu dưới da.

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.

- Đặt sonde bàng quang 2 - 5 ngày

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương niệu đạo: Mời chuyên khoa ngoại tiết niệt

- Tổn thương trực tràng: Mời chuyên khoa ngoại tiêu hóa.

7.2. Tai biến sau phẫu thuật:

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

7.3 Tai biến muộn:

Hẹp lỗ âm đạo, giảm khoái cảm và đau đớn khi quan hệ tình dục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật cắt âm hộ + vét hạch bẹn, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 177 - 178.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu dien tu noi benh vien nhan Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

27. PHẪU THUẬT CẮT BỎ ÂM VẬT

1. ĐẠI CƯƠNG

Cắt bỏ âm vật là kỹ thuật cắt bỏ cơ quan sinh dục ngoài giống như dương vật với các mức độ khác nhau ở người bệnh nữ có bệnh lý cường androgen gây phì đại âm vật.

2. CHỈ ĐỊNH:

Âm vật phì đại.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Bệnh lý toàn trạng nội khoa chưa đủ điều kiện để phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG:

Tiền sử dị ứng thuốc

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 Bác sĩ
- Phẫu 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…

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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Vaan thu_Hiep hoi benh vien tu nhan Viet Nam_18/03/2025 15:28:08

- 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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu 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 01-03 giờ.

5.7. Địa điểm thực kiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Bóc tách âm vật

Bóc tách phần gốc của âm vật qua niêm mạc bọc quanh âm vật.

6.2. Bước 2: Cắt âm vật

Dùng kéo hoặc dao cắt thẳng góc trụ cương âm vật. Không nên cắt sâu hết phần âm vật mà chỉ cắt bớt khối lượng và dây chằng âm vật để kéo xuống gần lỗ niệu đạo, để đảm bảo sinh lý tình dục.

6.3. Bước 3: Cầm máu

6.4. Bước 4: Khâu niêm mạc phủ mỏm cắt

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

- Theo dõi chung như người bệnh hậu phẫu
- Kháng sinh, giảm đau, chống phù nề.
- Rút thông tiểu 5 ngày sau mổ.

7.2. Xử trí tai biến

- Theo dõi các tai biến sau mổ: chảy máu, tụ máu, phì đại âm vật tái phát.
- Tái khám sau 2 tuần, 2 tháng, 6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Hội chứng tăng sản thượng thận bẩm sinh, Dị dạng bẩm sinh - GS.TS Trịnh Văn Bào, Nhà xuất bản y học 2004.

2.Phẫu thuật sản phụ khoa - PGS.TS Phan Trường Duyệt, Nhà xuất bản y học 2015.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

28. BÓC NHÂN UNG THƯ NGUYÊN BÀO NUÔI DI CĂN ÂM HỘ

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

- Nhân ung thư nguyên bào nuôi di căn âm hộ vỡ chảy máu.
- Nhân ung thư nguyên bào nuôi di căn âm hộ điều trị hóa chất không kết quả.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

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: 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Benh vien Viet Nam_06/05/2025 15:28:08

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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu 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 01 - 02 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Rạch dọc bề mặt khối di căn, dùng thìa đặc nạo sạch hết các tổ chức di căn

6.2. Bước 2: Khâu lại vỏ u bằng chỉ tiêu nhỏ

6.3. Bước 3: Chèn gạc nếu rỉ máu

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 ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương niệu đạo: Mời chuyên khoa ngoại tiết niệt

- Tổn thương trực tràng: Mời chuyên khoa ngoại tiêu hóa.

7.2. Tai biến sau phẫu thuật:

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

7.3. Tai biến muộn:

Hẹp lỗ âm đạo, giảm khoái cảm và đau đớn khi quan hệ tình dục

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật bóc nhân ung thư nguyên bào nuôi di căn âm đạo, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 164-165.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien hoa Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

29. BÓC NHÂN UNG THƯ NGUYÊN BÀO NUÔI DI CĂN ÂM ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

- Nhân ung thư nguyên bào nuôi di căn âm đạo vỡ chảy máu.

- Nhân ung thư nguyên bào nuôi di căn âm đạo điều trị hóa chất không kết quả.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

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: 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 sảy ra trong và sau khi làm phẫu

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan benh vien Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu 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: Rạch dọc bề mặt khối di căn, dùng thìa đặc nạo sạch hết các tổ chức di căn

6.2. Bước 2: Khâu lại vỏ u bằng chỉ tiêu nhỏ

6.3. Bước 3: Chèn gạc nếu rỉ máu

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. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

7.1. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương niệu đạo: Mời chuyên khoa ngoại tiết niệt

- Tổn thương trực tràng: Mời chuyên khoa ngoại tiêu hóa.

7.2. Tai biến sau phẫu thuật

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

7.3. Tai biến muộn

Hẹp lỗ âm đạo, giảm khoái cảm và đau đớn khi quan hệ tình dục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật bóc nhân ung thư nguyên bào nuôi di căn âm đạo, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 164-165.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

30. BÓC NHÂN UNG THƯ NGUYÊN BÀO NUÔI DI CĂN CỔ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật bóc nhân ung thư nguyên bào nuôi di căn cổ tử cung là phẫu thuật loại bỏ nhân di căn ở cổ tử cung.

2. CHỈ ĐỊNH

- Nhân ung thư nguyên bào nuôi di căn cổ tử cung vỡ chảy máu.
- Nhân ung thư nguyên bào nuôi di căn cổ tử cung điều trị hóa chất không kết quả.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

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: 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan benh vien ... Viet Nam_09/05/2025 15:28:08

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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu 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: Rạch dọc bề mặt khối di căn, dùng thìa đặc nạo sạch hết các tổ chức di căn

6.2. Bước 2: Khâu lại vỏ u bằng chỉ tiêu nhỏ

6.3. Bước 3: Chèn gạc nếu rỉ máu

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. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

7.1. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương niệu đạo: Mời chuyên khoa ngoại tiết niệt

- Tổn thương trực tràng: Mời chuyên khoa ngoại tiêu hóa.

7.2. Tai biến sau phẫu thuật

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

7.3 Tai biến muộn

Chít hẹp cổ tử cung gây ứ máu kinh: Nong cổ tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật bóc nhân ung thư nguyên bào nuôi di căn âm đạo, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 164-165.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hinh hoi Benh vien u mon Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

31. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT 2 PHẦN PHỤ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật nội soi cắt 2 phần phụ là một phương pháp điều trị ngoại khoa nhằm cắt bỏ buồng trứng và vòi trứng qua nội soi ổ bụng.

- Hiện nay, nội soi đang dần chiếm ưu thế trong phẫu thuật cắt, bóc u buồng trứng.

2. CHỈ ĐỊNH

- U buồng trứng ở người bệnh đã mãn kinh
- U nhầy buồng trứng
- Xoắn phần phụ có biến chứng hoại tử
- Ung thư vú có chỉ định cắt buồng trứng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối:

- Các bệnh nội khoa và các trường hợp có chống chỉ định mổ nội soi.
- Khối u buồng trứng quá to.
- Khối u dính nhiều, phẫu thuật ổ bụng nhiều lần.
- Ung thư buồng trứng.

3.2. Chống chỉ định tương đối:

Người bệnh đang trong chu kỳ kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi.

4. THẬN TRỌNG

- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu.
- Đang mắc các bệnh nội khoa cần được điều trị trước phẫu thuật.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sỹ.
- Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sỹ.
- 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,…

hhbvtnvn.thanhhoa_Van ban deploy Benh vien u nam Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

- 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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu 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: Chọc Trocar và bơm CO_2

- Có thể chọc Trocar đèn soi trực tiếp ở ngay mép rốn sau đó bơm CO_2

- Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng 12mmHg)

- Trong một số trường hợp có sẹo mổ cũ, người bệnh thừa cân…có nguy cơ tổn thương các tạng trong bụng khi chọc Trocar trực tiếp thì có thể dùng kim bơm CO_2 trước hoặc nội soi mở:

- Điểm chọc kim bơm CO_2 thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc Trocar đèn soi (đây là điểm chọc phổ biến nhất). Trong ca có sẹo mổ cũ đường trắng giữa dưới rốn thì có thể chọc kim ở vị trí hạ sườn trái hoặc nội soi mở. Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng 12mmHg)

- Chọc Trocar đèn soi (Trocar 10 hoặc 5) ở ngay mép rốn

- Chọc Trocar phẫu thuật ở 2 bên hố chậu (chú ý chọc Trocar ở phía ngoài của di tích động mạch rốn và tránh chọc vào mạch máu thượng vị nông).

6.2. Bước 2: Kiểm tra buồng trứng, vòi TC, TC và các tạng xung quanh

- Quan sát tử cung, hai phần phụ, tiểu khung, kiểm tra dạ dày và gan.

- Đánh giá khối u buồng trứng: kích thước, số lượng, vị trí, mặt ngoài của khối u buồng trứng, đánh giá mức độ dính vào các tạng xung quanh.

- Quan sát kỹ buồng trứng đối diện.

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

- Hội chẩn chuyên khoa Giải phẫu bệnh và chuyên khoa Ung thư phụ khoa trong trường hợp nghi ngờ là u nhầy BT hoặc ung thư buồng trứng.

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

6.3. Bước 3: Cắt phần phụ.

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống mạch và dây chằng: bao gồm cuống thắt lưng - buồng trứng, bờ trên dây chằng rộng dọc theo phần phụ, dây chằng tử cung - buồng trứng và gốc vòi tử cung.

- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống dây chằng thắt lưng buồng trứng và dây chằng rộng.

Chú ý:

- Nếu khối u to, có thể chọc hút bớt dịch rồi tiến hành như trên.

- Kiểm tra buồng trứng bên đối diện.

- Trong trường hợp có chỉ định cắt hai phần phụ thì cắt phần phụ còn lại theo cách tương tự như mô tả ở trên.

- Nếu nghi ngờ khối u là ung thư buồng trứng thì cần hội chẩn chuyên khoa Ung thư phụ khoa, Giải phẫu bệnh và xử trí theo tổn thương.

- Sinh thiết buồng trứng bên đối diện trong trường hợp hội chẩn GPBL là ung thư buồng trứng ở người bệnh trẻ tuổi, chưa có con.

6.4. Bước 4: Lấy bệnh phẩm

Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

6.5. Bước 5: Kiểm tra, cầm máu và tháo CO_2

- Rửa lại ổ bụng vùng tiểu khung, xem dịch nước rửa trong, kiểm tra diện bóc nang xem có chảy máu không, nếu có chảy máu thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Tháo CO_2, rút 2 Trocar ở hố chậu trước, Trocar ở rốn có đèn soi rút sau cùng.

- Khâu da.

6.6. 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Bien hoa Benh vien tu nhan viet tam_18/02/2026 15:28:08

- Cắt chỉ sau mổ 1 - 2 ngày
- Nếu ổn định ra viện sau mổ 48 giờ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương hệ tiêu hóa, hệ tiết niệu: hội chẩn chuyên khoa Ngoại, xử trí theo tổn thương.

7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- Tụ máu lỗ chọc Trocar: Tùy mức độ có thể băng ép hoặc khâu lại.
- 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.
- 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

- Suy buồng trứng sớm, suy giảm khả năng sinh sản.
- Tắc ruột sau mổ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật nội soi cắt u buồng trứng hoặc cắt phần phụ, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 120 - 122

32. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT MẠC NỐI LỚN

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien Phu San Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ mạc nối lớn qua nội soi

2. CHỈ ĐỊNH

Ung thư buồng trứng ở giai đoạn IA, người bệnh còn trẻ, còn nguyện vọng sinh con. Khối u nhỏ, phần dịch nhiều, phần đặc ít.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư buồng trứng muộn hơn giai đoạn IA.
- Người bệnh lớn tuổi, đã đủ con
- Khối u to, nhiều phần đặc, dính nhiều vào các tạng xung quanh.
- Các trường hợp có chống chỉ định mổ nội soi.

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 áp xe phần phụ, mở thông bàng quang…tiên lượng gỡ dính qua nội soi khó khăn.
- 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: 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, dàn máy nội soi, khí CO2 y tế…
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

hhbvtnvn.thanhhoa_Van tai Hiep hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/03/2026 15:28:08

+ 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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu 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: Chọc Trocar và bơm CO_2

- Chọc Trocar 10 ở dưới hoặc trên rốn và 03 Trocar trên gai chậu trước trên và trên mu.

- Bơm CO_2 ổ bụng đến áp lực 12mmHg

- Đưa đèn soi đánh giá toàn bộ ổ bụng, lấy dịch ổ bụng hoặc rửa ổ bụng, lấy dịch gửi tế bào học.

6.2. Bước 2: Thăm dò ổ bụng:

- Thăm khám đánh giá tình trạng khối u buồng trứng

- Đánh giá tình trạng buồng trứng và vòi trứng bên đối diện, tình trạng xâm lấn của khối u vào các tạng xung quanh như trực tràng, bàng quang, gan lách, ruột, mạc nối lớn, phúc mạc ổ bụng, vòm hoành.

6.3. Bước 3: Cắt u:

- Cắt u buồng trứng, tránh làm vỡ u.

- Kiểm tra buồng trứng bên đối diện. Nếu có tổn thương nghi ngờ thì sinh thiết.

6.4. Bước 4: Cắt mạc nối lớn bằng dao hàn mạch.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phap luat Benh vien tu nhan Viet Nam_28/05/2026 15:28:08

6.5. Bước 5: Đóng bụng

- Kiểm tra cầm máu.

- Tháo CO_2 và rút Trocar, khâu lỗ chọc Trocar.

6.6. 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.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến liên quan đến bơm khí ổ bụng:

+ Tắc mạch do khí

+ Tràn khí dưới da: Thường do kim Palmer, bơm CO_2 nằm ngoài xoang bụng hay qua các khe hở của các Trocar, khí CO_2 tràn vào mô dưới da.

- Tai biến do chọc Trocar:

+ 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:

+ Chảy máu trong và sau mổ: phát hiện sớm chảy máu để mổ lại cầm máu.

+ Tổn thương đường tiêu hóa: ruột, đại tràng, trực tràng.

+ Tổn thương đường tiết niệu: bàng quang, niệu quản.

+ Nhiễm trùng sau mổ: kháng sinh toàn thân.

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

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật nội soi cắt u buồng trứng hoặc cắt phần phụ, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 120-122.

33. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hinh hoa Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

- U xơ cơ tử cung.
- Bệnh tuyến cơ tử cung điều trị nội khoa không kết quả.
- Quá sản niêm mạc tử cung điều trị nội khoa không kết quả.
- Rong kinh, rong huyết điều trị nội khoa không kết quả.
- Tổn thương cổ tử cung: CIN II, CIN III, CIS.
- Ung thư niêm mạc tử cung giai đoạn I, II.
- Sau nạo thai trứng có chỉ định cắt tử cung, bệnh u nguyên bào nuôi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có chống chỉ định mổ nội soi.
- Tử cung kích thước quá to
- 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 áp xes phần phụ, mở thông bàng quang…tiên lượng gỡ dính qua nội soi khó khăn

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, khí CO2 y tế…

hhbvtnvn.thanhhoa_Van ban phep hoi Benh vien tu nhan viet nam_08/05/2026 15:28:08

- 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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu 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 01-03 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Đặt cần nâng tử cung

- Sát trùng, đặt van âm đạo

- Kẹp CTC bằng kèm Pozzi ở vị trí 12h, đo buồng tử cung.

- Đặt cần nâng vào buồng TC, đẩy hẳn nắp cần nâng vào túi cùng âm đạo để thuận lợi cho đẩy tử cung theo ý của phẫu thuật viên.

6.1. Bước 1: Chọc Trocar và bơm CO_2

- Có thể chọc Trocar đèn soi trực tiếp, sau đó bơm CO_2

- Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng 12mmHg)

- Trong một số trường hợp có sẹo mổ cũ, người bệnh thừa cân, có nguy cơ tổn thương các tạng trong bụng khi chọc Trocar trực tiếp thì có thể dùng kim bơm CO_2 trước hoặc nội soi mở:

hhbvtnvn.thanhhoa_Vanthu tiephon benhvien 0855 ... 15:28:08

- Điểm chọc kim bơm CO_2 thường ở ngay mép dưới rốn, cũng là nơi chọc Trocar đèn soi (đây là điểm chọc phổ biến nhất). Trong ca có sẹo mổ cũ đường trắng giữa dưới rốn thì có thể chọc kim ở vị trí hạ sườn trái hoặc nội soi mở. Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng 12mmHg).

- Chọc Trocar đèn soi (Trocar 10 hoặc 5)

- Chọc 2 Trocar phẫu thuật ở 2 bên hố chậu (chú ý chọc Trocar ở phía ngoài của di tích động mạch rốn và tránh chọc vào mạch máu thượng vị nông) và 1 Trocar phẫu thuật ở trên mu (tốt nhất là các Trocar cách nhau > 8 cm).

6.2. Bước 2: Thăm dò toàn bộ ổ bụng

- Quan sát tử cung, hai phần phụ, tiểu khung, kiểm tra dạ dày và gan.

- Đánh giá lại khả năng có thể tiếp tục phẫu thuật nội soi hay phải chuyển sang mổ mở cắt tử cung.

6.3. Bước 3: Đốt và cắt 2 dây chằng tròn.

6.4. Bước 4: Đốt và cắt 2 dây chằng thắt lưng - buồng trứng hoặc 2 dây chằng tử cung - buồng trứng nếu để lại buồng trứng (có thể cắt cả 2 vòi tử cung).

6.5. Bước 5: Cắt động mạch tử cung

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

- Đốt và cắt 2 động mạch tử cung.

6.6. Bước 6: Cắt rời tử cung khỏi âm đạo.

6.7. Bước 7: Lấy bệnh phẩm qua đường âm đạo

6.8. Bước 8: Khâu lại mỏm âm đạo: qua đường âm đạo hoặc qua nội soi.

6.9. Bước 9: Kiểm tra:

- Cầm máu

- Rửa bụng

- Kiểm tra niệu quản, bàng quang, trực tràng

6.10. Bước 10: Rút các Trocar và khâu các lỗ chọc.

6.11. 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 BIẾN CHỨNG

7.1. Tai biến trong phẫu thuật

- Tai biến liên quan đến bơm khí ổ bụng:

+ Tắc mạch do khí

+ Tràn khí dưới da: Thường do kim Palmer, bơm CO_2 nằm ngoài xoang bụng hay qua các khe hở của các Trocar, khí CO_2 tràn vào mô dưới da.

hhbvtnvn.thanhhoa_Vuon thu Hien do Benh vien da nhan Viet Nam_06/02/2026 15:28:08

- Tai biến do chọc Trocar:

+ 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:

+ Tổn 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. Biến chứng muộn

Tắc ruột sau mổ: mổ tắc ruột

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 79-80.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu dien tu benh vien nhi Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

34. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG TRIỆT CĂN

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH: Ung thư cổ tử cung giai đoạn IA2 hoặc IB1.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư cổ tử cung từ giai đoạn IB2 trở lên.
- Người bệnh có chống chỉ định phẫu thuật nội soi.

4. THẬN TRỌNG

- Tử cung kích thước quá to.
- 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 áp xe phần phụ, mở thông bàng quang…tiên lượng gỡ dính qua nội soi khó khăn.
- 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hanh hoa Benh vien tu nhan Viet Nam 06/03/2026 15:28:08

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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu 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 TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Chọc Trocar và bơm CO_2

- Có thể chọc Trocar đèn soi trực tiếp, sau đó bơm CO_2

- Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng 12mmHg)

- Trong một số trường hợp có sẹo mổ cũ, người bệnh thừa cân, có nguy cơ tổn thương các tạng trong bụng khi chọc Trocar trực tiếp thì có thể dùng kim bơm CO_2 trước hoặc nội soi mở:

- Điểm chọc kim bơm CO_2 thường ở ngay mép dưới rốn, cũng là nơi chọc Trocar đèn soi (đây là điểm chọc phổ biến nhất). Trong ca có sẹo mổ cũ đường trắng giữa dưới rốn thì có thể chọc kim ở vị trí hạ sườn trái hoặc nội soi mở. Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng 12mmHg)

- Chọc Trocar đèn soi (Trocar 10 hoặc 5)

- Chọc 2 Trocar phẫu thuật ở 2 bên hố chậu (chú ý chọc Trocar ở phía ngoài của di tích động mạch rốn và tránh chọc vào mạch máu thượng vị nông) và 1 Trocar phẫu thuật ở trên mu (tốt nhất là các Trocar cách nhau > 8 cm).

6.2. Bước 2: Thăm dò toàn bộ ổ bụng

Đánh giá toàn bộ ổ bụng, lấy dịch ổ bụng hoặc rửa ổ bụng lấy dịch gửi tế bào học.

6.3. Bước 3: Vét hạch:

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phep noi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

- Cắt dây chằng tử cung - buồng trứng, nếu có chỉ định cắt buồng trứng thì cắt dây chằng thắt lưng - buồng trứng.

- Mở phúc mạc song song với hướng đi của động mạch chậu ngoài.

- Bộc lộ niệu quản cho tới chỗ đổ vào bàng quang.

- Vét hạch chậu dọc theo động mạch chậu ngoài, tĩnh mạch chậu ngoài, dưới tĩnh mạch chậu ngoài cho tới hố bịt đến dây thần kinh bịt, giới hạn trên là chỗ phân nhánh của động mạch chậu.

- Vét hạch cạnh động mạch chủ nếu có chỉ định.

6.4. Bước 4: Cắt tử cung triệt căn:

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

- Cắt động mạch tử cung ở vị trí phân nhánh của động mạch hạ vị

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

- Cắt tử cung hoàn toàn và 1/3 trên âm đạo

- Khâu mỏm âm đạo (qua nội soi hoặc đường âm đạo)

6.5. Bước 5: kiểm tra ổ bụng:

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

- Tháo CO_2 và rút Trocar, khâu lỗ chọc Trocar.

6.6. 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.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến liên quan đến bơm khí ổ bụng:

+ Tắc mạch do khí

+ Tràn khí dưới da: Thường do kim Palmer, bơm CO_2 nằm ngoài xoang bụng hay qua các khe hở của các Trocar, khí CO_2 tràn vào mô dưới da.

- Tai biến do chọc Trocar:

+ 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:

+ Tổn thương đường tiêu hóa: hội chẩn chuyên khoa ngoại tiêu hóa.

+ Tổn thương đường tiết niệu: hội chẩn chuyên khoa ngoại tiết niệu.

+ Tổn thương mạch máu: dễ tổn thương trong khi vét hạch, hội chẩn chuyên khoa ngoại mạch máu.

- **Nhiễm trùng sau mổ**: Kháng sinh toàn thân.

- **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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn và vét hạch chậu 2 bên, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 71-72.

35. PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối tử cung, bao gồm thân tử cung, cổ tử cung, có thể cắt hoặc để lại hai phần phụ.

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Bệnh lý liên quan đến sản khoa

Hầu hết trong phẫu thuật cấp cứu sản khoa thường có chỉ định cắt tử cung bán phần, tuy nhiên trong một số trường hợp đặc biệt phải có chỉ định cắt tử cung hoàn toàn:

- Rau tiền đạo trung tâm, rau bám chặt, rau cài răng lược xuống sâu tận cổ tử cung gây chảy máu mà thắt động mạch hạ vị không cầm máu được.
- Vỡ TC ở đoạn dưới TC và CTC
- Thai ở ống cổ tử cung bị sảy, chảy máu, sau khi can thiệp các thủ thuật cầm máu như khâu vòng CTC, chèn bóng… mà không có kết quả.

2.2. Bệnh lý liên quan đến phụ khoa

- U xơ cơ TC.
- Bệnh tuyến cơ tử cung điều trị nội khoa không kết quả.
- Quá sản nội mạc tử cung điều trị nội không kết quả.
- Rong kinh, rong huyết điều trị nội không kết quả.
- Một số bệnh lý tiền ung thư và ung thư của bộ phận sinh dục (cổ tử cung, tử cung, vòi tử cung, buồng trứng, u nguyên bào nuôi, chửa trứng lớn tuổi…)

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định trong một số trường hợp bệnh lý toàn thân không cho phép tiến hành phẫu thuật,

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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hieu bo Benh vien Phu san Viet Nam_28/03/2025 15:28:08

- 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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu 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 01-03 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Mở thành bụng

- Thường sử dụng đường rạch Pfannenstiel.

- Đối với trường hợp cấp cứu, có sẹo mổ cũ đường dọc hoặc tiên lượng phẫu thuật khó khăn thì sử dụng đường trắng giữa dưới rốn.

6.2. Bước 2: Cắt các dây chằng

- Kẹp và cắt dây chằng tròn.

- Kẹp và cắt dây chằng thắt lưng - buồng trứng trong trường hợp cắt 2 phần phụ hoặc 2 dây chằng tử cung - buồng trứng nếu bảo tồn buồng trứng.

- Khâu lại các cuống mạch và mỏm cắt.

6.3. Bước 3: Tách và cắt phúc mạc tử cung - bàng quang, phúc mạc mặt sau

- Dùng kéo mở phúc mạc ngang với chỗ bám di động ở eo tử cung.
- Dùng gạc đẩy phúc mạc xuống sâu, giúp đẩy bàng quang xuống, bộc lộ cổ tử cung và túi cùng âm đạo trước.
- Tách phúc mạc sau tới ngang dây chằng TC - cùng

6.4. Bước 4: Cặp các cuống mạch đi vào tử cung

- Cặp các động mạch tử cung từng bên. Cắt và khâu cuống mạch
- Cặp nhánh động mạch cổ TC, cắt và khâu cuống mạch.

6.5. Bước 5: Cắt dây chằng tử cung - cùng.

- Kéo tử cung ra trước, bộc lộ hai dây chằng tử cung - cùng và mặt sau cổ tử cung.
- Cắt hai dây chằng tử cung - cùng gần chỗ bám ở cổ tử cung

6.6. Bước 6: Cắt âm đạo

- Tay trái phẫu thuật viên kéo mạnh tử cung lên trên, tay phải dùng kéo mở cùng đồ sau hoặc cùng đồ trước.
- Dùng kẹp cặp mép âm đạo để giữ.
- Tiếp tục cắt vòng quanh sát với chỗ bám âm đạo và cổ tử cung từ phía sau sang phải, ra trước và qua trái.

6.7. Bước 7: Đóng âm đạo, phủ phúc mạc mỏm cắt

- Khâu thành âm đạo bằng mũi khâu vắt hoặc mũi rời chữ X.
- Phủ phúc mạc mỏm cắt

6.8. Bước 8: Kiểm tra ổ bụng

Lau bụng và kiểm tra các cuống mạch, kiểm tra bàng quang, niệu quản

6.9. Bước 9: Đóng thành bụng theo các lớp giải phẫu

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.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Đặt sonde bàng quang 2-5 ngày

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi

- Theo dõi mạch, huyết áp, toàn trạng, nhiệt độ, nước tiểu, tình trạng ổ bụng.
- Theo dõi vết mổ thành bụng: chảy máu, tụ máu, nhiễm khuẩn
- Ra máu âm đạo

Chăm sóc:

- Vệ sinh âm hộ âm đạo, tránh nhiễm trùng từ âm đạo ngược lên.
- Ngồi dậy sớm để tránh biến chứng tắc mạch, nhiễm trùng, dính.

7.1. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương niệu đạo, bàng quang: Mời chuyên khoa ngoại tiết niệt
- Tổn thương trực tràng: Mời chuyên khoa ngoại tiêu hóa.
- Tổn thương các mạch máu: Mời chuyên khoa mạch máu.

7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- Chảy máu sau mổ: có thể do tuột chỉ hoặc lỏng nút buộc. Dấu hiệu choáng tụt huyết áp, tình trạng thiếu máu cấp, ổ bụng có dịch... phải mổ lại để cầm máu đồng thời hồi sức tích cực, điều chỉnh rối loạn đông máu, bồi phụ thể tích tuần hoàn.
- 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.
- Tắc mạch vùng hố chậu hoặc tĩnh mạch chi dưới

7.3. Tai biến muộn:

Rò bàng quang - mỏm cắt âm đạo: phẫu thuật đóng rò

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật mở bụng cắt tử cung hoàn toàn, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 81-83.

Phan Trường Duyệt (2003), Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn qua đường bụng cổ điển, Phẫu thuật Sản Phụ khoa, trang 536 - 542.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu_tiepnhan_benh vien tinh Viet nam_28/02/2024 15:28:08

36. PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG TRIỆT CĂN (WERTHEIM)

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư cổ tử cung giai đoạn IA2 đến IIA.
- Ung thư cổ tử cung giai đoạn II đã điều trị tia xạ tiền phẫu có thể phẫu thuật được.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Ung thư cổ tử cung từ giai đoạn IIB trở lên.

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 - 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien Ung buou Thanh hoa Viet Nam_03/05/2024 15:28:08

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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu 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 02-03 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Thì 1: Mở bụng:

- Mở bụng đường trắng giữa dưới rốn, có thể kéo lên trên rốn nếu cần
- Thăm dò toàn bộ ổ bụng.
- Lấy dịch ổ bụng hoặc rửa ổ bụng, lấy dịch gửi tế bào học.

6.2. Thì 2: Vét hạch chậu

- Cắt dây chằng tròn càng xa tử cung càng tốt, sát về phía thành chậu
- Cắt dây chằng tử cung - buồng trứng, nếu có chỉ định cắt buồng trứng thì cắt dây chằng thắt lưng - buồng trứng
- Mở phúc mạc song song với hướng đi của động mạch chậu ngoài
- Bộc lộ niệu quản tới chỗ đổ vào bàng quang.
- Vét hạch chậu dọc theo động mạch chậu ngoài, tĩnh mạch chậu ngoài, dưới tĩnh mạch chậu ngoài cho tới hố bịt đến dây thần kinh bịt, giới hạn trên là chỗ phân nhánh của động mạch chậu.

6.3. Thì 3: Cắt tử cung triệt căn:

- Cắt lá phúc mạc ở túi cùng trước, đẩy bàng quang xuống thấp
- Cắt động mạch tử cung ở vị trí phân nhánh của động mạch hạ vị
- Cắt 2 dây chằng tử cung - cùng, đẩy trực tràng xuống
- Cắt tử cung hoàn toàn và 1/3 trên âm đạo
- Khâu mỏm âm đạo.

6.4. Thì 4: Đóng bụng:

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

- Chèn vật liệu cầm máu vào vị trí vét hạch.
- Đóng bụng theo các lớp giải phẫu

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

7.1. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu trong mổ. Phát hiện sớm chảy máu để mổ lại cầm máu
- Tổn thương đường tiêu hóa: hội chẩn chuyên khoa ngoại tiêu hóa.
- Tổn thương đường tiết niệu: Hội chẩn chuyên khoa ngoại tiết niệu.

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

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật Wertheim, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 77-78.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop noi Benh vien tu nhan viet nam_08/0_/202_ 15:28:08

37. PHẪU THUẬT HẠCH GÁC CỬA TRONG SẢN PHỤ KHOA

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hội Bảo vệ thiên nhiên và Môi trường Việt Nam_08/05/2025 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

- Hạch gác cửa (Sentinel lymph node) là hạch đầu tiên tiếp nhận dẫn lưu bạch huyết và có nguy cơ di căn cao nhất từ khối u nguyên phát.
- Đây là kỹ thuật hiện đại giúp đánh giá chính xác tình trạng di căn hạch, làm cơ sở để cá thể hóa điều trị cho người bệnh.
- Phẫu thuật giúp tránh các biến chứng cấp và mãn tính do vét hạch hệ thống gây ra như: nhiễm trùng, phù bạch mạch, nang bạch huyết, tổn thương mạch máu/thần kinh mà vẫn đảm bảo nguyên tắc điều trị ung thư.
- Kỹ thuật có thể thực hiện thông qua mổ mở, nội soi truyền thống hoặc nội soi có Robot hỗ trợ.

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Ung thư cổ tử cung:

- Giai đoạn I theo FIGO 2018 (IA1 có xâm nhập khoang mạch bạch huyết, IA2, IB1).
- Cân nhắc giai đoạn IB2, IIA1 (khuyến cáo thực hiện tối ưu khi kích thước u không quá 2 cm).

2.2. Ung thư nội mạc tử cung:

- Ung thư nội mạc tử cung giai đoạn I và II.

2.3. Ung thư âm hộ:

- Giai đoạn I thỏa mãn đồng thời các điều kiện: kích thước khối u < 4 cm; xâm lấn mô đệm > 1 mm; tổn thương đơn ổ; không có di căn hạch trên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư giai đoạn tiến xa tại vùng hoặc đã có di căn xa.
- Đối với ung thư âm hộ: Không chỉ định cho giai đoạn Tis, T1A hoặc giai đoạn II trở lên.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng với các chất chỉ thị màu, chất phóng xạ hoặc chất huỳnh quang (ICG) dùng để phát hiện hạch.
- Người bệnh già yếu hoặc mắc các bệnh lý nội khoa nặng, không đảm bảo điều kiện phẫu thuật và gây mê hồi sức.

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 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, khí CO2

- 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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu 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 khoảng 1-3 giờ

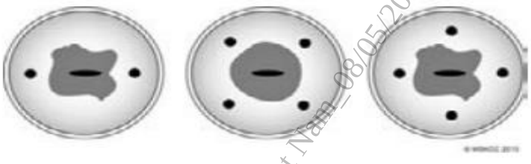
5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Phẫu thuật sinh thiết hạch cửa trong ung thư cổ tử cung

Thì 1: Tiêm chất chỉ thị để phát hiện hình hạch cửa.

- Đặt người bệnh ở tử thế sản khoa, tiêm chất chỉ thị mầu hoặc chất đồng vị phóng xạ hoặc ICG vào khối u cổ tử cung (2 hoặc 4 vị trí), vị trí nông và/hoặc sâu.



Thì 2: Mở bụng đường trắng giữa dưới rốn

Thì 3: Thăm dò, phát hiện hạch cửa lập bản đồ hạch.

Kiểm tra ổ bụng tìm hạch cửa:

- Mở phúc mạc vách chậu, quan sát hạch bắt màu thuốc chỉ thị màu hoặc phát hiện bằng các đầu dò phát hiện tia gamma hoặc dùng ánh sáng gần với bước sóng hồng ngoại nếu dùng chất ICG. Chú ý phẫu tích kỹ hạch cạnh parametre, hố bịt, dọc mạch chậu trong, chậu ngoài.
- Phẫu tích lấy hạch cửa. Một số trường hợp có thể kết hợp 2 loại chất chỉ thị để tăng độ nhạy của việc phát hiện hạch cửa.
- Cân nhắc sinh thiết tức thì trong mổ (bằng cắt lạnh) hạch cửa và xử trí tùy thuộc theo kết quả xét nghiệm: nếu hạch cửa có di căn, cần xạ trị +/- hóa trị sau mổ, trường hợp hạch cửa không có di căn, tiến hành cắt tử cung triệt căn.

6.2. Phẫu thuật sinh thiết hạch cửa trong ung thư nội mạc tử cung

Thì 1: Tiêm chất chỉ thị để phát hiện hình hạch cửa.

Đặt người bệnh ở tử thế sản khoa, tiêm chất chỉ thị màu hoặc chất đồng vị phóng xạ hoặc ICG vào khối cổ tử cung (2 hoặc 4 vị trí), vị trí nông và/hoặc sâu.

Figure 1: Common cervical injection sites for mapping uterine cancer†

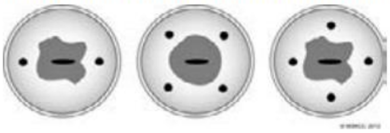


Figure 2: Most common location of SLNs (blue, arrow) following a cervical injection†

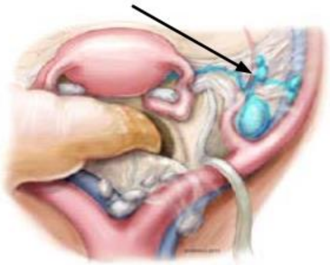
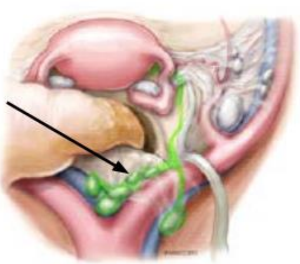


Figure 3: Less common location of SLNs (green, arrow) usually seen when lymphatic trunks are not crossing over the umbilical ligament but following the mesoureter cephalad to common iliac and presacral region†



Thì 2: Mở bụng theo đường trắng giữa dưới rốn

Thì 3: Thăm dò, phát hiện hạch cửa lập bản đồ hạch.

Kiểm tra ổ bụng tìm hạch cửa:

- Mở phúc mạc vách chậu, quan sát hạch bắt màu thuốc chỉ thị màu hoặc phát hiện bằng các đầu dò phát hiện tia gamma hoặc dùng ánh sáng gần với bước sóng hồng ngoại nếu

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien Phu san Viet Nam 06/05/2025 15:28:08

dùng chất ICG. Chú ý phẫu tích kỹ hạch bạch huyết cạnh parametre, hố bịt, dọc mạch chậu trong, chậu ngoài.

- Phẫu tích lấy hạch cửa. Một số trường hợp có thể kết hợp 2 loại chất chỉ thị để tăng độ nhạy của việc phát hiện hạch cửa.
- Cân nhắc sinh thiết tức thì hạch cửa trong mổ (bằng cắt lạnh)
- Trường hợp không hiện hình hạch cửa, có thể tiêm lại các thuốc nhuộm/chất chỉ thị hoặc vét hạch hệ thống.
- Cắt tử cung toàn bộ, hai vòi trứng; có thể bảo tồn buồng trứng khi đủ điều kiện

6.3. Phẫu thuật sinh thiết hạch cửa trong ung thư âm hộ

Thì 1: Tiêm chất chỉ thị để phát hiện hình hạch cửa.

Đặt người bệnh ở tư thế sản khoa, tiêm chất chỉ thị màu hoặc chất đồng vị phóng vào khối u âm hộ thường ở vị trí 2, 5, 7, 10 giờ. Quan sát sau 15 đến 30 phút.

Thì 2: Thăm dò, phát hiện hạch cửa, lập bản đồ hạch.

Kiểm tra hố bẹn tìm hạch cửa:

- Mở hố bẹn cùng bên với tổn thương, tìm các hạch cửa.
- Phẫu tích lấy hạch cửa, gửi sinh thiết tức thì bằng cắt lạnh. Một số trường hợp có thể kết hợp 2 loại chất chỉ thị để tăng độ nhạy của việc phát hiện hạch cửa.
- Trường hợp có di căn hạch cửa: tiến hành vét hạch bẹn hệ thống kết hợp với phẫu thuật cắt âm hộ toàn bộ. (quy trình cắt âm hộ toàn bộ, vét hạch).
- Trường hợp không di căn hạch cửa: không vét hạch bẹn.
- Trường hợp không phát hiện được hạch cửa: vét hạch bẹn hệ thống (theo quy trình phẫu thuật vét hạch bẹn).

6. THEO DÕI SAU MỔ

- Các chỉ số sinh tồn: theo dõi sát mạch, huyết áp, nhịp thở, … trong 24 - 48 h đầu. Theo dõi các dấu hiệu phản vệ với chất chỉ thị (ít gặp).
- Các tai biến, biến chứng: của gây mê, của phẫu thuật:

+ Theo dõi sonde dẫn lưu ổ bụng phát hiện chảy máu trong

+ Theo dõi vết mổ

+ Theo dõi nước tiểu phát hiện các biến chứng tiết niệu

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Dị ứng với thuốc chỉ thị: hiếm khi xảy ra. Nếu có các biểu hiện liên quan đến phản ứng phản vệ của người bệnh: dừng phẫu thuật sinh thiết hạch cửa.
- Trong phẫu thuật: thì lấy hạch cửa có thể làm rách tĩnh mạch, cắt phải thần kinh bịt, thì phẫu tích tìm hạch cửa ở 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 bịt, nối lại niệu quản hoặc cắm niệu quản - bàng quang.
- Chảy máu trong: theo dõi dịch dẫn lưu Douglas, khi cần phải phẫu thuật lại, cầm máu.

- Nhiễm trùng vết mổ: là biến chứng hay gặp trong phẫu thuật mở bụng nhiều hơn so với phẫu thuật nội soi. Cần chăm sóc nặn dịch vết mổ hàng ngày,tránh ứ dịch, nếu có nhiễm khuẩn phải cắt chỉ cách quãng hoặc tách vết mổ, rửa oxy già, kháng sinh, chống viêm...
- Huyết khối tĩnh mạch sâu sau mổ: (tĩnh mạch chậu, tĩnh mạch chủ bụng...) có thể dẫn đến tắc mạch phổi gây tử vong. Dự phòng bằng cách tiêm chống đông dự phòng và vận động sớm sau mổ. Điều trị: chống đông, đeo tất áp lực, đặt màng ngăn tĩnh mạch chủ bụng phòng huyết khối di chuyển dưới màn tăng sáng trong trường hợp huyết khối có nguy cơ di chuyển.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phong hai Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

38. SOI BUỒNG TỬ CUNG CHẨN ĐOÁN

1. ĐẠI CƯƠNG

Soi buồng tử cung chẩn đoán là một thủ thuật đưa ống soi gắn camera vào buồng tử cung để chẩn đoán các bệnh lý thuộc buồng tử cung.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ra máu sau mãn kinh
- Xuất huyết tử cung bất thường không giải thích được
- Thăm dò buồng tử cung trong vô sinh

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Mang thai
- Chảy máu nhiều
- Nhiễm khuẩn nặng đường sinh dục

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: 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,…
- 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 người bệnh (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 ½ - 1 giờ.

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

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1:

- Đặt van âm đạo hay mỏ vịt

- Cặp cổ tử cung bằng kẹp Pozzi

- Thăm dò buồng tử cung bằng thước đo

6.2. Bước 2:

- Đưa ống soi chẩn đoán vào buồng tử. Nước muối sinh lý sẽ được bơm vào thông qua ống nội soi để làm giãn tử cung cho dễ quan sát buồng tử cung, đánh giá ống cổ tử cung, buồng tử cung, niêm mạc tử cung và 2 lỗ vòi trứng.

- Những dụng cụ khác sẽ được đưa vào thông qua ống nội soi để làm sinh thiết hoặc thực hiện các thủ thuật khác (nếu cần).

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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phep tai Benh vien tu nhan Viet Nam_28/03/2024 15:28:08

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- Thủng tử cung: ngừng thủ thuật. Tiến hành soi ổ bụng để đánh giá tổn thương thủng tử cung và xử trí phù hợp theo tổn thương.

- Biến chứng liên quan đến quá tải tuần hoàn do dịch làm căng buồng tử cung đi vào mạch máu. Để tránh tai biến này, không nên phẫu thuật quá lâu (trên 30 phút), phải kiểm soát lượng dịch vào và ra, sử dụng máy bơm hút liên tục chuyên dụng.

7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- Nhiễm khuẩn: kháng sinh dự phòng

7.3. Tai biến muộn

- Dính buồng tử cung

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), Soi buồng tử cung chẩn đoán, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 98 - 100.

39. SOI BUỒNG TỬ CUNG SINH THIẾT

1. ĐẠI CƯƠNG

Soi buồng tử cung sinh thiết là phẫu thuật đưa ống soi gắn camera vào buồng tử cung để thăm dò và chẩn đoán các tổn thương trong buồng tử cung, từ đó sinh thiết hoặc nạo buồng tử cung lấy bệnh phẩm xét nghiệm mô bệnh học.

2. CHỈ ĐỊNH

- Xuất huyết tử cung bất thường không giải thích được.
- Ra máu sau mãn kinh mà hút buồng tử cung không lấy được bệnh phẩm.
- Quá sản niêm mạc tử cung.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có thai.
- Nhiễm trùng vùng tiểu khung.
- Chống chỉ định của gây mê toàn thân.

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,…
- 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop ho Benh vien tu nhan Viet Nam_06/02/2026 15:28:08

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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu 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 0,25 - 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Soi buồng tử cung chẩn đoán

- Đặt van âm đạo hay mỏ vịt

- Cặp cổ tử cung bằng kẹp Pozzi

- Đưa ống soi vào buồng tử cung quan sát và đánh giá ống cổ tử cung, buồng tử cung, niêm mạc tử cung và 2 lỗ vòi trứng, mô tả và xác định vị trí của tổn thương trong buồng tử cung.

6.2. Bước 2: Sinh thiết, nạo buồng tử cung

- Nong cổ tử cung bằng nến Hegar đến kích cỡ phù hợp.

- Dùng kẹp hình tim đưa vào trong buồng tử cung gắp tổn thương hoặc dùng thìa nạo buồng tử cung tại vị trí đã xác định lúc soi buồng tử cung chẩn đoán.

- Lấy bệnh phẩm xét nghiệm mô bệnh học.

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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hiệp hội Bệnh viện tư nhân Việt Nam_08/0[illegible]/202[illegible] 15:28:08

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- Thủng tử cung: ngừng thủ thuật. Tiến hành soi ổ bụng (nếu chưa thực hiện) để đánh giá tổn thương thủng tử cung và xử trí phù hợp theo tổn thương.

- Tổn thương ruột hoặc bàng quang, trực tràng: ngừng thủ thuật. Tiến hành soi ổ bụng để đánh giá tổn thương, nếu cần thì chuyển mổ mở để khâu phục hồi.

Biến chứng liên quan đến quá tải tuần hoàn do dịch làm căng buồng tử cung đi vào mạch máu. Để tránh tai biến này, không nên phẫu thuật quá lâu (trên 30 phút), phải kiểm soát lượng dịch vào và ra, sử dụng máy bơm hút liên tục chuyên dụng.

7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- Nhiễm khuẩn: kháng sinh dự phòng.

- 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.

7.3. Tai biến muộn: Dính buồng tử cung

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật soi buồng tử cung cắt polyp buồng tử cung, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 104 -105.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van tu phep noi Binh hien tu nhan Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

40. PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CẮT DÍNH

1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật điều trị các tổn thương dính buồng tử cung không hoàn toàn bằng phương pháp nội soi buồng tử cung. Dính buồng tử cung chủ yếu là hậu quả của thủ thuật nạo, hút buồng tử cung.

2. CHỈ ĐỊNH

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dính buồng tử cung hoàn toàn.

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

4. THẬN TRỌNG

- Cổ tử cung chít hẹp/treo cao.

- 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, dung dịch không có điện giải như: manitol, sorbitol, dextran...

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep noi Benh vien tu than Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu 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: Soi buồng tử cung chẩn đoán

- Đặt van âm đạo hay mỏ vịt

- Kẹp cổ tử cung bằng kẹp Pozzi

- Thăm dò buồng tử cung bằng thước đo

- Đưa ống soi chẩn đoán vào buồng tử cung

- Làm căng buồng tử cung bằng một trong các dung dịch:

+ Dung dịch không có điện giải như: manitol, sorbitol, dextran...

+ Dung dịch có trọng lượng phân tử cao (nếu có điều kiện): Hyskon,…

- Tiến hành quan sát toàn bộ buồng tử cung để đánh giá tổn thương dính buồng tử cung

- Có thể áp dụng một trong các cách sau để dịch chảy vào buồng tử cung:

+ Để dịch ở vị trí cao hơn ổ bụng người bệnh từ 90-100 cm và cho tự chảy

+ Nếu là túi dịch, có thể quấn băng máy đo huyết áp và duy trì áp lực khoảng 80 mmHg.

6.2. Bước 2: Soi buồng tử cung phẫu thuật

- Tiến hành nong cổ tử cung đến nến Hegar số 10.5

- Đưa kính soi phẫu thuật vào buồng tử cung. Sử dụng đầu cắt thẳng hay bóng lăn để cắt tổn thương dính. Chỉ thực hiện cắt tổn thương khi quan sát dính rõ ràng.

- Cắt hết tổn thương dính.

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hiến học Bệnh viện tư nhân Việt Nam_08/03/2024 15:28:08

6.3. Bước 3: Kiểm tra lại tử cung và âm đạo

- Soi lại buồng tử cung, kiểm tra lại đảm bảo không chảy máu và buồng tử cung toàn vẹn.

- Có thể đặt những dụng cụ chuyên biệt để tránh dính lại.

- Tháo pozzi, kiểm tra xem vị trí kẹp pozzi có chảy máu không.

- Sát khuẩn lại cổ tử cung, 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. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

7.1. Tai biến trong phẫu thuật

- Thủng tử cung: ngừng thủ thuật. Tiến hành soi ổ bụng (nếu chưa thực hiện) để đánh giá tổn thương thủng tử cung và xử trí phù hợp theo tổn thương. Trong nhiều ca có thể bảo tồn được tử cung. Theo dõi sát người bệnh trong những giờ đầu sau mổ.

- Rách cổ tử cung hoặc tầng sinh môn: chèn gạc hoặc khâu cầm máu.

- 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, phải kiểm soát lượng dịch vào và ra, sử dụng máy bơm hút liên tục chuyên dụng.

7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- Chảy máu sau mổ: ra máu đỏ, máu cục từ âm đạo. Người bệnh có thể có biểu hiện của mất máu cấp: choáng, tụt huyết áp,...Phải kiểm tra lại, xác định vị trí chảy máu và có biện pháp cầm máu phù hợp.

- Nhiễm trùng: sử dụng kháng sinh điều trị.

7.3 Biến chứng muộn:

- Dính lại buồng tử cung sau phẫu thuật: soi buồng cắt dính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật soi buồng tử cung tách dính buồng tử cung, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr106-108.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu diep noi bv nh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

41. PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CẮT VÁCH NGĂN

1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt vách ngăn dọc trong buồng tử cung bằng dụng cụ nội soi buồng tử cung.

2. CHỈ ĐỊNH

Vách ngăn dọc trong buồng tử cung làm cho người bệnh bị vô sinh, sảy thai, đẻ non liên tiếp.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các kiểu dị dạng sinh dục khác.

4. THẬN TRỌNG

- Cổ tử cung chít hẹp/treo cao.
- 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, dung dịch không có điện giải như: manitol, sorbitol, dextran...

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van tu Hop hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_06/05/2025 15:28:08

- 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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu 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 0,25 - 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Soi buồng tử cung chẩn đoán

- Đặt van âm đạo hay mỏ vịt

- Kẹp cổ tử cung bằng kẹp Pozzi

- Thăm dò buồng tử cung bằng thước đo.

- Đưa ống soi chẩn đoán vào buồng tử cung

- Làm căng buồng tử cung bằng một trong các dung dịch:

+ Dung dịch không có điện giải như: manitol, sorbitol, dextran...

+ Dung dịch có trọng lượng phân tử cao (nếu có điều kiện): Hyskon,…

- Tiến hành quan sát toàn bộ buồng tử cung hai bên vách ngăn để xác định vị trí, kích thước của vách ngăn.

- Có thể áp dụng một trong các cách sau để dịch chảy vào buồng tử cung:

+ Để dịch ở vị trí cao hơn ổ bụng người bệnh từ 90 – 100 cm và cho tự chảy.

+ Nếu là túi dịch, có thể quấn băng máy đo huyết áp và duy trì áp lực khoảng 80 mmHg.

6.2. Bước 2: Soi buồng tử cung phẫu thuật

- Nong cổ tử cung đến nến Hegar số 10.5

- Đưa kính soi phẫu thuật vào buồng tử cung

- Sử dụng đầu cắt thẳng hay bóng lăn để cắt vách ngăn. Vị trí cắt nằm chính giữa chiều cao của vách ngăn. Chỉ thực hiện cắt vách ngăn khi quan sát tổn thương rõ ràng.

- Cắt hết vách ngăn dựa trên cơ sở vị trí của hai lỗ vòi tử cung. Thường cắt tới đường tưởng tượng nối hai lỗ vòi tử cung.

6.3. Bước 3: Kiểm tra lại tử cung và âm đạo

- Soi lại buồng tử cung, kiểm tra lại toàn bộ tử cung và vị trí cắt polype. Nếu có chảy máu thì dùng điện cực đốt để đốt cầm máu.

- Tháo pozzi, kiểm tra xem vị trí kẹp pozzi có chảy máu không.

- Sát khuẩn lại cổ tử cung, 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. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

7.1. Tai biến trong phẫu thuật

- Thủng tử cung: ngừng thủ thuật. Tiến hành soi ổ bụng (nếu chưa thực hiện) để đánh giá tổn thương thủng tử cung và xử trí phù hợp theo tổn thương. Trong nhiều ca có thể bảo tồn được tử cung. Theo dõi sát người bệnh trong những giờ đầu sau mổ.

- Rách cổ tử cung hoặc vùng tầng sinh môn: chèn gạc hoặc khâu lại vết rách.

- 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, phải kiểm soát lượng dịch vào và ra, sử dụng máy bơm hút liên tục chuyên dụng.

7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- Chảy máu sau mổ: ra máu đỏ, máu cục từ âm đạo. Người bệnh có thể có biểu hiện của mất máu cấp: choáng, tụt huyết áp,...Phải kiểm tra lại, xác định vị trí chảy máu và có biện pháp cầm máu phù hợp.

- Nhiễm trùng: sử dụng kháng sinh điều trị.

7.3. Biến chứng muộn

- Dính buồng tử cung sau phẫu thuật: soi buồng tử cung cắt dính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật soi buồng tử cung cắt vách ngăn tử cung, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 109-110.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hieu hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

42. PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CẮT POLYPE

1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt polype buồng tử cung qua nội soi buồng tử cung.

2. CHỈ ĐỊNH

Polype buồng tử cung đi kèm với:

- Ra máu bất thường từ tử cung
- Vô sinh
- Nguy cơ ung thư hóa

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân nặng có chống chỉ định phẫu thuật nội soi

4. THẬN TRỌNG

- Cổ tử cung chít hẹp/treo cao.
- 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, dung dịch không có điện giải như: manitol, sorbitol, dextran...

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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu 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 0,5 - 1 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Soi buồng tử cung chẩn đoán

- Đặt van âm đạo hay mỏ vịt

- Kẹp cổ tử cung bằng kẹp Pozzi

- Thăm dò buồng tử cung bằng thước đo.

- Đưa ống soi chẩn đoán vào buồng tử cung

- Làm căng buồng tử cung bằng một trong các dung dịch:

+ Dung dịch không có điện giải như: manitol, sorbitol, dextran...

+ Dung dịch có trọng lượng phân tử cao (nếu có điều kiện): Hyskon,…

- Tiến hành quan sát toàn bộ buồng tử cung để đánh giá tổn thương polype buồng tử cung.

- Có thể áp dụng một trong các cách sau để dịch chảy vào buồng tử cung:

+ Để dịch ở vị trí cao hơn ổ bụng người bệnh từ 90 - 100 cm và cho tự chảy.

+ Nếu là túi dịch, có thể quấn băng máy đo huyết áp và duy trì áp lực khoảng 80 mmHg.

6.2. Bước 2: Soi buồng tử cung phẫu thuật

- Cắt polype: nới vòng cắt đến phía sau của polype, bật dòng điện và kéo vòng về phía cổ tử cung để cắt polype.

- Kẹp polype và kéo ra ngoài qua lỗ cổ tử cung. Nếu polype to có thể cắt thành nhiều mảnh, bắt đầu từ phía đỉnh của polype và xuống dần tới cuống.

6.3. Bước 3: Kiểm tra lại tử cung và âm đạo

- Soi lại buồng tử cung, kiểm tra lại toàn bộ tử cung và vị trí cắt polype. Nếu có chảy máu thì dùng điện cực đốt để đốt cầm máu.

- Tháo pozzi, kiểm tra xem vị trí kẹp pozzi có chảy máu không.

- Sát khuẩn lại cổ tử cung, 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. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

7.1. Tai biến trong phẫu thuật

- Thủng tử cung: ngừng thủ thuật. Tiến hành soi ổ bụng (nếu chưa thực hiện) để đánh giá tổn thương thủng tử cung và xử trí phù hợp theo tổn thương. Trong nhiều ca có thể bảo tồn được tử cung. Theo dõi sát người bệnh trong những giờ đầu sau mổ.

- Rách cổ tử cung hoặc vùng tầng sinh môn: chèn gạc hoặc khâu lại vết rách.

- 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, phải kiểm soát lượng dịch vào và ra, sử dụng máy bơm hút liên tục chuyên dụng.

7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- Chảy máu sau mổ: ra máu đỏ, máu cục từ âm đạo. Người bệnh có thể có biểu hiện của mất máu cấp: choáng, tụt huyết áp,...Phải kiểm tra lại, xác định vị trí chảy máu và có biện pháp cầm máu phù hợp.

- Nhiễm trùng: sử dụng kháng sinh điều trị.

7.3. Biến chứng muộn:

- Dính buồng tử cung sau phẫu thuật: soi buồng cắt dính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật soi buồng tử cung cắt polype buồng tử cung, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 104-105.

43. PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CẮT U XƠ

1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt u xơ tử cung dưới niêm mạc qua nội soi buồng tử cung.

2. CHỈ ĐỊNH

U xơ tử cung dưới niêm mạc hoặc kèm theo vô sinh hay rối loạn kinh nguyệt mà điều trị nội khoa không kết quả.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- U xơ tử cung phát triển vào buồng tử cung < 50% thể tích.
- Bề dày lớp cơ tử cung còn lại dưới 1 cm.

4. THẬN TRỌNG

- Cổ tử cung chít hẹp/treo cao.
- 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, dung dịch không có điện giải như: manitol, sorbitol, dextran...

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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu 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 0,5 - 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Soi buồng tử cung chẩn đoán

- Thông tiểu và lưu ống thông

- Đặt van âm đạo hay mỏ vịt

- Kẹp cổ tử cung bằng kẹp Pozzi

- Thăm dò buồng tử cung bằng thước đo.

- Đưa ống soi chẩn đoán vào buồng tử cung

- Làm căng buồng tử cung bằng một trong các dung dịch:

+ Dung dịch không có điện giải như: manitol, sorbitol, dextran...

+ Dung dịch có trọng lượng phân tử cao (nếu có điều kiện): Hyskon,…

- Tiến hành quan sát toàn bộ buồng tử cung để đánh giá tổn thương u xơ tử cung.

6.2. Bước 2: Soi buồng tử cung phẫu thuật

- Nong cổ tử cung đến nến Hegar số 10.5.

- Tiến hành cắt u xơ bằng vòng cắt điện đơn cực. Đảm bảo nguyên tắc chỉ cắt ở thì kéo thu dao điện về.

- Lần lượt cắt từ bề mặt xuống sâu dần cho đến hết cuống của u xơ hay đến mức tiếp xúc với bề mặt niêm mạc tử cung

- Lấy các mảnh cắt ra ngoài.

6.3. Bước 3: Kiểm tra lại tử cung và âm đạo

- Soi lại buồng tử cung, kiểm tra lại toàn bộ tử cung và vị trí cắt u xơ. Nếu có chảy máu thì dùng điện cực đốt cầm máu
- Tháo pozzi, kiểm tra xem vị trí kẹp pozzi có chảy máu không.
- Sát khuẩn lại cổ tử cung, 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. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

7.1. Tai biến trong phẫu thuật

- Thủng tử cung: ngừng thủ thuật. Tiến hành soi ổ bụng (nếu chưa thực hiện) để đánh giá tổn thương thủng tử cung và xử trí phù hợp theo tổn thương. Trong nhiều ca có thể bảo tồn được tử cung. Theo dõi sát người bệnh trong những giờ đầu sau mổ.
- Rách cổ tử cung hoặc vùng tầng sinh môn: chèn gạc hoặc khâu lại vết rách.
- 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, phải kiểm soát lượng dịch vào và ra, sử dụng máy bơm hút liên tục chuyên dụng.

7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- Chảy máu sau mổ: ra máu đỏ, máu cục từ âm đạo. Người bệnh có thể có biểu hiện của mất máu cấp: choáng, tụt huyết áp,...Phải kiểm tra lại, xác định vị trí chảy máu và có biện pháp cầm máu phù hợp.
- Nhiễm trùng: sử dụng kháng sinh điều trị.

7.3 Biến chứng muộn:

- Dính buồng tử cung sau phẫu thuật: soi buồng cắt dính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật soi buồng tử cung cắt nhân xơ dưới niêm mạc, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr101-103.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu dien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

44. PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG LẤY DỊ VẬT

1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật lấy dị vật trong buồng tử cung bằng phương pháp nội soi buồng tử cung. Dị vật phổ biến nhất là dụng cụ tử cung, đặc biệt là các mảnh gãy của dụng cụ tử cung còn sót lại.

2. CHỈ ĐỊNH

Có dị vật trong buồng tử cung, đã được thử lấy dị vật qua đường âm đạo nhưng thất bại.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh đã có chỉ định cắt tử cung.

4. THẬN TRỌNG

- Cổ tử cung chít hẹp/treo cao.
- 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, dung dịch không có điện giải như: manitol, sorbitol, dextran...

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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu 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 0,5 - 1 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Soi buồng tử cung chẩn đoán

- Thông tiểu và lưu ống thông

- Đặt van âm đạo hay mỏ vịt

- Kẹp cổ tử cung bằng kẹp Pozzi

- Thăm dò buồng tử cung bằng thước đo.

- Đưa ống soi chẩn đoán vào buồng tử cung

- Làm căng buồng tử cung bằng một trong các dung dịch:

+ Dung dịch không có điện giải như: manitol, sorbitol, dextran...

+ Dung dịch có trọng lượng phân tử cao (nếu có điều kiện): Hyskon,…

- Tiến hành quan sát toàn bộ buồng tử cung để xác định dị vật.

- Có thể áp dụng một trong các cách sau để dịch chảy vào buồng tử cung:

+ Để dịch ở vị trí cao hơn ổ bụng người bệnh từ 90 - 100 cm và cho tự chảy.

+ Nếu là túi dịch, có thể quấn băng máy đo huyết áp và duy trì áp lực khoảng 80 mmHg.

6.2. Bước 2: Gắp dị vật

- Trên cơ sở xác định vị trí dị vật, sẽ dùng dụng cụ để gắp dị vật ra.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hinh hoa Benh vien tu nhan Viet Nam_08/0.../202 15:28:08

6.3. Bước 3: Kiểm tra lại tử cung và âm đạo

- Soi lại buồng tử cung, kiểm tra lại toàn bộ tử cung, đảm bảo buồng tử cung toàn vẹn và không còn dị vật.

- Tháo pozzi, kiểm tra xem vị trí kẹp pozzi có chảy máu không.

- Sát khuẩn lại cổ tử cung, 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. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

7.1. Tai biến trong phẫu thuật

- Thủng tử cung: ngừng thủ thuật. Tiến hành soi ổ bụng (nếu chưa thực hiện) để đánh giá tổn thương thủng tử cung và xử trí phù hợp theo tổn thương. Trong nhiều ca có thể bảo tồn được tử cung. Theo dõi sát người bệnh trong những giờ đầu sau mổ.

- Rách cổ tử cung hoặc vùng tầng sinh môn: chèn gạc hoặc khâu lại vết rách.

- 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, phải kiểm soát lượng dịch vào và ra, sử dụng máy bơm hút liên tục chuyên dụng.

7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- Chảy máu sau mổ: ra máu đỏ, máu cục từ âm đạo. Người bệnh có thể có biểu hiện của mất máu cấp: choáng, tụt huyết áp,...Phải kiểm tra lại, xác định vị trí chảy máu và có biện pháp cầm máu phù hợp.

- Nhiễm trùng: sử dụng kháng sinh điều trị.

7.3. Biến chứng muộn:

- Dính buồng tử cung sau phẫu thuật: soi buồng cắt dính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật soi buồng tử cung lấy dị vật, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr111-112.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2023 15:28:08

45. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN

1. ĐẠI CƯƠNG

Cắt tử cung bán phần qua nội soi là phẫu thuật sử dụng các dụng cụ được đưa vào ổ bụng qua các lỗ chọc ở thành bụng để tiến hành cắt bỏ thân tử cung, để lại phần cổ tử cung.

2. CHỈ ĐỊNH

- U xơ cơ tử cung.
- Bệnh tuyến cơ tử cung.
- Polyp buồng tử cung.
- Các trường hợp khác có chỉ định cắt tử cung như: dị dạng sinh dục, chửa góc tử cung, chửa sẹo mổ lấy thai, thủng tử cung, các trường hợp chậm phát triển trí tuệ hay tâm thần phân liệt không có khả năng vệ sinh kinh nguyệt và để tránh có thai ngoài ý muốn

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có chống chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng.
- Tổn thương tiền ung thư và ung thư cổ tử cung.
- Ung thư niêm mạc tử cung.

4. THẬN TRỌNG

- Tử cung kích thước quá to.
- 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 áp xes phần phụ, mở thông bàng quang…tiên lượng gỡ dính qua nội soi khó khăn.
- 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,…

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư_Hiệp hội Bệnh viện tư nhân Việt Nam_08/05/2025 15:28:08

- 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 người bệnh (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 1-3 giờ.

5.7. Địa điểm thực kiện: Phòng thực hiện kỹ thuật

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Chọc Trocar và bơm CO_2

- Có thể chọc Trocar đèn soi trực tiếp, sau đó bơm CO_2

- Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng 12mmHg)

- Trong một số trường hợp có sẹo mổ cũ, người bệnh thừa cân, có nguy cơ tổn thương các tạng trong bụng khi chọc Trocar trực tiếp thì có thể dùng kim bơm CO_2 trước hoặc nội soi mở:

- Điểm chọc kim bơm CO_2 thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc Trocar đèn soi (đây là điểm chọc phổ biến nhất). Trong ca có sẹo mổ cũ đường trắng giữa dưới rốn thì có thể chọc kim ở vị trí hạ sườn trái hoặc nội soi mở. Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng 12mmHg)

- Chọc Trocar đèn soi (Trocar 10 hoặc 5)

- Chọc 2 Trocar phẫu thuật ở 2 bên hố chậu (chú ý chọc Trocar ở phía ngoài của di tích động mạch rốn và tránh chọc vào mạch máu thượng vị nông) và 1 Trocar phẫu thuật ở trên mu (tốt nhất là các Trocar cách nhau > 8cm).

6.2. Bước 2: Thăm dò toàn bộ ổ bụng

- Quan sát tử cung, hai phần phụ, tiểu khung, kiểm tra dạ dày và gan.

6.3. Bước 3: Đốt và cắt 2 dây chằng tròn**.**

6.4. Bước 4: Đốt và cắt 2 dây chằng thắt lưng - buồng trứng hoặc 2 dây chằng tử cung-buồng trứng nếu để lại buồng trứng (có thể cắt cả 2 vòi tử cung).

6.5. Bước 5: Cắt động mạch tử cung

- Đốt và cắt 2 động mạch tử cung

- Nên mở lá phúc mạc ở túi cùng trước, đẩy phúc mạc bàng quang nếu bàng quang treo cao trong trường hợp mổ đẻ cũ.

6.6. Bước 6: Cắt và cầm máu mỏm cắt

- Cắt tử cung ở mức ngang đoạn eo tử cung (nơi bám của phúc mạc đoạn dưới).

- Đốt cầm máu mỏm cắt.

6.7. Bước 7: Lấy bệnh phẩm bằng Morcellator

6.8. Bước 8: Kiểm tra ổ bụng

- Rửa sạch ổ bụng

- Kiểm tra các cuống mạch và mỏm cắt.

- Kiểm tra niệu quản, bàng quang, trực tràng.

6.9. Bước 9: Tháo Trocar, khâu da

- Tháo CO_2, rút Trocar.

- Khâu da.

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.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

7.1. Tai biến trong phẫu thuật

- Tai biến liên quan đến bơm khí ổ bụng:

+ Tắc mạch do khí

+ Tràn khí dưới da: Thường do kim Palmer, bơm CO_2 nằm ngoài xoang bụng hay qua các khe hở của các Trocar, khí CO_2 tràn vào mô dưới da.

- Tai biến do chọc Trocar:

+ 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:

+ Tổn 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. Biến chứng muộn

- Tắc ruột sau mổ: mổ tắc ruột

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật nội soi cắt tử cung bán phần, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 87-89.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van ban phep roi Benh vien tu Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

46. PHẪU THUẬT CẮT CỔ TỬ CUNG ĐƯỜNG ÂM ĐẠO CÓ KIỂM SOÁT QUA NỘI SOI Ổ BỤNG TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÃ MỔ CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN

1. ĐỊNH NGHĨA

Là phẫu thuật cắt bỏ cổ tử cung (trên người bệnh đã cắt tử cung bán phần) qua đường âm đạo có sự kiểm soát của nội soi ổ bụng.

2. CHỈ ĐỊNH VÀ ĐIỀU KIỆN

- Trên người bệnh có tiền sử đã cắt tử cung bán phần:
- U xơ cơ TC ở mỏm cắt TC hoặc ở cổ tử cung (L8).
- Bệnh tuyến cơ tử cung ở mỏm cắt TC và CTC làm người bệnh đau bụng nhiều, điều trị nội khoa không kết quả.
- Sa sinh dục.
- Tiền ung thư CTC: CIN 3 và ung thư CTC tại chỗ (CIS)
- Điều kiện: Âm đạo rộng, mềm

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Tuyệt đối: Người bệnh có chống chỉ định mổ nội soi.

3.2. Tương đối:

- Mỏm cắt tử cung to, dính nhiều.
- Tiền sử phẫu thuật ổ bụng ở nhóm có nguy cơ dính cao như: mổ viêm phúc mạc, mổ tắc ruột, mổ áp xe phần phụ, mở thông bàng quang…tiên lượng gỡ dính qua nội soi khó khăn

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…

hhbvtnvn.thanhhoa_Vanthubenhvien.. Bệnh viện tư nhân Việt Nam_08/0.../202.. 15:28:08

- 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 sảy 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 người bệnh (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 từ 1 - 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Nội soi ổ bụng

6.1.1. Thì 1: Chọc Trocar và bơm CO_2

- Có thể chọc Trocar đèn soi trực tiếp, sau đó bơm CO_2

- Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng 12mmHg)

- Trong một số trường hợp có sẹo mổ cũ, người bệnh thừa cân, có nguy cơ tổn thương các tạng trong bụng khi chọc Trocar trực tiếp thì có thể dùng kim bơm CO_2 trước hoặc nội soi mở:

- Điểm chọc kim bơm CO_2 thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc Trocar đèn soi (đây là điểm chọc phổ biến nhất). Trong ca có sẹo mổ cũ đường trắng giữa dưới rốn thì

hhbvtnvn.thanhhoa_Viện thi Hiệp hà Bệnh viện tự nhân việt nam 06/05/2025 15:28:08

có thể chọc kim ở vị trí hạ sườn trái hoặc nội soi mở. Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng 12mmHg)

- Chọc Trocar đèn soi (Trocar 10 hoặc 5): Chọc 2 Trocar phẫu thuật ở 2 bên hố chậu (chú ý chọc Trocar ở phía ngoài của di tích động mạch rốn và tránh chọc vào mạch máu thượng vị nông) và nếu cần thì chọc thêm 1 Trocar phẫu thuật ở trên mu (tốt nhất là các Trocar cách nhau ≥ 8 cm).

6.1.2. Thì 2: Thăm dò toàn bộ ổ bụng

- Quan sát mỏm cắt, hai phần phụ, tiểu khung, kiểm tra dạ dày và gan.

- Hai niệu quản nhu động bình thường?

- Đánh giá khả năng tiếp tục mổ cắt cổ TC đường âm đạo như dự kiến hay chuyển mổ mở bụng.

6.1.3. Gỡ dính (nếu có).

6.2. Bước 2: Cắt cổ tử cung đường âm đạo dưới sự quan sát của nội soi

6.2.1. Thì 1: Bộc lộ cổ tử cung

- Bộc lộ phẫu trường: bằng van âm đạo

- Sử dụng 02 kìm Pozzi kẹp cổ tử cung.

6.2.2. Thì 2: Mở cùng đồ sau và thăm dò

- Rạch một nửa đường vòng niêm mạc âm đạo mặt sau cổ tử cung gần đường bám âm đạo vào cổ tử cung. Bóc tách niêm mạc đúng lớp giữa cổ tử cung và trực tràng lên phía trên đến cùng đồ sau.

- Mở rộng cùng đồ sau vào ổ bụng.

6.2.3. Thì 3: Mở cùng đồ trước, bóc tách đẩy bàng quang lên phía trên.

- Rạch một nửa đường vòng niêm mạc âm đạo trước sát gần chỗ bám âm đạo vào cổ tử cung đến tận lớp bóc tách nối liền với nửa đường rạch vòng phía sau.

- Dùng cặp kẹp gạc gấp hình củ ấu hoặc ngón tay bọc gạc tách thành âm đạo khỏi mặt sau bàng quang lên đến phúc mạc cùng đồ trước.

- Tách niêm mạc âm đạo hai bên bộc lộ dây chằng bên và cuống mạch cổ tử cung âm đạo.

6.2.4. Thì 4: Thắt và cắt dây chằng và cuống mạch cổ tử cung - âm đạo.

- Cắt dây chằng ngang CTC bên phải: Kéo tử cung sang trái để cặp, cắt rồi khâu dây chằng ngang cổ tử cung phải (trong đó có cuống mạch âm đạo - CTC).

- Làm tương tự để cắt dây chằng ngang CTC bên trái.

6.2.5. Thì 5: Lấy cổ tử cung ra ngoài.

6.2.6. Thì 6: Kiểm tra chảy máu.

- Kiểm tra chảy máu các vị trí cắt khâu.

- Nâng đầu người bệnh lên cao để thoát dịch, máu xuống cùng đồ, lau sạch bằng kẹp cặp gạc.

6.2.7. Thì 7: Đóng phúc mạc cùng đồ và khâu thành âm đạo.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hanh he Benh vien tu Dan Viet Nam_08/02/2024 15:28:08

- Dùng các mũi chỉ khâu kín phúc mạc.
- Khâu hai mép thành âm đạo lại với nhau.

6.3. Bước 3: Kết thúc cuộc mổ:

- Kiểm tra chảy máu ở cuống mạch, mỏm cắt.
- Quan sát qua nội soi kiểm tra sự toàn vẹn của bàng quang, đường tiêu hóa.
- Quan sát nhu động 2 niệu quản.
- Rửa sạch ổ bụng
- Rút Trocar, khâu da.

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 Theo dõi sau phẫu thuật

- Đặt thông tiểu và theo dõi màu sắc, số lượng trong 2 - 3 ngày
- Lau sát trùng âm hộ hàng ngày bằng Povidone-iodine
- Nếu chèn gạc thì rút sau 24 giờ.
- Cho người bệnh ngồi dậy sớm 8 - 12 tiếng sau mổ

7.2 Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

Tai biến do gây mê, tim mạch

- Tai biến gây mê thường gặp là kém thông khí, trào ngược dịch dạ dày thực quản, co thắt khí quản, tụt huyết áp, loạn nhịp và tai biến này nguy hiểm hơn trong trường hợp người bệnh nằm mổ ở tư thế Trendelenbourg, áp lực ổ bụng tăng, vòm hoành mô bị đẩy lên trên làm giảm thông khí ở phổi.

- Vì vậy, cần theo dõi sát các thông số chức năng tim mạch, hô hấp, SpO2, lượng khí lưu thông, nhịp thở, nhịp tim, màu da.

Tai biến do phẫu thuật

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

Xử trí:

- Tất cả các trường hợp khó phải chuyển mổ mở hoặc nội soi.
- Mời hội chẩn chuyên khoa ngoại

7.3 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.

7.4 Biến chứng muộn

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật cắt tử cung đường âm đạo, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 84-86.

Phan Trường Duyệt (2003), Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn qua đường âm đạo, Phẫu thuật Sản Phụ khoa, trang 670 - 697.

Nguyễn Đức Hinh (2011), Cắt tử cung đường âm đạo, Một số kỹ thuật cắt tử cung, trang 71-169

47. PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan benh vien nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

1. ĐỊNH NGHĨA

Phẫu thuật mở bụng cắt tử cung bán phần có nghĩa là cắt bỏ thân tử cung để lại cổ tử cung qua đường bụng.

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Bệnh lý phụ khoa:

- U xơ cơ tử cung
- Polyp buồng tử cung
- Bệnh tuyến cơ tử cung
- Các chỉ định khác: dị dạng sinh dục có chỉ định cắt tử cung, chửa góc, chửa vết mổ, thủng tử cung, các trường hợp chậm phát triển trí tuệ hay tâm thần phân liệt không có khả năng vệ sinh kinh nguyệt và để tránh có thai ngoài ý muốn …

2.2. Bệnh lý liên quan đến sản khoa:

Trong thời kỳ thai nghén:

- Đình chỉ thai nghén vì bệnh lý của người mẹ (bệnh tim, huyết áp cao…) có chỉ định cắt tử cung bán phần để nguyên thai trong tử cung (cắt tử cung cả khối)
- Cắt tử cung cả khối trong trường hợp có thai kèm u xơ cơ tử cung to, thai ở vết mổ cũ.

Sau đẻ:

- Chảy máu ở tử cung sau đẻ do các nguyên nhân khác nhau (đờ tử cung, rau cài răng lược, vỡ tử cung, phong huyết tử cung rau,…)
- Nhiễm trùng tử cung sau đẻ, sau thủ thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương tiền ung thư và ung thư cổ tử cung
- Ung thư niêm mạc tử cung

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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop nhat Benh vien tu than Viet Nam_08/0_/202_ 15:28:08

- 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 sảy 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 người bệnh (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 1-3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Mở thành bụng

- Đường rạch ngang trên vệ; đối với những trường hợp khó, hoặc đã có sẹo cũ thì sử dụng đường trắng giữa dưới rốn.

- Chèn gạc

- Đặt van trên xương vệ và đặt banh cố định thành bụng.

- Bộc lộ, kiểm tra tử cung, hai phần phụ và các tạng xung quanh.

6.2. Bước 2: Bộc lộ tử cung

Cặp tử cung bằng kẹp cặp tử cung hoặc vặn nút chai hay bằng chỉ khâu để đưa tử cung ra ngoài thành bụng.

6.3. Bước 3: Cắt và thắt dây chằng tròn

Dùng hai kẹp có răng, cặp dây chằng tròn cách xa chỗ bám tử cung khoảng 2 - 3 cm tùy theo tử cung to hay nhỏ. Dùng kéo cắt dây chằng tròn giữa hai kẹp. Khâu lại cuống dây chằng.

6.4. Bước 4: Cặp cắt và thắt dây chằng tử cung - vòi tử cung, tử cung - buồng trứng (nếu có chỉ định để 2 phần phụ) hoặc cặp cắt cuống thắt lưng - buồng trứng (trong trường hợp cắt 2 phần phụ).

- Dùng hai kẹp có răng để kẹp 1/3 trên của dây chằng, kèm theo mạch máu đi sát dây chằng. Nếu để lại buồng trứng thì chú ý không làm tổn thương cuống động mạch buồng trứng.

- Cặp kẹp trên trước, sau đó cặp kẹp dưới cách nhau 1 cm. Dùng kéo cắt dây chằng sát với kẹp trên (sát với phần bỏ đi) để mỏm cắt phần dưới dài hơn, tránh tụt chỉ sau khi buộc mỏm cắt.

- Nếu cắt cả buồng trứng thì kẹp cặp luôn cả dây chằng vòi tử cung.

- Khâu buộc cuống mạch và dây chằng.

6.5. Bước 5: Tách phúc mạc tử cung- bàng quang

- Dùng kéo cong tách phúc mạc ở vùng eo tử cung (nơi phúc mạc di động) và cắt vòng ngang qua mặt trước tử cung.

- Dùng kẹp cặp gạc gấp hình củ ấu nhỏ đẩy phúc mạc thành trước.

6.6. Bước 6: Cắt động mạch tử cung

- Kẹp thẳng góc mỗi bên động mạch tử cung ngang mức eo tử cung.

- Cắt hai động mạch tử cung sát với kẹp phía trên.

- Khâu buộc cuống mạch động mạch tử cung

6.7. Bước 7: Cắt tử cung ở ngang eo tử cung

- Dùng kéo cong, dao mổ hoặc dao điện cắt vòng quanh ngang eo tử cung, chếch xuống dưới về phía lỗ cổ tử cung tạo thành hình chóp nông.

6.8. Bước 8: Khâu mỏm cắt

- Khâu mỏm cắt chữ X hoặc mũi rời.

6.9. Bước 9: Phủ phúc mạc mỏm cắt và cuống mạch

- Khâu lại phúc mạc mỏm cắt

- Lau sạch cùng đồ Douglas

- Kiểm tra ổ bụng, niệu quản

6.10. Bước 10: Đóng thành bụng theo các lớp giải phẫu

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Benh vien tu nhan Viet Nam_28/01/2026 15:28:08

6.11. 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 BIẾN CHỨNG

7.1. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

Tai biến do gây mê, tim mạch

- Tai biến gây mê thường gặp là kém thông khí, trào ngược dịch dạ dày thực quản, co thắt khí quản, tụt huyết áp, loạn nhịp và tai biến này nguy hiểm hơn trong trường hợp người bệnh nằm mổ ở tư thế Trendelenbourg, áp lực ổ bụng tăng, vòm hoành mô bị đẩy lên trên làm giảm thông khí ở phổi.

- Vì vậy, cần theo dõi sát các thông số chức năng tim mạch, hô hấp, SpO2, lượng khí lưu thông, nhịp thở, nhịp tim, màu da.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu sau mổ: có thể do tuột chỉ hoặc lỏng nút buộc. Dấu hiệu choáng, tụt huyết áp, tình trạng thiếu máu cấp, ổ bụng có dịch... Phải mổ lại để cầm máu, đồng thời hồi sức tích cực, điều chỉnh rối loạn đông máu, bồi phụ thể tích tuần hoàn.

- Tổn thương hệ tiêu hóa, hệ tiết niệu: hội chẩn chuyên khoa Ngoại, xử trí theo tổn thương.

- 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.

- Tắc mạch vùng hố chậu hoặc tĩnh mạch chi dưới

7.3 Biến chứng muộn: Tắc ruột sau mổ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật mở bụng cắt tử cung bán phần, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 90 - 92.

2. Phan Trường Duyệt (2003), Phẫu thuật cắt tử cung bán phần cổ điển, Phẫu thuật Sản Phụ khoa, trang 517 - 524.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

48. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG CẮT CỔ TỬ CUNG TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÃ MỔ CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật mở bụng cắt cổ tử cung trên người bệnh đã mổ cắt tử cung bán phần là phẫu thuật cắt bỏ nốt cổ tử cung (CTC) vì bệnh lý ở CTC xuất hiện sau khi người bệnh đã cắt tử cung bán phần.

2. CHỈ ĐỊNH: Trên người bệnh có tiền sử đã mổ cắt tử cung bán phần:

- U xơ cơ TC ở mỏm cắt TC hoặc ở cổ tử cung (L8) mà không thể cắt nốt qua đường âm đạo.

- Bệnh tuyến cơ tử cung ở mỏm cắt TC và CTC làm người bệnh đau bụng nhiều, điều trị nội khoa không kết quả.

- Tiền ung thư CTC (CIN 2, 3)

- Ung thư cổ tử cung (cần mổ phối hợp với vét hạch)

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định trong các trường hợp bệnh lý toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

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.

- 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 người bệnh (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 1-3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Mở thành bụng

- Thường rạch da theo đường mổ cũ trên thành bụng

- Đối với trường hợp tiên lượng mổ khó, cần phẫu trường rộng rãi thì sử dụng đường trắng giữa dưới rốn.

- Gỡ dính (nếu có); chú ý tránh tổn thương đường tiêu hóa…

6.2. Bước 2: Quan sát mỏm cắt tử cung, hai phần phụ và các tạng xung quanh

- Đánh giá mỏm cắt tử cung: kích thước, các tổn thương ở mỏm cắt (u xơ, bệnh tuyến cơ…)

- Đánh giá tình trạng hai phần phụ.

- Sau mổ cắt TC bán phần thì bàng quang hay bị treo cao, phủ lên mỏm cắt TC. Gỡ dính, đẩy bàng quang xuống (thận trọng để tránh tổn thương bàng quang).

6.3. Bước 3: Cắt cuống mạch cổ TC - âm đạo.

- Dùng kẹp Museux cặp mỏm cắt cổ tử cung (ở thành sau) kéo lên.

- Dùng kéo cong tách sát mặt trước cổ tử cung và lách vòng ra hai bên.

- Bộc lộ động mạch cổ tử cung - âm đạo và nhánh động mạch âm đạo mỗi bên.

- Cặp nhánh động mạch cổ TC, cắt và khâu cuống mạch.

- Tiếp tục tách mặt sau sát chỗ bám dây chằng tử cung - cùng

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Benh vien [illegible] Viet Nam_[illegible]2026 15:28:08

6.4. Bước 4: Cắt âm đạo

- Tay trái phẫu thuật viên dùng kẹp Museux cặp mỏm cắt cổ tử cung (ở thành sau) kéo cổ tử cung lên trên, tay phải dùng kéo mở cùng đồ sau hoặc cùng đồ trước.
- Dùng kẹp Kocher cặp mép âm đạo để giữ.
- Tiếp tục cắt vòng quanh sát với chỗ bám âm đạo và cổ tử cung từ phía sau sang phải, ra trước và qua trái.

6.5. Bước 5: Đóng âm đạo, phủ phúc mạc mỏm cắt

- Khâu thành âm đạo bằng mũi khâu vắt hoặc mũi rời chữ X.
- Phủ phúc mạc tiểu khung.

6.6. Bước 6: Kiểm tra ổ bụng

- Lau bụng và kiểm tra các cuống mạch, kiểm tra bàng quang, niệu quản

6.7. Bước 7: Đóng thành bụng theo các lớp giải phẫu

6.8. 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 VÀTAI BIẾN

7.1. Theo dõi và chăm sóc sau mổ

7.1.1. Theo dõi

- Theo dõi mạch, huyết áp, toàn trạng, nhiệt độ, nước tiểu, tình trạng ổ bụng.
- Theo dõi vết mổ thành bụng: chảy máu, tụ máu, nhiễm khuẩn
- Ra máu âm đạo

7.1.2. Chăm sóc:

- Vệ sinh âm hộ âm đạo, tránh nhiễm trùng từ âm đạo ngược lên.
- Ngồi dậy sớm để tránh biến chứng tắc mạch, nhiễm trùng, dính.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu sau mổ: có thể do tuột chỉ hoặc lỏng nút buộc. Dấu hiệu choáng tụt huyết áp, tình trạng thiếu máu cấp, ổ bụng có dịch... phải mổ lại để cầm máu đồng thời hồi sức tích cực, điều chỉnh rối loạn đông máu, bồi phụ thể tích tuần hoàn.
- Tổn thương hệ tiêu hóa, hệ tiết niệu: hội chẩn chuyên khoa Ngoại, xử trí theo tổn thương.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- 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.
- Tắc mạch vùng hố chậu hoặc tĩnh mạch chi dưới

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan hoi vien_vietduchan Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

7.4. Tai biến muộn

- Rò bàng quang - mỏm cắt âm đạo: phẫu thuật đóng rò

- Tắc ruột

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật mở bụng cắt tử cung hoàn toàn, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 81-83.

2. Phan Trường Duyệt (2003), Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn qua đường bụng cổ điển, Phẫu thuật Sản Phụ khoa, trang 536 - 542.

3. Phan Trường Duyệt (2003), Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn tiếp theo sau cắt tử cung bán phần, Phẫu thuật Sản Phụ khoa, trang 417 - 422.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hue hoa Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

49. PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG ĐƯỜNG ÂM ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ tử cung hoàn toàn qua đường âm đạo.

2. CHỈ ĐỊNH VÀ ĐIỀU KIỆN

2.1. Chỉ định: Các tổn thương ở thân tử cung, cổ tử cung.

- U xơ cơ tử cung.
- Bệnh tuyến cơ tử cung điều trị nội khoa không kết quả.
- Quá sản niêm mạc tử cung điều trị nội khoa không kết quả.
- Rong kinh, rong huyết điều trị nội khoa không kết quả.
- Tổn thương cổ tử cung: CIN II, CIN III, CIS.
- Ung thư niêm mạc tử cung giai đoạn I, II.
- Sau nạo thai trứng có chỉ định cắt tử cung, bệnh u nguyên bào nuôi.

2.2. Điều kiện:

- Âm đạo rộng, mềm
- Tử cung di động tốt và không quá to (< 12 tuần)

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tiền sử phẫu thuật ổ bụng ở nhóm có nguy cơ dính cao như: mổ viêm phúc mạc, mổ tắc ruột, mổ áp xes phần phụ, mở thông bàng quang…
- Tiền sử phẫu thuật ở tử cung nhiều lần (mổ lấy thai, mổ bóc nhân xơ) hoặc có tiền sử nhiễm khuẩn sau mổ có nguy cơ gây dính nhiều.
- Tiền sử viêm phần phụ, lạc nội mạc tử cung gây dính nhiều.
- Có bệnh lý của phần phụ kèm theo (u buồng trứng, ứ dịch vòi trứng…)

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…

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiet he Benh vien tu Nam_08/03/2024 15:28:08

- 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 người bệnh (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 - 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6.CÁC BƯỚC THỰC HIỆN KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Bộc lộ cổ tử cung

- Bộc lộ phẫu trường: bằng van âm đạo
- Sử dụng 02 kìm Pozzi kẹp cổ tử cung.

6.2. Bước 2: Mở cùng đồ sau và thăm dò

- Rạch một nửa đường vòng niêm mạc âm đạo mặt sau cổ tử cung gần đường bám âm đạo vào cổ tử cung. Bóc tách niêm mạc đúng lớp giữa cổ tử cung và trực tràng lên phía trên đến cùng đồ sau.
- Mở rộng cùng đồ sau vào ổ bụng, dùng hai ngón tay thăm dò tiểu khung, xác định lại điều kiện phẫu thuật, nếu khó khăn thì phải ngừng phẫu thuật ở thì này và chuyển đường khác để phẫu thuật (nội soi hoặc mở bụng).

hhbvtnvn.thanhhoa_Van tu Hiep hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_05/05/2025 15:28:08

6.3. Bước 3: Mở cùng đồ trước, bóc tách đẩy bàng quang lên phía trên.

- Rạch một nửa đường vòng niêm mạc âm đạo trước sát gần chỗ bám âm đạo vào cổ tử cung đến tận lớp bóc tách nối liền với nửa đường rạch vòng phía sau.

- Dùng cặp kẹp gạc gấp hình củ ấu hoặc ngón tay bọc gạc tách thành âm đạo khỏi mặt sau bàng quang và mặt trước tử cung lên đến phúc mạc cùng đồ trước.

- Tách niêm mạc âm đạo hai bên bộc lộ dây chằng bên và cuống mạch cổ tử cung âm đạo.

6.4. Bước 4: Thắt và cắt dây chằng và cuống mạch tử cung.

- Cắt dây chằng ngang CTC bên phải: Kéo tử cung sang trái để cặp, cắt rồi khâu dây chằng ngang cổ tử cung phải (trong đó có cuống mạch âm đạo - CTC).

- Làm tương tự để cắt dây chằng ngang CTC bên trái.

6.5. Bước 5: Thắt và cắt cuống mạch tử cung và dây chằng rộng.

- Đẩy dây chằng đã cắt lên phía trên, bộc lộ phần tổ chức trên dây chằng.

- Đưa ngón trỏ vào cùng đồ trượt theo mặt sau bên thành tử cung để cách ly quai ruột và làm mốc, kẹp cắt và khâu tổ chức sát mặt bên tử cung và động mạch tử cung.

- Sau khi đã cắt dây chằng bên và động mạch TC cả hai bên ta có thể kéo thấp tử cung xuống âm đạo để lộ dây chằng rộng phần trên.

- Tiếp tục thắt và cắt dây chằng rộng để sát bờ bên tử cung dưới sự hướng dẫn của ngón tay đưa vào cùng đồ sau sát bờ bên, sau tử cung.

Chú ý: Luôn bám sát thành tử cung

6.6. Bước 6: Cắt cuống phần phụ, dây chằng tròn (thường để lại 2 phần phụ).

- Kéo đáy tử cung và cổ tử cung xuống và lệch sang trái hoặc phải tùy theo cắt phần phụ bên nào.

- Dùng van âm đạo kéo rộng phẫu trường phía trên và giữ bàng quang không tụt xuống và một van âm đạo thứ hai vén mặt bên để lộ phần phụ.

- Kéo phần phụ, dây chằng và cuống mạch bên trái.

- Dùng kéo cắt sát bờ bên tử cung, các dây chằng và cuống mạch đã cặp, sau khi kiểm tra mặt sau các dây chằng để tránh cặp vào ruột.

- Khâu riêng cuống mạch dây chằng tử cung - buồng trứng và dây chằng tròn, dây chằng rộng, có thể buộc tăng cường.

- Làm tương tự để cắt cuống phần phụ, dây chằng tròn bên phải.

6.7. Bước 7: Kiểm tra chảy máu.

- Kiểm tra chảy máu các vị trí cắt khâu.

- Nâng đầu người bệnh lên cao để thoát dịch, máu xuống cùng đồ, lau sạch bằng kẹp cặp gạc.

6.8. Bước 8: Đóng phúc mạc cùng đồ và khâu thành âm đạo.

- Dùng các mũi chỉ khâu kín phúc mạc.

- Khâu hai mép thành âm đạo lại với nhau.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van tu Hop tu Benh vien tu nhan viet nam_28/03/2026 15:28:08

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.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Đặt thông tiểu và theo dõi màu sắc, số lượng trong 2 - 3 ngày
- Lau sát trùng âm hộ hàng ngày bằng Povidone-iodine
- Nếu chèn gạc thì rút sau 24 giờ.
- Cho người bệnh ngồi dậy sớm 8 - 12 tiếng sau mổ.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Không kéo được tử cung xuống âm đạo. Nguyên nhân: tử cung quá to; hoặc chưa cắt hết các dây chằng tử cung; hay dính nhiều
- Chảy máu do tuột chỉ buộc cuống mạch hoặc cặp không hết cuống mạch
- Tổn thương niệu quản
- Tổn thương bàng quang
- Tổn thương trực tràng
- Tổn thương ruột

Xử trí: Tất cả các trường hợp khó phải chuyển mổ mở hoặc nội soi.

7.3. 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.

7.4. Tai biến muộn

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật cắt tử cung đường âm đạo, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 84-86.

2. Phan Trường Duyệt (2003), Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn qua đường âm đạo, Phẫu thuật Sản Phụ khoa, trang 670 - 697.

3. Nguyễn Đức Hinh (2011), Cắt tử cung đường âm đạo, Một số kỹ thuật cắt tử cung, trang 71-169.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoi hoa Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

50. PHẪU THUẬT ĐƯỜNG ÂM ĐẠO CẮT CỔ TỬ CUNG TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÃ MỔ CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN

1. ĐỊNH NGHĨA

Là phẫu thuật cắt bỏ cổ tử cung (trên người bệnh đã cắt tử cung bán phần) qua đường âm đạo.

2. CHỈ ĐỊNH VÀ ĐIỀU KIỆN

2.1. Chỉ định:

- Trên người bệnh có tiền sử đã cắt tử cung bán phần:
- U xơ cơ TC ở mỏm cắt TC hoặc ở cổ tử cung (L8).
- Bệnh tuyến cơ tử cung ở mỏm cắt TC và CTC làm người bệnh đau bụng nhiều, điều trị nội khoa không kết quả.
- Sa sinh dục.
- Tiền ung thư (CIN 2, 3) và ung thư CTC tại chỗ (CIS).

2.2. Điều kiện:

- Âm đạo rộng, mềm.
- Mỏm cắt tử cung còn di động (tiên lượng không dính) và không quá to.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Mỏm cắt tử cung to, dính nhiều.
- Có bệnh lý của phần phụ kèm theo (u buồng trứng, ứ dịch vòi trứng…)
- Tiền sử viêm phần phụ, viêm dính tiểu khung.
- Tiền sử phẫu thuật ổ bụng ở nhóm có nguy cơ dính cao như: mổ viêm phúc mạc, mổ tắc ruột, mổ áp xes phần phụ, mở thông bàng quang…

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.
- 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 người bệnh (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 - 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực kiện: Phòng thực hiện kỹ thuật

6. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Bộc lộ cổ tử cung

- Bộc lộ phẫu trường: bằng van âm đạo
- Sử dụng 02 kìm Pozzi kẹp cổ tử cung.

6.2. Bước 2: Mở cùng đồ sau và thăm dò

- Rạch một nửa đường vòng niêm mạc âm đạo mặt sau cổ tử cung gần đường bám âm đạo vào cổ tử cung. Bóc tách niêm mạc đúng lớp giữa cổ tử cung và trực tràng lên phía trên đến cùng đồ sau.
- Mở rộng cùng đồ sau vào ổ bụng, dùng hai ngón tay thăm dò tiểu khung, xác định lại điều kiện phẫu thuật, nếu khó khăn thì phải ngừng phẫu thuật ở thì này và chuyển đường khác để phẫu thuật như có thể dùng nội soi hỗ trợ hoặc mở bụng cắt nốt CTC.

6.3. Bước 3: Mở cùng đồ trước, bóc tách đẩy bàng quang lên phía trên.

- Rạch một nửa đường vòng niêm mạc âm đạo trước sát gần chỗ bám âm đạo vào cổ tử cung đến tận lớp bóc tách nối liền với nửa đường rạch vòng phía sau.

- Dùng cặp kẹp gạc gấp hình củ ấu hoặc ngón tay bọc gạc tách thành âm đạo khỏi mặt sau bàng quang lên đến phúc mạc cùng đồ trước.

- Tách niêm mạc âm đạo hai bên bộc lộ dây chằng bên và cuống mạch cổ tử cung âm đạo.

6.4. Bước 4: Thắt và cắt dây chằng và cuống mạch cổ tử cung - âm đạo.

- Cắt dây chằng ngang CTC bên phải: Kéo tử cung sang trái để cặp, cắt rồi khâu dây chằng ngang cổ tử cung phải (trong đó có cuống mạch âm đạo - CTC).

- Làm tương tự để cắt dây chằng ngang CTC bên trái.

6.5. Bước 5: Lấy cổ tử cung ra ngoài.

6.6. Bước 6: Kiểm tra chảy máu.

- Kiểm tra chảy máu các vị trí cắt khâu.

- Nâng đầu người bệnh lên cao để thoát dịch, máu xuống cùng đồ, lau sạch bằng kẹp cặp gạc.

6.7. Bước 7: Đóng phúc mạc cùng đồ và khâu thành âm đạo.

- Dùng các mũi chỉ khâu kín phúc mạc.

- Khâu hai mép thành âm đạo lại với nhau.

6.8. 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

- Đặt thông tiểu và theo dõi màu sắc, số lượng trong 2 - 3 ngày

- Lau sát trùng âm hộ hàng ngày bằng Povidone-iodine

- Nếu chèn gạc thì rút sau 24 giờ.

- Cho người bệnh ngồi dậy sớm 8 - 12 tiếng sau mổ.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu do tuột chỉ buộc cuống mạch hoặc cặp không hết cuống mạch

- Tổn thương niệu quản

- Tổn thương bàng quang

- Tổn thương trực tràng, ruột.

Xử trí:

+ Tất cả các trường hợp khó phải chuyển mổ mở hoặc nội soi.

+ Mời hội chẩn chuyên khoa ngoại

7.3. 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.

7.4. Biến chứng muộn

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật cắt tử cung đường âm đạo, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 84-86.

2. Phan Trường Duyệt (2003), Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn qua đường âm đạo, Phẫu thuật Sản Phụ khoa, trang 670 - 697.

3. Nguyễn Đức Hinh (2011), Cắt tử cung đường âm đạo, Một số kỹ thuật cắt tử cung, trang 71-169.

51. PHẪU THUẬT ĐƯỜNG ÂM ĐẠO BÓC U XƠ CỔ TỬ CUNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Là phẫu thuật bóc u xơ ở cổ tử cung qua đường âm đạo.

2. CHỈ ĐỊNH VÀ ĐIỀU KIỆN

U xơ cơ tử cung ở cổ tử cung

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương tiền ung thư CTC hoặc ung thư CTC
- Trì hoãn thủ thuật trong trường hợp:
- Viêm âm đạo, viêm cổ tử cung cấp.
- Đang mang thai

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.
- 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 sảy ra trong và sau khi làm phẫu

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hiệp hội Bệnh viện tư nhân Việt Nam_09/05/2025 15:28:08

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 người bệnh (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 - 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Bộc lộ cổ tử cung

- Bộc lộ phẫu trường: bằng van âm đạo

- Sử dụng kìm Pozzi kẹp cổ tử cung.

6.2. Bước 2: Quan sát khối u

- Kéo cổ tử cung xuống dưới bằng kẹp Pozzi, bộc lộ khối u

- Quan sát kích thước, vị trí khối u.

6.3. Bước 3: Bóc u xơ

- Rạch một đường vào lớp thanh mạc (vùng vô mạch), lớp cơ của cổ tử cung đến khi bộc lộ được nhân xơ. Đường rạch sao cho vừa đủ để có thể bóc u xơ.

- Dùng kẹp răng chuột hoặc Pozzi kẹp vào khối nhân xơ rồi dùng tay trái của PTV để kéo khối u ra phía ngoài. Dùng đầu ngón tay trỏ tay phải của phẫu thuật viên hoặc dùng mũi kéo cong đầu tù để bóc nhân xơ ra khỏi cổ tử cung.

6.4. Bước 4: Cầm máu

- Khâu lại lớp cơ và thanh mạc cổ tử cung

- Kiểm tra chảy máu các vị trí cắt khâu.

- Lau sạch, sát trùng và chèn meches (nếu cần).

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. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương niệu đạo: Mời chuyên khoa ngoại tiết niệt
- Tổn thương trực tràng: Mời chuyên khoa ngoại tiêu hóa.
- Chảy máu âm đạo: Khâu lại chỗ chảy máu, chèn meches.

7.2 Tai biến sau phẫu thuật: Nhiễm trùng ngược dòng, viêm niêm mạc tử cung,..

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Trường Duyệt (2003), Phẫu thuật cắt u xơ ở cổ tử cung qua đường âm đạo, Phẫu thuật Sản Phụ khoa, trang 498

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hieu hoi Benh vien Phu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

52. PHẪU THUẬT NỘI SOI BÓC U XƠ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Bóc u xơ tử cung qua nội soi là phẫu thuật sử dụng các dụng cụ được đưa vào ổ bụng qua các lỗ chọc ở thành bụng để tiến hành bóc và cắt bỏ khối u xơ tử cung để bảo tồn toàn bộ tử cung.

2. CHỈ ĐỊNH

- U xơ tử cung dưới thanh mạc hoặc trong cơ tử cung có biến chứng.
- Kích thước khối u ≤ 10cm (nếu u có cuống thì kích thước có thể lớn hơn).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định của nội soi ổ bụng:

- Các bệnh nội khoa cấp tính đang điều trị chưa can thiệp phẫu thuật được.
- Các bệnh lý nội khoa chống chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng
- Béo phì.
- Tiền sử phẫu thuật ổ bụng nhiều lần, dính nhiều.

3.2. Chống chỉ định liên quan đến UXTC:

- U xơ tử cung sát niêm mạc mà người bệnh còn mong muốn có con
- Khối u xơ tử cung quá to > 10 cm.

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 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…

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

- 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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu 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 từ 1-3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Thì 1: Chọc Trocar và bơm CO_2

- Có thể chọc Trocar đèn soi trực tiếp ở ngay mép rốn sau đó bơm CO_2

- Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng 12mmHg)

- Trong một số trường hợp có sẹo mổ cũ, người bệnh thừa cân, có nguy cơ tổn thương các tạng trong bụng khi chọc Trocar trực tiếp thì có thể dùng kim bơm CO_2 trước hoặc nội soi mở:

- Điểm chọc kim bơm CO_2 thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc Trocar đèn soi (đây là điểm chọc phổ biến nhất). Trong ca có sẹo mổ cũ đường trắng giữa dưới rốn thì có thể chọc kim ở vị trí hạ sườn trái hoặc nội soi mở. Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng 12mmHg)

- Chọc Trocar đèn soi (Trocar 10 hoặc 5) ở ngay mép rốn

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien ... 08/05/2025 15:28:08

- Chọc Trocar phẫu thuật ở 2 bên hố chậu (chú ý chọc Trocar ở phía ngoài của di tích động mạch rốn và tránh chọc vào mạch máu thượng vị nông)

6.2. Thì 2: Kiểm tra tử cung và các tạng xung quanh

- Quan sát tử cung, hai phần phụ, tiểu khung, kiểm tra dạ dầy và gan.

- Đánh giá u xơ tử cung: kích thước, số lượng, vị trí của u xơ để xem khả năng có thể bóc bảo tồn được tử cung không.

6.3. Thì 3: Bóc khối u xơ

- Chọn đường rạch vào cơ tử cung sao cho dễ tiếp cận khối u và dễ khâu cầm máu.

- Dùng dao 2 cực đốt chế độ cầm máu vùng dự định rạch tại tử cung, sau đó dùng dao một cực rạch một đường ở trên khối u theo đường đã cầm máu bằng dao 2 cực, chiều dài đường rạch vừa đủ để bóc khối u.

- Bóc khối u và cầm máu diện cắt bằng dao hai cực.

- Khâu cầm máu diện bóc tách từ đáy diện bóc tách cho đến lớp thanh mạc.

6.4. Thì 4: Lấy bệnh phẩm

- Dùng morcelator để bào nhỏ mô u xơ tử cung.

- Chú ý: nên cho bệnh phẩm vào túi trước khi bào mô xơ để tránh rơi vãi bệnh phẩm vào ổ bụng.

6.5. Thì 5: Kiểm tra, cầm máu và tháo CO_2

- Rửa lại ổ bụng vùng tiểu khung, xem dịch nước rửa trong, kiểm tra diện khâu bóc tách không chảy máu, nước rửa trong.

- Tháo CO_2, rút 2 Trocar ở hố chậu trước, Trocar ở rốn có đèn soi rút sau cùng.

- Khâu da.

7. THEO DÕI SAU MỔ

- Theo dõi mạch, huyết áp, toàn trạng, nhiệt độ, nước tiểu, tình trạng ổ bụng.

- Theo dõi vết chọc Trocar; chảy máu, tụ máu, nhiễm khuẩn

- Ra máu âm đạo

- Cắt chỉ sau mổ 2 - 3 ngày

- Nếu ổn định ra viện sau mổ 3 - 5 ngày

8. TAI BIẾN

8.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

8.1.1. Tai biến do gây mê, tim mạch

- Tai biến gây mê thường gặp là kém thông khí, trào ngược dịch dạ dày thực quản, co thắt khí quản, tụt huyết áp, loạn nhịp và tai biến này nguy hiểm hơn trong trường hợp người bệnh nằm mổ ở tư thế Trendelenbourg, áp lực ổ bụng tăng, vòm hoành mô bị đẩy lên trên làm giảm thông khí ở phổi.

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hội Điện tử Việt Nam_05/02/2025 15:28:08

- Vì vậy, cần theo dõi sát các thông số chức năng tim mạch, hô hấp, SpO2, lượng khí lưu thông, nhịp thở, nhịp tim, màu da.

8.1.2. Tai biến phẫu thuật.

a. Tai biến liên quan đến bơm khí ổ bụng:

- Tắc mạch do khí

- Tràn khí dưới da: Thường do kim Palmer, bơm CO_2 nằm ngoài xoang bụng hay qua các khe hở của các Trocar, khí CO_2 tràn vào mô dưới da.

b. Tai biến do chọc Trocar:

- 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.

c. Tai biến liên quan đến thao tác:

- Tổn 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.

- Tổn thương bàng quang có dấu hiệu nước tiểu có máu, có bọt khí, nếu nghi ngờ, có thể bơm xanh methylen phát hiện tổn thương. Một số trường hợp phát hiện muộn hơn trong thời kỳ hậu phẫu, nhất là do đốt điện.

- Tổn thương niệu quản thường do đốt điện gây ra: ít gặp trong trường hợp mổ bóc nhân xơ, trừ trường hợp nhân xơ nằm trong dây chằng rộng, trên đường đi của niệu quản.

- Chảy máu trong mổ chiếm khoảng 2/3 biến chứng nặng, có thể là do diện bóc tách u xơ chảy máu nhiều. Nếu cầm máu khó khăn, phải mở bụng cầm máu.

8.2. 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.

9. THEO DÕI ĐỊNH KỲ SAU BÓC U XƠ

- Tái khám định kỳ:

+ 1 tháng sau mổ.

+ Mỗi 6 - 12 tháng tái khám 1 lần.

- Theo dõi có thai tự nhiên không? Nếu chưa có thai sau mổ 6 - 12 tháng, cân nhắc tư vấn cho người bệnh phương pháp hỗ trợ sinh sản phù hợp.

- Mổ lấy thai chủ động sau bóc nhân xơ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 93-94.

2. Bộ Y tế (2019), Điều trị ngoại khoa u xơ tử cung, Hướng dẫn lâm sàng xử trí u xơ tử cung.

hhbvtnvn.thanhhoa_Vạn Thư Hiệp hội Bệnh viện tư nhân Việt Nam_08/05/2026 15:28:08

53. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT GÓC TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

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

- Vị trí của chửa ngoài tử cung chủ yếu là ở vòi tử cung (chiếm 95 - 98%), trong đó đoạn kẽ VTC chiếm 2-5 %.

- Phẫu thuật cắt góc hoặc xẻ góc TC là một phương pháp dùng để điều trị có hiệu quả các trường hợp chửa ngoài tử cung ở đoạn kẽ VTC.

- Hiện nay, phẫu thuật nội soi cắt góc hoặc xẻ góc TC thay thế dần cho mổ mở.

2. CHỈ ĐỊNH

Chửa đoạn kẽ VTC chưa vỡ hoặc đã vỡ nhưng lượng máu trong ổ bụng chưa nhiều, chưa ảnh hưởng đến toàn trạng của người bệnh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh nội khoa và các trường hợp có chống chỉ định mổ nội soi.

- Chửa kẽ vỡ gây trụy mạch.

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: viêm phục mạc, mổ tắc ruột, mổ áp xe phần phụ, mở thông bàng quang … tiên lượng gỡ dính qua nội soi khó khăn

- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu

- Đang mắc các bệnh nội khoa cần được 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, Vasopressin (trong trường hợp áp dụng biện pháp cầm máu bằng tiêm Vasopressin)…

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 người bệnh (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 01 - 02 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Thì 1: Chọc Trocar và bơm CO_2

- Có thể chọc Trocar đèn soi trực tiếp ở ngay mép rốn sau đó bơm CO_2

- Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng 12mmHg)

Trong một số trường hợp có sẹo mổ cũ, người bệnh thừa cân…có nguy cơ tổn thương các tạng trong bụng khi chọc Trocar trực tiếp thì có thể dùng kim bơm CO_2 trước hoặc nội soi mở:

- Điểm chọc kim bơm CO_2 thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc Trocar đèn soi (đây là điểm chọc phổ biến nhất). Trong ca có sẹo mổ cũ đường trắng giữa dưới rốn thì có thể chọc kim ở vị trí hạ sườn trái hoặc nội soi mở. Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng 12mmHg)

- Chọc Trocar đèn soi (Trocar 10 hoặc 5) ở ngay mép rốn

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu [illegible] Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

- Chọc Trocar phẫu thuật ở 2 bên hố chậu (chú ý chọc Trocar ở phía ngoài của di tích động mạch rốn và tránh chọc vào mạch máu thượng vị nông)

6.2. Thì 2: Đánh giá tổn thương và đánh giá lượng máu mất (nếu có)

- Hút hết máu (nếu có), đo lượng máu mất, rửa ổ bụng
- Đánh giá toàn bộ ổ bụng và tiểu khung
- Đánh giá kích thước khối chửa kẽ VTC, tình trạng khối chửa
- Quan sát vòi tử cung bên đối diện.

6.3. Thì 3: Lấy khối thai

6.3.1. Phẫu thuật cắt góc (corneal resection)

- Tiêm vasopressin vào mô xung quanh khối thai hoặc dùng dao hai cực đốt mô xung quanh khối thai đoạn kẽ để hạn chế chảy máu.
- Cắt đoạn kẽ cùng mô tử cung xung quanh bằng dao điện.
- Khâu phục hồi lớp cơ tử cung
- Trong phẫu thuật này các đoạn còn lại của VTC thường được cắt theo.

6.3.2. Phẫu thuật xẻ góc lấy khối thai (cornuostomy)

Là phẫu thuật trong đó mô rau thai được lấy ra mà không cần cắt bỏ mô cơ tử cung.

- Tiêm vasopressin vào mô xung quanh khối thai hoặc dùng dao hai cực đốt mô xung quanh khối thai đoạn kẽ để hạn chế chảy máu.
- Có thể khâu vòng quanh ranh giới giữa khối thai và phần còn lại của tử cung.
- Xẻ 1 đường thẳng lên trên khối thai bằng dao điện đơn cực.
- Lấy mô rau thai khỏi khối chửa bằng cách dung kẹp forcep gắp hoặc dùng ống hút để hút mô rau hay dùng nước bóc tách mô rau ra khỏi khối chửa.
- Đốt cầm máu diện rau bám ở đáy của khối chửa.
- Khâu lại cơ tử cung bằng mũi rời hoặc mũi vắt (chỉ V-lock).

6.3.3. So sánh phẫu thuật cắt góc và xẻ góc

	Cắt góc	**Xẻ góc**
Ưu điểm	Rất ít sót mô rau ở tử cung Kiểm soát chảy máu tốt hơn	Có thể giữ vòi trứng Ít tổn hại cơ tử cung
Nhược điểm	Không giữ vòi trứng Lấy đi nhiều mô cơ tử cung	Chảy máu nhiều hơn Có thể sót mô rau thai

6.4. Thì 4: Lấy bệnh phẩm

Tổ chức rau thai sau đó được cho vào túi nội soi và lấy ra ngoài ổ bụng. Cần chú ý lấy hết tổ chức vì nếu để sót có thể dẫn đến hậu quả nguyên bào nuôi tiếp tục làm tổ và phát triển trong ổ phúc mạc

6.5. Thì 5: Kiểm tra

Trước khi kết thúc cuộc mổ:

- Rửa sạch vùng tiểu khung
- Kiểm tra chảy máu
- Đánh giá lại VTC đối diện cũng như toàn bộ tiểu khung

6.6. Thì 6: Rút các Trocar và khâu các lỗ chọc.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi mạch, huyết áp, toàn trạng, nước tiểu, tình trạng ổ bụng.
- Theo dõi vết chọc Trocar; chảy máu, tụ máu, nhiễm khuẩn
- Cắt chỉ sau mổ 1 - 2 ngày
- Nếu ổn định ra viện sau mổ 48 giờ

7.2. Tai biến và xử trí

7.2.1. Tai biến của phẫu thuật nội soi nói chung:

- Tổn thương đường tiêu hoá, tiết niệu: xử trí theo tổn thương, có thể mời chuyên khoa Ngoại khoa cũng phối hợp.
- Bỏng do điện
- Chảy máu ở các vị trí chọc Trocar: phải chú ý quan sát các lỗ chọc khi rút Trocar. Khi có chảy máu thì phải cầm máu bằng dao điện 2 cực.

7.2.2. Tai biến của phẫu thuật chửa ngoài tử cung:

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

- Điều trị bảo tồn VTC

+ Chảy máu: chủ yếu là chảy máu ở diện rau bám trong mổ và sau mổ dẫn tới phải cắt vòi tử cung

+ Nguyên bào nuôi tồn tại

- Điều trị cắt VTC

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

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật nội soi điều trị chửa ngoài tử cung, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 128 - 131.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

54. PHẪU THUẬT BÓC U XƠ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- U xơ tử cung (UXTC) là khối u lành tính phát triển từ cơ tử cung.

- Phẫu thuật bóc u xơ tử cung đường bụng nhằm mục đích lấy hoàn toàn nhân xơ nằm trong cơ tử cung, bảo tồn tử cung và hai phần phụ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh trẻ, có UXTC có biến chứng: xuất huyết tử cung bất thường nặng, thiếu máu, và/hoặc làm biến dạng buồng TC, hoặc gây đau vùng chậu không thể chịu đựng thêm.

- Người bệnh có nguyện vọng giữ tử cung hoặc đang mong con.

- Khối u xơ to > 8 cm, nhiều nhân (> 3 nhân xơ).

- Có UXTC gây hiếm muộn hoặc sảy thai liên tiếp, thường là khối u nằm trong buồng TC hoặc dưới niêm mạc TC (L0, L1, L2) mà có kích thước lớn (> 5 cm).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- UXTC kèm theo các bệnh lý ác tính của CTC, niêm mạc TC hoặc kèm theo LNMTC nặng.

- Có UXTC nghi ngờ thoái hóa ác tính.

- Có quá nhiều nhân xơ, dự kiến còn rất ít hoặc không còn mô lành sau khi bóc hết nhân xơ.

4. THẬN TRỌNG

- Đang có bệnh nội khoa, bệnh lý 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.

- 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 sảy 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 người bệnh (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 01 - 02 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Mở thành bụng

Rạch thành bụng theo đường ngang nếu có nhân xơ nhỏ, dễ bóc tách, hoặc đường dọc giữa dưới rốn.

6.2. Bước 2: Kiểm tra tử cung và các tạng lân cận

- Quan sát tử cung, hai phần phụ, tiểu khung, kiểm tra dạ dày và gan.

- Đánh giá u xơ tử cung: kích thước, số lượng, vị trí của u xơ để xem khả năng có thể bóc bảo tồn được tử cung không.

6.3. Bước 3: Chọn đường rạch ở tử cung

Dùng dao điện hoặc dao thường rạch TC ở vị trí khối xơ đảm bảo yêu cầu:

- Đường rạch gọn, gần chỗ lồi nhất của khối xơ.

- Đường rạch càng gần đường giữa TC (vùng vô mạch) càng đỡ chảy máu.

- Đường rạch càng xa sừng tử cung càng đỡ dính tắc vòi tử cung.

- Đường rạch ở vị trí có thể bóc được nhiều nhân xơ.

- Đường rạch đủ độ sâu đến vỏ ngoài nhân xơ mới có thể bóc tách được dễ dàng.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop nhat Benh vien tu thanh Viet Nam_06/02/2026 15:28:08

6.4. Bước 4: Bóc u xơ

- Dùng kẹp Kocher hoặc sợi chỉ khâu sâu vào khối u để giữ chắc khối u, vừa kéo vừa tách vỏ khối u bằng mũi kéo. Dùng ngón tay trỏ thăm dò các vùng dính và tách hẳn khối u ra ngoài.
- Có thể sử dụng vết rạch này để bóc các khối u khác. Động tác bóc tách cần nhẹ nhàng, tránh thủng buồng tử cung.
- Cầm máu bằng các mũi khâu chữ X hoặc bằng kẹp khi thấy rõ mạch máu.

6.5. Bước 5: Khâu kín khoang bóc tách

- Khâu từng lớp bằng các mũi chữ X bằng chỉ Vicryl hoặc khâu vắt bằng chỉ V - lock.
- Lớp đầu tiên đảm bảo lấy hết đáy khoang bóc tách.
- Các lớp sau đảm bảo khâu chồng qua lớp trước.
- Đóng các lớp ngoài cùng bằng mũi khâu vắt và lộn méo rạch vào trong.

6.6. Bước 6: Đóng bụng

- Lau sạch ổ bụng.
- Kiểm tra niệu quản.
- Đóng thành bụng theo từng lớp giải phẫu.

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

Chảy máu: tai biến hay gặp nhất

- Sử dụng các mũi chữ X cầm máu hoặc bằng kẹp máu tạm thời hoặc chèn gạc tạm thời, có thể tiến hành thắt động mạch tử cung 2 bên trong trường hợp khâu cầm máu ít hiệu quả.
- Chảy máu nhiều tiên lượng không cầm máu được phải cắt tử cung bán phần.

Thủng khoang bóc tách u xơ thông với buồng tử cung

- Khâu phục hồi niêm mạc TC bằng chỉ Vicyl 3.0 mũi rời.
- Khâu phục hồi cơ TC.

Tổn thương hệ tiêu hóa, hệ tiết niệu: hội chẩn chuyên khoa Ngoại, xử trí theo tổn thương.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu trong ổ bụng: Sử dụng thuốc tăng co tử cung, truyền máu, theo dõi sát các yếu tố sinh tồn (mạch, huyết áp). Trong trường hợp các yếu tố sinh tồn và xét nghiệm công thức máu không được cải thiện có thể cân nhắc phẫu thuật mở lại ổ bụng để cầm máu.

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.

Tụ máu thành bụng: Theo dõi vết mổ thành bụng: chảy máu, tụ máu, nhiễm khuẩn. Tùy mức độ có thể theo dõi hoặc phẫu thuật cầm máu thành bụng.

Ra máu âm đạo: Sử dụng các thuốc tăng co tử cung.

7.3 Biến chứng muộn:

Dính tạng trong ổ bụng

- Tái khám định kỳ:

+ 1 tháng sau mổ.

+ Mỗi 6 - 12 tháng tái khám 1 lần.

- Theo dõi có thai tự nhiên không? Nếu chưa có thai sau mổ 6 - 12 tháng, cân nhắc tư vấn cho người bệnh phương pháp hỗ trợ sinh sản phù hợp.

- Mổ lấy thai chủ động sau bóc nhân xơ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật mở bụng bóc u xơ tử cung, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 95-97.

2. Bộ Y tế (2019), Điều trị ngoại khoa u xơ tử cung, Hướng dẫn lâm sàng xử trí u xơ tử cung.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Tiep nhan Viet Nam 08/05/2025 15:28:08

55. PHẪU THUẬT CẮT GÓC TỬ CUNG

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Tiep nhan_08/05/2024 15:28:08

1. ĐỊNH NGHĨA

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

- Vị trí của chửa ngoài tử cung chủ yếu là ở vòi tử cung (VTC) chiếm 95 – 98 %, trong đó đoạn kẽ VTC chiếm 2-5 %.

- Phẫu thuật cắt góc hoặc xẻ góc TC là một phương pháp dùng để điều trị có hiệu quả các trường hợp chửa ngoài tử cung ở đoạn kẽ VTC.

- Trong trường hợp chửa ngoài tử cung đoạn kẽ vỡ gây lụt máu trong ổ bụng cần mổ cấp cứu, hồi sức tích cực trước, trong và sau phẫu thuật.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh chửa ngoài tử cung ở đoạn kẽ VTC, có choáng hoặc huyết động không ổn định.

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu.

- Đang mắc các bệnh nội khoa cần được 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.

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

hhbvtnvn.thanhhoa_ Van thu Hong hoa Benh vien tu nhan Viet Nam_08/03/2026 15:28:08

+ 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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu 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.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Mở bụng

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

6.2. Bước 2: Xác định lượng máu mất và xác định tổn thương:

- Dùng 2 panh kẹp nhấc phúc mạc lên cao và mở phúc mạc. Kiểm tra, đánh giá lượng máu trong ổ bụng.

- Cho tay vào tìm đáy tử cung kẹp kéo lên cao kiểm tra đoạn kẽ và các đoạn còn lại của 2 bên vòi trứng, tìm khối chửa chỗ đoạn kẽ vòi trứng để chuẩn bị lấy bỏ khối chửa.

6.3. Bước 3. Lấy bỏ khối chửa:

6.3.1. Phẫu thuật cắt góc (corneal resection)

- Cắt đoạn kẽ cùng mô tử cung xung quanh bằng dao thường hoặc dao điện đơn cực.

- Khâu phục hồi lớp cơ tử cung

- Trong phẫu thuật này, các đoạn còn lại của VTC thường được cắt theo.

6.3.2. Phẫu thuật xẻ góc lấy khối thai (cornuostomy)

Là phẫu thuật trong đó mô rau thai được lấy ra mà không cần cắt bỏ mô cơ tử cung.

- Rạch cơ tử cung ở trên khối chửa, lấy khối chửa.

- Khâu lại cơ tử cung bằng mũi rời hoặc mũi vắt (chỉ V-lock).

6.3.3. So sánh phẫu thuật cắt góc và xẻ góc

	Cắt góc	**Xẻ góc**
Ưu điểm	Rất ít sót mô rau ở tử cung Kiểm soát chảy máu tốt hơn	Có thể giữ vòi trứng Ít tổn hại cơ tử cung
Nhược điểm	Không giữ vòi trứng Lấy đi nhiều mô cơ tử cung	Chảy máu nhiều hơn Có thể sót mô rau thai

6.4. Bước 4: Kiểm tra, lau rửa ổ bụng

- Cho nằm đầu cao, lau sạch ổ bụng, kiểm tra lại tiểu khung
- Kiểm tra vị trí khâu ở cơ tử cung xem còn chảy máu không.

6.5. Bước 5. Đóng bụng:

- Đóng thành bụng theo lớp giải phẫu.
- Truyền máu hoặc dịch thay máu nếu cần.

6.6 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 phần tiếp theo.
- Theo dõi βhCG sau mổ để phát hiện sớm tồn tại nguyên bào nuôi sau mổ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Tổn thương đường tiêu hoá, tiết niệu: xử trí theo tổn thương, có thể mời chuyên khoa Ngoại khoa cũng phối hợp.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- **Chảy máu sau phẫu thuật:** trong 6 giờ đầu phải theo dõi mạch, huyết áp và toàn trạng tại phòng hồi tỉnh (chăm sóc cấp I). Nếu mạch nhanh, huyết áp giảm, bụng gõ đục, siêu âm có nhiều dịch tự do, phải nghĩ đến chảy máu trong. Cần phải phẫu thuật lại ngay để cầm máu.
- **Tụ máu thành bụng**
- **Nhiễm khuẩn:** trong khi phẫu thuật phải lau sạch lấy hết máu đọng và máu cục trong ổ bụng để tránh nhiễm khuẩn. Tuy nhiên, tránh lau kỹ quá gây dính ổ bụng vì thanh mạc bị tổn thương. Phải cho kháng sinh toàn thân liều điều trị để dự phòng nhiễm khuẩn.

7.3. Tai biến muộn: Nguyên bào nuôi tồn tại sau mổ: điều trị MTX phối hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật chửa ngoài tử cung vỡ, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 126 - 127.

56. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG BÓC NHÂN UNG THƯ NGUYÊN BÀO NUÔI BẢO TỒN TỬ CUNG

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoi phu san Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

1. ĐỊNH NGHĨA

Phẫu thuật mở bụng bóc nhân ung thư nguyên bào nuôi bảo tồn tử cung là phẫu thuật loại bỏ tổ chức nhân ung thư tại tử cung. Kỹ thuật này thường được thực hiện trong các trường hợp người bệnh u nguyên bào nuôi đã điều trị hóa chất để bảo tồn tử cung và có đáp ứng với hóa chất. Về mặt kỹ thuật có nhiều điểm tương đồng với bóc u xơ cơ tử cung.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh trẻ tuổi, chưa có con, muốn bảo tồn tử cung.

- Có đáp ứng một phần với hóa chất nhưng thể trạng không cho phép điều trị hóa chất kéo dài, cần loại bỏ tổn thương ung thư tại tử cung để tăng khả năng đáp ứng với hóa chất.

- Tổn thương đơn ổ, không tăng sinh mạch.

- Nồng độ beta hCG thường không quá cao (< 1500 IU/l).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương đa ổ tại tử cung hoặc có di căn các cơ quan khác.

- Tổn thương tăng sinh mạch nhiều.

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.

- 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 sảy 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 người bệnh (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 kiện: Phòng thực hiện kỹ thuật.

6. Các bước tiến hành

6.1. Bước 1: Mở bụng:

Đường dọc giữa dưới rốn mở rộng lên trên rốn nếu cần, hoặc đường ngang trên vệ.

6.2. Bước 2: Thăm dò

- Tình trạng tử cung, cổ tử cung, 2 phần phụ, dây chằng rộng.
- Tình trạng nhân nguyên bào nuôi tại tử cung, mức độ xâm lấn, tăng sinh mạch.
- Tình trạng dính của tiểu khung và ổ bụng.

6.3. Bước 3: Bóc nhân nguyên bào nuôi tại tử cung

- Rạch tử cung tại vị trí nhân u nguyên bào nuôi
- Bóc tách khối u nhẹ nhàng, tránh làm tổn thương tử cung,
- Khâu phục hồi theo các lớp giải phẫu.

6.4. Bước 4: Kiểm tra và đóng bụng theo lớp giải phẫu.

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. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

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

- **Tổn thương đường tiêu hóa**: hội chẩn chuyên khoa ngoại tiêu hóa.

- **Tổn thương đường tiết niệu**: hội chẩn chuyên khoa ngoại tiết niệu.

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

Bộ Y tế (2013), phẫu thuật mở bụng bóc u xơ tử cung, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 95 - 97.

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hội phụ Bệnh viện tư nhân Việt Nam_08/03/2024 15:28:08

57. CẮT POLYPE BUỒNG TỬ CUNG
(ĐƯỜNG BỤNG HOẶC ĐƯỜNG ÂM ĐẠO)

1. ĐẠI CƯƠNG

Cắt polype buồng tử cung nhằm mục đích lấy polype ra khỏi buồng tử cung mà vẫn bảo tồn được tử cung (TC).

2. CHỈ ĐỊNH

- Polype buồng tử cung to, kích thước ≥ 5 cm (nên không cắt qua soi buồng tử cung được).
- Polype buồng tử cung bị tụt xuống ống cổ tử cung (CTC) và/hoặc âm đạo.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Polype buồng tử cung kèm theo các bệnh lý ác tính của CTC, niêm mạc TC hoặc kèm theo lạc nội mạc tử cung nặng.
- Nghi ngờ thoái hóa ác tính.

4. THẬN TRỌNG

Trì hoãn phẫu thuật trong trường hợp:

- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu
- Đang mắc các bệnh nội khoa cần được 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,…
- 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_06/03/2026 15:28:08

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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu 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.

6. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN KỸ THUẬT

6.1. Cắt polype BTC đường bụng.

Thường được chỉ định cho trường hợp polype BTC to mà cổ tử cung đóng hoặc người bệnh chưa có quan hệ tình dục.

Bước 1: Mở thành bụng

Rạch thành bụng theo đường ngang hoặc đường dọc giữa dưới rốn.

Bước 2: Kiểm tra tử cung và các tạng lân cận

- Quan sát tử cung, hai phần phụ, tiểu khung, kiểm tra dạ dầy và gan.

- Đánh giá kích thước của tử cung.

Bước 3: Chọn đường rạch ở tử cung

- Tùy vị trí cuống polype ở đâu mà ta rạch đường ở tử cung sao cho tiếp cận gần với cuống polype nhất mà lại mất ít máu nhất.

- Rạch vào buồng TC, bộc lộ polype.

Bước 4: Cắt polype

- Dùng kẹp Kocher hoặc sợi chỉ khâu sâu vào polype để giữ chắc polype,vừa kéo vừa dùng kéo tách polype ra khỏi BTC ở vị trí cuống polype.

- Lấy polype ra ngoài. Chú ý khi lấy polype ra ngoài nên tránh chạm polype vào vết mổ để làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn thành bụng.

Bước 5: Khâu cuống polype

Khâu bằng các mũi chữ X bằng chỉ tiêu (Vicryl, cagut…).

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoang Bach vien tu nhan viet nam_28/05/2026 15:28:08

Bước 6: Đóng bụng

- Lau sạch ổ bụng
- Đóng thành bụng theo từng lớp giải phẫu

6.2. Cắt polype BTC đường âm đạo.

Thường được chỉ định trong trường hợp polype BTC tụt xuống CTC, âm đạo.

Bước 1:

- Sát khuẩn âm đạo,bộc lộ cổ tử cung, xác định cuống polype
- Vì polype đã tụt vào âm đạo nên CTC thường đã mở, vì vậy có thể xác định được cuống polype trong BTC.

Bước 2: Cắt polype

- Dùng kẹp Pozzi cặp vào polype, kéo ra ngoài.
- Dùng kéo cắt polype ở vị trí sát cuống polype.
- Lấy polype ra khỏi âm đạo

Bước 3: Khâu ở vị trí cuống polype

Bước 4: Sát trùng lại BTC, CTC, âm đạo.

Bước 5: Chèn meches vào vị trí cuống polype.

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. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu: tai biến hay gặp nhất

- Sử dụng các mũi chữ X cầm máu hoặc bằng kẹp máu tạm thời hoặc chèn gạc tạm thời, có thể tiến hành thắt động mạch tử cung 2 bên trong trường hợp khâu cầm máu ít hiệu quả.
- Chảy máu nhiều, tiên lượng không cầm máu được phải cắt tử cung bán phần.

Tổn thương hệ tiêu hóa, hệ tiết niệu: hội chẩn chuyên khoa Ngoại, xử trí theo tổn thương.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu trong ổ bụng: Sử dụng thuốc tăng co tử cung, truyền máu, theo dõi sát các yếu tố sinh tồn (mạch, huyết áp). Trong trường hợp các yếu tố sinh tồn và xét nghiệm công thức máu không được cải thiện có thể cân nhắc phẫu thuật mở lại ổ bụng để cầm máu.

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.

Tụ máu thành bụng: Theo dõi vết mổ thành bụng: chảy máu, tụ máu, nhiễm khuẩn. Tùy mức độ có thể theo dõi hoặc phẫu thuật cầm máu thành bụng.

Ra máu âm đạo: Sử dụng các thuốc tăng co tử cung.

7.3 Biến chứng muộn:

Dính buồng tử cung

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật mở bụng bóc u xơ tử cung, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 95-97.

2. Bộ Y tế (2019), Điều trị ngoại khoa u xơ cơ tử cung, Hướng dẫn lâm sàng xử trí u xơ cơ tử cung.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hieu hoa Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

58. PHẪU THUẬT CẮT HOẶC BÓC U BUỒNG TRỨNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt hoặc bóc u buồng trứng là phẫu thuật mở ổ bụng để cắt; bóc khối u ra khỏi buồng trứng và để lại phần buồng trứng lành.

2. CHỈ ĐỊNH

U buồng trứng không nghi ngờ ác tính và không có chỉ định mổ nội soi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH VÀ THẬN TRỌNG

Trì hoãn phẫu thuật khi:

- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu
- Các bệnh nội khoa cần được điều trị trước phẫu thuật.

4. CHUẨN BỊ

4.1. 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.

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

4.3. 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

4.4. 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hanh hoa Benh vien tu nhan Viet Nam_04/05/2024 15:28:08

- 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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

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

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

4.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

5. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN KỸ THUẬT

5.1. Thì 1: Mở thành bụng

Rạch thành bụng theo đường ngang trên vệ nếu có khối u nhỏ, dễ bóc tách, hoặc đường dọc giữa dưới rốn trong trường hợp khối u to, dính hoặc có sẹo cũ đường dọc.

5.2. Thì 2: Kiểm tra buồng trứng, vòi TC, TC và các tạng xung quanh

- Quan sát tử cung, hai phần phụ, tiểu khung, kiểm tra dạ dày và gan.

- Đánh giá khối u buồng trứng: kích thước, số lượng, vị trí, mặt ngoài của khối u buồng trứng, đánh giá mức độ dính vào các tạng xung quanh.

- Quan sát kỹ buồng trứng đối diện.

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

5.3. Thì 3: Cắt; bóc u buồng trứng

5.3.1. Bóc u nang buồng trứng

- Trong trường hợp xác định khối u lành tính thì bóc tách khối u để lại phần buồng trứng lành

- Dùng dao rạch nhẹ trên phần khối u nơi có ít mạch máu nhất; dùng kéo cong đầu tù kết hợp với đầu ngón tay để bóc tách phần u buồng trứng ra khỏi phần lành

- Cầm máu diện bóc tách bằng dao điện hoặc khâu bằng chỉ vicryl số 2.0.

5.3.2. Cắt buồng trứng có u

- Dùng một (hoặc 2) kìm Kocher có răng to, chắc khỏe, cặp cuống khối u dọc theo mạc treo buồng trứng, càng sát khối u càng tốt. Cắt dây chằng tử cung - buồng trứng.

- Dùng một (hoặc 2) kìm có răng to, chắc khỏe cặp cuống khối u, cách kìm trước 1 đến 1,5 cm

- Dùng kéo cong cắt bỏ khối u
- Khâu mỏm cắt bằng mũi thông thường hay mũi khâu số 8 bằng chỉ Vicryl số 1.0.

Chú ý:

- Nếu khối u to, sau khi bọc lót kỹ, có thể dùng 2 hoặc 3 kìm kocher cặp lôi khối u lên, chọc một lỗ để hút bớt dịch trong khối u, sau đó dùng kìm kẹp mép khối u vừa mở, rồi tiến hành bóc, cắt khối u như trên.
- Kiểm tra buồng trứng bên đối diện.
- Nếu nghi ngờ khối u là ung thư buồng trứng thì cần hội chẩn chuyên khoa Ung thư, Giải phẫu bệnh và xử trí theo tổn thương.

5.4. Thì 4: Lấy bệnh phẩm, gửi giải phẫu bệnh lý (GPBL)

5.5. Thì 5: Kiểm tra, cầm máu

- Lau sạch ổ bụng
- Kiểm tra diện khâu bóc u hoặc cuống buồng trứng xem có chảy máu không. Nếu chỉ chưa được buộc chặt, hoặc khâu chưa hết tổn thương thì phải khâu tăng cường để cầm máu.

5.6. Thì 6: Đóng bụng

- Đóng bụng theo các lớp, đóng da mũi rời hoặc trong da
- Sát khuẩn lại và băng vết thương

6. THEO DÕI SAU MỔ

- Theo dõi mạch, huyết áp, toàn trạng, nhiệt độ, nước tiểu, tình trạng ổ bụng.
- Theo dõi vết mổ thành bụng: chảy máu, tụ máu, nhiễm khuẩn

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **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.
- **Tổn thương hệ tiêu hóa, hệ tiết niệu:** hội chẩn chuyên khoa Ngoại, xử trí theo tổn thương.
- **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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật mở bụng cắt u buồng trứng hoặc cắt phần phụ, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 123 - 125.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop nhat Benh vien tu than Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

59. PHẪU THUẬT CẮT PHẦN PHỤ

1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật mở ổ bụng để cắt phần phụ (gồm cả buồng trứng và vòi tử cung).

2. CHỈ ĐỊNH

- U buồng trứng ở người bệnh đã mãn kinh.
- U nhầy buồng trứng.
- Xoắn phần phụ có biến chứng hoại tử.
- Ung thư vú có chỉ định cắt buồng trứng.
- Ung thư buồng trứng ở người bệnh trẻ tuổi, chưa có con.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG: Trì hoãn phẫu thuật trong trường hợp

- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu.
- Đang mắc các bệnh nội khoa cần được 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.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Tiep noi Benh vien tu thai Viet Nam 09/03/2026 15:28:08

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 người bệnh (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 0,5 - 1,5 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Mở thành bụng

Rạch thành bụng theo đường ngang nếu có khối u nhỏ, không nghi ngờ ung thư; hoặc đường dọc giữa dưới rốn (trong trường hợp khối u to, nghi ngờ ung thư hoặc đã có sẹo cũ đường trắng giữa dưới rốn).

6.2. Bước 2: Kiểm tra buồng trứng, vòi TC, TC và các tạng xung quanh

- Quan sát tử cung, hai phần phụ, tiểu khung, kiểm tra dạ dày và gan.

- Đánh giá khối u buồng trứng: kích thước, số lượng, vị trí, mặt ngoài của khối u buồng trứng, đánh giá mức độ dính vào các tạng xung quanh.

- Quan sát kỹ buồng trứng đối diện.

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

- Hội chẩn chuyên khoa Giải phẫu bệnh và chuyên khoa Ung thư phụ khoa trong trường hợp nghi ngờ là u nhầy BT hoặc ung thư buồng trứng.

6.3. Bước 3: Cắt phần phụ

- Dùng một kìm Kocher có răng to, chắc khỏe, cặp dây chằng thắt lưng - buồng trứng và dây chằng rộng sát với tử cung.

- Dùng một kìm có răng to, chắc khỏe, cặp cách kìm trước 1 đến 1,5 cm.

- Dùng kéo cong cắt bỏ phần phụ.

- Khâu mỏm cắt bằng mũi thông thường hay mũi khâu số 8 bằng chỉ Vicryl số 1.0.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hanh hoa Benh vien tu thanh hoa Nam_09/02/2026 15:28:08

Chú ý:

- Nếu khối u to, sau khi bọc lót kỹ, có thể dùng 2 hoặc 3 kìm kocher cặp lôi khối u lên, chọc một lỗ để hút bớt dịch trong khối u, sau đó dùng kìm kẹp cắt phần phụ như mô tả ở trên.
- Trong trường hợp có chỉ định cắt hai phần phụ thì cắt phần phụ còn lại theo cách tương tự như mô tả ở trên.
- Sinh thiết buồng trứng bên đối diện trong trường hợp hội chẩn GPBL là ung thư buồng trứng ở người bệnh trẻ tuổi, chưa có con.

6.4. Bước 4: Lấy bệnh phẩm, gửi GPBL

6.5. Bước 5: Kiểm tra, cầm máu

- Lau sạch ổ bụng.
- Kiểm tra diện khâu cuống phần phụ xem có chảy máu không, nếu chỉ chưa được buộc chặt, hoặc khâu chưa hết tổn thương thì phải khâu tăng cường để cầm máu.

6.6. Bước 6: Đóng bụng

- Đóng bụng theo các lớp, đóng da mũi rời hoặc trong da.
- Sát khuẩn lại và băng vết thương.

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 hệ tiêu hóa, hệ tiết niệu:** hội chẩn chuyên khoa Ngoại, xử trí theo tổn thương.

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.
- **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. Biến chứng muộn

- Suy buồng trứng, giảm khả năng sinh sản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật mở bụng cắt u buồng trứng hoặc cắt phần phụ, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 123-125.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu dieu phoi thanh tien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

60. PHẪU THUẬT CẮT HOẶC BÓC NANG NƯỚC CẠNH VÒI TRỨNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Là một phương pháp điều trị ngoại khoa nhằm bóc, cắt bỏ phần nang nước cạnh vòi trứng (bảo tồn vòi trứng) qua đường mở bụng.

2. CHỈ ĐỊNH

Nang nước cạnh vòi trứng mà việc tiếp cận nội soi quá khó khăn như dính nhiều vùng tiểu khung, phẫu thuật ở bụng nhiều lần...hoặc có chống chỉ định khác của mổ nội soi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Trì hoãn phẫu thuật trong trường hợp:

- Người bệnh đang trong chu kỳ kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi.
- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu.
- Đang mắc các bệnh nội khoa cần được điều trị trước phẫu thuật.

4. CHUẨN BỊ

4.1. 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

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

4.3. 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

4.4. 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 sảy ra trong và sau khi làm phẫu

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan benh vien ... Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn

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

4.6. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

5. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN KỸ THUẬT

5.1. Thì 1: Mở thành bụng

Rạch thành bụng theo đường ngang hoặc đường dọc giữa dưới rốn.

5.2. Thì 2: Kiểm tra vòi trứng, buồng trứng, TC và các tạng xung quanh

- Quan sát tử cung, hai phần phụ, tiểu khung.

- Quan sát kỹ 2 buồng trứng.

- Đánh giá nang cạnh vòi trứng: kích thước, số lượng, vị trí (nang có cuống dính vào vòi trứng hay nang nằm trong mạc treo vòi trứng) đánh giá mức độ dính vào các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để nang cạnh vòi bị vỡ.

5.3. Thì 3: Cắt, bóc nang cạnh vòi trứng.

3.1. Bóc nang cạnh vòi trứng

- Dùng dao rạch trên mạc treo vòi trứng ở vị trí của nang cạnh vòi trứng chiều dài đường rạch vừa đủ để bóc được nang (chú ý cố gắng không để vỡ nang vì khi nang chưa vỡ sẽ dễ bóc tách hơn).

- Dùng kẹp răng chuột cặp một bên mép của vết rạch.

- Phẫu thuật viên ngón tay trỏ bóc tách dần khối u khỏi mạc treo vòi trứng. Cặp ở cuống khối u rồi dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u (chú ý để làm tránh tổn thương vòi trứng).

- Cầm máu diện bóc tách bằng dao điện hoặc khâu bằng chỉ vicryl số 2.0.

3.2. Cắt nang cạnh vòi trứng

- Áp dụng trong trường hợp nang cạnh vòi trứng có cuống

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hiep hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_[illegible]/05/202[illegible] 15:28:08

- Dùng kẹp Kocher không răng cặp cuống khối u (chú ý để làm tránh tổn thương vòi trứng).

- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u.

5.4. Thì 4: Lấy bệnh phẩm, gửi GPBL

5.5. Thì 5: Kiểm tra, cầm máu

- Lau sạch ổ bụng

- Kiểm tra diện bóc tách, vị trí khâu ở mạc treo vòi trứng xem có chảy máu không? Nếu chỉ chưa được buộc chặt, hoặc khâu chưa hết tổn thương thì phải khâu tăng cường để cầm máu.

5.6. Thì 6: Đóng bụng

- Đóng bụng theo các lớp, đóng da mũi rời hoặc trong da

- Sát khuẩn lại và băng vết thương

6. THEO DÕI SAU MỔ

- Theo dõi mạch, huyết áp, toàn trạng, nhiệt độ, nước tiểu, tình trạng ổ bụng.

- Theo dõi vết mổ thành bụng: chảy máu, tụ máu, nhiễm khuẩn

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. 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.

7.2. Tổn thương hệ tiêu hóa, hệ tiết niệu: hội chẩn chuyên khoa Ngoại, xử trí theo tổn thương.

7.3. 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật mở bụng cắt u buồng trứng hoặc cắt phần phụ, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 123-125

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

61. PHẪU THUẬT CẦM MÁU BUỒNG TRỨNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Chảy máu buồng trứng là tình trạng xuất huyết của buồng trứng gặp trong các trường hợp chảy máu nhiều của nang noãn khi phóng noãn hoặc sau thủ thuật chọc hút noãn trong IVF hoặc buồng trứng to có biến chứng vỡ nang chảy máu nhiều gây ảnh hưởng tới sức khỏe. Thông thường hiện tượng phóng noãn không gây chảy máu hoặc chỉ chảy máu ít. Trong trường hợp chảy máu nhiều máu có thể chảy vào ổ bụng gây tình trạng chảy máu trong thì cần phẫu thuật. Trong trường hợp chảy máu buồng trứng có ảnh hưởng huyết động cần mổ cấp cứu, hồi sức tích cực trước,trong và sau phẫu thuật.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu buồng trứng mà việc tiếp cận nội soi quá khó khăn như dính nhiều vùng tiểu khung.

- Chảy máu buồng trứng nhiều mà người bệnh có choáng hoặc huyết động không ổn định.

3. CHUẨN BỊ

3.1. 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

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

3.3. 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

3.4. 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoi hoc Benh vien tu nhan Viet Nam_06/05/2025 15:28:08

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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

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

3.6. Thời gian thực hiện phẫu thuật: Ước tính khoảng 1-3 giờ

3.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

4.1. Thì 1: Mở thành bụng

Rạch thành bụng theo đường ngang hoặc đường dọc giữa dưới rốn.

4.2. Thì 2: Đánh giá tổn thương và đo lượng máu mất (nếu có)

- Đánh giá toàn bộ ổ bụng và tiểu khung đặc biệt là vị trí, tình trạng chảy máu của buồng trứng

- Hút hết máu trong ổ bụng, đo lượng máu mất.

- Quan sát điểm chảy máu tại buồng trứng.

4.3. Thì 3: Cầm máu điểm chảy máu

Khâu cầm máu điểm, diện xuất huyết ở buồng trứng

4.4. Thì 4: Kiểm tra, cầm máu

- Lau sạch ổ bụng

- Kiểm tra vị trí khâu ở buồng trứng xem có chảy máu không? Nếu chỉ chưa được buộc chặt, hoặc khâu chưa hết tổn thương thì phải khâu tăng cường để cầm máu.

4.5. Thì 5: Đóng bụng

- Đóng bụng theo các lớp, đóng da mũi rời hoặc trong da

- Sát khuẩn lại và băng vết thương

4.6. Theo dõi sau mổ

- Bàn giao cho bộ phận tiếp theo theo dõi

- Theo dõi mạch, huyết áp, toàn trạng, nhiệt độ, nước tiểu, tình trạng ổ bụng.

- Theo dõi vết mổ thành bụng: chảy máu, tụ máu, nhiễm khuẩn

5. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

5.1. Tai biến trong khi thực hiện phẫu thuật

- Tổn thương hệ tiêu hóa: mời hội chẩn chuyên khoa Ngoại tiêu hóa
- Tổn thương hệ tiết niệu: mời hội chẩn chuyên khoa Ngoại tiết niệu

5.2. Tai biến sau khi thực hiện phẫu thuật

- Chảy máu sau mổ: có dấu hiệu choáng, tụt huyết áp, tình trạng thiếu máu cấp, ổ bụng có nhiều dịch …: mổ lại để cầm máu đồng thời hồi sức tích cực, điều chỉnh rối loạn đông máu, bồi phụ thể tích tuần hoàn

5.3. Biến chứng muộn

- Viêm phúc mạc sau mổ: hiếm gặp, cần tiến hành hồi sức, kháng sinh phối hợp liều cao và mổ lại để rửa ổ bụng, dẫn lưu

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien tu than Viet Nam_28/08/2023 15:28:08

62. PHẪU THUẬT TREO BUỒNG TRỨNG

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư [illegible] Bệnh viện [illegible] Việt Nam_ 08/05/202[illegible] 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

Treo cao hai buồng trứng là kỹ thuật đi kèm với phẫu thuật ung thư cổ tử cung giai đoạn IB, IIA theo FIGO. Mục đích của kỹ thuật nhằm nâng cao vị trí 2 buồng trứng ra khỏi trường chiếu xạ tiểu khung sau mổ. Điều này giúp bảo tồn chức năng của 2 buồng trứng, tránh tình trạng suy buồng trứng sớm do chiếu xạ, đặc biệt quan trọng là bảo tồn chức năng sinh sản ở phụ nữ trẻ tuổi, còn nguyện vọng có con.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh ung thư cổ tử cung có chỉ định tia xạ tiểu khung sau mổ ở người bệnh muốn bảo tồn chức năng buồng trứng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh không có chỉ định tia xạ tiểu khung sau mổ.
- Người bệnh mãn kinh hoặc buồng trứng không còn chức năng.

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.
- 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 người bệnh (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 - 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Mở bụng:

- Đường dọc giữa dưới rốn mở rộng lên trên rốn nếu cần, hoặc đường ngang trên vệ.

- Đánh giá tình trạng ổ bụng.

6.2. Bước 2: Cắt tử cung hoàn toàn + Vét hạch chậu:

6.3. Bước 3: Treo cao 2 buồng trứng

- Cắt dây chằng tử cung - buồng trứng.

- Đốt và cắt mạc treo buồng trứng sát vòi tử cung trong khi vẫn duy trì khoảng cách gần giữa vòi tử cung và buồng trứng.

- Phẫu tích phúc mạc dọc theo cuống mạch thắt lưng - buồng trứng cho cuống dài ra đến khi di động được buồng trứng lên ngang mức gai chậu trước trên.

- Khâu cố định buồng trứng vào vị trí phúc mạc thành bụng ngang hoặc trên gai chậu trước trên.

- Khâu kín phúc mạc thành bụng và dây chằng thắt lưng buồng trứng tránh thoát vị ruột.

6.4. Bước 4: Kiểm tra và đóng bụng:

- Kiểm tra: tình trạng chảy máu, niệu quản, vị trí khâu treo buồng trứng không tạo thành dây chằng có nguy cơ tắc ruột sau mổ

- Đóng bụng theo các lớp, đóng da mũi rời hoặc trong da.

6.5. Kết thúc quy trình

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien tu nhan viet nam_28/03/2025 15:28:08

- 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

- **Chảy máu trong mổ**. Phát hiện sớm chảy máu để mổ lại cầm máu
- **Tổn thương đường tiêu hóa**: hội chẩn chuyên khoa ngoại tiêu hóa.
- **Tổn thương đường tiết niệu**: hội chẩn chuyên khoa ngoại tiết niệu.

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. Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn + 2 phần phụ và vét hạch chậu 2 bên, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 73-74.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hien hoa Benh vien Phu san Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

63. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT HOẶC BÓC U BUỒNG TRỨNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật nội soi cắt; bóc u buồng trứng là một phương pháp điều trị ngoại khoa nhằm bóc bỏ phần u để lại phần buồng trứng lành hoặc cắt buồng trứng có u qua nội soi ổ bụng.

- Hiện nay, nội soi đang dần chiếm ưu thế trong phẫu thuật cắt, bóc u buồng trứng.

2. CHỈ ĐỊNH

U buồng trứng lành tính và không quá to, không quá dính.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. CCĐ tuyệt đối:

- Các bệnh nội khoa và các trường hợp có chống chỉ định mổ nội soi.
- Khối u dính nhiều, phẫu thuật ổ bụng nhiều lần.
- Ung thư buồng trứng.

3.2. CCĐ tương đối:

- Người bệnh đang trong chu kỳ kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi.

4. THẬN TRỌNG

- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu.
- Đang mắc các bệnh nội khoa cần được 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 người bệnh (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 1-3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Chọc Trocar và bơm CO_2

- Có thể chọc Trocar đèn soi trực tiếp ở ngay mép rốn sau đó bơm CO_2

- Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng 12mmHg)

Trong một số trường hợp có sẹo mổ cũ, người bệnh thừa cân…có nguy cơ tổn thương các tạng trong bụng khi chọc Trocar trực tiếp thì có thể dùng kim bơm CO_2 trước hoặc nội soi mở:

- Điểm chọc kim bơm CO_2 thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc Trocar đèn soi (đây là điểm chọc phổ biến nhất). Trong ca có sẹo mổ cũ đường trắng giữa dưới rốn thì có thể chọc kim ở vị trí hạ sườn trái hoặc nội soi mở. Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng 12mmHg)

- Chọc Trocar đèn soi (Trocar 10 hoặc 5) ở ngay mép rốn

- Chọc Trocar phẫu thuật ở 2 bên hố chậu (chú ý chọc Trocar ở phía ngoài của di tích động mạch rốn và tránh chọc vào mạch máu thượng vị nông)

6.2. Bước 2: Kiểm tra buồng trứng, vòi TC, TC và các tạng xung quanh

- Quan sát tử cung, hai phần phụ, tiểu khung, kiểm tra dạ dày và gan.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hiep hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_0[illegible]/05/202[illegible] 15:28:08

- Đánh giá khối u buồng trứng: kích thước, số lượng, vị trí, mặt ngoài của khối u buồng trứng, đánh giá mức độ dính vào các tạng xung quanh.

- Quan sát kỹ buồng trứng đối diện.

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

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

6.3. Bước 3: bóc u buồng trứng hoặc cắt buồng trứng có u.

6.3.1. Bóc u nang buồng trứng

- Dùng kéo hoặc dao một cực rạch trên mặt khối u tới sát với buồng trứng lành, chiều dài đường rạch vừa đủ để bóc khối u.

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

- Dùng que gẩy và forcep thứ 2 bóc tách dần khối u khỏi vỏ u

- Khi đã đến đáy (cuống) khối u, tùy thuộc vào tình trạng của khối u:

+ Nếu u nhỏ, tiên lượng không chảy máu thì bóc lấy hết khối u.

+ Nếu nguy cơ chảy máu ở cuống khối u thì dùng dao điện 2 cực đốt tổ chức dưới đáy khối u, dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u.

6.3.2. Cắt buồng trứng có u

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u dọc theo mạc treo buồng trứng. Đốt cắt dây chằng tử cung - buồng trứng.

- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u

Chú ý:

+ Nếu khối u to, có thể chọc hút bớt dịch rồi tiến hành như trên

+ Kiểm tra buồng trứng bên đối diện.

+ Nếu nghi ngờ khối u là ung thư buồng trứng thì cần hội chẩn chuyên khoa Ung thư, Giải phẫu bệnh và xử trí theo tổn thương.

6.4. Bước 4: Lấy bệnh phẩm

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

6.5. Bước 5: Kiểm tra, cầm máu và tháo CO_2

- Rửa lại ổ bụng vùng tiểu khung, xem dịch nước rửa trong, kiểm tra diện bóc nang xem có chảy máu không, nếu có chảy máu thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Tháo CO_2, rút 2 Trocar ở hố chậu trước, Trocar ở rốn có đèn soi rút sau cùng.

- Khâu da.

6.6. 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 phần tiếp theo.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien tu nhan Viet Nam_18/03/2026 15:28:08

- Cắt chỉ sau mổ 1 - 2 ngày

- Nếu ổn định ra viện sau mổ 48 giờ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- **Tổn thương hệ tiêu hóa, hệ tiết niệu:** hội chẩn chuyên khoa Ngoại, xử trí theo tổn thương.

7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- **Tụ máu lỗ chọc Trocar:** Tùy mức độ có thể băng ép hoặc khâu lại.

- **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.

- **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. Biến chứng muộn

- Suy buồng trứng sớm, suy giảm khả năng sinh sản.

- Tắc ruột sau mổ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật nội soi cắt u buồng trứng hoặc cắt phần phụ, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 120 - 122

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hien hoa Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

64. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT PHẦN PHỤ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật nội soi cắt phần phụ là một phương pháp điều trị ngoại khoa nhằm cắt bỏ buồng trứng và vòi trứng qua nội soi ổ bụng.
- Hiện nay, nội soi đang dần chiếm ưu thế trong phẫu thuật cắt, bóc u buồng trứng.

2. CHỈ ĐỊNH

- U buồng trứng ở người bệnh đã mãn kinh
- U nhầy buồng trứng
- Xoắn phần phụ có biến chứng hoại tử
- Ung thư vú có chỉ định cắt buồng trứng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. *Chống chỉ định tuyệt đối:*

- Các bệnh nội khoa và các trường hợp có chống chỉ định mổ nội soi.
- Khối u buồng trứng quá to.
- Khối u dính nhiều, phẫu thuật ổ bụng nhiều lần.
- Ung thư buồng trứng.

3.2. *Chống chỉ định tương đối:*

- Người bệnh đang trong chu kỳ kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi.

4. THẬN TRỌNG

- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu.
- Đang mắc các bệnh nội khoa cần được 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,…

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

- 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 người bệnh (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 khoảng 1-3 giờ.

5.7. Địa điểm thực kiện: Phòng thực hiện kỹ thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Chọc Trocar và bơm CO_2

- Có thể chọc Trocar đèn soi trực tiếp ở ngay mép rốn sau đó bơm CO_2

- Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng 12mmHg)

- Trong một số trường hợp có sẹo mổ cũ, người bệnh thừa cân…có nguy cơ tổn thương các tạng trong bụng khi chọc Trocar trực tiếp thì có thể dùng kim bơm CO_2 trước hoặc nội soi mở:

+ Điểm chọc kim bơm CO_2 thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc Trocar đèn soi (đây là điểm chọc phổ biến nhất). Trong ca có sẹo mổ cũ đường trắng giữa dưới rốn thì có thể chọc kim ở vị trí hạ sườn trái hoặc nội soi mở. Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng 12mmHg)

+ Chọc Trocar đèn soi (Trocar 10 hoặc 5) ở ngay mép rốn

+ Chọc Trocar phẫu thuật ở 2 bên hố chậu (chú ý chọc Trocar ở phía ngoài của di tích động mạch rốn và tránh chọc vào mạch máu thượng vị nông)

6.2. Bước 2: Kiểm tra buồng trứng, vòi TC, TC và các tạng xung quanh

- Quan sát tử cung, hai phần phụ, tiểu khung, kiểm tra dạ dày và gan.

- Đánh giá khối u buồng trứng: kích thước, số lượng, vị trí, mặt ngoài của khối u buồng trứng, đánh giá mức độ dính vào các tạng xung quanh.

- Quan sát kỹ buồng trứng đối diện.

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

- Hội chẩn chuyên khoa Giải phẫu bệnh lý và chuyên khoa Ung thư phụ khoa trong trường hợp nghi ngờ là u nhầy buồng trứng hoặc ung thư buồng trứng.

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

6.3. Bước 3: Cắt phần phụ.

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống mạch và dây chằng: bao gồm cuống thắt lưng - buồng trứng, bờ trên dây chằng rộng dọc theo phần phụ, dây chằng tử cung - buồng - Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống dây chằng thắt lưng buồng trứng và dây chằng rộng.

Chú ý:

- Nếu khối u to, có thể chọc hút bớt dịch rồi tiến hành như trên.

- Kiểm tra buồng trứng bên đối diện.

- Trong trường hợp có chỉ định cắt hai phần phụ thì cắt phần phụ còn lại theo cách tương tự như mô tả ở trên.

- Nếu nghi ngờ khối u là ung thư buồng trứng thì cần hội chẩn chuyên khoa Ung thư phụ khoa, Giải phẫu bệnh và xử trí theo tổn thương.

- Sinh thiết buồng trứng bên đối diện trong trường hợp hội chẩn GPBL là ung thư buồng trứng ở người bệnh trẻ tuổi, chưa có con.

6.4. Bước 4: Lấy bệnh phẩm

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

6.5. Bước 5: Kiểm tra, cầm máu và tháo CO_2

- Rửa lại ổ bụng vùng tiểu khung, xem dịch nước rửa trong, kiểm tra diện bóc nang xem có chảy máu không, nếu có chảy máu thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Tháo CO_2, rút 2 Trocar ở hố chậu trước, Trocar ở rốn có đèn soi rút sau cùng.

- Khâu da.

6.6. 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 phần tiếp theo.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Bien hoa Benh vien tu nhan Viet Nam_28/03/2026 15:28:08

- Cắt chỉ sau mổ 1 - 2 ngày

- Nếu ổn định ra viện sau mổ 48 giờ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- **Tổn thương hệ tiêu hóa, hệ tiết niệu:** hội chẩn chuyên khoa Ngoại, xử trí theo tổn thương.

7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- **Tụ máu lỗ chọc Trocar:** Tùy mức độ có thể băng ép hoặc khâu lại.

- **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.

- **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

- Suy buồng trứng sớm, suy giảm khả năng sinh sản.

- Tắc ruột sau mổ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật nội soi cắt u buồng trứng hoặc cắt phần phụ, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 120 - 122

65. PHẪU THUẬT NỘI SOI TREO BUỒNG TRỨNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Treo cao hai buồng trứng là kỹ thuật đi kèm với phẫu thuật ung thư cổ tử cung giai đoạn IB, IIA theo FIGO. Mục đích của kỹ thuật nhằm nâng cao vị trí 2 buồng trứng ra khỏi trường chiếu xạ tiểu khung sau mổ. Điều này giúp bảo tồn chức năng của 2 buồng trứng, tránh tình trạng suy buồng trứng sớm do chiếu xạ, đặc biệt quan trọng là bảo tồn chức năng sinh sản ở phụ nữ trẻ tuổi, còn nguyện vọng có con.

2. CHỈ ĐỊNH: Người bệnh ung thư cổ tử cung có chỉ định tia xạ tiểu khung sau mổ ở người bệnh muốn bảo tồn chức năng buồng trứng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh không có chỉ định tia xạ tiểu khung sau mổ.

- Người bệnh mãn kinh hoặc buồng trứng không còn chức năng.

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 áp xes phần phụ, mở thông bàng quang…tiên lượng gỡ dính qua nội soi khó khăn.

- 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: 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, dàn máy nội soi, khí CO2 y tế…

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

hhbvtnvn.thanhhoa_Van ban Hiep hoi Benh vien tu nhan Viet Nam 28/05/2026 15:28:08

+ 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 người bệnh (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 khoảng 1-3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. Các bước tiến hành

6.1. Bước 1: Chọc Trocar và bơm CO_2

- Chọc Trocar 10 ở dưới hoặc trên rốn và 03 Trocar trên gai chậu trước trên và trên mu.

- Bơm CO_2 ổ bụng đến áp lực 12mmHg

- Đưa đèn soi đánh giá toàn bộ ổ bụng

6.2. Bước 2: Cắt tử cung hoàn toàn + Vét hạch chậu:

6.3. Bước 3: Treo cao 2 buồng trứng

- Cắt dây chằng tử cung - buồng trứng.

- Đốt và cắt mạc treo buồng trứng sát vòi tử cung trong khi vẫn duy trì khoảng cách gần giữa vòi tử cung và buồng trứng.

- Phẫu tích phúc mạc dọc theo cuống mạch thắt lưng - buồng trứng cho cuống dài ra đến khi di động được buồng trứng lên ngang mức gai chậu trước trên.

- Khâu cố định buồng trứng vào vị trí phúc mạc thành bụng trên gai chậu trước trên.

- Khâu kín phúc mạc thành bụng và dây chằng thắt lưng buồng trứng tránh thoát vị ruột.

6.4. Bước 4: Kiểm tra và đóng bụng:

- Kiểm tra: tình trạng chảy máu, niệu quản, vị trí khâu treo buồng trứng không tạo thành dây chằng có nguy cơ tắc ruột sau mổ

- Tháo CO_2 và rút Trocar, khâu lỗ chọc Trocar.

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. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến liên quan đến bơm khí ổ bụng:

+ Tắc mạch do khí

+ Tràn khí dưới da: Thường do kim Palmer, bơm CO_2 nằm ngoài xoang bụng hay qua các khe hở của các Trocar, khí CO_2 tràn vào mô dưới da.

- Tai biến do chọc Trocar:

+ 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:

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

+ Tổn thương đường tiêu hóa: ruột, đại tràng, trực tràng.

+ Tổn thương đường tiết niệu: bàng quang, niệu quản.

+ Nhiễm trùng sau mổ: Kháng sinh toàn thân.

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

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn và vét hạch chậu 2 bên, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 71-72.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phap nhi Benh vien tu nhan Tiet Nam_08/05/2024 15:28:08

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hiep hoi Benh vien Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

66. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT KHỐI THAI NGOÀI TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

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

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

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

2. CHỈ ĐỊNH

- Chửa ngoài tử cung có huyết động ổn định

- Chẩn đoán các trường hợp nghi ngờ chửa ngoài tử cung

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh nội khoa và các trường hợp có chống chỉ định phẫu thuật nội soi.

- Chửa ngoài tử cung vỡ gây trụy mạch.

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: viêm phục mạc, mổ tắc ruột, mổ áp xes phần phụ, mở thông bàng quang … tiên lượng gỡ dính qua nội soi khó khăn.

- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu.

- Đang mắc các bệnh nội khoa cần được 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 sỹ.

- 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…

hhbvtnvn.thanhhoa_Van ban phap luat Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

- 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 người bệnh (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 - 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật..

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Chọc Trocar và bơm CO_2

- Có thể chọc Trocar đèn soi trực tiếp ở ngay mép rốn sau đó bơm CO_2

- Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng 12mmHg)

- Trong một số trường hợp có sẹo mổ cũ, người bệnh thừa cân…có nguy cơ tổn thương các tạng trong bụng khi chọc Trocar trực tiếp thì có thể dùng kim bơm CO_2 trước hoặc nội soi mở:

- Điểm chọc kim bơm CO_2 thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc Trocar đèn soi (đây là điểm chọc phổ biến nhất). Trong ca có sẹo mổ cũ đường trắng giữa dưới rốn thì có thể chọc kim ở vị trí hạ sườn trái hoặc nội soi mở. Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng 12mmHg)

- Chọc Trocar đèn soi (Trocar 10 hoặc 5) ở ngay mép rốn

- Chọc Trocar phẫu thuật ở 2 bên hố chậu (chú ý chọc Trocar ở phía ngoài của di tích động mạch rốn và tránh chọc vào mạch máu thượng vị nông)

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn bản Pháp luật Bệnh viện Việt Nam_28/03/2024 15:28:08

6.2. Bước 2: Đo lượng máu mất và đánh giá tổn thương

- Hút hết máu, đo lượng máu mất, rửa ổ bụng.

- Đánh giá toàn bộ ổ bụng và tiểu khung, đặc biệt là tình trạng, vị trí khối chửa và vòi tử cung bên đối diện.

6.3. Bước 3: Phẫu thuật:

Tuỳ thuộc tổn thương và nhu cầu sinh đẻ của người bệnh, phẫu thuật viên có thể quyết định cắt vòi tử cung hoặc bảo tồn vòi tử cung

6.3.1. Cắt vòi tử cung (VTC)

- Chú ý: luôn luôn quan sát VTC còn lại trước khi quyết định cắt VTC chứa khối chửa.

- Cắt vòi tử cung từ eo đến loa hoặc ngược lại

- Đưa dao điện 2 cực vào trocar bên đối diện với khối chửa, cầm máu từ loa vòi tử cung, vừa cầm máu vừa cắt bằng kéo hoặc dao điện 1 cực dọc theo bờ mạc treo vòi tử cung về phía loa, cần chú ý nhánh nối giữa động mạch buồng trứng và động mạch tử cung. Chú ý: cắt VTC tới sát sừng TC.

- Lấy bệnh phẩm: phần vòi tử cung cắt bỏ được cho vào túi nội soi sau đó lấy ra ngoài qua thành bụng, có thể lấy từng phần qua trocar 10 nhưng không khuyến khích vì đề phòng sót nguyên bào nuôi trong ổ bụng sẽ dẫn đến biến chứng nguyên bào nuôi tồn tại sau mổ.

6.3.2. Bảo tồn VTC

Chú ý: không bảo tồn vòi tử cung trong trường hợp huyết tụ thành nang hoặc đã có hoạt động tim thai.

Mở VTC: Rạch bờ tự do của VTC khoảng 1 cm (ở chỗ phồng nhất) bằng dao điện 1 cực, có thể rạch rộng hơn để có thể lấy hết khối chửa một cách dễ dàng

Lấy khối thai ra khỏi VTC**:** Đưa ống hút qua vết rạch vào lòng VTC để bơm rửa, hút tổ chức rau thai. Sau đó, đưa đèn soi lại gần để xác định đã lấy hết rau thai chưa và có chảy máu không?

Kiểm tra tình trạng chảy máu và cầm máu**:** Thông thường máu hay chảy ở mép vết rạch VTC hay ở vị trí rau bám. Nếu có chảy máu thì dùng dao điện 2 cực cường độ thấp để cầm máu, chú ý tránh làm tổn thương vùng xung quanh. Có thể ngâm toàn bộ VTC trong nước ấm cũng có tác dụng cầm máu và tránh làm khô VTC.

Lấy bệnh phẩm**:** Tổ chức rau thai sau đó được cho vào túi nội soi và lấy ra ngoài ổ bụng. Cần chú ý lấy hết tổ chức vì nếu để sót có thể dẫn đến hậu quả nguyên bào nuôi tiếp tục làm tổ và phát triển trong ổ phúc mạc

6.4. Bước 4: Kiểm tra, cầm máu và tháo CO_2

Rửa lại ổ bụng vùng tiểu khung, xem dịch nước rửa trong, kiểm tra diện cắt xem có chảy máu không, nếu có chảy máu thì cầm máu bằng dao hai cực.

Tháo CO_2, rút 2 Trocar ở hố chậu trước, Trocar ở rốn có đèn soi rút sau cùng.

Khâu da

6.5. Kết thúc quy trình:

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan tu BV phu san 28/03/2024 15:28:08

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phần tiếp theo.
- Cắt chỉ sau mổ 1 - 2 ngày
- Nếu ổn định ra viện sau mổ 48 giờ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật.

- Tổn thương đường tiêu hoá, tiết niệu: xử trí theo tổn thương, có thể mời chuyên khoa Ngoại khoa cũng phối hợp.

- Bỏng do điện

- Chảy máu ở các vị trí chọc Trocar: phải chú ý quan sát các lỗ chọc khi rút Trocar. Khi có chảy máu thì phải cầm máu bằng dao điện 2 cực.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật.

- Chảy máu: chủ yếu là chảy máu ở diện rau bám trong mổ bảo tồn và sau mổ dẫn tới phải cắt vòi tử cung. Trong phẫu thuật cắt VTC, chảy máu trong lúc gỡ dính, cầm máu không tốt, tổn thương mạc treo vòi tử cung, các nhánh nối giữa động mạch buồng trứng và động mạch tử cung, có thể phải phẫu thuật lại để cầm máu.

- Nhiễm trùng: Điều trị kháng sinh tích cực.

7.3 Tai biến muộn

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

- Tắc ruột sau mổ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật nội soi điều trị chửa ngoài tử cung, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 128 - 131.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien Phu san Viet nam_08/05/2025 15:28:08

67. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT HOẶC BÓC NANG NƯỚC CẠNH VÒI TRỨNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi cắt; bóc nang nước cạnh vòi trứng là một phương pháp điều trị ngoại khoa nhằm bóc, cắt bỏ phần nang nước cạnh vòi trứng (bảo tồn vòi trứng) qua nội soi ổ bụng.

Hiện nay, nội soi đang dần chiếm ưu thế trong phẫu thuật cắt, bóc nang nước cạnh buồng trứng.

2. CHỈ ĐỊNH

Nang cạnh vòi trứng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. CCĐ tuyệt đối:

- Các bệnh nội khoa và các trường hợp có chống chỉ định mổ nội soi.
- Khối u dính nhiều, phẫu thuật ổ bụng nhiều lần.

3.2. CCĐ tương đối:

- Người bệnh đang trong chu kỳ kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi.

4. THẬN TRỌNG

- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu.
- Đang mắc các bệnh nội khoa cần được 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van tu Hoi Benh vien Viet Nam_28/05/2026 15:28:08

+ 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 người bệnh (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: Ước tính khoảng 1 - 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Chọc Trocar và bơm CO_2

- Có thể chọc trocar đèn soi trực tiếp ở ngay mép rốn sau đó bơm CO_2

- Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng 12mmHg)

Trong một số trường hợp có sẹo mổ cũ, người bệnh thừa cân…có nguy cơ tổn thương các tạng trong bụng khi chọc trocar trực tiếp thì có thể dùng kim bơm CO_2 trước hoặc nội soi mở:

- Điểm chọc kim bơm CO_2 thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc trocar đèn soi (đây là điểm chọc phổ biến nhất). Trong ca có sẹo mổ cũ đường trắng giữa dưới rốn thì có thể chọc kim ở vị trí hạ sườn trái hoặc nội soi mở. Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng 12mmHg)

- Chọc trocar đèn soi (trocar 10 hoặc 5) ở ngay mép rốn

- Chọc trocar phẫu thuật ở 2 bên hố chậu (chú ý chọc trocar ở phía ngoài của di tích động mạch rốn và tránh chọc vào mạch máu thượng vị nông)

6.2. Bước 2: Kiểm tra vòi trứng, buồng trứng, TC và các tạng xung quanh

- Quan sát tử cung, hai phần phụ, tiểu khung, kiểm tra dạ dày và gan.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop noi Benh vien tu nhan Viet Nam_06/02/2026 15:28:08

- Quan sát kỹ 2 buồng trứng.

- Đánh giá nang cạnh vòi trứng: kích thước, số lượng, vị trí (nang có cuống dính vào vòi trứng hay nang nằm trong mạc treo vòi trứng) đánh giá mức độ dính vào các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để nang cạnh vòi bị vỡ.

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

6.3. Bước 3: Cắt, bóc nang cạnh vòi trứng.

6.3.1. Bóc nang cạnh vòi trứng

- Dùng kéo hoặc dao một cực rạch trên mạc treo vòi trứng ở vị trí của nang cạnh vòi trứng chiều dài đường rạch vừa đủ để bóc được nang (chú ý cố gắng không để vỡ nang vì khi nang chưa vỡ sẽ dễ bóc tách hơn).

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

- Dùng que gẩy và forcep thứ 2 bóc tách dần khối u khỏi mạc treo vòi trứng.

- Khi đã đến đáy (cuống) khối u, tùy thuộc vào tình trạng của khối u:

+ Nếu u nhỏ, tiên lượng không chảy máu thì bóc lấy hết khối u.

+ Nếu nguy cơ chảy máu ở cuống khối u thì dùng dao điện 2 cực đốt tổ chức dưới đáy khối u, dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u (chú ý để làm tránh tổn thương vòi trứng).

6.3.2. Cắt nang cạnh vòi trứng

Áp dụng trong trường hợp nang cạnh vòi trứng có cuống

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u (chú ý để làm tránh tổn thương vòi trứng).

- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u

6.4. Bước 4: Lấy bệnh phẩm

Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

6.5. Bước 5: Kiểm tra, cầm máu và tháo CO_2

- Rửa lại ổ bụng vùng tiểu khung, xem dịch nước rửa trong, kiểm tra diện bóc nang xem có chảy máu không, nếu có chảy máu thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Tháo CO_2, rút 2 Trocar ở hố chậu trước, Trocar ở rốn có đèn soi rút sau cùng.

- Khâu da.

6.6 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 phần tiếp theo.

- Cắt chỉ sau mổ 1 - 2 ngày

- Nếu ổn định ra viện sau mổ 48 giờ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương hệ tiêu hóa, hệ tiết niệu: hội chẩn chuyên khoa Ngoại, xử trí theo tổn thương.

7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- Tụ máu lỗ chọc Trocar: Tùy mức độ có thể băng ép hoặc khâu lại.
- 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.
- 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. Biến chứng muộn

- Suy buồng trứng sớm, suy giảm khả năng sinh sản do có thể đốt cầm máu vào mạch cấp máu cho buồng trứng. Hẹp lòng vòi tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật nội soi cắt u buồng trứng hoặc cắt phần phụ, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 120 - 122.

68. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẦM MÁU BUỒNG TRỨNG

hhbvtnvn.thanhhoa_Vo thu diep phoi Bệnh viện ... nam_08/05/2025 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

Chảy máu buồng trứng là tình trạng xuất huyết của buồng trứng gặp trong các trường hợp chảy máu nhiều của nang noãn khi phóng noãn hoặc sau thủ thuật chọc hút noãn trong IVF hoặc buồng trứng to có biến chứng vỡ nang chảy máu nhiều gây ảnh hưởng tới sức khỏe. Thông thường hiện tượng phóng noãn không gây chảy máu hoặc chỉ chảy máu ít. Trong trường hợp chảy máu nhiều máu có thể chảy vào ổ bụng gây tình trạng chảy máu trong thì cần phẫu thuật

Hiện nay nội soi đang dần chiếm ưu thế trong phẫu thuật buồng trứng chảy máu.

2. CHỈ ĐỊNH: Buồng trứng xuất huyết gây chảy máu nhiều trong ổ bụng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh nội khoa và các trường hợp có chống chỉ định mổ nội soi.
- Ổ bụng viêm dính nhiều, phẫu thuật ổ bụng nhiều lần.
- Chảy máu buồng trứng gây trụy mạch

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 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep noi Benh vien tu Thanh Hoa Viet Nam 09/03/2026 15:28:08

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 sảy 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 người bệnh (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 phẫu thuật: Ước tính khoảng 1-3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Thì 1: Chọc Trocar và bơm CO_2

- Có thể chọc trocar đèn soi trực tiếp ở ngay mép rốn sau đó bơm CO_2

- Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng 12mmHg)

- Trong một số trường hợp có sẹo mổ cũ, người bệnh thừa cân…có nguy cơ tổn thương các tạng trong bụng khi chọc trocar trực tiếp thì có thể dùng kim bơm CO_2 trước hoặc nội soi mở:

- Điểm chọc kim bơm CO_2 thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc trocar đèn soi (đây là điểm chọc phổ biến nhất). Trong ca có sẹo mổ cũ đường trắng giữa dưới rốn thì có thể chọc kim ở vị trí hạ sườn trái hoặc nội soi mở. Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng 12mmHg)

- Chọc trocar đèn soi (trocar 10 hoặc 5) ở ngay mép rốn

- Chọc trocar phẫu thuật ở 2 bên hố chậu (chú ý chọc trocar ở phía ngoài của di tích động mạch rốn và tránh chọc vào mạch máu thượng vị nông)

6.2. Thì 2: Đánh giá tổn thương và đo lượng máu mất (nếu có)

- Đánh giá toàn bộ ổ bụng và tiểu khung đặc biệt là vị trí,tình trạng BT xuất huyết.

- Trường hợp vỡ nang xuất huyết BT:

- Hút hết máu trong ổ bụng, đo lượng máu mất,rửa ổ bụng

- Quan sát điểm chảy máu

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hanh hoa Benh vien u nam viet nam_08/01/2026 15:28:08

6.3. Thì 3

- Dùng dao 2 cực cầm máu điểm, diện xuất huyết ở buồng trứng
- Hoặc có thể khâu buồng trứng bằng chỉ tiêu

6.4. Thì 4: Kiểm tra, cầm máu và tháo CO_2

- Rửa lại ổ bụng vùng tiểu khung, xem dịch nước rửa trong, kiểm tra vị trí đốt điện cầm máu ở BT có chảy máu không, nếu có chảy máu thì cầm máu bằng dao hai cực.
- Tháo CO_2, rút 2 trocar ở hố chậu trước, trocar ở rốn có đèn soi rút sau cùng.
- Khâu da.

6.5. Theo dõi

- Bàn giao cho bộ phận theo dõi tiếp theo
- Theo dõi mạch, huyết áp, toàn trạng, nước tiểu, tình trạng ổ bụng.
- Theo dõi vết chọc trocar; chảy máu, tụ máu, nhiễm khuẩn
- Cắt chỉ sau mổ 3 - 7 ngày
- Nếu ổn định ra viện sau mổ 48 giờ

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Tai biến trong khi thực hiện phẫu thuật

- Tổn thương hệ tiêu hóa: mời hội chẩn chuyên khoa Ngoại tiêu hóa
- Tổn thương hệ tiết niệu: mời hội chẩn chuyên khoa Ngoại tiết niệu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện phẫu thuật

- Chảy máu sau mổ: có dấu hiệu choáng, tụt huyết áp, tình trạng thiếu máu cấp, ổ bụng có nhiều dịch …: mổ lại để cầm máu đồng thời hồi sức tích cực, điều chỉnh rối loạn đông máu, bồi phụ thể tích tuần hoàn

7.3. Biến chứng muộn

- Viêm phúc mạc sau mổ: hiếm gặp, cần tiến hành hồi sức, kháng sinh phối hợp liều cao và mổ lại để rửa ổ bụng, dẫn lưu

69. PHẪU THUẬT NỘI SOI GỠ DÍNH, LÀM SẠCH, DẪN LƯU, CẮT BỎ TỔN THƯƠNG VIÊM PHÚC MẠC TIỂU KHUNG; VIÊM PHẦN PHỤ; Ứ MỦ VÒI TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

- Viêm cấp phần phụ đã được điều trị nội khoa từ 48 đến 72 giờ không tiến triển.
- Viêm dính gây đau vùng chậu mạn tính.
- Viêm phần phụ cấp có biến chứng: vỡ khối áp xe phần phụ, viêm phúc mạc tiểu khung…

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có tiền sử phẫu thuật ổ phúc mạc như phẫu thuật ruột, sửa chữa thoát vị rốn, viêm ruột thừa vỡ, tiền sử xạ trị… gây tình trạng dính nặng ổ phúc mạc hoặc làm thay đổi các cấu trúc giải phẫu trong hố chậu.
- Rối loạn huyết động, rối loạn đông chảy máu.
- Viêm phúc mạc toàn thể.
- Bệnh lý tim mạch, phổi, gan cấp tính.
- Lao phúc mạc

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 áp xes phần phụ, mở thông bàng quang…tiên lượng gỡ dính qua nội soi khó khăn. Tiền sử phẫu thuật ổ phúc mạc như phẫu thuật ruột, sửa chữa thoát vị rốn, viêm ruột thừa vỡ, tiền sử xạ trị… gây tình trạng dính nặng ổ phúc mạc hoặc làm thay đổi các cấu trúc giải phẫu trong hố chậu.
- 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. Trang thiếu 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...

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Benh vien Nhi Viet Nam_8/05/2025 15:28:08

- 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

- Thân máy dao điện/ siêu âm/ hàn mạch/ nghiền bệnh phẩm…

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 người bệnh (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 khoảng 1 - 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Kiểm tra hồ sơ và đối chiếu người bệnh

6.2. Thực hiện kỹ thuật

Bước 1: Chọc trocar và bơm khí

Vị trí chọc có thể, ngay dưới mép rốn hoặc có thể trên rốn gần mũi ức trong ca khối u lớn. Trường hợp dính nhiều, chọc kim Veress và bơm CO_2 trước khi đưa Trocar vào hoặc áp dụng kỹ thuật nội soi mở

Bước 2: Quan sát ổ phúc mạc

- Quan sát toàn bộ ổ phúc mạc.

- Đặt người bệnh ở tư thế Trendelenburg chọc thêm 2 - 3 trocar ở 2 hố chậu, trên vệ.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop nhat Benh vien tu nhan Viet Nam_28/05/2024 15:28:08

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

- Giải phóng các dải dính.

Bước 3: Xử trí nguyên nhân: Gỡ dính, bộc lộ khối áp xe. Cắt bỏ vòi tử cung ứ mủ. Đốt điện cầm máu.

Bước 4: Làm sạch ổ bụng

+ Lấy bỏ các giả mạc.

+ Rửa bằng dung dịch Povidone-iodinee pha với Ringer Lactat hoặc dung dịch muối sinh lý làm ấm.

Bước 5: Đặt dẫn lưu

+ Dùng ống dẫn lưu mềm đặt túi cùng sau

+ Kết thúc phẫu thuật, lấy bệnh phẩm, tháo CO_2, đóng bụng.

7. 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

+ Tràn khí dưới da: Thường do kim Palmer, bơm CO_2 nằm ngoài xoang bụng hay qua các khe hở của các Trocar, khí CO_2 tràn vào mô dưới da.

- Tai biến do chọc Trocar:

+ 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:

+ Tổn 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 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. Biến chứng muộn

- Tắc ruột sau mổ

70. PHẪU THUẬT GỠ DÍNH, LÀM SẠCH, DẪN LƯU, CẮT BỎ TỔN THƯƠNG VIÊM PHÚC MẠC TIỂU KHUNG; VIÊM PHẦN PHỤ; Ứ MỦ VÒI TỬ CUNG

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien Phu san Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm phúc mạc tiểu khung nguyên nhân thường gặp là do vỡ áp xe ở vòi tử cung, buồng trứng, nhiễm trùng sau mổ lấy thai, sẩy thai nhiễm trùng, nhiễm trùng tiểu khung sau cắt tử cung, hoặc cắt ruột thừa viêm, dò đường khâu sau nối ruột, lây nhiễm từ dịch tiêu hóa sau mổ đường tiêu hóa, tổn thương ruột sau mổ triệt sản qua nội soi không phát hiện được. Viêm phúc mạc thứ phát thường do nhiễm khuẩn nhiều loại vi khuẩn, có thể vừa hiếu khí vừa yếm khí từ ruột và âm đạo.

2. CHỈ ĐỊNH

- Viêm cấp phần phụ đã được điều trị nội khoa từ 48 đến 72 giờ không tiến triển.
- Áp xe phần phụ, ứ mủ vòi trứng dính nhiều
- Viêm phần phụ cấp có biến chứng: vỡ khối áp xe phần phụ, viêm phúc mạc tiểu khung…

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn huyết động, rối loạn đông chảy máu.
- Bệnh lý tim mạch, phổi, gan cấp tính.

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.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hiep hoi Benh vien Viet Nam_28/05/2026 15:28:08

+ 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 người bệnh (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 khoảng 1 - 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Thực hiện kỹ thuật

- Bước 1: Mở bụng đường trắng giữa, đủ rộng.
- Bước 2: Lấy dịch ổ bụng để nuôi cấy vi khuẩn
- Bước 3: Kiểm tra kỹ toàn bộ ổ phúc mạc.
- Bước 4: Tìm nguồn nhiễm trùng và cắt bỏ
- Bước 5: Rửa ổ phúc mạc bằng povidone-iodine pha với dung dịch Ringer Lactat hoặc dung dịch muối sinh lý ấm.
- Bước 6: Dẫn lưu ổ phúc mạc
- Bước 7: Đóng bụng theo các lớp giải phẫu.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến liên quan đến thao tác:

+ Tổn thương tạng: Có thể tổn thương bàng quang, niệu quản, ruột, xảy ra khi tách dính, cần phát hiện và sửa chữa kịp thời.

+ 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.

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. Biến chứng muộn: Tắc ruột sau mổ

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hieu hoc Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

71. PHẪU THUẬT CẮT KHỐI THAI NGOÀI TỬ CUNG

1. ĐỊNH NGHĨA

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

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

Trong trường hợp chửa ngoài tử cung vỡ cần mổ cấp cứu, hồi sức tích cực trước, trong và sau phẫu thuật.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có choáng hoặc huyết động không ổn định.
- Việc tiếp cận nội soi quá khó khăn như dính nhiều vùng tiểu khung.
- Khối chửa ngoài tử cung nằm ở các vị trí khó để phẫu thuật nội soi như: chửa kẽ VTC, huyết tụ thành nang, chửa ống CTC, chửa trong ổ bụng, chửa sau phúc mạc.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu.
- Đang mắc các bệnh nội khoa có thể ảnh hưởng đến gây mê và 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 người bệnh (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 TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1. Mở bụng:

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

6.2. Bước 2. Xác định lượng máu mất và xác định tổn thương:

- Dùng 2 panh kẹp nhấc phúc mạc lên cao và mở phúc mạc. Kiểm tra xem có máu trong ổ bụng, máu màu gì?

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

6.3. Bước 3. Lấy bỏ khối chửa:

- Mở rộng thành bụng bằng hai Harmann kéo sang hai bên, nếu vòi tử cung bị vỡ, máu chảy nhiều nên cắt bỏ vòi tử cung cầm máu, dùng kìm có mấu kẹp sát với tử cung, nơi mạc treo vòi ít mạch máu, dùng kéo cắt khối chửa tới sát tai vòi tử cung.

- Nếu tổn thương ở vòi tử cung có thể bảo tồn thì khâu phục hồi vòi trứng khi người bệnh trẻ, chưa đủ con.

- Khâu cuống mạch bên vòi tử cung bị cắt bằng chỉ tự tiêu và buộc chặt cầm máu.

- Nếu chửa ở đoạn kẽ vòi tử cung (khối chửa nằm ngoài dây chằng tròn) thì rạch cơ tử cung lấy khối chửa rồi khâu phục hồi cơ tử cung.

- Nếu chửa ngoài tử cung ở buồng trứng thì cắt vùng buồng trứng tổn thương, khâu cầm máu bằng chỉ tự tiêu vắt cầm máu.

6.4. Bước 4. Kiểm tra, lau rửa ổ bụng

- Cho nằm đầu cao, lau sạch ổ bụng, kiểm tra lại tiểu khung, vòi tử cung.

6.5. Bước 5. Đóng bụng:

- Đóng thành bụng theo lớp giải phẫu..

- Truyền máu hoặc dịch thay máu nếu cần.

6.6 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 phần tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương đường tiêu hoá, tiết niệu: xử trí theo tổn thương, có thể mời chuyên khoa Ngoại khoa cũng phối hợp.

- Trường hợp chửa ngoài tử cung vỡ có thể gây sốc mất máu, giảm thể tích tuần hoàn, gây ngừng tim, cần có đội ngũ và phương tiện hồi sức tích cực trong khi thực hiện kỹ thuật.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

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

- Chảy máu thành bụng: Các trường hợp mất máu cấp số lượng lớn rất dễ gây rối loạn đông máu, do đó cần theo dõi vết mổ thành bụng để phát hiện chảy máu, bầm tụ máu và có phương án xử trí phù hợp.

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

7.3. Biến chứng muộn

- Nguyên bào nuôi tồn tại sau mổ**:** điều trị MTX phối hợp.

- Tắc ruột sau mổ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật chửa ngoài tử cung vỡ, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 126 - 127.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu [illegible] Viet Nam_[illegible] 15:28:08

72. PHẪU THUẬT CẮT KHỐI THAI NGOÀI TỬ CUNG TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT (KHỐI THAI TRONG Ổ BỤNG; KHỐI THAI NGOÀI PHÚC MẠC; KHỐI THAI Ở GAN; KHỐI THAI Ở VẾT MỔ LẤY THAI...)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Chửa ngoài tử cung là hiện tượng trứng đã thụ tinh làm tổ ở ngoài buồng tử cung. Vị trí của chửa ngoài tử cung chủ yếu là ở vòi tử cung (chiếm 95 - 98%).

- Chửa ngoài tử cung ở vị trí đặc biệt (chửa trong ổ bụng, chửa ngoài phúc mạc, chửa ở gan…) khá hiếm gặp nhưng tử vong mẹ rất cao, mà nguyên nhân tử vong mẹ hàng đầu là chảy máu. Cơ chế bệnh sinh chưa được xác định rõ ràng. Theo nhiều y văn trên thế giới đã báo cáo thấy có sự liên quan giữa thai trong ổ bụng và ngoài phúc mạc sau thụ tinh ống nghiệm.

- Chẩn đoán và điều trị những trường hợp chửa ngoài tử cung ở vị trí đặc biệt còn gặp rất nhiều khó khăn, thường cần sự phối hợp của nhiều chuyên khoa như Chẩn đoán hình ảnh, Ngoại khoa chuyên ngành Tiêu hóa, Mạch máu…

2. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định trong trường hợp chửa trong ổ bụng, chửa ở gan, chửa ở lách, chửa ở thành ruột, chửa ở mạc treo, chửa ngoài phúc mạc có:

- Đã vỡ, huyết động không ổn định.

- Người bệnh có bệnh nội khoa chống chỉ định mổ nội soi.

- Khó tiếp cận bằng nội soi: ổ bụng quá dính do tiền sử phẫu thuật ổ bụng cũ, do lạc nội mạc tử cung, do viêm tiểu khung…

- Đã được nội soi chẩn đoán xác định được vị trí khối chửa ở vị trí đặc biệt nhưng không thể xử trí qua nội soi như: thai > 12 tuần, khối thai nằm sát cạnh mạch máu lớn, tiên lượng không thể kiểm soát được chảy máu khi lấy khối thai…

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

4. THẬN TRỌNG

Trì hoãn phẫu thuật trong trường hợp (trừ trường hợp khối chửa đã vỡ gây ngập máu trong ổ bụng**):** Người bệnh đang có nhiễm khuẩn cấp tính, thiếu máu, bệnh về máu hoặc cần điều trị bệnh lý nội khoa kèm theo.

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 người bệnh (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 1 - 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Mở thành bụng

- Thường rạch da theo đường trắng giữa dưới rốn để trong trường hợp cần phẫu trường rộng rãi thì sẽ tiếp tục mở rộng lên đường trắng giữa trên rốn.
- Gỡ dính (nếu có)

6.2. Bước 2: Quan sát toàn bộ ổ bụng

- Hút hết máu (nếu có), đo lượng máu mất, rửa ổ bụng
- Đánh giá toàn bộ ổ bụng và tiểu khung

- Quan sát kỹ 2 vòi tử cung, tử cung, 2 buồng trứng đặc biệt là 2 kẽ vòi tử cung. Trường hợp có dính ở 2 phần phụ phải gỡ dính để bộc lộ được các đoạn của vòi tử cung.

- Không thấy khối chửa ở 2 vòi tử cung.

- Quan sát thấy:

+ Khối chửa nằm trong ổ bụng ở các vị trí thường gặp như: túi cùng sau (55%), dây chằng treo vòi trứng (27%), mạc nối (9%), gan (10,4%), lách, giữa thành trước tử cung và bàng quang, trực tràng, thành bụng…

+ Khối thai ở ngoài phúc mạc: cực kỳ hiếm gặp. Trường hợp này thường là đã được nội soi chẩn đoán ở lần phẫu thuật trước nhưng không tìm thấy khối chửa trong ổ bụng; sau đó đã được phối hợp thêm với chẩn đoán hình ảnh như chụp MRI tiểu khung và ổ bụng để xác định chẩn đoán.

6.3. Bước 3: Lấy khối thai

Tùy thuộc thể chửa ngoài tử cung, tuổi thai, kích thước khối chửa, sự liên quan của khối chửa với các bộ phận khác như mạch máu, đường tiêu hóa, gan, thận, bàng quang…mà có thể cần thêm sự hỗ trợ của chuyên khoa Ngoại Tiêu hóa và/hoặc Mạch máu…

6.3.1. Chửa trong ổ bụng, chửa dưới gan:

- Lấy khối thai, cặp cuống rốn ở sát với bánh rau, để lại phần rau thai, không cố bóc bánh rau vì có thể gây chảy máu nhiều hoặc tổn thương các tạng xung quanh. Điều trị thêm MTX sau phẫu thuật.

- Cầm máu: đây là bước khó nhất và quyết định sự thành công của cuộc phẫu thuật. Có thể dùng mọi biện pháp để có thể cầm được máu như: khâu, đốt điện, chèn spongel… vào diện rau bám; có khi phải cắt một phần gan để cầm máu trong chửa dưới gan; cũng có thể phải nối mạch máu trong trường hợp tổn thương mạch máu lớn; có trường hợp phải chèn nhiều gạc lớn vào ổ bụng rồi rút vào những ngày sau mổ…

6.3.2. Chửa sau phúc mạc

- Cực kỳ hiếm gặp. Cho đến hiện nay chưa có hướng dẫn lâm sàng trong điều trị thai ngoài phúc mạc. Có thể gặp ở các vị trí như dưới thận, gần động mạch chủ bụng, tĩnh mạch chủ dưới…

- Phẫu thuật:

+ Mở lá phúc mạc thành sau để bộc lộ khối thai sau phúc mạc.

+ Bóc tách khối thai ra khỏi các cấu trúc mạch máu quan trọng sau phúc mạc động, tĩnh mạch chủ bụng, bó mạch chậu, tĩnh mạch trước xương cùng, niệu quản, tụy, thận…

+ Kiểm soát và cắt các nhánh mạch máu vào khối thai. Bóc tách cắt khối thai.

Kiểm tra, cầm máu: tương tự chửa trong ổ bụng.

6.4. Bước 4: Lấy bệnh phẩm, gửi giải phẫu bệnh.

6.5. Bước 5: Kiểm tra

Trước khi kết thúc cuộc mổ:

Rửa sạch ổ bụng

Kiểm tra chảy máu

Đặt sonde dẫn lưu

6.6. Bước 6: Đóng bụng theo các lớp giải phẫu.

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 phần tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương đường tiêu hoá, tiết niệu, mạch máu: xử trí theo tổn thương, mời chuyên khoa Ngoại khoa cũng phối hợp.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu sau mổ: theo dõi qua sonde dẫn lưu ổ bụng. Nếu có chảy máu trong ổ bụng có chỉ định mổ lại, xử trí theo tổn thương.
- Tổn thương tụ máu thành bụng
- Nhiễm khuẩn: trong khi phẫu thuật phải lau sạch lấy hết máu đọng và máu cục trong ổ bụng để tránh nhiễm khuẩn. Tuy nhiên, tránh lau kỹ quá gây dính ổ bụng vì thanh mạc bị tổn thương. Phải cho kháng sinh toàn thân liều điều trị để dự phòng nhiễm khuẩn.

7.3. Tai biến muộn

- Nguyên bào nuôi tồn tại: Điều trị MTX sau mổ.
- Tắc ruột sau mổ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật chửa ngoài tử cung vỡ, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 126 - 127.

2. Bộ Y tế (2017), Phẫu thuật lấy u sau phúc mạc; Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Phẫu thuật Tiêu hóa, tr 111-112.

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Phạm thị Bệnh viện tư nhân Việt Nam_08/05/2026 15:28:08

hhbvtnvn.thanhhoa_Va_thu_Hep_noi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

73. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT KHỐI THAI NGOÀI TỬ CUNG TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT (KHỐI THAI TRONG Ổ BỤNG; KHỐI THAI NGOÀI PHÚC MẠC; KHỐI THAI Ở GAN; KHỐI THAI Ở VẾT MỔ LẤY THAI...)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa

+ Thai trong ổ bụng (TTOB) là thai làm tổ trong ổ bụng, bên ngoài cơ quan sinh sản của người phụ nữ, thai làm tổ trong khoang phúc mạc nhưng loại trừ các trường hợp thai ở vòi trứng, thai ở buồng trứng, thai trong dây chằng rộng hoặc trong ổ bụng thứ phát sau thai tiên phát ở vòi trứng. Bánh nhau sẽ bám vào một hoặc nhiều tạng trong ổ bụng và được y văn mô tả như: màng thanh mạc tử cung, túi cùng Douglas, mạc nối lớn, ruột, mạc treo ruột, mạc treo vòi trứng, màng phúc mạc vùng chậu hoặc bụng, gan, lách, cơ hoành. TTOB là một thể hiếm gặp của thai ngoài tử cung (TNTC) chiếm khoảng 1% các trường hợp TNTC hay 1/2200 đến 1/10200 thai kỳ và 1/6000-1/9000 ca sinh sống.

+ Tần suất hiếm nhưng nguy cơ tử vong mẹ của TTOB cao hơn TNTC ở các vị trí khác, ước tính 5.1/1000 thai kỳ.

+ Siêu âm ngả âm đạo để chẩn đoán TTOB với tỷ lệ chẩn đoán chính xác khoảng 50%. Cộng hưởng từ có thể hỗ trợ trong trường hợp siêu âm không xác định chắc chắn vị trí hoặc thai được chẩn đoán chậm, nhau bám chặt vào nhiều cơ quan nên cần đánh giá tiên lượng trước điều trị.

- Nguyên lý:

Theo Cavanagh (1958) sự thụ thai có thể xảy ra ở cùng đồ sau, do tích tụ lại của tinh trùng và trứng, do sự dịch chuyển của dòng chảy trong khoang phúc mạc. Một số giả thuyết khác như trứng rụng trễ gần giai đoạn hành kinh hay phôi dù làm tổ trong cơ quan sinh dục nhưng di trú theo hệ bạch huyết tới các khoang trong phúc mạc.

- Mục đích của kỹ thuật:

- Tần suất tử vong cao TTOB gấp 7,7 lần thai ở vòi trứng và 90 lần thai trong tử cung. Với tần suất hiếm và tỉ lệ tử vong cao nên cần chẩn đoán sớm để có can thiệp kịp thời là điều rất quan trọng. Tỉ lệ tử vong đã giảm xuống từ 20 % còn < 5 % trong 2 thập kỷ qua nhờ can thiệp sớm do chẩn đoán sớm.

2. CHỈ ĐỊNH

- Huyết động học không ổn định.

- Có triệu chứng vỡ của khối thai hoặc dấu hiệu chảy máu trong ổ bụng: đau bụng nhiều, dịch ổ bụng, …

- Choáng mất máu.

- Chống chỉ định với điều trị nội khoa bằng Methotrexate.

- Thất bại với điều trị nội khoa bằng Methotrexate.

- Người bệnh từ chối điều trị nội khoa bằng Methotrexate hoặc không thể theo dõi lâu dài.

- β-hCG > 10000 mIU/ml và kích thước khối thai > 4 cm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chưa thấy rõ khối thai ngoài.
- Thai chưa xác định vị trí.

4. THẬN TRỌNG

- Sử dụng thuốc chống đông máu.
- Có các bệnh nội khoa kết hợp: suy thận, suy tim, suy giảm miễn dịch.
- Thể tích tuần hoàn bị suy giảm chưa được bù đủ khối lượng tuần hoàn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ
- Điều dưỡng dụng cụ: 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 người bệnh (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 từ 1 - 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Vào 4 Trocar

- Vào trocar 10: ở rốn.
- Bơm CO_2 đến áp lực chuẩn (12 - 15 mmHg).
- Đánh giá sơ bộ ổ bụng: có tổn thương cơ quan trong ổ bụng khi vào trocar 10 không, thám sát toàn bộ ổ bụng.
- Vào 3 trocar 5: ở hai hố chậu và ở trên mu.

Lưu ý:

- Nếu nghi ngờ dính: vào bụng gián tiếp bằng kim Verres.
- Nếu khó hơn: vào bụng bằng kỹ thuật Hasson.
- Các trocar cách nhau 8 - 10 cm.

6.2. Bước 2: Xác định vị trí khối TNTC

- Rửa sạch ổ bụng: nếu có máu, gỡ dính nếu cần.
- Thám sát kỹ toàn bộ ổ bụng. Kết hợp hình ảnh học (Siêu âm + MRI trước phẫu thuật) để xác định chính xác vị trí TNTC trong ổ bụng hoặc TNTC ngoài phúc mạc.

6.3. Bước 3: Cắt khối TNTC

- Bộc lộ rõ vị trí khối TNTC trong ổ bụng hoặc ngoài phúc mạc: gỡ dính nếu có.
- Tách khối TNTC ra khỏi các cấu trúc giải phẫu xung quanh 1 cách an toàn bằng các thao tác nhẹ nhàng với dụng cụ nội soi cơ bản (grasper, kẹp ruột, kéo, bipolar, …)

Lưu ý: có thể dùng cây nước, bơm nước quanh khối thai, làm lỏng lẻo và tách khối thai ra khỏi vị trí bám nếu cần.

- Lấy bệnh phẩm bỏ vào bao, đưa bao ra ngoài qua lỗ trocar trên vệ hoặc hố chậu. Hạn chế tối đa việc rơi vãi mô trong ổ bụng.
- Kiểm tra cầm máu kỹ.
- Rửa sạch ổ bụng.
- Tháo khí CO_2 và đóng bụng.

Lưu ý: có thể đặt dẫn lưu ổ bụng nếu thấy nguy cơ chảy máu cao, dịch tồn đọng nhiều,…

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop noi Benh vien tu nhan Viet Nam_28/03/2025 15:28:08

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

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: hematoma vị trí các lỗ trocar thành bụng, xuất huyết nội.
- Viêm phúc mạc khu trú hoặc toàn thể.
- Tổn thương đường tiêu hóa: ruột non, đại tràng, trực tràng.
- Tổn thương đường tiết niệu: bàng quang, niệu quản.

7.3. Biến chứng muộn

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Amr Elmoheen, Waleed Salem, Mahmoud Eltawagny, Rehab Elmoheen, and Khalid Bashir. The Largest Tubal Pregnancy: 14th Week. Case Reports in Obstetrics and Gynecology 2020; 1-7.

2. Aron Poole, David Haas, and Everett F. Magann. Early abdominal ectopic pregnancies: a systematic review of the literature. Gynecol Obstet Invest 2012, 74:249-60

3. Nilesh Agarwal, and Funlayo Odejinmi. Early abdominal ectopic pregnancy: challenges, update and review of current management. The Obstetrician & Gynaecologist 2014, 16:193-198.

4. Studdiford WE: Primary peritoneal pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1942; 44:487-491

5. Abdominal access techniques used in laparoscopic surgery Uptodate 2023.

6. Journal of Laparoendoscopic and advanced surgical techniques 2019

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoi Binh den tu nha Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

74. PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG GỠ DÍNH, MỞ THÔNG, TẠO HÌNH LOA VÒI

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi ổ bụng gỡ dính, mở thông, tạo hình loa vòi là phẫu thuật tái tạo lại độ thông của vòi tử cung bằng kỹ thuật nội soi ổ bụng.

2. CHỈ ĐỊNH

Viêm dính quanh vòi tử cung, tắc vòi tử cung đoạn xa

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

4. THẬN TRỌNG:

Tiền sử dị ứng thuốc

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 người bệnh (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 khoảng 1-3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Các bước phẫu thuật

Bước 1. **Vào ổ bụng và đánh giá tổng quát**

- Vị trí đặt các trocar 10 ở mép dưới rốn.

- Bơm CO_2 đến áp lực chuẩn (12 - 15 mmHg)

- Đặt 2 Trocar 5 hai hố chậu. Nếu cần thì thêm Trocar ngay bờ trên khớp vệ

- Quan sát tầng trên rốn, chú ý quan sát gan

- Quan sát tiểu khung: đánh giá tử cung, hai buồng trứng, hai vòi tử cung, các cùng đồ

- Đánh giá độ thông của vòi tử cung bằng nghiệm pháp xanh methylen

Bước 2. **Gỡ dính, mở thông, tạo hình vòi tử cung**

- Tôn trọng nguyên tắc: hạn chế gây chấn thương đến mức tối đa

- Gỡ dính giải phóng hoàn toàn hai vòi tử cung và hai buồng trứng, cùng đồ (gỡ dính giải phóng đến mức tối đa, tôn trọng giải phẫu): dùng dao hai cực để đốt sau đó dùng kéo để cắt hoặc dùng dao điện một cực để cắt bỏ màng dính. Trong quá trình gỡ dính cần chú ý không làm tổn thương vòi tử cung cũng như các mạch máu nuôi dưỡng buồng trứng.

- Loa vòi bị chít hẹp: mở rộng loa vòi, cầm máu chọn lọc. Làm cho các tua loa ưỡn ra.

- Loa vòi thành túi bịt: mở thông tạo hình loa vòi bằng cách rạch hình dấu cộng ở vị trí trung tâm loa vòi bị tắc, tạo các tua loa. Cầm máu thật chọn lọc, hạn chế làm tổn thương vòi. Chú ý làm cho các tua loa ưỡn ra xung quanh để hạn chế dính lại sau mổ.

- Bơm xanh methylen kiểm tra độ thông vòi tử cung.

Bước 3: **Cầm máu và rửa ổ bụng**

- Cầm máu
- Rửa sạch ổ bụng;
- Tháo khí CO_2 và rút Trocar khỏi ổ bụng;
- Khâu lại lỗ chọc Trocar;
- Tháo mỏ vịt và cần bơm, sát trùng lại cổ tử cung và âm đạo;
- Dùng kháng sinh sau mổ.

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. Theo dõi: Theo dõi chung như người bệnh hậu phẫu

7.2. Xử trí tai biến

Tràn khí dưới da

Tổn thương mạch máu, hệ tiết niệu, hệ tiêu hóa trong quá trình phẫu thuật.

Nhiễm trùng.

75. PHẪU THUẬT NỘI SOI NỐI VÒI TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi nối vòi tử cung là phẫu thuật tái tạo lại độ thông của vòi tử cung đã tắc do triệt sản bằng kỹ thuật nội soi ổ bụng.

2. CHỈ ĐỊNH

Nối lại vòi tử cung sau triệt sản

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn trạng nội khoa chưa đủ điều kiện để phẫu thuật.
- Tắc vòi tử cung đoạn kẽ.

4. THẬN TRỌNG:

Tiền sử dị ứng thuốc

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hiệp hội Bệnh viện tư nhân Việt Nam_04/05/2025 15:28:08

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 người bệnh (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 khoảng 1 - 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Các bước phẫu thuật

Bước 1. **Soi ổ bụng chẩn đoán**

- Vị trí đặt các Trocar 10 ở mép dưới rốn.

- Bơm CO_2 đến áp lực chuẩn (12 - 15 mmHg)

- Đặt 2 Trocar 5 hai hố chậu. Nếu cần thì thêm Trocar ngay bờ trên khớp vệ

- Quan sát tầng trên rốn, chú ý quan sát gan

- Quan sát tiểu khung: đánh giá tử cung, hai buồng trứng, hai vòi tử cung, các cùng đồ

Bước 2. **Nối lại vòi tử cung**

- Tôn trọng nguyên tắc: hạn chế gây chấn thương đến mức tối đa.

- Gỡ dính giải phóng hai đầu vòi tử cung và hai buồng trứng nếu bị dính.

- Cắt sẹo vòi tử cung, cắt sát vào tổn thương.

- Bơm xanh methylen kiểm tra độ thông của VTC đoạn gần tử cung

- Thực hiện nối vòi tử cung theo kỹ thuật nối tận - tận. Khâu mũi nối ở bờ mạc treo của vòi tử cung, mũi khâu quan trọng nhằm ráp hai đầu vòi lại với nhau.

- Phần còn lại của miệng nối có thể khâu từ 1 đến 3 mũi.

- Bơm xanh methylen kiểm tra độ thông vòi tử cung (không bắt buộc thuốc phải đi qua chỗ nối để ra ở loa vòi).

- Thực hiện kỹ thuật tương tự ở vòi tử cung bên đối diện

Bước 3. Kiểm tra cầm máu và rửa ổ bụng.

Bước 4. Khâu phục hồi thành bụng.

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 ngay trong khi thực hiện phẫu thuật

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

7.2 Tai biến sau phẫu thuật

- Nhiễm trùng

7.3 Tai biến muộn

- Tắc lại vòi tử cung

76. PHẪU THUẬT NỐI VÒI TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH: Nối lại vòi tử cung sau triệt sản

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Tắc vòi tử cung đoạn kẽ.

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, Xanh methylen…

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, …

hhbvtnvn.thanhhoa_Van ban Hop nhat Bo Y te_Thu vien tu Tran Viet Nam_08/07/2025 15:28:08

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (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 khoảng 1 - 2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Mở bụng

- Mở bụng đường ngang trên vệ
- Kiểm tra ổ bụng, bộc lộ vùng tiểu khung

6.2. Bước 2: Nối vòi tử cung

- Đánh giá tổn thương, đặc biệt là hai vòi tử cung.
- Tiến hành gỡ dính, giải phóng tối đa hai phần phụ (nếu có)
- Cắt bỏ tổn thương, test bơm Xanh methylen kiểm tra độ thông của đoạn vòi gần còn lại.
- Đặt catheter vào lòng hai đoạn vòi còn lại (đầu trong catheter phía sừng tử cung- đầu ngoài catheter đi tới loa vòi tử cung).
- Thực hiện nối vòi tử cung tận-tận: 1 mũi mạc treo và các mũi còn lại từ 1-3 mũi ở các vị trí 9h-12h-3h bằng chỉ số 4/0 hay 5/0 (khâu 1 lớp).
- Lần lượt nối cả hai vòi tử cung.
- Sau khi nối xong, bơm xanh methylen kiểm tra độ thông (xanh methylen có thể chảy qua miệng nối)
- Liên tục tưới huyết thanh vào chỗ nối vòi trong lúc mổ.

6.3. Bước 3: Đóng thành bụng: Đóng theo các lớp giải phẫu

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. Theo dõi

- Theo dõi chung như người bệnh hậu phẫu
- Chụp lại phim tử cung vòi trứng sau 2 tháng (nếu cần)
- Chỉ định IUI từ 4 đến 6 chu kỳ

7.2. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu: khâu cầm máu hoặc cầm máu bằng dao điện

7.3. Tai biến sau phẫu thuật

Nhiễm trùng

7.4. Tai biến muộn

Tắc lại vòi tử cung

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van tu phap hoc Benh vien tu than Viet Nam_28/03/2026 15:28:08

77. NONG VÒI TỬ CUNG QUA SOI BUỒNG TỬ CUNG KẾT HỢP VỚI PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Nong vòi tử cung qua soi buồng tử cung kết hợp với nội soi ổ bụng là phẫu thuật dùng để điều trị các trường hợp vô sinh có nguyên nhân do tắc đoạn gần vòi tử cung. Đây là phương pháp có hiệu quả và có chi phí hợp lý cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh vô sinh được xác định có tắc đoạn gần vòi tử cung một hoặc hai bên vòi tử cung

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tắc vòi tử cung đoạn gần sau phẫu thuật cắt vòi trứng
- Bệnh lý chống chỉ định với soi buồng tử cung và phẫu thuật nội soi ổ bụng

4. THẬN TRỌNG: Tiền sử dị ứng thuốc

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, Xanh methylen…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu, dây dẫn đường, ống thông
- 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Benh vien ... Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

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 người bệnh (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 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Các bước phẫu thuật

a) Bước 1: Chẩn đoán

- Nội soi ổ bụng: Các vấn đề cần được đánh giá khi nội soi ổ bụng:

+ Dính bề mặt gan, dính quanh tử cung, dính phúc mạc ổ bụng, dính phần phụ.

+ Đánh giá tổn thương vòi trứng.

+ Bơm xanhmethylen chẩn đoán tình trạng tắc đoạn gần, đoạn xa của VTC.

+ Bệnh lý phụ khoa kèm theo: U buồng trứng, U xơ cơ tử cung, dị dạng sinh dục, lạc nội mạc tử cung.

- Soi buồng tử cung*:* thực hiện soi buồng tử cung chẩn đoán kiểm tra các tổn thương kèm theo như dính buồng tử cung, quá sản nội mạc tử cung, u xơ tử cung dưới niêm mạc, dị dạng bẩm sinh buồng tử cung.

b) Bước 2: Can thiệp nong tắc đoạn gần vòi tử cung qua soi buồng tử cung

- Đưa ống soi có tích hợp đường dẫn catheter qua ống cổ tử cung vào buồng tử cung.

- Đưa đầu cong của nòng định hướng vào miệng của lỗ trong của VTC, sau đó đưa đầu catheter theo nòng định hướng vào một phần của đoạn kẽ VTC và dừng lại.

- Luồn “guide wire” theo catheter vào đoạn kẽ - đoạn eo VTC để qua đoạn tắc.

- Luồn catheter theo “guide wire” để nong đoạn tắc. Kiểm soát đường đi của “guidewire” và catheter qua nội soi ổ bụng.

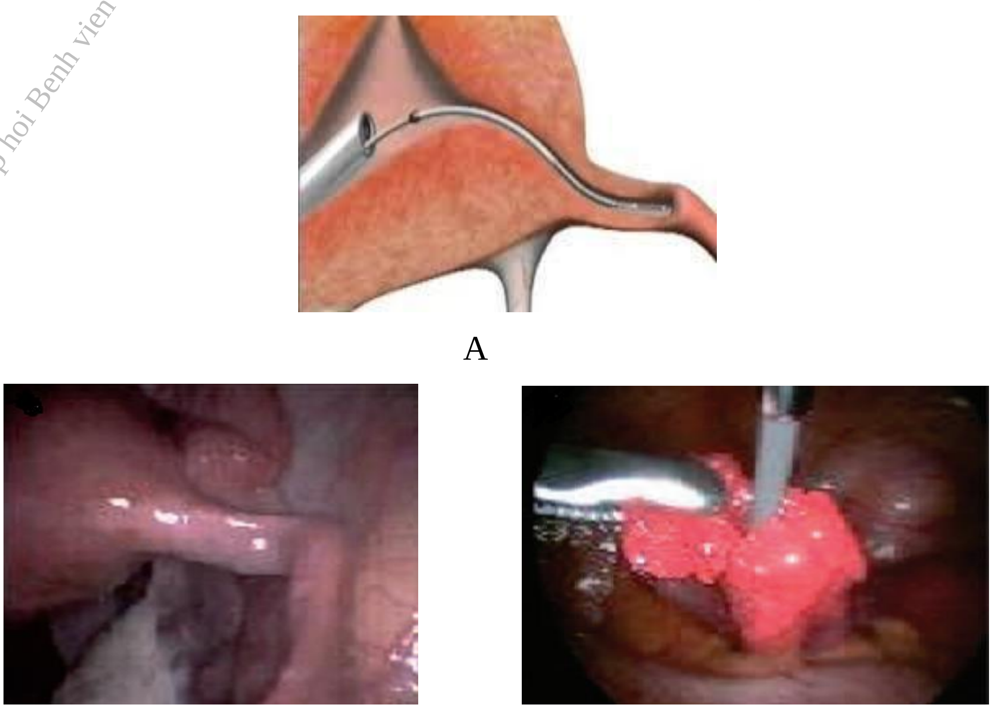
- Sau khi qua hết đoạn gần sẽ rút “guidewire” và bơm Xanh methylen vào catheter. Trong quá trình bơm sẽ rút dần catheter.

c) Bước 3: Đánh giá ngay sau phẫu thuật:

- Nong tắc VTC thành công: khi đưa được đầu catheter qua đoạn tắc và sau khi rút catheter bơm xanhmethylen thấy thuốc qua loa vòi vào ổ bụng.

- Nong tắc VTC thất bại nếu không thể đưa đầu catheter qua được đoạn tắc và bơm xanhmethylen thuốc không qua loa vòi.

Hình ảnh quy trình nong vòi tử cung bằng catheter qua soi buồng tử cung dưới kiểm soát của nội soi ổ bụng



A

B

C

A: Hình ảnh đưa catheter qua lỗ vòi tử cung

B: Đầu catheter qua loa vòi tử cung vào ổ bụng

C: Kiểm soát đầu catheter qua nội soi ổ bụng

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 ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu do tổn thương vòi trứng khi nong
- Tổn thương các tạng trong phẫu thuật nội soi ổ bụng

7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- Nhiễm khuẩn.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hanh ho Benh vien tu nhan_viet_nam_08/05/2025 15:28:08

78. NỘI SOI TREO TỬ CUNG, MỎM CẮT VÀO MỎM NHÔ

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi cố định tử cung mỏm nhô là phương pháp treo tử cung, mỏm cắt sau cắt tử cung bán phần hoặc hoàn toàn vào mỏm nhô bằng lưới polypropylene nhân tạo qua nội soi.

2. CHỈ ĐỊNH: Sa sinh dục (ưu tiên < 65 tuổi)

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Mổ cũ vùng tiểu khung dính nhiều.
- Bệnh lý nội khoa chống chỉ định 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.
- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch,…
- 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…
- Lưới polypropylene.
- 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hiệp hội Bệnh viện tư nhân Việt Nam_08/05/2025 15:28:08

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 người bệnh (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: Khoảng 1- 3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước1: Bóc tách mỏm nhô

- Dùng kim thẳng xuyên qua thành bụng treo đại tràng sigma vào thành bụng.
- Bóc tách phúc mạc mỏm nhô cột sống chú ý không làm tổn thương 2 mạch máu.
- Bóc tách phúc mạc từ mỏm nhô tới dây chằng tử cung - cùng phải

6.2. Bước 2: Bóc tách trực tràng âm đạo

- Đặt van thẳng âm đạo làm căng thành sau âm đạo.
- Bóc tách trực tràng khỏi thành sau âm đạo tới ống hậu môn
- Bộc lộ cơ nâng hậu môn 2 bên.

6.3. Bước 3: Bóc tách bàng quang âm đạo

- Bóc tách phúc mạc thành trước âm đạo tới cổ bàng quang.
- Tạo cửa sổ phúc mạc 2 bên eo tử cung.

6.4. Bước 4: Đặt lưới và cố định lưới

- Đính miếng polypropylene vào đỉnh phần âm đạo bóc tách và eo tử cung bằng chỉ không tiêu.
- Đính mảnh lưới polypropylene sau vào 2 cơ nâng hậu môn và 2 dây chằng tử cung cùng.
- Vòng 2 cánh miếng polypropylene quanh eo tử cung buộc chặt lại.
- Khâu 2 mảnh polypropylene trước sau với nhau ở vị trí dây chằng tử cung cùng.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien Noi tiet Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

6.5. Bước 5: Phủ phúc mạc

- Phủ phúc mạc trước sau.

6.6. Bước 6: Cố định lưới vào mỏm nhô+ phủ phúc mạc mỏm nhô

- Cố định miếng polypropylene vào mỏm nhô.
- Phủ phúc mạc mỏm nhô

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 phòng hậu phẫu.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương bàng quang: Khâu lại bàng quang và tiếp tục phẫu thuật
- Tổn thương trực tràng: Chuyển phẫu thuật đường âm đạo và hội chẩn chuyên khoa tiêu hóa để xử trí theo tổn thương.
- Tổn thương mạch máu: hội chẩn chuyên khoa ngoại xử trí theo tổn thương

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tụ máu sau phúc mạc: Theo dõi tiến triển khối máu tụ, không phải xử trí.
- Chảy máu trong ổ bụng: Mổ lại cầm máu
- Chảy máu âm đạo: khâu đường dưới cầm máu
- Nhiễm khuẩn: kháng sinh

7.3. Biến chứng muộn

- Tắc ruột sau mổ: Xử trí nội khoa trước (hút dịch dạ dày), không kết quả phải mổ lại.
- Táo bón: Do tấm lưới phía sau đè lên trực tràng quá nhiều → tháo lưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Synthese de recommendations pour le traitement chirugical du prolapsus genital non recidive de la femme (AFU, CNGOF, SCGP, SIFUD-PP, SNFCP)-2016.

2. Incontinence anal - SNFGE-2018.

79. MỞ BỤNG TREO TỬ CUNG, MỎM CẮT VÀO MỎM NHÔ

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật mổ mở cố định tử cung mỏm nhô là phương pháp treo tử cung, mỏm cắt sau cắt tử cung bán phần hoặc hoàn toàn vào mỏm nhô bằng lưới polypropylene nhân tạo.

2. CHỈ ĐỊNH: Sa sinh dục kèm u xơ tử cung to/mổ cũ dính.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Mổ cũ vùng tiểu khung dính nhiều.
- Bệnh lý nội khoa chống chỉ định phẫu thuật.

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
- Điều dưỡng dụng cụ: 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, lưới polypropylene.
- 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 người bệnh (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 - 2,5 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QUI TRÌNH PHẪU THUẬT

6.1. Bước 1: Bóc tách mỏm nhô

- Bóc tách phúc mạc mỏm nhô cột sống, chú ý không làm tổn thương 2 mạch máu.

- Bóc tách phúc mạc từ mỏm nhô tới dây chằng tử cung - cùng phải.

6.2. Bước 2: Bóc tách trực tràng âm đạo

- Đặt van thẳng âm đạo làm căng thành sau âm đạo.

- Bóc tách trực tràng khỏi thành sau âm đạo tới ống hậu môn

- Bộc lộ cơ nâng hậu môn 2 bên.

6.3. Bước 3: Bóc tách bàng quang âm đạo

- Bóc tách phúc mạc thành trước âm đạo tới cổ bàng quang.

- Tạo cửa sổ phúc mạc 2 bên eo tử cung.

6.4. Bước 4: Đặt lưới và cố định lưới

- Đính miếng polypropylene vào đỉnh phần âm đạo bóc tách và eo tử cung bằng chỉ không tiêu.

- Đính mảnh lưới polypropylene sau vào 2 cơ nâng hậu môn và 2 dây chằng tử cung cùng.

- Vòng 2 cánh miếng polypropylene quanh eo tử cung buộc chặt lại.

- Khâu 2 mảnh polypropylene trước sau với nhau ở vị trí dây chằng tử cung cùng.

6.5. Bước 5: Phủ phúc mạc: Phủ phúc mạc trước sau.

6.6. Bước 6: Cố định lưới vào mỏm nhô+ phủ phúc mạc mỏm nhô

Cố định miếng polypropylene vào mỏm nhô. Phủ phúc mạc mỏm nhô

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hien hoa Benh vien tu than Viet Nam_18/03/2026 15:28:08

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 phòng hậu phẫu.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương bàng quang: Khâu lại bàng quang và tiếp tục phẫu thuật
- Tổn thương trực tràng: Chuyển phẫu thuật đường âm đạo và hội chẩn chuyên khoa tiêu hóa để xử trí theo tổn thương.
- Tổn thương mạch máu: hội chẩn chuyên khoa ngoại xử trí theo tổn thương

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tụ máu sau phúc mạc: Theo dõi tiến triển khối máu tụ, không phải xử trí.
- Chảy máu trong ổ bụng: Mổ lại cầm máu
- Chảy máu âm đạo: Khâu đường dưới cầm máu
- Nhiễm khuẩn: kháng sinh

7.3. Biến chứng muộn

- Tắc ruột sau mổ: Xử trí nội khoa trước (hút dịch dạ dày), không kết quả phải mổ lại.
- Táo bón: Do tấm lưới phía sau đè lên trực tràng quá nhiều → tháo lưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Synthese de recommendations pour le traitement chirugical du prolapsus genital non recidive de la femme (AFU, CNGOF, SCGP, SIFUD-PP, SNFCP)-2016.

2. Incontinence anal - SNFGE-2018.

80. PHẪU THUẬT CROSSEN

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật Crossen bao gồm cắt tử cung đường âm đạo, khâu treo bàng quang, làm lại thành trước và thành sau âm đạo.

2. CHỈ ĐỊNH: Sa sinh dục có sa tử cung độ III

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Sa sinh dục không có sa tử cung.

4. THẬN TRỌNG: Người có bệnh nền cao huyết áp, bệnh tim mạch, tiểu đường nặng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật chính: 01 bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ
- Điều dưỡng dụng cụ: 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 người bệnh (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. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1:

- Rạch vòng quang cổ tử cung chỗ tiếp giáp bàng quang cổ tử cung.
- Đẩy bàng quang lên cao.
- Vào túi cùng trước và sau.
- Bóc tách thành âm đạo khỏi bàng quang.
- Khâu treo bàng quang bằng chỉ vicryl 2/0 bằng cách khâu túi.

6.2. Bước 2*:* cắt tử cung đường âm đạo.

- Cặp cắt dây chằng Mạkenrodt và động mạch tử cung. Khâu các cuống mạch.
- Lộn tử cung ra ngoài, cặp cắt 2 cuống phần phụ. Khâu các cuống mạch.

6.3. Bước 3*:* Cắt bớt thành âm đạo trước. Đóng mỏm cắt.

6.4. Bước 4: Khâu cơ thắt âm môn. Làm lại tầng sinh môn.

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 hồi sức sau mổ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong thực hiện phẫu thuật:

- Chảy máu: thường do tụt cuống mạch và phần phụ: Khâu buộc lại các cuống mạch
- Tổn thương bàng quang, trực tràng: Khâu lại và lưu ống thông bàng quang 7 ngày. Tổn thương trực tràng cần hội chẩn chuyên khoa ngoại.

7.2. Tai biến sau thực hiện kỹ thuật:

- Chảy máu:

+ Trong ổ bụng: Nội soi cầm máu.

+ Chảy máu âm đạo: Khâu cầm máu, chèn meches.

- Tụ máu mỏm cắt: Kháng sinh, cân nhắc truyền máu, phẫu thuật lấy khối máu tụ nếu cần.

- Nhiễm trùng: Điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch, sát trùng âm đạo.

7.3. Biến chứng muộn: Dính ruột: Phác đồ ngoại khoa.

hhbvtnvn.thanhhoa_Vanthu_Tiepnoi Benhvien... Viet Nam_06/05/202... 15:28:08

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Examen clinique et classification du prolapsus genital-CNGOF 2007.

2. Synthese de recommendations pour le traitement chirugical du prolapsus genital non recidive de la femme (AFU, CNGOF, SCGP, SIFUD-PP, SNFCP)-2016.

3. Incontinence anal - SNFGE-2018.

4. Sa sinh dục. Bộ Y Tế 2003.

5. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành phụ sản 2013, tr 145-147

81. PHẪU THUẬT MANCHESTER

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật Manchester - Fothergill bao gồm cắt cụt cổ tử cung, khâu 2 dây chằng Mackenrodt bằng chỉ không tiêu vào mặt trước cổ tử cung. Khâu treo bàng quang và làm lại thành âm đạo trước sau nếu cần.

2. CHỈ ĐỊNH: Phì đại cổ tử cung

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Viêm nhiễm âm đạo CTC

4. THẬN TRỌNG: Phân biệt với sa sinh dục

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ
- Điều dưỡng dụng cụ: 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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu 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. TẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Rạch vòng quanh cổ tử cung.

- Rạch vòng quanh cổ tử cung.
- Đẩy âm đạo trước sau lên tới eo tử cung.
- Cặt 2 dây chằng Mackenrodt. Bóc dây chằng ra khỏi tử cung.
- Cắt cụt cổ tử cung.
- Khâu 2 dây chằng bắt chéo trước cổ tử cung bằng chỉ ethibond số 0.

6.2. Bước 2: Làm lại thành âm đạo trước và khâu treo bàng quang nếu cần.

6.3. Bước 3: Khâu 2 mũi Sturmdoff ở cổ tử cung.

6.4. Bước 4: Làm lại thành sau âm đạo và tầng sinh môn.

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 phòng hậu phẫu.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Theo dõi:

- Rút sonde tiểu và mèche âm đạo sau 24 giờ.
- Dùng kháng sinh 7 ngày.
- Làm thuốc âm đạo hàng ngày.

-Tổn thương bàng quang: Khâu lại bàng quang và lưu ống thông bàng quang 7 ngày.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu CTC: chèn meches, khâu CTC

- Nhiễm trùng: Điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch.

7.3. Biến chứng muộn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phẫu thuật Manchester, Bộ Y tế, *Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh Phụ sản 2013,* tr 148-149.

2. Phẫu thuật Manchester, Phan Trường Duyệt, *Phẫu thuật Sản phụ khoa. 2019.*

82. PHẪU THUẬT RICHTER

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phap che Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật Richter là phương pháp treo mỏm cắt âm đạo sau cắt tử cung vào dây chằng cùng gai. Phương pháp này làm giảm tỷ lệ tái phát sa sinh dục

2. CHỈ ĐỊNH

- Sa sinh dục có sa thành sau âm đạo
- Những trường hợp đã cắt tử cung (hoàn toàn hoặc bán phần) có sa thành sau âm đạo

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Sa sinh dục không có sa thành sau âm đạo.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật chính: 01 bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ
- Điều dưỡng dụng cụ: 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hien hoa Benh vien tu nhan_28/03/2025 15:28:08

- 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 người bệnh (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: Khoảng 1 - 3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Xác định dây chằng cùng gai và khâu chỉ chờ

- Sát khuẩn đặt sonde tiểu.
- Cặp 3 pince allice thẳng hàng vào thành sau âm đạo vị trí gần cổ tử cung, giữa âm-đạo, gần âm môn để định hướng đường rạch âm đạo.
- Rạch dọc thành sau âm đạo.
- Bóc tách vào hố ngồi trực tràng đến gai hông và tìm dây chằng cùng gai 1 bên.
- Khâu sợi chỉ chờ Prolene vào dây chằng cùng gai.

6.2. Bước 2: Cắt tử cung đường âm đạo

- Rạch vòng quanh cổ tử cung.
- Bóc tách đẩy bàng quang lên cao
- Vào cùng đồ sau và cùng đồ trước
- Tiến hành cắt tử cung hoàn toàn để lại 2 phần phụ.
- Khâu cầm máu các cuống mạch, dây chằng và mỏm cắt bằng chỉ Vicryl 1.0.

6.3. Bước 3: Khâu treo bàng quang

6.4. Bước 4: Khâu mỏm âm đạo

- Làm lại thành trước âm đạo nhưng cắt âm đạo một cách tiết kiệm.
- Khâu sợi Prolene vào mỏm cắt thành sau âm đạo.
- Khâu 2/3 vết rạch âm đạo.

6.5. Bước 5: Treo mỏm cắt âm đạo vào dây chằng cùng gai

- Xiết chỉ Prolene đẩy mỏm cắt lên cao
- Khâu nốt vết rạch âm đạo.
- Đặt 2 mèche đặt âm đạo

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop nhat Benh vien tu nhan Viet Nam_18/03/2026 15:28:08

6.6. 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 hồi sức sau mổ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi
- Rút sonde tiểu và meche âm đạo sau 24 giờ.
- Dùng kháng sinh 7 ngày.
- Làm thuốc âm đạo hàng ngày.

7.1. Tai biến trong thực hiện phẫu thuât:

- Tổn thương bàng quang: khâu lại bàng quang và lưu ống thông bàng quang.
- Tổn thương trực tràng: khâu lại trực tràng và tiếp tục phẫu thuật.
- Chảy máu do chạm mạch máu: dùng mèches chèn cầm máu hoặc nút mạch.

7.2. Tai biến sau thực hiện kỹ thuật:

- Chảy máu âm đạo: Khâu cầm máu, chèn meches.
- Tụ máu mỏm cắt: Kháng sinh, cân nhắc truyền máu, phẫu thuật lấy khối máu tụ nếu cần.
- Nhiễm trùng: Điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch, sát trùng âm đạo.
- Đau mặt trong đùi hoặc mông: theo dõi, có thể dụng thuốc giảm đau.

7.3. Biến chứng muộn: Dính ruột: Phác đồ ngoại khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Examen clinique et classification du prolapsus genital- CNGOF 2007.

2. Synthese de recommendations pour le traitement chirugical du prolapsus genital non recidive de la femme (AFU, CNGOF, SCGP, SIFUD-PP, SNFCP)- 2016.

83. PHẪU THUẬT RICHARDSON

1. ĐẠI CƯƠNG

Có nhiều phương pháp điều trị sa sinh dục: phương pháp cắt bỏ tử cung, phương pháp giữ lại tử cung và treo lên, trong đó phẫu thuật Richardson là phương pháp bảo tồn tử cung và treo tử cung vào dây chằng cùng gai.

2. CHỈ ĐỊNH: Sa sinh dục có sa thành sau âm đạo + bảo tồn tử cung.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Sa sinh dục không có sa thành sau.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật chính: 01 bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ
- Điều dưỡng dụng cụ: 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hieu hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

- 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 người bệnh (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: Dự kiến 1 - 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Xác định dây chằng cùng gai, khâu chỉ chờ

- Sát khuẩn đặt ống thông bàng quang.

- Cặp 3 pince allis thẳng hàng vào thành sau âm đạo vị trí gần cổ tử cung, giữa âm đạo, gần hậu môn để định hướng đường rạch âm đạo.

- Rạch dọc thành sau âm đạo

- Bóc tách vào hố ngồi trực tràng đến gai hông và tìm dây chằng cùng gai 1 bên.

- Khâu sợi chỉ chờ Prolene vào dây chằng cùng gai.

- Khâu sợi Prolene vào mặt sau cổ tử cung

6.2. Bước 2: Khâu mỏm cắt âm đạo

- Làm lại thành trước âm đạo nhưng cắt âm đạo một cách tiết kiệm.

- Khâu 2/3 vết rạch âm đạo.

6.3. Bước 3: Treo cổ tử cung vào dây chằng cùng gai

- Xiết chỉ prolene đẩy tử cung lên cao.

- Khâu nốt vết rạch âm đạo

- Đặt 2 mèche đặt âm đạo.

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 hồi sức sau mổ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi:

- Rút sonde tiểu và meche âm đạo sau 24 giờ.

- Dùng kháng sinh 7 ngày.

- Làm thuốc âm đạo hàng ngày.

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương trực tràng: Khâu lại trực tràng và tiếp tục phẫu thuật.
- Chảy máu do chạm mạch máu: dùng meche chèn cầm máu hoặc gây tắc mạch.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tụ máu âm đạo: Điều trị nội khoa hoặc mổ lại lấy khối máu tụ
- Nhiễm trùng: Điều trị kháng sinh đường uống hoặc tĩnh mạch.
- Đau mặt trong đùi hoặc mông: Theo dõi, có thể dùng thuốc giảm đau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Examen clinique et classification du prolapsus genital- CNGOF 2007.

2. Synthese de recommendations pour le traitement chirugical du prolapsus genital non recidive de la femme (AFU, CNGOF, SCGP, SIFUD-PP, SNFCP)-2016.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hieu hoaBenhvien... nam Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

84. PHẪU THUẬT LEFORT

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật khâu bịt âm đạo ở người già. Dính mặt âm đạo trước và sau với nhau bịt kín âm đạo.

2. CHỈ ĐỊNH: Sa sinh dục ở người già không còn nhu cầu quan hệ tình dục.

Điều kiện: Tử cung và cổ tử cung không có tổn thương và nhiễm trùng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Viêm âm đạo CTC

Ung thư CTC, ung thư niêm mạc tử cung

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật chính: 01 bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ
- Điều dưỡng dụng cụ: 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 người bệnh (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. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1:Rạch bỏ mảnh âm đạo thành trước.

- Rạch âm đạo thành trước hình chữ nhật bờ trên cách lỗ niệu đạo 2 cm và bờ dưới cách lỗ cổ tử cung 2 cm. Hai bên là 2 đường rạch thẳng theo 2 bờ bên của tử cung.

6.2. Bước 2: Rạch bỏ mảnh thành âm đạo sau

- Rạch và bóc tách mảnh âm đạo sau hình chữ nhật. Mảnh mặt sau và mặt trước phải giống nhau về kích thước và ngang vị trí nhau.

6.3. Bước 3: Khâu ép niêm mạc âm đạo sau và trước.

Hàng thứ nhất khâu mép rạch ngang trước cổ tử cung với mép rạch ngang phía sau cổ tử cung. Để 1 ống dẫn lưu ngang qua lỗ cổ tử cung. Khâu mép âm đạo trên ở mặt trước với mép âm đạo trên ở mặt sau. Ống dẫn lưu sẽ tạo một rãnh dẫn lưu dịch chảy từ cổ tử cung ra ngoài.

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 hồi sức sau mổ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi:

- Rút sonde tiểu sau 24 giờ.

- Dùng kháng sinh 7 ngày.

7.1. Tai biến trong thực hiện phẫu thuật

- Chảy máu: Mổ lại cầm máu.

- Thủng bàng quang, trực tràng: khâu lại bàng quang.

7.2. Tai biến sau thực hiện phẫu thuật

- Nhiễm trùng: Điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch.

7.3. Biến chứng muộn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Synthese de recommendations pour le traitement chirugical du prolapsus genital non recidive de la femme (AFU, CNGOF, SCGP, SIFUD-PP, SNFCP)-2016.

2. Incontinence anal - SNFGE-2018.

3. Sa sinh dục. Bộ Y Tế 2003.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hieu hoa Benh vien tu nam viet nam_08/05/2025 15:28:08

85. PHẪU THUẬT LABHART

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật khâu bịt âm đạo ở người già. Dính 2 thành âm đạo bên với nhau.

2. CHỈ ĐỊNH: Sa sinh dục ở người già không còn nhu cầu quan hệ tình dục.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tử cung và cổ tử cung có tổn thương nghi ngờ ung thư và nhiễm trùng.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật chính: 01 bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ
- Điều dưỡng dụng cụ: 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 người bệnh (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. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1:

- Rạch thành âm đạo bên hình tam giác đáy ở thành sau âm đạo.
- Một cạnh hình tam giác ở mặt trong môi bé. Một cạnh ở thành bên.
- Đỉnh vết rạch lên cao gần lỗ niệu đạo.

6.2. Bước 2*:*

- Khâu tạo nếp gấp ở mặt trước trực tràng bằng cá mũi vicryl 2.0
- Khâu 2 vết rạch 2 bên với nhau.

6.3. Bước 3*:* Làm lại tầng sinh môn.

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 hồi sức sau mổ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi

- Rút sonde tiểu sau 24 giờ.
- Dùng kháng sinh 7 ngày.

7.1. Tai biến trong thực hiện phẫu thuât:

- Tổn thương bàng quang: Khâu lại và lưu ống thông bàng quang 7 ngày.
- Tổn thương trực tràng cần hội chẩn chuyên khoa ngoại.
- Chảy máu: Khâu lại cầm máu

7.2. Tai biến sau thực hiện phẫu thuât:

- Nhiễm trùng: Điều trị kháng sinh.
- Chảy máu: Mổ lại cầm máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Examen clinique et classification du prolapsus genital- CNGOF 2007.

2. Synthese de recommendations pour le traitement chirugical du prolapsus genital non recidive de la femme (AFU, CNGOF, SCGP, SIFUD-PP, SNFCP)- 2016.

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hiệp hội...Việt Nam_08/0...6 15:28:08

86. PHẪU THUẬT KHÂU NGẮN DÂY CHẰNG TỬ CUNG CÙNG ĐIỀU TRỊ SA SINH DỤC

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật khâu ngắn và khâu đính dây chằng tử cung cùng là phẫu thuật may cố định vùng đỉnh của âm đạo vào dây chằng tử cung cùng trong điều trị sa đỉnh, thường được thực hiện qua ngả âm đạo. Các nghiên cứu cho thấy phẫu thuật qua ngả bụng mang lại kết cục tốt hơn cho các người bệnh sa tạng chậu, đặc biệt ở các trường hợp sa đỉnh nặng. Trong đó, phẫu thuật cố định vào mỏm nhô được xem là tiêu chuẩn vàng. Tuy nhiên, phẫu thuật lại mang đến nguy cơ biến chứng liên quan đến mesh.

Vì lý do này, sau khi cắt tử cung hoàn toàn, phẫu thuật khâu ngắn và khâu đính dây chằng tử cung cùng có thể là kỹ thuật thay thế để giảm biến chứng liên quan đến mesh và các nguy cơ khác như tổn thương ruột, mạch máu khi bóc tách bộc lộ mỏm nhô.

Với sự phát triển của phẫu thuật nội soi với lợi điểm đường mổ nhỏ, thời gian nằm viện ngắn, lượng máu mất ít, phục hồi sau mổ nhanh, kỹ thuật này có thể thực hiện qua ngả nội soi. Tỉ lệ thành công của kỹ thuật trong điều trị sa đỉnh vào khoảng 90%.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp sa tạng vùng đỉnh, đặc biệt trong các trường hợp cần phục hồi nâng đỡ vùng đỉnh âm đạo sau cắt tử cung.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có thai.
- Nhiễm trùng vùng chậu chưa điều trị ổn.

4. THẬN TRỌNG

Thận trọng khi phẫu thuật trên người bệnh béo phì, có bệnh lý nội khoa kèm theo.

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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Benh vien tu nhan Viet Nam_08/0_/202_ 15:28:08

- 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 người bệnh (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.

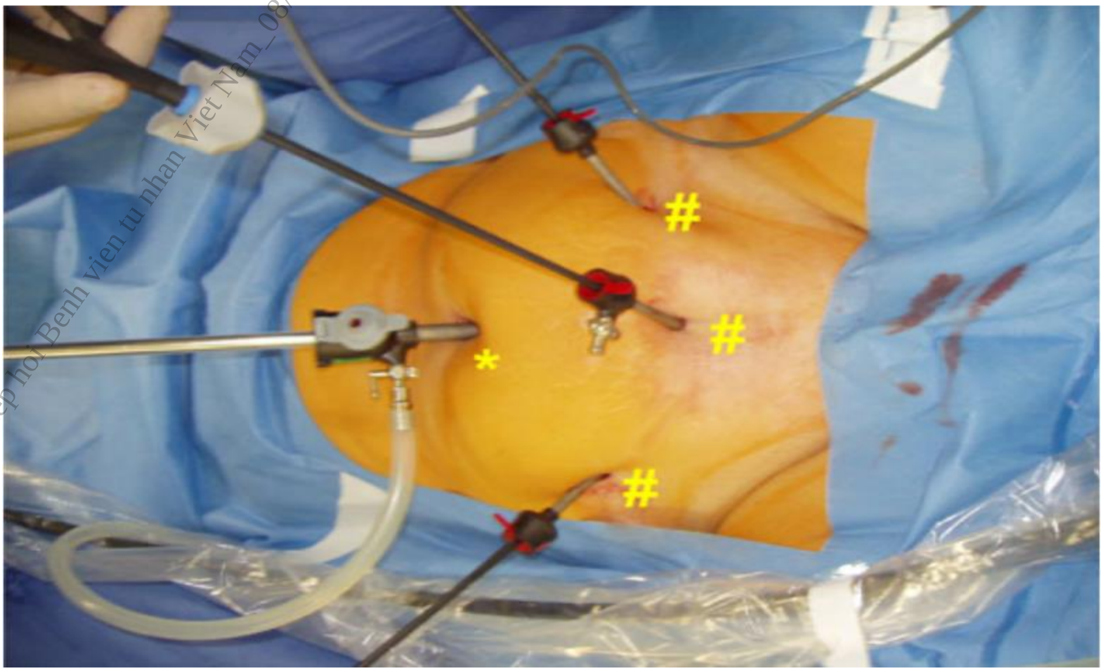
5.6. Thời gian thực hiện: 1-2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vào trocar (Hình 1)

Vào trocar 10 mm ở rốn. CO_2 được bơm vào ổ bụng với áp lực 12 mmHg. 2 trocar 5 mm được đặt ở phía trên trong 2 gai chậu trước trên 2 - 4 cm, 1 trocar 5 mm còn lại đặt ở vị trí trên xương mu 2 - 3 cm. Vị trí vào trocar có thể thay đổi tuỳ thuộc vào độ lớn của tử cung để thuận lợi cho phẫu thuật cắt tử cung.



Hình 1. Vị trí vào trocar

6.2. Bước 2: Xác định niệu quản 2 bên

Cần xác định đường đi niệu quản 2 bên vì nguy cơ khi may đính dây chằng tử cung cùng làm gập góc hoặc thắt niệu quản

6.3. Bước 3: Xác định dây chằng tử cung cùng 2 bên

Trước khi cắt tử cung, cần xác định dây chằng tử cung cùng 2 bên bằng cách đẩy tử cung sang bên đối diện và lên trên với cây đẩy. Với kỹ thuật này, dây chằng tử cung cùng sẽ căng và dễ nhìn thấy.

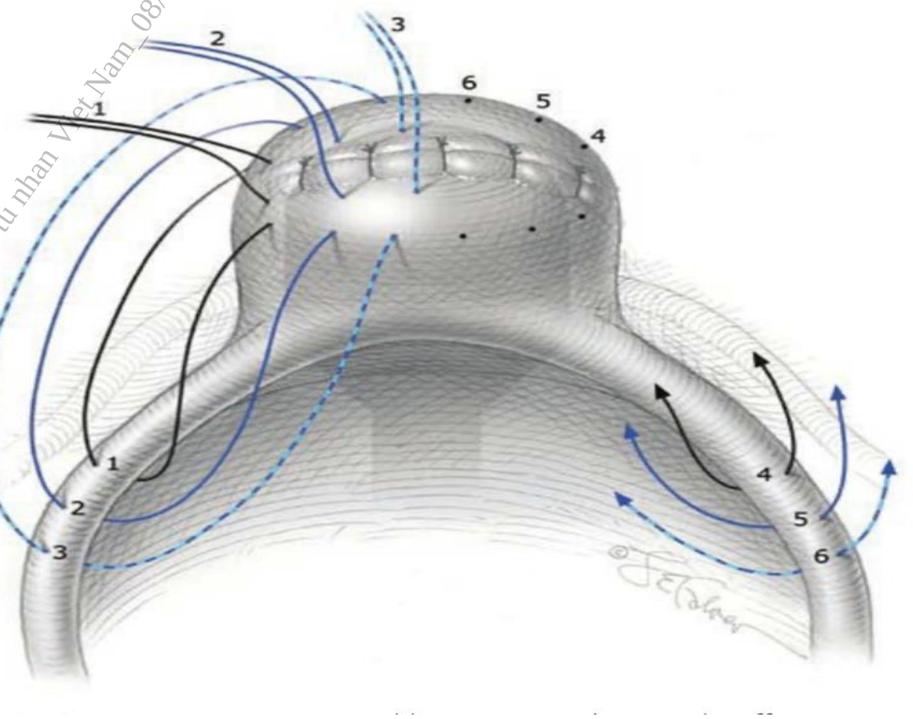
Với người bệnh đã cắt tử cung trước đó, mỏm cắt có thể được đẩy lên bằng cây đẩy chuyên dụng.

Dây chằng tử cung cùng thường đi phía trong và phía sau niệu quản, vì giải phẫu liên quan nên tổn thương niệu quản thường gặp. Điểm giữa của dây chằng tử cung cùng thường ở vị trí gai hông. Ở phụ nữ không có sa tạng chậu, cổ tử cung và phần trên âm đạo thường ở ngang mức gai hông, vì thế đây là vị trí làm mốc để thực hiện các mũi may đính. Tuy nhiên, vị trí này có thể thay đổi tuỳ theo độ dài âm đạo.

6.4. Bước 4: Khâu đính dây chằng tử cung cùng (Hình 2)

Mũi may đầu tiên sẽ đi qua phần giữa dây chằng tử cung cùng (vị trí mốc ngang gai hông) và đính vào giữa mỏm cắt. (Mũi may số 3 và số 6).

Các mũi may tiếp theo cách mũi may đầu 1 cm, có thể thực hiện 2 hoặc 3 mũi mỗi bên tuỳ vào độ rộng mỏm cắt và phẫu thuật viên.



Hình 2. Khâu đính dây chằng tử cung cùng

6.5. Bước 5: Kiểm tra niệu quản, khám trực tràng

Kiểm tra toàn vẹn niệu quản bằng cách tìm đường đi niệu quản hoặc soi bàng quang. Nếu nghi ngờ tổn thương, có thể cắt mối chỉ may lần lượt ở vị trí thấp nhất (do niệu quản gần vị trí thấp nhất dây chằng tử cung cùng).

Khám trực tràng để xác định mỏm cắt đã đính vào dây chằng tử cung cùng và loại trừ chỉ may ở lòng trực tràng.

6.6. 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.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong và sau khi thực hiện kỹ thuật

Tổn thương mạch máu: thường xảy ra trong thì vào bụng, các tổn thương mạch máu chính thường gặp như vách chậu (động tĩnh mạch chậu ngoài), trong phúc mạc (mạch máu mạc treo, mạch máu tử cung buồng trứng), sau phúc mạc (động tĩnh mạch chậu trong, tĩnh mạch chủ dưới, động mạch chủ bụng)

Tổn thương đường tiêu hóa hoá: nguy cơ tổn thương ruột từ 0.08 % - 0.3 %. Tổn thương do cắt hoặc rách có thể phát hiện sớm sau mổ với triệu chứng bụng ngoại khoa, sốt, mất nhu động ruột. Tổn thương muộn do đốt điện có thể gặp sau 10 - 12 ngày. Phát hiện muộn có thể dẫn đến nhiễm trùng huyết nặng, tỉ lệ tử vong đến 20 %

Tổn thương đường tiết niệu: nguy cơ tổn thương bàng quang từ 0.05%-0.66%, thường do trocar trên vệ hoặc tách dính bàng quang ở người bệnh có phẫu thuật vùng chậu trước đó. Tổn thương niệu quản là biến chứng thường gặp nhất từ 1-11% trong phẫu thuật này, vì vậy kiểm tra sự toàn vẹn của niệu quản sau khi may cố định và nắm rõ giải phẫu niệu quản

7.2. Biến chứng muộn: dính, nhiễm trùng…

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoffman và Schorge (2020), Williams GYNECOLOGY, Mc Graw Hill.

2. Rebecca và G. Rogers (2013), Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery, Mc Graw Hill.

hhbvtnvn.thanhhoa_Vien Dai Hoc hoa Benh vien tu nhan Viet Nam_06/05/2024 15:28:08

87. KHOÉT CHÓP CỔ TỬ CUNG

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phong noi Benh vien tu nhan viet tam_08/05/2025 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

Khoét chóp cổ tử cung là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ vùng chuyển tiếp ở cổ tử cung bị tổn thương nằm trong âm đạo theo hình chóp nón, có đáy là hai môi trước và sau cổ tử cung.

2. CHỈ ĐỊNH: CIN III, CIS, AIS.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Ung thư cổ tử cung xâm nhập.

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,…
- 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop hoi Benh vien tu nhan viet nam_28/0 202 15:28:08

- 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 người bệnh (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 khoảng 1 - 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Thì 1: Bộc lộ cổ tử cung

- Bộc lộ cổ tử cung, xác định vùng tổn thương bằng Lugol 3%.

- Cặp cổ tử cung.

- Nong cổ tử cung bằng nến Hegar đến số 8.

- Khâu 2 mũi thắt động mạch cổ tử cung âm đạo vị trí 3h và 9h.

6.2. Thì 2: Khoét chóp cổ tử cung

- Dùng dao rạch chếch theo hình nón cụt, đỉnh ở trong quanh cổ tử cung ở phía ngoài vùng tổn thương dài khoảng 1,5 đến 2 cm lấy hết tổn thương.

- Dùng kéo/dao điện cắt thẳng góc với ống cổ tử cung ở đáy phần khoét. Kẹp cầm máu diện cắt.

- Nạo ống cổ tử cung gửi GPBL.

- Đốt cầm máu diện cắt.

- Khâu tạo hình cổ tử cung bằng các mũi Sturmdorf.

- Sát khuẩn lại, chèn meche âm đạo.

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. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu: khâu cầm máu không tốt, do rối loạn đông máu: mổ lại, đốt điện hoặc khâu cầm máu.

Tổn thương đường tiết niệu (niệu đạo, bàng quang): mời chuyên khoa ngoại tiết niệu xử trí.

Thủng trực tràng: mời chuyên khoa ngoại tiêu hóa xử trí.

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.

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), khoét chóp cổ tử cung, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 115-116.

88. CẮT CỤT CỔ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Cắt cụt cổ tử cung là phương pháp cắt bỏ phần cổ tử cung nằm trong âm đạo, đến lỗ trong cổ tử cung. Phẫu thuật được thực hiện tại phòng phẫu thuật dưới gây mê toàn thân.

2. CHỈ ĐỊNH: CIN III, CIS, AIS, ung thư cổ tử cung giai đoạn IA1.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Đang mang thai: trì hoãn đến hết thời kỳ hậu sản.

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,…
- 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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hanh hoa Benh vien tu thanh Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

+ 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 khoảng 1 - 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Bộc lộ cổ tử cung

- Bộc lộ cổ tử cung, xác định vùng tổn thương bằng Lugol 3%.
- Cặp cổ tử cung.
- Nong cổ tử cung bằng nến Hegar đến số 8.
- Khâu 2 mũi thắt động mạch cổ tử cung âm đạo vị trí 3 giờ và 9 giờ.

6.2. Bước 2: Cắt cụt cổ tử cung

- Cắt cụt cổ tử cung dài 2 - 3 cm.
- Nạo ống cổ tử cung gửi GPBL.
- Khâu 2 mũi Sturmdorf phía trước và sau.
- Sát khuẩn lại, chèn meche âm đạo.

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.
- Kiêng giao hợp trong 6 tuần.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu: do tuột chỉ cuống mạch, khâu cầm máu không tốt, do rối loạn đông máu: mổ lại, đốt điện hoặc khâu cầm máu.

Tổn thương đường tiết niệu (niệu đạo, bàng quang): mời chuyên khoa ngoại tiết niệu xử trí.

Thủng trực tràng: mời chuyên khoa ngoại tiêu hóa xử trí.

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.

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), cắt cụt cổ tử cung, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 115-116.

89. CẮT CỔ TỬ CUNG BẰNG VÒNG NHIỆT ĐIỆN (LEEP)

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

Cắt cổ tử cung bằng vòng nhiệt điện (Loop electrical excision procedure - LEEP), là phương pháp cắt cổ tử cung hình nón nhằm lấy được vùng chuyển tiếp. Đây vừa là phương pháp chẩn đoán xác định, vừa là phương pháp điều trị.

2. CHỈ ĐỊNH

- CIN II, CIN III, CIS.

- Không phù hợp giữa tế bào, giải phẫu bệnh và lâm sàng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Ung thư cổ tử cung xâm lấn.

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: 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.

- 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, máy cắt LEEP.

- 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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng 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 khoảng 0,2 - 0,5 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1:

- Bôi Lugol vào cổ tử cung để xác định vùng tổn thương.
- Dùng vòng điện cắt bỏ hết vùng tổn thương vào sâu 1 - 1,5 cm.

6.2. Bước 2:

- Cầm máu kỹ bằng dao điện hoặc khâu cầm máu
- Sát trùng lại
- Chèn meche âm đạo.

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. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu: cầm máu bằng dao điện hoặc khâu cầm máu.

7.2. Tai biến sau phẫu thuật

Chảy máu muộn sau 7 đến 10 ngày: chèn gạc tẩm Povidone-iodine 24 giờ.

7.3 Tai biến muộn

Chít hẹp cổ tử cung, ứ máu kinh: Nong cổ tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), cắt cổ tử cung bằng vòng nhiệt điện (LEEP), Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 117-118.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Viet nam_08/05/2024 15:28:08

90. CẮT POLYPE CỔ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Polype cổ tử cung (CTC) là khối u lành tính phát triển từ mô đệm cổ tử cung và được che phủ bởi biểu mô, xuất phát từ ống cổ tử cung, có chân hoặc không có chân, kích thước có thể thay đổi từ vài mm đến vài cm.

- Có 2 loại: polype xơ và polype tuyến

- Thường lành tính, nhưng khoảng 1% các ca có chuyển dạng ác tính.

- Phẫu thuật cắt polype CTC nhằm loại bỏ polype và để lại CTC.

2. CHỈ ĐỊNH

Polype CTC có kích thước > 3 cm, nằm sâu trong ống CTC, cuống polype rộng > 1 cm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tổn thương tiền ung thư CTC hoặc ung thư CTC

4. THẬN TRỌNG

- Viêm âm đạo, viêm cổ tử cung cấp.

- Bệnh lý nội khoa không cho phép làm phẫu thuật

- Đang mang thai

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…

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 người bệnh (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 khoảng 0,2 - 0,5 giờ

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

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Bộc lộ cổ tử cung, xác định chân polype.

6.2. Bước 2:

Vì polype có chân rộng hoặc xơ nằm sâu trong ống CTC nên:

- Rạch CTC vị trí 12 giờ

- Cắt polype, đốt điện hoặc khâu chân polype.

- Khâu lại CTC bằng chỉ Vicryl 1.0 hoặc 2.0

6.3. Bước 3:

Sát khuẩn lại âm đạo. Chèn meches nếu cần.

6.4. Bước 4: Gửi bệnh phẩm xét nghiệm mô bệnh học.

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, TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Theo dõi

7.1.1. Tại cơ sở y tế

- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp.

- Theo dõi tình trạng chảy máu qua âm đạo
- Rút meches âm đạo sau 6 - 12 giờ
- Chăm sóc vệ sinh: lau âm hộ, âm đạo bằng dung dịch povidone-iodine hoặc các dung dịch sát trùng khác

7.1.2. Dặn dò:

- Làm việc nhẹ, nghỉ ngơi nhiều, ăn uống đầy đủ.
- Kiêng quan hệ tình dục trong tối thiểu 1 tuần.
- Các dấu hiệu không bệnh lý thường gặp sau thủ thuật: ra huyết âm đạo ít từ 3 - 5 ngày ngay sau thủ thuật, có thể ra dịch vàng/ít huyết âm đạo sau 2 tuần (thường xảy ra đối với thủ thuật cắt polypee bằng dao điện.
- Các dấu hiệu cần phải khám lại ngay: sốt kéo dài, ra huyết âm đạo lượng nhiều, hoặc kéo dài, đau bụng dưới.

7.2. Tai biến ngay trong khi thực hiện thủ thuật

Chảy máu chân polype:

- Đốt điểm chảy máu.
- Khâu cầm máu.
- Khâu hai động mạch cổ tử cung âm đạo: hai mũi ở vị trí 9 và 3 giờ, nếu chảy máu nhiều, nếu không cầm, cần phải soi cầm máu nếu chân polype nằm sâu trong ống CTC.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện thủ thuật

Nhiễm trùng hoặc chảy máu kéo dài:

- Kháng sinh toàn thân.
- Khâu hoặc chèn gạc tại chỗ hay đốt điện cầm máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật cắt polype cổ tử cung, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 119.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van [illegible] Viet Nam_28/03/202[illegible] 15:28:08

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hiến Bệnh viện nhân Việt Nam_08/05/2025 15:28:08

91. PHẪU THUẬT CẮT U ÂM HỘ

1. ĐẠI CƯƠNG

Các khối u âm hộ bao gồm các khối u lành tính và ác tính xuất phát từ âm hộ. Kỹ thuật này chỉ giới hạn đối với các u lành tính.

2. CHỈ ĐỊNH

Các khối u lành tính ở âm hộ gây cảm giác khó chịu, ảnh hưởng đến thẩm mỹ, sinh hoạt hàng ngày hoặc có kích thước lớn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh quá già, yếu, có nhiều bệnh phối hợp, không đủ điều kiện phẫu thuật, gây mê hồi sức.

- Ung thư âm hộ.

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: 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,…
- 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 người bệnh (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 khoảng 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. Các bước tiến hành

6.1. Bước 1: Thăm dò đánh giá khối u: loại u, vị trí, kích thước, liên quan với niệu đạo, hậu môn.

6.2. Bước 2:

- Rạch âm hộ tại vị trí khối u. Đường rạch phụ thuộc vào kích thước khối u.

- Bóc tách lấy hết tổ chức u.

6.3. Bước 3: Đốt điện cầm máu.

6.4. Bước 4:

- Khâu phục hồi diện cắt bằng chỉ tiêu mũi rời.

- Bệnh phẩm gửi GPBL.

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. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu: do tuột chỉ cuống mạch, khâu cầm máu không tốt, do rối loạn đông máu: mổ lại, đốt điện hoặc khâu cầm máu.

Tổn thương đường tiết niệu (niệu đạo, bàng quang): mời chuyên khoa ngoại tiết niệu xử trí.

Thủng trực tràng do u ở vách trực tràng âm đạo: mời chuyên khoa ngoại tiêu hóa xử trí.

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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van tu Hoi Binh nhan Viet nam_08/05/2025 15:28:08

92. PHẪU THUẬT CẮT U ÂM ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

Các khối u âm đạo bao gồm các khối u lành tính và ác tính xuất phát từ âm đạo. Kỹ thuật này chỉ giới hạn đối với các u lành tính.

2. CHỈ ĐỊNH

Các khối u lành tính ở âm đạo gây cảm giác khó chịu, ảnh hưởng đến thẩm mỹ, sinh hoạt hàng ngày hoặc có kích thước lớn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh quá già, yếu, có nhiều bệnh phối hợp, không đủ điều kiện phẫu thuật, gây mê hồi sức.

- Ung thư âm đạo.

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,…

- 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hội hoa Bệnh viện từ ngày Việt Nam_03/05/2024 15:28:08

- 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 người bệnh (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. Phẫu thuật cắt u âm đạo

- Thăm dò đánh giá khối u: loại u, vị trí, kích thước, liên quan với bàng quang, niệu đạo, trực tràng, có dính vào thành âm đạo do viêm nhiễm kéo dài không.

- Phẫu thuật cắt bỏ u và khâu phục hồi thành âm đạo.

- Bệnh phẩm gửi GPBL. Chèn meche nếu cần thiết.

6.2. Nang âm đạo

6.2.1. Nang nhỏ

Bước 1: Đường rạch ngang theo hình vòng cung quanh nang. Tách xuống sâu quá đáy nang và cặp cắt đơn giản.

Bước 2: Khâu lại thành âm đạo sau khi đã cầm máu bằng chỉ tiêu.

6.2.2. Nang lớn

Bước 1: Nang lớn, ở sâu cần chú ý rạch ở chỗ lồi của nang và đường rạch đủ rộng để bóc tách vòng xuống dưới nang, đảm bảo đủ niêm mạc lúc khâu kín khoang bóc tách.

Bước 2: Khâu phục hồi theo các lớp giải phẫu, tránh tạo đường hầm để ép 2 thành bên âm đạo với nhau.

6.2.3. Nang nằm giữa vách âm đạo–trực tràng

Bước 1: Rạch rộng tầng sinh môn. Bóc tách nang cẩn thận, không rạch quá sâu làm tổn thương đến trực tràng bằng cách cho ngón trỏ bàn tay trái vào trực tràng để thăm dò hướng dẫn đường bóc tách.

Bước 2: Khâu phục hồi theo các lớp giải phẫu tránh tạo đường hầm để ép 2 thành bên âm đạo với nhau.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep hoi vien tu nhan viet nam_28/05/2026 15:28:08

6.3. U xơ cơ âm đạo

6.3.1. U xơ cơ nhỏ

Rạch quanh khối u, bóc tách tận đáy u và cắt như trường hợp bóc nang.

6.3.2. U xơ cơ có cuống

Bước 1: Rạch vòng quanh cuống và cắt sâu đáy cuống khối u.

Bước 2: Khâu thành âm đạo một hoặc hai lớp tùy theo độ sâu và độ rộng của khoang bóc tách.

Chú ý: không nên xoắn cuống u, vì lúc xoắn có thể làm tổn thương đến bàng quang hoặc trực tràng khi u ở thành trước hoặc thành sau âm đạo.

6.3.3. U xơ cơ to

U xơ to phát triển rộng, choán hết cả âm đạo, làm âm đạo phồng lên, thay đổi giải phẫu của bàng quang, niệu đạo, niệu quản và trực tràng nên phẫu thuật khó khăn hơn.

Bước 1: Rạch vòng quanh khối u. Dùng ngón tay vạch quanh khối u,vừa gỡ dính vừa thăm dò khối u và các tạng lân cận.

Bước 2: Dùng dao cắt khối u thành từng mảnh để dễ dàng tách và lấy hết đáy cuống khối u khỏi âm đạo.

Bước 3: Khâu phục hồi theo các lớp giải phẫu tránh tạo đường hầm để ép 2 thành bên âm đạo với nhau.

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 ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu: do tuột chỉ cuống mạch, khâu cầm máu không tốt, do rối loạn đông máu: mổ lại, đốt điện hoặc khâu cầm máu.

Tổn thương đường tiết niệu (niệu đạo, bàng quang): mời chuyên khoa ngoại tiết niệu xử trí.

Thủng trực tràng do u ở vách trực tràng âm đạo:mời chuyên khoa ngoại tiêu hóa xử trí.

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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoai Binh nhan Viet nam_08/05/2025 15:28:08

93. PHẪU THUẬT CẮT U CỔ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Các khối u cổ tử cung bao gồm các khối u lành tính và ác tính xuất phát từ cổ tử cung. Kỹ thuật này chỉ giới hạn đối với các u lành tính.

2. CHỈ ĐỊNH

Các khối u lành tính ở cổ tử cung gây cảm giác khó chịu, ảnh hưởng đến thẩm mỹ, sinh hoạt hàng ngày hoặc có kích thước lớn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh quá già, yếu, có nhiều bệnh phối hợp, không đủ điều kiện phẫu thuật, gây mê hồi sức.

- Ung thư cổ tử cung.

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,…
- 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hiep hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_0[illegible]/05/202[illegible] 15:28:08

- 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 người bệnh (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:

Thăm dò đánh giá khối u: loại u, vị trí, kích thước, liên quan với âm đạo, cùng đồ. Sử dụng lugol nếu cần thiết.

6.2. Bước 2:

- U tại cổ trong (polyp cổ tử cung): sau khi thăm dò đánh giá vị trí chân polyp tiến hành dùng kẹp hình tim xoắn polyp nhẹ nhàng.

- U tại cổ ngoài:

+ Rạch cổ tử cung quanh vị trí khối u. Có thể dùng dao điện.

+ Bóc tách lấy hết tổ chức u.

+ Đốt điện cầm máu.

+ Khâu cầm máu nếu cần thiết.

- Bệnh phẩm gửi GPBL. Chèn meche nếu cần thiết.

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. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu: do tuột chỉ cuống mạch, khâu cầm máu không tốt, do rối loạn đông máu: mổ lại, đốt điện hoặc khâu cầm máu.

Tổn thương đường tiết niệu (niệu đạo, bàng quang): mời chuyên khoa ngoại tiết niệu xử trí.

Thủng trực tràng: mời chuyên khoa ngoại tiêu hóa xử trí.

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.

7.3 Tai biến muộn

Chít hẹp cổ tử cung gây ứ máu kinh: Nong cổ tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), phẫu thuật cắt polyp cổ tử cung, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 119.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hien hoi Benh vien nhi Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

94. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH TỬ CUNG (STRASSMAN; JONES)

1. ĐẠI CƯƠNG:

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

2. CHỈ ĐỊNH: Tử cung hai sừng làm ảnh hưởng đến khả năng mang thai.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Bệnh lý toàn trạng nội khoa không đủ điều kiện để phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG:

Tiền sử phẫu thuật ổ bụng, đặc biệt vùng tiểu khung

Tiền sử dị ứng thuốc

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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hà hoa Bệnh viện Nhi Việt Nam_04/05/2024 15:28:08

- 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 người bệnh (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 khoảng 1 - 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Thì 1. Mở thành bụng.

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

6.2. Thì 2. Mở buồng tử cung và cắt vách ngăn.

- Đường rạch ngang ở đáy tử cung từ sừng bên phải sang sừng bên trái bộc lộ buồng tử cung và vách ngăn.
- Cắt vách dọc mặt trước và sau.
- Cầm máu.

6.3. Thì 3. Khâu lại thành tử cung.

- Dùng 2 sợi chỉ tiêu (Vicryl, Cagut,…) khâu chính giữa mép cắt phía trên và dưới để làm mốc kéo theo chiều dọc thân tử cung, biến vết rạch ngang thành dọc.
- Khâu dọc theo mép rạch hai lớp. Sau khi khâu hình dạng tử cung sẽ thay đổi,tăng chiều dài và giảm chiều ngang, mất hình tử cung hai sừng.

6.4. Thì 4. Đóng thành bụng: Đóng bụng theo các lớp giải phẫu.

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

- Kháng sinh và thuốc co cơ tử cung.
- Theo dõi toàn trạng, các dấu hiệu sinh tồn đặc biệt trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật.

- Theo dõi tình trạng chảy máu qua âm đạo và chảy máu trong ổ bụng.

- Theo dõi và chăm sóc ống thông bàng quang.

- Chăm sóc vệ sinh: lau âm đạo, tầng sinh môn bằng dung dịch povidone-iodine hoặc các dung dịch sát trùng khác.

- Chế độ ăn: cho ăn lỏng sớm, vận động sớm sau mổ.

- Nội soi ổ bụng và soi buồng tử cung lại sau 3 tháng.

7.2. Xử trí tai biến

- Chảy máu.

- Nhiễm trùng

- Dính buồng tử cung sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 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.

95. PHẪU THUẬT ĐƯỜNG ÂM ĐẠO KẾT HỢP PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG TẠO HÌNH ÂM ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo hình âm đạo có kết hợp nội soi được chỉ định cho dị dạng thiểu sản âm đạo 1 phần hay toàn bộ.
- Mục tiêu của phẫu thuật là tạo ra khoang âm đạo mới cho người bệnh để họ không bị ứ máu kinh hoặc có thể thực hiện giao hợp được gần như bình thường.
- Cơ sở của phẫu thuật là tạo khoang âm đạo mới bằng cách bóc tách khoảng giữa niệu đạo, bàng quang và trực tràng dưới định hướng của nội soi. Sau đó, việc đặc biệt quan trọng là chăm sóc để khoang này được biểu bì hóa tránh dính lại.

2. CHỈ ĐỊNH

- Hội chứng Mayer-Rokitansky- Küster-Hauser khi có nhu cầu sinh hoạt tình dục.
- Thiểu sản 1/3 dưới âm đạo gây ứ máu kinh

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

4. THẬN TRỌNG

Trì hoãn phẫu thuật trong trường hợp:

- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu
- Đang mắc các bệnh nội khoa cần được 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 người bệnh (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 khoảng 1-3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Thì 1: Soi ổ bụng chẩn đoán

6.1.1. Bước 1: Chọc Trocar và bơm CO_2

- Có thể chọc Trocar đèn soi trực tiếp, sau đó bơm CO_2
- Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng 12mmHg)
- Trong một số trường hợp có sẹo mổ cũ, người bệnh thừa cân, có nguy cơ tổn thương các tạng trong bụng khi chọc Trocar trực tiếp thì có thể dùng kim bơm CO_2 trước hoặc nội soi mở:
- Điểm chọc kim bơm CO_2 thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc Trocar đèn soi (đây là điểm chọc phổ biến nhất). Trong ca có sẹo mổ cũ đường trắng giữa dưới rốn thì có thể chọc kim ở vị trí hạ sườn trái hoặc nội soi mở. Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng 12mmHg)
- Chọc Trocar đèn soi (Trocar 10 hoặc 5)
- Chọc 2 Trocar phẫu thuật ở 2 bên hố chậu (chú ý chọc Trocar ở phía ngoài của di tích động mạch rốn và tránh chọc vào mạch máu thượng vị nông), tốt nhất là các Trocar cách nhau > 8 cm.

hhbvtnvn.thanhhoa_Vao thu Hien hoi Benh vien tu toan Viet Nam 08/06/2025 15:28:08

6.1.2. Bước 2: Quan sát tiểu khung để xác định chẩn đoán:

- Hội chứng Mayer-Rokitansky- Küster-Hauser (ở vị trí của tử cung chỉ là một mô xơ, hai buồng trứng bình thường, hai vòi tử cung cắm vào mô xơ ở trung tâm). Hai niệu quản ở vị trí bình thường.
- Thiểu sản 1/3 dưới âm đạo: Ổ bụng có thể có máu kinh trào ngược. Tử cung có thể to hơn bình thường do có ứ máu kinh. 2 vòi tử cung có thể giãn to do ứ máu kinh. Quan sát thấy âm đạo phồng lên do có ứ máu.

6.2. Thì 2: Tạo hình âm đạo

6.2.1. Trong hội chứng Mayer-Rokitansky- Küster-Hauser:

- ***Bước 1:*** Rạch lớp niêm mạc ngang chỗ hõm giữa niệu đạo và lỗ hậu môn, dài khoảng 2 đến 2,5 cm.

- ***Bước 2:*** Dùng kéo cong đầu tù, hướng chiều cong ra trước, bóc tách lớp mô giữa niệu đạo ở phía trước và trực tràng ở phía sau. Trong bóc tách, phẫu thuật viên thường xuyên quan sát vị trí và hướng đi của kéo qua màn hình nội soi và luôn để ngón tay trỏ của bàn tay trái của PTV trong trực tràng của người bệnh (để tránh tổn thương trực tràng). Điều chỉnh động tác dựa vào quan sát trên màn hình nội soi. Việc bóc tách đi dần đến lá phúc mạc. Trong khi bóc tách, chú ý mốc phía sau là trực tràng và mốc phía trước là bóng của ông thông Foley đặt trong bàng quang.

- ***Bước 3:*** Sau đó dùng kéo mở rộng rồi 2 ngón tay trỏ của hai bàn tay mở rộng khoang đã bóc tách sang hai phía.

6.2.2. Trường hợp thiểu sản 1/3 dưới âm đạo:

- ***Bước 1:*** Rạch lớp niêm mạc ngang chỗ hõm giữa niệu đạo và lỗ hậu môn, dài khoảng 2 đến 2,5 cm.

- ***Bước 2:*** Dùng kéo cong đầu tù, hướng chiều cong ra trước, bóc tách lớp mô giữa niệu đạo ở phía trước và trực tràng ở phía sau. Trong bóc tách, phẫu thuật viên thường xuyên quan sát vị trí và hướng đi của kéo qua màn hình nội soi và luôn để ngón tay trỏ của bàn tay trái của PTV trong trực tràng của người bệnh (để tránh tổn thương trực tràng). Điều chỉnh động tác dựa vào quan sát trên màn hình nội soi. Bóc tách khoang này cho tới khi tới được đỉnh khối ứ máu kinh (tốt nhất là bóc tách được xung quanh khối ứ máu và vượt quá đáy khối khoảng 2-3cm).

- ***Bước 3:*** Dùng kim chọc dò tủy sống cỡ 20 Gauss thăm dò vào khối ứ máu. Khi kim vào được khối ứ máu thì dùng dao đầu nhọn hoặc dao điện mở vào khối ở vị trí phía trên, ngay sát kim thăm dò.

- ***Bước 4:*** Mở rộng miệng khối ứ máu kinh (rộng nhất có thể, ít nhất là được 2,5-3cm) lấy hết máu kinh. Qua miệng khối này có thể sờ thấy CTC.

- ***Bước 5:*** Khâu thành âm đạo vừa được mở thông vào âm đạo vừa được tạo hình, tới càng sát âm môn thì càng tốt.

6.3. Thì 3: Đặt khuôn nong âm đạo

- Sử dụng khuôn nong là một cuộn băng y tế cuộn hình trụ bao ngoài bằng bao cao su được đặt vào âm đạo sau khi tạo hình.

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hiệp hội Bệnh viện nhân Việt Nam_08/05/2024 15:28:08

- Trong hội chứng Mayer-Rokitansky- Küster-Hauser khi đặt khuôn này vào khoang âm đạo vừa tạo ra thì nên cố định trong âm đạo bằng cách khâu 2 môi lớn lại. Khuôn nong này vừa để cầm máu, vừa để chống dính.
- Thăm trực tràng để đảm bảo trực tràng không bị tổn thương.

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 phần tiếp theo.

7. THEO DÕI, TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi chung như người bệnh hậu phẫu
- Thay khuôn âm đạo và vệ sinh âm đạo 2 lần/ngày cho đến khi ra viện (thường là 5-7 ngày).
- Hướng dẫn cho người bệnh và người nhà biết cách tự làm khuôn mềm và đặt khuôn sau khi ra viện.
- Tái khám sau 2 tuần và 4 tuần sau khi ra viện.
- Người bệnh thường xuyên tự nong (2 đến 3 lần/ngày) sau khi ra viện trong khoảng 6 tháng.
- Trong trường hợp người bệnh có nhu cầu giao hợp: Sau mổ 1 tháng có thể thực hiện giao hợp xen kẽ với với tự nong.

7.2. Tai biến và xử trí tai biến

7.2.1. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến chung của phẫu thuật nội soi.
- Thủng trực tràng, niệu đạo: Hội chẩn chuyên khoa Ngoại, xử trí theo tổn thương

7.2.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: đặt khuôn mềm hoặc chèn meches cầm máu.
- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh.

7.2.3. Biến chứng muộn

- Tắc ruột sau mổ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật tạo hình âm đạo (nội soi ổ bụng kết hợp đường dưới), Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 153 - 154.

2. Vũ Bá Quyết, Đàm Thị Quỳnh Liên (2017), Hội chứng Mayer - Rokitansky- Küster - Hauser: Một số ca lâm sàng thành công bằng phương pháp đặt khuôn mềm trong tạo hình âm đạo tại bệnh viện Phụ sản Trung ương, Hội nghị Việt Pháp.

3. Lan Zhu, Felix Wong, Jinghe Lang (2005), Atlas of surgical corection of female genital malformation.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hinh hoa Benh vien ... Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

96. PHẪU THUẬT ĐƯỜNG ÂM ĐẠO TẠO HÌNH ÂM ĐẠO DỊ DẠNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật tạo hình âm đạo do dị dạng được áp dụng trong trường hợp có ứ máu kinh trong âm đạo nhằm tạo hình phần âm đạo bị thiểu sản và mở thông máu kinh.

2. CHỈ ĐỊNH: Ứ máu kinh ở âm đạo do không có 1/3 dưới âm đạo.

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

4. THẬN TRỌNG

Trì hoãn phẫu thuật trong trường hợp:

- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu
- Đang mắc các bệnh nội khoa cần được 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.
- 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop hoa Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

- 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 người bệnh (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 khoảng 1 - 3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Tạo hình âm đạo và mở thông âm đạo

- Rạch lớp niêm mạc ngang chỗ hõm giữa niệu đạo và lỗ hậu môn, dài khoảng 2 đến 2,5 cm.
- Dùng kéo cong đầu tù, hướng chiều cong ra trước, bóc tách lớp mô giữa niệu đạo ở phía trước và trực tràng ở phía sau. Trong bóc tách, phẫu thuật viên luôn để ngón tay trỏ của bàn tay trái trong trực tràng của người bệnh (để tránh tổn thương trực tràng). Bóc tách khoang này cho tới khi tới được đỉnh khối ứ máu kinh (tốt nhất là bóc tách được xung quanh khối ứ máu và vượt quá đáy khối khoảng 2-3 cm).

6.2. Bước 2: Mở thông âm đạo

- Dùng kim chọc dò tủy sống cỡ 20 Gauss thăm dò vào khối ứ máu. Khi kim vào được khối ứ máu thì dùng dao đầu nhọn hoặc dao điện mở vào khối ở vị trí phía trên, ngay sát kim thăm dò.
- Mở rộng miệng khối ứ máu kinh (rộng nhất có thể, ít nhất là được 2,5 - 3 cm) lấy hết máu kinh. Qua miệng khối này có thể sờ thấy CTC.
- Khâu thành âm đạo vừa được mở thông vào âm đạo vừa được tạo hình, tới càng sát âm môn thì càng tốt.

6.3. Bước 3: Đặt khuôn nong âm đạo

Đặt khuôn nong âm đạo, lưu ít nhất 24 tiếng để tránh dính trở lại.

6.4. Bước 4: Thăm trực tràng để đảm bảo trực tràng không bị tổn thương.

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 phần tiếp theo.
- Thay khuôn mềm và vệ sinh âm đạo 2 lần/ngày cho đến khi ra viện (thường là 5 - 7 ngày).

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- Thủng trực tràng, niệu đạo: Hội chẩn chuyên khoa Ngoại, xử trí theo tổn thương

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: đặt khuôn mềm hoặc chèn meches cầm máu.
- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh.

7.3. Tai biến muộn.

Tái dính sau mổ: Tái dính âm đạo sau mổ: Hướng dẫn cho người bệnh và người nhà biết cách tự làm khuôn mềm và đặt khuôn sau khi ra viện. Tái khám sau 2 tuần và 4 tuần sau khi ra viện. Người bệnh thường xuyên tự nong (2 đến 3 lần/ngày) sau khi ra viện trong khoảng 6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Lan Zhu, Felix Wong, Jinghe Lang (2005), Atlas of surgical corection of female genital malformation.

97. PHẪU THUẬT CẮT VÁCH NGĂN ÂM ĐẠO

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan van ban dien tu Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

- Dị dạng sinh dục có vách ngăn dọc âm đạo gây giao hợp khó hoặc gây cản trở đường ra của thai
- Dị dạng sinh dục có vách ngăn ngang âm đạo gây ứ máu kinh

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu

4. THẬN TRỌNG

- Đang mắc các bệnh nội khoa cần được 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 (Foley, Nelaton...),…
- 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 người bệnh (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 khoảng 1-3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Phẫu thuật cắt vách ngăn dọc

6.1.1. Bước 1: Thăm dò vách ngăn

- Sử dụng ống thông tiểu để xác định vị trí bám của vách ngăn với thành trước âm đạo

- Khám trực tràng để xác định vị trí bám của vách ngăn với thành sau âm đạo

- Khám âm đạo để xác định độ dài vách ngăn

6.1.2. Bước 2: Cắt vách ngăn

- Dùng dao mổ cắt dọc tận chỗ bám toàn bộ phía trước và phía sau vách ngăn, tốt nhất nên dùng dao điện do có thêm chức năng cầm máu

- Trường hợp không chảy máu: chèn meches trong 24 giờ

- Trường hợp chảy máu: khâu cầm máu và chèn bóng Foley (ưu tiên khâu bằng chỉ tiêu)

6.2. Phẫu thuật cắt vách ngăn ngang

6.2.1. Bước 1: Thăm dò vách ngăn

- Xác định vị trí vách ngăn bằng tay qua khám âm đạo, trực tràng và thăm dò bàng quang

- Thăm dò âm đạo qua lỗ thông giữa vách ngăn bằng ống thông Nelaton (trường hợp không có lỗ thông thì sử dụng kim tiêm)

6.2.2. Bước 2: Làm thủng vách ngăn

- Sử dụng đầu pince nhỏ mở rộng lỗ thông ở vị trí thăm dò đã xác định

- Luồn sonde Foley vào khoang âm đạo phía trên vách ngăn ngang, bơm 20ml nước muối sinh lý vào bóng của sonde Foley

6.2.3. Bước 3: Cắt vách ngăn, mở thông âm đạo

- Kéo sonde Foley xuống sau cho bóng chèn sát vào vách ngăn

- Cắt vách ngăn ở trên bóng chèn sao cho càng sát âm đạo càng tốt

6.2.4. Bước 4: Khâu các mép cắt còn lại bằng chỉ tiêu (chú ý lấy hết niêm mạc)

6.2.5. Bước 5: Đặt khuôn nong âm đạo, tránh dính trở lại (thay khuôn hàng ngày)

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.
- Đặt sonde bàng quang 2-5 ngày

7. THEO DÕI VÀ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp, ra máu âm đạo
- Thay khuôn nong hoặc meche hàng ngày, vệ sinh âm đạo

7.2. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- Thủng trực tràng, niệu đạo: phối hợp bác sỹ chuyên khoa khâu lại tổn thương
- Chảy máu: chèn meches hoặc chèn bóng Foley cầm máu

7.3. Tai biến sau phẫu thuật

Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh dự phòng

7.4. Biến chứng muộn

Rò trực tràng - âm đạo: mổ đóng rò

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật cắt vách ngăn âm đạo, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ sản, tr 155.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop noi Benh vien tu nhan Hien Tam_28/03/2024 15:28:08

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hanh hoa Benh vien Phan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

98. PHẪU THUẬT MỞ THÔNG ÂM ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật tạo hình âm đạo trong trường hợp âm đạo tịt gây ứ máu kinh

2. CHỈ ĐỊNH

Ứ máu kinh ở âm đạo tịt trong trường hợp dị dạng sinh dục có 2 tử cung, 2 âm đạo trong đó 1 âm đạo tịt

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu

4. THẬN TRỌNG: Đang mắc các bệnh nội khoa cần được 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, bóng Foley
- 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:

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop nhat Benh vien tu nhan Viet Nam_28/08/2025 15:28:08

+ 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 người bệnh (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: Thăm dò

- Khám tay thấy có 1 âm đạo bình thường và sờ thấy 1 cổ tử cung ở trên âm đạo bình thường
- Sờ thấy khối ứ máu ở 1 bên thành âm đạo

6.2. Bước 2: Mở thông âm đạo

- Sử dụng kim tiêm thăm dò vào khối ứ máu. Khi kuim vào được khối ứ máu thì dùng dao đầu nhọn hoặc dao điện mở vào khối ở vị trí phía trên, ngay sát kim thăm dò
- Mở rộng miệng khối ứ máu kinh (mở rộng tối đa có thể, tới gần cổ tử cung) lấy hết máu kinh. Qua miệng khối này có thể sờ thấy cổ tử cung nằm trong âm đạo tịt
- Khâu hình vành khăn thành âm đạo vừa được mở rộng

6.3. Bước 3: Đặt khuôn nong âm đạo hoặc chèn 1 meche vào âm đạo vừa được mở thông

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.

Đặt sonde bàng quang 2-5 ngày

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1 Theo dõi

Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp, ra máu âm đạo

Thay khuôn nong hoặc meche hàng ngày, vệ sinh âm đạo

7.2. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

Thủng trực tràng, niệu đạo: phối hợp bác sỹ chuyên khoa khâu lại tổn thương

Chảy máu: chèn meches hoặc chèn bóng Foley cầm máu

7.3. Tai biến sau phẫu thuật

Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh dự phòng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật cắt vách ngăn âm đạo, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 155.

Lan Zhu, Felix Wong, Jinghe Lang (2005), Atlas of surgical corection of female genital malformation

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

99. PHẪU THUẬT KHÂU PHỤC HỒI TẦNG SINH MÔN

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

Rách tầng sinh môn phức tạp bao gồm cả rách cơ vòng hậu môn

3. CHUẨN BỊ

3.1. 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

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

3.3. 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

3.4. 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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

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

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

3.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

4. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

4.1. Bước 1:

Bóc tách thành sau âm đạo.

- Cặp 2 pince allice 2 bên mép âm môn để định hướng đường rạch âm đạo.

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

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

4.2. Bước 2

Bóc tách mảnh niêm mạc âm đạo đến mặt trước cơ nâng hậu môn ở phía trên và đầu đứt của vòng hậu môn phía dưới

4.3. Bước 3: Tìm 2 đầu cơ thắt âm môn.

- Khâu nối 2 đầu cơ tận tận. Khâu lại tầng sinh môn.

- Khâu cơ vòng hậu môn bằng hai mũi chỉ tiêu (catgut crôm hoặc chỉ vicryl…) hình chữ U.

4.4. Bước 4: Cắt mảnh niêm mạc âm đạo và khâu tầng sinh môn sau

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

- Khâu niêm mạc âm đạo từ trên xuống bằng chỉ vicryl mũi rời.

- Khâu tổ chức dưới da và cân tầng sinh môn bằng chỉ vicryl số 2.0

- Mũi khâu tăng cường cuối cùng bằng chỉ vicryl xuyên từ da qua tổ chức dưới da đến hai đầu cơ vòng bị đứt, sẽ làm tăng độ chắc của cơ vòng hậu môn.

4.5. 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 hồi sức sau mổ.

5. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi

Rút sonde tiểu và mèche âm đạo sau 24 giờ.

Dùng kháng sinh 7 ngày.

Làm thuốc âm đạo hàng ngày.

5.1. Tai biến trong thực hiện phẫu thuật

Chảy máu: Mổ lại cầm máu.

5.2. Tai biến sau thực hiện phẫu thuật

Nhiễm trùng: Điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phẫu thuật làm lại tầng sinh môn và khâu cơ vòng do rách phức tạp,Bộ Y tế (2013) Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh Phụ sản, tr 159-160.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien Phu san Thanh Hoa_Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

100. PHẪU THUẬT LÀM LẠI THÀNH ÂM ĐẠO, TẦNG SINH MÔN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Âm đạo rộng làm ảnh hưởng đến chất lượng quan hệ vợ chồng. Có nhiều phương pháp như phẫu thuật, chiếu laser nhưng phương pháp phẫu thuật rất nhanh gọn và hiệu quả.

-Thời điểm phẫu thuật tốt nhất là sau sạch kinh và người bệnh không có thai.

2. CHỈ ĐỊNH

- Âm đạo rộng.
- Có nhu cầu làm lại tầng sinh môn và không có chống chỉ định nội khoa và gây mê.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có tổn thương cũ ở đường âm đạo.
- Rách phức tạp.
- Đóng dò phễu trực tràng - âm đạo.
- Bệnh lý nội khoa không phẫu thuật được (rối loạn đông máu, bệnh lý van tim...)

4. CHUẨN BỊ

4.1. 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

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

4.3.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

4.4. 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phong Bui Binh vien tinh nhan Viet Nam_10/03/2025 15:28:08

- 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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
+ Thông tiểu (nếu cần)
+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
+ Trải săng vô khuẩn.

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

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

4.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

5. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

5.1. Bước 1:

- Cặp 2 pince Alice gần 2 mốc màng trinh. Cần xác định kích thước cần thu hẹp trước đó.
- Rạch tầng sinh môn hình V.
- Dùng kéo bóc tách âm đạo tới gần cổ tử cung.
- Cắt bớt phần âm đạo bóc tách.
- Khâu vắt âm đạo bằng chỉ vicryl 2/0

5.2. Bước 2: Khâu cơ nâng hậu môn và cơ vòng âm môn bằng chỉ vicryl 1.0 sau khi bộc lộ.

5.3. Bước 3:Khâu lại tầng sinh môn bằng chỉ vicryl 2/0.

5.4. 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 hồi sức sau mổ.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi:

- Rút sonde tiểu và meches sau 24 giờ.
- Dùng kháng sinh 5 ngày.
- Làm thuốc âm đạo hàng ngày.

-Thời gian quan hệ sau phẫu thuật: khoảng 6 tuần dùng bôi trơn trong lần quan hệ đầu. Nếu không quan hệ được thì khám lại.

6.1. Tai biến trong thực hiện phẫu thuật:

- Chảy máu: Khâu cầm máu
- Tổn thương trực tràng cần hội chẩn chuyên khoa ngoại.

6.2. Tai biến sau thực hiện kỹ thuật:

- Tụ máu âm đạo tầng sinh môn: phẫu thuật lấy khối máu tụ.
- Nhiễm trùng: Điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch, sát trùng âm đạo.

101. BÓC KHỐI LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG Ở TẦNG SINH MÔN

hhbvtnvn.thanhhoa_Vanthu.thien.hoa.Benhvien.tunhan.Vn.com_08/05/2024 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

- Lạc nội mạc tử cung tại tầng sinh môn là do những tế bào nội mạc tử cung dừng lại tại TSM khi đẻ có cắt TSM phát triển dần và to lên, gây các triệu chứng đau theo chu kỳ kinh.

- Phẫu thuật bóc khối lạc nội mạc tầng sinh môn thường không khó nhưng nếu to và xâm lấn vào trực tràng, thì bóc khó và nguy hiểm.

-Thủ thuật làm sau sạch kinh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khi đã xác định có khối lạc nội mạc tử cung tại tầng sinh môn, gây đau khó chịu ảnh hưởng đến quan hệ tình dục hoặc sinh hoạt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có thai.

- Bệnh máu không đông.

4. THẬN TRỌNG: Khối lạc nội mạc xâm lấn trực tràng

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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
+ Thông tiểu (nếu cần)
+ Sát khuẩn vùng phẫu 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. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1:

- Cặp 2 pince Allice phía trên và dưới khối lạc nội mạc
- Cắt vết khâu tầng sinh môn cũ

6.2. Bước 2: Dùng dao điện bóc tách và cắt hết khối lạch nội mạc

- Nếu khối lạc nội mạc sát trực tràng cho 1 ngón tay vào trực tràng rồi bóc tách khối lạc nội mạc phía trên tay để tránh làm thủng trực tràng.

6.3. Bước 3: Khâu lại bằng chỉ tiêu sợi to (VD: Vicryl 1.0…) mũi rời, chú ý khâu hết đáy. Có thể khâu nhiều lớp nếu khối lạc nội mạc sâu.

- Khâu phục hồi da.

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 hồi sức sau mổ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi: - Rút sonde tiểu sau 6 giờ.

- Sát khuẩn hàng ngày
- Kháng sinh 5 ngày

7.1. Xử trí tai biến trong phẫu thuật

- Thủng trực tràng: Khâu lại ngay và tiếp tục phẫu thuật. Chế độ ăn sau mổ bình thường.

7.2. Xử trí tai biến sau phẫu thuật

- Tụ máu: Theo dõi, kháng sinh, mổ lại nếu khối tụ máu to.
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, sát khuẩn hàng ngày

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phẫu thuật bóc khối lạc nội mạc tầng sinh môn, thành bụng, Bộ Y tế (2013) Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh Phụ sản, tr 161-163

102. BÓC KHỐI LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG Ở THÀNH BỤNG

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu dien tu nhan ven vn_08/05/2021 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

Lạc nội mạc tử cung (LNMTC) ở thành bụng là do những tế bào nội mạc tử cung dừng lại tại thành bụng khi mổ lấy thai, phát triển dần và to lên, gây các triệu chứng đau theo chu kỳ kinh.

2. CHỈ ĐỊNH

Khi khối LNMTC gây đau, khó chịu ảnh hưởng đến sinh hoạt bình thường hay tình dục

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khi đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu
- Khi đang có thai

4. THẬN TRỌNG

- Khối LNMTC còn quá nhỏ

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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu 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: Rạch da, tiếp cận khối LNMTC

Rạch da theo đường sẹo mổ cũ. Rạch chiều rộng vừa đủ để bóc khối LNMTC

6.2. Bước 2: Bóc tách khối LNMTC

- Dùng kéo phẫu thuật bóc tách xuống tận đáy khối.

- Khối lạc nội mạc ở thành bụng có thể xâm lấn vào lớp cân cơ thành bụng, có trường hợp vào sâu tới lớp phúc mạc thành bụng,

- Chú ý bóc tách lớp cân cơ thành bụng đủ rộng để có thể khâu lại được lớp cân sau khi lấy khối lạc nội mạc tử cung đi.

- Dùng chỉ Vicryl số 1 khâu cầm máu kỹ cuống khối LNMTC, khâu hết đáy và khâu cân cơ thành bụng bằng mũi rời. Lấy hết đáy tránh máu đọng hoặc chảy máu dưới đáy vết mổ, có thể đặt 1 sonde hoặc lam dẫn lưu ở đáy vết mổ thành bụng.

6.3. Bước 3: Đóng da

- Đóng da bằng khâu da mũi liền hoặc khâu da mũi rời theo thông thường bằng chỉ tự tiêu hoặc chỉ không tiêu

- Sát khuẩn lại vết mổ và băng lại

- Thay băng và cắt chỉ (nếu khâu da bằng chỉ không tiêu) theo qui định thông thường

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.

Đặt sonde bàng quang 2 - 5 ngày

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

Theo dõi xem băng có bị thấm máu không

Vết mổ có bị bầm tím do máu

Sưng đỏ do viêm nhiễm

7.2. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

Nếu chảy máu vết mổ nhiều thì khâu tăng cường để cầm máu

Nếu tụ máu thì để 3-4 ngày sau, cắt nới 1 mũi chỉ và nặn dịch máu ra rồi rửa và thay băng bằng nước Oxy già

7.3. Tai biến sau phẫu thuật

Nếu nhiễm khuẩn vết mổ thì tăng liều thuốc kháng sinh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật bóc khối lạc nội mạc tử cung ở tầng sinh môn, thành bụng, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 161 - 163.

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Phép hỏi Bệnh viện tư nhân Việt Nam_28/03/202_15:28:08

hhbvtnvn.thanhhoa_Vaithuviepdienvietnhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

103. LÀM LẠI VẾT MỔ THÀNH BỤNG (BỤC; TỤ MÁU; NHIỄM KHUẨN...) SAU PHẪU THUẬT SẢN PHỤ KHOA

1. ĐẠI CƯƠNG

- Toác vết mổ là biến chứng sau mổ, tình trạng vết mổ thành bụng được khâu không liền lại, làm cho hai mép vết mổ cũng như phúc mạc thành bụng không dính lại với nhau như trước mổ mà toác rộng ra, làm cho các tạng trong ổ bụng chui ra ngoài qua vết mổ. Toác vết mổ có thể là một phần hoặc toàn bộ vết mổ.

- Khâu phục hồi thành bụng là phẫu thuật khâu đóng lại 2 mép vết mổ, khôi phục lại tình trạng toàn vẹn, liên tục của thành bụng tránh cho các tạng chui ra ngoài qua vết mổ và nhiễm khuẩn từ ngoài vào trong ổ bụng.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp sau mổ sản phụ khoa có toác vết mổ, tụ máu, nhiễm trùng thành bụng

3. THẬN TRỌNG: Các vết mổ có đường rò, có thể có liên quan với rò tiêu hóa.

4. CHUẨN BỊ

4.1. 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

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

4.3. 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

4.4. 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan benh vien nhi Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

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

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

4.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Kiểm tra, đánh giá tình trạng vết mổ ở vị trí bị toác và xác định phương án khâu phục hồi lại vết mổ:

- Với những trường hợp tụ máu, toác vết mổ chưa qua lớp cân

+ Mở rộng vết mổ, lấy hết máu tụ. Trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ thành bụng phải được tách rộng và đánh rửa vết mổ hàng ngày cho đến khi lên tổ chức hạt

+ Làm sạch vết mổ: Lấy hết tổ chức giả mạc và vùng da đã tổn thương hoại tử, bộc lộ cân cơ nếu cần thiết, kiểm tra tình trạng tổ chức hạt sau thời gian đánh rửa vết mổ hàng ngày

+ Khâu lại thành bụng: Khâu lại vết mổ bằng chỉ vicryl số 1, khoảng cách mỗi mũi khâu 1,5 - 2 cm. Đặt sonde dẫn lưu hút liên tục ở đáy vết mổ nếu cần.

- Với những trường hợp toác vết mổ qua lớp cân cơ

+ Bóc tách, gỡ dính, lấy hết máu cục hoặc tổ chức hoại tử, mủ.

+ Thăm dò ổ bụng.

+ Lấy dịch, bệnh phẩm làm vi sinh, kháng sinh đồ.

+ Lau rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu

+ Khâu phục hồi lớp cân cơ.

+Khâu da một lớp mũi rời chỉ số 1.0.

+ Đặt sonde dẫn lưu vết mổ.

5.2. Bước 2: Sát trùng, băng ép vết mổ, tạo áp lực âm hút liên tục sonde dẫn lưu nếu có.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van tu Hiep hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/03/2026 15:28:08

6. THEO DÕI

- Truyền dịch, dùng kháng sinh, giảm đau...
- Theo dõi tình trạng ổ bụng, vết mổ, dẫn lưu, toàn thân.
- Phát hiện và xử trí các biến chứng do bệnh, do phẫu thuật…

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu thành bụng sau mổ
- Nhiễm trùng vết mổ
- Bục lại vết mổ
- Thoát vị vết mổ
- Tùy theo các biến chứng có thể gặp và tình trạng cụ thể mà theo dõi điều trị bảo tồn hay phẫu thuật lại. Phẫu thuật xử trí các biến chứng sẽ thực hiện phụ thuộc tình huống cụ thể tại chỗ và toàn thân, cũng như điều kiện tại cơ sở y tế.

hhbvtnvn.thanhhoa_Vụ thư viện ... 08/05/2025 15:28:08

104. CẮT POLYPE ĐƯỜNG ÂM ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Polype cổ tử cung là khối u lành tính phát triển từ mô đệm cổ tử cung và được che phủ bởi biểu mô, xuất phát từ ống cổ tử cung hoặc cổ ngoài cổ tử cung, kích thước có thể thay đổi từ vài mm đến vài cm.

- Có 2 loại: polype xơ và polype tuyến

Thường lành tính, nhưng khoảng 1% các ca có chuyển dạng ác tính.

2. CHỈ ĐỊNH

- Polype cổ tử cung có kích thước < 3 cm, cuống polype < 1 cm.

- Polype cổ tử cung có triệu chứng: khí hư nhiều, ra máu sau rau hợp, rong huyết

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương tiền ung thư cổ tử cung hoặc ung thư cổ tử cung

- Viêm âm đạo, viêm cổ tử cung cấp

- Bệnh lý nội khoa không cho phép làm thủ thuật

- Phụ nữ có thai

4. THẬN TRỌNG

- Polype cổ tử cung có kích thước > 3 cm, cuống polype rộng > 1 cm, nằm sâu trong ống cổ tử cung

- Polype buồng tử cung tụt xuống nằm trong âm đạo và cổ tử cung

(các trường hợp trên cần làm phẫu thuật cắt polype tại Phòng 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,…

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Thanh hoa Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

- 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 người bệnh (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 0,5 - 1 giờ

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

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Cắt polype

- Nếu polype cổ tử cung có cuống nhỏ: dùng kẹp hình tim kẹp polype và xoắn quanh cuống cho đến khi cuống đứt.

- Nếu polype cổ tử cung có cuống rộng: dùng dao điện cắt bỏ polype ở vị trí cuống polype.

6.2. Bước 2: Cầm máu

- Đốt điện hoặc khâu vào vị trí cuống/diện cắt để cầm máu.

- Bôi chất dính Monsel và ép vào vị trị cuống/diện cắt để cầm máu

- Có thể chèn meches âm đạo để cầm máu

6.3. Bước 3: Tháo dụng cụ

- Lau và sát khuẩn lại âm đạo, cổ tử cung bằng 1 kẹp sát khuẩn mới

- Tháo dụng cụ

6.4. Kết thúc quy trình

- Lấy bệnh phẩm gửi giải phẫu bệnh
- Trao đổi với người bệnh và thân nhân về kết quả thủ thuật.
- Ghi chép hồ sơ.
- Chỉ định điều trị thích hợp: kháng sinh…

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

7.1.1. Tại cơ sở y tế

- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp
- Theo dõi tình trạng chảy máu qua âm đạo
- Rút meches âm đạo sau 6 - 12 giờ
- Chăm sóc vệ sinh: lau âm hộ, âm đạo bằng dung dịch povidone-iodine hoặc các dung dịch sát trùng khác

7.1.2. Dặn dò

- Làm việc nhẹ, nghỉ ngơi nhiều, ăn uống đầy đủ
- Kiêng quan hệ tình dục trong tối thiểu 1 tuần
- Các dấu hiệu không bệnh lý thường gặp sau thủ thuật: ra huyết âm đạo ít từ 3 - 5 ngày ngay sau thủ thuật, có thể ra dịch vàng/ít huyết âm đạo sau 2 tuần (thường xảy ra đối với thủ thuật cắt polype bằng dao điện)
- Các dấu hiệu cần phải khám lại ngay: sốt kéo dài, ra huyết âm đạo lượng nhiều, hoặc kéo dài, đau bụng dưới

7.2. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu chân polype:

Đốt điểm chảy máu

Khâu cầm máu

7.3. Tai biến sau phẫu thuật

- Nhiễm trùng chảy máu kéo dài:

Kháng sinh toàn thân.

Khâu hoặc chèn gạc tại chỗ hay đốt điện cầm máu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y Tế (2013), Phẫu thuật cắt polyp cổ tử cung, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ sản, tr 119

105. ĐỐT ĐIỆN CỔ TỬ CUNG

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

Đốt điện cổ tử cung là phương pháp dùng máy phát ra dòng điện với tần số cao để phá hủy các tổn thương bệnh lý của cổ tử cung.

2. CHỈ ĐỊNH

- Lộ tuyến cổ tử cung rộng.
- Lộ tuyến cổ tử cung kéo dài không tự tái tạo
- Lộ tuyến cổ tử cung kèm viêm nhiễm nhiều lần

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có thai
- Tổn thương cổ tử cung nghi ngờ K
- Viêm âm đạo cấp tính

4. THẬN TRỌNG: Đang mắc các bệnh lý cấp tính, mãn tính cần điều trị ngay

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, Lugol…

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 người bệnh (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 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật

6. TIẾN HÀNH QTKT

- Bước 1: Người bệnh nằm tư thế phụ khoa, đặt điện cực âm dưới mông người bệnh
- Bước 2: Đặt mỏ vịt, bộc lộ cổ tử cung
- Bước 3: Lau sạch khí hư và chất nhày. Sát khuẩn cổ tử cung
- Bước 4: Bôi dung dịch Lugol 2% xác định ranh giới tổn thương
- Bước 5: Đốt vùng tổn thương:
- Đốt vòng quanh tổn thương
- Đốt môi trước cổ tử cung
- Đốt môi sau cổ tử cung
- Bước 6: Sát trùng. Tháo mỏ vịt
- Kết thúc quy trình:
- Trao đổi với người bệnh về kết quả thủ thuật
- Ghi chép hồ sơ bệnh án
- Kê thuốc: kháng sinh

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Kiêng giao hợp ít nhất 4 tuần
- Hướng dẫn người bệnh theo dõi các triệu chứng lâm sàng như: chảy máu, tiết dịch. Khám lại ngay sau khi chảy máu nhiều, ra dịch hôi, đau bụng dưới, sốt
- Soi lại cổ tử cung sau đốt điện 2 tháng
- Viêm, bội nhiễm: kháng sinh, thuốc đặt
- Chảy máu: chèn gạc, thuốc cầm máu, có thể phải đốt lại cầm máu
- Chít hẹp cổ tử cung: nong cổ tử cung
- Vô sinh (do diệt tuyến quá nhiều): cho estrogen

hhbvtnvn.thanhhoa_Vo thi Hien_thoisukienvietnam.vn_28/03/2024 15:28:08

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hanh hoa_Benh vien tu chan Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

106. CHIẾU TIA HỒNG NGOẠI ĐIỀU TRỊ VIÊM DÍNH TIỂU KHUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm dính tiểu khung là danh từ chung chỉ nhiễm trùng tử cung, buồng trứng và ống dẫn trứng, là một biến chứng nghiêm trọng của bệnh lây truyền qua đường tình dục.

- Tia hồng ngoại là bức xạ điện từ, có tác dụng làm tăng tuần hoàn, dinh dưỡng, chuyển hóa, chống viêm, đồng thời ức chế các cơn đau tại chỗ bằng cơ chế nhiệt.

2. CHỈ ĐỊNH

Viêm dính tiểu khung mạn tính.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Quá mẫn với điện trường cao tần, bức xạ sáng.

- Tổn thương ngoài da cấp tính.

- Rối loạn cảm giác: mất cảm giác nóng lạnh...

4. THẬN TRỌNG

- Đang sốt cao

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ hoặc kỹ thuật viên hoặc điều dưỡng hoặc hộ sinh được đào tạo: 01 người.

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

5.3. Thiết bị y tế

- Thiết bị y tế tiêu hao:

+ 01 săng để lau khô vị trí cần chiếu tia cho người bệnh.

- Đèn hồng ngoại trị liệu có bước sóng 700 nm – 1400 nm.

- 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phong hoi Benh vien tu nhan viet Nam_08/0_/202_15:28:08

- 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 người bệnh (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

- 15-20 phút/lần = 1/3 giờ x 1-2 lần/ngày x 7 ngày/ 1 đợt điều trị

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Bộc lộ và lau khô vùng điều trị.

6.2. Bước 2: Chiếu tia

- Đèn hồng ngoại chiếu thẳng vuông góc vào mặt da tương ứng vùng viêm.

- Khoảng cách giữa đèn đến mặt da: 40 – 50 cm.

6.3. Bước 3: Kết thúc quy trình điều trị

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: người bệnh ổn định, vùng da chiếu không bỏng, rát.

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

- Bàn giao cho bộ phận tiếp theo theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Bỏng tại chỗ: cần tắt máy, chườm nước mát trong 5 phút, bôi kem Silver Sulfadiazin 1%, băng vết thương bằng gạc mỏng.

- Phản ứng bất thường: choáng váng, nhức đầu, mệt mỏi, lo âu do người bệnh quá mẫn cảm với bức xạ điện cần tắt máy, để người bệnh nghỉ ngơi, tìm phương pháp điều trị khác.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Không có

7.3. Biến chứng muộn: Không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng 2014

2. Sách Phục hồi chức năng (dùng đào tạo Bác sỹ đa khoa Trường Đại học Y Hà Nội 2016)

3. MSD Manual (Phiên bản dành cho chuyên gia) 2023

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop nhi Benh vien tinh Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

107. SÓNG NGẮN ĐIỀU TRỊ VIÊM DÍNH TIỂU KHUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm dính tiểu khung là danh từ chung chỉ nhiễm trùng tử cung, buồng trứng và ống dẫn trứng, là một biến chứng nghiêm trọng của bệnh lây truyền qua đường tình dục.
- Sóng ngắn là sóng điện trường xoay chiều, có tác dụng làm tăng tuần hoàn, dinh dưỡng, chuyển hóa, chống viêm đồng thời ức chế các cơn đau tại chỗ bằng cơ chế nội nhiệt.

2. CHỈ ĐỊNH: Viêm dính tiểu khung mãn tính.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm dính tiểu khung cấp tính.
- Phụ nữ có thai, có kim loại vùng tiểu khung (đặt vòng tránh thai TCU…)
- Quá mẫn với điện trường cao tần, bức xạ sáng.
- Có nguy cơ chảy máu: Chấn thương mới vùng tiểu khung, đang hành kinh.
- Rối loạn cảm giác: mất cảm giác nóng lạnh...
- Lao chưa ổn định, ung thư tại tiểu khung.

4. THẬN TRỌNG: Đang sốt cao

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. 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.
- 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Benh vien Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

- 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 người bệnh (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

- 15-20 phút/lần = 1/3 giờ x 1-2 lần/ngày x 7 ngày/ 1 đợt điều trị

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Bộc lộ và lau khô vùng điều trị.

6.2. Bước 2: Chiếu tia

+ Chọn và đặt điện cực đúng vào vị trí vùng viêm.

+ Công suất điều trị vùng tiểu khung 30 - 50 w.

6.3. Bước 3: Kết thúc quy trình điều trị

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: người bệnh ổn định, vùng da chiếu không bỏng, rát.

- 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

- Bỏng tại chỗ: cần tắt máy, chườm nước mát trong 5 phút, bôi kem Silver Sulfadiazin 1%, băng vết thương bằng gạc mỏng.

- Phản ứng bất thường: choáng váng, nhức đầu, mệt mỏi, lo âu do người bệnh quá mẫn cảm với bức xạ điện cần tắt máy, để người bệnh nghỉ ngơi, tìm phương pháp điều trị khác.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Không có

7.3. Biến chứng muộn: Không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng 2014

2. Sách Phục hồi chức năng (dùng đào tạo Bác sỹ đa khoa Trường Đại học Y Hà Nội 2016)

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan van ban tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

108. LẤY DỊ VẬT ÂM ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

Dị vật âm đạo có thể xảy ra ở bất kỳ lứa tuổi nào, từ phụ nữ trưởng thành đến bé gái chưa quan hệ tình dục. Nếu không được xử lý kịp thời có thể gây viêm nhiễm, tổn thương âm đạo và cổ tử cung. Lấy dị vật âm đạo cần được thực hiện càng sớm càng tốt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Dị vật trong âm đạo.

- Trường hợp nghi ngờ có dị vật âm đạo (bé gái, thiếu nữ chưa quan hệ tình dục ra khí hư kéo dài)

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu 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.

- 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.

- 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop nhat Benh vien tu than Viet Nam_08/03/2025 15:28:08

- 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 người bệnh (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 thủ thuật hoặc phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Quan sát trực tiếp dị vật, dùng panh lấy dị vật, đánh giá các tổn thương nếu có.

6.2. Bước 2: Sát trùng lại âm đạo, tháo mỏ vịt.

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

- Theo dõi 30 phút sau phẫu thuật.

- Cho kháng sinh dự phòng nhiễm trùng 5 ngày.

- Hẹn khám lại khi có các dấu hiệu bất thường: đau bụng nhiều, ra máu âm đạo nhiều hay kéo dài, sốt, ra dịch âm đạo hôi...

- Lấy dị vật âm đạo thường ít xảy ra các tai biến.

109. KHÂU RÁCH CÙNG ĐỒ ÂM ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

Khoang nằm giữa mặt sau cổ tử cung và âm đạo gọi là cùng đồ sau. Cùng đồ sau là 1 khoang ngăn cách âm đạo và bên trong ổ bụng

Nguyên nhân của rách cùng độ âm đạo thường xảy ra sau giao hợp không đúng cách, lần đầu giao hợp, phụ nữ mãn kinh hay giao hợp bằng dụng cụ,...

Rách cùng đồ có 2 thể:

- Thể nhẹ: âm đạo bị rách nhưng không bị thủng hoàn toàn, không thông với ổ bụng
- Thể nặng: âm đạo bị thủng hoàn toàn thông vào ổ bụng, có thể nhìn qua âm đạo mà thấy được các cấu trúc trong bụng như ruột non, mạc nối vòi vào trong âm đạo.

2. CHỈ ĐỊNH: Rách cùng đồ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Các bệnh lý toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật

4. THẬN TRỌNG: Đang mắc các bệnh nội khoa cần được 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, bóng Foley.
- 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Benh vien Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

- 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 người bệnh (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 khoảng 1 - 2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Kiểm tra, đánh giá tổn thương

Đặt van âm đạo kiểm tra vị trí, kích thước tổn thương. Đánh giá xem âm đạo bị rách có thông với ổ bụng không

- Thể nhẹ: âm đạo bị rách nhưng không bị thủng hoàn toàn không thông với ổ bụng. Trường hợp này được xử trí khâu lại vết thương cầm máu bằng chỉ tự tiêu mũi rời hoặc mũi vắt.

- Thể nặng: âm đạo bị thủng hoàn toàn thông vào ổ bụng, có thể nhìn qua âm đạo mà thấy được các cấu trúc trong bụng như ruột non, mạc nối vòi vào trong âm đạo. Đây là trường hợp phức tạp cần phải phẫu thuật thực sự, kết hợp nội soi ổ bụng và mổ đường âm đạo đồng thời.

6.2. Bước 2. Soi ổ bụng và khâu vết rách dưới hướng dẫn của nội soi (trong trường hợp âm đạo thông với ổ bụng)

6.2.1. Chọc Trocar và bơm CO_2

- Có thể chọc Trocar đèn soi trực tiếp ở ngay mép rốn sau đó bơm CO_2. Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng 12mmHg)

- Chọc Trocar phẫu thuật ở 2 bên hố chậu (chú ý chọc Trocar ở phía ngoài của di tích động mạch rốn và tránh chọc vào mạch máu thượng vị nông)

Trong một số trường hợp có sẹo mổ cũ, người bệnh thừa cân…có nguy cơ tổn thương các tạng trong bụng khi chọc Trocar trực tiếp thì có thể dùng kim bơm CO_2 trước hoặc nội soi mở:

Điểm chọc kim bơm CO_2 thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc Trocar đèn soi (đây là điểm chọc phổ biến nhất).Trong ca có sẹo mổ cũ đường trắng giữa. Dưới rốn thì có thể chọc kim ở vị trí hạ sườn trái hoặc nội soi mở.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van ... hoi ... Viet Nam_0...202... 15:28:08

6.2.2. Kiểm tra toàn bộ ổ bụng, vết thương ở cùng đồ.

- Kiểm tra xem trong bụng có dị vật không (ví dụ như sextoy…). Nếu có phải lấy ra khỏi bụng (thường lấy qua vị trí vết rách ở cùng đồ).

- Kiểm tra xem có tổn thương trực tràng không. Nếu có cần phải phối hợp với chuyên khoa Ngoại.

6.2.3. Khâu lại vết rách qua đường âm đạo dưới giám sát của nội soi

6.2.4. Rửa sạch ổ bụng. Kiểm tra lại vị trí khâu.

6.2.5. Rút Trocar, khâu da.

6.3. Bước 3. Khâu vết rách đường âm đạo (trong trường hợp vết rách không thông với ổ bụng)

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.

Đặt sonde bàng quang 2 - 5 ngày

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp, ra máu âm đạo

Thay khuôn nong hoặc meche hàng ngày, vệ sinh âm đạo

7.2. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

Thủng trực tràng, niệu đạo: phối hợp bác sỹ chuyên khoa khâu lại tổn thương

Chảy máu: chèn meches hoặc chèn bóng Foley cầm máu

7.3. Tai biến sau phẫu thuật: Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh dự phòng

7.4. Biến chứng muộn: Dính âm đạo - cổ tử cung sau phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), Khâu phục hồi rách âm đạo, Quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ sản, tr 1

110. CHÍCH RẠCH TỤ MÁU TẦNG SINH MÔN

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư tiếp nhận văn bản đến từ nhà nước_08/05/2025 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

Tụ máu âm đạo, tầng sinh môn là một trong những biến chứng thường gặp sau sinh, đặc biệt ở các sản phụ sinh con so, sinh nhanh, có cắt tầng sinh môn, tăng sinh mạch máu vùng tầng sinh môn và rối loạn đông máu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Đứt các mạch máu lớn, khối máu tụ to nhanh lên nhiều.
- Đau nhiều, sản phụ không chịu được
- Khối máu tụ bị nhiễm khuẩn, có lỗ rò
- Khối máu tụ cản trở khi bóc rau nhân tạo hay kiểm soát tử cung

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nếu có rối loạn đông máu phải điều chỉnh rối loạn đông máu

4. THẬN TRỌNG

- Các trường hợp khối máu tụ phức tạp, lan lên trên cao, lan ra phía sau khoang phúc mạc
- Các trường hợp người bệnh rối loạn đông máu

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,…
- 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hanh hoa Benh vien tu nhan Viet Nam 06/02/2026 15:28:08

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 người bệnh (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 thủ thuật hoặc phòng phẫu thuật

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Bước 1: Rạch khối máu tụ: đường rạch cần đảm bảo đủ rộng để tiếp cận dễ dàng vào khối máu tụ và đảm bảo thẩm mỹ

Bước 2: Lấy khối máu tụ: Lấy hết máu cục ra ngoài, bơm rửa Povidone-iodine, khi đến đáy khối máu tụ thường sẽ thấy một vùng có máu loang ra đều khắp bề mặt.

Bước 3: Cầm máu: Tìm điểm chảy máu nếu có, khâu buộc cầm máu hoặc đốt điện kỹ để tránh tái phát.

Bước 4: Khâu phục hồi thương tổn: Khâu phục hồi theo các lớp giải phẫu

Bước 5: Kiểm tra lại sau khâu: Cho 1 ngón tay vào hậu môn kiểm tra xem có khâu vào trực tràng không, nếu có phải cắt chỉ khâu lại. Chèn gạc hoặc có thể đặt sonde dẫn lưu dịch vào vị trí khối máu tụ nếu cần thiết. Nên đặt gạc nhẹ nhàng và cẩn thận để tránh làm tuột chỉ buộc vùng máu tụ và tránh gây sang chấn thêm.

7. THEO DÕI

Theo dõi toàn trạng, các dấu hiệu sinh tồn đặc biệt trong 24 giờ đầu sau thực hiện thủ thuật

Theo dõi tình trạng ra máu âm đạo.

Chăm sóc vệ sinh: Lau âm đạo, tầng sinh môn bằng dung dịch povidone-iodine hoặc các dung dịch sát trùng khác

Chế độ ăn: Cho ăn lỏng sớm

8. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Chảy máu, tụ máu lại: Cần phải cầm máu kỹ.

Rối loạn đông máu: theo dõi, phát hiện, can thiệp kịp thời (truyền máu đúng chỉ định).

Nhiễm trùng: Nên đặt thông bàng quang sau phẫu thuật 72 giờ để giữ sạch vết mổ. Cho kháng sinh, sát trùng âm đạo hàng ngày.

111. CHÍCH ÁP XE TUYẾN BARTHOLIN

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop nhat Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

Áp xe tuyến Bartholin là do nhiễm trùng tuyến Bartholin tạo thành ổ mủ.

2. CHỈ ĐỊNH

Áp xe tuyến Bartholin

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Nang tuyến Bartholin đang trong giai đoạn viêm chưa hóa mủ (sưng, nóng, đỏ, đau)

4. THẬN TRỌNG

- Các trường hợp khối áp xe ở vị trí khác thường: khối áp xe ở gần niệu đạo, khối áp xe lan sâu vào thành âm đạo hoặc thành chậu 2 bên.
- Các trường hợp có nghi ngờ rò liên quan đến hậu môn, trực tràng

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.
- 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 người bệnh (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 0,5 - 1 giờ

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

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Xác định đường rạch: Đường rạch giữa nếp gấp môi lớn và môi bé.

6.2. Bước 2: Dẫn lưu, làm sạch khối áp xe: Lấy hết dịch mủ trong khối áp xe, bơm rửa bằng povidone-iodine

6.3. Bước 3: Khâu vành khăn

- Khâu vành khăn mép vết chích để dẫn lưu khối áp xe bằng chỉ 2.0
- Đặt gạc dẫn lưu nếu khối to, dịch mủ nhiều

7. THEO DÕI

- Sử dụng kháng sinh ít nhất 5 ngày sau khi làm thủ thuật
- Vệ sinh tầng sinh môn bằng dung dịch povidone-iodine hoặc các dung dịch sát trùng khác.
- Theo dõi nguy cơ tụ máu sau khi làm thủ thuật và nguy cơ nhiễm khuẩn

8. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Nhiễm trùng: Điều trị kháng sinh, có thể chích lại

Tụ máu: Tuỳ tiến triển khối máu tụ có thể theo dõi hay phá ra cầm máu lại

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoa hoa Benh vien tu nhan Viet Nam_03/05/2024 15:28:08

112. BÓC NANG TUYẾN BARTHOLIN

1. ĐẠI CƯƠNG

Nang tuyến Bartholin là nang âm hộ phổ biến. Đây là dạng nang chứa chất nhầy, nằm ở 2 bên của âm đạo, liên quan đến sự tắc nghẽn ống tuyến Bartholin. Nang tuyến Bartholin có thể gây vướng, gây đau âm hộ, đau khi giao hợp, gây bất đối xứng âm hộ. Nang tuyến Bartholin có thể bị nhiễm khuẩn và tiến triển thành áp xe Bartholin.

2. CHỈ ĐỊNH: Nang tuyến Bartholin.

3. THẬN TRỌNG: Nang nằm sâu, có kích thước nhỏ

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ

- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

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

4.3. Thiết bị y tế ý 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

4.4. 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, …

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop Bo_Benh vien tu Nhan Viet Nam_08/0.2025 15:28:08

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

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

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

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

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Xác định đường rạch: Đường rạch giữa nếp gấp môi lớn và môi bé

5.2. Bước 2: Bóc tách tuyến: Bóc tách tránh vỡ nang

5.3. Bước 3: Cầm máu: sử dụng dao điện cầm máu hoặc khâu qua đáy khoang bóc tách, cần chú ý kiểm soát được phần cuống của nang là nơi có nguồn mạch nuôi cho nang, nếu bị tụt đầu mạch có thể dẫn đến khối máu tụ (haematome)

5.4. Bước 4: Khâu da: khâu bằng chỉ 2.0

6. THEO DÕI

- Sử dụng kháng sinh ít nhất 5 ngày sau khi làm thủ thuật
- Vệ sinh tầng sinh môn bằng dung dịch Povidone-iodine hoặc các dung dịch sát trùng khác.
- Theo dõi nguy cơ tụ máu sau khi làm thủ thuật và nguy cơ nhiễm khuẩn.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Nhiễm trùng: điều trị kháng sinh, có thể chích lại

Tụ máu: xử trí khối

113. SINH THIẾT CỔ TỬ CUNG

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hieu hoa Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

Sinh thiết cổ tử cung là thủ thuật cắt một phần tổn thương nghi ngờ tại cổ tử cung làm xét nghiệm giải phẫu bệnh.

2. CHUẨN BỊ

Các tổn thương nghi ngờ ác tính tại 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

- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền, thuốc gây tê (Lidocain,…), Acid acetic, Lugol…

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.

- 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hiệu hoa Benhvientu nhan Việt Nam_06/05/2025 15:28:08

- 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 người bệnh (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 khoảng 0,5 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1:

- Bộc lộ vị trí tổn thương. Test Acid Actetic, Lugol tìm tổn thương cổ tử cung.
- Giảm đau: gây tê tại chỗ.

6.2. Bước 2:

- Dùng kìm sinh thiết bấm một mẩu tổ chức vị trí rìa tổn thương để có thể lấy được tổ chức bình thường và tổ chức nghi ngờ.
- 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.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hinh hoa Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

114. SINH THIẾT ÂM ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

Sinh thiết âm đạo là thủ thuật cắt một phần tổn thương nghi ngờ tại âm đạo làm xét nghiệm giải phẫu bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Các tổn thương nghi ngờ ác tính tại âm đạo.

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.
- 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.
- 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan benh vien Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

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 người bệnh (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 0,5 - 1 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Dùng kìm sinh thiết bấm một mẩu tổ chức vị trí rìa tổn thương để có thể lấy được tổ chức bình thường và tổ chức nghi ngờ.
- Chèn meche âm đạo rút sau 24 giờ.
- Bệnh phẩm gửi giải phẫu bệnh.
- 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

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Vat tu Hiep hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

115. SINH THIẾT ÂM HỘ

1. ĐẠI CƯƠNG

Sinh thiết âm hộ là thủ thuật cắt một phần tổn thương nghi ngờ tại âm hộ làm xét nghiệm giải phẫu bệnh.

2. CHỈ ĐINH

Các tổn thương nghi ngờ ác tính tại âm hộ.

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.

- 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.

- 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hiệu học Bệnh viện tư nhân Việt Nam_03/05/2024 15:28:08

- 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 người bệnh (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 0,5 - 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Dùng kìm sinh thiết bấm một mẩu tổ chức vị trí rìa tổn thương để có thể lấy được tổ chức bình thường và tổ chức nghi ngờ.
- Băng vị trí sinh thiết âm hộ, khâu cầm máu nếu cần thiết.
- Bệnh phẩm gửi giải phẫu bệnh.
- 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

Chảy máu: băng ép vị trí sinh thiết âm hộ, nếu vẫn tiếp tục chảy máu có thể đốt điện hoặc khâu cầm máu.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phong noi Benh vien thanhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

116. CẮT; ĐỐT SÙI MÀO GÀ ÂM HỘ; ÂM ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

Cắt; đốt sùi mào gà là kỹ thuật cắt bỏ tổ chức sùi mào gà có vùng đường kính lớn hơn 5cm, nhằm loại bỏ nhanh tổ chức sùi, hạn chế chảy máu.

2. CHỈ ĐỊNH

Sùi mào gà đường kính 5 cm trở lên

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Người bệnh không đồng ý hoặc không hợp tác điều trị
- Vùng da điều trị đang nhiễm trùng cấp tính lan tỏa
- Bệnh toàn thể nặng: bệnh hệ thống, suy tim, suy hô hấp, rối loạn đông máu

4. THẬN TRỌNG

Bệnh nền khoa chưa kiểm soát được, tăng huyết áp,…

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, 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.
- 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phap che Benh vien ... nhan Viet Nam_..._15:28:08

- 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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng 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

Bước 1: Loại bỏ thương tổn sùi mào gà

- Kẹp cuống hoặc chân thương tổn bằng pince, cắt bỏ thương tổn phía trên pince.
- Cầm máu bằng dao điện/plasma ngay phía trên pince;
- Tháo pince, cầm máu tiếp nếu cần bằng đốt điện/plasma/laser CO_2. Ngoài ra có thể sử dụng một trong các kỹ thuật sau:
- Sử dụng dao điện/plasma/laser CO_2 để đốt dần dần thương tổn từ ngoài vào trong, từ trên xuống dưới;
- Đốt để cắt đứt chân thương tổn;
- Cắt thương tổn bằng giao mổ hoặc bằng kéo trước, sau đó cầm máu.

Bước 2: Làm sạch và sát trùng vùng điều trị:

- Làm sạch vùng điều trị bằng gạc với NaCl 0,9% hoặc oxy già 2% thể tích.
- Sát trùng vùng thủ thuật bằng một trong các chất: povidon iodine 10%, chlorhexidin 2%...

Bước 3: Kết thúc quy trình: Bôi thuốc và băng thương tổn

- Bôi kem/mỡ kháng sinh hoặc các chất sát trùng khác.
- Đắp gạc: urgotull, gạc mỡ, gạc vô trùng. Băng thương tổn, băng ép nhẹ (nếu cần).

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tai biến trong khi thực hiện thủ thuật:
- Toàn trạng: phát hiện sớm sốc phản vệ, theo dõi chức năng sống và rối loạn khác.
- Tại chỗ: tình trạng chảy máu, co thắt mạch, tình trạng phù nề và các rối loạn khác.
- Báo bác sĩ ngay khi có tai biến.
- Sốc phản vệ: kiểm soát chức năng sống, xử trí ngay theo phác đồ sốc phản vệ.
- Chảy máu: băng ép, khâu ép hoặc cầm máu bằng dao điện.
- Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật:
- Theo dõi 30 phút với trường hợp gây tê tại chỗ, 06 giờ với gây mê hoặc tê tủy sống và tùy theo loại và mức độ, khi ổn định chuyển chuyên khoa điều trị.

117. NONG CỔ TỬ CUNG HOẶC BUỒNG TỬ CUNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Nong cổ tử cung, buồng tử cung là thủ thuật đưa ống nong hoặc ống hút vào buồng tử cung tách dính ống cổ tử cung hoặc buồng tử cung và có thể đặt dụng cụ tử cung tránh thai nằm giữa trong buồng tử cung để 2 mặt không dính lại.

2. CHỈ ĐỊNH

- Dính buồng tử cung độ I sau hút thai hoặc sau tháo dụng cụ tử cung.
- Dính ống cổ tử cung (ứ máu kinh).
- Bế sản dịch sau mổ lấy thai chủ động.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dính buồng tử cung từ độ II trở lên.
- Bệnh lý nội khoa nặng.
- Thể trạng người bệnh chưa cho phép tiến hành thủ thuật

4. THẬN TRỌNG: Có sẹo mổ đẻ cũ, sẹo bóc nhân xơ tử cung

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.
- 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, máy siêu âm, dụng cụ nong cổ tử cung (nến Hegar, ống hút Karmann…)
- 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư điện tử bệnh viện nhi Việt Nam_28/05/2025 15:28:08

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 người bệnh (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 thủ thuật

6. TIẾN HÀNH QTKT

Bước 1: **Sát khuẩn**

Sát khuẩn vùng âm hộ, âm đạo.

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

Bước 2: **Thăm dò buồng tử cung**

Kẹp cổ tử cung vị trí 12 giờ và gây tê cạnh cổ tử cung.

Dùng thước đo thăm dò tư thế tử cung, chiều cao buồng tử cung dưới hướng dẫn của siêu âm.

Bước 3: **Nong buồng tử cung**

Nong buồng tử cung bằng nong Hegar số 5 hoặc 6 hoặc sử dụng ống hút Karmann số 5 - 6 - 7 dưới hướng dẫn của siêu âm.

Có thể đặt dụng cụ tử cung chống dính.

Bước 4: **Kết thúc thủ thuật**

Tháo kẹp Pozzi.

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

7. THEO DÕI

Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp.

Theo dõi ra máu âm đạo.

Sau thủ thuật: trao đổi với người bệnh kết quả thủ thuật, kháng sinh, vòng kinh nhân tạo, siêu âm bơm nước hoặc chụp lại buồng tử cung sau 1 tháng.

8. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: loại trừ tổn thương tử cung, dùng thuốc co tử cung và kháng sinh và theo dõi sát. Trong trường hợp có đặt dụng cụ tử cung chống dính kiểm tra dụng cụ tử cung đúng vị trí không nếu ra máu nhiều và kéo dài thì lấy dụng cụ tử cung

- Thủng tử cung: có thể điều trị nội khoa và theo dõi, trong trường hợp chảy máu tiến triển mổ nội soi cấp cứu xử trí theo tổn thương.

- Dụng cụ tử cung tụt vào ổ bụng: mổ nội soi lấy dụng cụ tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.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.

118. HÚT BUỒNG TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG:

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

2. CHỈ ĐỊNH

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

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

4. THẬN TRỌNG:

Bệnh nền khoa chưa kiểm soát được, tăng huyết áp,…

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.
- 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, máy siêu âm, bộ dụng cụ hút chân không…
- 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop nhat Benh vien thanh hoa Viet Nam_06/05/2025 15:28:08

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 người bệnh (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 0,2 – 0,5 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Bước 1: Đặt van âm đạo.

Bước 2: Kẹp cổ tử cung. Gây tê tại chỗ, Đo buồng tử cung

Bước 3: Hút buồng tử cung bằng bơm hút dưới hướng dẫn của siêu âm

Bước 4: Lau và sát khuẩn lại âm đạo, cổ tử cung bằng 1 kẹp sát khuẩn mới.

Bước 5: Tháo dụng cụ.

Bước 6: Lấy bệnh phẩm hút ra gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh.

Kết thúc quy trình:

- Trao đổi với người bệnh về kết quả thủ thuật.
- Ghi chép hồ sơ.
- Chỉ định điều trị thích hợp: kháng sinh, thuốc co tử cung

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện thủ thuật:

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp. Theo dõi ra máu âm đạo.
- Chảy máu: dùng thuốc co tử cung Oxytocin, Egotamin, Misoprostol.
- Thủng tử cung: có thể theo dõi điều trị nội khoa hoặc nhập viện theo dõi.
- Sau hút nên dùng thuốc kháng sinh, vòng kinh nhân tạo.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện thủ thuật: Chảy máu, thủng tử cung, nhiễm trùng

7.3. Biến chứng muộn: Dính buồng TC

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng sản phụ khoa, Nhà xuất bản Y học 2016, tr 174-175

119. NẠO NIÊM MẠC TỬ CUNG

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hanh chinh Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

Nạo niêm mạc tử cung là thủ thuật dùng để nạo hoặc hút lớp niêm mạc tử cung nhằm mục đích chẩn đoán và/hoặc điều trị.

2. CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ có bệnh lý về niêm mạc tử cung: ung thư niêm mạc tử cung, quá sản niêm mạc tử cung.
- Mãn kinh ra máu âm đạo, niêm mạc tử cung dày trên 4 mm.
- Rong kinh, rong huyết, băng kinh.

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.
- 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.
- 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 người bệnh (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 0,5 - 1 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1:

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

- Cặp Pozzi vào môi trước hoặc môi sau cổ tử cung, kéo cổ tử cung thẳng trục với thân tử cung.

- Đo buồng tử cung bằng thước đo.

6.2. Bước 2:

- Hút buồng tử cung dưới hướng dẫn siêu âm:

- Nếu dùng Pipel nhỏ: đưa pipel vào buồng tử cung đến tận đáy tử cung, sau đó rút nòng pipel lấy bệnh phẩm.

- Nếu dùng bơm hút chân không: lắp bơm hút, tạo áp lực âm; chọn ống hút có kích cỡ phù hợp đưa vào buồng tử cung đến tận đáy tử cung. Lắp bơm hút vào ống hút, sau đó mở van, xoay nhẹ nhàng để hút bệnh phẩm vào bơm. Khi bơm gần đầy, rút bơm để tháo bệnh phẩm bên trong. Sau đó, lặp lại bước tạo áp lực âm và tiếp tục hút đến khi buồng tử cung sạch, co tốt. Chú ý hút sạch cả 2 góc buồng tử cung.

- Có thể dùng thìa nạo lấy tổ chức buồng tử cung.

- Lấy 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.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu nhiều do tử cung co kém: hồi sức; dùng thuốc tăng co phù hợp.

- Tổn thương cơ tử cung: dừng thủ thuật; dùng thuốc tăng co tử cung, thuốc cầm máu; dùng kẹp hình tim kẹp cổ tử cung tại vị trí 3h - 9h để kéo cầm máu; chèn bóng vào buồng tử cung hoặc phẫu thuật xử trí tổn thương.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien ... Viet Nam_08/0.../202... 15:28:08

- Rách cổ tử cung: chèn cầm máu bằng mèche hoặc khâu lại.

- Thủng tử cung: dừng thủ thuật, tùy mức độ mà điều trị nội khoa hoặc phẫu thuật.

- Thất bại: không nạo/ hút được bệnh phẩm: cần chuyển sang soi buồng tử cung chẩn đoán.

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.

7.3. Tai biến muộn

Dính buồng tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), nạo sinh thiết từng phần, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 173-176

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

120. NẠO; HÚT THAI TRỨNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Là một thủ thuật đưa ống hút vào buồng tử cung, dưới áp lực âm hút tổ chức trứng, rau thai trong buồng tử cung.

- Nạo, hút thai trứng nguy hiểm hơn hút thai thường vì tử cung to và mềm nên nguy cơ chảy máu và thủng tử cung, sót trứng cao.

2. CHỈ ĐỊNH: Thai trứng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Nghi ngờ thai trứng xâm lấn.

4. THẬN TRỌNG

- Rối loạn đông máu
- Viêm nhiễm tại chỗ
- 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 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, hệ thống hút chân không, thân máy, máy siêu âm,.
- 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

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 người bệnh (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. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1:

- Đặt van âm đạo.
- Kẹp cổ tử cung và đo buồng tử cung.

6.2. Bước 2:

- Hút trứng bằng bơm hoặc máy hút dưới hướng dẫn của siêu âm.

6.3. Bước 3:

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

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 ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: nếu đang hút thì hồi sức và hút nhanh, lấy hết trứng để tử cung co lại sẽ giảm chảy máu và dùng thuốc co tử cung Oxytocin, Ecgotamin, Misoprostol.
- Thủng tử cung: mổ cấp cứu

- Nếu người bệnh còn nguyện vọng có con: sau khi mở bụng, cầm tử cung trong tay, người khác tiếp tục hút trứng dưới tay phẫu thuật viên, hút sạch buồng tử cung và khâu lại lỗ thủng.

- Nếu người bệnh không muốn có con nữa: cắt tử cung hoàn toàn, cắt 2 phần phụ nếu người bệnh lớn tuổi.

7.2. Tai biến sau phẫu thuật

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

7.3 Tai biến muộn

- Dính buồng tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), hút thai trứng, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 167-168.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

121. CHỌC DÒ TÚI CÙNG DOUGLAS

1. ĐẠI CƯƠNG

- Túi cùng Douglas là nơi thấp nhất trong cơ thể (ở ổ phúc mạc). Ở nữ giới, túi cùng Douglas nằm giữa tử cung và trực tràng.

- Theo tính chất sinh lý của phúc mạc, vùng này là tái hấp thu kém nhất trong toàn ổ bụng. Bình thường túi cùng Douglas là một khoang "ảo", có thể có rất ít dịch (trừ những ngày rụng trứng ở nữ). Nếu cơ thể có sự thay đổi như viêm nhiễm, chảy máu trong ổ bụng… thì túi cùng Douglas sẽ có dịch, máu hay mủ đọng lại. Vì vậy, chọc dò túi cùng Douglas là một thủ thuật nhằm xác định túi cùng Douglas có dịch, máu hay mủ, từ đó giúp chẩn đoán một số bệnh lý sản phụ khoa.

2. CHỈ ĐỊNH

- Nghi có máu trong ổ bụng trong trường hợp thai ngoài tử cung rỉ máu, vỡ hay vỡ nang trứng…
- Lấy dịch ổ bụng làm xét nghiệm: trong trường hợp nghi ngờ ung thư buồng trứng, nghi xơ gan cổ trướng
- Tràn dịch ổ bụng do sử dụng thuốc kích buồng trứng, hỗ trợ phòng ngừa và điều trị hội chứng quá kích buồng trứng
- Nghi có ổ áp xe phần phụ hoặc áp xe Douglas

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Người bệnh bị rối loạn đông máu, nhiễm khuẩn nặng

4. THẬN TRỌNG: Tử cung gập hẳn ra sau

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.
- 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 người bệnh (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 hoặc phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Chọc dò túi cùng Douglas

- Dùng kìm Pozzi kẹp mép sau cổ tử cung, kéo nhẹ theo hướng ra ngoài và lên trên, bộc lộ túi cùng sau âm đạo

- Lắp kim vào bơm tiêm

- Chọc nhanh kim vào túi cùng sau ở dưới mép sau cổ tử cung (thường không cần phải gây tê)

- Kéo nòng bơm tiêm từ từ để hút dịch ở túi cùng Douglas

6.2. Bước 2: Đánh giá kết quả dịch túi cùng

- Máu đen loãng, không đông: có thể là chảy máu trong do thai ngoài tử cung, vỡ nang trứng…

- Máu đỏ tươi, để ngoài một lúc đông lại: có thể chọc nhầm vào mạch máu (nếu cần có thể chọc lại lần nữa theo hướng khác)

- Dịch vàng trong: có thể đó là thai ngoài tử cung chưa vỡ hoặc dịch viêm ở tiểu khung…

- Dịch mủ: lưu kim lại tại chỗ, tiến hành mở túi cùng để dẫn lưu mủ và gửi xét nghiệm

6.3. Bước 3: Tháo dụng cụ

- Lau và sát khuẩn lại âm đạo, cổ tử cung bằng 1 kẹp sát khuẩn mới

- Tháo dụng cụ

6.4. Kết thúc thủ thuật

- Lấy dịch hút ra gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh
- Trao đổi với người bệnh và thân nhân về kết quả thủ thuật.
- Ghi chép hồ sơ.
- Chỉ định điều trị thích hợp: kháng sinh

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp
- Theo dõi ra máu âm đạo
- Tình trạng ổ bụng

7.2. Tai biến

- Chọc vào mạch máu ở tiểu khung gây tụ máu trong tiểu khung: có thể điều trị bảo tồn, chèn meches theo dõi hoặc mở bụng cầm máu
- Tổn thương tạng: ít khi xảy ra, mời hội chẩn ngoại nếu cần thiết

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Medscape (2022), Culdocentesis, Overview - Idications - Contraindications

122. CHỌC, DẪN LƯU TÚI CÙNG DOUGLAS

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hinh hoa Benh vien Nhi Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

Chọc, dẫn lưu túi cùng Douglas là thủ thuật rạch niêm mạc âm đạo vào phúc mạc, làm cho âm đạo thông với ổ bụng

2. CHỈ ĐỊNH: Dẫn lưu túi mủ phần phụ hoặc áp xe Douglas

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH VÀ THẬN TRỌNG

- Viêm phúc mạc toàn thể

- Bệnh lý toàn thân: rối loạn đông máu, nhiễm khuẩn nặng, …

4. THẬN TRỌNG

- Khối u vùng chậu: u buồng trứng, áp xe buồng trứng, áp xe ruột thừa, …

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, thuốc gây tê…

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, hệ thống dẫn lưu kín...

- 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 người bệnh (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 0,5 - 1 giờ.

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

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Chọc, dẫn lưu túi cùng Douglas

- Dùng kìm Pozzi kẹp mép sau cổ tử cung, kéo nhẹ theo hướng ra ngoài và lên trên, bộc lộ túi cùng sau âm đạo

- Gây tê tại chỗ tại vị trí chọc

- Chọc kim vào túi cùng sau ở dưới mép sau cổ tử cung, nhẹ nhàng đưa kim vào ổ mủ (vừa đưa vào sâu vừa hút). Khi hút được mủ thì giữ nguyên vị trí kim để làm mốc rạch

- Dùng kẹp răng chuột kẹp vào vị trí định rạch của niêm mạc của âm đạo, tạo nếp gấp dọc trước - sau

- Dùng kéo hoặc dao phẫu thuật cắt hoặc rạch sát vào bờ trên của kim

- Dùng kéo đầu tù khép kín đưa vào lỗ rạch, sau đó rút ra ở tư thế mở (đầu mũi kéo làm lỗ rạch rộng hơn và giúp mủ chảy máu ngoài). Có thể dùng đầu ngón tay để phá vỡ những ngóc ngách của ổ áp xe, đồng thời ấn tử cung qua thành bụng để mủ chảy ra ngoài

- Đưa sonde dẫn lưu qua vết rạch, cố định sonde dẫn lưu vào phía ngoài của thành âm đạo

- Rút ống dẫn lưu khi không còn mủ chảy ra ngoài

6.2. Bước 2: Tháo dụng cụ

- Lau và sát khuẩn lại âm đạo, cổ tử cung bằng 1 kẹp sát khuẩn mới

- Tháo dụng cụ

6.3. Kết thúc thủ thuật

- Trao đổi với người bệnh và thân nhân về kết quả thủ thuật.

- Ghi chép hồ sơ.

- Chỉ định điều trị thích hợp: kháng sinh.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1 Theo dõi

Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp

Theo dõi ra máu âm đạo

Tình trạng ổ bụng

Dịch qua sonde dẫn lưu

7.2 Tai biến

Chọc vào mạch máu ở tiểu khung gây tụ máu trong tiểu khung: có thể điều trị bảo tồn, chèn meches theo dõi hoặc mở bụng cầm máu

Tổn thương tạng: ít khi xảy ra, mời hội chẩn ngoại nếu cần thiết

Dị ứng thuốc: xử trí theo phác đồ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Medscape (2022), Culdocentesis, Overview - Idications - Contraindications

123. KHÁM PHỤ KHOA

1. ĐẠI CƯƠNG

Khám phụ khoa là khám bộ phận sinh dục (ngoài thời kỳ có thai).

2. CHỈ ĐỊNH

Khám để phát hiện các bệnh lý âm hộ, âm đạo, cổ tử cung, thân tử cung, vòi trứng, buồng trứng đồng thời xem có gì bất thường trong tiểu khung.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Khi người bệnh không hợp tác.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 Bác sỹ sản phụ khoa
- 01 điều dưỡng

5.2. Thuốc:

5.3. Thiết bị y tế

+ Mỏ vịt: 01
+ Kìm kẹp bông: 01
+ Găng tay cao su: 01 đôi.
+ Bông, gạc (củ ấu): 05 miếng
+ Dầu paraphin: 2ml
+ Povidon iodine: 2ml
+ Dung dịch axit axetic 3%
+ Dung dịch lugol 3%

- Đồ vải

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

5.4. Người bệnh

Thầy thuốc giải thích cho người bệnh: Tư vấn trước khi khám

Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện khám.

Tôn trọng quy tắc 3 người

5.5. Hồ sơ bệnh án: Sổ y bạ, các sổ sách liên quan ghi chép

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thi Hien_hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/0[illegible]202[illegible] 15:28:08

5.6. Thời gian thực hiện: 15 phút (0,25 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng khám phụ khoa.

5.8. Kiểm tra hồ sơ:

Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh.

Đặt tư thế người bệnh: Hướng dẫn người bệnh tư thế khám phụ khoa.

Bệnh phẩm (với các xét nghiệm): đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1:

Kiểm tra hồ sơ: Khớp tên tuổi, địa chỉ người bệnh.

Hỏi bệnh: tên tuổi, nghề nghiệp, lý do khám, hỏi tiền sử, bệnh sử, lý do khám…

6.2. Bước 2: Nhìn: quan sát toàn thân, da, niêm mạc, giọng nói, dáng người, sẹo mổ cũ, lông mu trên vệ, trên bụng, âm hộ, âm vật, 2 môi lớn, môi bé, tầng sinh môn, 2 vú.

6.3. Bước 3: Thực hiện kỹ thuật

- Sờ nắn vú: khối u, dịch, hạch.
- Khám bằng mỏ vịt
- Đặt mỏ vịt nhẹ nhàng.
- Quan sát âm đạo, niêm mạc âm đạo, dịch âm đạo
- Tính chất khí hư: đặc trắng như bột, xám bọt, xanh loãng, như mủ, máu …
- Kèm với hỏi người bệnh cảm giác khí hư gây ngứa, rát, hôi.
- Các tổn thương phối hợp: nang nước, mụn nước, sùi, nhân di căn (chorio) dị tật bẩm sinh (vách ngăn), chấn thương sau đẻ, các lỗ rò bàng quang âm đạo, lỗ rò âm đạo trực tràng.
- Chú ý không đặt mỏ vịt ở người chưa giao hợp.
- Quan sát cổ tử cung với dung dịch Axit axetic 3-5% hoặc Lugol 5% (VIA/VILI test)
- Đánh giá 2 môi cổ tử cung
- Bình thường niêm mạc cổ tử cung nhẵn, hồng nhạt, khi có thai màu nâu hơi tím
- Đánh giá thương tổn cổ tử cung: vết trắng, lấm tấm đỏ, nang Naboth, polype cổ tử cung hay polype trong buồng tử cung, sùi, loét (nếu có)
- Lấy khi hư trong âm đạo để soi tươi tìm vi khuẩn, nấm (nếu cần thiết)
- Lấy khí hư nuôi cấy vi khuẩn, làm kháng sinh đồ nếu người bệnh đã viêm nhiễm nhiều lần
- Lấy dịch trong ống cổ tử cung để xét nghiệm clamydia, lậu cầu (nếu cần thiết).
- Tư vấn xét nghiệm sàng lọc ung thư cổ tử cung; lấy bệnh phẩm gửi xét nghiệm sàng lọc theo nhu cầu của người bệnh.
- Tư vấn sàng lọc ung thư vú.

- Lấy pank kẹp gạc củ ấu vệ sinh lại cho người bệnh.
- Thăm khám âm đạo kết hợp nắn bụng (nếu cần thiết) để:
  + Xác định thể tích tử cung, tư thế tử cung, mật độ tử cung, di động tử cung.
  + Nắn 2 bên phần phụ để phát hiện u, cục, nề, đau.
  + Khám các cùng đồ 2 bên, cùng đồ sau phát hiện đau, có dịch.
- Gõ bụng khi nghi có dịch cổ trướng, máu ở tư thế nghiêng phải, nghiêng trái.

6.4. Kết thúc quy trình:

- Hướng dẫn và tư vấn người bệnh làm xét nghiệm lâm sàng.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Trong quá trình khám theo dõi nét mặt người bệnh và phản ứng của người bệnh khi thăm khám.
- Khi người bệnh đau hay chảy máu âm đạo (Nếu khám thô bạo).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Thủ thuật sản phụ khoa, Nhà xuất bản Y học 2023; tr 7-12

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hành chính Bệnh viện tư nhân Việt Nam_28/03/2024 15:28:08

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan benh vien ... Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

124. SOI CỔ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG:

Soi cổ tử cung là phương pháp chẩn đoán các tổn thương tiền ung thư và K cổ tử cung bằng máy soi cổ tử cung.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp xét nghiệm tế bào học cổ tử cung có một trong các tổn thương sau đây: Tế bào vảy không điển hình chưa loại trừ tổn thương nội biểu mô vảy độ cao (ASC-H)
- Tế bào tuyến không điển hình (AGUS)
- Tổn thương nội biểu mô vảy độ thấp (LSIL)
- Tổn thương nội biểu mô vảy độ cao (HSIL)
- Hoặc tế bào ung thư biểu mô vảy hoặc tuyến.
- Những trường hợp xét nghiệm tế bào không phân loại được hoặc có xu hướng tiến triển bệnh nặng hơn.
- Các trường hợp có tổn thương loét, sùi, chảy máu, vết trắng, HPV dương tính các typ 16, 18.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 thủ thuật viên chính
- 01 Điều dưỡng hoặc 01 hộ sinh

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Povidon iodine: 10ml
- A xit acetic 3%: 10ml
- Dầu Paraphin: 2ml
- Nước muối sinh lý: 10ml
- Găng tay: 2 cái
- Meche: 1 miếng
- Bông hoặc gạc sát khuẩn: 7 miếng
- Lọ đựng bệnh phẩm: 2 lọ
- Dụng cụ:

+ Mỏ vịt: 1

+ Kẹp cổ tử cung: 1 cái

+ Thìa nạo buồng CTC: 1 cái

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien tu nhan Viet nam_28/02/2026 15:28:08

+ Kìm kẹp bông: 2 cái

+ Dụng cụ làm phiến đồ: Phiến kính, que gỗ để lấy bệnh phẩm

+ Bộ dụng cụ lấy bệnh phẩm xét nghiệm tế bào học cổ tử cung, HPV

- Hóa chất: Các hóa chất phải đựng vào lọ có nắp để không bị khô và giữ được đậm độ cần thiết

+ Axit axetic 3%

+ Lugol 3%

+ Nitrat bạc 3% hay 5%

+ Dung dịch xịt cố định tế bào

+ Dung dịch Bouin để ngâm bệnh phẩm

- Máy soi Cổ tử cung: 01

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích và tư vấn về phương pháp, sự cần thiết, hiệu quả, tai biến cho người bệnh.

- Tâm lý ổn định, sẵn sàng điều trị.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện soi cổ tử cung: Kiểm tra người bệnh

+ Hỏi bệnh: tên tuổi, nghề nghiệp, lí do khám, tiền sử sản khoa, tiền sử kinh nguyệt, tiền sử phụ khoa, tiền sử toàn thân, sức khỏe, khí hư …

+ Kiểm tra người bệnh, đúng người, đúng xét nghiệm, đúng chỉ định

+ Người bệnh nằm tư thế phụ khoa

+ Nhìn: quan sát toàn thân, da, niêm mạc, giọng nói, dáng người, sẹo mổ cũ, lông mu trên vệ, trên bụng, âm hộ, âm vật, 2 môi lớn, môi bé, tần sinh môn

5.5. Hồ sơ bệnh án Sổ y bạ, các sổ sách liên quan ghi chép

5.6. Thời gian thực hiện: 15 phút (0.25 giờ).

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

5.8. Kiểm tra hồ sơ

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh:đúng người bệnh, đúng tên, đúng tuổi, đúng địa chỉ người bệnh, các kết quả xét nghiệm đã có.

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật.

c) Hướng dẫn người bệnh tư thế nằm phụ khoa.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thi Hien hoa.Benh vien tu nhan Viet Nam_18/03/2026 15:28:08

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Kỹ thuật viên chuẩn bị máy soi cổ tử cung:

- Người bệnh nằm tư thế phụ khoa
- Bác sĩ đi găng tay mũ, khẩu trang.

6.2. Bước 2: Thực hiện kỹ thuật

- Nhúng mỏ vịt vào nước sạch, hạn chế dùng dầu trơn Paraphin
- Đặt mỏ vịt loại mỏ vịt 2 van, kích thước trung bình (Cusco), quan sát âm đạo
- Soi cổ tử cung không chuẩn bị
- Quan sát cổ tử cung và vòm âm đạo
- Lấy khí hư xét nghiệm, lau nhẹ nhàng bằng NaCl 0.9%
- Soi CTC để phát hiện các hình ảnh nghi ngờ loại sừng hóa, các mạch máu bất thường (soi bằng kính lọc màu xanh)
- Soi bằng axit acetic 3 % bôi vào cổ tử cung sau 20 - 30s các hình ảnh soi rõ nét, các tuyến đang chế tiết thì thu nhỏ lại do các chất nhày bị se lại vì protein của chất nhày đông đặc
- Đánh giá quan sát tổn thương cổ tử cung
- Soi cổ tử cung sau khi bôi lugol mạnh
- Nhận định lại các hình ảnh đã thấy khi soi chứa acid acetic
- Phát hiện các vùng không bắt màu lugol
- Đánh giá tình trạng tiếp nhận oestrogen của biểu mô cổ tử cung và mức độ thuần thục của biểu mô
- Nhận định rõ ranh giới của các thương tổn
- Cắt sinh thiết khi soi cổ tử cung có tổn thương nghi ngờ làm xét nghiệm giải phẫu bệnh.

6.3. Kết thúc quy trình:

- Ghi chép kết quả soi cổ tử cung trên giấy hoặc dưới dạng điện tử
- Chụp ảnh kết quả, trả cho người bệnh và lưu lại trên máy tính
- Chèn meche vào chỗ sinh thiết
- Dặn người bệnh rút meche trước 24 giờ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Phân loại các hình ảnh trong trường hợp soi CTC khiến người bệnh đau hoặc chảy máu nhiều ở chỗ sinh thiết khoảng 30 phút hoặc tùy tình trạng người bệnh

- Choáng do đau
- Chảy máu: chèn meche
- Dị ứng acid acetic, lugol …

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thủ thuật sản phụ khoa - Nhà xuất bản y học 2023, tr262-263

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hhoa Benh vien nhan Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

125. LÀM THUỐC ÂM HỘ; ÂM ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

Làm thuốc âm hộ, âm đạo là kỹ thuật làm sạch âm hộ, âm đạo đối với người bệnh có nguy cơ nhiễm khuẩn âm hộ, âm đạo.

2. CHỈ ĐỊNH

Viêm âm hộ, âm đạo.

Chuẩn bị cho người bệnh trước khi mổ phụ khoa, trước khi mổ lấy thai.

Người bệnh sau mổ cắt tử cung.

Người bệnh sau mổ lấy thai, sau đẻ thường có nhiễm khuẩn hậu sản.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Toàn trạng người bệnh chưa ổn định.

4. THẬN TRỌNG

Trong quá trình thực hiện làm thuốc âm hộ, âm đạo, thao tác cần nhẹ nhàng, tránh gây chảy máu hoặc tổn thương thêm.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ hoặc điều dưỡng hoặc hộ sinh: 01 người.

5.2. Thuốc: Dung dịch làm sạch tầng sinh môn: Povidon iodine 10% 20 ml; nước chín 500ml; Natriclorua 0,9% 100ml; Parafin 5ml.

5.3. Thiết bị y tế

- Thiết bị y tế tiêu hao

+ 2 kẹp Kose (25 cm), 2 cốc đựng dung dịch.

+ 5 bông cầu, 5 ấu vô khuẩn, 2 đôi găng vô khuẩn, 3 săng vô khuẩn.

+ 2 bộ mũ, khẩu trang dùng 1 lần, 1 tạp dề nilon.

- 1 xe dụng cụ 2 tầng, 1 khay đựng dụng cụ.

- 1 ấm inox 5 lít.

5.4. Người bệnh

Có chỉ định của bác sĩ.

Thầy thuốc giải thích về việc sẽ làm cho sản phụ và người nhà: mục đích, các bước tiến hành.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Bác sỹ ghi chỉ định vào hồ sơ bệnh án.

Điều dưỡng/ hộ sinh ghi phiếu chăm sóc.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính 15 - 20 phút.

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Viet Nam_18/03/2026 15:28:08

5.8. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng chỉ định, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá toàn trạng, mạch, huyết áp, nhiệt độ

6.2. Thực hiện kỹ thuật

- Hướng dẫn người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa, bộc lộ vùng sinh dục.
- Rửa tay thường quy.
- Trải săng sạch dưới mông người bệnh.
- Mang găng tay.
- Dùng panh kẹp bông cầu rửa âm hộ bằng nước chín pha povidone-iodine theo thứ tự (trên - dưới, trong - ngoài, hai bên đùi, hậu môn).
- Lau khô (theo trình tự như rửa âm hộ).
- Sát trùng âm hộ bằng povidon iodine.
- Đặt mỏ vịt vào âm đạo nhẹ nhàng, mở mỏ vịt.
- Dùng panh kẹp ấu lau nhẹ nhàng các thành của âm đạo và các cùng đồ bằng nước muối sinh lý, xoay mỏ vịt để quan sát toàn bộ âm đạo.
- Sát khuẩn âm đạo bằng povidon iodine.
- Tháo mỏ vịt.
- Dùng panh kẹp củ ấu lau khô bên ngoài âm hộ.
- Hướng dẫn người bệnh ngồi dậy, xuống khỏi bàn khám, mặc váy.
- Thu dọn, xử lý dụng cụ, săng, rác thải y tế theo đúng quy trình.
- Tháo găng, rửa tay thường quy.

6.3. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Dặn dò, hướng dẫn người bệnh vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài.
- Đưa người bệnh về giường bệnh.
- Hoàn thiện, ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tai biến trong quá trình làm thuốc âm hộ, âm đạo
- Đau nhiều, choáng: dùng thuốc giảm đau, hồi sức.
- Chảy máu tại chỗ: chèn gạc, dùng thuốc cầm máu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Phụ Sản trường Đại học Y Hà Nội, *Bài giảng Sản Phụ khoa tập 1*, Nhà xuất bản Y học, 2013, Trang 61-68.

2. Quyết định số 4128/QĐ-BYT, ngày 29/7/2016 ban hành *“Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản”*.

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hồ hoá Bệnh viện tuần Việt Nam_08/05/2024 15:28:08

126. CHÍCH RẠCH MÀNG TRINH DO Ứ MÁU KINH

1. ĐẠI CƯƠNG

Vị trí tiếp nối của ống Muller và xoang niệu sinh dục là vị trí nguyên thủy của màng trinh. Trong quá trình hình thành, màng trinh sẽ tự tiêu một phần để mở thông âm đạo. Trong trường hợp màng trinh tồn tại nguyên vẹn thì màng trinh sẽ không thủng, dẫn tới âm đạo bị bịt kín và ứ máu kinh.

Phẫu thuật trích rạch tạo lỗ thủng màng trinh với mục đích dẫn lưu máu kinh, giảm đau, nhiễm trùng do ứ máu kinh và làm quá trình giao hợp trở nên thuận lợi hơn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Màng trinh không có lỗ
- Ứ máu kinh trong âm đạo - buồng tử cung
- Ứ máu kinh trong âm đạo - cổ tử cung
- Ứ máu kinh trong buồng tử cung và lan ra hai vòi tử cung
- Giao hợp khó khăn: màng trinh có lỗ thủng nhỏ hoặc không thủng

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân nặng: nhiễm khuẩn nặng, rối loạn đông máu nặng

4. THẬN TRỌNG

- Viêm nhiễm cấp tính vùng âm hộ

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…
- 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop nhi Benh vien tu than Viet Nam 06/05/2026 15:28:08

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 người bệnh (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 thủ thuật hoặc phòng khám phụ khoa.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Thăm dò màng trinh: xác định vị trí, độ dày của màng trinh

6.2. Bước 2: Rạch màng trinh theo hình chữ thập

- Đường rạch qua lỗ chọc kim thăm dò
- Lau sạch máu kinh ở âm đạo
- Cắt các mảnh màng trinh để tạo thành lỗ màng trinh
- Tách niêm mạc để khâu kín mép theo hình vành khăn, tránh dính

6.3. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi 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 BIẾN CHỨNG

7.1 Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu âm đạo: cầm máu

7.2 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng sau mổ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013), Thủ thuật trích rạch màng kinh do ứ máu kinh, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 156.

127. CHỌC HÚT DỊCH DO MÁU TỤ SAU MỔ

1. ĐẠI CƯƠNG

Chọc hút dịch do tụ máu sau mổ nhằm dẫn lưu dịch trong khối máu tụ, giảm áp lực và làm giảm nguy cơ nhiễm trùng và vỡ khối tụ dịch thứ phát

2. CHỈ ĐỊNH Các ổ tụ máu ở nông, xác định được vị trí bằng khám lâm sàng

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý rối loạn đông máu
- Ổ tụ máu nằm sát các vị trí có nguy cơ cao gây tổn thương mạch máu lớn, thần kinh
- Ổ tụ máu nằm ở vị trí sâu không xác định được trên lâm sàng
- Đang có tình trạng nhiễm khuẩn cấp

4. THẬN TRỌNG

- Các ca mổ khó, có biểu hiện dính nhiều
- Các trường hợp mổ liên quan đến nhiều chuyên khoa

5. CHUẨN BỊ

5.1. Cán bộ thực hiện quy trình

- 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.
- 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, thiết bị hút (bơm hút áp lực âm).
- 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 người bệnh (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 0,5 - 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Xác định vị trí ổ tụ máu trên lâm sàng và xác định đường dự định chọc hút.

6.2. Bước 2: Sát trùng da ở vị trí đường vào bằng dung dịch Povidon iodine, trải săng vô khuẩn có lỗ hoặc săng vô khuẩn thường

6.4. Bước3: Chọc hút ổ tụ máu theo hướng đã xác định trước hoặc dưới hướng dẫn của siêu âm

6.5. Bước 4: Hút dịch tại ổ tụ máu, vừa hút, vừa kết hợp với quan sát, thăm khám lâm sàng. Hút đến khi nào ổ tụ máu hết hoặc không thể hút được nữa.

6.6. Bước 6: Sát khuẩn, băng lại vị trí chọc hút

7. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, huyết áp, tình trạng chảy máu, chảy dịch tại chỗ.
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 h

8. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Đau tăng sau khi chọc hút, có thể bổ sung giảm đau paracetamol.
- Chảy máu sau chọc hút, cần băng ép chặt.
- Chảy dịch hoặc mủ tại vị trí chọc hút cần làm khô cho tới hết. Băng lại vết chọc. Thay băng hàng ngày.

hhbvtnvn.thanhhoa_Vo thu hoa benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

128. CHỌC NANG TỒN DƯ DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

1. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật chọc hút nang tồn dư qua đường âm đạo dưới hướng dẫn siêu âm đầu dò âm đạo để tạo điều kiện thuận lợi cho chọc hút noãn

2. CHỈ ĐỊNH

Những trường hợp nang tồn dư kích thước lớn, gây cản trở quá trình chọc hút noãn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Không có chống chỉ định

4. THẬN TRỌNG

Kỹ thuật chọc hút nang tồn dư cần đảm bảo nhẹ nhàng, vô khuẩn, tránh làm tổn thương noãn. Trong quá trình thực hiện thủ thuật môi trường ánh sáng yếu

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
- Bác sĩ labo: 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…
- 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, hoặc 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 người bệnh (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: 0,5 - 1 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật

6. TIẾN HÀNH QTKT

Bước 1: Đặt mỏ vịt, Rửa sạch âm hộ, lau sạch âm đạo và cổ tử cung bằng nước muối sinh lý. Che phủ vùng bụng và hai đùi bằng săng vô khuẩn.

Bước 2: Đưa đầu dò siêu âm vào âm đạo, đánh giá số lượng nang noãn, khả năng tiếp cận đầu dò với buồng trứng.

Bước 3: Gắn kim chọc hút vào bơm tiêm, tráng kim và bơm tiêm bằng môi trường nuôi cấy.

Bước 4: Tiến hành chọc và hút noãn từng nang tồn dư. Khi chọc kim vào trong nang thì tiến hành hút hết dịch nang.

Bước 5: Kiểm tra lại đảm bảo không bị chảy máu trong.

Bước 6: Lau lại âm đạo và âm hộ, cầm máu nếu chảy máu thành âm đạo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Tai biến trong thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu do chọc vào mạch máu trong ổ bụng

- Tổn thương ruột, bàng quang

Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu thành âm đạo, ổ bụng

- Chảy máu bàng quang

Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng

- Áp xe buồng trứng

- Viêm phúc mạc

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. David K Gardner. Textbook of Assisted Reproductive Technologies Laboratory and Clinical perspectives Third Edition. 2009 Informa UK Ltd

129. CHỌC DỊCH GIẢ NANG DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Viet nam_08/05/2024 15:28:08

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật chọc hút dịch giả nang xuất hiện sau phẫu thuật trong ổ bụng qua đường âm đạo dưới hướng dẫn siêu âm đầu dò âm đạo.

II. CHỈ ĐỊNH

Trong các trường hợp có khối dịch giả nang tồn tại sau phẫu thuật

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. THẬN TRỌNG

Kỹ thuật chọc hút dịch giả nang cần đảm bảo nhẹ nhàng, vô khuẩn. Trong quá trình thực hiện thủ thuật môi trường ánh sáng yếu

V. 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, máy siêu âm đầu dò âm đạo.

- 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 người bệnh (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: 0,5 - 1 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật

VI. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Đặt mỏ vịt. Rửa sạch âm hộ, lau sạch âm đạo và cổ tử cung bằng nước muối sinh lý. Che phủ vùng bụng và hai đùi bằng săng vô khuẩn.

6.1. Bước 2: Đưa đầu dò siêu âm vào âm đạo, đánh giá khả năng tiếp cận đầu dò với khối dịch giả nang.

6.3. Bước 3: Gắn kim chọc hút vào bơm tiêm, tráng kim và bơm tiêm bằng môi trường nuôi cấy.

6.4. Bước 4: Tiến hành chọc hút khối dịch giả nang. Khi chọc kim vào trong khối thì tiến hành hút hết dịch nang.

6.5. Bước 5: Kiểm tra lại đảm bảo không bị chảy máu trong.

6.6. Bước 6: Lau lại âm đạo và âm hộ, cầm máu nếu chảy máu thành âm đạo.

VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu do chọc vào mạch máu trong ổ bụng
- Tổn thương ruột, quàng quang

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu thành âm đạo, ổ bụng
- Chảy máu bàng quang

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng
- Viêm phúc mạc

TÀI LIỆU THAM KHẢO

David K Gardner. Textbook of Assisted Reproductive Technologies Laboratory and Clinical perspectives Third Edition. 2009 Informa UK Ltd.

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hội Bệnh viện tư nhân Việt Nam_08/05/2025 15:28:08

130.VI KHUẨN, VI NẤM, TRICHOMONAS NHUỘM SOI VÀ PHÂN TÍCH TỰ ĐỘNG HỖ TRỢ CHẨN ĐOÁN VIÊM ÂM ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Mục đích của kỹ thuật

Hỗ trợ chẩn đoán viêm âm đạo do vi khuẩn, vi nấm, Trichomonas thông qua kết hợp phân tích hình thái và xét nghiệm tính chất hóa sinh các thành phần trong dịch âm đạo bằng máy xét nghiệm nhiễm khuẩn âm đạo tự động.

1.2. Nguyên lý

- Phân tích hình thái: sử dụng công nghệ chụp ảnh dòng chảy tế bào, tốc độ cao và công nghệ nhận dạng hình ảnh, tự động phân loại hình ảnh sau khi nhuộm.

- Phân tích tính chất sinh hóa: Áp dụng nguyên lý so màu quang điện và nguồn sáng lạnh năm bước sóng cường độ cao. Hàm lượng các thành phần hóa học trong mẫu dịch sẽ được xác định theo sự thay đổi màu gây ra bởi phản ứng giữa mỗi ô thuốc thử trên que thử và thành phần hóa học trong dịch âm đạo.

2. CHUẨN BỊ:

2.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ hoặc kỹ thuật viên xét nghiệm có chứng nhận đào tạo: 01 người.

- Người thực hiện trong quá trình làm việc phải được trang bị đầy đủ bảo hộ lao động phù hợp.

2.2. Vật tư, dụng cụ, hóa chất

Vật liệu	**Đơn vị**
Dung dịch hóa chất xét nghiệm	ml
Dung dịch bảo tồn tế bào	ml
Dung dịch nhuộm	ml
Dung dịch hiệu chuẩn hình thái	ml
Dung dịch kiểm chuẩn hình thái	ml
Dung dịch kiểm chuẩn que thử	ml
Dung dịch điều chỉnh tiêu cự	ml
Dung dịch rửa	ml
Que thử tính chất sinh hóa	Que
Vật tư khác	
Nhóm 1. Bông, dung dịch sát khuẩn, rửa vết thương	
Nước rửa tay	Chai
Sát khuẩn tay nhanh	Chai

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Benh vien tu thien Viet Nam 08/01/2026 15:28:08

Vật liệu	**Đơn vị**
Dung dịch khử khuẩn và làm sạch bề mặt	Chai
Nhóm 2. Băng, gạc, vật liệu cầm máu, điều trị vết thương	
Nhóm 3. Bơm, kim tiêm, dây truyền, găng tay và vật tư y tế sử dụng trong chăm sóc người bệnh	
Găng khám bệnh các số	Đôi
Khẩu trang y tế	Cái
Mũ phẫu thuật	Cái
Quần áo nhân viên y tế	Bộ
Nhóm 4. Ống thông, ống dẫn lưu, ống nối, dây nối, chạc nối, catheter	
Nhóm 5. Kim khâu, chỉ khâu, dao phẫu thuật	
Nhóm 6. Vật tư y tế sử dụng trong chẩn đoán, điều trị khác	
Nhóm 7. Các loại vật tư y tế thay thế sử dụng trong một số thiết bị chẩn đoán, điều trị	
Nhóm 8. Các loại vật tư khác	
Ống đựng bệnh phẩm chuyên dụng	Ống
Que lấy mẫu chuyên dụng	Cái
Nước cất vô trùng	ml
Đầu côn 1000µl	Cái
Ống nghiệm kích thước 12x80mm	Ống
Pipet (loại 1000µl)	Cái
Giá để ống xét nghiệm	cái
Khay INOX chữ nhật(30*40)	Cái
Hộp vận chuyển bệnh phẩm	Cái
Mỏ vịt	Cái
Găng tay xử lý dụng cụ	Đôi
Hộp mực in	Hộp
Đầu đọc Barcode	Máy
Túi rác vàng	Cái
Túi rác xanh	Cái
Túi rác đen	Cái
Khăn lau	Cái
Cồn 90 độ	ml

2.3. Trang thiết bị:

Hệ thống Máy xét nghiệm nhiễm khuẩn âm đạo	Hệ thống
Tủ lạnh bảo quản hóa chất	Cái
Tủ bảo quản bệnh phẩm	Cái
Đầu đọc Barcode	Cái
Máy tính	Cái
Máy in	Cái

2.4. Chuẩn bị mẫu bệnh phẩm

- Chuẩn bị người bệnh: Người bệnh được giải thích về việc lấy mẫu xét nghiệm, phối hợp để lấy mẫu theo đúng yêu cầu.

- Loại mẫu bệnh phẩm: dịch âm đạo.

- Dụng cụ lấy, chứa mẫu: ống nghiệm có nắp chuyên dụng + tăm bông chuyên dụng.

Lấy bệnh phẩm là dịch âm đạo ở cùng đồ sau và/hoặc cùng đồ bên bằng que lấy mẫu và ống lấy mẫu chuyên dụng. Đặt tăm bông vào ống nghiệm, bẻ đầu que ở điểm gãy. Đậy nắp và vận chuyển tới phòng xét nghiệm.

- Ống nghiệm đựng mẫu bệnh phẩm được dán Barcode chứa đầy đủ thông tin người bệnh trước khi tiến hành xét nghiệm.

- Mẫu bệnh phẩm nên được tiến hành xét nghiệm trong vòng 2 giờ. Nếu các mẫu không thể làm xét nghiệm ngay thì cần bảo quản ở môi trường lạnh tại nhiệt độ 2~8°C, đưa mẫu về nhiệt độ phòng trước khi làm xét nghiệm.

- Quy trình lấy mẫu, bảo quản và vận chuyển tuân thủ theo quy trình hướng dẫn trong Sổ tay lấy mẫu.

- Tiêu chuẩn từ chối mẫu: không nhận các mẫu có chứa máu, để quá thời gian quy định.

2.5. Phiếu chỉ định xét nghiệm

- Kiểm tra phiếu xét nghiệm trên giấy hoặc trên phần mềm quản lý bệnh viện: phải có đầy đủ thông tin về người bệnh: họ tên, tuổi, giường bệnh, khoa phòng, chẩn đoán....khớp với thông tin người bệnh trên ống bệnh phẩm.

2.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 0,5 giờ

2.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Khoa Vi sinh hoặc khoa xét nghiệm đủ tiêu chuẩn, có máy xét nghiệm nhiễm khuẩn âm đạo tự động

3. AN TOÀN

Tuân thủ các yêu cầu về an toàn sinh học cho người thực hiện và môi trường làm việc:

- Nơi thực hiện xử lý mẫu phải được cách ly với khu vực văn phòng.

- Người thực hiện trong quá trình làm việc phải được trang bị đầy đủ bảo hộ lao động phù hợp.

- Lau dọn vệ sinh khử trùng khu vực xử lý mẫu bệnh phẩm bằng hóa chất thích hợp sau khi kết thúc xét nghiệm.

4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

4.1. Các bước thực hiện

Các bước	Xét nghiệm dịch âm đạo
1	Nạp và kiểm tra các loại hóa chất sinh phẩm
2	Chạy Lấy nét (Focus)
3	Chạy QC
4	Chạy Calibration (Hàng tháng hoặc khi thay bộ hóa chất mới)
	Chạy mẫu khi chưa có kết nối LIS
1	Đặt ống bệnh phẩm vào khay chuyên dụng và đưa vào hệ thống mở nắp-chuẩn bị mẫu của máy xét nghiệm dịch âm đạo.
2	Vào **Worklist** → Nhập thông tin người bệnh → Chọn **Add** để lưu
3	Chọn **START** và chọn "Chạy mẫu bắt đầu từ số" → **OK**
4	Xem kết quả: Click đúp vào Thông tin người bệnh để xem toàn bộ hình ảnh đã được chụp, phân loại và kết quả hóa sinh.
5	Duyệt kết quả: **Worklist** → Chọn kết quả cần duyệt → **Validation** (Hoặc **Lot Validation** nếu duyệt nhiều kết quả cùng lúc) → **Validation as Admin** → **Valid.**
6	In kết quả: **Worklist** → Chọn kết quả cần in → **Print** (hoặc **Lot Print** để in nhiều kết quả)
	Chạy mẫu khi có kết nối LIS
1	Đặt ống bệnh phẩm vào khay chuyên dụng và đưa vào hệ thống mở nắp-chuẩn bị mẫu của GMD-S600.
2	Chọn **START** và chọn "Chạy mẫu bắt đầu từ số" → **OK**
3	Xem kết quả: Click đúp vào Thông tin người bệnh để xem toàn bộ hình ảnh đã được chụp, phân loại và kết quả hóa sinh.
4	Duyệt kết quả: **Worklist** → Chọn kết quả cần duyệt → **Validation** (Hoặc **Lot Validation** nếu duyệt nhiều kết quả cùng lúc) → **Validation as Admin** → **Valid.**
5	**Worklist** → **Send to LIS** → Chọn số kết quả muốn lưu trên mạng LIS → **Apply**
6	In kết quả: **Worklist** →Chọn kết quả cần in → **Print** (hoặc **Lot Print** để in nhiều kết quả)
7	Lau dọn vệ sinh khử trùng khu vực xử lý mẫu bệnh phẩm bằng hóa chất thích hợp sau khi kết thúc xét nghiệm.

4.2. Nhận định kết quả

- Chỉ đọc kết quả khi QC, chạy lấy nét (Focus), Calibration đạt.

- Đọc kết quả mẫu xét nghiệm: máy sẽ tự động phân tích và đưa ra kết quả.

+ Kết quả phân tích hóa sinh của mẫu bệnh phẩm sẽ được thể hiện dưới dạng (+) hoặc (-) hoặc (+/-) hoặc bằng số (giá trị pH) như sau:

Chỉ số	Kết quả	Diễn giải kết quả
Neuraminidase	+	Có vi khuẩn sinh Neuraminidase
	-	Không có vi khuẩn sinh Neuraminidase
	+/-	Có thể có vi khuẩn sinh Neuraminidase
Leucocyte esterase (LE)	(+) □ (+++)	Có phản ứng viêm tại âm đạo
	-	Không có phản ứng viêm tại âm đạo
	+/-	Không có phản ứng viêm tại âm đạo
Hydrogen peroxide (H_2O_2) (Theo quy ước của nhà sản xuất, nếu thiếu H_2O_2 máy sẽ báo (+))	+	Vắng mặt *Lactobacillus*, có thể mất cân bằng hệ vi sinh âm đạo.
	-	*Lactobacillus* chiếm ưu thế và duy trì cân bằng hệ vi sinh âm đạo.
	+/-	Hệ vi sinh âm đạo có xu hướng mất cân bằng hoặc đang trong giai đoạn phục hồi.
β-glucuronidase (GUS)	+	Có các Vi khuẩn hiếu khí gây viêm âm đạo.
	-	Không có các Vi khuẩn hiếu khí gây viêm âm đạo.
	+/-	Có thể có mặt các Vi khuẩn hiếu khí gây viêm âm đạo.
N-acetyl hexosaminidase (NAG)	+	Có nấm men hoặc *Trichononas*
	-	Không có nấm men hoặc *Trichononas*
	+/-	Có thể có nấm men hoặc *Trichononas*
Proline aminopeptidase (PIP)	+	Có thể nhiễm khuẩn âm đạo
	-	Mẫu dịch bình thường
	+/-	Có thể nhiễm khuẩn âm đạo
Lactic acid (LA) (Theo quy ước của nhà sản xuất, nếu thiếu LA máy sẽ báo (+))	+	Vắng mặt *Lactobacillus*, có thể mất cân bằng hệ vi sinh âm đạo.
	-	*Lactobacillus*chiếm ưu thế và duy trì cân bằng hệ vi sinh âm đạo.
	+/-	Hệ vi sinh âm đạo có xu hướng mất cân bằng hoặc đang trong giai đoạn phục hồi.

Chỉ số	**Kết quả**	**Diễn giải kết quả**
Oxidase (OX)	+	Nghi ngờ có lậu cầu, cần khẳng định bằng xét nghiệm khác.
	-	Không nghi ngờ có lậu cầu.
	+/-	Nghi ngờ có lậu cầu, cần khẳng định bằng xét nghiệm khác.
pH	4.0-4.4	pH âm đạo bình thường.
	>4.4	Mất cân bằng hệ vi sinh âm đạo. Giá trị pH càng cao cho thấy mất cân bằng càng nghiêm trọng.

+ Kết quả của mẫu bệnh phẩm sẽ được thể hiện dưới dạng số (đơn vị /µL) đối với các thông số hình thái sau:

Chỉ số	**Giá trị bình thường**	**Trường hợp**	**Diễn giải**
Tế bào biểu mô	>1110/µL	Trong giới hạn	- Bình thường.
		Giảm	- Người bệnh lớn tuổi, hoặc trong một số bệnh lý phụ khoa khác.
Bạch cầu	0-1400/µL	Trong giới hạn	- Bình thường
		Tăng	- Tăng trong các trường hợp viêm âm đạo.
Hồng cầu	0/µL	0/µL	- Trong mẫu dịch không có hồng cầu
		Tăng	- Có hồng cầu, do chảy máu âm đạo hoặc do người bệnh trong chu kì kinh nguyệt.
Clue cell	0/µL	0/µL	- Trong mẫu dịch không có Clue cell
		Tăng	- Có Clue cell trong mẫu bệnh phẩm, có giá trị cao trong chẩn đoán BV.
Nấm	0/µL	0/µL	- Trong mẫu dịch không có nấm
		Tăng	- Có Nấm trong mẫu bệnh phẩm
Trichomonas	0/µL	0/µL	- Trong mẫu dịch không có Trichomonas
		Tăng	- Có Trichomonas trong mẫu bệnh phẩm
Bacillus	>13260/µL	Trong giới hạn	- Bình thường
		Giảm	- Thường gặp trong mất cân bằng hệ vi sinh âm đạo.
Cầu khuẩn		Trong giới hạn	- Bình thường

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Tiep nhan Viet Nam_05/05/2026 15:28:08

Chỉ số	Giá trị bình thường	Trường hợp	Diễn giải
	0-52000/ µL	Tăng	- Thường gặp trong viêm âm đạo do nhiều nguyên nhân khác nhau.

- Phiên giải và báo cáo kết quả: Các khuyến cáo/kết luận được máy đưa ra dựa trên sự phối hợp giữa kết quả phân tích hóa sinh và kết quả phân tích hình thái như sau:

+ Suspected vaginal inflammation: Nghi ngờ viêm âm đạo

+ Suspected bacterial vaginosis: Nghi ngờ nhiễm khuẩn âm đạo

+Suspected Mycoticvaginitis: Nghi ngờ viêm âm đạo do Nấm

+ Suspected Trichomonas vaginitis: Nghi ngờ viêm do Trichomonas

+ Suspected Aerobic bacterial vaginosis: Nghi ngờ nhiễm khuẩn âm đạo do vi khuẩn hiếu khí

+ Suspected Gonococcal vaginitis: Nghi ngờ viêm âm đạo do Lậu cầu

+Suspected Vaginal flora imbalance: Nghi ngờ mất cân bằng hệ vi sinh âm đạo

4.3. Trả kết quả và lưu trữ hồ sơ.

Trả kết quả theo quy trình, ghi vào biểu mẫu và lưu hồ sơ xét nghiệm.

5. NHỮNG SAI SÓT VÀ XỬ TRÍ

5.1. Trước khi thực hiện kỹ thuật

- Tiến hành lấy và vận chuyển mẫu theo đúng quy định

5.2. Trong quá trình thực hiện kỹ thuật

- Không sử dụng hóa chất, sinh phẩm đã quá hạn sử dụng.

- Thực hiện theo đúng quy trình kỹ thuật

5.3. Sau khi thực hiện kỹ thuật

- Đảm bảo nhập, báo cáo, trả kết quả chính xác, đúng người bệnh.

6. TIÊU CHUẨN ĐÁNH GIÁ VÀ KIỂM TRA CHẤT LƯỢNG

- Yêu cầu nội kiểm chất lượng hàng ngày, khi thay lô hóa chất mới với 2 mức âm và dương.

- Yêu cầu ngoại kiểm/ so sánh liên phòng định kỳ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Luật khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15 ngày 09/01/2023 do Quốc Hội ban hành.

2. Quyết định số 3376/QĐ-BYT của Bộ Y tế ngày 30/8/2023 về việc ban hành “Đề cương quy trình kỹ thuật xét nghiệm”.

3. Quyết định số 26/QĐ - BYT của Bộ Y tế năm 2014 về ban hành "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Vi sinh".

4. Quyết định số 1539/QĐ-BYT ngày 20/04/2017 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn thực hành kỹ thuật xét nghiệm vi sinh lâm sàng"

5. Thông tư số 23/2024/TT-BYT ngày 18/10/2024 về việc ban hành Danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh.

6. Hướng dẫn sử dụng máy xét nghiệm nhiễm khuẩn âm đạo

131. PHẪU THUẬT SINH THIẾT TỔN THƯƠNG CHẢY DỊCH NÚM VÚ

1. ĐẠI CƯƠNG

Chảy dịch đầu vú đặc biệt là chảy dịch máu là một trong các dấu hiệu của ung thư vú. Tỷ lệ ung thư tăng lên khi chảy dịch máu đầu vú kết hợp với sự xuất hiện các khối u bất thường trong vú. Vì vậy, tất cả các trường hợp chảy dịch máu đầu vú cần khám, theo dõi kỹ và tiến hành phẫu thuật sinh thiết chẩn đoán.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chảy dịch núm vú màu vàng trong kèm viêm giãn tuyến vú điều trị nội khoa không cải thiện.
- Chảy dịch núm vú sẫm màu hoặc có máu.
- Chảy dịch núm vú kết hợp có u vú qua thăm khám lâm sàng hoặc chẩn đoán hình ảnh.

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. TRẬN TRỌNG

- Người bệnh cao tuổi
- Người bệnh 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

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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan van ban tu dien Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

- 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 người bệnh (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 thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1: Tiến hành phẫu thuật

- Rạch da theo đường rạch đã thiết kế
- Bộc lộ ống tuyến chảy dịch.
- Đi theo ống tuyến vú chảy dịch đến khi lấy hết tổn thương.
- Làm sinh thiết tức thì bệnh phẩm nếu có ung thư, PT cắt toàn bộ tuyến vú và vét hạch nách cùng bên tùy theo phân loại giải phẫu bệnh.
- Tiến hành đặt dẫn lưu (có hoặc không).
- Khâu da phục hồi.

6.2. Kết thúc quy trình

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien tu Nham_28/05/2025 15:28:08

- 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

Đọng 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''.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

132. PHẪU THUẬT SINH THIẾT HẠCH NÁCH

1. ĐẠI CƯƠNG

Sinh thiết hạch nách là một phẫu thuật được sử dụng làm chẩn đoán lành tính hay ác tính, nguyên phát hay thứ phát tại hệ thống hạch bạch huyết vùng nách.

2. CHỈ ĐỊNH

Hạch bất thường vùng hố nách mà chưa xác định dược nguyên phát hay thứ phát

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. TRẬN TRỌNG

- Người bệnh cao tuổi
- Người bệnh 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

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.
- 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Benh vien tinh Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

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 người bệnh (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 thủ thuật

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Tiến hành phẫu thuật

- Rạch da: Đường rạch vét hạch nách có thể hoặc riêng rẽ
- Phẫu tích tiếp cận hạch bất thường vùng hố nách, đặc biệt lưu ý những trường hợp hạch to, dính vào bó mạch nách.
- Ưu tiên lấy trọn vẹn cấu trúc của hạch tránh nguy cơ chảy máu, các trường hợp không có khả năng lấy trọn vẹn có thể lấy 1 phần cấu trúc hạch
- Có thể lấy 1 hoặc vài hạch tùy từng người bệnh
- Rửa hố nách và cầm máu bằng cách thắt hoặc đốt điện.
- Có thể có hoặc không đặt dẫn lưu.
- Đóng da.

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 mổ

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

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

Đọng 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''.

hhbvtnvn.thanhhoa_Vanthu_Benh vien thanhhoa Viet nam_08/05/2024 15:28:08

133. ĐẶT ĐỊNH VỊ KIM DÂY TỔN THƯƠNG VÚ DƯỚI HƯỚNG DẪN MRI

1. ĐẠI CƯƠNG

Các tiến bộ trong sàng lọc và chẩn đoán bệnh ung thư vú giúp ngày càng có nhiều phụ nữ được chẩn đoán ung thư vú ở giai đoạn sớm, khi các tổn thương chưa phát hiện được bằng thăm khám lâm sàng.

Sinh thiết kết hợp định vị tổn thương vú bằng kim dây phục vụ cho mục đích chẩn đoán mô bệnh học. Tổn thương vú có thể được định vị dựa trên siêu âm, XQ hoặc cộng hưởng từ.

Kỹ thuật gồm hai phần: thủ thuật định vị tổn thương bằng kim dây dưới hướng dẫn của cộng hưởng từ và phẫu thuật sinh thiết mở tổn thương vú tiến hành tại phòng mổ.

2. CHỈ ĐỊNH

Các tổn thương u nghi ngờ trên siêu âm của tuyến vú không xác định được qua thăm khám lâm sàng, khó hoặc không xác định được trên siêu âm và XQ 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. TRẬN TRỌNG

- Người bệnh cao tuổi
- Người bệnh béo phì, hút thuốc lá
- Người bệnh 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

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.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Bep Doi Benh vien tu nhan Vien Nam_08/03/2026 15:28:08

+ 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 người bệnh (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

- Đưa kim dây định vị xuyên qua tổn thương tới phía sau tổn thương 0,5 - 1cm sao cho đầu móc (hookwire) nằm vượt qua tổn thương
- Chụp lại MRI xác định đầu kim đúng vị trí tổn thương
- Sau khi xác định vị trí đầu kim đã chính xác, giữ hoặc hơi đẩy kim dây, sau đó từ từ rút kim dẫn đường.
- Chụp lại MRI để xác định đầu móc kim dây đã đúng vị trí
- Cố định kim dây.

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 sĩ và điều dưỡng chăm sóc.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Lo lắng hốt hoảng

- Giải thích kĩ trước khi làm thủ thuật
- Động viên, trấn an, nói chuyện…

Chảy máu trong mổ

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien tu than Viet Nam_08/01/2026 15:28:08

7.2. Tai biến sau thực hiện kỹ thuật

Chảy máu tại chỗ

Băng ép sau khi kết thúc kỹ thuật

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. Davey MG, O'Donnell JPM, Boland MR, et al. Optimal localization strategies for non-palpable breast cancers -A network meta-analysis of randomized controlled trials. *Breast Off J Eur Soc Mastology*. 2022;62:103-113.

3. Kapoor MM, Patel MM, Scoggins ME. The Wire and Beyond: Recent Advances in Breast Imaging Preoperative Needle Localization. *RadioGraphics*. 2019;39(7):1886-1906.

4. https://jksronline.org/src/sm/jksr-84-345-s001.pdf

hhbvtnvn.thanhhoa_Vu thi Hieu_hoBenh vien Dai nhan Viet nam_08/05/2024 15:28:08

134. PHẪU THUẬT ÁP XE VÚ

1. ĐẠI CƯƠNG

Là tổn thương ổ mủ ở vú do nhiễm trùng hoặc do tắc sữa mà không được điều trị sớm, hoặc đã qua 1 đợt điều trị.

2. CHỈ ĐỊNH:

Các áp xe đã thành mủ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Khối viêm đỏ chưa thành mủ.

4. THẬN TRỌNG:

Các trường hợp áp xe vú do các nguyên nhân như lao vú, ung thư vú... có thể chảy mủ, rò dịch, khó liền sau khi chích.

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,…
- 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hieu hoa Benh vien tu nhan viet Nam_08/05/2024 15:28:08

- 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 người bệnh (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 0,5 - 1 giờ

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

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1:

Xác định khối áp xe, tìm chỗ da mềm nhất. Tùy theo vị trí của khối áp xe mà có thể rạch da ở vùng ranh giới quầng vú và tổ chức vú hoặc nếp lằn dưới của bầu vú để có thể bảo đảm được tính thẩm mỹ của đường rạch. Nếu không thể làm được các đường rạch thẩm mỹ thì có thể rạch da ngay trên khối áp xe, đường rạch theo đường chéo nan hoa với tâm là núm vú.

6.2. Bước 2: Sau khi rạch qua da và tổ chức dưới da đi thẳng vào khối áp xe tránh làm nát các tổ chức xung quanh gây chảy máu. Dùng panh nhỏ hoặc đầu ngón tay trỏ phá các vách của khối áp xe thông nhau để mủ chảy ra

6.3. Bước 3: Bơm rửa ổ áp xe bằng dung dịch oxy già rồi đến dung dịch povidon iodine

6.4. Bước 4: Để da hở, đặt gạc trong ổ áp xe để dẫn lưu mủ ra ngoài và cầm máu, rút sau 12 giờ. Tùy kích thước từng ổ áp xe có thể chèn gạc vuông hoặc gạc mèche với số lượng cụ thể

7. THEO DÕI

- Người bệnh được dùng thuốc giảm đau và kháng sinh uống hoặc tiêm trong 5 đến 7 ngày, thuốc chống phù nề.

- Theo dõi chảy máu tại vết rạch.

8. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: chảy máu tại vùng rạch da hoặc trong ổ áp xe, khâu chỗ chảy máu dùng tiếp kháng sinh

- Không thoát mủ: mở thông lại, dùng kháng sinh tiêm.

135. PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN VÚ DO PHYLLODE

1. ĐẠI CƯƠNG

U phyllode vú bao gồm các khối u xơ biểu mô có đặc tính sinh học khác nhau, từ lành tính tới ác tính với các đặc điểm của ung thư mô liên kết. Về độ mô học, u phyllode được chia làm 3 độ: u phyllode lành tính, giáp biên và ác tính.

U phyllode ít gặp (dưới 1% các khối u vú) và hay gặp ở phụ nữ lớn tuổi hơn phụ nữ trẻ.

Điều trị u phyllode chủ yếu dựa trên phẫu thuật, xạ trị có vai trò bổ trợ đối với u phyllode giáp biên và ác tính.

2. CHỈ ĐỊNH

- U phyllode độ I, II (lành tính, giáp biên): cắt rộng u. Trường hợp u kích thước lớn hoặc tuyến vú nhỏ, cắt u không đảm bảo được diện cắt sạch và kết quả thẩm mỹ kém: cắt toàn bộ tuyến vú.
- U phyllode độ III (ác tính): cắt toàn bộ tuyến vú, kiểm tra hạch nách.

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. TRẬN TRỌNG

- Người bệnh cao tuổi
- Người bệnh 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

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thi Hien ho Benh vien tu nhan Viet Nam_08/03/2026 15:28:08

+ 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 người bệnh (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. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Tiến hành phẫu thuật

+ Rạch da

+ Tạo vạt da: Phẫu tích bóc tách vạt da khỏi tuyến vú bằng dao điện hoặc kéo, để lại vạt da có độ dày 7-8 mm

+ Cắt tuyến vú: Mô vú được tách khỏi bao cơ ngực từ phía trên trong đến dưới ngoài. Cân cơ răng trước ở phía bên và bao cơ thẳng ở dưới giữ nguyên vẹn.

+ Kiểm tra hạch nách: Vào nách kiểm tra, lấy hạch nếu nghi ngờ.

+ Rửa vết mổ, cầm máu bằng cách thắt hoặc đốt điện.

+ Đặt một sonde dẫn lưu tại vị trí thấp hơn vạt da dưới và trên đường nách trước.

+ Đóng da 2 lớp.

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van Thu Phap Che Benh vien tu than Viet Nam_08/08/2024 15:28:08

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

Hoại tử vạt da, thiểu dưỡng

- Đánh giá tình trạng nuôi dưỡng các vạt da
- Do phẫu tích quá mỏng hoặc tổn thương nhiều mạch nuôi dưỡng. Không băng ép trong các trường hợp có dấu hiệu thiểu dưỡng vạt da

Đọng dịch

- Thường ở vị trí thành ngực hay hố nách
- Chăm sóc dẫn lưu, rút dẫn lưu khi dịch tiết còn dưới 30 ml
- 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. Ashley Simpson et al. Diagnosis and management of phyllodes tumors of the breast, *Annals of Breast surgery*. 2021(5)

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien Nhi Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

136. PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN VÚ VÉT HẠCH NÁCH TRIỆT CĂN BIẾN ĐỔI

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt tuyến vú kèm vét hạch nách triệt căn biến đổi là một phương pháp điều trị tại chỗ, kiểm soát đối với những người bệnh ung thư vú. Phẫu thuật cắt tuyến vú là phương pháp đầu tiên, cổ điển trong lịch sử điều trị ung thư vú. Ngày nay, với những tiến bộ trong điều trị ung thư, phẫu thuật cắt tuyến vú, vét hạch nách vẫn đóng một vai trò quan trọng trong điều trị ung thư vú.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư vú giai đoạn 0, I, II (u < 3 cm) với những người người bệnh có chống chỉ định với điều trị bảo tồn
- Ung thư vú giai đoạn II, IIIA, IIIB.
- Ung thư vú giai đoạn IIIB, IV sau điều trị tân hỗ trợ.

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

- Người bệnh cao tuổi
- Người bệnh 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Vai thu vien benh vien tu nhan Viet Nam_08/01/2026 15:28:08

+ 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 người bệnh (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. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Tiến hành phẫu thuật

- Rạch da: Lựa chọn đường rạch da tùy thuộc vào vị trí của u nguyên phát và có hay không dự kiến tạo hình vú ngay. Đường rạch bao gồm cả vết mổ lấy u cũ khi làm sinh thiết hoặc vị trí chọc hút tế bào cùng với núm vú. Thông thường một đường rạch da hình múi cam nằm ngang bao quanh chu vi vú sẽ đưa lại kết quả tốt nhất về mặt thẩm mỹ.

- Tạo vạt da: độ dày của vạt da thay đổi tùy theo từng người bệnh, phụ thuộc vào thể trạng cơ thể, và thường để lại độ dày vạt da trung bình 7- 8 mm. Vạt da được tách theo giới hạn: trên là xương đòn, ngoài là bờ trước cơ lung rộng, trong là đường cạnh ức, dưới là bao cơ thẳng.

- Cắt tuyến vú: Mô vú được tách khỏi bao cơ ngực từ phía trên trong đến dưới ngoài. Cân cơ răng trước ở phía bên và bao cơ thẳng ở dưới cần giữ nguyên vẹn.

- Nạo vét hạch nách: Hạch nách được vét cùng khối với nhu mô vú theo hướng từ trong ra ngoài, từ trên xuống dưới.Vét hạch nách chặng I, II, kiểm tra hạch chặng III. Giới hạn vét phía trên là tĩnh mạch nách, phía trong là cơ ngực, phía dưới là cơ rộng trước, phía ngoài là bờ trước cơ lưng rộng. Bảo tồn các nhánh thần kinh, mạch máu của nách.

- Rửa vết mổ, cầm máu bằng cách thắt hoặc đốt điện.

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hiệp hội Bệnh viện tư nhân Việt Nam_08/05/2025 15:28:08

- Tại diện cắt vú đặt một sonde dẫn lưu tại vị trí thấp hơn vạt da dưới và trên đường nách trước.

- Đóng da 2 lớp.

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 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

Hoại tử vạt da, thiểu dưỡng

- Đánh giá tình trạng nuôi dưỡng các vạt da
- Do phẫu tích quá mỏng hoặc tổn thương nhiều mạch nuôi dưỡng. Không băng ép trong các trường hợp có dấu hiệu thiểu dưỡng vạt da

Đọng dịch

- Thường ở vị trí thành ngực hay hố nách
- Chăm sóc dẫn lưu, rút dẫn lưu khi dịch tiết còn dưới 30 ml
- 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. Alvin M Cotlar, Joseph J Dubose, D Michael Rose (2003), "History of Surgery for Breast Cancer: Radical to the Sublime", *Current Surgery*, 60 (3), pp. 329-337.

3. Edward F. Scanlon, Joseph A. Caprini (1975), "Modified radical mastectomy", *Cancer*, 35, pp. 710- 713.

4. U Veronesi, Atlas of Breast surgery, 2015.

137. PHẪU THUẬT BẢO TỒN UNG THƯ VÚ

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hanh hoa Benh vien tu than viet nam_08/05/2025 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

Với sự phát triển của các chương trình sàng lọc và các phương pháp chẩn đoán sớm ung thư vú, ngày càng có nhiều người bệnh ung thư vú được chẩn đoán ở giai đoạn sớm.

Phẫu thuật kinh điển cắt tuyến vú triệt căn kết hợp vét hạch nách để lại nhiều biến chứng và tổn thương tâm lý cho người bệnh, trong khi phẫu thuật bảo tồn kết hợp xạ bổ trợ đã được chứng minh là tương đương với phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú về mặt sống thêm.

Ngày nay, phẫu thuật bảo tồn trong điều trị ung thư vú đã trở thành phương pháp điều trị chuẩn được thực hiện thường quy trên thế giới cũng như tại Việt Nam.

2. CHỈ ĐỊNH

Những người bệnh nữ được chẩn đoán là ung thư vú trên thăm khám lâm sàng, xét nghiệm tế bào, phim chụp vú, có khẳng định bằng mô bệnh học.

- Kích thước u ≤ 3 cm
- Một ổ hoặc nhiều hơn 1 ổ nhưng tập trung tại 1 phần tư tuyến vú
- Canxi hóa khu trú trên phim chụp vú.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Có nhiều u (đa ổ) ở các phần tư khác nhau hoặc không thể lấy hết qua một đường mổ.
- Canxi hóa lan tỏa trên phim chụp vú
- Có tiền sử chiếu xạ vào vùng vú
- Có thai

2. Chống chỉ định tương đối

- U vú lớn trên tuyến vú nhỏ
- Có tiền sử bệnh collagen mạch máu vì có thể phải biến chứng xơ hóa và hoại tử mô

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh cao tuổi
- Người bệnh 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…

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phong noi Benh vien tu thien viet nam_08/03/2026 15:28:08

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 người bệnh (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. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Tiến hành phẫu thuật

- Thì 1: vét hạch nách

+ Rạch da theo nếp lằn nách hoặc theo đường rạch kết hợp cắt rộng u

+ Vào hố nách vét hạch bảo tồn thần kinh, mạch máu

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phap nhe Benh vien tu than viet nam_08/03/2025 15:28:08

+ Vét hết hạch chặng 1,2 và kiểm tra hạch chặng 3

+ Cầm máu kỹ, đặt dẫn lưu, khâu da.

- Thì 2: Lấy rộng u

+ Rạch da tuỳ theo thiết kế

+ Lấy rộng u bao gồm da, u tổ chức quanh u đến tận cân cơ ngực lớn

+ Lấy các diện cắt trên, dưới, trong, ngoài, đáy làm sinh thiết

+ Đặt clip vào giường u, cầm máu

+ Đặt dẫn lưu, khâu da

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 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

+ Đọng 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. Fitoussi A. Chirurgie du cancer du sein et reconstruction mammaire. 2017:10.

3. Clough KB, Ihrai T, Oden S, Kaufman G, Massey E, Nos C. Oncoplastic surgery for breast cancer based on tumour location and a quadrant-per-quadrant atlas. The British journal of surgery. Oct 2012;99(10): 1389-95. doi: 10.1002/bjs.8877

4. Florian Fitzal, Peter Schrenk. Oncoplastic Breast Surgery: A Guide to Clinical Practice. 2010.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu [illegible] Viet Nam_08/05/202[illegible] 15:28:08

138. PHẪU THUẬT SINH THIẾT HẠCH CỬA TRONG UNG THƯ VÚ

1. ĐẠI CƯƠNG

Với sự phát triển của các chương trình sàng lọc và các phương pháp chẩn đoán sớm ung thư vú, ngày càng có nhiều người bệnh ung thư vú được chẩn đoán ở giai đoạn sớm. Phẫu thuật kinh điển cắt tuyến vú triệt căn kết hợp vét hạch nách để lại nhiều biến chứng như rối loạn cảm giác, phù bạch huyết.

Sinh thiết hạch cửa cũng góp phần không nhỏ trong việc nâng cao chất lượng sống cho người bệnh qua việc giảm đáng kể tỷ lệ biến chứng so với việc vét hạch nách triệt để. Sinh thiết hạch cửa ngày càng trở nên phổ biến, được áp dụng rộng rãi cho những người bệnh ung thư vú giai đoạn sớm, không sờ thấy hạch nách trên lâm sàng và trở thành thường quy, thay thế cho vét hạch kinh điển.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chẩn đoán ung thư vú trước mổ bằng bộ ba kinh điển hoặc có kết quả giải phẫu bệnh khẳng định là ung thư vú qua sinh thiết kim hoặc sinh thiết mở, không phát hiện hạch nách trên lâm sàng hoặc không đủ cơ sở khẳng định có di căn hạch nách trước phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp di căn hạch nách rõ qua thăm khám lâm sàng trước mổ
- Ung thư vú tiến triển tại chỗ cần phải điều trị tân bổ trợ
- Người bệnh có tiền sử dị ứng với chất chỉ thị
- Những người bệnh đã có tiền sử phẫu thuật vùng nách hay cánh tay.

4. TRẬN TRỌNG

- Người bệnh cao tuổi
- Người bệnh béo phì, hút thuốc lá
- Người bệnh 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

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền, thuốc hiện hình hạch cửa (ICG, Xanh methylen, T…

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, hệ thống phát hiện hạch cửa (Dàn nội soi tích hợp ICG hoặc hệ thống camera cầm tay hoặc đầu dò gamma probe…)

- 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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu 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 QTKT

6.1. Tiến hành phẫu thuật

a) Trường hợp sử dụng chất huỳnh quang ICG (Indocyanine Green):

Bước 1: Tiêm chất chỉ thị:

Tiêm 1 - 2 ml dung dịch ICG (nồng độ thường dùng 1,25 mg/ml hoặc 2,5 mg/ml) vào dưới da hoặc trong da tại 4 vị trí quanh quầng vú hoặc quanh khối u.

Xoa bóp nhẹ nhàng vùng tiêm trong khoảng 3 - 5 phút để kích thích dẫn lưu bạch huyết.

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hội Bệnh viện tư nhân Việt Nam_08/01/2026 15:28:08

Bước 2: Rạch da:

Với các trường hợp phẫu thuật bảo tồn, đường rạch da dài 3 cm dưới nếp lằn nách 2 cm.

Với các trường hợp cắt toàn bộ tuyến vú, rạch da dọc đến bờ ngoài cơ ngực lớn với chiều dài 3 - 3,5 cm, tính toán vị trí đường rạch sao cho đường mổ cắt tuyến vú có thể bao trọn đường rạch này.

Dưới đây là các bước tiếp theo trong quy trình sinh thiết hạch gác cửa bằng chất chỉ thị huỳnh quang ICG (Indocyanine Green) trong phẫu thuật ung thư vú, tiếp nối ngay sau bước rạch da:

Bước 3: Dò tìm hạch gác cửa:

- Tắt hoặc giảm bớt ánh sáng của đèn mổ để tối ưu hóa việc quan sát tín hiệu huỳnh quang.

- Sử dụng dàn nội soi tích hợp ICG hoặc hệ thống camera cầm tay chiếu vào vùng vết mổ ở hố nách.

- Quan sát trên màn hình nội soi/màn hình chuyên dụng để xác định đường đi của các mạch bạch huyết phát sáng (có màu xanh lục hoặc trắng tùy hệ thống máy) dẫn từ vú đến nách.

- Định vị hạch gác cửa: Là hạch (hoặc cụm hạch) đầu tiên nhận dẫn lưu bạch huyết từ vú và phát sáng rõ nhất trên màn hình.

Bước 4: Phẫu tích và bóc tách hạch gác cửa:

- Tiến hành bóc tách các lớp mô mỡ hố nách, theo đường đi của ống bạch huyết phát sáng đã được định vị.

- Bộc lộ và tiến hành kẹp, cắt, bóc tách lấy bỏ hạch gác cửa.

- Gửi giải phẫu bệnh

Bước 5: Khâu phục hồi theo các lớp giải phẫu.

b) Trường hợp chỉ sử dụng ĐVPX hiện hình hạch cửa:

Bước 1: Tiêm đồng vị phóng xạ:

- Thời điểm tiêm: Trước khi phẫu thuật từ 2 – 24 giờ (tùy theo lịch mổ và loại keo sử dụng).

- Vị trí tiêm: Thường tiêm dưới da hoặc dưới quầng vú (vùng này có mạng lưới bạch huyết phong phú dẫn lưu trực tiếp về nách). Đôi khi tiêm quanh khối u nếu khối u nằm sâu.

- Kỹ thuật: Tiêm chậm, sau đó có thể massage nhẹ nhàng vùng tiêm trong vài phút để thuốc di chuyển vào mạch bạch huyết nhanh hơn.

Bước 2: Xác định vị trí hạch cửa bằng đầu dò gamma probe

Bước 3: Rạch da

Với các trường hợp phẫu thuật bảo tồn, đường rạch da dài 3 cm dưới nếp lằn nách 2 cm, với các trường hợp cắt toàn bộ tuyến vú rạch da dọc đến bờ ngoài cơ ngực lớn với chiều

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien Phoi Benh vien nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

dài 3 - 3,5 cm, tính toán vị trí đường rạch sao cho đường mổ cắt tuyến vú có thể bao trọn đường rạch này.

Bước 4: Tìm hạch cửa

- Phẫu tích qua lớp mỡ dưới da, mở qua lá cân đòn - quạ - nách để vào hố nách.

- Nhẹ nhàng tách tổ chức mỡ, dựa vào đầu dò gamma probe để phát hiện các hạch cửa là hạch tăng hoạt tính phát xạ.

- Lấy bỏ các hạch nhuộm xanh bằng dao điện, sau đó kiểm tra lại hố nách bằng đầu dò để xác định hết hạch cửa. Các trường hợp không phát hiện hạch cửa cần vét hạch.

- Cầm máu kỹ và rửa sạch diện mổ bằng nước muối sinh lý.

- Gửi xét nghiệm hạch tức thì hoặc thường qui, tùy tình trạng hạch cửa mà quyết định vét hạch nách hay không.

Bước 5: Khâu phục hồi theo các lớp giải phẫu.

c) Trường hợp chỉ sử dụng chất nhuộm màu:

Bước 1: Tiêm 3-5 ml xanh methylen vào 4 vị trí dưới da trong, ngoài, trên dưới. Quanh quầng vú có thể tiêm phối hợp phần da trên u. Xoa bóp nhẹ vị trí tiêm trong 5 phút.

Bước 2: Với các trường hợp bảo tồn rạch da dài 3 cm dưới nếp lằn nách 2 cm, với các trường hợp cắt toàn bộ tuyến vú rạch da dọc đến bờ ngoài cơ ngực lớn với chiều dài 3 - 3,5 cm, tính toán vị trí đường rạch sao cho đường mổ cắt tuyến vú có thể bao trọn đường rạch này.

Bước 3: Sinh thiết hạch cửa

- Phẫu tích qua lớp mỡ dưới da, mở qua lá cân đòn - quạ - nách để vào hố nách.

- Nhẹ nhàng tách tổ chức mỡ để phát hiện (các) đường bạch huyết đã bắt màu xanh, lần theo chúng để đến (các) hạch đã bắt màu thuốc nhuộm xanh. Trong quá trình làm, nên lưu ý cầm máu tốt để tránh làm cản trở tầm nhìn.

- Lấy bỏ các hạch nhuộm xanh bằng dao điện, với kẹp phẫu tích không mấu kẹp chặt phía đầu vào để tránh làm loang thuốc nhuộm ra trường mổ. Nên lấy bỏ cả các hạch to chắc nếu có ở xung quanh.

- Các trường hợp không phát hiện hạch cửa cần vét hạch nách.

- Cầm máu kỹ và rửa sạch diện mổ bằng nước muối sinh lý.

- Gửi xét nghiệm đánh giá hạch tức thì hoặc thường quy, tùy tình trạng hạch cửa mà quyết định vét hạch nách hay không.

Bước 4: Khâu phục hồi theo các lớp giải phẫu.

d) Trường hợp kết hợp cả chất chỉ thị màu và ĐVPX

- Xác định vị trí hạch cửa bằng đầu dò gamma probe

- Tiêm 3-5 ml xanh methylen vào 4 vị trí dưới da trong, ngoài, trên, dưới. Quanh quầng vú có thể tiêm phối hợp phần da trên u. Xoa bóp nhẹ vị trí tiêm trong 5 phút.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/01/2026 15:28:08

- Rạch da

Với các trường hợp phẫu thuật bảo tồn, đường rạch da dài 3 cm dưới nếp lằn nách 2 cm, với các trường hợp cắt toàn bộ tuyến vú rạch da dọc đến bờ ngoài cơ ngực lớn với chiều dài 3 - 3,5 cm, tính toán vị trí đường rạch sao cho đường mổ cắt tuyến vú có thể bao trọn đường rạch này.

- Tìm hạch cửa

+ Phẫu tích qua lớp mỡ dưới da, mở qua lá cân đòn - quạ - nách để vào hố nách.

+ Nhẹ nhàng tách tổ chức mỡ để phát hiện (các) đường bạch huyết đã bắt màu xanh, lần theo chúng để đến (các) hạch đã bắt màu thuốc nhuộm xanh, kết hợp đầu dò gamma probe để phát hiện các hạch cửa, là các hạch bắt màu xanh hoặc tăng hoạt tính phát xạ.

+ Lấy bỏ các hạch cửa bằng dao điện, sau đó kiểm tra lại hố nách bằng đầu dò để xác định hết hạch cửa. Các trường hợp không phát hiện hạch cửa cần vét hạch.

- Cầm máu kỹ và rửa sạch diện mổ bằng nước muối sinh lý.

- Gửi xét nghiệm hạch tức thì hoặc thường quy, tùy tình trạng hạch cửa mà quyết định vét hạch nách hay không.

- Khâu phục hồi và khâu da.

6.2. Kết thúc phẫu thuật

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau phẫu thuật
- Ghi chép hồ sơ, hoàn thiện bệnh án.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp nhận.

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

Đọng 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. V, Basile F. Breast cancer and sentinel lymph node micrometastases: indications for lymphadenectomy and literature review.

3. Bernet Vegué L, Cano Muñoz R, Piñero Madrona A. Breast cancer sentinel lymph node and axillary lymphadenectomy: new tools for new challenges. Expert Rev Mol Diagn. 2012 Mar;12(2):147-58. doi: 10.1586/erm.11.96.

4. Noguchi M, Tsugawa K, Bando E, Kawahara F, Miwa K, Yokoyama K, Nakajima K, Tonami N. Sentinel lymphadenectomy in breast cancer: identification of sentinel lymph node and detection of metastases. Breast Cancer Res Treat. 1999 Jan;53(2):97-104. doi: 10.1023/a:1006118827167.

5. Hennequin C, Guillerm S, Quéro L. The sentinel lymph node of breast cancer and the radiation oncologist. Cancer Radiother. 2018 Oct;22(6-7):473-477. doi: 10.1016/j.canrad.2018.06.012.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van [illegible] Benh vien [illegible] nhan Viet Nam_08/0[illegible]/2026 15:28:08

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hiệp hội Bệnh viện tư nhân Việt Nam_08/05/2025 15:28:08

139. PHẪU THUẬT TÁI TẠO TUYẾN VÚ SAU CẮT BỎ TOÀN BỘ TUYẾN VÚ DO UNG THƯ BẰNG VẠT CƠ THẲNG BỤNG MỘT BÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

Với những tiến bộ hiện nay trong điều trị phẫu thuật, tia xạ và hoá chất, người bệnh ung thư vú có tỷ lệ chữa khỏi lên đến 75% tính chung cho tất cả các giai đoạn. Tuy nhiên, việc cắt bỏ tuyến vú đã để lại rất nhiều vấn đề về tâm lý và xã hội cho người phụ nữ khi trở về với cuộc sống hằng ngày. Ngày càng có nhiều người bệnh ung thư vú có nhu cầu tái tạo lại tuyến vú sau phẫu thuật cắt bỏ. Gần đây với sự ra đời của các kỹ thuật tạo hình ung thư (oncoplasty) mới, đã giúp giải quyết cơ bản vấn đề này, đem lại chất lượng sống cho người bệnh.

Vạt cơ thẳng bụng (Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous - TRAM) bao gồm:

- Cơ thẳng bụng đóng vai trò là cuống của vạt, nguồn cấp máu cho cơ thẳng bụng chính là nguồn nuôi vạt
- Phần da và mỡ ở bụng dưới nằm theo hướng ngang bụng là chất liệu chính của vạt sử dụng để tạo hình

Vạt TRAM trong tạo hình tuyến vú sau phẫu thuật ung thư vú có một số đặc điểm sau:

- Có nguồn mô lớn, nên có thể thích ứng với nhiều nhu cầu tạo hình khác nhau về kích cỡ của tuyến vú
- Loại bỏ một phần mô lớn ở vùng bụng dưới nên còn có thể giúp tạo hình thu gọn bụng
- Có thể sử dụng vạt TRAM cùng bên hoặc khác bên

Cần lưu ý biến chứng sổ bụng sau phẫu thuật vì việc lấy cơ thẳng bụng gây ra điểm yếu đáng kể với thành bụng

2. CHỈ ĐỊNH

- Tạo hình cho người bệnh có vú to hoặc trung bình
- Đủ mô vùng bụng dưới
- Đã sử dụng phương pháp khác không thành công

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Béo phì
- Tuyến vú bé
- Có các phẫu thuật trước đó tại vùng bụng
- Hút thuốc
- Không chịu được phẫu thuật nặng nề
- Có chỉ định xạ trị sau đó. Nên thận trọng với BN đã xạ trị (cân nhắc sử dụng vạt 2 cuống)

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh cao tuổi
- Người bệnh béo phì, hút thuốc lá

- Người bệnh 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

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 người bệnh (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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop hai Benh vien tu nhan viet nam_08/05/2024 15:28:08

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Bệnh viện tu nhan_08/05/2026 15:28:08

5.6. Thời gian thực hiện

- Ước tính 2 - 4 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện phẫu thuật: Phòng phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Tiến hành phẫu thuật

- Rạch da:

+ Đường rạch dưới: 2cm trên mu, đi qua gai chậu trước trên

+ Đường rạch trên: Ngay trên giới hạn trên của rốn

+ Hai đường gặp nhau ở vị trí tương ứng trên đường nách trước

- Lưu ý khi phẫu tích đường hầm:

+ Không nên rộng quá

+ Không nên lấn quá về phía trong

+ Tính toán cuống vừa đủ để giấu vào nếp lằn vú

+ Độ rộng trung bình: đút lọt 4 ngón tay

+ Cầm máu kỹ khi kết thúc

- Phẫu tích vạt trên:

+ Đi chếch lên trên để lấy được nhiều mô mỡ và giữ được các mạch xuyên

+ Ở đường giữa chỉ đi đến mũi ức

+ Sang bên lên qua bờ sườn khoảng 2cm

- Phẫu tích vạt dưới: phẫu tích thẳng xuống đến khi gặp cân

- Rạch vòng tròn quanh rốn

- Nâng vạt:

+ Bên có cuống: phẫu tích từ ngoài vào đến khi gặp các mạch xiên ở bờ ngoài cơ thẳng bụng

+ Bên đối diện: phẫu tích đến đường giữa

+ Phẫu tích thành bụng phía trên cân lên phía trên, đến bờ sườn

+ Nên để lại 1-2cm phần trước bên của cân cơ thẳng bụng

+ Rạch xuống phía dưới đường cung khoảng 3 cm. Tại đây bộc lộ và bảo tồn mạch thượng vị dưới. Cắt ngang cơ thẳng bụng cùng với cân trước tại đây. Phẫu tích bó mạch thượng vị sâu dưới và buộc sát gốc.

+ Đánh dấu rốn và bao bọc rốn bởi tổ chức mỡ dưới da.

+ Rạch bao cơ thẳng bụng

+ Phẫu tích lên quá bờ sườn

+ Bộc lộ và bảo tồn bó mạch thượng vị trên với cuống khoảng 5 cm

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu dien thoai benh vien da nhan Viet Nam 05/05/2025 15:28:08

+ Cắt nhánh TK liên sườn cao nhất (để cơ bị teo nhỏ sau này). TK này tìm ở phía dưới bờ sườn.

+ Loại bỏ vùng IV. Đánh giá thể tích

+ Quay vạt 90-180 độ để đưa tới vị trí nhận. Lưu ý không để căng hay xoắn cuống mạch

- Chọn cuống: có thể cùng bên hoặc đối bên

+ Cùng bên: có ưu điểm thêm nhiều mô, không bị cục ở vùng thượng vị

+ Đối bên: áp dụng khi vú sa trễ

+ Không nên cố bảo tồn cơ và cân bụng vì có thể ảnh hưởng đến tưới máu vạt

- Đóng bụng

+ Khâu đường cung vào đầu cắt của cân cơ thẳng bụng phía dưới bằng chỉ không tiêu 2/0 (Mersilene) mũi rời

+ Sử dụng mesh polypropylene (Marlex mesh) loại này chịu đựng tốt, không tiêu, giá rẻ.

+ Gấp nếp 1cm, khâu bờ ngoài bằng Mersilene 2/0 mũi rời chữ X. Cần lấy đủ cả cân cơ chéo ngoài và trong

+ Bờ bên đối diện của tấm mesh được khâu vào giữa cân cơ thẳng bụng bên kia sau khi kéo thành bụng với mức độ căng vừa phải

+ Ở phần giữa của tấm mesh: khâu cố định bờ trong của cân cơ thẳng bụng vào tâm mesh bằng các mũi chỉ chữ X rời. Hai đầu có thể khâu vắt.

+ Cắt miếng nhỏ hình elip của miếng mesh phía trên rốn để lôi rốn lên.

+ Cầm máu

+ Đặt 2 dẫn lưu hướng ra 2 bên không để tiếp xúc trực tiếp với mesh

+ Đóng 2 lớp thành bụng để mesh không tiếp xúc với bên ngoài

+ Lựa chọn vị trí rốn thích hợp, sử dụng đường rạch u ngược để đưa rốn ra ngoài da. Khâu rốn bằng chỉ Vicryl 2/0 và chỉ nylon khâu ngoài da.

+ Khâu dồn và loại bớt mỡ vạt trên để tránh tai chó

- Tạo bầu vú

+ Quay vạt 90 - 180 độ để vùng 3 hướng xuống dưới hoặc ra ngoài. Lưu ý không để cuống vạt bị vặn xoắn hay căng

+ Loại bỏ vùng 4

+ Vùng 2: da được loại bỏ biểu bì và khâu treo cố định vào thành ngực. Cần ước tính lượng mô cần loại bỏ bằng cách so sánh với tuyến vú bên đối diện (thể tích, các mốc giải phẫu) trước mổ với người bệnh ở tư thế đứng.

+ Gấp phần dưới và trong của vạt tạo bầu vú và khôi phục độ sa trễ.

- Kinh nghiệm: đưa vùng da I về trung tâm, hạn chế sử dụng mô ở vùng II. Với các người bệnh đã xạ trị, cực dưới và trên có thể căng, khi đó có thể phải sử dụng tạo hình chữ Z để đóng da nhằm tạo hình tốt hơn cho bầu vú.

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 cuống mạch, tổn thương bỏng da do dao điện

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kĩ 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

Hoại tử vạt

- Theo dõi vạt da sát sao, đặc biệt trong 24 - 48 giờ đầu sau mổ
- Đắp gạc tẩm huyết thanh ấm khi thay băng tại vị trí vạt.

Đọng 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

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. 2017:10.

3. Elizabeth, Gregory. *Aesthetic and Reconstructive Surgery of the Breast.*

4. Kim EK, Eom JS, Hwang CH, Ahn SH, Son BH, Lee TJ. Immediate transverse rectus abdominis musculocutaneous (TRAM) flap breast reconstruction in underweight Asian patients. *Breast Cancer*. 2014;21(6):693-697. doi:10.1007/s12282-013-0443-9

140. PHẪU THUẬT TÁI TẠO TUYẾN VÚ SAU CẮT BỎ TOÀN BỘ TUYẾN VÚ DO UNG THƯ BẰNG VẠT MÔNG CÓ SỬ DỤNG VI PHẪU

1. ĐẠI CƯƠNG

Với những tiến bộ hiện nay trong điều trị phẫu thuật, tia xạ và hoá chất, người bệnh ung thư vú có tỷ lệ chữa khỏi lên đến 75% tính chung cho tất cả các giai đoạn. Tuy nhiên, việc cắt bỏ tuyến vú đã để lại rất nhiều vấn đề về tâm lý và xã hội cho người phụ nữ khi trở về với cuộc sống hằng ngày. Ngày càng có nhiều người bệnh ung thư vú có nhu cầu tái tạo lại tuyến vú sau phẫu thuật cắt bỏ. Gần đây với sự ra đời của các kỹ thuật tạo hình ung thư (oncoplasty) mới, đã giúp giải quyết cơ bản vấn đề này, đem lại chất lượng sống cho người bệnh.

Vạt nhánh xuyên động mạch mông bao gồm vạt mông trên SGAP (Superior Gluteal Artery Perforator flaps) và vạt mông dưới (Inferior Gluteal Artery Perforator flaps) là vạt sử dụng mô da mỡ từ mông để tạo hình vú.

- Cuống mạch nuôi là bó mạch mông
- Phần da và mỡ ở vùng mông là chất liệu chính của vạt sử dụng để tạo hình

Vạt mông trong tạo hình tuyến vú sau phẫu thuật ung thư vú có một số đặc điểm sau:

- Có nguồn mô vừa phải, nên có thể thích ứng với nhiều nhu cầu tạo hình khác nhau về kích cỡ của tuyến vú
- Loại bỏ một phần mô lớn ở vùng mông giúp mông săn chắc
- Có mật độ khá tương đồng với tuyến vú
- Chỉ định cho người đã can thiệp da vùng bụng không thể tạo hình bằng vạt bụng cũng như các phương pháp khác.
- Có nhiều khó khăn do phải thực hiện kỹ thuật khâu nối vi phẫu

2. CHỈ ĐỊNH

- Tạo hình cho BN có vú trung bình
- Đủ mô vùng cho vạt: vùng mông.
- Đã sử dụng PP khác không thành công

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Béo phì
- Tuyến vú bé
- Hút thuốc
- Không chịu được phẫu thuật nặng nề

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh cao tuổi
- Có bệnh lý mạn tính nặng nề

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu diep noi Benh vien tu nhan Viet Nam_28/05/2026 15:28:08

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, …

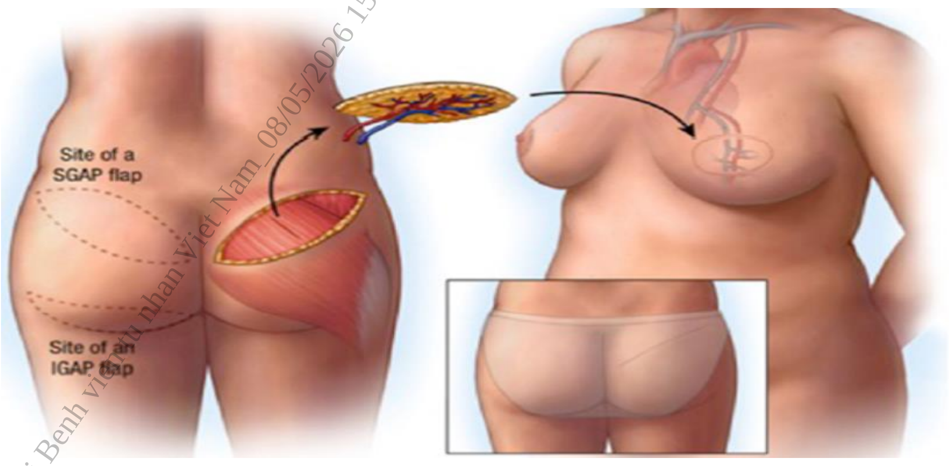
+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (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 2 - 4 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện phẫu thuật: Phòng phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Tiến hành kĩ thuật

* Thì 1: cắt toàn bộ tuyến vú + vét hạch và chuẩn bị nơi nhận vạt

- Rạch da: theo phương pháp pháp phẫu thuật tùy theo từng trường hợp có thể cắt tuyến vú tiết kiệm da hoặc cắt tuyến vú bảo tồn núm hoặc cắt tuyến vú triệt căn biến đổi
- Cắt toàn bộ tuyến vú
- Vét hạch hoặc sinh thiết hạch cửa
- Cắt sụn sườn 4 bộc lộ mạch nhận vú trong
- Hoặc phẫu tích mạch nhận ngực lưng

* Thì 2: Phẫu tích lấy vạt mông

- Che phủ vùng phẫu thuật vú
- Chuyển tư thế nằm sấp
- Rạch da phẫu tích vạt mông.
- Đặt dẫn lư khâu da vùng mông

* Thì 3: Tạo hình vú bằng vạt mông

- Chuyển tư thế người bệnh nằm ngửa 2 tay dang
- Nối mạch vi phẫu
- Mạch nhận là mạch vú trong hoặc ngực lưng
- Kiểm tra mạch sau nối
-Tạo bầu vú

+ Bình chỉnh để tạo bầu vú như ý

+ Loại bỏ tưới máu kém nếu cần

hhbvtnvn.thanhhoa_Van phu Hiep hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_18/03/2026 15:28:08

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 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

Hoại tử vạt

- Theo dõi vạt da sát sao, đặc biệt trong 24 - 48 giờ đầu sau mổ
- Đắp gạc tẩm huyết thanh ấm khi thay băng tại vị trí vạt.

Đọng 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. Fitoussi A. Chirurgie du cancer du sein et reconstruction mammaire. 2017:10.

3. Elizabeth, Gregory. *Aesthetic and Reconstructive Surgery of the Breast*.

4. U Veronesi, Atlas of Breast surgery, 2015.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

141. TẠO HÌNH PHỨC HỢP QUẦNG, NÚM VÚ

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật tạo hình lại quầng núm vú sẽ là bước cuối cùng trong quá trình tạo hình lại vú của người bệnh ung thư vú đã điều trị triệt căn mà không có chỉ định phẫu thuật bảo tồn hoặc cắt ung thư vú tiết kiệm da bảo tồn quầng núm (nipple sparing mastectomy).

Việc tạo hình lại quầng núm vú sẽ góp phần cải thiện mức độ hài lòng và chất lượng sống sau điều trị ung thư vú.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có chỉ định đã được tạo hình thì 1 bằng túi độn hoặc vạt, phải cắt bỏ toàn bộ quầng núm 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

- Người bệnh 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,…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

hhbvtnvn.thanhhoa_Van tu Hoi Hoi Bong benh viet Nam_28/05/2026 15:28:08

+ 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 người bệnh (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. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Tiến hành phẫu thuật

- Phẫu thuật

+ Rạch da như thiết kế, tùy vào vị trí cho vạt: tại chỗ hoặc quầng núm vú đối bên

+ Tạo hình lại núm: vạt tại chỗ hoặc ghép núm vú đối bên

+ Tạo hình lại quầng: Xăm quầng đồng màu với bên lành hoặc ghép da quầng núm bên lành.

+ Cầm máu

+ Khâu tạo hình lại quầng núm vú

+ Đóng da

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 mổ

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Hoại tử quầng núm vú
- Chảy máu sau mổ

  Mở lại vết mổ và cầm máu lại
- 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.

3. U Veronesi, Atlas of Breast surgery, 2015.

142. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BUỒNG TRỨNG

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hanh hoa Benh vien u nam Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi cắt buồng trứng là một phương pháp điều trị ngoại khoa nhằm cắt bỏ buồng trứng qua nội soi ổ bụng.

Hiện nay, nội soi đang dần chiếm ưu thế trong phẫu thuật cắt, bóc u buồng trứng.

2. CHỈ ĐỊNH

- U buồng trứng ở người bệnh đã mãn kinh
- U nhầy buồng trứng
- Xoắn phần phụ có biến chứng hoại tử
- Ung thư vú có chỉ định cắt buồng trứng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH VÀ THẬN TRỌNG

3.1. CCĐ tuyệt đối:

- Các bệnh nội khoa và các trường hợp có chống chỉ định mổ nội soi.
- Khối u BT quá to.
- Khối u dính nhiều, phẫu thuật ổ bụng nhiều lần.
- Ung thư buồng trứng.

3.2. CCĐ tương đối:

- Người bệnh đang trong chu kỳ kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi.
- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu.
- Đang mắc các bệnh nội khoa cần được điều trị trước phẫu thuật.

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 khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch,…

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu_Benh vien ... Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

- 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 người bệnh (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. Thì 1: Chọc Trocar và bơm CO_2

- Có thể chọc trocar đèn soi trực tiếp ở ngay mép rốn sau đó bơm CO_2

- Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng 12 mmHg)

- Trong một số trường hợp có sẹo mổ cũ, người bệnh thừa cân…có nguy cơ tổn thương các tạng trong bụng khi chọc trocar trực tiếp thì có thể dùng kim bơm CO_2 trước hoặc nội soi mở:

- Điểm chọc kim bơm CO_2 thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc trocar đèn soi (đây là điểm chọc phổ biến nhất). Trong ca có sẹo mổ cũ đường trắng giữa dưới rốn thì có thể chọc kim ở vị trí hạ sườn trái hoặc nội soi mở. Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng 12mmHg)

- Chọc trocar đèn soi (trocar 10 hoặc 5) ở ngay mép rốn

- Chọc trocar phẫu thuật ở 2 bên hố chậu (chú ý chọc trocar ở phía ngoài của di tích động mạch rốn và tránh chọc vào mạch máu thượng vị nông)

6.2. Thì 2: Kiểm tra buồng trứng, vòi TC, TC và các tạng xung quanh

- Quan sát tử cung, hai phần phụ, tiểu khung, kiểm tra dạ dày và gan.

- Đánh giá khối u buồng trứng: kích thước, số lượng, vị trí, mặt ngoài của khối u buồng trứng, đánh giá mức độ dính vào các tạng xung quanh.

- Quan sát kỹ buồng trứng đối diện.

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

- Hội chẩn chuyên khoa Giải phẫu bệnh và chuyên khoa Ung thư phụ khoa trong trường hợp nghi ngờ là u nhầy BT hoặc ung thư buồng trứng.

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

6.3. Thì 3: Cắt phần phụ.

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống mạch và dây chằng: bao gồm cuống thắt lưng - buồng trứng, bờ trên dây chằng rộng dọc theo phần phụ, dây chằng tử cung - buồng trứng và gốc vòi tử cung.

- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống dây chằng thắt lưng buồng trứng và dây chằng rộng.

Chú ý:

- Nếu khối u to, có thể chọc hút bớt dịch rồi tiến hành như trên.

- Kiểm tra buồng trứng bên đối diện.

- Trong trường hợp có chỉ định cắt hai phần phụ thì cắt phần phụ còn lại theo cách tương tự như mô tả ở trên.

- Nếu nghi ngờ khối u là ung thư buồng trứng thì cần hội chẩn chuyên khoa Ung thư phụ khoa, Giải phẫu bệnh và xử trí theo tổn thương.

- Sinh thiết buồng trứng bên đối diện trong trường hợp hội chẩn GPBL là ung thư buồng trứng ở người bệnh trẻ tuổi, chưa có con.

6.4. Thì 4: Lấy bệnh phẩm

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

6.5. Thì 5: Kiểm tra, cầm máu và tháo CO2

- Rửa lại ổ bụng vùng tiểu khung, xem dịch nước rửa trong, kiểm tra diện bóc nang xem có chảy máu không, nếu có chảy máu thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Tháo CO_2, rút 2 trocar ở hố chậu trước, trocar ở rốn có đèn soi rút sau cùng.

- Khâu da.

7. THEO DÕI

- Theo dõi mạch, huyết áp, toàn trạng, nước tiểu, tình trạng ổ bụng.

- Theo dõi vết chọc trocar; chảy máu, tụ máu, nhiễm khuẩn

- Cắt chỉ sau mổ 1 - 2 ngày
- Nếu ổn định ra viện sau mổ 48 giờ

8. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **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.

- **Tổn thương hệ tiêu hóa, hệ tiết niệu:** hội chẩn chuyên khoa Ngoại, xử trí theo tổn thương.

- **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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật nội soi cắt u buồng trứng hoặc cắt phần phụ, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 120 - 122.

143. PHẪU THUẬT NỘI SOI BẰNG ROBOT ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH LÝ PHỤ KHOA

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hiep hoi Benh vien Ung thu Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật nội soi có Robot hỗ trợ là kỹ thuật tiên tiến, mang lại tối đa các ưu điểm của phẫu thuật xâm lấn tối thiểu cho người bệnh.

- Kỹ thuật này được ứng dụng rộng rãi và hiệu quả trong điều trị nhiều bệnh lý phụ khoa, bao gồm cả các khối u lành tính và ung thư phụ khoa ác tính.

- Hệ thống Robot giúp tiếp cận dễ dàng hơn ở các khoang hẹp (như vùng chậu, không gian sau phúc mạc), khắc phục được những hạn chế của nội soi truyền thống trên người bệnh béo phì hoặc ổ bụng dính nhiều.

- Tích hợp các công nghệ chẩn đoán hình ảnh nội soi hiện đại với chất chỉ thị ICG giúp hiện hình hạch cửa và hệ bạch huyết rõ ràng, tối ưu hóa quá trình bóc tách và vét hạch.

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Nhóm bệnh lý phụ khoa lành tính:

- Tử cung: U xơ tử cung (dưới thanh mạc, trong cơ), polyp tử cung, lạc nội mạc tử cung, quá sản nội mạc tử cung không điển hình, hoặc sa sinh dục có chỉ định bóc u hoặc cắt tử cung (bán phần/toàn bộ).

- Phần phụ: U buồng trứng, nang cạnh vòi tử cung, viêm giãn vòi trứng, ứ mủ buồng trứng có chỉ định bóc nang hoặc cắt phần phụ.

2.2. Nhóm bệnh lý ung thư phụ khoa:

- Ung thư cổ tử cung: Giai đoạn tại chỗ hoặc giai đoạn sớm (IA, IB, IIA), có chỉ định cắt tử cung (toàn bộ, triệt căn, hoặc triệt căn cải biên), sinh thiết hạch cửa, hoặc vét hạch chậu/chủ bụng. Chỉ định vét hạch chẩn đoán cho giai đoạn muộn hơn (IIB - IIIB) để xét mở rộng trường xạ trị. Các trường hợp đã xạ trị tiền phẫu hoặc cần cắt lại mỏm cụt âm đạo, cắt paramètre.

- Ung thư nội mạc tử cung: Tất cả các nhóm nguy cơ (từ thấp đến cao), có chỉ định cắt tử cung toàn bộ, sinh thiết hạch cửa, vét hạch chậu và/hoặc hạch chủ bụng. Xử lý các trường hợp ung thư nội mạc tử cung đã xâm lấn cổ tử cung.

- Ung thư buồng trứng: Giai đoạn sớm (IA, IC) có chỉ định cắt tử cung, phần phụ, mạc nối lớn và vét hạch định giai đoạn, hoặc phẫu thuật bảo tồn (đối với thể mô bệnh học thuận lợi/tế bào mầm).

- Bệnh lý ác tính khác: Ung thư âm hộ, âm đạo có di căn hạch bẹn hoặc hạch chậu. Ung thư biểu mô màng đệm tử cung.

- Tái phát: Tái phát hạch chậu hoặc hạch chủ bụng đơn thuần trong các bệnh lý ung thư phụ khoa nêu trên.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp người bệnh có chống chỉ định với phẫu thuật nội soi ổ bụng nói chung (ví dụ: rối loạn đông máu nặng, bệnh lý hô hấp/tim mạch không cho phép bơm hơi ổ bụng).

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu phap bo... benh vien ... Viet Nam_08/05/02 15:28:08

- Chống chỉ định đặc thù (đặc biệt khi tiếp cận sau phúc mạc/vét hạch): Bất thường giải phẫu lớn của mạch máu lớn vùng sau phúc mạc. Người bệnh có thận móng ngựa hoặc thận lạc chỗ vùng tiểu khung.

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, thuốc hiện hình hạch cửa…

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, khí CO2 y tế, hệ thống hiện hình hạch cửa…

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

- 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 người bệnh (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 khoảng 1 - 4 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Phẫu thuật nội soi robot vét hạch chậu qua phúc mạc:

Thì 1: Vào bụng, đặt trocar, docking Robot.

- Thông thường đặt trocar camera tại rốn, bơm CO2 ổ bụng, đánh giá tử cung, phần phụ, và toàn bộ ổ bụng.

- Có thể sử dụng hai tay Robot bên trái, một tay bên phải hoặc ngược lại, đối với cả thế hệ Xi, X và Si. Các trocar, đối với thế hệ Xi, được khuyến cáo đặt trên một đường thẳng, đối với thế hệ X hay Si, thường đặt theo hình vòng cung có mặt lõm hướng xuống dưới, hoặc đặt theo hình chữ W, các trocar cách nhau 8-10cm. Trocar 5-10 mm dành cho trợ thủ viên.

- *Docking Robot:* đối với thế hệ X hay Si có thể docking bên hoặc docking theo trục của người bệnh. Đối với Xi, áp dụng docking bên, hướng optic thực hiện xác định phẫu trường mục tiêu. Kiểm tra các cánh tay Robot.

- Đưa dụng cụ dưới sự kiểm soát của camera. Sau khi docking Robot, các thì phẫu thuật được triển khai. Phẫu thuật viên ngồi ở bộ điều khiển Robot. Trợ thủ viên và dụng cụ viên ở cạnh người bệnh và Robot.

Thì 2: Vét hạch chậu hai bên

- Mở phúc mạc thành bên chậu, bộc lộ niệu quản, bộc lộ bó mạch chậu ngoài tới trên chỗ chia đôi động mạch chậu chung thành động mạch chậu trong và động mạch chậu ngoài.

- Vét hạch chậu các nhóm ngoài động mạch, gian động tĩnh mạch, dưới tĩnh mạch, hố bịt trong khi nhận định và bảo tồn thần kinh bịt và bó mạch bịt. Lấy bệnh phẩm trong túi bệnh phẩm nội soi, qua lỗ trocar.

- Thực hiện tương tự với bên còn lại.

- Kiểm tra cầm máu.

- Đặt dẫn lưu tiểu khung hoặc không.

- Đếm gạc.

- Kết thúc cuộc mổ, rút bỏ dụng cụ Robot, lùi Robot, rút trocar, tháo CO_2, đóng lỗ trocar.

2. Phẫu thuật nội soi robot vét hạch chậu hạch chủ bụng qua phúc mạc:

Thì 1: Vào bụng, đặt trocar, docking Robot.

hhbvtnvn.thanhhoa_Vanban.Bệnh viện ... 15:28:08

- Đây là phẫu thuật được thực hiện ở cả tầng trên và tầng dưới ổ bụng, docking Robot là vấn đề mấu chốt quyết định phẫu thuật có thể được thực hiện hoàn toàn bởi tiếp cận xâm lấn tối thiểu hay không.

- Đối với thế hệ Si và X, thường phải áp dụng docking kép, với vị trí các trocar tạo thành hai hình vòng cung cùng với việc thay đổi vị trí trocar camera, hoặc là hình chữ W, trocar mang camera không cần thay đổi vị trí. Thế hệ X và Si cũng có thể ứng dụng docking đơn để thực hiện cả hai thì trên và dưới với việc tịnh tiến tất cả các trocar lên cao cho dù phương án này có thể gặp phải khó khăn để có thể vét được hạch chủ bụng tới mức tĩnh mạch thận trái.

- Đối với thế hệ Xi, có thể áp dụng một docking nhưng xoay boom khi thay đổi giữa hai thì trên và dưới, với các trocar tạo thành đường thẳng ngang. Một cách khác là trocar mang camera ở cạnh phải rốn, các trocar 2, 4 cùng với trocar 3 mang camera nằm thành một đường thẳng hướng xuống dưới và sang phải, trocar số 1 nằm dưới sườn phải để thực hiện thì trên, và nằm ở thắt lưng trái để thực hiện thì dưới. Cách docking Robot có thể thay đổi theo học tập kinh nghiệm các ekip trên thế giới.

- Sau khi đặt trocar và bơm hơi ổ phúc mạc, docking Robot, tiến hành đưa dụng cụ vào các trocar. Phẫu thuật viên ngồi ở bộ điều khiển Robot. Trợ thủ viên và dụng cụ viên ở cạnh người bệnh và Robot.

Thì trên: vét hạch chủ bụng

- Gạt các quai ruột non, chuẩn bị trường mổ.

- Mở phúc mạc thành bụng sau, xác định các mốc giải phẫu.

- Vét hạch các nhóm ngoài động mạch, trước động mạch, gian động tĩnh mạch, trước tĩnh mạch, ngoài tĩnh mạch, sau tĩnh mạch, sau động mạch.

- Vét hạch ở mức dưới thận hoặc mức dưới mạc treo tràng tùy theo chỉ định. Lấy bệnh phẩm.

Thì dưới: Vét hạch chậu:

- Chuyển sang thì phẫu thuật tiểu khung với việc thay đổi docking Robot, hoặc xoay boom của Xi, hoặc thay đổi vị trí cánh tay 1 của Xi và xác định lại phẫu trường mục tiêu đã mô tả ở trên.

- Mở phúc mạc thành bên chậu, bộc lộ niệu quản, bộc lộ bó mạch chậu.

- Vét hạch chậu các nhóm ngoài động mạch, gian động tĩnh mạch, dưới tĩnh mạch.

- Lấy bệnh phẩm trong túi bệnh phẩm nội soi, qua lỗ trocar.

- Kiểm tra cầm máu, đặt dẫn lưu hoặc không.

- Đếm gạc, kết thúc cuộc mổ, rút bỏ dụng cụ Robot, lùi Robot, rút trocar, tháo CO_2, đóng lỗ trocar.

3. Phẫu thuật nội soi robot vét hạch chủ bụng qua phúc mạc

Thì 1: Vào bụng, đặt trocar, docking Robot.

- Thông thường đặt trocar camera dưới rốn khi chỉ vét hạch chủ bụng đơn thuần. Đánh giá toàn bộ ổ bụng.

- Các trocar cho các cánh tay Robot, ở thế hệ Xi, được khuyến cáo đặt trên một đường thẳng dưới rốn. Ở thế hệ X hay Si, các trocar thông thường đặt theo hình vòng cung có mặt lõm hướng lên trên. Trocar 5-10mm dành cho trợ thủ viên.

- *Docking Robot:* đối với thế hệ X hay Si: docking phía vai trái hoặc vai phải phải. Thế hệ Xi: docking bên (trái hoặc phải). Kiểm tra các cánh tay Robot. Đưa dụng cụ dưới sự kiểm soát của camera.

- Phẫu thuật viên ngồi ở bộ điều khiển Robot. Trợ thủ viên và dụng cụ viên ở cạnh người bệnh và Robot.

Thì 2: Vét hạch

- Mở phúc mạc thành bụng sau, xác định động mạch chủ bụng, chạc ba chủ chậu, tĩnh mạch chủ dưới, động mạch mạc treo tràng dưới, hai niệu quản, tá tràng, tĩnh mạch thận trái.

- Vét hạch các nhóm ngoài động mạch, trước động mạch, gian động tĩnh mạch, trước tĩnh mạch, ngoài tĩnh mạch, ụ nhô.

- Vét hạch ở mức dưới thận hoặc mức dưới mạc treo tràng tùy theo chỉ định. Bảo tồn tối đa thần kinh hạ vị và đám rối hạ vị trên.

- Kiểm tra cầm máu, đặt dẫn lưu hoặc không.

- Đếm gạc, kết thúc cuộc mổ, rút bỏ dụng cụ Robot, lùi Robot, rút trocar, tháo CO_2, đóng lỗ trocar.

4. Phẫu thuật nội soi robot sau phúc mạc vét hạch chủ bụng

Thì 1: Vào bụng, đặt trocar, tạo khoang sau phúc mạc, docking Robot

- Có thể đặt trocar đầu tiên tại rốn để đánh giá toàn bộ ổ phúc mạc.

- Tạo khoang sau phúc mạc, bơm hơi, đặt trocar. Thông thường chỉ sử dụng 3 cánh tay Robot. Thế hệ X và Si, 3 trocar ở thắt lưng trái tạo thành hình tam giác gần vuông cân, còn ở thế hệ Xi, 3 trocar tạo thành hình tam giác tù. Trocar 5-10 mm dành cho trợ thủ viên.

- *Docking Robot:* áp dụng docking bên, trái. Dụng cụ được đưa vào dưới sự kiểm soát của camera. Phẫu thuật viên ngồi ở bộ điều khiển Robot. Trợ thủ viên và dụng cụ viên ở cạnh người bệnh và Robot.

Thì 2: Vét hạch chủ bụng

- *Bộc lộ trường mổ:* Xác định cơ thắt lưng lớn, động mạch chậu chung trái, bó mạch buồng trứng trái và niệu quản trái. Bó mạch buồng trứng trái và niệu quản trái được gạt lên trên, kể từ lúc này, chúng luôn ở trên trần của trường mổ. Tiếp tục phẫu tích theo niệu quản và bó mạch buồng trứng trái về phía đầu người bệnh, xác định tĩnh mạch thận trái.

- Tiếp tục phẫu tích vào đường giữa và sang bên phải của người bệnh, bộc lộ động mạch chủ bụng, nguyên ủy động mạch mạc treo tràng dưới, ngã ba chủ chậu, động mạch chậu chung phải, tĩnh mạch chủ dưới, rồi niệu quản và bó mạch buồng trứng trái.

- Vét hạch:

+ Thông thường bắt đầu bằng nhóm hạch ngoài động mạch, trước động mạch, gian động tĩnh mạch, trước tĩnh mạch, ngoài tĩnh mạch, sau động mạch, sau tĩnh mạch, theo các mốc giải phẫu đã xác định và bộc lộ ở thì trước. Lưu ý tránh làm tổn thương các mạch máu thắt lưng, bảo tồn tối đa đám rối hạ vị trên và thần kinh hạ vị.

+ Lấy bệnh phẩm.

- Kiểm tra cầm máu.

- Có thể đặt dẫn lưu khoang sau phúc mạc hoặc dẫn lưu trong bằng cách mở một lỗ thông vào ổ phúc mạc.

- Đếm gạc, kết thúc cuộc mổ, rút bỏ dụng cụ Robot, lùi Robot, rút trocar, tháo CO_2, đóng lỗ trocar.

5. Phẫu thuật nội soi robot sau phúc mạc vét hạch chậu, hạch chủ bụng

Thì 1: Vào bụng, đặt trocar, tạo khoang sau phúc mạc, docking Robot.

- Có thể đặt trocar đầu tiên tại rốn để đánh giá toàn bộ ổ phúc mạc.

- Tạo khoang sau phúc mạc, bơm hơi, đặt trocar.

- Thông thường chỉ sử dụng 3 cánh tay Robot. Thế hệ X và Si, 3 trocar ở thắt lưng trái tạo thành hình tam giác gần vuông cân, còn ở thế hệ Xi, 3 trocar tạo thành hình tam giác tù. Trocar 5-10 mm dành cho trợ thủ viên.

- *Docking Robot:* áp dụng docking bên, trái. Dụng cụ được đưa vào dưới sự kiểm soát của camera. Phẫu thuật viên ngồi ở bộ điều khiển Robot. Trợ thủ viên và dụng cụ viên ở cạnh người bệnh và Robot.

Thì 2: Vét hạch chủ bụng, hạch chậu.

- *Bộc lộ trường mổ:* Xác định cơ thắt lưng lớn, động mạch chậu chung trái, động tĩnh mạch chậu ngoài trái, bó mạch buồng trứng trái và niệu quản trái. Bó mạch buồng trứng trái và niệu quản trái được gạt lên trên, kể từ lúc này, chúng luôn ở trên trần của trường mổ. Tiếp tục phẫu tích theo niệu quản và bó mạch buồng trứng trái về phía đầu người bệnh, xác định tĩnh mạch thận trái.

- Tiếp tục phẫu tích vào đường giữa và sang bên phải của người bệnh, bộc lộ động mạch chủ bụng, nguyên ủy động mạch mạc treo tràng dưới, ngã ba chủ chậu, động mạch chậu chung phải, tĩnh mạch chủ dưới, động tĩnh mạch chậu ngoài, chậu trong trái, rồi niệu quản và bó mạch buồng trứng trái.

- Vét hạch: thông thường bắt đầu bằng nhóm hạch ngoài động mạch, trước động mạch, gian động tĩnh mạch, trước tĩnh mạch, ngoài tĩnh mạch, sau động mạch, sau tĩnh mạch, theo các mốc giải phẫu đã xác định và bộc lộ ở thì trước. Lưu ý tránh làm tổn thương các mạch máu thắt lưng, bảo tồn tối đa đám rối hạ vị trên và thần kinh hạ vị. Vét hạch chậu các nhóm.

- Lấy bệnh phẩm.

- Kiểm tra cầm máu. Có thể đặt dẫn lưu khoang sau phúc mạc hoặc dẫn lưu trong bằng cách mở một lỗ thông vào ổ phúc mạc.

- Đếm gạc, kết thúc cuộc mổ, rút bỏ dụng cụ Robot, lùi Robot, rút trocar, tháo CO_2, đóng lỗ trocar.

6. Phẫu thuật nội soi robot sinh thiết hạch cửa + cắt tử cung triệt căn trong ung thư cổ tử cung

Thì 1: Tiêm chất chỉ thị giúp phát hiện hạch cửa:

- Trường hợp sử dụng đồng vị phóng xạ: người bệnh thường được tiêm vào ngày hôm trước. Chất gắn phóng xạ được sử dụng nhiều nhất là techinetium-99m (99mTc).
- Chỉ thị màu, chỉ thị huỳnh quang: tiêm khi bắt đầu cuộc mổ. Chỉ thị màu thường dùng có Isosulfan Blue 1%, Methylene Blue 1%, Patent Blue 2,5% sodium. Chỉ thị huỳnh quang được sử dụng phổ biến hiện nay là Indocianine xanh lá cây (ICG), rất hữu hiệu, và đặc biệt tiện lợi với hệ thống Robot da Vinci.

- Tiêm tại cổ tử cung: có thể tiêm tại hai điểm 3 giờ, 9 giờ; tiêm tại bốn điểm 3 giờ, 6 giờ, 9 giờ, 12 giờ; tiêm tại 4 góc phân giác.

Thì 2: Vào bụng, đặt trocar, docking Robot

- Thông thường đặt trocar camera tại rốn, bơm hơi ổ phúc mạc, đánh giá tử cung, phần phụ, và toàn bộ ổ bụng.

- Các trocar, đối với thế hệ Xi, được khuyến cáo đặt trên một đường thẳng, đối với thế hệ X hay Si, thường đặt theo hình vòng cung có mặt lõm hướng xuống dưới, hoặc đặt theo hình chữ W. Trocar 5-12mm dành cho trợ thủ viên.

- *Docking Robot:* đối với thế hệ X hay Si có thể docking bên hoặc docking theo trục của người bệnh. Đối với Xi, áp dụng docking bên, hướng optic thực hiện xác định phẫu trường mục tiêu. Kiểm tra các cánh tay Robot.

- Đưa dụng cụ dưới sự kiểm soát của camera. Sau khi docking Robot, các thì phẫu thuật được triển khai. Phẫu thuật viên ngồi ở bộ điều khiển Robot. Trợ thủ viên và dụng cụ viên ở cạnh người bệnh và Robot.

Thì 3: Sinh thiết hạch cửa:

- Phát hiện hạch cửa bằng quan sát và bằng sonde phát hiện phóng xạ nếu sử dụng chất chỉ thị phóng xạ. Phẫu tích lấy hạch cửa. Quyết định sinh thiết tức thì, và vét hạch chậu hay hạch chủ bụng đi kèm hay không tùy vào phác đồ.

Thì 4: Cắt tử cung:

- Mức cắt tử cung phụ thuộc vào giai đoạn IA hay IB1, IIA1.

Phẫu tích các khoang ảo của tiểu khung, mức cắt paramètre và động mạch tử cung: phụ thuộc mức độ rộng rãi cắt tử cung. Bảo tồn buồng trứng hoặc không.

- Mở âm đạo, lấy bệnh phẩm qua đường âm đạo, đóng mỏm cụt âm đạo.

- Kiểm tra cầm máu, kiểm tra niệu quản, bàng quang.

- Đặt dẫn lưu hoặc không, đếm gạc.

- Kết thúc cuộc mổ, rút bỏ dụng cụ Robot, lùi Robot, rút trocar, tháo CO_2, đóng lỗ trocar.

7. Phẫu thuật nội soi robot sinh thiết hạch cửa + cắt tử cung trong ung thư nội mạc tử cung

Thì 1: Tiêm chất chỉ thị giúp phát hiện hạch cửa

hhbvtnvn.thanhhoa_Va thu vien Benh vien Viet Nam 08/05/2025 15:28:08

- Trường hợp sử dụng đồng vị phóng xạ: người bệnh thường được tiêm vào ngày hôm trước. Chất gắn phóng xạ được sử dụng nhiều nhất là techinetium-99m (99mTc).
- Chỉ thị màu, chỉ thị huỳnh quang: tiêm khi bắt đầu cuộc mổ. Chỉ thị màu thường dùng có Isosulfan Blue 1%, Methylene Blue 1%, Patent Blue 2,5% sodium. Chỉ thị huỳnh quang được sử dụng phổ biến hiện nay là Indocianine xanh lá cây (ICG), rất hữu hiệu, và đặc biệt tiện lợi với hệ thống Robot da Vinci.

- Tiêm tại cổ tử cung: có thể tiêm tại hai điểm 3 giờ, 9 giờ; tiêm tại bốn điểm 3 giờ, 6 giờ, 9 giờ, 12 giờ; tiêm tại 4 góc phân giác.

Thì 2: Vào bụng, đặt trocar, docking Robot

- Thông thường, đặt trocar camera tại rốn, bơm hơi ổ phúc mạc, đánh giá tử cung, phần phụ, và toàn bộ ổ bụng.

- Các trocar, đối với thế hệ Xi, được khuyến cáo đặt trên một đường thẳng, đối với thế hệ X hay Si, thường đặt theo hình vòng cung có mặt lõm hướng xuống dưới, hoặc đặt theo hình chữ W. Trocar 5-12 mm dành cho trợ thủ viên.

- *Docking Robot:* đối với thế hệ X hay Si có thể docking bên hoặc docking theo trục của người bệnh. Đối với Xi, áp dụng docking bên, hướng optic thực hiện xác định phẫu trường mục tiêu. Kiểm tra các cánh tay Robot.

Đưa dụng cụ dưới sự kiểm soát của camera. Sau khi docking Robot, các thì phẫu thuật được triển khai. Phẫu thuật viên ngồi ở bộ điều khiển Robot. Trợ thủ viên và dụng cụ viên ở cạnh người bệnh và Robot.

Thì 3: Sinh thiết hạch cửa

- Phát hiện hạch cửa bằng quan sát và bằng sonde phát hiện phóng xạ nếu sử dụng chất chỉ thị phóng xạ. Phẫu tích lấy hạch cửa. Quyết định sinh thiết tức thì, và vét hạch chậu hay hạch chủ bụng đi kèm hay không tùy vào phác đồ.

Thì 4: Cắt tử cung

- Cắt hoặc bảo tồn buồng trứng

- Cắt dây chằng tròn, mở phúc mạc túi cùng bàng quang tử cung, phẫu tích tách bàng quang khỏi cổ tử cung, âm đạo.

- Cắt, cầm máu dây chằng rộng, động mạch tử cung, dây chằng ngang cổ tử cung hai bên.

- Mở âm đạo, lấy bệnh phẩm đường dưới, đóng mỏm cụt âm đạo.

- Kiểm tra cầm máu, đặt dẫn lưu hoặc không, đếm gạc.

- Kết thúc cuộc mổ, rút bỏ dụng cụ Robot, lùi Robot, rút trocar, tháo CO_2, đóng lỗ trocar.

8. Phẫu thuật nội soi robot vét hạch chậu + cắt lại mỏm cụt âm đạo + cắt parametre

Thì 1: Vào bụng, đặt trocar, docking Robot

- Thông thường đặt trocar camera tại rốn, bơm hơi ổ phúc mạc, đánh giá tử cung, phần phụ, và toàn bộ ổ bụng.

- Có thể sử dụng hai tay Robot bên trái, một tay bên phải hoặc ngược lại, đối với cả thế hệ Xi, X và Si. Các trocar, đối với thế hệ Xi, được khuyến cáo đặt trên một đường thẳng,

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hợp nội Bệnh viện [illegible] Việt Nam 08/05/20[illegible] 15:28:08

đối với thế hệ X hay Si, thường đặt theo hình vòng cung có mặt lõm hướng xuống dưới, hoặc đặt theo hình chữ W, các trocar cách nhau 8-10 cm. Trocar 5-10 mm dành cho trợ thủ viên.

- *Docking Robot:* đối với thế hệ X hay Si có thể docking bên hoặc docking theo trục của người bệnh. Đối với Xi, áp dụng docking bên, hướng optic thực hiện xác định phẫu trường mục tiêu. Kiểm tra các cánh tay Robot.

- Đưa dụng cụ dưới sự kiểm soát của camera. Sau khi docking Robot, các thì phẫu thuật được triển khai. Phẫu thuật viên ngồi ở bộ điều khiển Robot. Trợ thủ viên và dụng cụ viên ở cạnh người bệnh và Robot.

Thì 2: Vét hạch chậu

- Vét hạch chậu dọc theo bó mạch chậu ngoài. Vét hạch dọc bó mạch chậu trong, vét hạch nhóm dưới tĩnh mạch - nhóm hố bịt trong khi xác định thần kinh bịt và bó mạch bịt. Lấy bệnh phẩm.

Thì 3: Cắt parametre, cắt lại mỏm cụt âm đạo:

- Bộc lộ hố cạnh bàng quang, hố cạnh trực tràng, bộc lộ liệu quản đoạn và mạc treo niệu quản, bộc lộ khoang Okabayashi và khoang Latzko. Phẫu tích bộc lộ khoang bàng quang - âm đạo, khoang thứ tư của Yabuki, khoang âm đạo - trực tràng.

- Cắt động mạch tử cung sát nguyên ủy, kèm theo tĩnh mạch tử cung nông. Phẫu tích niệu quản đoạn trong parametre ngoài, giải phóng niệu quản trong hầm niệu quản.

- Cắt parametre ngoài ở mức cắt động mạch tử cung, cắt sâu tới tĩnh mạch tử cung sâu, phần sâu của parametre ngoài nằm dưới tĩnh mạch tử cung sâu, chứa thần kinh tự chủ, được bảo tồn. Parametre ngoài nằm dưới tĩnh mạch tử cung sâu, chứa thần kinh tự chủ, được bảo tồn.

- Tiếp tục phẫu tích niệu quản đoạn trong parametre trước, cắt mái hầm niệu quản. Nhánh tới bàng quang tách ra từ đám rối hạ vị dưới được bảo tồn.

- Cắt parametre sau - dây chằng tử cung cùng, không cắt phần thấp của mạc treo niệu quản, chứa thần kinh hạ vị.

- Mở âm đạo 1-1,5 cm tính từ cổ tử cung hoặc từ giới hạn dưới của u (trong trường hợp giai đoạn IIA1), lấy bệnh phẩm.

- Khâu đóng mỏm cụt âm đạo, kiểm tra cầm máu, kiểm tra niệu quản, bàng quang, đặt dẫn lưu tiểu khung hoặc không, đếm gạc.

- Kết thúc cuộc mổ, rút bỏ dụng cụ Robot, lùi Robot, rút trocar, tháo CO_2, đóng lỗ trocar.

9. Phẫu thuật nội soi robot vét hạch chậu + vét hạch chủ bụng + cắt lại mỏm cụt âm đạo

Thì 1: Vào bụng, đặt trocar, docking Robot

- Đây là phẫu thuật được thực hiện ở cả tầng trên và tầng dưới ổ bụng, docking Robot là vấn đề mấu chốt quyết định phẫu thuật có thể được thực hiện hoàn toàn bởi tiếp cận xâm lấn tối thiểu hay không.

- Đối với thế hệ Si và X, thường phải áp dụng docking kép, với vị trí các trocar tạo thành hai hình vòng cung cùng với việc thay đổi vị trí trocar camera, hoặc là hình chữ W, trocar

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hiep hoa Benh vien tinh_08/05/2025 15:28:08

mang camera không cần thay đổi vị trí. Thế hệ X và Si cũng có thể ứng dụng docking đơn để thực hiện cả hai thì trên và dưới với việc tịnh tiến tất cả các trocar lên cao cho dù phương án này có thể gặp phải khó khăn để có thể vét được hạch chủ bụng tới mức tĩnh mạch thận trái.

- Đối với thế hệ Xi, có thể áp dụng một docking nhưng xoay boom khi thay đổi giữa hai thì trên và dưới, với các trocar tạo thành đường thẳng ngang. Một cách khác là trocar mang camera ở cạnh phải rốn, các trocar 2, 4 cùng với trocar 3 mang camera nằm thành một đường thẳng hướng xuống dưới và sang phải, trocar số 1 nằm dưới sườn phải để thực hiện thì trên, và nằm ở thắt lưng trái để thực hiện thì dưới.

- Sau khi đặt trocar và bơm hơi ổ phúc mạc, docking Robot, tiến hành đưa dụng cụ vào các trocar. Phẫu thuật viên ngồi ở bộ điều khiển Robot. Trợ thủ viên và dụng cụ viên ở cạnh người bệnh và Robot.

Thì trên: vét hạch chủ bụng

- Gạt các quai ruột non sang bên phải người bệnh, chuẩn bị trường mổ.

Vét hạch chủ bụng: Mở phúc mạc thành bụng sau, xác định các mốc giải phẫu. Vét hạch các nhóm ngoài động mạch, trước động mạch, gian động tĩnh mạch, trước tĩnh mạch, ngoài tĩnh mạch, sau tĩnh mạch, sau động mạch. Bảo tồn tối đa thần kinh hạ vị và đám rối hạ vị trên. Lấy bệnh phẩm.

Vét hạch chậu hai bên + cắt lại mỏm cụt âm đạo

- Chuyển sang thì phẫu thuật tiểu khung với việc thay đổi docking Robot, hoặc xoay boom của Xi, hoặc thay đổi vị trí cánh tay 1 của Xi và xác định lại phẫu trường mục tiêu đã mô tả ở trên.

- *Vét hạch chậu:* mở phúc mạc thành bên chậu, bộc lộ niệu quản, bộc lộ bó mạch chậu ngoài. Vét hạch chậu các nhóm ngoài động mạch, gian động tĩnh mạch, dưới tĩnh mạch. Lấy bệnh phẩm.

- *Cắt lại mỏm cụt âm đạo:* Mở phúc mạc túi cùng Douglas, tách thành sau âm đạo khỏi trực tràng. Mở phúc mạc vị trí tương ứng túi cùng phúc mạc bàng tử cung, tách bàng quang khỏi thành trước âm đạo. Cắt, cầm máu, giải phóng thành bên âm đạo. Cắt lại mỏm cụt âm đạo.

- Lấy bệnh phẩm. Khâu đóng mỏm cụt âm đạo.

- Kiểm tra cầm máu, đặt dẫn lưu hoặc không, đếm gạc.

- Kết thúc cuộc mổ, rút bỏ dụng cụ Robot, lùi Robot, rút trocar, tháo CO_2, đóng lỗ trocar.

10. Phẫu thuật nội soi robot bóc u buồng trứng hoặc cắt phần phụ

Thì 1: Vào bụng, đặt trocar, docking Robot

- Thông thường đặt trocar camera tại rốn, bơm hơi ổ phúc mạc, đánh giá tử cung, phần phụ, và toàn bộ ổ bụng.

- Có thể sử dụng hai tay Robot bên trái, một tay bên phải hoặc ngược lại, đối với cả thế hệ Xi, X và Si. Các trocar, đối với thế hệ Xi, được khuyến cáo đặt trên một đường thẳng, đối với thế hệ X hay Si, thường đặt theo hình vòng cung có mặt lõm hướng xuống dưới, hoặc đặt theo hình chữ W, các trocar cách nhau 8-10cm. Trocar 5-10mm dành cho trợ thủ viên.

- *Docking Robot:* đối với thế hệ X hay Si có thể docking bên hoặc docking theo trục của người bệnh. Đối với Xi, áp dụng docking bên, hướng optic thực hiện xác định phẫu trường mục tiêu. Kiểm tra các cánh tay Robot.

- Đưa dụng cụ dưới sự kiểm soát của camera. Sau khi docking Robot, các thì phẫu thuật được triển khai. Phẫu thuật viên ngồi ở bộ điều khiển Robot. Trợ thủ viên và dụng cụ viên ở cạnh người bệnh và Robot.

Bóc u buồng trứng hoặc cắt phần phụ

- *Bóc u buồng trứng:* Xác định phần buồng trứng bảo tồn, rạch mở buồng trứng ranh giới u cần bóc và buồng trứng bảo tồn. Bóc u buồng trứng, cầm máu diện cắt.

- *Cắt phần phụ:* mở cửa sổ dây chằng rộng, cắt, cầm máu dây chằng thắt lưng buồng trứng, cắt dây chằng tử cung buồng trứng, vòi tử cung.

- Kiểm tra cầm máu, đặt dẫn lưu tiểu khung hoặc không, đếm gạc,

- Kết thúc cuộc mổ, rút bỏ dụng cụ Robot, lùi Robot, lấy bệnh phẩm, rút trocar, tháo CO_2, đóng lỗ trocar.

11. Phẫu thuật nội soi robot bóc u xơ tử cung

Thì 1: Vào bụng, đặt trocar, docking Robot

- Thông thường đặt trocar camera tại rốn, bơm hơi ổ phúc mạc, đánh giá tử cung, phần phụ, và toàn bộ ổ bụng.

- Có thể sử dụng hai tay Robot bên trái, một tay bên phải hoặc ngược lại, đối với cả thế hệ Xi, X và Si. Các trocar, đối với thế hệ Xi, được khuyến cáo đặt trên một đường thẳng, đối với thế hệ X hay Si, thường đặt theo hình vòng cung có mặt lõm hướng xuống dưới, hoặc đặt theo hình chữ W, các trocar cách nhau 8-10cm. Trocar 5-10mm dành cho trợ thủ viên.

- *Docking Robot:* đối với thế hệ X hay Si có thể docking bên hoặc docking theo trục của người bệnh. Đối với Xi, áp dụng docking bên, hướng optic thực hiện xác định phẫu trường mục tiêu. Kiểm tra các cánh tay Robot.

- Đưa dụng cụ dưới sự kiểm soát của camera. Sau khi docking Robot, các thì phẫu thuật được triển khai. Phẫu thuật viên ngồi ở bộ điều khiển Robot. Trợ thủ viên và dụng cụ viên ở cạnh người bệnh và Robot.

Thì 2: Bóc u xơ tử cung

- Mở cơ tử cung, bóc u xơ tử cung.

- Khâu cầm máu và phục hồi cơ tử cung.

- Kiểm tra cầm máu.

- Đặt dẫn lưu tiểu khung hoặc không.

- Đếm gạc.

- Kết thúc cuộc mổ, rút bỏ dụng cụ Robot, lùi Robot, lấy bệnh phẩm bằng máy xay hoặc bằng đường mở nhỏ, rút trocar, tháo CO_2, đóng lỗ trocar.

hhbvtnvn.thanhhoa_Vu tu Hoi Ngành viên Thai Viet Nam_28/03/2024 15:28:08

12. Phẫu thuật nội soi robot cắt cổ tử cung triệt căn + vét hạch chậu

Thì 1: Vào bụng, đặt trocar, docking Robot

- Thông thường đặt trocar camera tại rốn, bơm hơi ổ phúc mạc, đánh giá tử cung, phần phụ, và toàn bộ ổ bụng.

- Có thể sử dụng hai tay Robot bên trái, một tay bên phải hoặc ngược lại, đối với cả thế hệ Xi, X và Si. Các trocar, đối với thế hệ Xi, được khuyến cáo đặt trên một đường thẳng, đối với thế hệ X hay Si, thường đặt theo hình vòng cung có mặt lõm hướng xuống dưới, hoặc đặt theo hình chữ W, các trocar cách nhau 8-10cm. Trocar 5-10mm dành cho trợ thủ viên.

- *Docking Robot:* đối với thế hệ X hay Si có thể docking bên hoặc docking theo trục của người bệnh. Đối với Xi, áp dụng docking bên, hướng optic thực hiện xác định phẫu trường mục tiêu. Kiểm tra các cánh tay Robot.

- Đưa dụng cụ dưới sự kiểm soát của camera. Sau khi docking Robot, các thì phẫu thuật được triển khai. Phẫu thuật viên ngồi ở bộ điều khiển Robot. Trợ thủ viên và dụng cụ viên ở cạnh người bệnh và Robot.

Thì 2: Bộc lộ các khoang ảo của tiểu khung

- Cắt dây chằng tròn, bộc lộ hố cạnh bàng quang, xác định động mạch rốn

- Bộc lộ hố cạnh trực tràng, phẫu tích bộc lộ liệu quản đoạn và mạc treo niệu quản, bộc lộ khoang Okabayashi và khoang Latzko. Phẫu tích bộc lộ nguyên ủy động mạch tử cung xuất phát từ thân rốn tử cung hoặc từ thân trước động mạch chậu trong.

Thì 3: Vét hạch chậu

- Vét hạch chậu: Mở phúc mạc thành bên chậu, bộc lộ niệu quản, bộc lộ bó mạch chậu ngoài. Vét hạch chậu các nhóm ngoài động mạch, gian động tĩnh mạch, dưới tĩnh mạch. Lấy bệnh phẩm.

Cắt cổ tử cung triệt căn:

- Mở phúc mạc túi cùng bàng quang - tử cung, phẫu tích tách bàng quang khỏi cổ tử cung và âm đạo, bộc lộ khoang bàng quang - âm đạo, bộc lộ khoang thứ tư của Yabuki.

- Mở phúc mạc túi cùng Douglas, phẫu tích bộc lộ khoang âm đạo - trực tràng, tách trực tràng khỏi âm đạo,

- Cắt parametre ngoài bảo tồn động mạch tử cung

- Phẫu tích niệu quản tới chỗ đổ vào bàng quang, cắt parametre trước

- Cắt parametre sau - dây chằng tử cung cùng

- Cắt nhánh âm đạo của động mạch tử cung, cắt ngang eo tử cung

- Mở âm đạo, lấy bệnh phẩm qua đường âm đạo.

- Khâu cổ tử cung - âm đạo

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

- Đặt dẫn lưu tiểu khung hoặc không.

- Đếm gạc, kết thúc cuộc mổ, rút bỏ dụng cụ Robot, lùi Robot, rút trocar, tháo CO_2, đóng lỗ trocar.

13. Phẫu thuật nội soi robot cắt phần phụ + cắt mạc nối lớn điều trị bảo tồn ung thư buồng trứng

Thì 1: Vào bụng, đặt trocar, docking Robot

- Đây là phẫu thuật được thực hiện ở cả tầng trên và tầng dưới ổ bụng, docking Robot là vấn đề mấu chốt quyết định phẫu thuật có thể được thực hiện hoàn toàn bởi tiếp cận xâm lấn tối thiểu hay không.

- Đối với thế hệ Si và X, thường phải áp dụng docking kép, với vị trí các trocar tạo thành hai hình vòng cung cùng với việc thay đổi vị trí trocar camera, hoặc là hình chữ W, trocar mang camera không cần thay đổi vị trí. Thế hệ X và Si cũng có thể ứng dụng docking đơn để thực hiện cả hai thì trên và dưới với việc tịnh tiến tất cả các trocar lên cao cho dù phương án này có thể gặp phải khó khăn để có thể vét được hạch chủ bụng tới mức tĩnh mạch thận trái.

- Đối với thế hệ Xi, có thể áp dụng một docking nhưng xoay boom khi thay đổi giữa hai thì trên và dưới, với các trocar tạo thành đường thẳng ngang. Một cách khác là trocar mang camera ở cạnh phải rốn, các trocar 2, 4 cùng với trocar 3 mang camera nằm thành một đường thẳng hướng xuống dưới và sang phải, trocar số 1 nằm dưới sườn phải để thực hiện thì trên, và nằm ở thắt lưng trái để thực hiện thì dưới. Cách docking Robot có thể thay đổi theo học tập kinh nghiệm các ekip trên thế giới.

- Sau khi đặt trocar và bơm hơi ổ phúc mạc, docking Robot, tiến hành đưa dụng cụ vào các trocar. Phẫu thuật viên ngồi ở bộ điều khiển Robot. Trợ thủ viên và dụng cụ viên ở cạnh người bệnh và Robot.

Thì trên: cắt mạc nối lớn

- Gạt các quai ruột non sang bên phải người bệnh, chuẩn bị trường mổ.

- *Bộc lộ mạc nối lớn. Tiến hành cắt mạc nối lớn:* Mạc nối lớn được cắt ở các mức khác nhau tùy từng chỉ định: dưới đại tràng ngang, ngoài vòng mạch bở cong lớn, hoặc trong vòng mạch bờ cong lớn.

- Đặt bệnh phẩm ở vị trí thuận lợi để lấy về sau.

Cắt phần phụ:

- Chuyển sang thì phẫu thuật tiểu khung với việc thay đổi docking Robot, hoặc xoay boom của Xi, hoặc thay đổi vị trí cánh tay 1 của Xi và xác định lại phẫu trường mục tiêu đã mô tả ở trên.

- *Cắt phần phụ*: Mở cửa sổ dây chằng rộng, cắt dây chằng treo buồng trứng, cắt dây chằng tử cung buồng trứng, vòi tử cung.

- Để bệnh phẩm trong túi.

- Kiểm tra cầm máu.

- Đặt dẫn lưu hoặc không.

- Đếm gạc.

- Kết thúc cuộc mổ, rút bỏ dụng cụ Robot, lùi Robot, rút trocar.

- Lấy bệnh phẩm qua đường mở nhỏ.

- Đóng lỗ trocar, đóng bụng.

14. Phẫu thuật nội soi robot cắt phần phụ + vét hạch chậu + vét hạch chủ bụng + cắt mạc nối lớn điều trị bảo tồn ung thư buồng trứng

Thì 1: Vào bụng, đặt trocar, docking Robot

- Đây là phẫu thuật được thực hiện ở cả tầng trên và tầng dưới ổ bụng, docking Robot là vấn đề mấu chốt quyết định phẫu thuật có thể được thực hiện hoàn toàn bởi tiếp cận xâm lấn tối thiểu hay không.

- Đối với thế hệ Si và X, thường phải áp dụng docking kép, với vị trí các trocar tạo thành hai hình vòng cung cùng với việc thay đổi vị trí trocar camera, hoặc là hình chữ W, trocar mang camera không cần thay đổi vị trí. Thế hệ X và Si cũng có thể ứng dụng docking đơn để thực hiện cả hai thì trên và dưới với việc tịnh tiến tất cả các trocar lên cao cho dù phương án này có thể gặp phải khó khăn để có thể vét được hạch chủ bụng tới mức tĩnh mạch thận trái.

- Đối với thế hệ Xi, có thể áp dụng một docking nhưng xoay boom khi thay đổi giữa hai thì trên và dưới, với các trocar tạo thành đường thẳng ngang. Một cách khác là trocar mang camera ở cạnh phải rốn, các trocar 2,4 cùng với trocar 3 mang camera nằm thành một đường thẳng hướng xuống dưới và sang phải, trocar số 1 nằm dưới sườn phải để thực hiện thì trên, và nằm ở thắt lưng trái để thực hiện thì dưới. Cách docking Robot có thể thay đổi theo học tập kinh nghiệm các ekip trên thế giới.

- Sau khi đặt trocar và bơm hơi ổ phúc mạc, docking Robot, tiến hành đưa dụng cụ vào các trocar. Phẫu thuật viên ngồi ở bộ điều khiển Robot. Trợ thủ viên và dụng cụ viên ở cạnh người bệnh và Robot.

Thì trên: cắt mạc nối lớn, vét hạch chủ bụng

- Gạt các quai ruột non sang bên phải người bệnh, chuẩn bị trường mổ.

- *Bộc lộ và cắt mạc nối lớn.* Đặt bệnh phẩm ở vị trí thuận lợi để lấy sau.

- *Vét hạch chủ bụng:* Mở phúc mạc thành bụng sau, xác định các mốc giải phẫu. Vét hạch các nhóm ngoài động mạch, trước động mạch, gian động tĩnh mạch, trước tĩnh mạch, ngoài tĩnh mạch, sau tĩnh mạch, sau động mạch.

- Bảo tồn tối đa thần kinh hạ vị và đám rối hạ vị trên.

Lấy bệnh phẩm trong túi nội soi qua trocar.

Cắt phần phụ + vét hạch chậu hai bên:

- Chuyển sang thì phẫu thuật tiểu khung với việc thay đổi docking Robot, hoặc xoay boom của Xi, hoặc thay đổi vị trí cánh tay 1 của Xi và xác định lại phẫu trường mục tiêu đã mô tả ở trên.

- *Vét hạch chậu:* mở phúc mạc thành bên chậu, bộc lộ niệu quản, bộc lộ bó mạch chậu ngoài. Vét hạch chậu các nhóm ngoài động mạch, gian động tĩnh mạch, dưới tĩnh mạch. Lấy bệnh phẩm trong túi, qua lỗ trocar,.

- *Cắt phần phụ*: Mở cửa sổ dây chằng rộng, cắt dây chằng treo buồng trứng, cắt dây chằng tử cung buồng trứng, vòi tử cung.Để bệnh phẩm trong túi.

- Kiểm tra cầm máu, đặt dẫn lưu hoặc không, đếm gạc.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van tai Hop phong vien tu thu Viet Nam_06/02/2026 15:28:08

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoi Benh vien Tu nhan Viet Nam_08/04/2025 15:28:08

- Kết thúc cuộc mổ, rút bỏ dụng cụ Robot, lùi Robot, rút trocar.

- Lấy bệnh phẩm qua đường mở nhỏ.

- Đóng lỗ trocar, đóng bụng.

15. Phẫu thuật nội soi robot cắt tử cung bán phần

Thì 1: Vào bụng, đặt trocar, docking Robot

- Thông thường đặt trocar camera tại rốn, bơm hơi ổ phúc mạc, đánh giá tử cung, phần phụ, và toàn bộ ổ bụng.

- Có thể sử dụng hai tay Robot bên trái, một tay bên phải hoặc ngược lại, đối với cả thế hệ Xi, X và Si. Các trocar, đối với thế hệ Xi, được khuyến cáo đặt trên một đường thẳng, đối với thế hệ X hay Si, thường đặt theo hình vòng cung có mặt lõm hướng xuống dưới, hoặc đặt theo hình chữ W, các trocar cách nhau 8-10cm. Trocar 5-10mm dành cho trợ thủ viên.

- *Docking Robot:* đối với thế hệ X hay Si có thể docking bên hoặc docking theo trục của người bệnh. Đối với Xi, áp dụng docking bên, hướng optic thực hiện xác định phẫu trường mục tiêu. Kiểm tra các cánh tay Robot.

- Đưa dụng cụ dưới sự kiểm soát của camera. Sau khi docking Robot, các thì phẫu thuật được triển khai. Phẫu thuật viên ngồi ở bộ điều khiển Robot. Trợ thủ viên và dụng cụ viên ở cạnh người bệnh và Robot.

Cắt tử cung bán phần:

- Cắt dây chằng tròn, mở cửa sổ dây chằng rộng,

Trường hợp để lại hai phần phụ: cắt dây chằng tử cung buồng trứng, vòi tử cung, Trường hợp cắt bỏ hai phần phụ: cắt dây chằng thắt lưng buồng trứng,

- Mở phúc mạc túi cùng bàng quang tử cung, phẫu tích tách bàng quang khỏi cổ tử cung.

- Cắt, cầm máu dây chằng rộng, động mạch tử cung,

- Cắt tử cung ngang mức eo tử cung,

- Có thể khâu treo cổ tử cung dây chằng tròn,

- Kiểm tra cầm máu,

- Đặt dẫn lưu tiểu khung hoặc không.

- Đếm gạc.

- Kết thúc cuộc mổ, rút bỏ dụng cụ Robot, lùi Robot, lấy bệnh phẩm bằng máy xay hoặc bằng đường mở nhỏ, rút trocar, tháo CO_2, đóng lỗ trocar.

16. Phẫu thuật nội soi robot cắt tử cung toàn bộ

Thì 1: Vào bụng, đặt trocar, docking Robot

- Thông thường đặt trocar camera tại rốn, bơm hơi ổ phúc mạc, đánh giá tử cung, phần phụ, và toàn bộ ổ bụng.

- Có thể sử dụng hai tay Robot bên trái, một tay bên phải hoặc ngược lại, đối với cả thế hệ Xi, X và Si. Các trocar, đối với thế hệ Xi, được khuyến cáo đặt trên một đường thẳng, đối với thế hệ X hay Si, thường đặt theo hình vòng cung có mặt lõm hướng xuống dưới, hoặc đặt theo hình chữ W, các trocar cách nhau 8-10 cm. Trocar 5-10 mm dành cho trợ thủ viên.

- *Docking Robot:* đối với thế hệ X hay Si có thể docking bên hoặc docking theo trục của người bệnh. Đối với Xi, áp dụng docking bên, hướng optic thực hiện xác định phẫu trường mục tiêu. Kiểm tra các cánh tay Robot.
- Đưa dụng cụ dưới sự kiểm soát của camera. Sau khi docking Robot, các thì phẫu thuật được triển khai. Phẫu thuật viên ngồi ở bộ điều khiển Robot. Trợ thủ viên và dụng cụ viên ở cạnh người bệnh và Robot.

Cắt tử cung toàn bộ:

- Cắt dây chằng tròn, mở cửa sổ dây chằng rộng

Trường hợp để lại hai phần phụ: cắt dây chằng tử cung buồng trứng, vòi tử cung.

Trường hợp cắt bỏ hai phần phụ: cắt dây chằng thắt lưng buồng trứng.

- Mở phúc mạc túi cùng bàng quang tử cung, phẫu tích tách bàng quang khỏi cổ tử cung, âm đạo.
- Cắt, cầm máu dây chằng rộng, động mạch tử cung, dây chằng ngang cổ tử cung hai bên.
- Mở âm đạo.
- Lấy bệnh phẩm đường dưới.
- Khâu đóng mỏm cụt âm đạo.
- Kiểm tra cầm máu.
- Đặt dẫn lưu tiểu khung hoặc không.
- Đếm gạc.
- Kết thúc cuộc mổ, rút bỏ dụng cụ Robot, lùi Robot, rút trocar, tháo CO_2, đóng lỗ trocar.

17. Phẫu thuật nội soi robot cắt tử cung toàn bộ + hai phần phụ + vét hạch chậu + vét hạch chủ bụng + Cắt mạc nối lớn

Thì 1: Vào bụng, đặt trocar, docking Robot

- Đây là phẫu thuật được thực hiện ở cả tầng trên và tầng dưới ổ bụng, docking Robot là vấn đề mấu chốt quyết định phẫu thuật có thể được thực hiện hoàn toàn bởi tiếp cận xâm lấn tối thiểu hay không.
- Đối với thế hệ Si và X, thường phải áp dụng docking kép, với vị trí các trocar tạo thành hai hình vòng cung cùng với việc thay đổi vị trí trocar camera, hoặc là hình chữ W, trocar mang camera không cần thay đổi vị trí. Thế hệ X và Si cũng có thể ứng dụng docking đơn để thực hiện cả hai thì trên và dưới với việc tịnh tiến tất cả các trocar lên cao cho dù phương án này có thể gặp phải khó khăn để có thể vét được hạch chủ bụng tới mức tĩnh mạch thận trái.
- Đối với thế hệ Xi, có thể áp dụng một docking nhưng xoay boom khi thay đổi giữa hai thì trên và dưới, với các trocar tạo thành đường thẳng ngang. Một cách khác là trocar mang camera ở cạnh phải rốn, các trocar 2, 4 cùng với trocar 3 mang camera nằm thành một đường thẳng hướng xuống dưới và sang phải, trocar số 1 nằm dưới sườn phải để

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan benh vien ... 05/2025 15:28:08

thực hiện thì trên, và nằm ở thắt lưng trái để thực hiện thì dưới. Cách docking Robot có thể thay đổi theo học tập kinh nghiệm các ekip trên thế giới.

- Sau khi đặt trocar và bơm hơi ổ phúc mạc, docking Robot, tiến hành đưa dụng cụ vào các trocar. Phẫu thuật viên ngồi ở bộ điều khiển Robot. Trợ thủ viên và dụng cụ viên ở cạnh người bệnh và Robot.

Thì trên: cắt mạc nối lớn, vét hạch chủ bụng

- Gạt các quai ruột non sang bên phải người bệnh, chuẩn bị trường mổ. *Bộc lộ và cắt mạc nối lớn.* Đặt bệnh phẩm ở vị trí thuận lợi để lấy sau khi đã cắt tử cung và mở âm đạo.

- *Vét hạch chủ bụng:*

+ Mở phúc mạc thành bụng sau, xác định các mốc giải phẫu. Vét hạch các nhóm ngoài động mạch, trước động mạch, gian động tĩnh mạch, trước tĩnh mạch, ngoài tĩnh mạch, sau tĩnh mạch, sau động mạch.

+ Bảo tồn tối đa thần kinh hạ vị và đám rối hạ vị trên.

+ Lấy bệnh phẩm trong túi nội soi qua trocar hoặc lấy sau khi cắt tử cung.

Cắt tử cung toàn bộ + vét hạch chậu hai bên

- Chuyển sang thì phẫu thuật tiểu khung với việc thay đổi docking Robot, hoặc xoay boom của Xi, hoặc thay đổi vị trí cánh tay 1 của Xi và xác định lại phẫu trường mục tiêu đã mô tả ở trên.

- *Vét hạch chậu:* mở phúc mạc thành bên chậu, bộc lộ niệu quản, bộc lộ bó mạch chậu ngoài. Vét hạch chậu các nhóm ngoài động mạch, gian động tĩnh mạch, dưới tĩnh mạch. Lấy bệnh phẩm trong túi bệnh phẩm nội soi, qua lỗ trocar, hoặc lấy sau khi cắt tử cung.

- *Cắt tử cung toàn bộ:*

+ Mở phúc mạc túi cùng bàng quang tử cung, phẫu tích tách bàng quang khỏi cổ tử cung, âm đạo.

+ Cắt, cầm máu dây chằng rộng, động mạch tử cung, dây chằng ngang cổ tử cung hai bên.

+ Mở âm đạo, lấy bệnh phẩm đường dưới, khâu đóng mỏm cụt âm đạo.

+ Kiểm tra cầm máu, đặt dẫn lưu hoặc không, đếm gạc.

+ Kết thúc cuộc mổ, rút bỏ dụng cụ Robot, lùi Robot, rút trocar, tháo CO_2, đóng lỗ trocar.

18. Phẫu thuật nội soi robot cắt tử cung toàn bộ +vét hạch chậu

Thì 1: Vào bụng, đặt trocar, docking Robot

- Thông thường đặt trocar camera tại rốn, bơm hơi ổ phúc mạc, đánh giá tử cung, phần phụ, và toàn bộ ổ bụng.

- Có thể sử dụng hai tay Robot bên trái, một tay bên phải hoặc ngược lại, đối với cả thế hệ Xi, X và Si. Các trocar, đối với thế hệ Xi, được khuyến cáo đặt trên một đường thẳng, đối với thế hệ X hay Si, thường đặt theo hình vòng cung có mặt lõm hướng xuống dưới,

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep noi Benh vien u buou Viet Nam_06/05/2025 15:28:08

hoặc đặt theo hình chữ W, các trocar cách nhau 8-10 cm. Trocar 5-10 mm dành cho trợ thủ viên.

- *Docking Robot:* đối với thế hệ X hay Si có thể docking bên hoặc docking theo trục của người bệnh. Đối với Xi, áp dụng docking bên, hướng optic thực hiện xác định phẫu trường mục tiêu. Kiểm tra các cánh tay Robot.

- Đưa dụng cụ dưới sự kiểm soát của camera. Sau khi docking Robot, các thì phẫu thuật được triển khai. Phẫu thuật viên ngồi ở bộ điều khiển Robot. Trợ thủ viên và dụng cụ viên ở cạnh người bệnh và Robot.

Cắt tử cung toàn bộ + vét hạch chậu hai bên: Có thể vét hạch trước, cắt tử cung sau hoặc ngược lại

- *Vét hạch chậu*

+ Cắt dây chằng tròn, mở phúc mạc thành bên chậu

+ Bộc lộ niệu quản, bộc lộ bó mạch chậu ngoài tới trên chỗ chia đôi động mạch chậu chung thành động mạch chậu trong và động mạch chậu ngoài

+ Vét hạch chậu các nhóm ngoài động mạch, gian động tĩnh mạch, dưới tĩnh mạch, hố bịt trong khi nhận định và bảo tồn thần kinh bịt và bó mạch bịt.

+ Lấy bệnh phẩm trong túi bệnh phẩm nội soi, qua lỗ trocar.

- *Cắt tử cung toàn bộ*

+ Cắt dây chằng tròn

+ Trong trường hợp bảo tồn buồng trứng: cắt dây chằng tử cung buồng trứng, cắt mạc treo vòi tử cung, giải phóng buồng trứng khỏi dây chằng rộng (vòi tử cung được cắt bỏ).

+ Trường hợp không bảo tồn buồng trứng: cắt dây chằng thắt lưng buồng trứng.

+ Mở phúc mạc túi cùng bàng quang tử cung, phẫu tích tách bàng quang khỏi cổ tử cung, âm đạo.

+ Cắt, cầm máu dây chằng rộng, động mạch tử cung, dây chằng ngang cổ tử cung hai bên.

+ Mở âm đạo.

+ Lấy bệnh phẩm đường dưới.

+ Khâu đóng mỏm cụt âm đạo.

- Kiểm tra cầm máu.

- Đặt dẫn lưu tiểu khung hoặc không.

- Đếm gạc.

- Kết thúc cuộc mổ, rút bỏ dụng cụ Robot, lùi Robot, rút trocar, tháo CO_2, đóng lỗ trocar.

19. Phẫu thuật nội soi robot cắt tử cung triệt căn bảo tồn thần kinh (cắt tử cung triệt căn type c1) + vét hạch chậu

Thì 1: Vào bụng, đặt trocar, docking Robot

- Thông thường đặt trocar camera tại rốn, bơm hơi ổ phúc mạc, đánh giá tử cung, phần phụ, và toàn bộ ổ bụng.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Viet Nam 15:28:08

- Có thể sử dụng hai tay Robot bên trái, một tay bên phải hoặc ngược lại, đối với cả thế hệ Xi, X và Si. Các trocar, đối với thế hệ Xi, được khuyến cáo đặt trên một đường thẳng, đối với thế hệ X hay Si, thường đặt theo hình vòng cung có mặt lõm hướng xuống dưới, hoặc đặt theo hình chữ W, các trocar cách nhau 8-10 cm. Trocar 5-10 mm dành cho trợ thủ viên.

- *Docking Robot:* đối với thế hệ X hay Si có thể docking bên hoặc docking theo trục của người bệnh. Đối với Xi, áp dụng docking bên, hướng optic thực hiện xác định phẫu trường mục tiêu. Kiểm tra các cánh tay Robot.

- Đưa dụng cụ dưới sự kiểm soát của camera. Sau khi docking Robot, các thì phẫu thuật được triển khai. Phẫu thuật viên ngồi ở bộ điều khiển Robot. Trợ thủ viên và dụng cụ viên ở cạnh người bệnh và Robot.

Thì 2: Bộc lộ các khoang ảo của tiểu khung

- Bộc lộ hố cạnh bàng quang, hố cạnh trực tràng, bộc lộ liệu quản đoạn và mạc treo niệu quản, bộc lộ khoang Okabayashi và khoang Latzko.

- Trường hợp bảo tồn buồng trứng: cắt dây chằng tử cung buồng trứng, cắt mạc treo vòi tử cung, giải phóng buồng trứng khỏi dây chằng rộng (vòi tử cung được cắt bỏ). Trường hợp không bảo tồn buồng trứng: Cắt dây chằng thắt lưng buồng trứng.

Thì 3: Vét hạch chậu

- Vét hạch chậu dọc theo bó mạch chậu ngoài. Vét hạch dọc bó mạch chậu trong, vét hạch nhóm dưới tĩnh mạch - nhóm hố bịt trong khi xác định thần kinh bịt và bó mạch bịt. Lấy bệnh phẩm.

Cắt tử cung triệt căn bảo tồn thần kinh:

- Phẫu tích bộc lộ khoang bàng quang - âm đạo, khoang thứ tư của Yabuki, khoang âm đạo - trực tràng.

- Cắt động mạch tử cung, cắt parametre ngoài:

- Cắt động mạch tử cung sát nguyên ủy, kèm theo tĩnh mạch tử cung nông. Phẫu tích niệu quản đoạn trong parametre ngoài, giải phóng niệu quản trong hầm niệu quản. Cắt parametre ngoài ở mức cắt động mạch tử cung, cắt sâu tới tĩnh mạch tử cung sâu, phần sâu của parametre ngoài nằm dưới tĩnh mạch tử cung sâu, chứa thần kinh tự chủ, được bảo tồn.

- Tiếp tục phẫu tích niệu quản đoạn trong parametre trước, cắt mái hầm niệu quản. Nhánh tới bàng quang tách ra từ đám rối hạ vị dưới được bảo tồn.

- Cắt parametre sau - dây chằng tử cung cùng, không cắt phần thấp của mạc treo niệu quản, chứa thần kinh hạ vị.

- Mở âm đạo 1-1,5cm tính từ cổ tử cung hoặc từ giới hạn dưới của u (trong trường hợp giai đoạn IIA1), lấy bệnh phẩm.

- Khâu đóng mỏm cụt âm đạo, kiểm tra cầm máu, kiểm tra niệu quản, bàng quang, đặt dẫn lưu tiểu khung hoặc không, đếm gạc.

- Kết thúc cuộc mổ, rút bỏ dụng cụ Robot, rút trocar, tháo CO_2, đóng lỗ trocar.

20. Phẫu thuật nội soi robot cắt tử cung triệt căn cải biên (cắt tử cung type b1) + vét hạch chậu

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoi Phu san Viet Nam_08/03/2025 15:28:08

Thì 1: Vào bụng, đặt trocar, docking Robot

- Thông thường đặt trocar camera tại rốn, bơm hơi ổ phúc mạc, đánh giá tử cung, phần phụ, và toàn bộ ổ bụng.

- Có thể sử dụng hai tay Robot bên trái, một tay bên phải hoặc ngược lại, đối với cả thế hệ Xi, X và Si. Các trocar, đối với thế hệ Xi, được khuyến cáo đặt trên một đường thẳng. Ở thế hệ X hay Si, các trocar thông thường đặt theo hình vòng cung có mặt lõm hướng xuống dưới, hoặc đặt theo hình chữ W, các trocar thường cách nhau 8-10 cm.

- Trocar 5-10 mm dành cho trợ thủ viên. Trong những trường hợp thông thường, chỉ cần sử dụng một trocar cho trợ thủ viên. Trường hợp khó có thể tăng trocar cho trợ thủ viên.

- *Docking Robot:* đối với thế hệ X hay Si có thể docking bên hoặc docking theo trục của người bệnh. Đối với Xi, áp dụng docking bên, hướng optic thực hiện xác định phẫu trường mục tiêu. Kiểm tra các cánh tay Robot không tỳ vào người bệnh cũng như hạn chế va chạm giữa các cánh tay.

- Đưa dụng cụ dưới sự kiểm soát của camera. Các dụng cụ thường được sử dụng là: forceps bipolar cửa sổ vuông, maryland bipolar forceps, cardiere forceps, kéo đơn cực, móc đơn cực, kìm kẹp kim, kẹp clip...

- Sau khi docking Robot, các thì phẫu thuật được triển khai. Phẫu thuật viên ngồi ở bộ điều khiển Robot. Trợ thủ viên và dụng cụ viên ở cạnh người bệnh và Robot.

Thì 2: Bộc lộ các khoang ảo của tiểu khung

- Bộc lộ hố cạnh bàng quang, hố cạnh trực tràng, bộc lộ liệu quản đoạn và mạc treo niệu quản, bộc lộ khoang Okabayashi và khoang Latzko.

- Trường hợp bảo tồn buồng trứng: cắt dây chằng tử cung buồng trứng, cắt mạc treo vòi tử cung, giải phóng buồng trứng khỏi dây chằng rộng (vòi tử cung được cắt bỏ). Trường hợp không bảo tồn buồng trứng: Cắt dây chằng thắt lưng buồng trứng.

Thì 3: Vét hạch chậu

- Vét hạch chậu dọc theo bó mạch chậu ngoài. Vét hạch dọc bó mạch chậu trong, vét hạch nhóm dưới tĩnh mạch - nhóm hố bịt trong khi xác định thần kinh bịt và bó mạch bịt. Lấy bệnh phẩm.

Thì 4: Cắt tử cung triệt căn cải biên:

- Phẫu tích bộc lộ khoang bàng quang - âm đạo, khoang thứ tư của Yabuki, khoang âm đạo - trực tràng.

- Giải phóng niệu quản trong hầm niệu quản, gỡ bắt chéo động mạch tử cung - niệu quản. Cắt động mạch tử cung ở vị trí bắt chéo với niệu quản. Cắt paramètre ngoài ở mức này.

- Cắt paramètre trước, cắt paramètre sau.

- Mở âm đạo, lấy bệnh phẩm tử cung phần phụ (có buồng trứng hoặc không) qua đường âm đạo

- Khâu đóng mỏm cụt âm đạo, kiểm tra cầm máu, kiểm tra niệu quản, bàng quang, đặt dẫn lưu tiểu khung hoặc không, đếm gạc.

- Kết thúc cuộc mổ, rút bỏ dụng cụ Robot, lùi Robot, rút trocar, tháo CO_2, đóng lỗ trocar.

6. THEO DÕI

- Theo dõi huyết động, hô hấp, tình trạng bụng, nước tiểu, dẫn lưu, vết mổ, các triệu chứng của huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới,...

7. TAI BIẾN BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu sau mổ: cần phát hiện sớm chảy máu, đánh giá mức độ, hồi sức theo dõi hoặc có thể phải mổ lại để cầm máu.

- Tổn thương ruột, viêm phúc mạc: tổn thương ruột phát hiện trong mổ tiến hành xử trí qua Robot, với viêm phúc mạc sau mổ: mổ lại xử trí viêm phúc mạc, xử trí ruột tùy theo thương tổn.

- Tổn thương niệu quản, bàng quang: gây rò tiết niệu sau mổ, mổ lại, xử trí tùy theo thương tổn.

- Tổn thương mạch máu lớn trong mổ: đối với vết thương bên cần khâu cầm máu: xử trí bằng khâu cầm máu qua Robot hoặc dedocking Robot chuyển mổ mở.

- Tổn thương thần kinh: đặc biệt chú ý thần kinh bịt trong thì vét hạch, xử trí: khâu nối lại thần kinh.

- Nang bạch huyết tiểu khung: dự phòng bằng cách không đóng kín hoàn toàn phúc mạc, trong mổ cầm bạch huyết kĩ, xử trí bằng cách chọc hút nang dưới hướng dẫn chẩn đoán hình ảnh nếu có thể.

- Phù bạch huyết chi dưới: xử trí: tất áp lực, gác chân cao, nếu không kết quả xét điều trị ngoại khoa.

- Tắc mạch huyết khối: huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới, tắc mạch phổi. Dự phòng bằng chống đông dự phòng, tất áp lực. Theo dõi, phát hiện biến chứng, hội chẩn chuyên khoa.

9. CHUYỂN PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT

9.1. Chuyển phẫu thuật nội soi thường

- Khi hệ thống Robot có biểu hiện lỗi không thể khắc phục trong mổ.

- Phát hiện thêm tổn thương khác và khả năng xử lý vượt quá năng lực của phẫu thuật nội soi Robot.

9.2. Chuyển mổ mở

- Khi có biến chứng tổn thương mạch máu lớn, tổn thương các tạng khác trong mổ mà không thể xử lý bằng phẫu thuật nội soi Robot hoặc phẫu thuật nội soi thông thường.

- Khi chẩn đoán giai đoạn bệnh trong mổ vượt quá chỉ định của phẫu thuật nội soi Robot.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Benh vien ... Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

144. SINH THIẾT VÚ BẰNG KIM

1. ĐẠI CƯƠNG

Trong những năm gần đây, điều trị bệnh ung thư vú đã đạt được nhiều tiến bộ: tỷ lệ chẩn đoán bệnh ở giai đoạn sớm tăng lên; điều trị bổ trợ bằng hóa chất, tia xạ, nội tiết, thuốc điều trị đích giúp tăng thời gian sống cho người bệnh ung thư vú. Sinh thiết kim nhỏ bằng súng tự động hoặc bán tự động là thủ thuật an toàn, đơn giản giúp chúng ta có kết quả giải phẫu bệnh để thể chẩn đoán chính xác tổn thương nghi ngờ hoặc các tổn thương nghi di căn do ung thư vú.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có tổn thương u vú nghi ngờ ung thư
- Người bệnh ung thư vú có tổn thương nghi ngờ di căn da, phần mềm.

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.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh 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.
- 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 người bệnh (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.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Tiến hành thủ thuật

- Rạch da diện sinh thiết 0.5 cm

- Bộc lộ, giữ cố định tổn thương nghi ngờ (u hoặc hạch)

- Súng bấm sinh thiết 6 đến 8 mảnh bệnh phẩm

- Băng ép, cầm máu

- Cố định và gửi bệnh phẩm

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, cầm máu sau.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoi Dien Bien Than Viet Nam_18/05/2023 15:28:08

+ 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. Ellis IO, Humphreys S, Michell M, Pinder SE, Wells CA, Zakhour HD; UK National Coordinating Commmittee for Breast Screening Pathology; European Commission Working Group on Breast Screening Pathology. Best Practice No 179. Guidelines for breast needle core biopsy handling and reporting in breast screening assessment. J Clin Pathol. 2004

145. PHÁT HIỆN UNG THƯ CỔ TỬ CUNG BẰNG KỸ THUẬT QUANG ĐIỆN

1. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật quang điện là phương pháp sàng lọc không xâm lấn, sử dụng các tín hiệu quang học đa bước sóng và mức điện áp thấp để phát hiện các tổn thương tiền ung thư và ung thư cổ tử cung bằng cách đo các đặc tính, trạng thái của biểu mô tại cổ tử cung của người bệnh, rồi so sánh với dữ liệu khối đa trung tâm tích hợp trong phần mềm thuật toán của thiết bị.

2. CHỈ ĐỊNH

Sàng lọc các dấu hiệu của tiền ung thư/ung thư cổ tử cung cho các đối tượng phụ nữ đã lập gia đình hoặc đã có quan hệ tình dục, độ tuổi từ 18 đến 65 tuổi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang mang thai;
- Sau khi sinh trong vòng 04 tháng;
- Đã làm xét nghiệm phết tế bào cổ tử cung trước đó trong vòng 06 tuần;
- Đang trong ngày 1 đến ngày 3 của chu kỳ kinh với lượng máu ra nhiều.
- Đã phẫu thuật điều trị cổ tử cung trong vòng 03 tháng (bao gồm bấm sinh thiết);
- Đã từng xạ trị ở vùng xương chậu;
- Đang trong thời gian hóa trị, hoặc đã hóa trị trước đó trong vòng 05 tuần;
- Đã cắt bỏ tử cung (tử cung hoặc cổ tử cung);
- Bị viêm cổ tử cung/âm đạo cấp, hoặc bán cấp với kết quả lâm sàng rõ ràng;
- Nhạy cảm với tín hiệu quang, hoặc đang được điều trị bằng phương pháp quang động học hoặc đang dùng thuốc cảm quang;
- Bị các tác động can thiệp trực tiếp lên bề mặt cổ tử cung làm tổn thương mô.

4. THẬN TRỌNG

Kỹ thuật Quang Điện cần được thực hiện bởi các bác sĩ/ kỹ thuật viên/ điều dưỡng có kinh nghiệm lâm sàng và đã được đào tạo thực hành kỹ 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: không

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hà Hòa_Bệnh viện Từ Dũ man Việt Nam_08/01/2026 15:28:08

5.3 Thiết bị y tế

- Thiết bị y tế tiêu hao sử dụng đi kèm: Vỏ cảm biến, mỗi người bệnh sử dụng 01 thiết bị riêng biệt.

5.4 Trang thiết bị

- Thiết bị chính: Kỹ thuật quang điện tích hợp trong thiết bị tầm soát ung thư cổ tử cung

5.5 Người bệnh

- Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, cam kết thủ thuật, …

- Đặt người bệnh ở tư thế nằm, bộc lộ rõ vị trí làm thủ thuật.

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

5.7 Thời gian thực hiện: 0,25 – 0,5 giờ

5.8 Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật

6. TIẾN HÀNH QTKT

- Thực hiện theo trình tự của bảng dưới đây:

Trình tự thực hiện	Công tác thực hiện	Ghi chú/ yêu cầu
Bước 1	Trong môi trường có cường độ ánh sáng thích hợp, đặt vào âm đạo một mỏ vịt để hỗ trợ tiến trình thực hiện kỹ thuật. Đảm bảo rằng cổ tử cung được nhìn thấy hoàn toàn.	
Bước 2	Nhẹ nhàng vệ sinh vùng cổ tử cung bằng bông thấm (tránh sử dụng băng gạc vì có thể làm trầy xước nhẹ) để loại bỏ các chất dịch nhầy, hoặc máu … Thao tác loại bỏ dịch nhầy, máu … cần phải rất nhẹ nhàng, tránh lau mạnh tay làm tổn thương, trầy xước các biểu mô cổ tử cung cũng như gây khó chịu, đau đớn cho người bệnh.	
Bước 3	Bắt đầu thăm khám bằng thiết bị TruScreen, bằng cách sử dụng đầu dò của thiết bị tiếp xúc tuần tự, nhẹ nhàng lên nhiều điểm trên bề mặt cổ tử cung của người bệnh, tuân theo **Quy tắc Lấy Điểm Dò** (được trang bị cho người vận hành kỹ thuật/thiết bị Truscreen thông qua việc huấn luyện lý thuyết và thực hành trước đó)	**Quy Tắc Lấy Điểm Dò** được nêu cụ thể tại phần dưới đây
Bước 4	Sau khi đã thực hiện việc kiểm tra xong, thông báo kết thúc cho người bệnh và hướng dẫn người bệnh quay lại gặp bác sĩ khám	
Bước 5	Kiểm tra kết quả khám (có tức thời) trên màn hình của thiết bị TruScreen, điền kết quả vào phiếu khám để bác sĩ có căn cứ và có hướng xử lý tiếp theo.	

Tiến hành thực hiện kỹ thuật lấy điểm trên cổ tử cung theo Quy tắc lấy điểm dò:

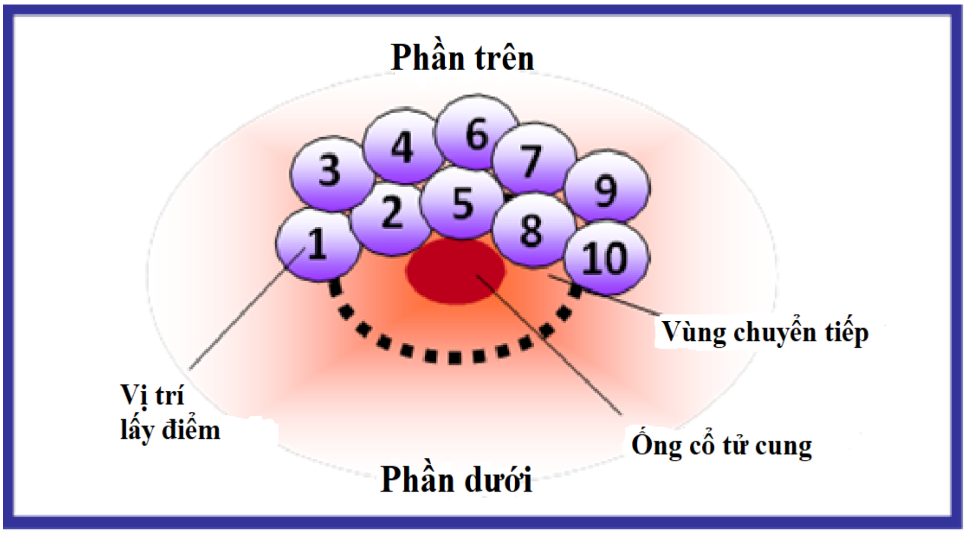
hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep [illegible] Benh vien [illegible] nhan Viet Nam _ 08/05/202[illegible] 15:28:08

Do kỹ thuật này được tích hợp trong thiết bị TruScreen, nên ở đây chỉ nêu cách thực hiện quy tắc lấy điểm tại các vị trí trên cổ tử cung thông qua việc sử dụng đầu dò thiết bị. Quy trình này mất khoảng từ 2 đến 3 phút thực hiện.

Các bước thực hiện như sau:

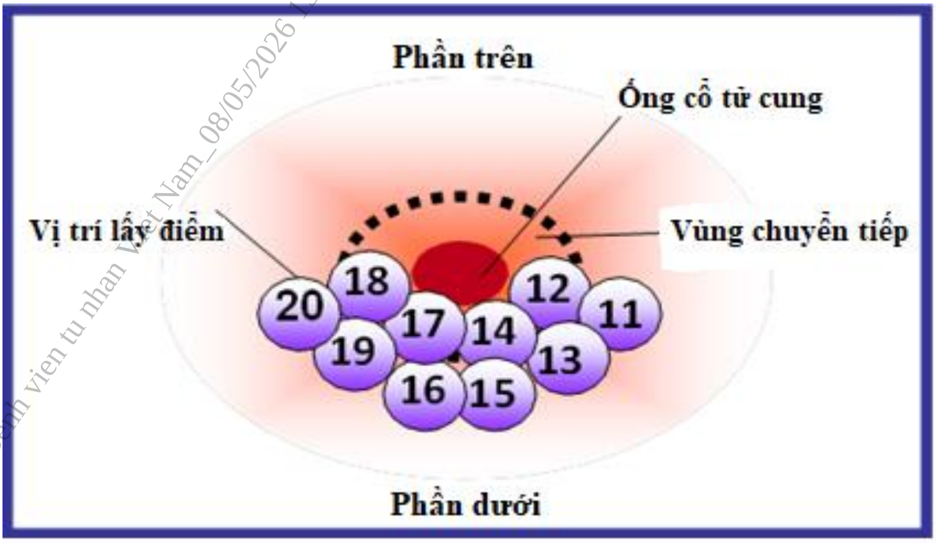
- Mở cổ tử cung bằng mỏ vịt đã được khử trùng, dùng bông chấm, thấm làm sạch mặt ngoài cổ tử cung để loại bỏ chất dịch nhầy (thao tác cần nhẹ nhàng tránh làm tổn thương mô).
- Quy tắc lấy điểm được hướng dẫn như sau: Chia bề mặt cổ tử cung ra làm hai phần bao gồm phần trên và phần dưới.
- Thời lượng lấy điểm tại một vị trí trên cổ tử cung là 2 giây (Thiết bị xuất hiện âm báo và màu xanh hiển thị trên màn hình khi lấy thành công tại một điểm).
- Số điểm tối thiểu mặc định theo thiết bị là 15 điểm và tối đa là 32 điểm (tuỳ theo kích thước của bề mặt cổ tử cung của mỗi người bệnh).
- Điểm lấy cần bao phủ toàn bộ tất cả các vị trí trên cổ tử cung.

Cách lấy điểm phần trên của bề mặt cổ tử cung (Hình 1): Di chuyển và đặt đầu dò thiết bị theo thứ tự mô tả như hình 1 cho đến khi hoàn thành việc lấy điểm phần trên của cổ tử cung.



Hình 1. Quy tắc lấy điểm phần trên bề mặt cổ tử cung

Cách lấy điểm phần dưới của bề mặt cổ tử cung (Hình 2): Di chuyển và đặt đầu dò thiết bị theo thứ tự mô tả như hình 2 cho đến khi hoàn thành việc lấy điểm phần dưới.



Hình 2. Quy tắc lấy điểm phần dưới bề mặt cổ tử cung

Phân tích và trả kết quả:

- Thiết bị tự động phân tích và trả kết quả trong vòng từ 15 - 20 giây (s).

- Kết quả được hiển thị trên màn hình LCD thiết bị như sau:

a/ Bình thường

b/ Bất thường

16 LOẠI MÔ HỌC ĐƯỢC CHỌN ĐỂ ĐƯA VÀO THUẬT TOÁN PHÂN TÍCH
Nhóm mô học với kết quả phân loại của Kỹ thuật Quang điện là: Bất thường (Abnormal) **- Tổn thương trong biểu mô mức cao (HSIL) / Ung thư xâm lấn (IC)** 1. Ung thư biểu mô tế bào vảy, Ung thư biểu mô tuyến 2. CIN 3, Ung thư vi xâm lấn, Ung thư tại chỗ 3. CIN 2 **- Tổn thương trong biểu mô mức thấp (LSIL)** 4. CIN 1 +/- có dấu hiệu nhiễm HPV (Human Papillomavirus) 5. Không điển hình (Có vết trắng sau khi bôi dung dịch Acetic trong phạm vi chuyển sản chưa trưởng thành)

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hieu hoi Benh vien ... Viet Nam_13/05/2026 15:28:08

Nhóm mô học với kết quả phân loại của kỹ thuật Quang điện là: Bình thường (Normal)

6. Biểu mô lát nguyên thủy (OSE)
7. Biểu mô tuyến
8. Chuyển sản chưa trưởng thành, sinh lý
9. Chuyển sản trung gian/trưởng thành
10. Tái tạo biểu mô vảy (Sau điều trị)
11. Teo đét
12. Nang Naboth
13. HPV ngoài vùng chuyển tiếp
14. Biểu mô vảy nguyên thủy với vi nhú HPV
15. Polyp
16. Vảy, vảy vòm (Fornix)

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

Đối với các trường hợp kết quả **"TruScreen - Bất thường"** sau khi thăm khám, bác sĩ chuyên khoa sẽ căn cứ theo tình trạng và tuân thủ theo quy trình tại cơ sở để có định hướng xử lý tiếp theo là thực hiện soi cổ tử cung và/hoặc kết hợp với các phương pháp chẩn đoán khác tùy theo tình trạng bệnh thực tế và điều kiện của cơ sở y tế.

Đối với các trường hợp kết quả **"TruScreen - Bình thường",** việc tái kiểm tra thực hiện sàng lọc sẽ căn cứ trên đặc điểm và tình trạng bệnh lý của người bệnh ngay tại lúc đó để khuyến cáo cho lần sàng lọc tiếp theo, hoặc căn cứ căn cứ theo phác đồ tầm soát ung thư cổ tử cung do Bộ Y tế ban hành.

7.2. Những sai sót khi thực hiện kỹ thuật và hướng xử lý:

Thời lượng lấy điểm chưa đủ: Thiết bị sẽ tự động báo lỗi. Cần lặp lại thao tác lấy điểm và luôn giữ áp lực tiếp xúc của đầu dò với bề mặt cổ tử cung trong 02 giây cho đến khi thiết bị hiển thị thông báo lấy điểm thành công (âm báo và màu xanh hiển thị trên màn hình thiết bị cầm tay).

Lỗi do bỏ sót điểm: Cần lấy bao phủ tất cả các vị trí trên bề mặt cổ tử cung theo quy tắc lấy điểm đã trình bày tại Phần V (Hình 1 và Hình 2).

Lỗi do lấy chồng điểm: không lặp lại thao tác lấy điểm tại cùng một vị trí cho dù là vùng viêm nhiễm.

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 1998 - The Polarprobe--emerging technology for cervical cancer screening (Annual Academy of Medicine Singapore);

2. 2003 - A real time optoelectronic device as an adjunct to the Pap smear for cervical screening: a multicenter evaluation; (IGCS. International Gynecologic Cancer Society);

3. 2009 - A real-time optoelectronic device in screening of cervical intraepithelial neoplasia (Journal of Women_s Medicine Korean);

4. 2011 - Application of TruScreen in detecting ASCUS patients; (Asian Pacific Journal of Tropical Medicine);

5. 2011 - Optoelectronic method for detection of cervical intraepithelial neoplasia and cervical cancer; (Versita);

6. 2015 - TRUSCREEN - AN OPTOELECTRONIC DEVICE WITH REAL - TIME RESULTS A NEW TECHNOLOGY FOR CERVICAL CANCER SCREENING; (Asian Journal of Science and Technology);

7. 2015 - Efficacy of a real time optoelectronic device (TruScreen™) in detecting cervical intraepithelial pathologies: a prospective observational study; (J Turk Ger Gynecol Assoc);

8. 2017 - Comparison of anoptoelectronic scan of the cervix, cervical cytology and HPV genotyping for CIN screening;

146. PHẪU THUẬT NỘI SOI TRIỆT SẢN NỮ

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Vietnam_08/05/2025 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi triệt sản nữ là quá trình làm tắc vòi tử cung bằng cách đốt và cắt đoạn eo vòi tử cung hoặc kẹp đoạn eo vòi tử cung bằng clips qua nội soi ổ bụng. Đây là một trong các biện pháp tránh thai vĩnh viễn hiệu quả nhất.

2. CHỈ ĐỊNH

- Phụ nữ ở độ tuổi sinh đẻ đã có đủ số con mong muốn, tự nguyện dùng một biện pháp tránh thai vĩnh viễn và không thể phục hồi.
- Phụ nữ bị các bệnh chống chỉ định có thai.
- Thời điểm thực hiện:

+ Khi không có thai.

+ Kết hợp triệt sản khi phẫu thuật nội soi ổ bụng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các chống chỉ định của gây mê toàn thân.
- Các chống chỉ định của nội soi ổ bụng.
- Có thai.

4. THẬN TRỌNG

- Nghi ngờ có thai.
- Nhiễm khuẩn sinh dục hoặc toàn thân cấp.
- Các bệnh lý nội khoa.

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thi Hien_hoi_Benh vien Viet Nam_08/0_2026 15:28:08

+ 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 người bệnh (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 - 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Bước 1: Chọc Trocar đèn soi

- Chọc Trocar đèn soi trực tiếp ở ngay mép rốn sau đó bơm CO_2.
- Hoặc: chọc kim bơm CO_2 thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc Trocar đèn soi (đây là điểm chọc phổ biến nhất). Trong ca có sẹo mổ cũ đường trắng giữa dưới rốn thì có thể chọc kim ở vị trí hạ sườn trái hoặc mở thành bụng nhỏ (minilap).
- Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng 12 - 13 mmHg).

Bước 2: Quan sát ổ bụng

- Đặt đèn soi quan sát ổ bụng và chọc 2 Trocar phẫu thuật ở 2 bên hố chậu.
- Bộc lộ đánh giá toàn bộ tiểu khung, quan sát tử cung, vòi tử cung, buồng trứng.

Bước 3: Triệt sản

Phương pháp 1:

- Đốt vòi tử cung bằng dao 2 cực, ở đoạn eo của 2 vòi tử cung.
- Dùng dao 1 cực cắt đôi vòi tử cung (1 đoạn 1 cm ở vòi tử cung) ở vị trí vừa đốt bằng dao 2 cực.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hinh hoa Benh vien Phu san Viet Nam_07/05/2024 15:28:08

- Sau đó dùng dao 2 cực đốt lại 2 đầu mỏm cắt vòi tử cung và động tĩnh mạch dưới vòi tử cung.

Phương pháp 2: dùng clips kẹp vòi tử cung ở đoạn eo vòi tử cung hai bên.

Bước 4: Rửa ổ bụng và kiểm tra lại lần cuối

Bước 5: Rút Trocar, khâu lỗ chọc

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 hậu phẫu.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương mạch máu thành bụng gây máu tụ thành bụng.
- Tổn thương mạch máu vòi tử cung.
- Bỏng do điện.
- Tổn thương hệ tiêu hóa: ruột
- Xử trí: tùy từng loại tổn thương và mức độ tổn thương mà có cách xử trí phù hợp.

Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu trong ổ bụng: hồi sức và nội soi hoặc mở bụng cầm máu.
- Nhiễm khuẩn: nhiễm trùng vết khâu lỗ chọc Trocar hoặc viêm phúc mạc.
- Xử trí: nếu viêm phúc mạc phải mở ổ bụng để điều trị. Nếu nhiễm khuẩn thành bụng: dùng kháng sinh, cắt chỉ sớm, rửa vết thương bằng oxy già và povidone-iodine.

Biến chứng muộn

- Tắc ruột sau mổ do dính các tạng trong ổ bụng sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật nội soi triệt sản nữ, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 256 - 25

147. PHẪU THUẬT TRIỆT SẢN NỮ

hhbvtnvn.thanhhoa_Van ban Phap luat Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

1.ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật triệt sản nữ là biện pháp tránh thai vĩnh viễn hiệu quả nhất, không làm ảnh hưởng đến sức khỏe và quan hệ tình dục.
- Nguyên tắc chung: làm tắc vòi tử cung bằng cách thắt và cắt vòi tử cung.

2. CHỈ ĐỊNH

- Phụ nữ ở độ tuổi sinh đẻ đã có đủ số con mong muốn, tự nguyện dùng một biện pháp tránh thai vĩnh viễn và không thể phục hồi.
- Phụ nữ bị các bệnh chống chỉ định có thai.
- Phụ nữ muốn phẫu thuật triệt sản nhưng có chống chỉ định với nội soi ổ bụng.

Thời điểm thực hiện:

+ Khi không có thai.

+ Kết hợp triệt sản khi phẫu thuật ổ bụng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có thai.

4. THẬN TRỌNG

- Nghi ngờ có thai.
- Có bệnh lý nội khoa, nhiễm khuẩn sinh dục hoặc toàn thân cấp.

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
- 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep noi Benh vien thanh Viet Nam_09/03/2026 15:28:08

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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu 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.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Bước 1: Mở bụng

- Đường mở bụng nhỏ (minilap).

- Đường mở bụng lớn khi kết hợp phẫu thuật khác và triệt sản.

Bước 2: Bộc lộ vòi tử cung

- Bộc lộ vòi tử cung bằng cần nâng tử cung, có thể đặt vào buồng tử cung trước khi phẫu thuật để nâng đáy tử cung sát thành bụng trước để bộc lộ vòi tử cung được dễ dàng.

Bước 3: Thắt và cắt vòi tử cung theo phương pháp Pomeroy

- Tìm và xác định hai vòi tử cung đi từ sừng tử cung tới loa vòi tử cung.

- Cặp kéo vòi tử cung lên thắt và cắt đoạn eo vòi tử cung và một phần mạc treo bằng sợi chỉ tiêu. Hai đầu vòi trứng đã thắt sẽ dần dần xa nhau sau khi chỉ tiêu đi.

- Thực hiện kỹ thuật tương tự cho vòi tử cung bên đối diện.

Bước 4: Kiểm tra và đóng bụng

- Sau khi kiểm tra đủ gạc, đóng bụng theo từng lớp.

Kết thúc quy trình

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien tu nhan viet nam_28/0 202 15:28:08

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

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận hậu phẫu.

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, 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. Bộ Y tế (2013), Triệt sản nữ qua đường rạch nhỏ, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 254 - 255**.**

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop nhat Benh vien Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

148. LÀM THUỐC TẦNG SINH MÔN SAU ĐẺ

1. ĐỊNH NGHĨA

- Làm thuốc tầng sinh môn sau đẻ là kỹ thuật làm sạch âm hộ, tầng sinh môn.

- Đây là công việc thường quy tại cơ sở y tế trong chăm sóc, điều trị cho sản phụ sau đẻ đường âm đạo hoặc sau mổ lấy thai. Làm thuốc tầng sinh môn còn được chỉ định phối hợp với làm thuốc âm hộ, âm đạo cho các sản phụ sau sinh có nhiễm khuẩn hậu sản hoặc có nguy cơ nhiễm khuẩn hậu sản.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sản phụ sau đẻ đường âm đạo.

- Sản phụ sau mổ lấy thai.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Toàn trạng sản phụ chưa ổn định.

4. THẬN TRỌNG

Trong quá trình thực hiện làm thuốc tầng sinh môn, thao tác cần nhẹ nhàng, tránh gây chảy máu hoặc tổn thương thêm.

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.

- 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.

- 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 người bệnh (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 - 0,2 giờ

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

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Thực hiện kỹ thuật

- Dùng panh kẹp bông cầu rửa âm hộ, tầng sinh môn bằng nước chín pha povidone-iodine theo thứ tự (trên - dưới, trong - ngoài, hai bên đùi, hậu môn).
- Lau khô (như trình tự rửa tầng sinh môn).
- Sát khuẩn vết khâu tầng sinh môn (nếu có).
- Bỏ bô, cho sản phụ nằm nghiêng để lau khô mông.
- Giúp sản phụ nằm ngửa lại. Đóng băng vệ sinh, mặc váy.
- Thu dọn, xử lý dụng cụ, săng, rác thải y tế theo đúng quy trình.
- Tháo găng, rửa tay thường quy.

6.2. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng sản phụ sau thực hiện kỹ thuật.
- Dặn dò, hướng dẫn sản phụ vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài.
- Đưa sản phụ về giường bệnh.
- Hoàn thiện, ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Tai biến trong quá trình làm thuốc tầng sinh môn

- Đau nhiều, choáng: dùng thuốc giảm đau, hồi sức.
- Chảy máu tại chỗ: chèn gạc, dùng thuốc cầm máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Phụ Sản trường Đại học Y Hà Nội, *Bài giảng Sản Phụ khoa tập 1*, Nhà xuất bản Y học, 2013, Trang 61-68.

2. Quyết định số 4128/QĐ-BYT, ngày 29/7/2016 ban hành “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản”.

hhbvtnvn.thanhhoa_Vo thi Hien_Dai Hoc Hieu Nhan Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

149. KHÁM THAI

1. ĐẠI CƯƠNG

Khám thai được thực hiện với mục đích nhằm kiểm tra và theo dõi sự phát triển của thai nhi trong bụng mẹ. Thông qua hoạt động này sẽ giúp phát hiện kịp thời các bất thường thai kỳ, từ đó nhanh chóng xử lý sớm để tránh làm ảnh hưởng tới sức khỏe của cả mẹ và con.

2. CHỈ ĐỊNH

Tất cả phụ nữ có thai

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH Không có

4. THẬN TRỌNG

Trong trường hợp thai phụ có những bệnh lý cấp tính hoặc mãn tính kèm theo

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ hoặc điều dưỡng hoặc hộ sinh có phạm vi hành nghề chuyên khoa sản phụ khoa: 01 - 02 người.

5.2 Thuốc

Không có

5.3 Thiết bị y tế

+ Cân điện tử: 01 cái

+ Ống nghe tim phổi: 01 cái

+ Thước dây: 01 cái

+ Nhiệt kế điện tử: 01 cái

+ Máy đo huyết áp: 1 bộ

+ Doppler nghe tim thai (nếu có): 1 cái

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4 Người bệnh

- Tư vấn trước khi khám
- Tôn trọng quy tắc 3 người

5.5 Hồ sơ bệnh án: Sổ y bạ, các sổ sách liên quan ghi chép

5.6 Thời gian thực hiện: 15 phút (0,25 giờ)

5.7 Địa điểm thực hiện: Phòng khám thai

hhbvtnvn.thanhhoa_Van ban phap quy benh vien nhi Viet Nam_03/03/2026 15:28:08

5.8 Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh,

Thực hiện bảng kiểm khám thai

Đặt tư thế người bệnh: tư thế nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH

Bước 1. Hỏi tiền sử

- Hỏi tiền sử bệnh tật của bản thân thai phụ: các bệnh nội khoa, ngoại khoa
- Hỏi tiền sử sản khoa, phụ khoa, tiền sử gia đình

Bước 2. Hỏi bệnh sử

- Hỏi ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng, ngày chuyển phôi hoặc bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI).
- Hỏi diễn biến trong quá trình mang thai, các biểu hiện bất thường và các thuốc được dùng, tiêm chủng.

Bước 3. Khám toàn thân

- Đo chiều cao, cân nặng.
- Khám da, niêm mạc xem có thiếu máu hay phù không.
- Đo huyết áp: tư thế nằm hoặc ngồi
- Khám tim phổi
- Khám vú.
- Khám các bộ phận khác, nếu bất thường chuyển khám chuyên khoa.

Bước 4. Khám sản khoa

Khám thai 3 tháng đầu (tham khảo Sơ đồ 1)

Mục đích:

- Xác định có thai, vị trí thai, số lượng thai, tình trạng thai.
- Tính tuổi thai, xác định ngày dự kiến sinh.
- Sàng lọc trước sinh các bệnh lý của mẹ và thai.

Khám lâm sàng:

- Xem có vết sẹo phẫu thuật bụng dưới hay không
- Đặt mỏ vịt kiểm tra âm đạo, cổ tử cung, có viêm nhiễm hay dị dạng sinh dục
- Thăm âm đạo nếu các dấu hiệu có thai chưa rõ, cần xác định thêm

Chỉ định cận lâm sàng:

Xét nghiệm máu (chỉ định khi xác định rõ có thai qua siêu âm):

+ Tổng phân tích máu, nhóm máu, Rh, đông máu cơ bản, sinh hóa

+ Tư vấn, xét nghiệm sàng lọc HIV, Viêm gan B và giang mai

+ Sàng lọc đái tháo đường thai kỳ theo hướng dẫn của Bộ Y tế (nếu có điều kiện).

+ Sàng lọc Thalassemia, CMV, Toxoplasma, Rubella nếu có chỉ định.

- Siêu âm thai

- Sàng lọc tiền sản giật (nếu có điều kiện)
- Sàng lọc các bệnh bẩm sinh (nếu có điều kiện)
- Soi dịch âm đạo nếu có viêm âm đạo

Tính tuổi thai, xác định ngày dự kiến sinh

Khám thai 3 tháng giữa (tham khảo Sơ đồ 2)

Mục đích:

- Theo dõi sự phát triển của thai.
- Phát hiện những trường hợp thai nghén bất thường
- Sàng lọc trước sinh cho thai.

Khám lâm sàng:

- Đo chiều cao tử cung
- Đo nhịp tim thai
- Nếu nghi ngờ viêm nhiễm đường sinh dục, dị dạng sinh dục hoặc ra máu âm đạo, đặt mỏ vịt kiểm tra âm đạo, cổ tử cung.

Chỉ định cận lâm sàng:

- Xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu (nếu có điều kiện).
- Sàng lọc các bệnh bẩm sinh (nếu có điều kiện)
- Sàng lọc đái tháo đường thai kỳ theo hướng dẫn của Bộ Y tế (nếu có điều kiện).
- Nếu nghi ngờ viêm âm đạo làm xét nghiệm vi sinh
- Siêu âm hình thái thai ở tuổi thai 20-24 tuần (nếu có điều kiện)

Khám thai 3 tháng cuối (tham khảo Sơ đồ 3)

Mục đích:

- Theo dõi sự phát triển của thai, trọng lượng thai.
- Phát hiện những trường hợp thai nghén có nguy cơ cao
- Tiên lượng cuộc đẻ.

Khám lâm sàng:

- Đo chiều cao tử cung, vòng bụng.
- Xác định ngôi thai, đo nhịp tim thai
- Đặt mỏ vịt kiểm tra âm đạo, cổ tử cung

Chỉ định cận lâm sàng:

- Theo dõi nhịp tim thai bằng monitor sản khoa (nếu có điều kiện)
- Xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu(nếu có điều kiện).
- Sàng lọc đái tháo đường thai nghén ở tuổi thai 32 tuần đối với những người có nguy cơ cao (nếu có điều kiện).
- XN tìm vi khuẩn liên cầu B (nếu có điều kiện)
- Siêu âm hình thái thai ở tuổi thai 32 tuần (nếu có điều kiện).

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hinh hoa Benh vien tu nhan Viet Nam_08/03/2024 15:28:08

Bước 5. Tiêm phòng uốn ván: Theo lịch tiêm chủng mở rộng

Bước 6. Cung cấp thuốc thiết yếu: acid folic, sắt, canxi; Tư vấn bổ sung vi chất (nếu cần thiết).

Bước 7. Tư vấn giáo dục sức khỏe và chăm sóc thai

Bước 8. Hẹn khám lại

Khám định kỳ hàng tháng

Sau 36 tuần hoặc nếu có bất thường khám lại theo chỉ định của bác sĩ

Bước 9. Ghi hồ sơ

Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau quy trình
- Hoàn thiện hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Tư vấn giải thích hẹn khám lại hoặc chuyển bộ phận tiếp theo nếu người bệnh cần theo dõi tại bệnh viện hoặc nhập viện.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1 Tai biến trong khi thực hiện quy trình kỹ thuật khám thai: Không có

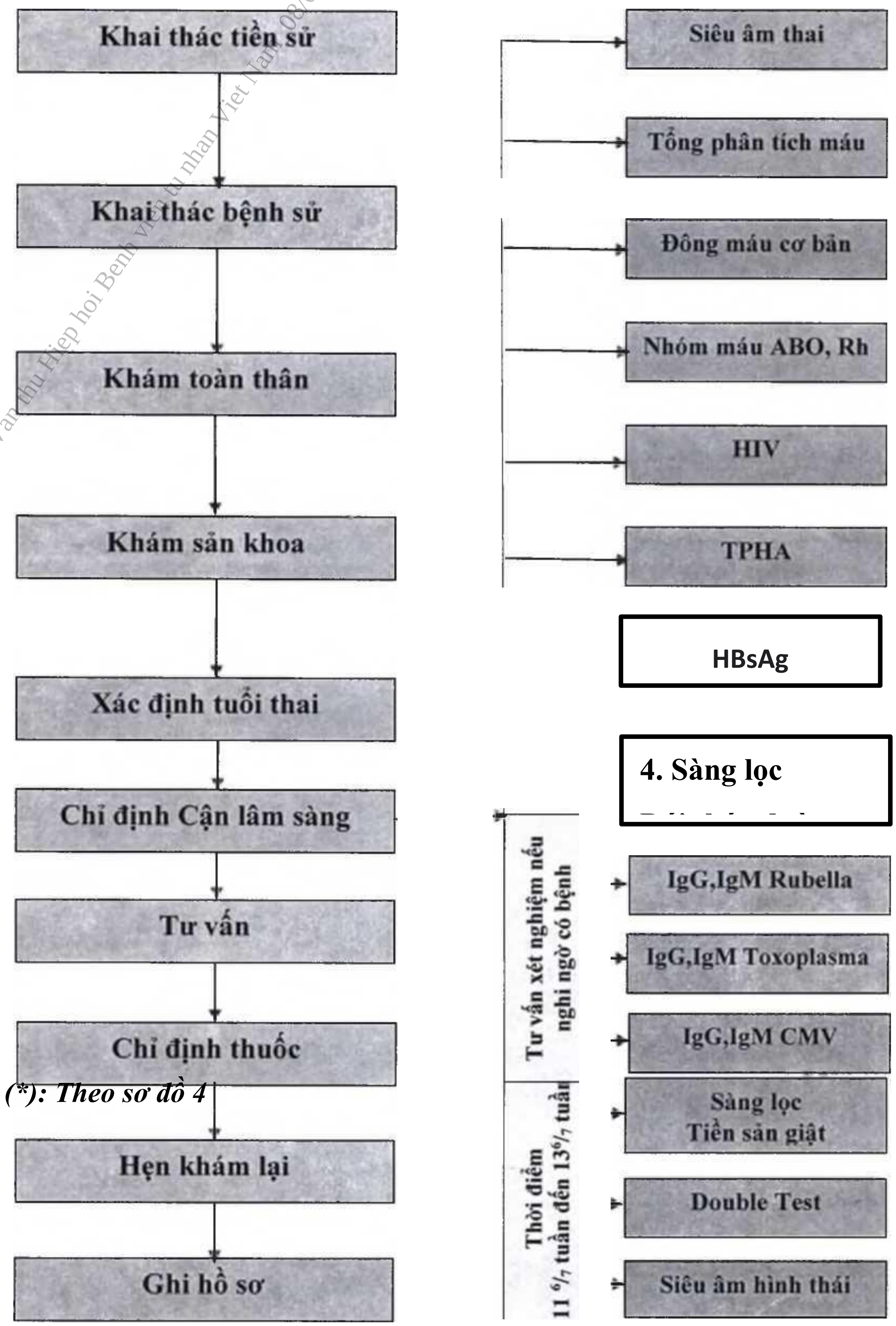
7.2 Tai biến sau khi thực hiện quy trình kỹ thuật: Không có

7.3 Biến chứng muộn: Không có

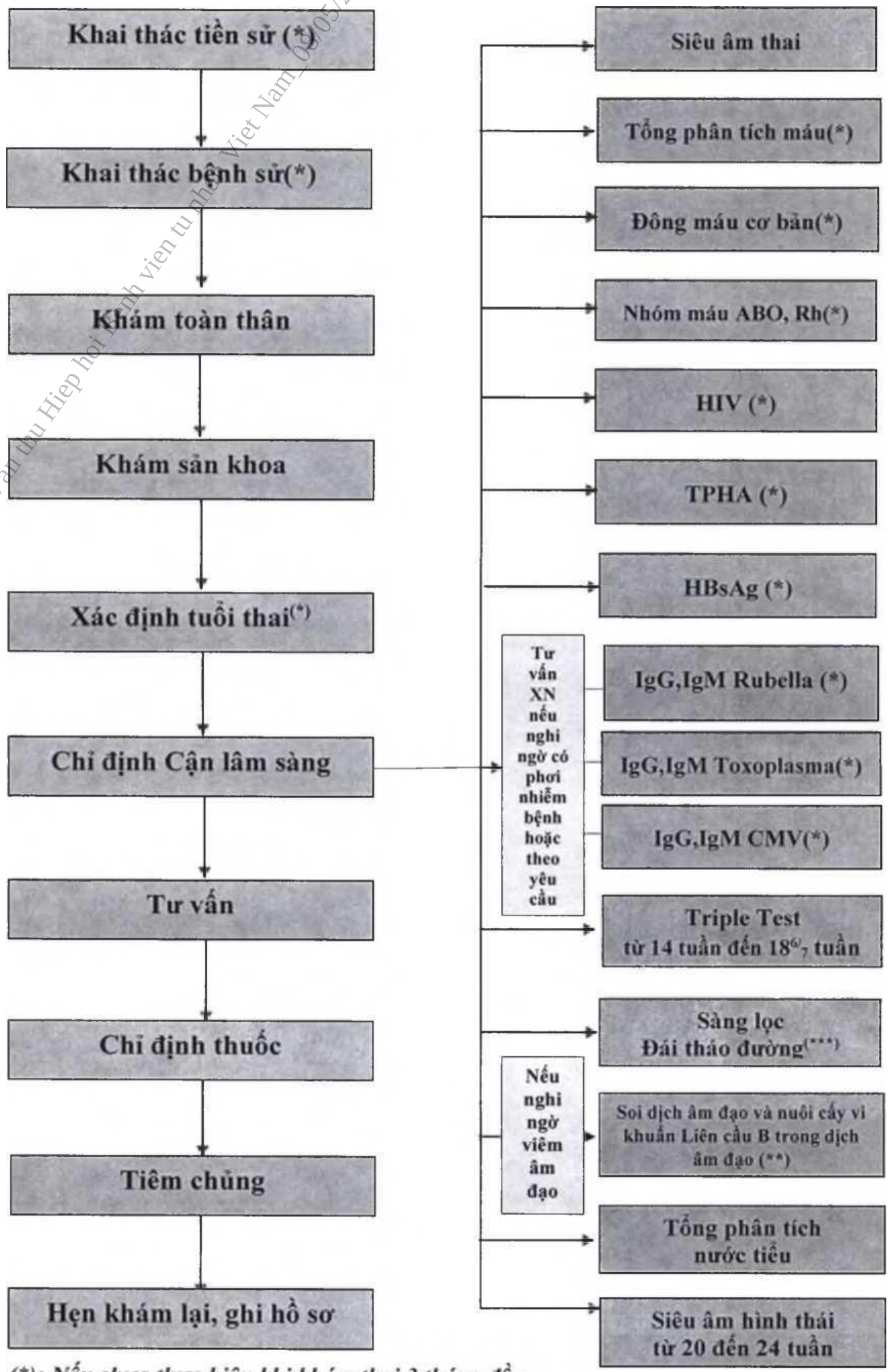
TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ sinh sản (Ban hành kèm theo Quyết định số 4128/ QĐ-BYT ngày 29/7/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

SƠ ĐỒ 1: QUY TRÌNH KHÁM THAI 3 THÁNG ĐẦU



SƠ ĐỒ 2: QUY TRÌNH KHÁM THAI 3 THÁNG GIỮA

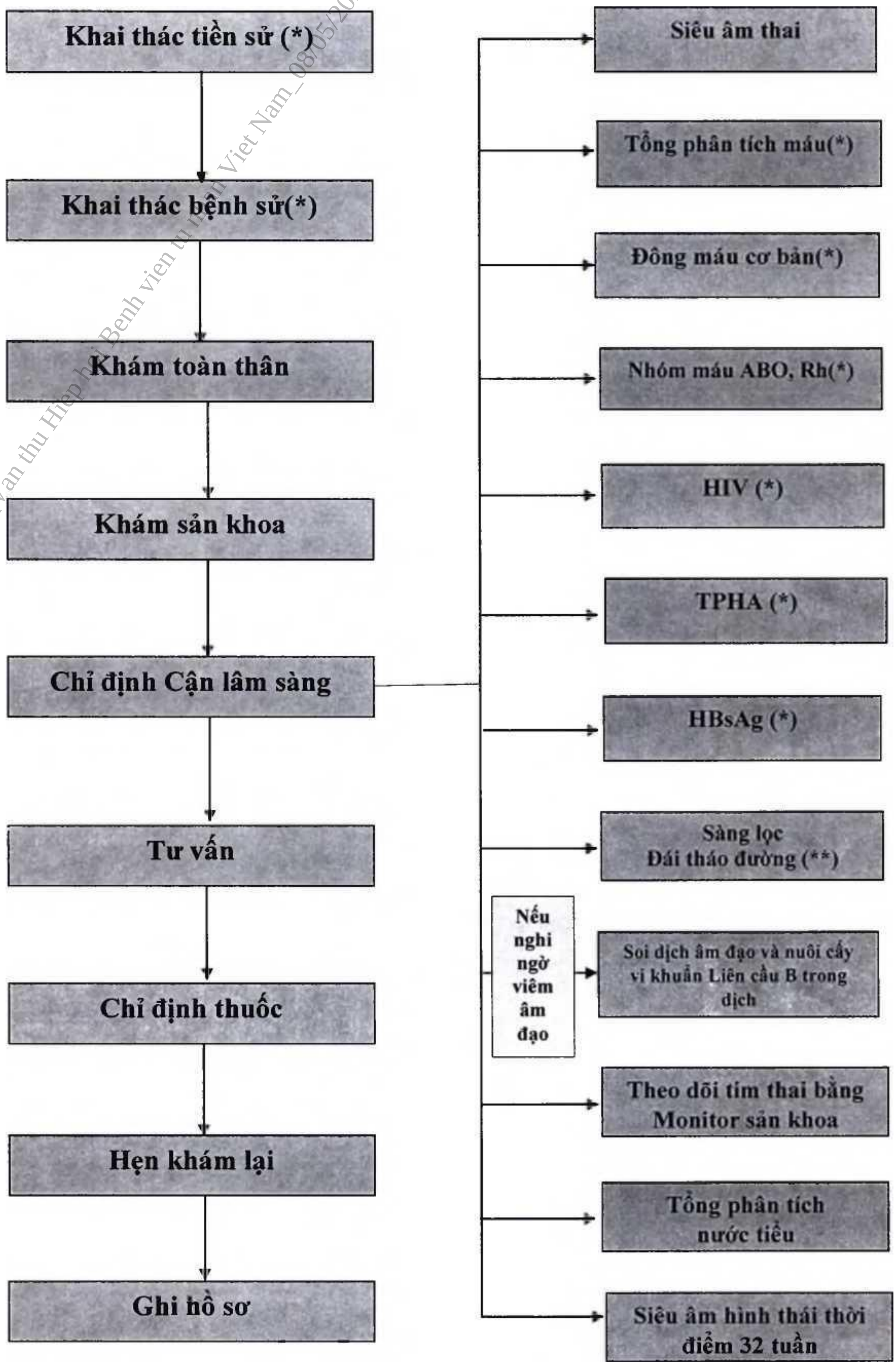


(*): Nếu chưa thực hiện khi khám thai 3 tháng đầu

(**): Chỉ định xét nghiệm nếu có viêm âm đạo

(***): Theo hướng dẫn của Bộ Y tế

SƠ ĐỒ 3: QUY TRÌNH KHÁM THAI 3 THÁNG CUỐI



(*): Nếu chưa thực hiện khi khám thai 3 tháng đầu và 3 tháng giữa.

(**): Sàng lọc theo sơ đồ 5 nếu sản phụ có nguy cơ cao.

150. THEO DÕI NHỊP TIM THAI VÀ CƠN CO TỬ CUNG BẰNG MONITOR SẢN KHOA

1. ĐỊNH NGHĨA

- Theo dõi liên tục cơn co tử cung và nhịp tim thai là phương pháp theo dõi tình trạng thai và hoạt động của tử cung nhằm mục đích phát hiện thai suy trong thai kỳ và trong chuyển dạ đồng thời phát hiện cơn co tử cung bất thường và sự đáp ứng của tim thai với cơn co tử cung.

- Có hai phương thức theo dõi chính:

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

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

- Nguyên lý:

Mục đích kỹ thuật: theo dõi nhịp tim thai và cơn co nhằm phát hiện bất thường trong quá trình mang thai và chuyển dạ để xử trí kịp thời.

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Test không kích thích

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

- Trong chuyển dạ

2.2. Test có kích thích

- Chỉ làm khi tuổi thai sau 34 tuần (thai có chỉ định gây chuyển dạ).

- Chỉ áp dụng ở những cơ sở có điều kiện mổ lấy thai.

- Thai nghén có nguy cơ cao cần đánh giá sức chịu của thai đối với cơn co tử cung.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (đối với test có kích thích)

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Tử cung có sẹo mổ cũ, rau tiền đạo, rỉ ối, thai non tháng chưa có chỉ định gây chuyển dạ.

3.2. Chống chỉ định tương đối: đa ối, tiền sử đẻ non, đa thai.

4. THẬN TRỌNG

Đối với thai phụ có bệnh lý tim mạch mức độ nặng, tư thế người bệnh cần phù hợp khi thực hiện quy trình kỹ thuật.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

01 bác sỹ sản khoa

01 hộ sinh hoặc điều dưỡng

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phong Ke hoach Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

5.2. Thuốc Gel bôi đầu dò

5.3. Thiết bị y tế

- Săng sạch: 1 tấm
- Máy: Monitoring sản khoa ghi cơn co tử cung và nhịp tim thai
- Giấy in: Giấy in tiêu chuẩn theo từng loại máy monitoring sản khoa
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

Sản phụ được giải thích về mục đích theo dõi thai bằng máy và cách thức tiến hành, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng….

Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật: thai phụ đi tiểu trước theo dõi máy.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Có chỉ định của bác sĩ sản khoa, có sổ khám bệnh ngoại trú.

5.6. Thời gian thực hiện: ước tính 0,4 - 0,7 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng khám thai

5.8. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh: đối chiếu xác định đúng người bệnh

Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật

Đặt tư thế người bệnh: nghiêng trái hoặc tư thế thoải mái

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Đối với test không kích thích

Bước 1: Sản phụ nằm ngửa đầu cao hoặc nằm nghiêng trái

Bước 2: Khám ngoài để xác định ngôi thai.

Bước 3: Xác định vị trí của ổ tim thai bằng ống nghe gỗ hoặc Doppler.

Bước 4: Đầu dò ghi nhịp tim thai được phủ gel siêu âm sau đó đặt vào vị trí nghe tim thai rõ nhất. Đầu dò ghi cơn co tử cung đặt ở ngang mức đáy tử cung.

Bước 5: Ghi những thông tin cần thiết về sản phụ trên giấy ghi của máy, đặt chế độ máy (tốc độ chạy 1 cm/phút, bấm nút trở về số 0).

Bước 6: Theo dõi và ghi giấy tối thiểu 30 phút và có thể kéo dài hơn tùy theo kết quả của biểu đồ đã ghi.

6.2. Đối với test có kích thích (*Thử nghiêm kích thích đầu vú)*

Bước 1: Sản phụ nằm ngửa đầu cao hoặc nằm nghiêng trái

Bước 2: Khám ngoài để xác định ngôi thai.

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hiệp hội Bệnh viện tư nhân Việt Nam_06/02/2025 15:28:08

Bước 3: Xác đinh vị trí của ổ tim thai bằng ống nghe gỗ hoặc Doppler.

Bước 4: Đầu dò ghi nhịp tim thai được phủ gel siêu âm sau đó đặt vào vị trí nghe tim thai rõ nhất. Đầu dò ghi cơn co tử cung đặt ở ngang mức đáy tử cung.

Bước 5: Ghi những thông tin cần thiết về sản phụ trên giấy ghi của máy, đặt chế độ máy (tốc độ chạy 1 cm/phút, bấm nút trở về số 0).

Bước 6: Theo dõi không kích thích trong 10 phút, nếu không có cơn co tử cung và nhịp tim thai đáp ứng thì tiến hành làm test.

Bước 7: Hướng dẫn thai phụ tự kích thích vào 2 đầu vú, khi xuất hiện cơn co tử cung và đạt được 3 cơn co trong vòng 10 phút thì tiếp tục trong 20 phút. Ngừng kích thích núm vú và tiếp tục ghi cho đến khi hết cơn co tử cung thì dừng lại.

Bước 8: Tháo máy, lấy biểu đồ để phân tích kết quả

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. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Choáng do tư thế nằm ngửa của mẹ: nằm nghiêng trái, thở oxy.

Suy thai: Nếu nhịp tim thai suy, không cải thiện phải tìm cách lấy thai ra nhanh nhất.

Hộ sinh/ điều dưỡng theo dõi xem kết quả nhịp tim ghi trên giấy, nếu xuất hiện nhịp tim thai hay cơn co tử cung bất thường cần báo lại cho bác sĩ sản khoa ngay để có thái độ xử trí kịp thời.

Đứng cạnh máy theo dõi hoặc tối thiểu theo dõi 10 phút 1 lần.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Choáng, suy thai

7.3. Tai biến muộn

Choáng, suy thai

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ sinh sản (Ban hành kèm theo Quyết định số 4128/ QĐ-BYT ngày 29/7/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Benh vien Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

151. SOI ỐI

1. ĐỊNH NGHĨA

- Soi ối lần đầu tiên thực hiện bởi Saling vào năm 1961, cho phép nhìn thấy nước ối qua màng ối nhờ vào hệ thống ánh sáng lạnh.

- Chỉ nên thực hiện khi thai > 37 tuần.

- Soi ối là một phương pháp có thể thực hiện đơn giản, để quan sát màu sắc nước ối. Nếu xuất hiện ối xanh là dấu hiệu báo động của suy thai.

2. CHỈ ĐỊNH

Trong mọi trường hợp thai nghén có nghi ngờ thai suy khi ối chưa vỡ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng âm đạo
- Rau tiền đạo
- Thai chết trong tử cung (vì nguy cơ làm ối vỡ và nhiễm trùng nặng sau vỡ ối).
- Ngôi ngược, ngôi ngang...

4. THẬN TRỌNG

- Dị dạng cổ tử cung
- Cổ tử cung có Polype…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 01 người
- Hộ sinh: 01 người

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bông, dung dịch sát khuẩn, dầu paraphin
- Găng tay và thiết bị y tế y tế sử dụng trong chăm sóc người bệnh
- Đồ vải:

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo phẫu thuật, thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật, thủ thuật

+ Bộ đèn soi ối gồm ống đường kính 12 - 16 và đèn soi

5.4. Người bệnh

- Khám sản phụ, tiên lượng cuộc đẻ.
- Tư vấn cho sản phụ

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hội Bệnh viện tư nhân Việt Nam_08/05/2026 15:28:08

- Vệ sinh âm hộ - TSM
- Sản phụ nằm tư thế sản khoa

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Ghi đầy đủ chỉ định thủ thuật, người thực hiện và thời gian thực hiện thủ thuật và các bước theo dõi trước, trong và sau thủ thuật.
- Ghi đầy đủ các diễn biến chuyển dạ.

5.6. Thời gian thực hiện: 1/6 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng đẻ

5.8. Kiểm tra hồ sơ

a) Hồ sơ phải được ghi đầy đủ chỉ định thủ thuật, người thực hiện và thời gian thực hiện thủ thuật.

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRINH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: chuẩn bị

- Khám kiểm tra lại cổ tử cung, tình trạng màng ối

6.2. Bước 2: đặt ống soi

- Dùng ngón trỏ và ngón nhẫn tay phải làm đường dẫn
- Tay trái cầm ống soi ối được bôi trơn bằng Parafin đưa vào âm đạo theo lòng 2 ngón tay dẫn đường sao cho đầu trong ống soi qua lỗ ngoài cổ tử cung
- Tay phải cố định ống soi
- Tay trái tháo nòng ống soi

6.3. Bước 3: Soi ối

- Người phụ dùng đèn soi vào lỗ ngoài của đèn soi ối
- Quan sát màu sắc nước ối qua ống soi

6.4. Bước 4: Đánh giá nước ối

- Nước ối bình thường: màu trong, có vài nụ chất gây chuyển động.
- Nước ối có màu vàng: dấu hiệu này có thể cho thấy có phân su cũ trong nước ối, có tình trạng thai suy trước đó. Biểu hiện này không có ý nghĩa rõ ràng là thai đang suy hay không.
- Nước ối màu xanh đặc, chứng tỏ có sự thải phân su mới.
- Đôi khi sự quan sát nước ối bị hạn chế do chất nhầy cổ tử cung nhiều và đặc, hoặc trong trường hợp thiểu ối.

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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop nhat Benh vien tu nhan Viet Nam_08/04/2024 15:28:08

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu cổ tử cung:

- Nếu chảy máu ít thì theo dõi

- Nếu chảy máu nhiều hay rách cổ tử cung thì có thể khâu cầm máu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Vỡ ối, rỉ ối…: tùy tính chất nước ối mà có thái độ xử trí phù hợp

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

2. Quy trình kỹ thuật bệnh viện Phụ sản Trung ương

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien ... _08/05/2021 15:28:08

152. GÂY CHUYỂN DẠ BẰNG THUỐC

1. ĐỊNH NGHĨA

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

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

- Hiện nay có hai phương pháp gây chuyển dạ bằng thuốc chủ yếu và an toàn là truyền Oxytocin tĩnh mạch và đặt Prostaglandin E2.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ối vỡ non
- Thai quá ngày sinh
- Ối giảm có chỉ định đình chỉ thai nghén
- Thai chậm phát triển trong tử cung có chỉ định đình chỉ thai nghén
- Thai bất thường có chỉ định đình chỉ thai nghén
- Thai lưu
- Bệnh lý của mẹ cần đình chỉ thai nghén: ung thư, tiền sản giật, tăng huyết áp, đái tháo đường...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định về phía mẹ

+ Khung chậu hẹp

+ Sẹo mổ cũ ở thân tử cung

+ Herpes sinh dục đang hoạt động

+ Bệnh lý mạn tính trầm trọng

- Chống chỉ định về phía thai và phần phụ của thai

+ Ngôi vai

+ Thai suy

+ Rau tiền đạo

- Cơ sở không có phẫu thuật

4. THẬN TRỌNG

- Ung thư cổ tử cung
- Sẹo mổ lấy thai ngang đoạn dưới tử cung
- Đa thai
- Đẻ nhiều lần

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hanh chinh Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

- Ngôi mông
- Thai to
- Rau bám thấp
- Ối vỡ non, ối vỡ sớm (với prostaglandin E2)

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, thuốc gây chuyển dạ (Dinoprostone, Misoprostol, Oxytocin…).

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.
- 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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Viet Nam_08/0.202 15:28:08

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

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính khoảng 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. Bước 1: Khám sản phụ

- Kiểm tra mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tim phổi

- Xác định ngôi thai, ước trọng lượng thai, khung chậu, đánh giá sự chín muồi của cổ tử cung (chỉ số Bishop).

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

Bảng: chỉ số Bishop

6.2. Bước 2: Theo dõi tim thai và cơn co tử cung 30 phút

6.3. Bước 3: Gây chuyển dạ

a/ Gây chuyển dạ bằng Prostaglandin E2 (Dinoprostone, Misoprostol…):

- Sản phụ nằm trên bàn theo tư thế sản khoa.

- Đưa thuốc vào âm đạo: Kẹp đầu chứa thuốc giữa ngón trỏ và ngón giữa, đặt sâu vào cùng đồ sau.

- Chỉnh vị trí: Xoay tay ¼ theo chiều kim đồng hồ, đẩy đầu chứa thuốc lên cao ở cùng đồ sau, xoay đầu đặt chứa thuốc nằm ngang.

- Sản phụ sau khi được đặt thuốc vào âm đạo sẽ nằm nghiêng trái 30 phút, rồi mắc monitoring sản khoa 60 phút theo dõi tim thai và cơn co tử cung.

- Hướng dẫn sản phụ phát hiện và thông báo ngay những dấu hiệu bất thường

- Định kỳ 4 tiếng một lần thực hiện:

+ Monitoring sản khoa 30 phút: theo dõi tim thai, cơn co tử cung. Nếu có bất thường về cơn co tử cung hoặc tim thai thì phải xử trí ngay bằng mổ lấy thai hoặc đưa sản phụ vào phòng sinh xử trí bằng các phác đồ phù hợp.

+ Khám âm đạo

- Thăm âm đạo: khi thấy sản phụ đau bụng nhiều, cơn co tử cung liên tục, ra dịch hoặc máu âm đạo, hoặc khi nghe tim thai bất thường. Cần chuyển sản phụ vào phòng sinh ngay, sau đó thăm khám, đánh giá và xử trí bằng các phác đồ phù hợp.

- Tháo thuốc khi CTC mở > 3cm hoặc cơn co tử cung cường tính...

b/ Gây chuyển dạ bằng Oxytocin:

Pha 5 đơn vị Oxytocin trong 500 ml dung dịch Glucose 5% hoặc Ringer Lactat, truyền tĩnh mạch cho người bệnh.

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

10 giọt/phút = 30 ml/h

20 giọt/phút = 60 ml/h

30 giọt/phút = 90 ml/h

40 giọt/phút = 120 ml/h

50 giọt/phút = 150 ml/h

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. Theo dõi

- Theo dõi sát tim thai, cơn co tử cung mỗi 30 phút
- Khám xóa mở cổ tử cung, độ lọt của ngôi thai, đầu ối

7.2 Tai biến và xử trí

- Tai biến: suy thai, cơn co tử cung mau mạnh, ngộ độc nước do truyền oxytocin liều cao kéo dài.
- Xử trí: Lấy bỏ thuốc đặt/ngừng truyền, nằm nghiêng trái, thở oxy, cho thuốc giảm co bóp; mổ lấy thai nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

2. Quy trình kỹ thuật bệnh viện Phụ sản Trung ương 2022

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hanh hoa Benh vien tu nhan Viet Nam_08/0/2025 15:28:08

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hieu hoi Benh vien ... nhan Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

153. GÂY CHUYỂN DẠ BẰNG BÓNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Năm 1991 tác giả Atad và cộng sự đã sáng chế ra ống thông hai bóng Atad (bóng Cook) gồm 2 bóng đặt lỗ trong và lỗ ngoài cổ tử cung làm mềm mở cổ tử cung (CTC) gây chuyển dạ.
- Cơ chế tác dụng: Hai bóng đặt ở lỗ trong và lỗ ngoài cổ tử cung tạo lực ép lên cổ tử cung làm cổ tử cung ngắn lại, giãn và mở ra dần. Đồng thời kích thích tại chỗ cổ tử cung sản sinh Prostaglandin nội sinh làm mềm mở cổ tử cung.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thai quá ngày dự kiến sinh (thai từ 40 tuần 1/7 ngày trở đi)
- Tăng huyết áp, tiền sản giật nhẹ.
- Đái tháo đường thai nghén, đái tháo đường typ II.
- Thai chậm phát triển trong tử cung.
- Thai thiểu ối
- Lý do xã hội: sản phụ lo lắng, nhà sản phụ ở xa bệnh viện...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ngôi thai bất thường: ngôi vai, ngôi ngược, ngôi chếch
- Tiền sử có mổ ở tử cung cũ: mổ đẻ cũ, mổ bóc u xơ tử cung, tạo hình tử cung.
- Bất thường tim thai khi theo dõi bằng máy monitoring.
- Rau thai bất thường: rau tiền đạo, rau bám mép, rau bong non.
- Ung thư cổ tử cung
- Viêm âm đạo: kiểm tra âm đạo có nhiều khí hư.
- Trường hợp có chống chỉ định đẻ đường âm đạo: suy tim, suy gan, suy thận, bệnh viêm nhiễm lây qua đường tình dục...
- Nhiễm khuẩn toàn thân.

4. THẬN TRỌNG

- Rau bám thấp
- Ối vỡ sớm, ối vỡ non.
- Nghi ngờ bất tương xứng thai và khung chậu

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…

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep noi benh vien nhi Viet Nam_08/03/2026 15:28:08

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, bóng Cook, Foley...
- 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 người bệnh (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. Quy trình đặt ống thông hai bóng Cook

Bước 1: Đưa đầu ống thông có bóng qua âm đạo, lỗ cổ tử cung cho đến khi cả hai bóng nằm ở lỗ trong cổ tử cung.

Bước 2: Bơm phồng bóng thứ nhất - bóng tử cung bằng 80 ml nước muối sinh lý qua nhánh ống thông có van khóa ký hiệu chữ “U” màu đỏ. Sau đó kéo ống thông ngược ra lại phía âm hộ để bóng tử cung đã được bơm căng ép sát vào lỗ trong cổ tử cung.

Bước 3: Quan sát âm đạo thấy bóng âm đạo - cổ tử cung nằm ở ngay lỗ ngoài cổ tử cung. Tiến hành bơm 30 ml nước muối sinh lý qua van khóa màu xanh có kỹ hiệu chữ V làm phồng bóng âm đạo, quan sát thấy bóng nằm áp sát lỗ ngoài cổ tử cung, tháo mỏ vịt ra, rồi bơm tiếp 50 ml nước muối nữa cho đủ 80 ml.

Bước 4: Thăm khám bằng tay, kiểm tra xác định hai bóng nằm đúng vị trí. Lấy băng dính băng phần còn lại của ống thông ở phía ngoài vào một bên đùi người bệnh.

6.2. Quy trình kỹ thuật đặt ống thông hai bóng cải tiến

Bước 1: Tạo ống thông hai bóng

Bước 2: Đưa bóng qua âm đạo và lỗ cổ tử cung cho đến khi cả hai bóng nằm ở lỗ trong cổ tử cung.

Bước 3: Bơm phồng bóng thứ nhất - bóng tử cung bằng 80 ml nước muối sinh lý qua nhánh thẳng ống thông không có van trong khi kẹp nhánh ống thông không có van còn lại bằng panh để tránh nước chảy ngược từ bóng tử cung ra ngoài. Kẹp hai nhánh ống thông không có van lại.

Bước 4: Kéo ống thông ngược ra ngoài cho đến khi bóng tử cung nằm áp sát lỗ trong cổ tử cung, và quan sát thấy bóng âm đạo nằm ở ngay lỗ ngoài cổ tử cung.

Bước 5: Bơm 30 ml nước muối sinh lý qua lỗ van ống thông màu đỏ làm phồng bóng âm đạo - cổ tử cung lên, rồi tháo mỏ vịt ra bơm tiếp 50 ml cho đủ 80 ml.

Bước 6: Kẹp ống thông ở phía ngoài âm hộ bằng chỉ hoặc kẹp rốn.

Bước 7: Cố định phần ống thông ở phía ngoài âm hộ vào một bên đùi người 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.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi sát tim thai, cơn co tử cung sau 30 phút bằng monitoring sản khoa, nếu tim thai bình thường cho người bệnh về phòng chờ sinh, nếu thai suy thì tháo bóng và mổ lấy thai ngay.
- Thời gian tháo bóng: tối đa cho phép là sau 12 giờ nếu bóng chưa tụt. Sau đó gây chuyển dạ tiếp bằng truyền oxytocin tĩnh mạch chậm nếu không có nhiễm khuẩn, không có thai suy.
- Trường hợp ối vỡ trong thời gian đặt bóng phải tháo bóng, đưa người bệnh ra phòng sinh đánh giá lại toàn trạng, độ mở cổ tử cung, tim thai. Truyền oxytocin tiếp gây chuyển dạ nếu đủ điều kiện.
- Theo dõi:

+ Mạch, huyết áp, nhiệt độ: 4 giờ/ 1 lần

+ Cơn co tử cung, tim thai: 4 giờ /1 lần

+ Thăm khám âm đạo, cổ tử cung: 6 giờ/ 1 lần.

Chỉ định và cách tháo bóng

Chỉ định tháo bóng trong những trường hợp sau:

- 12 giờ sau đặt bóng không tụt => tháo bóng
- Bóng tự tụt trước 12 giờ
- Vỡ màng ối.
- Chuyển dạ thực sự (CCTC tần số 4, CTC mở > = 3 cm).
- Có dấu hiệu thai suy.
- Có dấu hiệu nhiễm khuẩn: mẹ sốt, xét nghiệm CRP tăng, bạch cầu tăng cao.

Cách tháo bóng: Dùng kéo cắt ngang đoạn ống thông ở ngoài âm hộ để nước trong hai bóng chảy ra ngoài làm xẹp bóng,rút bóng ra, sát khuẩn lại âm đạo bằng Povidin

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

a/ Vỡ bóng: đặt lại bóng mới

b/ Chảy máu

c/ Vỡ ối: tháo bóng ngay

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Mổ lấy thai
- Tiêu chuẩn chẩn đoán làm mềm, mở cổ tử cung thất bại là khi cổ tử cung mở nhỏ hơn 3 cm (< 3 cm) sau thời gian 12 giờ đặt bóng, và cuộc chuyển dạ ngừng tiến triển là khi cổ tử cung không mở thêm sau 4 giờ theo dõi với cơn co tử cung phù hợp.
- Cơn co tử cung cường tính: ít gặp
- Sa dây rốn: Nguy cơ tiềm ẩn tại thời điểm làm rách màng ối trong gây chuyển dạ. Ít gặp.
- Suy thai: mổ cấp cứu lấy thai.
- Vỡ tử cung: Hiếm gặp.
- Nhiễm trùng:

Do chuyển dạ thường kéo dài có thể gây nhiễm trùng cho người bệnh và thai nhi nhất là trong những trường hợp ối vỡ.

Xử trí: cho kháng sinh dự phòng uống ngay từ khi đặt bóng.

Chảy máu sau đẻ: Có thể xảy ra nếu cuộc chuyển dạ kéo dài.

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

Quy trình kỹ thuật Bệnh viện Phụ sản Trung ương 2022

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Tiep noi Benh vien tu nhan Viet nam_08/05/202 15:28:08

154. NGHIỆM PHÁP LỌT NGÔI CHỎM

1. ĐỊNH NGHĨA

- Nghiệm pháp lọt ngôi chỏm là phương pháp đánh giá khả năng cuộc đẻ khi nghi ngờ có bất tương xứng thai nhi và khung chậu, nhằm đưa đến quyết định là thai nhi có thể đẻ được qua đường âm đạo hay phải phẫu thuật lấy thai.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khung chậu giới hạn, thai bình thường.
- Khung chậu bình thường, thai to.
- Khung chậu hẹp, thai nhỏ (< 2500g).

Điều kiện thực hiện

- Chỉ thực hiện ở nơi có khả năng phẫu thuật**.**
- Phải là ngôi chỏm.
- Cổ tử cung xóa hết và mở ≥ 4 cm ở sản phụ con rạ và 5 cm trở lên ở sản phụ con so.
- Cơn co tử cung tốt. Nếu cơn co không tốt phải tăng co bằng oxytocin nhỏ giọt tĩnh mạch.
- Phải theo dõi cẩn thận để phát hiện kịp thời những biến chứng xảy ra trong khi làm nghiệm pháp lọt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khung chậu hẹp hoàn toàn hoặc hẹp eo giữa và eo dưới.
- Thai suy.
- Các ngôi không phải là ngôi chỏm.

4. THẬN TRỌNG

- Khi có sẹo mổ cũ ở tử cung
- Dị dạng tử cung

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.
- 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.

- 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 người bệnh (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 0,5 - 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng đẻ.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Khám sản khoa, tình trạng tim thai, cơn co tử cung, ngôi thai, khung chậu.

6.2. Bước 2: Dùng kim bấm ối khi có cơn co tử cung và xé rộng màng ối để cho ngôi tì vào cổ tử cung. Nếu ngôi thai còn cao phải đề phòng sa dây rốn.

6.3. Bước 3: Ghi rõ giờ bắt đầu bấm ối và diễn biến của cơn co.

6.4. Bước 4: Nếu cơn co tử cung tăng nhiều (trên 3 cơn co trên 10 phút) thì dùng thuốc giảm co. Nếu cơn co tử cung thưa thì truyền oxytocin tĩnh mạch để đảm bảo cơn co tần số 3 trong 10 phút.

6.5. Bước 5: Theo dõi cơn co tử cung, tim thai. Tình trạng cổ tử cung, ngôi thai được khám lại sau một giờ và sau hai giờ làm nghiệm pháp lọt để đánh giá sự tiến triển của chuyển dạ.

Chú ý: Thời gian chờ đợi không nên quá 06 giờ.

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. Theo dõi

- Theo dõi sát tim thai, cơn co tử cung mỗi 30 phút
- Khám đánh giá sự xóa mở cổ tử cung, độ lọt của ngôi sau 1h, 2h. Nếu sau 2 giờ làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm mà cổ tử cung mở thêm từ 2 cm trở lên, tim thai bình thường, ngôi thai xuống sâu hơn trong tiểu khung, có thể quyết định cho theo dõi thêm; khi cổ tử cung mở hết đầu lọt thấp, cho sản phụ rặn đẻ.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sa dây rau: mổ cấp cứu
- Tắc mạch ối: hồi sức tích cực và mổ cấp cứu
- Ngôi bất thường: tùy trường hợp có thể mổ hoặc theo dõi thêm

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

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

- Cơn co tử cung cường tính dù đã ngừng oxytocin và cho thuốc giảm co.
- Sau 2 giờ làm nghiệm pháp, cổ tử cung không mở thêm hoặc rắn hơn hoặc phù nề; ngôi thai vẫn cao
- Đầu không lọt
- Thai suy
- Sa dây rốn

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

Quy trình kỹ thuật bệnh viện Phụ sản Trung ương 2022

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep noi benh vien phu san Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

155. KỸ THUẬT BẤM ỐI

1. ĐỊNH NGHĨA

- Bấm ối là một thủ thuật được thực hiện trong quá trình chuyển dạ đẻ, khi cổ tử cung đã xóa mở, mục đích làm vỡ màng ối chủ động để nước ối thoát ra ngoài.
- Bấm ối chỉ được thực hiện ở nơi có thể mổ lấy thai

2. CHỈ ĐỊNH

- Màng ối dày, cổ tử cung không tiến triển.
- Gây đẻ chỉ huy, làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm hoặc đẻ thai sau trong đẻ đa thai.
- Rau bám bên, bám mép chảy máu.
- Bấm ối (tia ối) cho nước ối chảy ra từ từ trong trường hợp đa ối khi cổ tử cung từ 4 cm trở lên.
- Bấm ối khi cổ tử cung mở hết.
- Một số bệnh lý của người mẹ cần bấm ối để rút ngắn chuyển dạ, như bệnh tim, tiền sản giật nặng khi cổ tử cung đã mở từ 4 cm trở lên…
- Bấm ối thử thách trong trường hợp sản phụ có sẹo mổ cũ ở tử cung khi cổ tử cung đã mở từ 4 cm trở lên.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chưa chuyển dạ thực sự.
- Sa dây rốn trong bọc ối.
- Cổ tử cung chưa mở hết trong trường hợp ngôi mông, ngôi mặt, ngôi vai.

4. THẬN TRỌNG Màng ối sát ngôi thai

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien nhi Viet Nam 08/05/2026 15:28:08

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 người bệnh (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 hoặc phòng đẻ.

6. TIẾN HÀNH QUY TRINH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: khám trước khi bấm ối

- Đeo găng vô khuẩn.

- Kiểm tra lại tim thai, có sa dây rốn trong bọc ối không.

6.2. Bước 2: Bấm ối

- Dùng ngón trỏ và ngón nhẫn tay phải làm đường dẫn

- Tay trái cầm dụng cụ để bấm ối đưa vào âm đạo theo lòng 2 ngón tay dẫn đường sao cho đầu trong dụng cụ qua lỗ cổ tử cung tới màng ối thì tiến hành bấm ối.

- Khi bấm ối cần tuân thủ nguyên tắc:

+ Trong ngôi đầu, đầu ối dẹt thì nên bấm trong cơn co tử cung, đầu ối phồng bấm ngoài cơn co.

+ Đối với ngôi mông, nên bấm ối ngoài cơn co tử cung chỉ khi cổ tử cung mở hết, cho nước ối chảy ra từ từ rồi mới xé rộng màng ối.

+ Đối với ngôi vai (thai thứ 2) khi có chỉ định và đủ điều kiện để nội xoay thai thì chọc đầu ối, đưa được cả bàn tay vào buồng tử cung và nắm lấy chân thai nhi làm nội xoay. Vì vậy, sau khi chọc ối và xé màng ối, phải đưa ngay cả bàn tay vào buồng tử cung, vừa tìm chân thai nhi vừa ngăn không cho nước ối chảy ồ ạt ra ngoài.

+ Nếu bấm ối trong rau tiền đạo bám thấp, bám mép, sau khi chọc đầu ối, xé rộng màng ối song song với bờ bánh rau, tránh xé vào bánh rau gây chảy máu.

+ Nếu bấm ối trong đa ối cần để sản phụ nằm đầu thấp, mông hơi cao. Dùng phương pháp tia ối, nghĩa là dùng kim chọc một lỗ nhỏ, chọc ngoài cơn co tử cung, để cho nước ối chảy từ từ, khi nước ối chảy gần hết mới xé rộng màng ối. Trong trường hợp này nếu

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phep nai Benh vien tu nhan Viet Nam 09/05/2025 15:28:08

để nước ối chảy ào ra ngoài, dễ gây bong rau và sa dây rốn hoặc ngôi có thể trở thành bất thường.

6.3. Bước 3: Kiểm tra sau bấm ối

- Sau khi bấm ối phải kiểm tra lại xem có sa dây rốn hay không và ngôi thai có thay đổi gì không để có hướng xử lý kịp thời.
- Nghe lại tim thai, đánh giá lại cơn cơ tử cung
- Nhận định màu sắc và lượng nước ối.

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. Theo dõi

- Theo dõi sát tim thai, cơn co tử cung mỗi 30 phút
- Khám xóa mở cổ tử cung, độ lọt của ngôi

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sa dây rau: mổ cấp cứu
- Ngôi bất thường: tùy trường hợp có thể mổ hoặc theo dõi thêm
- Tổn thương da đầu thai nhi

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Sa dây rau: phải cho sản phụ nằm tư thế đầu gối - ngực (đầu thấp, mông cao), dùng 2 ngón tay đẩy ngôi thai lên tránh đè vào dây rốn và phẫu thuật lấy thai cấp cứu.
- Chảy máu hoặc nước ối có màu bất thường (có máu hoặc lẫn phân su): tìm nguyên nhân để có hướng xử trí

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

Quy trình kỹ thuật bệnh viện Phụ sản Trung ương 2022

156. ĐỠ ĐẺ THƯỜNG NGÔI CHỎM

1. ĐẠI CƯƠNG

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

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thai không có khả năng đẻ được theo đường dưới.

Ngôi chỏm chưa lọt thấp.

4. THẬN TRỌNG Tử cung có sẹo mổ cũ

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.
- 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, túi đong máu.
- Máy monitoring sản khoa.
- 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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien ... 15:28:08

+ 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. Điều kiện tiến hành

Người đỡ đẻ chỉ bắt tay vào đỡ khi có đủ các điều kiện sau:

- Cổ tử cung mở hết.
- Ối đã vỡ (chưa vỡ thì bấm ối).
- Ngôi thai đã lọt và thập thò ở âm môn làm tầng sinh môn căng giãn, hậu môn loe rộng.
- Hướng dẫn cho sản phụ chỉ rặn khi có cảm giác mót rặn cùng với sự xuất hiện của cơn co tử cung.
- Các thao tác hầu hết làm trong cơn rặn của sản phụ và cần phải:
- Nhẹ nhàng.
- Giúp cho thai sổ từ từ.
- Kiên nhẫn động viên sản phụ, không thúc ép, giục giã, sốt ruột.
- Nhớ là đỡ đẻ chứ không phải kéo thai.

6.2. Các bước tiến hành

a) Bước 1: Đỡ đầu:

Kỹ thuật đỡ đẻ ngôi chỏm kiểu chẩm vệ.

- Giúp đầu cúi tốt: ấn nhẹ nhàng vào vùng chẩm trong mỗi cơn co tử cung.
- Nếu cần thì cắt tầng sinh môn ở vị trí 7 giờ hoặc 5 giờ (ít làm), vào lúc tầng sinh môn giãn căng.
- Khi hạ chẩm tì dưới khớp vệ: sản phụ ngừng rặn hoặc rặn nhẹ nhàng, một tay giữ tầng sinh môn, một tay giúp đầu ngửa dần, mắt, mũi, miệng, cằm sẽ lần lượt sổ ra ngoài.

Kỹ thuật đỡ đẻ ngôi chỏm kiểu chẩm cùng.

- Khi đỡ đầu vì ngôi chỏm sổ kiểu chẩm cùng mặt thai ngửa lên phía xương mu người mẹ nên phải giúp đầu cúi bằng cách dùng đầu ngón tay ấn vào đầu thai từ dưới lên.
- Khi hạ chẩm của thai ra đến mép sau âm hộ thì cho đầu thai ngửa dần ra sau để lộ các phần trán, mắt, mũi, cằm.
- Khi đầu đã sổ hoàn toàn chờ cho đầu tự quay về phía nào sẽ giúp thai quay hẳn sang bên đó (trái hoặc phải ngang).

b) Bước 2: Đỡ vai:

- Quan sát xem đầu thai có xu hướng quay về bên nào thì giúp cho chẩm quay về bên đó (chẩm trái - ngang hoặc chẩm phải - ngang), kiểm tra dây rốn nếu quấn cổ: gỡ hoặc cắt (khi chặt không gỡ được).
- Hai bàn tay ôm đầu thai nhi ở hai bên đỉnh thái dương, kéo thai xuống theo trục rốn - cụt để vai trước sổ trước. Khi bờ dưới cơ delta tì dưới khớp vệ thì một tay giữ đầu (cổ nằm giữa khe hai ngón cái và trỏ) tay kia giữ tầng sinh môn, nhấc thai lên phía trên và cho sổ

vai sau. Ở thì này dễ rách tầng sinh môn, vì vậy phải giữ tầng sinh môn tốt và cho vai sổ từ từ.

c) Bước 3: Đỡ thân, mông và chi:

- Khi đã sổ xong hai vai, bỏ tay giữ tầng sinh môn để thân thai nhi sổ và khi thân ra ngoài thì bắt lấy hai bàn chân.
- Đặt thai nhi lên tấm gạc to vô khuẩn trên bụng người mẹ và tiến hành lau khô trẻ và nhanh chóng đánh giá tình trạng bé. Nếu bé khóc tốt thì đặt nằm sấp trên bụng mẹ theo phương pháp da kề da, cặp cắt rốn 1 thì sau khi dây rốn ngừng đập. Nếu bé không khóc nhanh chóng cắt rốn 1 thì và đưa ra bàn hồi sức sơ sinh.
- Đặt túi đong máu (nếu có) dưới mông sản phụ ngay sau khi cắt rốn.

Chú ý:

- Ngôi chỏm sổ chẩm cùng thường diễn biến lâu, sổ khó hơn và dễ gây sang chấn cho mẹ vì vậy cần cắt rộng tầng sinh môn trước khi đỡ đầu thai nhi.
- Thai nhi sổ chẩm cùng cũng dễ bị ngạt vì thế cũng phải hồi sức thai thật tốt.

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 lí thích hợp.
- Luôn quan sát toàn trạng và bụng sản phụ phát hiện kịp thời dấu hiệu dọa vỡ tử cung.
- Sau khi đỡ đẻ, phải theo dõi 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 chuyển 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..
- Mắc vai: thực hiện kỹ thuật xử trí mắc vai tuỳ trường hợp cụ thể

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Ngay sau khi sổ 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, tầng sinh môn (hoặc cắt chủ động): khâu lại sau khi đã sổ 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 phám cầm máu hiện có và bồi phụ lượng máu đã mất.
- Thai ngạt: phải hồi sức thai

7.4. Biến chứng muộn: sang chấn cho trẻ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

Bệnh viện Phụ sản Trung ương (2022): Phác đồ điều trị

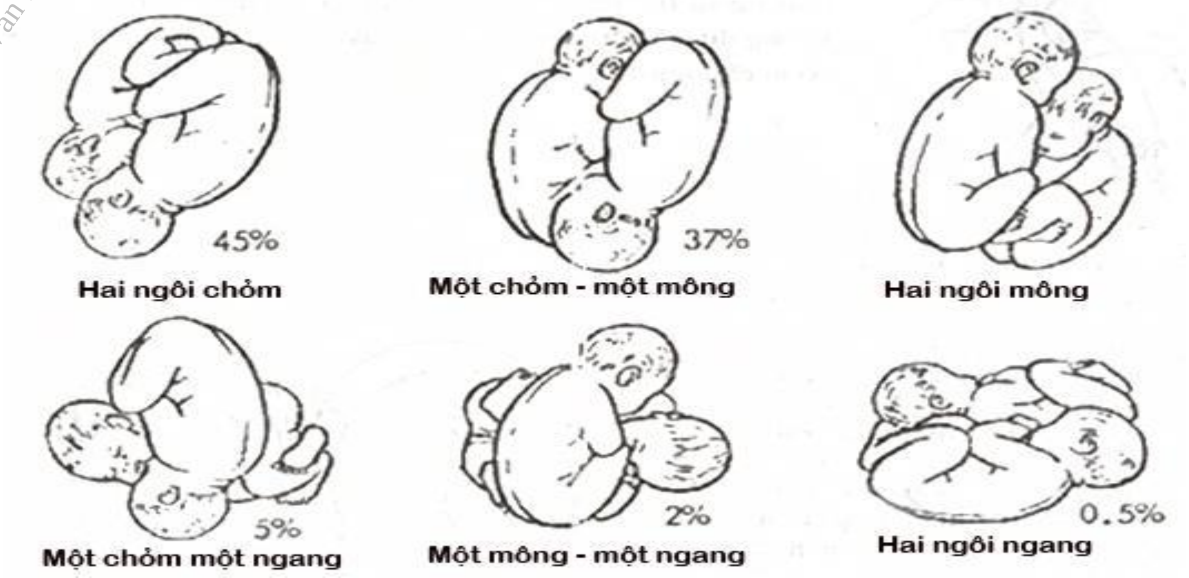
hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_09/05/2024 15:28:08

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu [illegible] Nam_08/05/2026 15:28:08

157. ĐỠ ĐẺ ĐA THAI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Đa thai là sự phát triển đồng thời hai thai hoặc nhiều hơn trong buồng tử cung người mẹ, tỷ lệ sinh đôi chiếm khoảng 1 - 1,5% tổng số các ca đẻ. Đa thai 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 đa thai tùy thuộc vào chẩn đoán chính xác các ngôi, thế của hai thai, sự chuẩn bị tốt các phương tiện chăm sóc, hồi sức cho mẹ và thai nhi, vào kiến thức, kỹ năng cũng như kinh nghiệm của người đỡ đẻ. 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 đa thai thường là suy thai, ngôi bất thường, sang chấn cho thai…



Hình 1. *Các tư thế của song thai*

2. CHỈ ĐỊNH

Các ca chuyển dạ đa thai và cuộc chuyển dạ tiến triển thuận lợi.

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
- Suy thai, sa dây rốn…
- Rau tiền đạo, u tiền đạo...
- Mẹ bị các bệnh lý không được đẻ đường âm đạo: bệnh tim mạch, cao huyết áp, tiền sản giật nặng…

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

- Cơ sở y tế không có phòng phẫu thuật, thiếu các phương tiện theo dõi, hồi sức cho sản phụ và trẻ sơ sinh.

4. THẬN TRỌNG

- Tử cung có sẹo mổ cũ
- Sản phụ sinh con so lớn tuổi.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên: 04 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 02 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, túi đong máu.
- Máy monitoring sản khoa.
- 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 người bệnh (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 đẻ.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Nguyên tắc

- Luôn theo dõi tình trạng sức khỏe của người mẹ và hai thai, nhất là thai nhi thứ hai. Phát hiện kịp thời nguy cơ suy thai và có biện pháp xử trí thích hợp.
- Do tử cung quá căng nên cơn co tử cung thường yếu và thưa, cổ tử cung mở chậm. Nếu đủ điều kiện có thể bấm ối cho tử cung bớt căng, điều chỉnh cơn co tử cung để chuyển dạ tiến triển tốt hơn.
- Nên có một đường truyền tĩnh mạch để điều chỉnh cơn co tử cung và có thể hồi sức ngay cho mẹ và thai khi cần.
- Kiểm tra, bổ sung hồ sơ đầy đủ trước khi đỡ đẻ.
- Chuẩn bị đầy đủ các trang thiết cần thiết cho cuộc đẻ, cho mẹ và trẻ sơ sinh

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. Thường ngôi lọt chậm, cơn co yếu. Nếu là ngôi chỏm thì đỡ đẻ như bình thường, chú ý khi ối vỡ dễ gây sa dây rốn. Sau khi thai sổ kẹp chặt dây rốn về phía bánh rau trước khi cắt để ngăn ngừa mất máu của thai thứ hai nếu có tuần hoàn nối thông.

+ Đặt túi đong máu (nếu có) dưới mông sản phụ ngay sau khi cắt rốn.

- Giai đoạn 2: kiểm tra ngay ngôi, thế và tim thai của thai thứ hai:

+ Chú ý thai thứ hai luôn bị đe doạ 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 (khám ngoài và khám âm đạo) để kiểm tra ngôi, thế, kiểu thế của thai thứ hai.

+ Nếu đang truyền Oxytocin mà tử cung co mạnh, bóp chặt, khó xác định được ngôi, phải tạm thời ngừng truyền, xác định được ngôi thai và cũng để thuận lợi hơn cho việc xoay thai trong nếu thai thứ hai ngôi bất thường.

- Giai đoạn 3: đẻ thai thứ hai

+ Tuỳ theo thai thứ hai là ngôi gì mà có hướng xử trí thích hợp:

+ Nếu ngôi đầu: tiếp tục truyền Oxytocin, chờ có cơn co tử cung rồi bấm ối, cố định ngôi và đỡ đẻ.

+ Nếu ngôi mông: đỡ đẻ như ngôi mông.

+ Nếu ngôi bất thường: ngôi vai, ngôi trán, thì phải bấm ối ngay và nội xoay thai thành ngôi mông. Sau đó đỡ đẻ ngôi mông hoặc đại kéo thai.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu diep hoi benh vien tu nam_Vu Nam_08.05.2025 15:28:08

+ Trong song thai, thai nhi thường nhỏ, hơn nữa sau khi đẻ thai 1, buồng tử cung rộng nên việc xoay thai có thể tiến hành thuận lợi. Nếu quá chậm cổ tử cung sẽ co lại, bong rau nên thai thứ hai dễ bị suy.

Chú ý:

- Chỉ tiến hành xoay thai thứ hai trong đẻ song thai với điều kiện ối còn, thai nhỏ, tử cung không co cứng bóp chặt phần thai, không bị ngôi vai sa tay. Nếu không đủ điều kiện phải mổ lấy thai.
- Nếu nội xoay thai không đúng chỉ định và kỹ thuật dễ xảy ra tai biến như vỡ tử cung, thai bị sang chấn, bong nhau, suy thai...
- Giai đoạn 4: đẻ thai tiếp theo đỡ như đối thai thứ 2
- Giai đoạn 5: Sổ rau
- Sau khi thai sổ thai hai tiến hành xử trí tích cực giai đoạn 3, trong thời kỳ sổ nhau dễ có biến chứng chảy máu do đờ tử cung, do đó phải dùng thuốc co bóp tử cung ngay và duy trì nhỏ giọt tĩnh mạch.

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. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

a/ Thai suy: mổ cấp cứu

b/ Thai 2 ngôi xoay thành ngôi bất thường:

Nếu ối còn: tìm chân, bấm ối, nội xoay thai và đại kéo thai

Nếu ối vỡ: nội xoay thai và đại kéo thai. Nếu không được chuyển mổ cấp cứu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Ngay sau khi sổ 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, tầng sinh môn (hoặc cắt chủ động): khâu lại sau khi đã sổ 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 phá cầm máu hiện có và bồi phụ lượng máu đã mất.
- Thai ngạt: phải hồi sức thai
- Sang chấn thai: phối hợp bác sỹ sơ sinh xử trí

7.3. Biến chứng muộn:

- Đờ tử cung thứ phát: theo dõi sát sau đẻ để phát hiện sớm và xử trí kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

Bệnh viện Phụ sản Trung ương (2022), Quy trình kỹ thuật bệnh viện.

158. ĐỠ ĐẺ NGÔI MÔNG

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop ho Benh vien tu nhan viet tam_08/05/2025 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

- Ngôi mông là một ngôi đẻ khó, nhưng vẫn có khả năng đẻ đường âm đạo.
- Ngôi mông có tỷ lệ 2 - 6% trong tổng số các trường hợp chuyển dạ.
- Ngôi mông hay gặp ở các ca đẻ non.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ngôi mông hoàn toàn hoặc không hoàn toàn kiểu mông.
- Tuổi thai > 34 tuần.
- Trọng lượng thai dự đoán 2500 - 3000g.
- Đầu thai nhi cúi tốt.
- Quá trình chuyển dạ thuận lợi, không có tình trạng nguy hiểm cho mẹ và con.
- Xác định các dị tật có thể làm thai chết.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định về phía mẹ

- Bất thường khung chậu.
- Có khối u tiền đạo.
- Tổn thương nặng ở vùng chậu và tầng sinh môn (TSM).
- Các bệnh lý tim mạch, suy hô hấp nặng.

3.2. Chống chỉ định do phần phụ của thai:

- Rau tiền đạo, trung tâm, bám mép.
- Dây rốn bất thường

3.3. Chống chỉ định về phía thai: Đầu ngửa nguyên phát.

4. THẬN TRỌNG

- Có sẹo mổ cũ ở tử cung.
- Các bệnh lý của mẹ lúc mang thai (đái đường, cao huyết áp...)
- Đẻ non
- Trọng lượng thai dự đoán > 3000gr.
- Đa ối.
- Suy thai mãn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phap ra Benh vien tu than Viet Nam_28/05/2024 15:28:08

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, túi đong máu.

- Máy monitoring sản khoa.

- 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 người bệnh (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. Điều kiện tiến hành

- Cổ tử cung (CTC) đã mở hết và ngôi thai đã xuống sát với TSM.

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan benh vien Nhi Viet Nam_06/05/2025 15:28:08

- Đảm bảo cơn co tử cung có hiệu quả, truyền nhỏ giọt Oxytocin từ lúc bắt đầu cho sản phụ rặn.
- Cắt TSM chủ động khi TSM giãn căng.
- Không dùng bất cứ một thủ thuật nào khi sổ thai cho tới khi xuất hiện đỉnh của xương bả vai thai nhi.

6.2. Các bước tiến hành

a) Đỡ đẻ ngôi mông theo phương pháp Vermelin

- Để thai nhi sổ tự nhiên do sự kết hợp của CCTC và sức rặn của mẹ.
- Khi mông hoặc chân chuẩn bị sổ thì cắt TSM.
- Trải một khăn vải ở dưới TSM.
- Khi thai sổ đến bụng, người đỡ đẻ luồn ngón tay nới lỏng dây rốn.
- Đẩy trên bụng mẹ ở phía đáy TC.
- Giúp cho đầu hậu sổ kịp thời tránh cho trẻ hít phải nước ối.
- Người thầy thuốc sản khoa là người quan sát tích cực, không vội vã, càng ít can thiệp vào thai nhi càng tốt.

b) Đỡ đẻ ngôi mông không hoàn toàn theo phương pháp Sôvianôp

- Khi mông sổ hai bàn tay người đỡ đẻ ôm lấy đùi và hông thai, các ngón cái ở phía đùi các ngón khác phía xương cùng.
- Trong cơn rặn hướng cho khối thai ra trước và giữ cho chi dưới của thai luôn áp sát vào bụng và ngực.
- Khi sổ vai tiêm thuốc Oxytocin.
- Giúp sổ đầu hậu đồng thời hướng thai ra trước cho lưng thai sát vào phần trước âm hộ, lật ngửa thai lên bụng mẹ cho sổ đầu (giống như thủ thuật Bracht).

c) Đỡ đẻ ngôi mông hoàn toàn theo phương pháp Sôvianốp

- Giữ không cho chân và mông không sổ sớm: dùng gạc lớn đặt trước âm hộ và lấy lòng bàn tay đè lên gạc trong cơn co.
- Hướng dẫn sản phụ rặn thật tốt.
- Thời gian giữ từ vài phút đến 15 - 20 phút cho tới khi TSM giãn tối đa.
- Lúc không thể giữ nữa và bắt đầu cho rặn sổ.
- Các động tác đỡ thai khác tuần tự được tiến hành như khi đỡ ngôi mông theo đường dưới một cách tự nhiên.

6.3. Các thủ thuật thường dùng khi đỡ đẻ ngôi mông

a) Các thủ thuật đỡ đầu hậu

* Thủ thuật Bracht:

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

- Người đỡ phụ ấn tay vào đáy tử cung giúp cho đầu thai ra dễ dàng hơn.
- Khi thai đã sổ qua cằm, người đỡ có thể luồn ngón tay vào miệng thai nhi giúp đầu cúi để sổ dễ hơn.

* Thủ thuật Mauriceau:

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

Cách làm cụ thể:

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

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

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

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

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

+ Cắt nới rộng TSM

b) Các thủ thuật hạ tay

* Thủ thuật Lovset

- Khi thai nhi sổ đến mỏm xương bả vai, người đỡ đẻ đưa ngón tay lên kiểm tra xem tay thai nhi có bị giơ lên cao hay không. Nếu tay bị giơ cao thì bắt đầu ngay thủ thuật hạ tay.
- Người đỡ đẻ nắm giữ thai nhi bằng 2 bàn tay, ngón cái ở vùng thắt lưng, lòng bàn tay ở 2 mông, các ngón tay khác ở phía bụng.
- Thực hiện vòng quay đầu tiên 90° cho lưng thai quay sang phải để cánh tay trước của thai xuống dưới xương vệ sẽ sổ.
- Sau đó tiến hành vòng quay thứ 2, 180° theo hướng ngược lại để đưa tay sau ra trước, khuỷu tay sẽ xuất hiện ở âm hộ.
- Tiếp đó thai sẽ được hạ xuống, cố định chẩm dưới khớp vệ cho đầu sổ.

* Hạ tay theo phương pháp cổ điển

- Bao giờ cũng phải hạ tay sau xuống trước.
- Một bàn tay cầm chân thai nhấc lên và về phía đối diện với lưng của thai.
- Bàn tay còn lại luồn vào âm đạo theo ngực cằm đi dần lên.
- Hai ngón tay trỏ và giữa đi dọc theo cánh tay tìm đến nếp khuỷu thì ấn vào nếp đó để cẳng tay gấp lại và bàn tay vuốt qua mặt thai nhi để đưa xuống dưới. Động tác này người ta ví như mèo rửa mặt

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hinh hoa Benh vien mau Viet Nam_28/03/2025 15:28:08

- Khi tay đã xuống, vào tới âm đạo thì gỡ dần ra theo mép sau âm hộ.
- Đối với tay trước, lại luồn tay lên làm các thao tác như trên.
- Ca không thể luồn tay lên được thì phải xoay 180° biến tay trước thành tay sau. Nếu tay đó chưa sổ thì làm thao tác gỡ tay sau như đã mô tả trên

6.4. Kết thúc quy trình

- Đặt túi đong máu (nếu có) dưới mông sản phụ ngay sau khi cắt rốn.
- 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

- Choáng do đau.
- Mắc đầu hậu: thực hiện các phương pháp đỡ đầu hậu theo trường hợp cụ thể
- Chấn thương thai: phối hợp bác sỹ sơ sinh xử trí

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Ngay sau khi sổ 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 sổ 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 phá cầm máu hiện có và bồi phụ lượng máu đã mất.
- Thai ngạt: phải hồi sức thai
- Chấn thương thai: gãy tay, gãy xương đòn …
- Tử vong thai …

7.3. Biến chứng muộn: sang chấn cho trẻ

Dự phòng: đỡ đẻ đúng kỹ thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016). Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ Chăm sóc sức khỏe sinh sản
2. Bệnh viện Phụ sản Trung ương (2022): Phác đồ điều trị

159. ĐỠ ĐẺ THƯỜNG TRÊN NGƯỜI BỆNH CÓ BỆNH TRUYỀN NHIỄM (VIÊM GAN NẶNG; HIV-AIDS …)

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu dien tu benh vien Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

- Đỡ đẻ thường ngôi chỏm là thủ thuật tác động vào thì sổ thai đẻ giúp cuộc đẻ được an toàn theo đường âm đạo, không cần can thiệp (trừ trường hợp cắt tầng sinh môn). Đỡ đẻ ngôi chỏm trên người bệnh có bệnh truyền nhiễm các bước cũng tương tự như trường hợp bình thường chỉ khác phần trang phục bảo hộ nhân viên y tế và nên giữ ối nguyên vẹn đến khi chuẩn bị rặn đẻ để giảm nguy cơ lây truyền mẹ con.

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thai không có khả năng đẻ được theo đường âm đạo.
- Ngôi chỏm chưa lọt.

4. THẬN TRỌNG

Tránh gây tổn thương sơ sinh làm giảm nguy cơ phơi nhiễm bệnh lý truyền nhiễm mẹ.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Nhân viên y tế

- 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, túi đong máu.
- Máy monitoring sản khoa.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Trang bị bảo hộ: áo choàng giấy phẫu thuật mặc 1 lần, tạp dề chống thấm nước, mũ, khẩu trang, kính chắn giọt bắn, găng tay dài, ủng.

+ 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 người bệnh (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 đẻ.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Người đỡ đẻ phải tôn trọng nguyên tắc vô khuẩn, phải kiên nhẫn chờ đợi, hướng dẫn sản phụ rặn khi cổ tử cung mở hết và có cơn co tử cung, không được nong cổ tử cung và âm đạo, không được đẩy bụng sản phụ.
- Giữ ối đến khi cổ tử cung mở hết, không bấm ối sớm giảm nguy cơ lây truyền mẹ con.
- Ở thì lọt, xuống và xoay không can thiệp, chỉ theo dõi cơn co tử cung, tim thai, độ xóa mở cổ tử cung, độ lọt, khi cổ tử cung mở hết đầu lọt thấp mới cho sản phụ rặn.
- Mặc đầy đủ trang bị bảo hộ: áo choàng giấy phẫu thuật mặc 1 lần, tạp dề chống thấm nước, mũ, khẩu trang, kính chắn giọt bắn, găng tay dài, ủng...

6.1. Bước 1: Đỡ đầu:

- Kỹ thuật đỡ đẻ ngôi chỏm kiểu chẩm vệ.
- Ấn nhẹ nhàng vào vùng chẩm trong mỗi cơn co tử cung giúp đầu cúi tốt hơn.
- Vào lúc tầng sinh môn giãn căng.Nấu cần thiết thì cắt tầng sinh môn ở vị trí 7 giờ (một số trường hợp cắt ở vị trí 5 giờ),
- Khi hạ chẩm tì dưới khớp vệ: sản phụ ngừng rặn, một tay giữ tầng sinh môn, một tay đẩy vào vùng trán ngược lên trên, giúp đầu ngửa dần, mắt, mũi, miệng, cằm sẽ lần lượt sổ ra ngoài.
- Kỹ thuật đỡ đẻ ngôi chỏm kiểu chẩm cùng.

- Khi đỡ đầu vì ngôi chỏm sổ kiểu chẩm cùng mặt thai ngửa lên phía xương mu người mẹ nên phải giúp đầu cúi bằng cách dùng đầu ngón tay ấn vào đầu thai từ dưới lên.
- Khi hạ chẩm của thai ra đến mép sau âm hộ thì cho đầu thai ngửa dần ra sau để lộ các phần trán, mắt, mũi, cằm.

6.2. Bước 2: Đỡ vai:

- Quan sát xem đầu thai có xu hướng quay về bên nào thì giúp cho chẩm quay về bên đó (chẩm trái - ngang hoặc chẩm phải - ngang), kiểm tra dây rốn nếu quấn cổ: gỡ hoặc cắt (khi chặt không gỡ được).
- Hai bàn tay ôm đầu thai nhi ở hai bên đỉnh thái dương, kéo thai xuống theo trục rốn - cụt để vai trước sổ trước. Khi bờ dưới cơ delta tì dưới khớp vệ thì một tay giữ đầu (cổ nằm giữa khe hai ngón cái và trỏ) tay kia giữ tầng sinh môn, nâng thai lên phía trên và cho sổ vai sau. Ở thì này dễ rách tầng sinh môn, vì vậy phải giữ tầng sinh môn tốt và giúp vai sổ từ từ.

6.3. Bước 3: Đỡ thân, mông và chi:

- Khi đã sổ xong hai vai, bỏ tay giữ tầng sinh môn để thân thai nhi sổ và khi thân ra ngoài thì đón lấy hai bàn chân.
- Đặt thai nhi lên tâm khăn vô khuẩn trên bụng người mẹ và tiến hành lau khô trẻ và nhanh chóng đánh giá tình trạng trẻ. Chăm sóc mẹ và trẻ theo quy trình chăm sóc thiết yếu cho bà mẹ và trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ.

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình:

- Đặt túi đong máu (nếu có) dưới mông sản phụ ngay sau khi cắt rốn.
- Kiểm tra toàn trạng, mạch, huyết áp người bệnh ngay sau khi đẻ.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

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 lí thích hợp.
- Luôn quan sát toàn trạng và bụng sản phụ phát hiện kịp thời dấu hiệu dọa vỡ.
- Thời gian rặn tối đa là 60 phút. Nếu quá thời gian này cần can thiệp để lấy thai ra bằng Forceps hoặc bằng giác kéo.
- Sau khi đỡ đẻ, phải quan sát sản phụ và đặt túi hứng máu để kịp thời phát hiện chảy máu, vết rách TSM và âm đạo và đánh giá mức co hồi tử cung để chuẩn bị xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ.
- Ghi lại tình hình diễn biến cuộc đẻ vào hồ sơ bệnh án.

7.2. Xử trí

- Ngay sau khi sổ thai, rau bong dở dang gây băng huyết cần bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung ngay.
- Nêu rách âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn (hoặc cắt chủ động): khâu lại sau khi đã sổ 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: tiến hành hồi sức sơ sinh

160. ĐỠ ĐẺ NGÔI MÔNG, ĐA THAI TRÊN NGƯỜI BỆNH CÓ BỆNH TRUYỀN NHIỄM (VIÊM GAN NẶNG; HIV/AIDS …)

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Viet Nam_08/05/2015:28:08

A. ĐỠ ĐẺ NGÔI MÔNG:

1. ĐẠI CƯƠNG

Ngôi mông là một ngôi đẻ khó, nhưng vẫn có thể đẻ đường dưới được. Ngôi mông có tần suất 2 - 6% trong tổng số các cuộc chuyển dạ. Ngôi mông có tỷ lệ rất cao ở các ca đẻ non. Đỡ đẻ ngôi mông trên người bệnh có bệnh truyền nhiễm các bước cũng tương tự như trường hợp bình thường chỉ khác phần trang phục bảo hộ và nên giữ ối nguyên vẹn đến khi chuẩn bị rặn đẻ để giảm nguy cơ lây truyền mẹ con.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Ngôi mông hoàn toàn hoặc không hoàn toàn kiểu mông.
- Tuổi thai > 34 tuần.
- Trọng lượng thai dự đoán 2500 - 3000g.
- Đầu thai nhi cúi tốt.
- Khung chậu người mẹ rộng (qua khám lâm sàng và siêu âm hoặc X-quang).
- Không có chỉ định mổ lấy thai cả về phía mẹ hoặc con.
- Biểu hiện của mẹ trong quá trình chuyển dạ thuận lợi, không có tình trạng nguy hiểm cho mẹ và con.
- Xác định các dị tật có thể làm thai chết.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định về phía mẹ:

- Bất thường khung chậu.
- Có khối u tiền đạo.
- Có sẹo mổ cũ ở tử cung.
- Tổn thương ở vùng chậu và TSM.
- Các bệnh lý của mẹ lúc mang thai (đái đường, cao huyết áp...)
- Các bệnh lý tim mạch, suy hô hấp.

3.2. Chống chỉ định do phần phụ của thai:

- Rau tiền đạo.
- Đa ối.
- Dây rốn ngắn hoặc dây rốn quấn cổ.

3.3. Chống chỉ định về phía thai:

- Suy thai mãn.
- Đầu ngửa nguyên phát.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/03/2026 15:28:08

- Đẻ non, thai 1500 - 2500 gr.

- Trọng lượng thai dự đoán > 3000gr.

4. THẬN TRỌNG

- Không được bấm ối.

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

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

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

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

5. CHUẨN BỊ

5.1. Nhân viên y tế

- 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, túi đong máu.

- Máy monitoring sản khoa.

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Trang bị bảo hộ: áo choàng giấy phẫu thuật mặc 1 lần, tạp dề chống thấm nước, mũ, khẩu trang, kính chắn giọt bắn, găng tay dài, ủng …

+ 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 sảy 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 người bệnh (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 - 2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng đẻ.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Người đỡ đẻ phải tôn trọng nguyên tắc vô khuẩn, phải kiên nhẫn chờ đợi, hướng dẫn sản phụ rặn khi cổ tử cung mở hết và có cơn co tử cung, không được nong cổ tử cung và âm đạo, không được đẩy bụng sản phụ.

- Giữ ối đến khi cổ tử cung mở hết, không bấm ối sớm giảm nguy cơ lây truyền mẹ con.

- Mặc đầy đủ trang bị bảo hộ: áo choàng giấy phẫu thuật mặc 1 lần, tạp dề chống thấm nước, mũ, khẩu trang, kính chắn giọt bắn, găng tay dài, ủng ….

6.1. Bước 1: Sử dụng 1 trong những phương pháp sau để tiến hành đỡ mông

6.1.1. Đỡ đẻ ngôi mông theo phương pháp Vermelin

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

Khi mông hoặc chân chuẩn bị sổ thì cắt TSM.

Trải một khăn vải ở dưới TSM.

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

Đẩy trên bụng mẹ ở phía đáy TC.

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

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

6.1.2. Đỡ đẻ ngôi mông không hoàn toàn theo phương pháp Sôvianốp

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

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

Khi sổ vai tiêm thuốc Oxytocin.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hiep hoi benh vien tu nhan Viet Nam_0[illegible]/05/202[illegible] 15:28:08

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

6.2.3. Đỡ đẻ ngôi mông hoàn toàn theo phương pháp Sôvianốp:

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

Hướng dẫn sản phụ rặn thật tốt.

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

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

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

6.2. Bước 2: Hạ tay bằng 1 trong những thủ thuật sau

6.2.1. Thủ thuật LOVSET

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

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

- Thực hiện vòng quay đầu tiên 90^0 cho lưng thai quay sang phải để cánh tay trước của thai xuống dưới xương vệ sẽ sổ.

- Sau đó tiến hành vòng quay thứ 2, 180^0 theo hướng ngược lại để đưa tay sau ra trước, khuỷu tay sẽ xuất hiện ở âm hộ.

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

6.2.2. Hạ tay theo phương pháp cổ điển:

- Bao giờ cũng phải hạ tay sau xuống trước.

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

- Bàn tay còn lại luồn vào âm đạo theo ngực cầm đi dần lên. 2 ngón tay trỏ và giữa đi dọc theo cánh tay tìm đến nếp khuỷu thì ấn vào nếp đó để cẳng tay gấp lại và bàn tay vuốt qua mặt thai nhi để đưa xuống dưới. Động tác này người ta ví như mèo rửa mặt

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

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

Ca không thể luồn tay lên được thì phải xoay 180^0 biến tay trước thành tay sau. Nếu tay đó chưa sổ thì làm thao tác gỡ tay sau như đã mô tả trên.

6.3. Bước 3: Đỡ đầu hậu bằng một trong những thủ thuật sau

6.3.1. Thủ thuật Bracht:

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hiệp hội Bệnh viện tư nhân Việt Nam_08/02/2024 15:28:08

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

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

6.3.2. Thủ thuật Mauriceau:

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

- Cách làm cụ thể:

+ Cho thai nhi cưỡi lên cẳng tay người đỡ đẻ. Hai ngón tay trỏ và giữa cho vào miệng của thai đến tận đáy lưỡi ấn cho cằm sát vào ngực giúp cho đầu cúi thêm.

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

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

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

+ Cắt nới rộng TSM

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

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

B. ĐỠ ĐẺ ĐA THAI

1. ĐẠI CƯƠNG:

Song thai là thai nghén có nguy cơ cao. Thành công hay thất bại trong song thai tùy thuộc vào chẩn đoán chính xác các ngôi, thế của hai thai, sự chuẩn bị tốt các phương tiện chăm sóc, hồi sức cho mẹ và thai nhi, vào kiến thức, kỹ năng cũng như kinh nghiệm của người đỡ đẻ. 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…Đỡ đẻ song thai trên người bệnh có bệnh nhiễm khuẩn các bước cũng tương tự như trường hợp bình thường chỉ khác phần trang phục bảo hộ nhân viên y tế và nên giữ ối nguyên vẹn đến khi chuẩn bị rặn đẻ để giảm nguy cơ lây truyền mẹ con.

2. CHỈ ĐỊNH: Các ca chuyển dạ sinh đôi và cuộc chuyển dạ tiến triển thuận lợi.

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…

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

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

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

4. THẬN TRỌNG

- Cần chẩn đoán chính xác ngôi thai và tiên lượng khả năng đẻ đường dưới.

- Chỉ tiến hành theo dõi chuyển dạ và đỡ đẻ sinh đôi ở tuyến huyện trở lên. Tuy nhiên, đôi khi có khả năng tất cả các tuyến bắt buộc phải xử trí nếu sản phụ đến muộn không thể chuyển tuyến hoặc không chẩn đoán song thai được từ trước.

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, túi đong máu.

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Trang bị bảo hộ: áo choàng giấy phẫu thuật mặc 1 lần, tạp dề chống thấm nước, mũ, khẩu trang, kính chắn giọt bắn, găng tay dài, ủng ….

+ 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hiệp hội [illegible] Việt Nam_08/05/202[illegible] 15:28:08

- 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 người bệnh (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 0,5 - 2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng đẻ

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Nguyên tắc

Người đỡ đẻ phải tôn trọng nguyên tắc vô khuẩn, phải kiên nhẫn chờ đợi, hướng dẫn sản phụ rặn khi cổ tử cung mở hết và có cơn co tử cung, không được nong cổ tử cung và âm đạo, không được đẩy bụng sản phụ.

Giữ ối đến khi cổ tử cung mở hết, không bấm ối sớm giảm nguy cơ lây truyền mẹ con.

Mặc đầy đủ trang bị bảo hộ: áo choàng giấy phẫu thuật mặc 1 lần, tạp dề chống thấm nước, mũ, khẩu trang, kính chắn giọt bắn, găng tay dài, ủng ….

6.2. Các bước diễn tiến cuộc đẻ: Thông thường cuộc đẻ diễn ra qua 4 Bước

6.2.1. Bước 1: Đẻ thai nhi thứ nhất:

Thai thứ nhất thường là ngôi thuận, đôi khi là ngôi mông. Thường ngôi lọt chậm, cơn co yếu. Nếu là ngôi chỏm thì đỡ đẻ như bình thường, chú ý khi ối vỡ dễ gây sa dây rốn. Sau khi thai sổ kẹp chặt dây rốn về phía bánh rau trước khi cắt để ngăn ngừa mất máu của thai thứ hai nếu có tuần hoàn nối thông.

- Đặt túi đong máu (nếu có) dưới mông sản phụ ngay sau khi cắt rốn.

6.2.2. Bước 2: Kiểm tra ngay ngôi, thế và tim thai của thai thứ hai:

- Chú ý thai thứ hai luôn bị đe doạ trước nguy cơ thiếu oxy. Sau khi thai thứ nhất sổ, buồng tử cung trở thành quá rộng làm cho thai thứ hai không bình chỉnh tốt, dễ sinh ra ngôi bất thường như ngôi vai, ngôi ngược.

- Lập tức khám ngay (khám ngoài và khám âm đạo) để kiểm tra ngôi, thế, kiểu thế của thai thứ hai.

- Nếu đang truyền Oxytocin mà tử cung co mạnh, bóp chặt, khó xác định được ngôi, phải tạm thời ngừng truyền để tử cung bớt co, xác định được ngôi thai và cũng để thuận lợi hơn cho việc xoay thai trong nếu thai thứ hai ngôi bất thường.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoi Benh vien nhan Viet Nam_03/05/2022 15:28:08

- Giai đoạn này cần nhanh, chính xác nhưng không vội vàng. Phải xác định rõ ngôi thai thứ hai trước khi quyết định.

6.3. Bước 3: Đẻ thai thứ hai

Tuỳ theo thai thứ hai là ngôi gì mà có hướng xử trí thích hợp:

- Nếu ngôi đầu: tiếp tục truyền Oxytocin, chờ có cơn co tử cung rồi bấm ối, cố định ngôi và đỡ đẻ như thường lệ.

- Nếu ngôi mông: đỡ đẻ như ngôi mông.

- Nếu ngôi bất thường: ngôi vai, ngôi trán, thì phải bấm ối ngay và nội xoay thai thành ngôi mông. Sau đó đỡ đẻ ngôi mông như thường hoặc đại kéo thai ngay.

- Trong song thai, thai nhi thường nhỏ, hơn nữa sau khi đẻ thai 1, buồng tử cung rộng nên việc xoay thai có thể tiến hành thuận lợi. Nếu quá chậm cổ tử cung sẽ co lại, bong rau nên thai thứ hai dễ bị suy.

- Chú ý:

+ Chỉ tiến hành xoay thai thứ hai trong đẻ song thai với điều kiện ối còn, thai nhỏ, tử cung không co cứng bóp chặt phần thai, không bị ngôi vai sa tay. Nếu không đủ điều kiện phải mổ lấy thai.

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

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

- Nguy cơ sau khi thai sổ là đờ tử cung, do đó cần dự phòng bằng các thuốc tăng co tử cung, xoa tử cung đảm bảo tử cung co thành khối an toàn.

- Cần theo dõi sát sản phụ những giờ đầu sau đẻ vì dễ xảy ra chảy máu do đờ tử cung thứ phát. Bảo đảm tốt chế độ dinh dưỡng để tạo cho sản phụ khả năng nhanh chóng phục hồi sức khoẻ và có đủ sữa nuôi hai con.

hhbvtnvn.thanhhoa_Vu thu tiep thoi truong tin tu minh Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

161. ĐẺ CHỈ HUY BẰNG TRUYỀN OXYTOCIN TĨNH MẠCH

1. ĐẠI CƯƠNG

- Thuốc oxytocin là thuốc gây co bóp tử cung cả về tần số và cường độ.
- Đẻ chỉ huy bằng truyền oxytocin tĩnh mạch mục tiêu gây được cơn co tử cung, làm cho cổ tử cung xóa và mở, ngôi thai lọt xuống và cuối cùng thai nhi được đẻ qua đường âm đạo.
- Chỉ định này chỉ áp dụng ở nơi có phẫu thuật.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sử dụng oxytocin để gây cơn co tử cung (CCTC) trong trường hợp gây chuyển dạ
- Chuyển dạ nhưng cơn co thưa, yếu

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bất tương xứng thai nhi - khung chậu.
- Trường hợp không có chỉ định đẻ đường âm đạo.
- Rau tiền đạo.
- Rau bong non.
- Suy thai cấp và mạn tính.
- Không có phòng phẫu thuật, bác sĩ và phương tiện phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Có sẹo mổ cũ ở tử cung
- Nghi ngờ bất tương xứng thai và khung chậu
- Rau bám thấp
- Mẹ bị bệnh lý cấp hoặc mạn tính

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, Oxytocin…

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, túi đong máu.
- Máy monitoring sản khoa.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van ban phap luat Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

- 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 người bệnh (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 hoặc phòng đẻ

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Pha dung dịch

Dung dịch glucose 5 % x 500 ml pha với oxytocin 5 đv (5000 mđv) như vậy 01ml có chứa 10 mđv oxytocin.

6.2. Bước 2: Truyền nhỏ giọt oxytocin tĩnh mạch

- Ban đầu là 03 mđv oxytocin/phút tương đương 05 - 06 giọt/phút (15 – 18 ml/giờ), sau đó theo dõi CCTC (cường độ, khoảng cách các cơn co) mà điều chỉnh tốc độ giọt hợp lý (10, 15, 20, 30, 40 … giọt) sao cho đạt được 3 cơn co trong 10 phút. Nếu CCTC quá mau hay quá mạnh (có trên 5 cơn co trong 10 phút và mỗi cơn co kéo dài trên 1 phút), ngừng truyền oxytocin hoặc giảm giọt truyền.
- Sử dụng là tốt nhất và tốc độ truyền ban đâu là 03mđv oxytocin/p tương đương 15 - 18ml/giờ

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 theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Bác sĩ phải trực tiếp chăm sóc sản phụ để theo dõi toàn trạng sản phụ và cơn co tử cung
- Phải ghi trên biểu đồ chuyển dạ. Chỉ truyền thêm oxytocin nếu chuyển dạ tiến triển chậm.
- Cứ 30 phút/lần đều đặn theo dõi cơn co tử cung, nhịp tim thai, độ lọt của ngôi.
- Nếu có dấu hiệu suy thai phải ngừng truyền oxytocin. Sau khi ngừng truyền oxytocin 15 phút không có kết quả, phải phẫu thuật lấy thai ngay hoặc forceps nếu đủ điều kiện.

7.2. Trong thủ thuật

- Không lấy được đường truyền tĩnh mạch
- Tắc đường truyền tĩnh mạch: lấy lại đường truyền tĩnh mạch

7.3. Sau thủ thuật

- Cơn co tử cung cường tính: ngừng truyền oxytocin, dùng thuốc giảm co. Nếu không kết quả phải mổ lấy thai.
- Suy thai: ngừng truyền oxytocin, cho sản phụ nghiêng trái và thở oxy. Nếu không kết quả phải mổ lấy thai.
- Vỡ tử cung là biến chứng nặng nề nhất có thể nguy hiểm cho mẹ và thai. Để giảm biến chứng này thì phải tuân thủ đúng chỉ định và theo dõi sát trong khi truyền oxytocin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

Bệnh viện Phụ sản Trung ương (2022), Quy trình kỹ thuật bệnh viện.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu dien tu nhan Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

162. NỘI XOAY THAI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Nội xoay thai là thủ thuật dùng tay đưa vào buồng tử cung để chuyển thai nhi từ ngôi ngang thành ngôi mông và kéo thai ra ngoài.

- Điều kiện:

+ Cổ tử cung mở hết.

+ Còn ối.

+ Không có bất tương xứng đầu - chậu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ngôi ngang, thai nhỏ tiên lượng khó có khả năng sống hoặc thai đã chết
- Ngôi ngang ở thai sau trong đa thai.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Hết ối
- Dị dạng sinh dục
- Không đủ điều kiện xoay thai: nơi không có Phòng phẫu thuật, thiếu các phương tiện theo dõi, hồi sức cho sản phụ và trẻ sơ sinh trong trường hợp thai sống

4. THẬN TRỌNG

- Sa dây rốn trong bọc ối
- Tử cung có sẹo mổ cũ.

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.
- 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.
- 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 người bệnh (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. Các bước tiến hành

Bước 1: Kiểm tra lại đủ các điều kiện trước khi nội xoay thai: còn ối, ngôi cao lỏng, cổ tử cung mở hết, khung chậu rộng, thai nhỏ…

Bước 2: Khám xác định đầu ở bên phải hay bên trái để đưa tay thích hợp vào buồng tử cung để nội xoay thai.

Bước 3: Xác định lưng nằm phía trước hay lưng nằm phía sau.

Bước 4: Bấm ối và đưa tay (tay thuận) vào buồng tử cung về hướng mông thai nhi để tìm chân thai nhi và kéo xuống (đã khám và xác định mông thai nhi bên nào của tử cung).

Bước 5: Trước khi kéo phải phân biệt chân hoặc tay thai nhi để tránh kéo nhầm.

Bước 6: Tốt nhất là kéo cả hai chân của thai nhi cùng lúc, nếu khó quá phải kéo một chân thì kéo chân trước. Nếu kéo phải chân sau thì quay cho chân sau thành chân trước rồi kéo xuống.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hieu hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_28/05/2024 15:28:08

Bước 7: Sau khi chuyển thành ngôi mông có thể để đẻ tự nhiên, tuy nhiên thông thường kéo từ từ thai nhi ra luôn (đại kéo thai).

Bước 8: Sau khi thai sổ phải bóc rau và kiểm soát tử cung để đánh giá độ toàn vẹn của tử cung

Bước 9: Kiểm tra cổ tử cung, âm đạo, âm hộ.

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.

Chú ý:

- Nếu tử cung co cường tính, phần thai bị bóp chặt, xoay thai sẽ khó khăn nên phải kiểm soát cơn co bằng cách giảm co trước khi nội xoai thai.
- Nếu không đủ điều kiện nội xoay thai thì phải mổ lấy thai.
- Nếu nội xoay thai không đúng chỉ định và kỹ thuật dễ xảy ra tai biến như vỡ tử cung, thai bị sang chấn, bong rau, suy thai...

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi sau nội xoay thai: toàn trạng mẹ, co hồi tử cung, máu ra âm đạo, vết cắt tầng sinh môn, toàn trạng thai nhi.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

a) Choáng: giảm đau, truyền dịch hồi sức.

b) Vỡ tử cung: mổ cấp cứu xử trí.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm khuẩn: dùng kháng sinh
- Chảy máu do đờ tử cung, rách cổ tử cung, rách tầng sinh môn: kiểm soát tử cung, tăng co, khâu chỗ tổn thương.
- Sang chấn cho thai nhi

7.4. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

Bệnh viện Phụ sản Trung ương (2022): Phác đồ điều trị

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hien hoa_Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

163. NGHIỆM PHÁP BONG RAU, ĐỠ RAU, KIỂM TRA BÁNH RAU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Kiểm tra xem rau đã bong và xuống đến âm đạo chưa để tiến hành đỡ rau.
- Kiểm tra xem bánh rau có đầy đủ không.
- Tránh những tai biến, biến chứng trong thời kỳ hậu sản:

+ Sót rau, sót màng rau.

+ Chảy máu, băng huyết và nhiễm khuẩn.

+ Polip rau.

+ Nhận định các bất thường của bánh rau và màng rau nếu có.

2. CHỈ ĐỊNH Tất cả các sản phụ sau đẻ đường âm đạo.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH Rau cài răng lược

4. THẬN TRỌNG

- Đẻ nhiều lần
- Đa ối

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, túi đong 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoa hoa Benh vien tu nhan Viet Nam_03/05/2024 15:28:08

- 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 người bệnh (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. Nghiệm pháp bong rau

- Nghiệm pháp bong rau được tiến hành sau khi sổ thai và đã được tiêm oxytocin giai đoạn III, tức là khi rau đã được bong hoàn toàn.
- Hộ sinh dùng cạnh bàn tay đặt lên bờ trên khớp vệ, ấn vào đoạn dưới tử cung để đẩy tử cung lên phía xương ức, đồng thời theo dõi sự di chuyển của cuống rau ở âm đạo:
- Nếu kìm kẹp cuống rau bị kéo lên trên theo sự di chuyển của đáy tử cung là rau chưa bong khỏi thân tử cung.
- Nếu kìm kẹp cuống rau di động ít hay đứng nguyên là rau đã xuống đoạn dưới.
- Nếu kìm kẹp cuống rau tụt xuống thấp hơn là rau đã xuống đến âm đạo.
- Cầm kìm kẹp dây rau kép nhẹ sẽ thấy tử cung không di động, nếu rau đã bong hết

** Chú ý:*

- Sau khi làm nghiệm pháp, nếu thấy rau chưa bong hoặc bong ít chưa xuống tới âm đạo thì phải chờ thêm, lúc này có thể đẩy nhẹ vào đáy tử cung để kích thích cơn co tử cung.
- Khi thấy rau đã bong hoàn toàn và xuống đến âm đạo (rau bong theo kiểu này gọi là sổ rau tự nhiên), hộ sinh tiến hành đỡ rau.

6.2. Đỡ rau

Bước 1: Hộ sinh một tay ấn vào đáy tử cung, tay kia cầm kìm kẹp cuống rau kéo nhẹ để rau tự ra ngoài.

Bước 2: Sau khi rau đã sổ, hộ sinh để thấp bánh rau xuống dưới âm hộ để trọng lượng bánh rau sẽ kéo làm cho màng rau bong nốt.

Bước 3: Nếu màng rau bị xoắn thì lựa chiều xoay bánh rau để kéo toàn bộ màng rau còn lại ra ngoài (tránh giật mạnh sẽ gây sót màng rau)

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

* Chú ý: sau khi sổ thai quá 30 phút mà rau vẫn chưa bong, hộ sinh mời bác sĩ để xin chỉ định bóc rau, có thể bác sĩ hoặc hộ sinh tiến hành bóc rau nhân tạo.

6.3. Kiểm tra bánh rau và màng rau

Bước 1: Đặt bánh rau lên một khay phẳng.

Bước 2: Kiểm tra từng múi rau xem có đủ không và xem mặt ngoại sản mạc:

- Bình thường: bánh rau có khoảng 18-20 múi, rau màu dỏ sẫm, bóng hơi sần sùi, xung quanh mỗi múi có rãnh nhỏ.
- Nếu sót rau: chỗ sót sẽ lõm xuống, mất độ bóng, nham nhở, rỉ máu (dù sót ít hoặc nghi ngờ phải kiểm soát tử cung)

Bước 3: Đo đường kính bánh rau (trung bình 15cm), chỗ dày nhất của bánh rau (2-3cm) ở giữa, càng ra ngoài càng mỏng, chỗ mỏng nhất 0,5cm.

** Chú ý:*

- Nếu rau tiền đạo thì đường kính sẽ lớn hơn nhưng độ dày thì mỏng hơn.
- Mặt bánh rau có thể có khối huyết tụ sau rau đè vào cũng làm cho mặt bánh rau lõm xuống trong trường hợp rau bong non.
- Mặt bánh rau có thể có những đường trắng do sơ hoá, thường gặp trong nhiễm độc thai nghén.
- Bánh rau to phù, màu nhạt trong bệnh phù rau thai.

6.4. Kiểm tra màng rau

Bước 1: NHS cho ngón tay qua lỗ rách của màng rau kéo nhẹ màng rau ra.

Bước 2: Đặt bánh rau lên lòng bàn tay và nâng lên cao, các màng rau sẽ rủ xuống xung quanh, kiểm tra xem lỗ vỡ của màng rau có gọn hay không? Nếu nham nhở có thể sót màng rau. Nếu sót trên 1/4 màng rau thì phải kiểm soát tử cung để lấy hết màng rau.

Bước 3: Dùng thước đo để đo màng rau từ chỗ bám ở mép bánh rau đến chỗ vỡ của màng rau. Nếu số đo ở đoạn màng rau ngắn nhất nhỏ hơn 10cm là rau bám thấp, nếu trên 10cm là rau bám bình thường.

Bước 4: Kiểm tra các mạch máu để phát hiện bánh rau phụ: nhìn phía nội sản mạc, nếu có những mạch máu đi ra vùng màng rau có thể có bánh rau phụ phải kiểm soát tử cung xem có sót rau không.

Bước 5: Quan sát màu sắc của màng rau (màng trắng bình thường hay màng vàng úa).

6.5. Kiểm tra dây rau (cuống rốn)

Để phát hiện những nguyên nhân bất thường ảnh hưởng đến thai nhi.

Bước 1: Đo chiều dài của dây rốn (đo phần dây rốn dính vào thai nhi và phần dây rốn còn lại của bánh rau, bình thường 40-60cm)

Bước 2: Kiểm tra màu sắc: trắng tươi hay vàng úa

Bước 3: Kiểm tra độ to, nhỏ dây rốn, có xoắn hay không.

Bước 4: Kiểm tra vị trí bám của dây rốn vào bánh rau.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

- Bình thường ở chính giữa bánh rau và cung cấp đều các mạch máu cho các múi rau (dây rốn bám giữa)
- Dây rốn bám bên (bám lệch về một phía của bánh rau).
- Dây rốn bám màng: dây rốn bám ở màng bánh rau, trường hợp này hay có bánh rau phụ kề đó.

6.6. Cân rau

- Trọng lượng của bánh rau của thai đủ tháng bằng 1/6 trọng lượng thai nhi (thai càng ít tháng trọng lượng rau càng nặng so với trọng lượng thai)

6.7. Kết thúc quy trình

- Thu dọn rau và dụng cụ theo quy định.
- 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. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Đứt dây rốn

Choáng do đau

Lộn tử cung

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Sót rau và màng rau

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

Bệnh viện Phụ sản Trung ương (2022): Phác đồ điều trị

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Bien Nam_08/05/2026 15:28:08

164. KIỂM SOÁT TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Kiểm soát tử cung là thủ thuật tiến hành sau khi rau đã sổ hoặc ngay khi bóc rau nhân tạo để kiểm tra xem có sót rau hoặc sót màng hay không và kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu sau khi sổ rau
- Sót rau, sót màng rau
- Kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung.
- Tử cung có sẹo mổ cũ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Sản phụ đang choáng, phải hồi sức rồi mới kiểm soát tử cung

4. THẬN TRỌNG Mẹ có bệnh lý cấp và mãn tính

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…

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, túi đong 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Vien Sau Phoi Benh...Nam_06/03/2025 15:28:08

- 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 người bệnh (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. Bước 1: Một tay đặt trên bụng để cố định tử cung. Đưa tay vào buồng tử cung tới tận đáy tử cung, rồi kiểm tra lần lượt: đáy tử cung, mặt trước, mặt sau, hai bờ và hai sừng tử cung bằng các đầu ngón tay.

6.2. Bước 2: Nếu thấy các mảnh rau và các màng rau thì vét nhẹ nhàng, đồng thời kiểm tra xem tử cung có bị rạn nứt không.

6.3. Bước 3: Kiểm tra xong mới rút tay ra, tránh đưa tay ra nhiều lần.

6.4. Bước 4: Sau khi kiểm soát nếu tử cung co hồi không tốt thì tay trong buồng tử cung nâng đáy tử cung lên sát thành bụng, dùng tay bên ngoài xoa bóp tử cung tới khi tử cung co chặt thì mới rút tay ra.

6.5. 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. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Choáng do đau hoặc mất máu
- Đờ tử cung sau đẻ

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Sót rau và màng rau

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm khuẩn hậu sản

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

Bệnh viện Phụ sản Trung ương (2022): Phác đồ điều trị

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

165. BÓC RAU NHÂN TẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

Bóc rau nhân tạo là cho tay vào buồng tử cung để lấy rau ra sau khi thai đã sổ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ thất bại
- Chảy máu trong thời kỳ sổ rau khi rau còn nằm trong buồng tử cung
- Những trường hợp cần kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung sau khi sổ thai, phải bóc rau nhân tạo ngay để kiểm soát buồng tử cung, như nghi vỡ tử cung sau khi làm thủ thuật đường dưới khó khăn (forceps cao, nội xoay thai, cắt thai...)

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Sản phụ đang choáng, phải hồi sức rồi mới bóc rau nhân tạo.

4. THẬN TRỌNG

- Sản phụ bệnh lý mạn tính
- Nghi ngờ rau cài răng lược

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 tử cung…

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, túi đong 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hiển hoa Bệnh viện tư nhân Việt Nam_18/03/2025 15:28:08

- 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 người bệnh (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. Bước 1: Đưa tay vào tử cung lần theo dây rốn tới vùng rau bám, dùng bờ trong của bàn tay tách bánh rau khỏi thành tử cung. Nếu bàn tay không đưa được vào BTC, thủ thuật viên nên chờ một lát, rồi dùng tay nong từ từ để vào buồng tử cung.

6.2. Bước 2: Tay trên bụng cố định đáy tử cung.

6.3. Bước 3: Khi rau bong hết thì tay trong tử cung đẩy bánh rau ra ngoài.

6.4. Bước 4: Sau khi bóc rau nhân tạo phải kiểm soát buồng tử cung ngay.

6.5. Bước 5: Thuốc co tử cung:

+ Oxytocin 10 đv tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch và Ergometrin 0,2 mg tiêm bắp hoặc cơ tử cung và Duratocin 100mcg tiêm tĩnh mạch

+ Misoprostol 200 mcg ngậm dưới lưỡi 1 - 2 viên hoặc đặt hậu môn 3 - 4 viên.

6.6. Bước 6: Nếu không bóc được bánh rau vì rau bám chặt hoặc rau cài răng lược thì không được cố sức bóc, phải chuyển phẫu thuật cắt tử cung.

6.7 Kết thúc quy trình

- Tháo găng, rửa tay.
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Theo dõi co hồi của tử cung, lượng máu chảy từ tử cung ra.
- 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

- Choáng do đau hoặc mất máu
- Tổn thương tử cung - cổ tử cung
- Đờ tử cung sau đẻ

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Sót rau và màng rau

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm khuẩn hậu sản

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

Bệnh viện Phụ sản Trung ương (2022): Phác đồ điều trị

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoi hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

166. CẮT VÀ KHÂU TẦNG SINH MÔN

1. ĐẠI CƯƠNG

Trong khi đẻ, tầng sinh môn có thể bị rách gây ra sẹo xấu, nếu rách to thương tổn cơ thắt hậu môn trở nên rất nguy hiểm. Một số sản phụ có tầng sinh môn dày, cứng làm cho thì sổ của thai nhi lâu và khó khăn gây ngạt hoặc sang chấn não cho thai nhi non tháng.

Để tránh những thương tổn đó, người ta cắt tầng sinh môn khi đẻ và khâu lại. Ngoài ra cắt tầng sinh môn còn được áp dụng trong các thủ thuật lấy thai đường dưới như forceps, giác hút…

2. CHỈ ĐỊNH

- Người mẹ
- Âm hộ hẹp, tầng sinh môn ngắn và rắn.
- Âm hộ và tầng sinh môn phù nề.
- Thai nhi
- Thai to.
- Thai non tháng, thai suy.
- Các ngôi thai có khó khăn khi sổ.
- Thủ thuật đẻ đường dưới (nếu cần): Forceps, giác hút sản khoa,…

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH Khi không lấy thai được đường dưới.

4. THẬN TRỌNG

- Tiền sử mổ chấn thương tầng sinh môn
- Tiền sử mổ dò hậu môn

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.
- 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.
- 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 người bệnh (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. Bước 1: Cắt tầng sinh môn

Cắt ở vị trí 7 giờ, chếch 45^o so với đường trục âm hộ, dài 4 - 5 cm tùy mức cần thiết.

Thường chỉ cắt một bên là đủ; rất hãn hữu trong những thai to, sổ khó có thể cắt cả hai bên.

Dùng kéo thẳng, đầu tù, lưỡi dài và sắc.

6.2. Bước 2: Khâu tầng sinh môn

- Chỉ khâu tầng sinh môn khi chắc chắn rau thai đã sổ, đã kiểm soát được đờ tử cung và các sang chấn đường sinh dục.

- Nếu đường cắt tầng sinh môn không rách thêm, chúng ta sẽ thực hiện 3 mũi khâu vắt…

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan benh vien tu nhan Viet Nam 08/05/2025 15:28:08

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

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

- Ở những cơ sở y tế không có chỉ đảm bảo cho khâu vắt chúng ta có thể khâu mũi rời với 3 thì khâu như trên. Lớp ngoài cùng nên khâu mũi rời bằng chỉ không tiêu và sẽ cắt chỉ ngoài da sau 5 ngày.
- Nếu vết rách sau ở trong âm đạo và rách sâu ở tầng sinh môn thì chúng ta phải khâu mũi rời.
- Khâu da nên khâu mũi vắt dưới da hoặc trong da bằng chỉ vicryl rapid để cho sẹo nhỏ và mềm mại.

6.3 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. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật Choáng do đau hoặc mất máu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu: có thể chảy máu kéo dài thành khối máu tụ to dần.

7.3. Biến chứng muộn

Nhiễm trùng vết khâu, có thể toác vết khâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

Bệnh viện Phụ sản Trung ương (2022): Phác đồ điều trị

167. FORCEPS

1. ĐẠI CƯƠNG

Làm forceps là thủ thuật dùng kìm cặp vào đầu thai nhi để kéo ra ngoài âm hộ.

Điều kiện:

- Thai sống
- Đầu lọt trung bình hoặc thấp
- Cổ tử cung mở hết
- Ối vỡ hoàn toàn hoặc bấm ối

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Về phía mẹ

- Mẹ mệt, rặn không sổ.
- Mẹ có chống chỉ định cho rặn: bệnh lý nội khoa (tim, phổi, thận, thần kinh), tử cung có sẹo mổ cũ, tiền sản giật nặng, sản giật...
- Tầng sinh môn rắn, không giãn nở.

2.2. Về phía thai

- Thai suy.
- Forceps đầu hậu trong ngôi mông.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH Ngôi thai chưa lọt

4. THẬN TRỌNG

- Mẹ bệnh lý cấp mạn tính nặng
- Mẹ có sẹo mổ cũ ≥ 2 lần

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…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Forceps.
- 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, túi đong máu.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hanh hoa Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

- Máy monitoring sản khoa.

- 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 người bệnh (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 hoặc phòng phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Xác định ngôi, thế, kiểu thế, độ lọt và điều kiện làm forceps

- Bác sĩ rửa tay, đi găng (theo quy trình rửa tay ngoại khoa).

6.1. Bước 1: Đặt cành forceps

Đặt cành trái

- Dùng hai ngón tay phải đưa vào bên trái khung chậu (giữa đầu thai nhi và âm đạo), nhằm mục đích bảo vệ và hướng dẫn khi đặt cành forcep.
- Cầm cành trái bằng tay trái, đưa nhẹ nhàng cán và thân cành forceps vào vị trí giữa đầu thai nhi và hai ngón tay phải. Lúc đầu cành forceps ở tư thế thẳng đứng, sau khi đã ôm đầu thai nhi thì chuyển hướng thành ngang.
- Đưa cành trái forcep cho người phụ giữ.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien Viet Nam_08/01/2026 15:28:08

Đặt cành phải

- Đặt tiếp cành thứ hai, đối xứng để khớp với cành thứ nhất (thao tác tương tự như trên). Nếu cành thứ hai không khớp được với cành thứ nhất cần đặt lại

6.2. Bước 2: Khớp cành và kéo

- Khớp hai cành với nhau.
- Kéo từ từ theo cơ chế đẻ bằng sức của cẳng tay, tốt nhất trong cơn co phối hợp với sức rặn của người mẹ, trừ trường hợp có chống chỉ định rặn.
- Cắt tầng sinh môn giữa hai cành forceps.

6.3. Bước 3: Tháo cành forceps

- Khi đường kính lớn nhất của đầu thai nhi (lưỡng đỉnh) qua âm hộ thì ngừng kéo để tháo cành. Cành đặt sau lấy ra trước, cành đặt trước lấy ra sau.
- Đỡ thai nhi như đỡ đẻ thường.
- Đỡ rau như thường lệ bằng phương pháp xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ.
- Kiểm tra tổn thương cổ tử cung âm đạo và tầng sinh môn.
- Khâu tầng sinh môn và các vết rách.

6.4. Kết thúc quy trình

- Tháo găng, rửa tay.
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Kiểm tra tình trạng sơ sinh để phát hiện các tai biến (nếu có)
- 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

- Rách âm hộ, âm đạo, cổ tử cung
- Tổn thương tử cung và đoạn dưới

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Băng huyết sau đẻ
- Sơ sinh: liệt dây thần kinh, sang chấn não, chảy máu màng não...

7.3. Biến chứng muộn

- Di chứng sơ sinh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

Bệnh viện Phụ sản Trung ương (2022): Phác đồ điều trị

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phep noi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

168. GIÁC HÚT

1. ĐẠI CƯƠNG

- Giác hút sản khoa là một thủ thuật sản khoa dùng dụng cụ tạo lực hút chân không tác động lên đầu thai (ngôi chỏm) để kéo thai ra ngoài.
- Điều kiện:
- Thai sống.
- Ngôi chỏm.
- Cổ tử cung mở hết.
- Đầu lọt thấp.
- Ối đã vỡ hay đã bấm ối.

2. CHỈ ĐỊNH

- Giai đoạn hai kéo dài.
- Nghi ngờ suy thai (nước ối có phân su).
- Tử cung có sẹo mổ cũ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Mẹ có bệnh nội khoa không được phép rặn đẻ (thay thế bằng forceps).
- Các ngôi không phải ngôi chỏm.
- Thai non tháng.
- Đầu có bướu huyết thanh to.
- Đầu chưa lọt thấp.
- Suy thai.

4. THẬN TRỌNG

- Đầu thai có bướu huyết thanh
- Mẹ có bệnh nội khoa

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…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Giác hút.
- 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…

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien Phu San Viet Nam_08/03/2024 15:28:08

- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, túi đong máu.

- Máy monitoring sản khoa.

- 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 người bệnh (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

- Xác định ngôi, thế, kiểu thế, độ lọt và điều kiện làm giác hút.

- Bác sĩ rửa tay, đi găng (theo quy trình rửa tay ngoại khoa).

6.1. Bước 1: Kiểm tra lại kiểu thế và độ lọt của ngôi.

6.2. Bước 2: Đặt chụp giác hút

- Chọn chụp giác hút thích hợp với kích thước đầu và trọng lượng của thai
- Cầm nghiêng chụp giác hút khi đưa vào âm đạo, đặt vào ngôi thai. Đặt chụp giác hút vào vùng chẩm của thai, không chùm lên thóp sau.

6.3. Bước 3: Hút chân không

- Tạo áp lực âm bằng cách bơm tới 0,2 kg/cm2, kiểm tra lại chụp giác hút tại nơi bám bằng ngón tay trỏ và giữa bàn tay phải.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoi hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

- Nếu hút phải phần mềm (thành âm đạo, cổ tử cung) hoặc chụp bị kênh thì tháo hơi và đặt lại.
- Tăng áp lực hút đến 0,7 - 0,8 kg/cm2

6.4. Bước 4: Kéo thai

- Khi áp lực hút đủ thì bắt đầu kéo trong lúc có cơn co tử cung và phối hợp với sức rặn của sản phụ. Dây kéo luôn luôn thẳng góc với diện chụp, kéo bằng sức của cẳng tay. Cắt tầng sinh môn nếu cần.
- Khi hạ chẩm tì vào khớp vệ thì kéo lên cho đầu sổ. Sau đó tháo hơi từ từ, bỏ chụp ra ngoài, cho sản phụ rặn tiếp một hơi, đầu thai nhi sẽ sổ ra âm hộ, đỡ đẻ như bình thường.

Chú ý:

- Thời gian bơm hút hơi cũng như lúc xả hơi phải kéo dài 1 - 2 phút.
- Theo dõi tiến triển của ngôi sau mỗi cơn co. Tầng sinh môn phải giãn sau lần kéo thứ 2.
- Không được kéo lâu quá 10 phút hoặc quá 4 cơn co.
- Nếu trong lúc đang kéo, giác hút bị trượt, chỉ đặt lại chụp một lần nữa và không quá 1 lần

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến cho mẹ: rách cổ tử cung, rách âm đạo sâu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Băng huyết sau đẻ
- Tụ máu tầng sinh môn
- Sơ sinh: liệt dây thần kinh, sang chấn não, chảy máu màng não...

7.3. Biến chứng muộn

- Di chứng sơ sinh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

Bệnh viện Phụ sản Trung ương (2022): Phác đồ điều trị

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien Nhi nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

169. HỦY THAI: CẮT THAI NHI TRONG NGÔI NGANG

1. ĐẠI CƯƠNG

Hủy thai là những thủ thuật làm khi thai nhi ngôi ngang đã chết hoặc thai bất thường với mục đích làm nhỏ tổ chức thai nhi để lấy thai dễ dàng qua đường âm đạo

2. CHỈ ĐỊNH

- Thai dưới 28 tuần
- Thai nhi ngôi ngang đã chết và gia đình đồng ý hủy thai.
- Thai bất thường đã được chẩn đoán trước sinh có chỉ định ngừng thai nghén và gia đình đồng ý hủy thai.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gia đình không đồng ý hủy thai.
- Thai bất thường nhưng chưa được chẩn đoán trước sinh dù tiên lượng đẻ ra sẽ chết.
- Cổ tử cung (CTC) chưa mở thuận lợi
- Tử cung dị dạng hoặc có sẹo mổ cũ ở tử cung từ 2 lần trở lên
- Mẹ bị bệnh lý nặng

4. THẬN TRỌNG

- Thai trên 28 tuần
- Mẹ bệnh lý cấp, mạn tính
- Tử cung có sẹo mổ cũ

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…

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

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 người bệnh (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 hoặc phòng thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Mặc áo, đeo găng vô khuẩn

6.2. Bước 2: Đánh giá lại tình trạng người bệnh và tư vấn cho người bệnh

6.3. Bước 3: Siêu âm đầu dò đường bụng để đánh giá về tư thế nằm của thai và vị trí chân thai nhi.

6.4. Bước 4: Giảm đau toàn thân hoặc gây tê tại chỗ cho người bệnh

6.5. Bước 5: Tiến hành hủy thai

Trường hợp 1: ngôi ngang buông trôi

- Cần dùng 2 van âm đạo bộc lộ rõ CTC (người phụ 1 giữ van). Dùng kẹp hình tim cặp cố định CTC ở vị trí 12 giờ.
- Tay trái giữ tay thai sa vào âm đạo, tay phải dùng kéo cắt nách thai sau đó dùng panh gắp tổ chức phổi, gan và ruột làm cho thai gập lại
- Người phụ 2 cầm đầu dò máy siêu âm giúp người làm xác định được vị trí chân thai nhi. Dùng panh đầu kẹp lớn, khỏe, có răng cưa (panh Ipas, panh Sopher, panh Bierer...) gắp chân thai nhi dưới hướng dẫn của siêu âm và kéo chân thai nhi xuống để trở thành đại kéo thai trong ngôi ngược hoặc dùng panh gắp vào cột sống kéo cho thai nhi gập lại và kéo ra ngoài trong trường hợp không quan sát được vị trí chân thai nhi.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hethong Benhvien Nhan Viet Nam_08/0.../2025 15:28:08

Trường hợp 2: các trường hợp khác

- Cần dùng 2 van âm đạo bộc lộ rõ CTC (người phụ 1 giữ van). Dùng kẹp hình tim cặp cố định CTC ở vị trí 12 giờ.
- Người phụ 2 cầm đầu dò máy siêu âm giúp người làm xác định được vị trí chân thai nhi.
- Dùng panh đầu kẹp lớn gắp chân thai nhi dưới hướng dẫn của siêu âm và kéo chân thai nhi xuống để trở thành đại kéo thai trong ngôi ngược
- Chọc sọ trong các trường hợp CTC chưa mở nhiều để tránh rách CTC:
- Người phụ 1 cầm thai nhi kéo xuống dưới
- Người làm dùng ngón trỏ và giữa tay trái che CTC, tay phải dùng kéo mũi nhọn chọc sọ ở chỗ gáy phía trước 2 ngón tay của bàn tay trái. Sau đó mở rộng kéo để cho tổ chức não thoát ra nhằm làm giảm kích thước sọ để sổ dễ dàng hơn.
- Gắp rau, nạo buồng tử cung bằng dụng cụ
- Kiểm tra và khâu lại rách cổ tử cung, âm đạo, tầng sinh môn (nếu có) bằng chỉ Vicryl.

6.6. 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. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Rách âm hộ, âm đạo, cổ tử cung
- Tổn thương tử cung và đoạn dưới

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Băng huyết sau đẻ

7.3. Biến chứng muộn

- Sót rau.
- Nhiễm khuẩn hậu sản

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

170. HỦY THAI: CHỌC ÓC, KẸP SỌ, KÉO THAI

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hien hoa Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

Chọc sọ và kẹp đỉnh sọ là những thủ thuật làm khi thai nhi đã chết hoặc thai bất thường với mục đích làm nhỏ đường kính đầu thai nhi để lấy thai dễ dàng qua đường âm đạo.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thai chết
- Thai bất thường có chỉ định ngừng thai nghén

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dọa vỡ tử cung
- Thai còn sống dù tiên lượng đẻ ra chắc chết.
- Cổ tử cung chưa thuận lợi

4. THẬN TRỌNG

- Mẹ bệnh lấy cấp, mạn tính
- Tử cung có sẹo mổ cũ
- Dị dạng sinh dục

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…

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien Phu san Thanh hoa_08/05/2025 15:28:08

- 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 người bệnh (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 hoặc phòng thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Mặc áo, đeo găng vô khuẩn

6.2. Bước 2: Đánh giá lại tình trạng và tư vấn cho người bệnh/ sản phụ

6.3. Bước 3: Siêu âm đầu dò đường bụng để đánh giá về tư thế nằm của thai

6.4. Bước 4: Giảm đau toàn thân hoặc gây tê tại chỗ cho người bệnh

6.5. Bước 5: Tiến hành chọc sọ, hủy thai

- Người phụ 1 cầm thai nhi kéo xuống dưới

- Người làm dùng ngón trỏ và giữa tay trái che CTC, tay phải dùng kéo mũi nhọn chọc sọ ở chỗ gáy phía trước 2 ngón tay của bàn tay trái. Sau đó mở rộng kéo để cho tổ chức não thoát ra nhằm làm giảm kích thước sọ để sổ dễ dàng hơn.

- Trong một số trường hợp có thể dùng pince 4 răng đưa qua vị trí chọc sọ để kẹp vào nền sọ và kéo thai

6.6. Bước 6: Gắp rau, nạo BTC bằng dụng cụ

6.7. Bước 7: Kiểm tra và khâu lại rách cổ tử cung, âm đạo, tầng sinh môn (nếu có) bằng chỉ Vicryl.

6.8. 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van Lu Hiep tai Benh vien tu nhan Tien Tam_28/08/2024 15:28:08

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Rách âm hộ, âm đạo, cổ tử cung
- Tổn thương tử cung và đoạn dưới

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Băng huyết sau đẻ

7.3. Biến chứng muộn

- Sót rau.
- Nhiễm khuẩn hậu sản

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2015). Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ Chăm sóc sức khỏe sinh sản

Bệnh viện Phụ sản Trung ương (2022): Phác đồ điều trị

171. KHÂU PHỤC HỒI RÁCH CỔ TỬ CUNG

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop.Vien.vietnhatVietNam_08/05/2025 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

- Rách cổ tử cung (CTC) là thương tổn thường gặp có hoặc không kèm theo rách âm đạo và tầng sinh môn. Tùy theo tổn thương để phân loại độ rách:
- Rách CTC dưới chỗ bám của thành âm đạo, tổn thương nhẹ, chảy máu ít nhiều tùy theo vị trí rách.
- Rách CTC trên chỗ bám của thành âm đạo, tổn thương nhẹ, chảy máu ít, nhiều tùy theo vị trí rách.
- Khi có chảy máu nghi ngờ rách CTC, cần dùng 2 van âm đạo bộc lộ rõ âm đạo, CTC. Dùng 2 kẹp hình tim cặp từng phần CTC để phát hiện tổn thương giữa 2 cặp, đánh giá tất cả các vết rách để xử trí kịp thời có hiệu quả.

2. CHỈ ĐỊNH

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ rách đoạn dưới tử cung, vỡ tử cung

4. THẬN TRỌNG

Dị dạng 2 cổ tử cung

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.
- 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.
- 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hieu ho Benh vien tu nhan viet Nam_06/05/2025 15:28:08

- 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 người bệnh (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 hoặc phòng thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Sát trùng âm đạo, tầng sinh môn; thông tiểu, người phụ giữ van bộc lộ âm đạo, CTC

6.2. Bước 2: Đánh giá mức độ, vị trí rách cổ tử cung

6.3. Bước 3: Khâu vùng rách cổ tử cung. Chú ý quan sát rõ hai mép rách để khâu và tránh khâu nhầm môi dưới và môi trên ở hai bên. Khâu bằng chỉ tự tiêu.

6.4. Bước 4: Khâu lại vết rách ngoài cổ tử cung, cùng đồ (nếu có) bằng chỉ tiêu mũi rời.

6.5. Bước 5: Sát trùng âm đạo, cổ tử cung sau khi khâu xong.

6.6 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. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Choáng do đau hoặc mất máu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu: có thể chảy máu kéo dài thành khối máu tụ to dần.

7.3. Biến chứng muộn

Nhiễm trùng vết khâu, có thể toác vết khâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

Bệnh viện Phụ sản Trung ương (2022): Phác đồ điều trị.

172. KHÂU PHỤC HỒI RÁCH ÂM ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Rách âm đạo thường xảy ra sau đẻ thường hoặc đẻ thủ thuật như forceps, giác hút… Rách âm đạo thường kèm theo rách tầng sinh môn. Tùy theo tổn thương người ta chia rách âm đạo ra 3 loại:
- Rách âm đạo ở mức thấp: là loại rách ở 1/3 dưới âm đạo, thường kèm theo rách âm hộ và tầng sinh môn.
- Rách âm đạo ở phần giữa: ít gặp hơn, tổn thương nặng, chảy máu nhiều hơn và khó phát hiện nếu không bộc lộ rõ.
- Rách âm đạo cao: là rách ở 1/3 trên âm đạo, ít gặp thường kèm theo rách cùng đồ.
- Rách âm đạo nếu không được phát hiện xử trí kịp thời có thể gây mất máu cấp, gây choáng và có khi tử vong.
- Tổn thương rách ở âm đạo có thể ở thành phải, thành trái hoặc thành sau âm đạo. Cần phải dùng 2 van âm đạo bộc lộ từng phần của âm đạo: mặt dưới, mặt bên phải, mặt bên trái, phía trên và cùng đồ để đánh giá và phân loại tổn thương mới có thể có thái độ xử trí đúng đắn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chỉ định khâu phục hồi âm đạo phải được thực hiện ngay sau khi chẩn đoán tổn thương âm đạo để tránh mất máu cho sản phụ.
- Thủ thuật đẻ đường dưới (nếu cần): Forceps, giác hút sản khoa,…

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH Nghi ngờ rách đoạn dưới tử cung, vỡ tử cung

4. THẬN TRỌNG

- Dị dạng âm đạo
- Tổn thương tạng lân cận

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.
- 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Tiep nhan benh vien tu nhan viet nam_08/05/2026 15:28:08

- 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 người bệnh (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 hoặc phòng thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Khâu lại vết rách âm đạo.

- Khâu từ trên xuống dưới.
- Khâu 1 lớp khâu vắt (bằng chỉ vicryl hay chỉ tự tiêu khác) nếu rách nông.
- Khâu nhiều lớp, khâu mũi rời bằng chỉ tự tiêu nếu rách sâu, phức tạp. Lớp trên khâu chồng lên lớp dưới để tránh máu tụ, lớp dưới phải khâu sâu đảm bảo vừa sát qua đáy của tổn thương để đề phòng máu tụ mà lại không vào trực tràng.

6.2. Bước 2: Sát trùng âm đạo sau khi khâu xong

6.3. Bước 3: Cho 1 ngón tay vào hậu môn kiểm tra xem có khâu vào trực tràng không, nếu có phải cắt chỉ khâu lại.

6.4. Bước 4: Sát trùng hậu môn

6.5. Kết thúc quy trình

- Tháo găng, rửa tay.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_28/03/2025 15:28:08

- 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

- Choáng do đau hoặc mất máu
- Chảy máu âm đạo. Nếu có chảy máu phải kiểm tra khâu lại.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi tụ máu: có khối máu tụ, thai phụ thường tức vùng âm đạo, có cảm giác chèn ở vùng hậu môn trực tràng và có cảm giác mót rặn. Kiểm tra âm đạo và cắt chỉ lấy hết máu tụ, khâu lại cho hết phần đáy, khâu mũi rời nhiều lớp tránh để khe hở.
- Theo dõi lượng máu mất và các xét nghiệm hồng cầu, hemoglobin khi cần thiết phải truyền máu.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng vết khâu, có thể toác vết khâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

Bệnh viện Phụ sản Trung ương (2022): Phác đồ điều trị

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu benh vien ... Nam_08/05/2025 15:28:08

173. KHÂU PHỤC HỒI RÁCH ÂM HỘ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Rách âm hộ thường xảy ra sau đẻ thường hoặc đẻ thủ thuật như forceps, giác hút, rách sau chấn thương… Rách âm hộ thường kèm theo rách âm đạo và rách tầng sinh môn.

- Rách âm hộ nếu không được phát hiện xử trí kịp thời có thể mất máu, tụ máu, nhiễm trùng âm hộ âm đạo.

- Tổn thương rách ở âm hộ có thể ở môi bé, môi lớn, tiền đình, âm vật.

2. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định khâu phục hồi âm hộ phải được thực hiện ngay sau khi chẩn đoán tổn thương âm hộ để tránh mất máu và nhiễm trùng cho sản phụ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Nghi ngờ rách đoạn dưới tử cung, vỡ tử cung

4. THẬN TRỌNG: Tổn thương tạng lân cận

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.
- 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.
- 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hanh hoa Benh vien tu nhan viet nam_28/03/2024 15:28:08

- 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 người bệnh (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 hoặc phòng thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Khâu lại vết rách âm hộ

Khâu từ trên xuống dưới.

Khâu 1 lớp khâu vắt (bằng chỉ vicryl hay chỉ tự tiêu khác) nếu rách nông.

Khâu nhiều lớp, khâu mũi rời bằng chỉ tự tiêu nếu rách sâu, phức tạp. Lớp trên khâu chồng lên lớp dưới để tránh máu tụ, lớp dưới phải khâu sâu đảm bảo vừa sát qua đáy của tổn thương để đề phòng máu tụ.

6.2. Bước 2: Sát trùng âm hộ, âm đạo sau khi khâu xong

6.3. 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. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu âm hộ, âm đạo. Nếu có chảy máu phải kiểm tra khâu lại.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tụ máu âm hộ, âm đạo.
- Theo dõi lượng máu mất và các xét nghiệm hồng cầu, hemoglobin khi cần thiết phải truyền máu.

7.3. Biến chứng muộn

Nhiễm trùng vết khâu, có thể toác vết khâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2016). Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản
Bệnh viện Phụ sản Trung Ương (2022): Phác đồ điều trị

174. CẶP, KÉO CỔ TỬ CUNG CẦM MÁU SAU ĐẺ; SAU SẢY; SAU NẠO

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu dien tu mien Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

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.
- Cặp kéo cổ tử cung là thủ thuật cặp cổ tử cung ở một số vị trí nhất định và kéo liên tục nhằm mục đích cầm máu tạm thời.

2. CHỈ ĐỊNH

Cầm máu tạm thời trong thời gian chuyển sản phụ đến phòng phẫu thuật

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Còn sót thai, sót rau trong buồng tử cung.

4. THẬN TRỌNG

- Khi có sẹo mổ cũ ở tử cung, dị dạng đường sinh dục
- Rách cổ tử cung
- Nghi ngờ vỡ tử cung.

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: 02 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.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hanh hoa Benh vien tu nhan Viet Nam 03/03/2026 15:28:08

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 người bệnh (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 hoặc phòng thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Sản phụ nằm ở tư thế sản khoa.

6.2. Bước 2: Bộc lộ âm hộ âm đạo, TSM.

6.3. Bước 3: Tìm nguyên nhân chảy máu và xử trí nguyên ngân.

6.4. Bước 4: Cặp kéo cổ tử cung.

- Cách 1: Dùng kẹp hình tim cặp cổ tử cung (tuỳ tư thế tử cung mà kẹp môi trước hay môi sau cổ tử cung) kéo liên tục với lực vừa đủ.
- Cách 2: Dùng kẹp hình tim cặp cổ tử cung (01 cái ở vị trí 3h và 01 cái ở vị trí 9h) kéo liên tục với lực vừa đủ.

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.
- Theo dõi diễn biến người bệnh.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn mạch, huyết áp, nhịp thở, thông khí của sản phụ.
- Dùng kháng sinh

- Nếu sau 15 phút mà máu vẫn chảy nhiều hoặc các dấu hiệu sinh tồn của sản phụ xấu đi thì phải chuyển mổ cấp cứu xử lý theo tổn thương.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

a) Rách cổ tử cung: khâu phục hồi tổn thương

b) Choáng do đau, do mất máu: hồi sức, bù dịch…

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Nếu sau 15 phút mà máu vẫn chảy nhiều hoặc các dấu hiệu sinh tồn của sản phụ xấu đi thì phải chuyển mổ cấp cứu xử lý theo tổn thương

7.3. Biến chứng muộn:

Nhiễm trùng: dùng kháng sinh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

Quy trình kỹ thuật bệnh viện Phụ sản Trung ương 2022

hhbvtnvn.thanhhoa_Viện thư Hiệp hội bệnh viện tư nhân Việt Nam_08/05/2025 15:28:08

175. LẤY KHỐI MÁU TỤ ÂM ĐẠO; TẦNG SINH MÔN

1. ĐẠI CƯƠNG

Tụ máu âm đạo, tầng sinh môn là một trong những biến chứng thường gặp sau sinh, đặc biệt ở các sản phụ sinh con so, sinh nhanh, có cắt tầng sinh môn, tăng sinh mạch máu vùng tầng sinh môn và rối loạn đông máu. Tùy theo khối máu tụ ở cao hay thấp chia thành ba hình thái.

+ Khối máu tụ tiểu khung: Khối máu tụ ở trên cơ nâng hậu môn và dưới phúc mạc. Khối máu tụ thường là biến chứng của rách tử cung, rách âm đạo với đoạn dưới tử cung (vỡ tử cung dưới phúc mạc).

+ Máu tụ âm đạo

+ Máu tụ âm hộ

Cả hai loại sau đều ở dưới cơ nâng hậu môn, có thể phối hợp với nhau và tiên lượng như nhau.

2. CHỈ ĐỊNH

- Đứt các mạch máu lớn, khối máu tụ to nhanh lên nhiều.
- Đau nhiều, sản phụ không chịu được
- Khối máu tụ bị nhiễm khuẩn, có lỗ rò
- Khối máu tụ cản trở khi bóc rau nhân tạo hay kiểm soát tử cung

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khi khối máu tụ nhỏ dưới 4 cm, không to dần lên và không bị vỡ có thể để cho tiêu tự nhiên

4. THẬN TRỌNG

Cần chuẩn bị sẵn máu dự trữ tránh trường hợp cầm máu khó khăn gây mất máu quá nhiều.

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…

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.

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- 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

5.5. 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 hoặc phòng thủ thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thì 1: Rạch da: Đường rạch cần đảm bảo đủ rộng để tiếp cận dễ dàng vào khối máu tụ

Thì 2: Lấy khối máu tụ

- Lấy hết máu cục ra ngoài.
- Bơm rửa Povidone-iodine
- Khi đến đáy khối máu tụ thường sẽ thấy một vùng có máu loang ra đều khắp bề mặt. Khâu cầm máu hoặc đốt điện.

Thì 3: Khâu phục hồi thương tổn

- Sau khi cầm máu kỹ, khâu phục hồi theo các lớp giải phẫu. Khâu nhiều lớp, khâu mũi rời bằng chỉ tự tiêu nếu rách sâu, phức tạp. Lớp trên khâu chồng lên lớp dưới để tránh máu tụ, lớp dưới phải khâu sâu đảm bảo vừa sát qua đáy của tổn thương để đề phòng máu tụ mà lại không vào trực tràng.
- Cho 1 ngón tay vào hậu môn kiểm tra xem có khâu vào trực tràng không, nếu có phải cắt chỉ khâu lại
- Chèn gạc vào vị trí khối máu tụ nếu cần thiết. Nên đặt gạc nhẹ nhàng và cẩn thận để tránh làm tuột chỉ buộc vùng máu tụ và tránh gây sang chấn thêm.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

- Theo dõi toàn trạng, các dấu hiệu sinh tồn đặc biệt trong 24 giờ đầu sau thực hiện thủ thuật
- Theo dõi tình trạng ra máu âm đạo.
- Chăm sóc vệ sinh: Lau âm đạo, tầng sinh môn bằng dung dịch povidone-iodine hoặc các dung dịch sát trùng khác
- Chế độ ăn: Cho ăn lỏng sớm
- Chảy máu, tụ máu lại: Cần phải cầm máu kỹ.
- Rối loạn đông máu: Theo dõi, phát hiện, can thiệp kịp thời (truyền máu đúng chỉ định).
- Nhiễm trùng: Nên đặt thông bàng quang sau phẫu thuật 72 giờ để giữ sạch vết khâu. Cho kháng sinh, sát trùng âm đạo hàng ngày.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hieu hoa Benh vien nhi Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

176. ĐẶT BÓNG BUỒNG TỬ CUNG ĐỂ CẦM MÁU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Chảy máu sau đẻ là khi máu chảy từ đường sinh dục > 500 ml sau đẻ đường âm đạo và trên 1000 ml sau mổ lấy thai. Đờ tử cung là nguyên nhân chính gây chảy máu sau đẻ (chiếm 70 - 90 % các trường hợp).
- Đặt bóng buồng tử cung là thủ thuật được thực hiện khi chảy máu chưa cầm máu được vì các lý do khác nhau với mục đích là cầm máu tạm thời do áp lực của bóng chèn lên bề mặt diện chảy máu
- Có nhiều loại bóng chèn buồng tử cung: Bóng Bakri, ống thông Foley, bóng Rusch, bóng Senstaken - Blackmore, ống thông cao su...

2. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu sau đẻ do đờ tử cung không đáp ứng với thuốc co hồi tử cung hoặc không có sẵn thuốc co hồi tử cung.
- Chảy máu ở diện rau bám đoạn dưới tử cung.
- Cầm máu tạm thời trong thời gian chuyển sản phụ đến cơ sở, phòng thực hiện kỹ thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Còn sót thai, sót rau trong buồng tử cung.
- Ra âm đạo nhiều, phải mổ cấp cứu xử trí ngay.
- Nghi ngờ vỡ tử cung.
- Dị ứng với các thành phần của bóng

4. THẬN TRỌNG

- Khi có sẹo mổ cũ ở tử cung
- Ung thư cổ tử cung.
- Dị tật bẩm sinh ở tử cung.
- Nhiễm khuẩn âm đạo, cổ tử cung, tử cung đi kèm.

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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hinh hoa Benh vien nhan Viet Nam_04/05/2025 15:28:08

- Bóng chèn buồng tử cung (Bóng Bakri, ống thông Foley, bóng Rusch, bóng Senstaken - Blackmore, ống thông cao su…).

- 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 người bệnh (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 hoặc phòng thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Đánh giá toàn trạng sản phụ, mạch, huyết áp, nhịp thở, mức độ chảy máu và lượng máu mất. Siêu âm qua đường bụng để đảm bảo chắc chắn không có sót rau, sót thai hay sang chấn tử cung.

6.2. Bước 2: Đặt van bộc lộ cổ tử cung. Dùng kẹp hình tim kẹp cổ tử cung, kẹp tim thứ 2 kẹp đỉnh đầu bóng đưa qua lỗ cổ tử cung vào buồng tử cung đến chạm đáy buồng dưới hướng dẫn của siêu âm trên thành bụng. Đưa bóng vào nhẹ nhàng tránh dùng lực mạnh làm tổn thương tử cung.

6.3. Bước 3: Bơm nước muối qua ống thông làm căng phồng bóng cho đến khi quan sát trên siêu âm bóng áp sát vào thành tử cung. Không được bơm quá 500 ml.

6.4. Bước 4: Nối ống dẫn lưu của bóng ở ngoài âm hộ với túi đựng nước tiểu vô khuẩn để đo theo dõi lượng máu mất.

6.5. Bước 5: Đặt thông tiểu theo dõi lượng nước tiểu

6.6. 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.
- Theo dõi diễn biến người bệnh.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn mạch, huyết áp, nhịp thở, thông khí của sản phụ.
- Theo dõi hiệu quả cầm máu của bóng: cứ 15 phút/1 lần: đo lượng máu chảy ra túi đựng máu và co hồi tử cung tử cung, cũng như các dấu hiệu sinh tồn được cải thiện.
- Tiếp tục truyền oxytocin tĩnh mạch liên tục trong quá trình lưu bóng
- Thời gian lưu bóng tối đa 24 giờ.
- Dùng kháng sinh
- Nếu sau 15 phút mà máu vẫn chảy nhiều qua sonde dẫn lưu và/hoặc các dấu hiệu sinh tồn của sản phụ xấu đi thì phải chuyển mổ cấp cứu xử lý theo tổn thương và tháo bóng tại Phòng thực hiện kỹ thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

a) Vỡ tử cung: mổ xử trí theo tổ thương

b) Choáng do đau, do mất máu: hồi sức, bù dịch…

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nếu sau 15 phút mà máu vẫn chảy nhiều hoặc các dấu hiệu sinh tồn của sản phụ xấu đi thì phải chuyển mổ cấp cứu xử lý theo tổn thương

7.4. Biến chứng muộn:

Nhiễm trùng: dùng kháng sinh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

Quy trình kỹ thuật bệnh viện Phụ sản Trung ương 2022

177. ĐẶT BÓNG ÂM ĐẠO ĐỂ CẦM MÁU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Chảy máu sau đẻ là khi máu chảy từ đường sinh dục > 500 ml sau đẻ đường âm đạo. Chảy máu có thể từ buồng tử cung hoặc từ đoạn dưới tử cung, eo tử cung, cổ tử cung, đặc biệt hay gặp do rách âm đạo. Rách âm đạo có thể gặp do chấn thương khác.

- Đặt bóng 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 sau đẻ do chấn thương âm đạo phức tạp đã khâu phục hồi chưa kết quả
- Chảy máu âm đạo khác: vỡ nhân Chorio,...
- Cầm máu tạm thời trong thời gian chuyển sản phụ đến cơ sở, Phòng thực hiện kỹ thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Còn sót thai, sót rau trong buồng tử cung.
- Chảy máu từ buồng tử cung, tổn thương tử cung, cổ tử cung.

4. THẬN TRỌNG Mắc bệnh lý nội khoa nặng

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.
- Bóng chèn âm đạo.
- 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hanh ho Benh vien tu nhan Viet Nam 06/03/2026 15:28:08

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 người bệnh (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 hoặc phòng thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Kiểm tra đánh giá lại chắc chắn không có tổn thương tử cung và cổ tử cung.

6.2. Bước 2: Đặt bóng và bơm bóng

Đưa đầu thông vào sát cùng đồ => Bơm 100 ml – 200 ml nước muối qua cớp ống thông làm căng phồng bóng sao cho bóng chèn sát vào thành âm đạo.

6.3. Bước 3: Nối ống dẫn lưu của bóng ở ngoài âm hộ với túi đựng nước tiểu vô khuẩn để đo theo dõi lượng máu mất.

6.4. Bước 4: Đặt thông tiểu theo dõi lượng nước tiểu

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.

Theo dõi diễn biến người bệnh.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn mạch, huyết áp, nhịp thở, thông khí của sản phụ.
- Theo dõi hiệu quả cầm máu của bóng: cứ 15 phút/1 lần, đo lượng máu chảy ra túi đựng máu và co hồi tử cung, cũng như các dấu hiệu sinh tồn được cải thiện.
- Thời gian lưu bóng tối đa 24 giờ.

- Dùng kháng sinh chống nhiễm trùng trong thời gian 5 ngày hoặc 7 ngày

Nếu sau 15 phút mà máu vẫn chảy nhiều qua sondle dẫn lưu và/hoặc các dấu hiệu sinh tồn của sản phụ xấu đi thì phải chuyển mổ cấp cứu xử lý theo tổn thương và tháo bóng tại phòng thực hiện kỹ thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Choáng do đau, do mất máu: hồi sức, bù dịch…

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Nếu sau 15 phút mà máu vẫn chảy nhiều hoặc các dấu hiệu sinh tồn của sản phụ xấu đi thì phải chuyển mổ cấp cứu xử lý theo tổn thương

7.4. Biến chứng muộn:

Nhiễm trùng: dùng kháng sinh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu [illegible] 15:28:08

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan_Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

178. ĐẶT BÓNG ỐNG CỔ TỬ CUNG ĐỂ CẦM MÁU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Chảy máu sau đẻ là khi máu chảy từ đường sinh dục > 500 ml sau đẻ đường âm đạo và >1000 ml sau mổ lấy thai. Chảy máu có thể từ buồng tử cung hoặc từ đoạn dưới tử cung, eo tử cung, cổ tử cung (CTC). Chảy máu sau đẻ hay gặp nhất do rách cổ tử cung và âm đạo

- Chảy máu cũng có thể gặp sau hút chửa tại vết mổ tử cung hoặc thai nằm ở thấp trong buồng tử cung.

- Đặt bóng ống cổ tử cung là thủ thuật được thực hiện khi chảy máu chưa cầm máu được vì các lý do khác nhau với mục đích là cầm máu tạm thời do áp lực của bóng chèn lên bề mặt diện chảy máu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu sau đẻ, sau mổ do nghi ngờ từ diện rau bám đoạn dưới tử cung, eo tử cung và cổ tử cung trong các trường hợp rau tiền đạo.
- Chảy máu nghi ngờ do tổn thương đoạn dưới tử cung, eo tử cung và cổ tử cung.
- Cầm máu tạm thời trong thời gian chuyển sản phụ đến cơ sở, phòng thực hiện kỹ thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Còn sót thai, sót rau trong buồng tử cung.
- Chảy máu buồng tử cung nhiều có biểu hiện máu chảy ra âm đạo nhiều, phải mổ cấp cứu xử trí ngay.
- Nhiễm khuẩn âm đạo, cổ tử cung, tử cung đi kèm.
- Ung thư cổ tử cung.
- Nghi ngờ vỡ tử cung.

4. THẬN TRỌNG

- Khi có sẹo mổ cũ ở tử cung
- Dị tật bẩm sinh ở tử cung.

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...

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/0 15:28:08

- 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 người bệnh (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 hoặc phòng thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Đánh giá toàn trạng sản phụ, mạch, huyết áp, nhịp thở, mức độ chảy máu và lượng máu mất. Siêu âm qua đường bụng để đảm bảo chắc chắn không có sót rau, sót thai hay sang chấn tử cung.

6.2. Bước 2: Đặt van bộc lộ cổ tử cung. Dùng kẹp hình tim kẹp cổ tử cung, kẹp tim thứ 2 kẹp đỉnh đầu thông đưa qua lỗ cổ tử cung vào buồng tử cung dưới hướng dẫn của siêu âm trên thành bụng.

6.3. Bước 3: Dùng kẹp hình tim kẹp CTC trong trường hợp sau đẻ.

6.4. Bước 4: Bơm 100 ml nước muối qua cớp ống thông làm căng phồng bóng, sau đó kéo bóng sát xuống đoạn eo và CTC.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phep tai Benh vien tu nhan Viet tam 08/05/2025 15:28:08

6.5. Bước 5: Bơm thêm 30 đến 100 ml (phụ thuộc cỡ thông) nước muối qua khớp ống thông cho đến khi quan sát trên siêu âm bóng áp sát vào thành đoạn dưới, eo tử cung và CTC. Không được bơm quá 200 ml.

6.6. Bước 6: Nối ống dẫn lưu của bóng ở ngoài âm hộ với túi đựng nước tiểu vô khuẩn để theo dõi lượng máu mất

6.7. Bước 7: Đặt thông tiểu theo dõi lượng nước tiểu

6.8. 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

- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn mạch, huyết áp, nhịp thở, thông khí của sản phụ.
- Theo dõi hiệu quả cầm máu của bóng: cứ 15 phút/1 lần, đo lượng máu chảy ra túi đựng máu và co hồi tử cung, các dấu hiệu sinh tồn.
- Thời gian lưu bóng tối đa 24 giờ.
- Dùng kháng sinh
- Nếu sau 15 phút mà máu vẫn chảy nhiều qua sondle dẫn lưu và/hoặc các dấu hiệu sinh tồn của sản phụ xấu đi thì phải chuyển mổ cấp cứu xử lý theo tổn thương và tháo bóng tại Phòng thực hiện kỹ thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

a) Vỡ tử cung: mổ xử trí theo tổn thương

b) Choáng do đau: hồi sức, bù dịch…

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Nếu sau 15 phút mà máu vẫn chảy nhiều hoặc các dấu hiệu sinh tồn của sản phụ xấu đi thì phải chuyển mổ cấp cứu xử lý theo tổn thương

7.4. Biến chứng muộn:

Nhiễm trùng: dùng kháng sinh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep hoi benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

179. GIẢM ĐAU BẰNG GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG TRONG; SAU ĐẺ HOẶC SAU PHẪU THUẬT SẢN PHỤ KHOA

1. ĐẠI CƯƠNG

Gây tê ngoài màng cứng (GTNMC) để giảm đau trong; sau đẻ hoặc sau phẫu thuật sản phụ khoa là thủ thuật đặt catheter vào khoang ngoài màng cứng (NMC) để đưa thuốc giảm đau vào khoang NMC, làm ức chế dẫn truyền cảm giác đau từ tử cung, âm đạo, tầng sinh môn và vết mổ đến não bộ, giúp người bệnh giảm hoặc mất cảm giác đau trong, sau đẻ hoặc sau mổ sản phụ khoa.

2. CHỈ ĐỊNH: Các trường hợp thỏa mãn đầy đủ các yêu cầu sau

- Đối với giảm đau trong, sau đẻ: Sản phụ có tiên lượng đẻ đường âm đạo, có yêu cầu giảm đau trong chuyển dạ
- Người bệnh sau mổ sản, phụ khoa có yêu cầu giảm đau sau mổ
- Không có chống chỉ định GTNMC

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH trong các trường hợp sau:

- Có rối loạn đông máu hoặc đang sử dụng thuốc chống đông
- Tiểu cầu dưới 100.000/mm^3
- Đang bị nhiễm khuẩn toàn thân
- Nhiễm khuẩn vùng chọc kim gây tê.
- Sau phẫu thuật cột sống vùng chi phối vết mổ
- Bệnh lý cột sống không thể đặt được catheter NMC
- Bệnh lý tim mạch có ảnh hưởng huyết động
- Đang trong tình trạng sốc do bất kỳ nguyên nhân nào
- Thiếu thể tích tuần hoàn chưa được bồi phụ đủ.
- Dị ứng thuốc (dự kiến sử dụng để giảm đau)
- Không đồng ý hoặc không hợp tác GTNMC

4. THẬN TRỌNG

Một số bệnh lý nội khoa như tiểu đường, bệnh lý hệ thần kinh trung ương.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 Bác sĩ chuyên khoa Gây mê hồi sức & Chống đau
- 01 Điều dưỡng Gây mê hồi sức
- 01 Hộ sinh (Giảm đau trong đẻ)

5.2. Thuốc:

- Thuốc tê: lidocain, bupivacain, levobupivacanin hoặc ropivacain….
- Thuốc giảm đau phối hợp: fentanyl hoặc sufentanil….

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop noi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

- Thuốc và dịch hồi sức: Dịch tinh thể, dịch keo. Các thuốc: phenylephrin, ephedrin, adrenalin, amiodaron, atropin sulphat, intralipid 20%, benzodiazepin, propofol, …

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ để đặt catheter và catheter dẫn thuốc tê vào khoang NMC.
- Bộ dụng cụ sát trùng vô trùng: khay, cốc, kẹp sát trùng, săng lỗ, áo thủ thuật
- Dung dịch sát trùng, găng vô trùng phẫu thuật và băng dính to bản.
- Bóng ambu - mask, nguồn oxy…
- Monitor 3 thông số: Điện tim, huyết áp, SpO_2, monitor sản khoa (đối với giảm đau trong đẻ).
- Bơm tiêm điện, máy PCA hoặc máy Autobolus.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Bác sĩ:

+ Thăm khám người bệnh: hỏi tiền sử nội khoa, ngoại khoa, dị ứng, các thuốc đang dùng, đặc biệt là thuốc chống đông, thuốc ức chế ngưng tập tiểu cầu…; khám toàn trạng, tim mạch, hô hấp, cột sống, da vùng lưng….; kiểm tra các xét nghiệm.

+ Tư vấn về ưu, nhược điểm của kỹ thuật GTNMC. Mô tả cho người bệnh quá trình GTNMC.

- Điều dưỡng gây mê hồi sức: Đo mạch, huyết áp, nhiệt độ, chuẩn bị dụng cụ, thuốc, làm đường truyền tĩnh mạch (nếu cần) và phụ bác sĩ thực hiện thủ thuật GTNMC.
- Đối với giảm đau trong, sau đẻ (trước khi bác sĩ gây mê hồi sức thăm khám sản phụ):
- Bác sĩ chuyên khoa sản: thăm khám, tiên lượng cuộc đẻ, tư vấn và chỉ định mời giảm đau.
- Hộ sinh: chạy máy monitor theo dõi cơn co, tim thai và thiết lập đường truyền.
- Người bệnh ký vào bản cam kết trước khi thực hiện GTNMC.
- Người phụ hướng dẫn người bệnh ở tư thế ngồi đầu cúi, lưng cong hoặc nằm nghiêng cong lưng tôm.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ Y tế.
- Ghi chỉ định giảm đau trong, sau đẻ hoặc sau phẫu thuật bằng phương pháp gây tê ngoài màng cứng.

5.6. Thời gian thực hiện thủ thuật

- Trong, sau đẻ: Từ khi sản phụ đau nhiều, có yêu cầu giảm đau cho đến khi kết thúc chuyển dạ hoặc hết 24 giờ sau đẻ nếu sản phụ có nhu cầu.
- Sau phẫu thuật: 48 giờ.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep [illegible] Viet Nam_[illegible] 15:28:08

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

5.8. Kiểm tra hồ sơ: theo quy định của Bộ Y tế.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1:

- Sát trùng da vùng lưng người bệnh. Sau đó trải khăn có lỗ vô trùng che vùng lưng người bệnh.
- Xác định khe cột sống nơi sẽ chọc kim (L_{3-4} hoặc L_{2-3} đối với giảm đau trong, sau đẻ; L_{1-2} hoặc D_{12} - L_1 đối với giảm đau sau mổ).
- Gây tê dưới da và khoang liên đốt sống.

6.2. Bước 2:

- Chọc kim Tuohy tại vị trí đã gây tê.
- Dùng kĩ thuật mất sức cản để xác định đầu kim Tuohy đã vào khoang NMC.
- Luồn catherter vào khoang NMC, lưu catheter trong khoang NMC 3 – 5 cm.
- Lưu ý: chỉ được luồn catheter vào, không được rút ngược lại khi còn kim Tuohy vì có thể gây đứt catheter trong khoang NMC.

6.3. Bước 3:

- Tiêm liều test: tiêm 2 ml lidocain 2%.
- Đánh giá vị trí catheter.

6.4. Bước 4:

- Dán cố định catherter vào lưng người bệnh.

6.5. Bước 5:

Đối với giảm đau trong đẻ:

- Bơm thuốc giảm đau (sau khi đã xác định catheter nằm trong khoang NMC): Bupivacain hoặc Levobupivacain 0.0625% - 0.1% phối hợp fentanyl 1 - 2 mcg/ml hoặc sufetanyl 0.5mcg/ml, liều đầu 6 - 8ml, liều duy trì 5 - 10ml/giờ. Đối với Ropivacain: sử dụng nồng độ 0,1% phối hợp fentanyl 1 - 2mcg/ml, liều đầu 8 - 12ml, duy trì 6 - 10ml/giờ. Điều chỉnh tốc độ truyền theo mức độ đau hoặc tiêm nhắc lại 5 - 10 ml khi cần.

Đối với giảm đau sau phẫu thuật sản phụ khoa:

- Bơm thuốc giảm đau (sau khi đã xác định catheter nằm trong khoang NMC): Bupivacain hoặc Levobupivacain 0.0625% - 0.1% phối hợp fentanyl 1 - 2 mcg/ml hoặc sufetanyl 0.5mcg/ml, liều đầu 6 - 10ml, liều duy trì 5 - 6ml/giờ. Đối với Ropivacain: sử dụng nồng độ 0,1% phối hợp fentanyl 1 - 2mcg/ml, liều đầu 8 - 12ml, duy trì 6 - 8ml/giờ. Điều chỉnh tốc độ truyền theo mức độ đau hoặc tiêm nhắc lại 5 - 10 ml khi cần.

6.6. Kết thúc quy trình

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phap che Benh vien nhi Viet Nam_03/05/2024 15:28:08

- Đối với giảm đau trong đẻ: Hộ sinh mắc monitor theo dõi cơn co tử cung, tim thai ngay sau khi gây tê.
- 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 CÁC TAI BIẾN

7.1. Theo dõi sau thực hiện thủ thuật

- Theo dõi tác dụng giảm đau, các tác dụng không mốn khác của GTNMC và xử trí nếu có.
- Nếu vết mổ và cơn co tử cung vẫn gây đau nhiều: kiểm tra catheter xem có lạc chỗ không hoặc thuốc không bao phủ hết các rễ thần kinh chi phối vết mổ và cơ tử cung. Xử trí theo nguyên nhân.
- Nếu tê một bên: rút bớt catheter 1-2 cm rồi bơm thêm 1 liều bolus và theo dõi tiếp.
- Cảm giác vùng chi phối: nếu tê bì nhiều thì giảm liều thuốc tê.
- Vận động hai chân: mất hoặc giảm vận động thì dừng thuốc tê cho đến khi hồi phục vận động, sau đó cân nhắc tiếp tục giảm đau nhưng phải giảm liều.
- Đối với giảm đau chuyển dạ:
- Theo dõi nhịp tim mẹ liên tục và huyết áp 5 phút/lần (trong 15 phút đầu) 15-30 phút cho những giờ sau.
- Theo dõi cơn co TC, tim thai, độ mở CTC …
- Đối với giảm đau sau phẫu thuật:
- Theo dõi mạch, huyết áp, cảm giác 2 chi, vết mổ…sau bơm liều thuốc tê đầu tiên ít nhất 15 phút mới chuyển người bệnh về bệnh phòng.
- Tại bệnh phòng: theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp, mức độ đau ít nhất 2 lần/ngày và bất kỳ khi nào người bệnh báo có bất thường.
- Rút bỏ catherter, băng vô trùng:
- Đối với giảm đau trong đẻ: Rút bỏ catherter, băng vô trùng vị trí gây tê sau khi đã kết thúc quá trình chuyển dạ hoặc 24 giờ đầu sau đẻ nếu sản phụ có nhu cầu giảm đau sau đẻ.
- Đối với giảm đau sau phẫu thuật: Rút bỏ catheter, băng vô trùng vị trí gây tê sau khi đã làm giảm đau 48 giờ.

7.2. Tai biến

7.2.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Thủng màng cứng:

  + Đối với giảm đau trong đẻ: Rút kim, ngừng kỹ thuật. Sau đẻ cho sản phụ nằm đầu bằng ít nhất 24 giờ, truyền dịch hoặc uống nhiều nước, uống cafein hoặc cà phê (nếu không có cafein).

  + Đối với giảm đau sau phẫu thuật: Rút kim, ngừng GTNMC, chuyển phương pháp giảm đau khác. Sau phẫu thuật cho người bệnh nằm đầu bằng ít nhất 24 giờ, truyền dịch hoặc uống nhiều nước, uống cafein hoặc cà phê (nếu không có cafein).

Nếu tất cả các giải pháp không giảm đau đầu thì cân nhắc điều trị bằng thủ thuật “blood patch” (phụ lục 1).

- Catherter vào mạch máu (có máu chảy tự nhiên qua catheter hoặc hút catheter ra máu): rút kim tuohy và catheter rồi chọc lại.
- Phản ứng phản vệ: hiếm gặp, xử trí theo quy trình xử trí sốc phản vệ.
- Bơm thuốc tê vào khoang dưới nhện (tê tủy sống toàn bộ): hồi sức tuần hoàn, hô hấp (nếu cần) theo phác đồ.
- Ngộ độc thuốc tê: Xử trí theo phác đồ ngộ độc thuốc tê (phụ lục 2).

Theo dõi tác dụng không mong muốn khác của GTNMC và xử trí nếu có.

7.2.2. Tai biến muộn

- Tụ máu khoang ngoài màng cứng gây chèn ép thần kinh.

  Biểu hiện: tê bì, mất hoặc giảm vận động, rối loạn cảm giác các vùng chi phối thần kinh tương ứng bị chèn ép.

  Xử trí: Hội chẩn chuyên khoa ngoại thần kinh, xét phẫu thuật giải ép.

- Áp xe khoang ngoài màng cứng.

  Biểu hiện: nhiễm khuẩn toàn thân (sốt, bạch cầu cao…), đau lưng, có thể có biểu hiện viêm màng não.

  Xử trí: Kháng sinh, dẫn lưu áp xe.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thụ (2002). “*Sinh lý thần kinh về đau*”, Bài giảng GMHS tập 1. Bộ môn GMHS, Đại học Y Hà Nội, NXB Y học, Hà Nội, 142 - 151.

2. Alan C. Santos, MD, MPH, Brenda A. Bucklin, MD. “Thuốc tê và opioid”, *Gây mê sản khoa, lý thuyết và lâm sàng*. Ấn bản tiếng việt. NXB Y học; 239-265.

3. David H, Chestnut, M.D (1999) “Spinal, epidural, and Caudal Anesthesia: Anatomy, Physiology, and Technique”. Obstetric Anesthesia, Second Edition, Birmingham, Alabama, 187-192.

4. Dennis C, Turk, Tasha Burwinkle, et al (2006). *“Psychological interventions,Current Diagnosis & Treatment of Pain*.” Lange Medical Books, McGraw - Hill, USA, 50 - 61.

5. Jeffrey A. Grass (2000), "The role of Epidural Anesthesia and Analgesia in Postoperative Outcome", Anesthesiology Clinics of North America, 18 (2), 407-426.

6. Sanjay Datta (2006), “Relief of Labour Pain by Regional Analgesia/Anesthesia”. Obstetric Anesthesia Handbook, Fourth Edition, Springer, USA, 130-171.

N. P. Chua, A. T. Sia, C. E. Ocampo (2008) “Parturient-controlled epidural analgesia during labour: bupivacaine vs ropivacaine Anaesthesia” *British Journal of Anesthesia*, Jul Volume 56, Issue 12, Pages 1169-1173.

PHỤ LỤC 1

(Thủ thuật blood patch)

Chọc kim Tuohy vào khoang NMC ngay tại vị trí gây tê cũ hoặc phía trên hay dưới vị trí thủng màng cứng 1 đốt sống (quay mặt vát kim về phía vị trí thủng màng cứng) rồi bơm 10 -15 ml máu tĩnh mạch của sản phụ vào khoang NMC.

PHỤ LỤC 2: Phác đồ cấp cứu ngộ độc thuốc tê

XỬ LÝ BAN ĐẦU

Ngừng tiêm thuốc tê

Gọi người hỗ trợ và lấy hộp chống ngộ độc toàn thân thuốc tê

Duy trì và bảo đảm đường thở nếu cần (bóp bóng, đặt nội khí quản), thông khí bằng oxy 100%.

Xác định hoặc lập **thêm** đường truyền tĩnh mạch

Kiểm soát co giật bằng các liều nhỏ benzodazepin (midazolam 0,05 - 0,1 mg/kg), propfofol 0,5 - 1,5 mg/kg (nếu không có bất ổn tim mạch) hoặc thiopental 1 - 2 mg/kg tĩnh mạch.

Xem xét dùng lipdid nhũ tương tĩnh mạch nếu các triệu chứng thần kinh trung ương không hết hoặc tái diễn.

Xem xét lấy máu thử nồng độ thuốc tê huyết tương nếu không làm chậm điều trị

ĐIỀU TRỊ TIM MẠCH

Loạn nhịp tim, tụt huyết áp, ngừngtim

Nếu ngừng tim: hồi sinh cơ bản và nâng cao theo phác đồ với một số thay đổi.

Oxy hóa, thông khí và ép tim là tối quan trọng (lipid đến được tim)

Dùng lipid nhũ tương tĩnh mạch càng sớm càng tốt

Báo nơi gần nhất có tuần hoàn ngoài cơ thể

Giảm liều adrenalin < 1 μg/kg và nếu có thể thì dùng lipid nhũ tương trước

Hỗ trợ tuần hoàn bằng các catecholamin nhưng tránh vasopressin.

Có thể chống loạn nhịp bằng tiêm amidacron 300 mg và tiêm nhắc lại một lần 150 mcg trong 3 - 5 phút nhưng tránh các thuốc chẹn can xi, chẹn beta, chẹn natri và thuốc chống loạn nhịp lidocain hay procainamid

Xem xét tuần hoàn ngoài cơ thể khi ngừng tim lâu kháng trị, nhất là khi dùng các thuốc tê tác dụng kéo dài.

LIỆU PHÁP LIPID NHŨ TƯƠNG TĨNH MẠCH (*LIPID-RESCUE)*

Tiêm bolus 1,5 mL/kg trong 2 - 3 phút

Truyền liên tục 15 mL/kg/giờ

Nếu tim mạch vẫn không ổn định hoặc xấu đi sau 5 phút:

Tiêm lại liều bolus trên đến 2 lần nữa.

Gấp đôi liều truyền liên tục lên 30 mL/kg/giờ

Truyền thêm 10 phút sau khi tim mạch đã ổn định.

Liều cộng dồn tối đa dùng trong 30 phút là 12 mL/kg

THEO DÕI TIẾP

Chuyển đến nơi có monitoring, phương tiện và nhân lực phù hợp để được theo dõi tiếp trên 12 giờ.

Đánh giá lâm sàng thường xuyên, gồm cả thử nhiều lần amylase và lipase trong 2 ngày để loại trừ viêm tụy cấp.

Báo cáo cảnh giác dược về tai biến LAST và kết quả dùng lipid nhũ tương

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Tiep hop Benh vien tu nhan Viet Nam_06/05/2026 15:28:08

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoa.Benh vien thu nam Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

180. NẠO SÓT THAI, SÓT RAU SAU SẨY HOẶC SAU ĐẺ

1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật dùng dụng cụ lấy hết phần tổ chức thai rau còn sót lại trong buồng tử cung

2. CHỈ ĐỊNH: Các trường hợp sót rau, tổ chức thai sau sảy thai, sau đình chỉ thai nghén, sau đẻ, sau mổ lấy thai.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Sót rau nhiễm khuẩn nặng.

- Sót rau đang chảy máu ồ ạt, vừa hồi sức tích cực vừa nạo.

4. THẬN TRỌNG

Thận trọng với các trường hợp thai trứng, chửa vết mổ và các khối sót rau có tăng sinh mạch nghi ngờ khối u nguyên bào nuôi và thai nghén.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

Phẫu 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop nhat Benh vien tu nhan Viet Nam_08/03/2021 15:28:08

- 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 người bệnh (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 hoặc phòng đẻ.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bước 1: Trải săng vô khuẩn trên bụng, dưới mông, hai bên đùi.
- Bước 2: Đặt van âm đạo, sát trùng âm đạo cổ tử cung
- Bước 3: Kẹp cổ tử cung bằng kẹp Pozzi.
- Bước 4: Đo buồng tử cung để thăm dò chiều cao tử cung
- Tiến hành hút hoặc/và nạo buồng tử cung (tốt nhất dưới hướng dẫn của siêu âm) để loại bỏ tổ chức còn sót. Trường hợp tổ chức rau bám chặt không lấy hết được trong một lần hoặc chảy máu nhiều có thể dừng thủ thuật để tiến hành nạo lần 2 sau.
- Tháo kẹp Pozzi.
- Bước 5: Kiểm tra không chảy máu
- Sát trùng âm hộ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

- Trong khi nạo: tình trạng người bệnh đề phòng thủng tử cung
- Sau nạo: mạch, huyết áp, co hồi tử cung, mức độ chảy máu.
- Cho kháng sinh 5 ngày đề phòng nhiễm khuẩn.
- Chảy máu: thuốc tăng co tử cung, đặt bóng buồng tử cung.
- Thủng tử cung: có thể điều trị nội khoa; phẫu thuật
- Nhiễm khuẩn sau thủ thuật: kháng sinh

181. CHÍCH ÁP XE TẦNG SINH MÔN

1. ĐẠI CƯƠNG

Ổ áp xe là ổ viêm khu trú và kèm theo các dấu hiệu của nhiễm trùng (sưng, nóng, đỏ, đau)

2. CHỈ ĐỊNH

Ổ áp xe ở vùng tầng sinh môn đã hóa mủ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Ổ áp xe còn cứng, sưng nề, đỏ, chưa hóa mủ hoàn toàn.

4. THẬN TRỌNG

Phân biệt với các khối u, máu tụ tầng sinh môn.

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.

- 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.

- 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van_tu_Hiep_hoi_Benh_vien_tu_nhan_Viet_Nam_08/01/2026 15:28:08

- 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 người bệnh (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. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Sử dụng các băng vô khuẩn cách ly ổ áp xe và vùng da xung quanh với phần còn lại cơ thể.

6.2. Bước 2: Giảm đau - Gây tê:Giảm đau toàn thân bằng Fentanyl và áp dụng kỹ thuật gây tê tại chỗ. Tiêm Xylocin xung quanh ổ áp xe, vị trí tiêm cách đường viêm tấy đỏ của ổ áp xe 1cm

6.3. Bước 3: Rạch rộng toàn bộ bề mặt ổ áp xe (có thể rạch hình chữ thập để đạt được mức độ dẫn lưu cần thiết).

- Lấy dịch mủ từ ổ áp xe nuôi cấy, làm kháng sinh đồ.

- Dùng kẹp đầu tù đưa vào trong ổ áp xe, mở rộng hai đầu kẹp nhằm phá vỡ vách ngăn bên trong ổ áp xe tạo điều kiện cho mủ và tổ chức hoại tử chảy ra dễ.

- Sử dụng dao hoặc kéo con tách rộng, cắt lọc hết các tổ chức hoại tử bên trong ổ áp xe.

- Bơm rửa ổ áp xe với nước muối sinh lý và dung dịch oxy già 10%, povidone-iodine.

- Khâu vành khăn miệng vết chích bằng chỉ vicryl 2.0 hoặc 3.0 nếu cần.

- Đặt gạc dài vào trong ổ áp xe và để một đầu ở bên ngoài để dẫn lưu dịch.

- Đặt gạc lên trên bề mặt ổ áp xe nhằm hấp thụ dịch vết thương và ngăn không cho vật lạ vào vết thương.

6.4. Bước 4: Hướng dẫn người nhà hoặc người bệnh thay băng hàng ngày cho đến khi vết thương khỏi hoàn toàn.

7. THEO DÕI SAU THỦ THUẬT

- Chảy máu: mổ vết thương, cầm máu lại
- Nhiễm trùng:
  Theo dõi dịch vết thương (màu sắc, lượng dịch hàng ngày).
  Điều trị: kháng sinh, chống phù nề, giảm viêm.
- Đánh giá sự hình thành tổ chức hạt tại vết thương.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu_Hien hoa_Benh vien phu san viet nam_08/05/2025 15:28:08

182. ĐIỀU TRỊ TẮC TIA SỮA BẰNG MÁY HÚT

1. ĐẠI CƯƠNG

- Tắc tia sữa là quá trình bế tắc, ứ đọng sữa và có nguy cơ tạo mủ cấp tính.

- Máy hút sữa là một dụng cụ cơ học dùng để lấy sữa từ bầu vú của người phụ nữ đang trong thời gian cho con bú.

2. CHỈ ĐỊNH

Tắc tia sữa chưa tạo khối mảng rắn, chưa đỏ da.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tắc tia sữa đã tạo khối mảng rắn đặc biệt vùng đầu vú nơi tiếp xúc với máy hút sữa.

- Người dị ứng với phần dụng cụ tiếp xúc với vú của máy hút sữa.

4. THẬN TRỌNG

Áp xe vú, viêm tuyến vú.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ hoặc kỹ thuật viên hoặc điều dưỡng hoặc hộ sinh được đào tạo: 01 người.

5.2. Thuốc: Không

5.3. Thiết bị y tế

- 03 săng sạch để lau khô bầu ngực cho người bệnh, vắt sữa.

- 03 gạc phẫu thuật để lau đầu vú.

- 01 máy hút sữa.

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh: Nhân viên y tế giải thích cho người bệnh yên tâm, thủ thuật này không gây bất kỳ tai biến trước đây.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Phiếu theo dõi - chăm sóc người bệnh ghi rõ triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán, chỉ định điều trị, hướng dẫn theo dõi.

5.6. Thời gian thực hiện

20-30 ph/lần = 1/3-1/2 giờ x 1-2 lần/ngày x 3 ngày/ 1 đợt điều trị

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh, đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c) Đặt tư thế người bệnh.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Hướng dẫn người bệnh tư thế phù hợp: ngồi thẳng lưng, thả lỏng.

6.2. Bước 2: Bộc lộ và lau khô, vệ sinh sạch vùng núm vú, bầu vú.

6.3. Bước 3: Massage vú: Dùng lòng bàn tay ấn vào chỗ vú đau day tròn nhẹ nhàng hướng về phía núm vú trong 3 phút.

6.4. Bước 4: Chọn phễu vắt sữa phù hợp với núm vú của người bệnh. Chụp phễu vào núm vú của bên vú bị tắc sữa.

- Bật chế độ massage núm vú: 01 - 02 phút để tạo phản xạ xuống sữa tốt.
- Bật chế độ vắt sữa 05 - 07 phút. Chỉnh lực hút từ nhỏ đến lớn
- Quay lại chế độ massage vú trong 01 - 02 phút rồi chuyển sang chế độ vắt tiếp trong 5 - 7 phút.
- Nếu ngực còn sữa có thể massage và vắt sữa thêm.

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình điều trị

- Tháo dụng cụ ra khỏi vú, lau sạch lại vú vừa vắt sữa.
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: người bệnh ổn định, không đau rát vùng đầu vú.
- 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

Đau rát vùng đầu vú: giảm cường độ vắt, nếu vẫn còn đau thì dừng vắt sữa bằng máy. Chườm nước mát vào vùng đầu vú trong 5 - 10 ph.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng 2014

2. Sách Phục hồi chức năng (dùng đào tạo Bác sỹ đa khoa Trường Đại học Y Hà Nội 2016)

3. Bài giảng sản phụ khoa (Tập 1 - Trường Đại học Y Hà Nội 2013)

hhbvtnvn.thanhhoa_Van
2026 15:28:08

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

183. ĐIỀU TRỊ TẮC TIA SỮA BẰNG SÓNG NGẮN; HỒNG NGOẠI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Tắc tia sữa là quá trình bế tắc, ứ đọng sữa và có nguy cơ tạo mủ cấp tính.

- Tia hồng ngoại là bức xạ điện từ, sóng ngắn là sóng điện trường xoay chiều, có tác dụng làm tăng tuần hoàn, dinh dưỡng, chuyển hóa, chống viêm, đồng thời ức chế các cơn đau tại chỗ bằng cơ chế nhiệt.

2. CHỈ ĐỊNH

Tắc tia sữa

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Phụ nữ có thai.

- Còn mảnh kim loại trong mô vùng ngực: máy tạo nhịp tim, van tim nhân tạo kim loại, mảnh đạn...

- Ung thư vùng cổ ngực, đặt túi Silicon ngực

- Quá mẫn với điện trường cao tần, bức xạ sáng.

4. THẬN TRỌNG

- Tổn thương ngoài da tại vú.

- Đang sốt cao, viêm tĩnh mạch, viêm tắc mạch vùng ngực.

- Có nguy cơ chảy máu: Chấn thương mới vùng ngực, xuất huyết tiêu hóa...

- Rối loạn cảm giác: mất cảm giác nóng lạnh...

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc kỹ thuật viên hoặc điều dưỡng hoặc hộ sinh được đào tạo: 01 người.

5.2. Thuốc

Kem bôi Silver Sulfadiazin 1%

5.3. Thiết bị y tế

- 03 săng sạch để lau khô vị trí cần chiếu tia cho người bệnh và vắt sữa.

- 03 gạc phẫu thuật để lau và làm thủ thuật vùng đầu vú cho người bệnh.

- 01 đèn hồng ngoại và 01 máy sóng ngắn trị liệu.

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

hhbvtnvn.thanhhoa_Viện thư Hiệp hội Bệnh viện tư nhân Việt Nam_18/05/2026 15:28:08

5.4. Người bệnh

- Nhân viên y tế giải thích cho người bệnh yên tâm (giải thích rõ nơi đèn chiếu hồng ngoại, sóng ngắn có thể thấy nóng ấm, không bỏng rát hay điện giật. Có thể xuất hiện đỏ da ngay khi chiếu, thời gian tồn tại thường 1-3 ngày sau sẽ hết)

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật: Người bệnh tháo các trang sức, dụng cụ kim loại có trên người để tránh phân tán năng lượng điện từ và tăng nhiệt kim loại.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Phiếu theo dõi - chăm sóc người bệnh ghi rõ triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán, chỉ định điều trị, hướng dẫn theo dõi.

5.6. Thời gian thực hiện

20-30 phút/lần = 1/3-1/2 giờ x 1-2 lần/ngày x 3 ngày/ 1 đợt điều trị

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh, đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c) Đặt tư thế người bệnh.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Hướng dẫn người bệnh tư thế nằm: nằm ngửa hoặc nằm nghiêng chân trên co, chân dưới duỗi.

6.2. Bước 2: Bộc lộ và lau khô vùng điều trị.

6.3. Bước 3: Chiếu tia

a. Máy sóng ngắn

- Chọn và đặt điện cực đúng vào vị trí vùng viêm.
- Công suất điều trị vùng vú tùy loại máy sóng ngắn tại cơ sở điều trị.
- Thời gian chiếu sóng ngắn: 10-15ph/lần điều trị

b. Đèn hồng ngoại

- Đèn chiếu thẳng vuông góc vào mặt da tương ứng vùng viêm.
- Công suất điều trị vùng vú tùy loại đèn hồng ngoại tại cơ sở điều trị.
- Khoảng cách giữa đèn đến mặt da: 40 – 50 cm.
- Thời gian chiếu sóng ngắn: 10-15ph/lần điều trị

6.4. Kết thúc quy trình điều trị

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: người bệnh ổn định, vùng da chiếu không bỏng, rát.

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

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van ban Hiep hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/0.../202... 15:28:08

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Bỏng tại chỗ: cần tắt máy, chườm nước mát trong 5 phút, bôi kem Silver Sulfadiazin 1%, băng vết thương bằng gạc mỏng.

- Phản ứng bất thường: choáng váng, nhức đầu, mệt mỏi, lo âu do người bệnh quá mẫn cảm với bức xạ điện cần tắt máy, để người bệnh nghỉ ngơi, tìm phương pháp điều trị khác.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Không có

7.3. Biến chứng muộn: Không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng 2014

2. Sách Phục hồi chức năng (dùng đào tạo Bác sỹ đa khoa Trường Đại học Y Hà Nội 2016)

3. Bài giảng sản phụ khoa (Tập 1 - Trường Đại học Y Hà Nội 2013)

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hieu hoa Benh vien nhi Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

184. LÀM THUỐC VẾT KHÂU TẦNG SINH MÔN NHIỄM KHUẨN

1. ĐẠI CƯƠNG

Làm thuốc âm hộ, âm đạo là kỹ thuật làm sạch âm hộ, tầng sinh môn, âm đạo. Làm thuốc âm hộ là công việc thường quy trong chăm sóc, điều trị cho sản phụ sau đẻ đường âm đạo hoặc sau mổ lấy thai đặc biệt các sản phụ sau sinh có nhiễm khuẩn tầng sinh môn cần được làm thuốc và chăm sóc vết thương hàng ngày.

2. CHỈ ĐỊNH: Sản phụ sau sinh có nhiễm khuẩn tầng sinh môn

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: không có chống chỉ định

4. THẬN TRỌNG: không có thận trọng

5. CHUẨN BỊ:

5.1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc hộ sinh/điều dưỡng có chứng chỉ hành nghề.

5.2. Thiết bị y tế

- Bông cầu, găng vô khuẩn, tấm nilon, săng vô khuẩn (với người bệnh làm thuốc âm đạo).

- Dung dịch rửa âm hộ, sâm đạo: povidon iodine 10%, nước chín, parafin 5ml.

- Xe dụng cụ 2 tầng, khay đựng dụng cụ, bộ mũ, khẩu trang dùng 1 lần, bô dẹt, bàn khám phụ khoa, ghế xoay, đèn gù.

- 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: Giải thích về việc sẽ làm cho người bệnh

5.4. Hồ sơ bệnh án: Ghi chỉ định vào hồ sơ bệnh án, ghi phiếu chăm sóc

5.5. Thời gian thực hiện: Ước tính khoảng 5-10 phút

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

5.7. Kiểm tra hồ sơ: theo nguyên tắc “3 tra 5 đối”

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Chuẩn bị người bệnh: Đưa người bệnh ra bàn khám phụ khoa, Hướng dẫn người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa, bộc lộ vùng sinh dục

6.2. Bước 2: Rửa tay sạch, trải tấm nilon dưới mông sản phụ, mang găng tay

6.3. Bước 3: Làm thuốc âm hộ:

- Kê bô dẹt (khay đựng chất thải), cho sản phụ đi tiểu (nếu cần)

- Dùng panh kẹp bông cầu rửa âm hộ, tầng sinh môn bằng nước chín pha povidone-iodine theo thứ tự (trên - dưới, trong - ngoài, hai bên đùi, hậu môn)

- Lau khô (như trình tự rửa tầng sinh môn)

- Sát khuẩn vết khâu tầng sinh môn, nếu nhiễm khuẩn có chảy dịch mủ và sưng nề cần tách nhẹ các mũi chỉ khâu để mở rộng ổ nhiễm khuẩn, thuận lợi làm sạch.

- Bỏ bô, cho sản phụ nằm nghiêng để lau khô mông

- Giúp sản phụ nằm ngửa lại. Đóng băng vệ sinh, mặc váy

6.4. Bước 4: Làm thuốc âm đạo:

- Rửa âm hộ bằng nước chín, sát khuẩn âm hộ

- Đặt mỏ vịt (van âm đạo)

- Rửa âm đạo bằng dung dịch povidon iodine

- Sát khuẩn cổ tử cung, các túi cùng âm đạo

- Nếu có hiện tượng chảy dịch mủ, sưng nề có thể tách nhẹ các mũi chỉ khâu để bộc lộ hết đáy vết thương và làm sạch bằng povidon iodine

- Kiểm tra độ sạch của âm đạo, nhẹ nhàng tháo mỏ vịt (van âm đạo)

- Lau khô bộ phận sinh dục ngoài bằng panh kẹp củ ấu

6.5. Bước 5: Thu dọn dụng cụ

- Tháo găng, rửa tay thường quy

- Dặn dò người bệnh:

+ Vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài

+ Không quan hệ tình dục trong thời gian làm thuốc âm đạo hoặc còn ra sản dịch

6.6. Bước 6: Ghi hồ sơ bệnh án, phiếu chăm sóc:

- Nhận xét tình trạng của âm hộ, âm đạo, cổ tử cung

- Ghi rõ tên, số lượng dung dịch đã sử dụng.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi toàn trạng người bệnh, các dấu hiệu bất thường: âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn.

- Chảy máu âm hộ, âm đạo tại chỗ: chèn gạc, thuốc cầm máu.

185. SINH THIẾT RAU THAI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Sinh thiết gai rau hay sinh thiết gai nhau (CVS - Chorionic Villus Sampling) là một thủ thuật lấy một mẫu tế bào từ bánh nhau, còn gọi là gai nhau để tiến hành phân tích và tìm ra những bất thường nhiễm sắc thể, gen hay sinh hoá, kim sẽ xuyên qua thành bụng, cơ tử cung và đi vào bánh nhau đưới hướng dẫn của siêu âm.

- Sinh thiết gai rau hay sinh thiết gai nhau thủ thuật được chỉ định thực hiện thường quy trong chẩn đoán trước sinh. Tuỳ trường hợp cụ thể, thủ thuật được thực hiện trong giai đoạn tuổi thai 11 - 14 tuần, do đó kết quả về di truyền có sớm hơn so với chọc ối (chỉ định thực hiện khi thai > 16 tuần), điều này giúp giảm khoảng thời gian chờ đợi thực hiện thủ thuật cho sản phụ và gia đình.

2. CHỈ ĐỊNH

- Những trường hợp thai cần phân tích tế bào học, sinh hoá và di truyền.
- Một số chỉ định hường gặp
- Xét nghiệm sàn lọc quý 1 bất thường: combined tess / NIPT nguy cơ cao
- Thai nghi ngờ bất thường cấu trúc trên siêu âm
- Tiền sử gia đình có bất thường di truyền: thalassemia, hồng cầu hình liềm, loạn dưỡng cơ…

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
- Tuổi thai < 10 tuần

4. THẬN TRỌNG

- Kiểm tra lại vị trí nhau bám có thuận lợi cho thủ thuật hay không rất quan trong khi thực hiện thủ thuật sinh thiết gai nhau

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, thuốc gây tê…

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 người bệnh (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

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa
- Bộc lộ vùng bụng - rửa bụng lần 1 bằng cồn trắng 70^o
- Trải săng lỗ
- Siêu âm kiểm tra thai, nhau, ối: xác định điểm đưa kim sinh thiết vào bánh nhau

6.2. Bước 2

- Sát khuẩn lần 2 (vùng đưa kim vào) bằng cồn iod.
- Gây tê tại chỗ, ngay vị trí sẽ đi kim bằng lidocain 2%, 2 ml, 01 ống.
- Chuẩn bị kim: tráng kim bằng dung dịch cố định.
- Dùng kim chuyên dụng (Chorion biopsy needle) lấy mẫu nhau.
- Rút kim, bơm mẫu nhau vào ống đựng dung dịch cố định heparin + nước muối sinh lý.

6.3. Bước 3

- Sát khuẩn lần 3 - dán băng.
- Siêu âm lại và cho người bệnh xem tim thai vẫn đập bình thường/cử động của thai.

6.10. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Cho người bệnh theo dõi tại phòng lưu bệnh khoảng 30 - 60 phút.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Thai lưu, ối vỡ rất hiếm
- Lấy mẫu thất bại 2,5 - 4,8% do mô nhau không đủ, hoặc do cấy mô thất bại (0,5%): cần chỉ định can thiệp chọc ối

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nguy cơ sẩy thai 0,2%, tuy nhiên nguy cơ có thể tăng do đa thai
- Nhiễm trùng rất hiếm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alfirevic, Zarko, Kate Navaratnam, and Faris Mujezinovic. "Amniocentesis and chorionic villus sampling for prenatal diagnosis." Cochrane Database of Systematic Reviews 9 (2017).

2. https://www.hopkinsmedicine.org/health/treatment-tests-and-therapies/chorionic-villus-sampling-cvs

3. https://www.nhs.uk/conditions/chorionic-villus-sampling-cvs

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep noi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/202 15:28:08

186. CHỌC ỐI ĐIỀU TRỊ ĐA ỐI

1. ĐẠI CƯƠNG

Chọc ối trong điều trị đa ối là thủ thuật dẫn lưu nước ối nhằm giảm lượng nước ối trong những trường hợp đa ối, giảm triệu chứng cho người mẹ và giảm nguy cơ sinh non do đa ối.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp đa ối có ảnh hưởng tới toàn trạng người mẹ như khó thở...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý liên quan đông máu
- Bệnh lý nhiễm khuẩn
- Có dấu hiệu dọa đẻ non
- Người bệnh từ chối

4. THẬN TRỌNG

Bánh rau bám mặt trước

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 người bệnh (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 thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1

- Kiểm tra: mạch, nhiệt độ, huyết áp

- Sản phụ nằm trên bàn thủ thuật, đầu cao.

- Siêu âm: xác định tim thai và vị trí rau.

- Vị trí chọc kim: thành bụng trước xung quanh rốn, tránh vị trí rau bám.

6.2. Bước 2

- Sát trùng thành bụng.

- Gây tê tại chỗ.

- Bác sĩ siêu âm cầm đầu dò siêu âm đã được bọc vô trùng, gel siêu âm vô trùng.

- Dưới hướng dẫn của siêu âm, bs thực hiện thủ thuật dùng kim chuyên dụng. chọc ối chọc vào khoang ối và nối với bộ dẫn lưu nước ối.

- Tổng lượng nước ối lấy ra phụ thuộc vào tình trạng đa ối của người bệnh, thông thường từ 1,5 đến 3 lít.

- Tổng thời gian của thủ thuật ước tính khoảng 60 phút.

6.3. Bước 3

- Rút kim ra và băng vết chọc ối.

- Kiểm tra lại tim thai và toàn trạng mẹ sau khi kết thúc thủ thuật.

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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van tu Kep ma Benh vien tu than viet Nam_08/0/2024 15:28:08

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Dọa đẻ non: Điều trị dọa đẻ non theo phác đồ.

- Chuyển dạ, ối vỡ non: Xử trí theo chỉ định sản khoa.

- Rau bong non: Mổ lấy thai cấp cứu.

- Rò nước ối ổ bụng: Thở oxy, truyền dịch, giảm co…

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Polyhydramnios - Diagnosis and treatment - Mayo Clinic.

<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/polyhydramnios/diagnosis-treatment/drc-20368494>, accessed: 18/07/2023.

2. Elliott J.P., Sawyer A.T., Radin T.G. và cộng sự. (1994). Large-volume therapeutic amniocentesis in the treatment of hydramnios. *Obstet Gynecol*, 84(6), 1025-1027.

187. CHỌC ỐI LÀM XÉT NGHIỆM TẾ BÀO

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hanhhoa Benh vien tu nhien viet nam_08/05/2025 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

Chọc hút dịch ối là một thủ thuật lấy nước ối ra từ buồng tử cung bằng kim chuyên dụng qua thành bụng thai phụ để xét nghiệm tế bào. Quá trình chọc ối được tiến hành dưới hướng dẫn của siêu âm.

Tuổi thai tiến hành chọc hút dịch ối:

+ Chọc ối thường quy: tuổi thai 16 - 20 tuần.

+ Chọc ối muộn: tuổi thai sau 20 tuần (tùy thuộc các trường hợp cụ thể).

2. CHỈ ĐỊNH

- Tăng khoảng sáng sau gáy (đo ở tuổi thai 11 đến 14 tuần).
- Thai nhi có chẩn đoán bất thường hình thái bằng siêu âm.
- Các xét nghiệm sàng lọc huyết thanh của thai phụ (Double test, Triple test hoặc NIPT) có nguy cơ cao đối với bất thường nhiễm sắc thể.
- Thai phụ có tiền sử sinh con bất thường nhiễm sắc thể hoặc bất thường gen.
- Thai phụ hoặc chồng mang bất thường nhiễm sắc thể hoặc gen di truyền.
- Thai phụ lớn tuổi (≥ 35 tuổi).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH TƯƠNG ĐỐI

- Bệnh lý của thai phụ (thiếu máu nặng hoặc rối loạn đông máu, đái tháo đường đang điều trị, viêm gan tiến triển…).
- U xơ tử cung to, khối lạc nội mạc tử cung to hoặc ruột nằm trên đường đi của kim chọc ối.
- Thiểu ối nặng.
- Tiền sử sảy thai tự nhiên nhiều lần
- Thai phụ đã và đang điều trị dọa sảy, dọa đẻ non trong lần mang thai này.

4. THẬN TRỌNG

- Thai phụ khâu vòng cổ tử cung, đặt vòng nâng cổ tử cung.
- Rau tiền đạo, rau cài răng lược.
- Thai phụ có bệnh lý lây truyền từ mẹ sang con như HIV, viêm gan, giang mai..

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: 02 điều dưỡng/hộ sinh

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien tu Nhan dan Viet Nam_28/05/2024 15:28:08

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 người bệnh (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. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1:

- Thai phụ nằm ngửa tư thế Fowler.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien tu nhan viet nam_08/03/2023 15:28:08

- Siêu âm kiểm tra trước chọc ối: hoạt động tim thai, vị trí bánh rau và xác định vị trí chọc kim trên thành bụng (tránh vị trí bánh rau).

6.2. Bước 2:

- Sát trùng thành bụng
- Trải săng vô khuẩn có lỗ.
- Bác sĩ phụ cầm đầu dò siêu âm
- Bác sĩ chính chọc kim 25G qua thành bụng của thai phụ vào trong buồng tử cung dưới hướng dẫn của siêu âm. Hút ~10 ml nước ối.
- Đánh giá sơ lược màu sắc nước ối.
- Nước ối được bơm chuyển vào 02 ống chuyên dụng có dán nhãn tên tuổi địa chỉ của người bệnh, tuần thai và chỉ định chọc ối.
- Băng vết kim chọc.

Trong trường hợp đa thai, tiến hành lặp lại các bước như trên.

6.3. Bước 3:

- Siêu âm kiểm tra tim thai sau thủ thuật.
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: các dấu hiệu mạch, huyết áp, nhịp thở, đau bụng, ra máu âm đạo của thai phụ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6.4. Kết thúc quy trình

- Thai phụ nằm nghỉ trong khoảng 1 giờ.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ: số lần chọc kim, thời gian chọc ối, màu sắc nước ối, tai biến (nếu có)…
- Siêu âm kiểm tra thai trước khi thai phụ ra về và lưu vào hồ sơ.
- Kê đơn thuốc (kháng sinh, giảm co) và hướng dẫn sử dụng thuốc sau khi làm thủ thuật.
- Hướng dẫn thai phụ theo dõi các dấu hiệu bất thường sau chọc hút dịch ối (sốt, đau bụng, ra máu và ra nước âm đạo).
- Ghi phiếu hẹn ngày trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Đau
- Chảy máu tại vị trí chọc kim vào buồng tử cung
- Rỉ nước ối qua vị trí chọc kim.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu
- Tụ máu thành bụng

- Nhiễm trùng
- Rỉ ối.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng ối
- Sảy thai.
- Thai chết lưu

7.4. Xử trí tai biến:

- Nếu có dấu hiệu bất thường, đề nghị khám cấp cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Trường Duyệt (2017). Kỹ thuật hiện đại ứng dụng trong thăm dò sản phụ khoa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội

2. Phan Trường Duyệt (2003). Hướng dẫn thực hành thăm dò về sản khoa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

188. KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoi hoa Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2023 15:28:08

1. ĐỊNH NGHĨA

Là thủ thuật khâu một đường vòng tròn bên ngoài quanh cổ tử cung để thu hẹp lỗ trong cổ tử cung

2. CHỈ ĐỊNH

- Chỉ định tuyệt đối: Hở eo tử cung.
- Chỉ định tương đối:

+ Tiền sử sẩy thai liên tiếp từ hai lần trở lên mà không rõ nguyên nhân

+ Tuổi thai áp dụng kỹ thuật này: 12-14 tuần.

+ Cần cho thai phụ nhập viện để thực hiện kỹ thuật này.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Về phía mẹ:

+ Dị dạng sinh dục

+ Sẹo mổ đẻ cũ, sẹo mổ bóc nhân xơ TC

+ Viêm nhiễm âm đạo,viêm cổ tử cung cấp

- Về phía thai:

+ Đang có dấu hiệu dọa sẩy thai

+ Rỉ ối, vỡ ối

+ Thai bất thường.

4. THẬN TRỌNG

Đang có bệnh nội khoa, bệnh về máu cần điều trị trước

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.
- 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van ban phap quy Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

- 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 người bệnh (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. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Thực hiện kỹ thuật

Quy trình gồm 3 bước:

6.1.1. Bước 1: Bộc lộ cổ tử cung

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

6.1.2. Bước 2: Khâu vòng.

- Thường dùng phương pháp Mc Donald, dùng chỉ không tiêu, mũi khâu nằm sâu trong mô cổ tử cung, vị trí ngang mức lỗ trong CTC. CTC được khâu đóng lại bằng 4 mũi kim cân đối khép lại thành hình tròn thắt lại quanh CTC rồi buộc lại.

- Buộc chỉ ở vị trí 12-1giờ.

- Cắt đầu chỉ xa nút buộc khoảng 1cm làm chỉ chờ thuận lợi cho việc cắt chỉ sau này.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phap che Benh vien tu nhan viet nam_08/03/2024 15:28:08

6.1.3. Bước 3: Kiểm tra nút chỉ.

- Sát trùng lại âm đạo, cổ tử cung.
- Chèn gạc nếu thấy rỉ máu tại vị trí khâu, rút sau 4-6 giờ.

6.1.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá lại người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện hồ sơ ghi chép

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Điều trị kháng sinh đường uống và thuốc chống co thắt tử cung.
- Thai phụ xuất viện sau 1 - 3ngày nếu không có đau bụng, ra máu âm đạo.
- Siêu âm đánh giá tình trạng thai trước khi ra viện.
- Dùng progesterone liên tục đường âm đạo đến tuổi thai 36 tuần.
- Khám thai định kỳ theo hẹn.
- Hướng dẫn thai phụ khám lại khi có các dấu hiệu bất thường: đau bụng, có cơn co tử cung, ra máu, ra nước đường âm đạo.
- Chỉ định cắt chỉ khâu vòng khi thai 37 tuần hoặc khi có dấu hiệu chuyển dạ thực sự

7. 2. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu

7.3. Tai biến sau thủ thuật

- Rỉ ối, vỡ ối
- Nhiễm trùng

7.4. Tai biến muộn:

- Sảy thai hoặc đẻ non.
- Vỡ tử cung, rách cổ tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phep Vai Benh vien thanh hoa Viet Nam_08/03/2026 15:28:08

189. CẮT CHỈ KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Cắt chỉ khâu vòng cổ tử cung là một thủ thuật nhằm lấy sợi chỉ được khâu vào cổ tử cung trước đó để chuẩn bị cho cuộc sinh đẻ.
- Nguyên lý: Sử dụng kéo để cắt đứt sợi dây khâu cổ tử cung.
- Mục đích của kỹ thuật: Chuẩn bị cho cuộc sinh đẻ

2. CHỈ ĐỊNH

- Thai ≥ 37 tuần hoặc có dấu hiệu chuyển dạ thực sự
- Các trường hợp cần đình chỉ thai nghén

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Cắt chỉ khi thai chưa đủ 37 tuần và chưa có dấu hiệu chuyển dạ

4. THẬN TRỌNG

Trong trường hợp chuyển dạ nhanh, cổ tử cung mở nhiều, rách cổ tử cung chảy máu khó xác định dây vòng.

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.
- 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.
- 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phap che Benh vien nhi Viet Nam_05/03/2025 15:28:08

- 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 người bệnh (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 hoặc phòng đẻ

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1.Bước 1: Bộc lộ cổ tử cung

- Đặt van âm đạo hoặc mỏ vịt colin để bộc lộ cổ tử cung, kẹp kéo cổ tử cung ra ngoài.

6.2. Bước 2: Cắt chỉ khâu vòng

- Thường khâu theo phương pháp Mc Donal, dùng chỉ không tiêu, mũi khâu nằm sâu trong mô cổ tử cung, vị trí ngang mức lỗ trong CTC và nơ buộc chỉ ở vị trí 12 -1 giờ.

- Dùng pince không răng kéo chỉ chờ, đưa mũi kéo vào cắt 1 bên dây chỉ và kéo nhẹ dây chỉ ra.

6.3. Bước 3: Kiểm tra vị trí rút chỉ

- Sát trùng lại âm đạo, cổ tử cung.

- Chèn gạc nếu thấy rỉ máu tại vị trí chân mũi chỉ, rút gạc chèn sau 4-6 giờ.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau kỹ thuật: mạch, huyết áp, nhịp thở, tri giác, chảy máu âm đạo

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

- Hướng dẫn người bệnh theo dõi ngoại trú, hẹn tái khám.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương cổ tử cung chảy máu nhiều: chèn meche cổ tử cung hoặc khâu cầm máu

- Ối vỡ: nhập viện theo dõi

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Rỉ ối: nhập viện theo dõi

7.3. Biến chứng muộn

- Rỉ ối: hướng dẫn thai phụ theo dõi ngoại trú phát hiện các dấu hiệu bất thường như ra nước âm đạo, ra máu âm đạo, đau bụng từng cơn. Tái khám nếu có các dấu hiệu nêu trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản (Ban hành kèm theo Quyết định số 4128/ QĐ-BYT ngày 29/7/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

190. PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN ĐẦU

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.

2. CHỈ ĐỊNH

2.1 Các chỉ định do nguyên nhân về phía thai

- Các chỉ định do ngôi thai bất thường.
- Thai to
- Thai suy
- Bệnh lý của thai có chống chỉ định đẻ đường âm đạo

2.2 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: 01-02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh
- Đón bé: 01 Hộ sinh/điều dưỡng

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

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 người bệnh (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. 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 vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ.

6.2. Bước 2: Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung.

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

- 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

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: truyền máu hoặc các dung dịch thay thế

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 và truyền máu hoặc các dung dịch 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

191. PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN HAI TRỞ LÊN

hhbvtnvn.thanhhoa_Vanthubenhvien ... Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

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.

Khó khăn của phẫu thuật này là ổ bụng có thể dính nhiều các dây chằng và mạc nối, thay đổi vị trí giải phẫu của các cơ quan trong ổ bụng. Khi tiến hành phẫu thuật thì mở bụng phải gỡ dính, cầm máu, nguy cơ tổn thương các tạng xung quanh, nguy cơ chảy máu, khó bộc lộ đoạn dưới tử cung, đôi khi không thể bộc lộ được đoạn dưới mà phải rạch ngang hoặc dọc thân tử cung để lấy thai. Do đó, thời gian từ lúc giảm đau đến lúc lấy thai bị kéo dài. Sau mổ nguy cơ vết mổ liền kém, tụ máu ở thành bụng cao hơn các trường hợp khác

2. CHỈ ĐỊNH

- Các chỉ định do nguyên nhân có mổ đẻ cũ
- Các chỉ định do nguyên nhân có mổ đẻ cũ kèm các nguyên nhân kết hợp 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: 02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 02 điều dưỡng/hộ sinh
- Đón bé: 01 hộ sinh/điều dưỡng

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

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hanh hoa Benh vien tu than Viet Nam_18/05/2026 15:28:08

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 người bệnh (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. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Mở bụng theo đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ.

- Cắt bỏ sẹo mổ cũ qua các lớp vào ổ bụng, chú ý tổn thương các tạng bên dưới.

- Bộc lộ đoạn dưới tử cung, gỡ dính, cầm máu (nếu cần): 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: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại

- 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.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

a) Chảy máu: truyền máu hoặc các chế phẩm thay thế

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: truyền máu hoặc các chế phẩm thay thế và dùng kháng sinh kết hợp

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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

192. PHẪU THUẬT LẤY THAI TRÊN NGƯỜI BỆNH CÓ TIỀN SỬ PHẪU THUẬT Ổ BỤNG

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.

Phẫu thuật lấy thai trên người bệnh có tiền sử phẫu thuật ổ bụng áp dụng cho những người bệnh có tiền sử phẫu thuật vùng bụng trước đó. Khó khăn của phẫu thuật này là ổ bụng có thể dính nhiều các dây chằng và mạc nối, thay đổi vị trí giải phẫu của các cơ quan trong ổ bụng. Khi tiến hành phẫu thuật thì mở bụng phải gỡ dính, cầm máu, nguy cơ tổn thương các tạng xung quanh, nguy cơ chảy máu, khó bộc lộ đoạn dưới tử cung, đôi khi không thể bộc lộ được đoạn dưới mà phải rạch ngang hoặc dọc thân tử cung để lấy thai. Do đó thời gian từ lúc giảm đau đến lúc lấy thai bị kéo dài. Sau mổ nguy cơ vết mổ liền kém, tụ máu ở thành bụng cao.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có tiền sử phẫu thuật ổ bụng 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
- 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: 02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh
- Đón bé: 01 hộ sinh/điều dưỡng

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

5.3 Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hieu hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_18/03/2026 15:28:08

- 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 người bệnh (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. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1:

- Mở bụng theo đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ, rạch cắt bỏ sẹo mổ cũ, qua các lớp vào ổ bụng, chú ý tổn thương các tạng bên dưới.

- Bộc lộ đoạn dưới tử cung, gỡ dính, cầm máu (nếu cần): 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 8-10 cm.

6.4. Bước 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
- Tiêm bắp 10 đơn vị Oxytocin
- Kẹp và cắt dây rốn trong vòng 1 đến 3 phút sau khi thai sổ, hoặc khi dây rốn đã ngừng đập.
- 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

- Cầm máu kỹ
- Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh
- Tùy từng trường hợp cụ thể xem xét đặt dẫn lưu ổ bụng nếu cần
- 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan vietnam_08/02/2026 15:28:08

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

a) Chảy máu: truyền máu hoặc các chế phẩm thay thế

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: truyền máu hoặc các chế phẩm thay thế và dùng kháng sinh kết hợp

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thi Hiep hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/202 15:28:08

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

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. Phẫu thuật lấy thai trên người bệnh mắc bệnh toàn thân như bệnh tim mạch, bệnh gan, bệnh thận, bệnh huyết học, bệnh nội tiết là phẫu thuật có nhiều nguy cơ cho cả mẹ và con, nguy cơ của các bệnh toàn thân sẽ nặng lên do quá trình phẫu thuật, nguy cơ chảy máu phải cắt tử cung trong quá trình mổ lấy thai cao hơn các phẫu thuật lấy thai đơn thuần.

2. CHỈ ĐỊNH

- Phối hợp với các bác sỹ chuyên khoa để có hướng xử trí thích hợp
- Phụ thuộc vào tình trạng bệnh toàn thân của mẹ:

Nếu bệnh toàn thân không cho phép sản phụ gắng sức hoặc cuộc chuyển dạ có nguy cơ cao cho mẹ thì cần mổ lấy thai: suy tim, hẹp hai lá khít, tăng áp mạch phổi, suy gan, suy thận, giảm tiểu cầu, rối loạn đông máu.....

Nếu bệnh lý toàn thân mẹ cho phép chuyển dạ đẻ bình thường thì các chỉ định mổ phụ thuộc vào chỉ định sản khoa.

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: 02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh
- Đón bé: 01hộ sinh/điều dưỡng

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

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 người bệnh (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. 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.
- Tiêm bắp 10 đơn vị Oxytocin.
- Kẹp và cắt dây rốn trong vòng 1 đến 3 phút sau khi thai sổ, hoặc khi dây rốn đã ngừng đập.
- 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 là rau bong non phải kiểm tra tổn thương cơ tử cung để quyết định bảo tồn tử cung hay cắt tử cung.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_28/03/2025 15:28:08

- 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 bụng

- Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh.
- Đếm đủ gạc,ấu, 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 đờ 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 …
- Tổn thương bàng quang, ruột, niệu quản…
- Các tai biến do gây mê: hội chứng hít, phản ứng thuốc,sốc phản vệ
- Tử vong mẹ: do thuyên tắc mạch ối, tắc mạch phổi ….

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: vết mổ, tiết niệu,viêm phúc mạc tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết
- Liệt ruột, tắc ruột sau mổ
- Các tai biến do bệnh lý mẹ gây ra và nặng lên do quá trình phẫu thuật: suy tim cấp, hôn mê gan, hôn mê do nhiễm toan ceton, xuất huyết do rối loạn đông máu....

7.3. Biến chứng muộn

- 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, do tụ dịch vết mổ.

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)

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hiệp hội Bệnh viện tư nhân Việt Nam_08/05/2025 15:28:08

194. PHẪU THUẬT LẤY 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 do 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, 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: 02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh
- Đón bé: 01 hộ sinh/điều dưỡng

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

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 người bệnh (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. 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.

- Tiêm bắp 10 đơn vị Oxytocin.

- Kẹp và cắt dây rốn sau 1 đến 3 phút, hoặc khi dây rốn đã ngừng đập.
- 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 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 bụng

- Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh.
- Đếm đủ gạc,ấu, 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 đờ 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 …
- Tổn thương bàng quang, ruột, niệu quản…
- Các tai biến do gây mê: hội chứng hít, phản ứng thuốc, sốc phản vệ
- Tử vong mẹ: do thuyên tắc mạch ối, tắc mạch phổi ….

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng:vết mổ, tiết niệu, viêm phúc mạc tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết
- Liệt ruột, tắc ruột sau mổ

7.3. Biến chứng muộn

- 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, do tụ dịch vết mổ.

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)

195. PHẪU THUẬT LẤY THAI Ở NGƯỜI BỆNH CÓ BỆNH TRUYỀN NHIỄM LÂY QUA ĐƯỜNG MÁU

1. ĐẠI CƯƠNG

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 ngôi thai bất thường.
- Thai to
- 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: yếu tố xã hội

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 áp xes phần phụ, mở thông bàng quang
- Đa thai nguy cơ băng huyết chảy máu, đỡ tử cung
- Tử 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: 02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh
- Đón bé: 01 hộ sinh/điều dưỡng

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien tu nhan viet nam_08/03/2026 15:28:08

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

+ Bộ đồ bảo hộ phòng chống lây nhiễm

+ 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 người bệnh (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. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Phẫu thuật viên, phẫu thuật viên phụ, dụng cụ viên mặc trang phục bảo hộ phòng chống lây nhiễm theo quy định
- Bước 1. Mở bụng: có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van ban Hop hoi Benh vien tu nhan viet nam_08/0.../202. 15:28:08

- + Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ.
- Bước 2. Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung.
- 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.

Bước 4: Lấy thai và rau.

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

- + Dùng miếng gạc mỏng lau nhớt miệng trẻ.
- + Kẹp và cắt dây rốn trong vòng 1 đến 3 phút sau khi thai sổ, hoặc khi dây rốn đã ngừng đập.
- + 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.
- 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.
- Bước 6: Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, đếm đủ gạc.
- Bước 7: Đóng thành bụng theo từng lớp.
- Bước 8: Lấy máu và lau âm đạo.
- Bước 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.
- + 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 người bệnh 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phap nhi Benh vien nhi mon Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

- Chấn thương ruột
- Rạch vào bàng quang
- Thắt vào niệu quản
- Khi nghi ngờ tổn thương tạng, cần phát hiện và sửa chữa kịp thời, để 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 2016

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

196. PHẪU THUẬT LẤY THAI DO RAU CÀI RĂNG LƯỢC

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy thai do 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.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp đình chỉ thai có chẩn đoán rau tiền đạo - 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: 02-03 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 02-03 điều dưỡng/hộ sinh
- Đón bé: 01 hộ sinh/điều dưỡng

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 sảy 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hieu hoi benh vien u man Viet Nam_28/03/2025 15:28:08

- 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 người bệnh (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 2-4 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Mở bụng

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

6.2. Bộc lộ vùng mổ

- Gỡ dính thành bụng ra khỏi tử cung (nếu có dính). Buộc thắt các mạch máu tăng sinh và gỡ bàng quang tối đa có thể.

6.3. Rạch dọc thân tử cung hoặc ngang phía trên vị trí rau bám

- Tùy theo định hướng phẫu thuật có cắt hay bảo tồn tử cung

6.4. Lấy thai

- Lấy thai.
- Dùng miếng gạc mỏng lau nhớt miệng trẻ.
- Kẹp và cắt dây rốn.
- Khâu nhanh vết mổ hoặc kẹp vết mổ cầm máu bằng các kẹp hình tim.
- Bước tiếp theo thực hiện theo quy trình mổ bảo tồn hay cắt tử cung.

6.7. Đóng thành bụng theo từng lớp

6.8. 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.
- 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 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 mỏm cắt, 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Tiep nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

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

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.
- Các kỹ thuật cầm máu (thắt động mạch tử cung, khâu B- Lynch…) có thể kết hợp sau mổ lấy thai trong các trường hợp chảy máu. Sử dụng kỹ thuật nào tuỳ thuộc bác sỹ phẫu thuật đánh giá trong các tình huống lâm sàng cụ thể.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu từ buồng tử cung do những nguyên nhân khác nhau
- Chảy máu ở diện rau bám trong rau tiền đạo
- Đờ tử cung…

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: 02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 02 điều dưỡng/hộ sinh
- Đón bé: 01 hộ sinh/điều dưỡng

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

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 sảy ra trong và sau khi làm phẫu

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop Noi Benh vien tinh Thanh Hoa Viet Nam_04/05/2025 15:28:08

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 người bệnh (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. 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, gỡ dính, cầm máu (nếu cần): 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 giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới

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

6.4. Bước 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

- 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: Tìm nguyên nhân chảy máu để xử trí

a. Khâu cầm máu diện rau bám

- **Kỹ thuật:** Khâu các **mũi chữ X hoặc số 8** bằng chỉ tiêu (Vicryl 0 hoặc 1) trực tiếp vào các điểm đang chảy máu tại diện rau bám.

hhbvtnvn.thanhhoa_Vien thu Hinh ha Benh vien tu nhan Viet Nam_20/03/2026 15:28:08

b. Thắt động mạch tử cung

- **Vị trí:** Ngang mức lỗ trong cổ tử cung hoặc dưới vết rạch cơ tử cung 1 - 2 cm.

- **Cách làm:** Khâu xuyên kim qua lớp cơ tử cung (cách bờ bên 1 - 2 cm) từ trước ra sau, vòng qua phần không mạch máu của dây chằng rộng rồi thắt nút. Thực hiện tương tự với bên đối diện.

3. Khâu ép tử cung (Kỹ thuật B-Lynch)

- **Cách làm:**

1. Dùng chỉ tan chậm số 1 hoặc 2, khâu từ thành trước (dưới vết rạch) ra thành trước (trên vết rạch).
2. Vòng chỉ qua đáy tử cung ra thành sau, khâu xuyên qua thành sau ở đoạn dưới.
3. Vòng chỉ ngược lại qua đáy tử cung về phía trước và đối xứng với bên kia.
4. **Thắt nút:** Bác sĩ phụ dùng hai tay ép chặt tử cung trước khi phẫu thuật viên thắt nút chỉ ở đoạn dưới thành trước.

6.6. Bước 6: 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)

6.7. Bước 7: Lau sạch ổ bụng

- Kiểm tra và xử trí chảy máu nếu có
- Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh
- Tùy từng trường hợp cụ thể xem xét đặt dẫn lưu ổ bụng nếu cần
- 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.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

a) Chảy máu: khâu cầm máu

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 và truyền máy 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

198. PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH NẶNG (VIÊM PHÚC MẠC; VỠ TẠNG TRONG TIỂU KHUNG; VỠ TỬ CUNG...)

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối tử cung bao gồm thân tử cung, cổ tử cung, vòi tử cung, buồng trứng. Tuy nhiên, cũng có những trường hợp cắt tử cung hoàn toàn để lại một hoặc hai phần phụ tùy theo bệnh lý. Trong trường hợp cấp cứu trên người bệnh tình trạng nặng (viêm phúc mạc, vỡ tạng trong tiểu khung, vỡ tử cung…), cắt tử cung được đưa ra xử trí cấp cứu nhằm giải quyết nguyên nhân, cầm máu, đảm bảo hồi sức bảo toàn tính mạng cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý liên quan đến sản khoa

- Hầu hết trong phẫu thuật cấp cứu sản khoa thường có chỉ định cắt tử cung bán phần, tuy nhiên trong một số trường hợp đặc biệt phải có chỉ định cắt tử cung hoàn toàn.
- Rau tiền đạo trung tâm, rau bám chặt xuống sâu tận cổ tử cung gây chảy máu mà thắt động mạch hạ vị không cầm máu được.
- Chửa ở cổ tử cung bị sẩy, chảy máu sau khi can thiệp các thủ thuật như khâu, đốt nhiệt mà không có kết quả.
- Nhiễm trùng sau phẫu thuật lấy thai lan tới buồng tử cung đã bị rách phức tạp.

Bệnh lý liên quan đến phụ khoa

- Những bệnh lý ung thư và tiền ung thư của bộ phận sinh dục (cổ tử cung, tử cung, vòi tử cung, buồng trứng, rau, chửa trứng lớn tuổi…)
- Những khối u lành tính ở tử cung có chỉ định cắt tử cung bán phần nhưng cổ tử cung không bình thường (tổn thương lành tính hoặc nghi ngờ cổ tử cung)

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 ruôt, mổ áp xes phần phụ, mở thông bàng quang…
- Người bệnh có bệnh nội khoa nặng: tim mạch, hô hấp, rối loạn đông máu cần hồi sức trước, trong, sau mổ, ung thư di căn.
- Cắt tử cung trên người bệnh có tình trạng nặng viêm phúc mạc, vỡ tạng, vỡ tử cung thường có tình trạng nhiễm trùng nặng, mất máu nặng hoặc sốc, cần phối hợp hồi sức tốt trước, trong và sau mổ.

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 sảy 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 người bệnh (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 2-4 giờ

5.7. Địa điểm thực kiện: Phòng thực hiện kỹ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Mở thành bụng

- Thường sử dụng đường rạch Pfannenstiel, đối với trường hợp cấp cứu hoặc khó khăn thì sử dụng đường trắng giữa dưới rốn.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_06/03/2024 15:28:08

6.2. Bước 2: Cắt các dây chằng

- Cắt và thắt dây chằng thắt lưng - buồng trứng, tử cung - vòi tử cung và các cuống mạch, cắt dây chằng tròn hai bên, cắt hai lá dây chằng rộng. Khâu lại các cuống mạch và mỏm cắt.

6.3. Bước 3: Tách và cắt phúc mạc tử cung- bàng quang

- Dùng kéo mở phúc mạc ngang với chỗ bám di động ở eo tử cung và cắt ngang trước đoạn dưới tử cung.
- Dùng gạc đẩy phúc mạc xuống sâu, giúp đẩy bàng quang ra trước, bộc lộ cổ tử cung và túi cùng âm đạo trước.

6.4. Bước 4: Cắt dây chằng tử cung - cùng và phúc mạc mặt sau.

- Kéo tử cung ra trước, bộc lộ hai dây chằng tử cung - cùng và mặt sau cổ tử cung.
- Cắt hai dây chằng tử cung - cùng gần chỗ bám ở cổ tử cung
- Tách phúc mạc sau vòng quanh cổ tử cung phía trên và đẩy xuống ngang mức cắt âm đạo.

6.5. Bước 5: Cặp các cuống mạch đi vào tử cung

- Cặp các động mạch tử cung từng bên. Cắt và khâu cuống mạch
- Cặp nhánh động mạch cổ TC, cắt và khâu cuống mạch.

6.6. Bước 6: Cắt âm đạo

- Tay trái phẫu thuật viên kéo mạnh tử cung lên trên, tay phải dùng kéo mở cùng đồ trước hoặc cùng đồ sau.
- Dùng kẹp thẳng cặp mép trước âm đạo để giữ.
- Tiếp tục cắt vòng quanh sát với chỗ bám âm đạo và cổ tử cung từ phía trước sang phải, ra sau và qua trái.

6.7. Bước 7: Đóng âm đạo

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

6.8. Bước 8: Phủ phúc mạc tiểu khung

6.9. Bước 9: Kiểm tra tổn thương các tạng trong ổ bụng. Hội chẩn các chuyên khoa liên quan khi cần thiết.

6.10. Bước 10: Đóng thành bụng

6.11. Bước 11: 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van ban Hiep hoi Benh vien Viet Nam_28/05/2024 15:28:08

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: Do buộc lỏng chỉ, tuột chỉ ở các cuống mạch và mỏm cắt âm đạo. Khâu cầm máu.
- Chấn thương ruột: do dính hay trong quá trình bóc tách.
- Rạch vào bàng quang: do khâu vào bàng quang, cắt vào bàng quang do đẩy phúc mạc tử cung - bàng quang không tốt.
- Cắt hoặc thắt vào niệu quản: do dính hoặc thắt cuống động mạch cổ tử cung - âm đạo quá xa bờ ngoài cổ tử cung.
- Khi nghi ngờ tổn thương tạng, cần phát hiện và sửa chữa kịp thời, để 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, âm đạo ra nhiều máu đỏ... Có thể mổ lại để cầm máu hoặc 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.

7.3. Biến chứng muộn

- Tắc ruột sau mổ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

199. PHẪU THUẬT MỞ Ổ BỤNG CẦM MÁU TRONG CẤP CỨU SẢN PHỤ KHOA

1. ĐẠI CƯƠNG

- Chảy máu sau đẻ hoặc sau phẫu thuật sản phụ khoa là một cấp cứu trong sản khoa.
- Có nhiều nguyên nhân gây chảy máu. Sau khi đã tìm và giải quyết đường âm đạo không kết quả thì phải mở bụng tìm nguyên nhân và giải quyết chảy máu theo tình huống cụ thể.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu từ buồng tử cung do những nguyên nhân khác nhau: vỡ tử cung, tụ máu,…
- Chảy máu ở diện rau bám trong rau tiền đạo
- Đờ tử cung…

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH Không có

4. THẬN TRỌNG Rối loạn đông máu

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hiệp hội bệnh viện tư nhân Việt Nam_08/05/2025 15:28:08

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 người bệnh (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. 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, gỡ dính, cầm máu (nếu cần): chèn gạc, đặt van vệ.

6.2. Bước 2: Kiểm tra ổ bụng, tử cung… tìm nguyên nhân chảy máu.

6.3. Bước 3: Tìm nguyên nhân chảy máu để xử trí

a. Khâu cầm máu diện rau bám

- **Kỹ thuật:** Khâu các **mũi chữ X hoặc số 8** bằng chỉ tiêu (Vicryl 0 hoặc 1) trực tiếp vào các điểm đang chảy máu tại diện rau bám.

b. Thắt động mạch tử cung

- **Vị trí:** Ngang mức lỗ trong cổ tử cung hoặc dưới vết rạch cơ tử cung 1 - 2 cm.

- **Cách làm:** Khâu xuyên kim qua lớp cơ tử cung (cách bờ bên 1 - 2 cm) từ trước ra sau, vòng qua phần không mạch máu của dây chằng rộng rồi thắt nút. Thực hiện tương tự với bên đối diện.

3. Khâu ép tử cung (Kỹ thuật B-Lynch)

- **Cách làm:**

5. Dùng chỉ tan chậm số 1 hoặc 2, khâu từ thành trước (dưới vết rạch) ra thành trước (trên vết rạch).

6. Vòng chỉ qua đáy tử cung ra thành sau, khâu xuyên qua thành sau ở đoạn dưới.

7. Vòng chỉ ngược lại qua đáy tử cung về phía trước và đối xứng với bên kia.

8. **Thắt nút:** Bác sĩ phụ dùng hai tay ép chặt tử cung trước khi phẫu thuật viên thắt nút chỉ ở đoạn dưới thành trước.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop noi Benh vien tu nhan_viet nam_08/03/2025 15:28:08

6.4. Bước 4: Lau sạch ổ bụng

- Kiểm tra và xử trí chảy máu nếu có
- Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh
- Tùy từng trường hợp cụ thể xem xét đặt dẫn lưu ổ bụng nếu cần
- Đếm đủ gạc, đủ dụng cụ

6.5. Bước 5: Đóng thành bụng theo từng lớp giải phẫu

6.6. Bước 6: Lấy máu và lau âm đạo

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện phẫu 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, 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: truyền máu hoặc các chế phẩm thay thế

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

c) Rối loạn đông máu: truyền máu, các yếu tố đông máu hoặc các chế phẩm thay thế

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: truyền máu hoặc các chế phẩm thay thế và kháng sinh phối hợp

c) Rối loạn đông máu, suy đa tạng: hồi sức tích cực, truyền máu, các yếu tố đông 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

200. PHẪU THUẬT CẮT LỌC VÀ KHÂU PHỤC HỒI TỬ CUNG SAU MỔ LẤY THAI

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hanh hoa Benh vien tu Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm trùng vết mổ cơ tử cung sau mổ lấy thai là một thể nặng của nhiễm khuẩn vết mổ. Ảnh hưởng đến sức khoẻ của sản phụ có thể dẫn đến hậu quả nặng nề như: cắt tử cung, nhiễm trùng huyết, thậm chí có thể ảnh hưởng đến tính mạng nếu chẩn đoán và xử trí không đúng và kịp thời.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có chỉ định bảo tồn tử cung

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Nhiễm trùng nặng không có khả năng bảo tồn tử cung

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 áp xes phần phụ, mở thông bàng quang…
- 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: 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Benh vien tu nhan Viet Nam_09/03/2026 15:28:08

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 người bệnh (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 kiện: Phòng thực hiện kỹ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Mở bụng:

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

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

6.2. Bước 2: Mở phúc mạc bóc tách đẩy bàng quang xuống thấp, gỡ các cơ quan dính vào tử cung và sẹo mổ cũ ở tử cung.

6.3. Bước 3: Đánh giá tổn thương

6.4. Bước 4: Cắt lọc tổ chức hoại tử, nhiễm trùng tới phần tổ chức lành, còn hồng, có chảy máu. Lấy dịch mủ cấy vi khuẩn

6.5. Bước 5: Khâu phục hồi cơ tử cung 01 lớp toàn thể mũi vắt hoặc mũi rời bằng chỉ tiêu số 1. Khâu lớp thứ 2 che phủ lớp thứ nhất. Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung

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: Đặt dẫn lưu. Đóng thành bụng theo từng lớp.

6.9. Bước 8: Lấy máu và lau âm đạo.

6.9. **Bước 8.** 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: Sử dụng thuốc cầm máu, khâu cầm máu, thắt các động mạch.
- Chấn thương ruột
- Rạch vào bàng quang
- Thắt vào niệu quản
- Khi nghi ngờ tổn thương tạng, cần phát hiện và sửa chữa kịp thời, để 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hien Benh vien tu than Viet Nam_08/03/2024 15:28:08

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phep doi Benh vien [illegible] nhan Viet Nam_08/05/202[illegible] 15:28:08

201. PHẪU THUẬT KHÂU BẢO TỒN TỬ CUNG QUA ĐƯỜNG MỞ BỤNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật khâu bảo tồn tử cung đường bụng là phẫu thuật mở bụng khâu phục hồi tử cung nhằm mục đích bảo tồn tử cung.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các tổn thương tử cung (thủng tử cung, vỡ tử cung, tụ máu …) ở người bệnh còn nhu cầu sinh đẻ.
- Các trường hợp nhiễm trùng vết mổ tử cung, rò vết mổ tử cung thành bụng có khả năng cắt lọc bảo tồn ở người bệnh còn nhu cầu sinh đẻ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tử cung tổn thương phức tạp, nhiễm khuẩn tử cung toàn bộ không có khả năng bảo tồn.
- Người bệnh trong tình trạng rối loạn đông máu nặng, sốc nhiễm khuẩn.

4. THẬN TRỌNG

Trong các trường hợp cần bảo tồn cần thận trọng trong chỉ định vì có thể thất bại và phải mổ lại cắt 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,…
- 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 người bệnh (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 kiện: Phòng thực hiện kỹ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Bước 1: Mở thành bụng

Rạch thành bụng theo đường ngang, hoặc đường dọc giữa dưới rốn.

Bước 2: Kiểm tra tử cung và các tạng xung quanh*:* quan sát tử cung, hai phần phụ, tiểu khung. Đánh giá tử cung: kích thước, vị trí tổn thương để xem khả năng có thể khâu bảo tồn được tử cung không. Cần thiết có thể cắt lọc tổn thương đảm bảo khâu đúng lớp.

Bước 3: Khâu phục hồi tử cung*:* Khâu phục hồi cơ tử cung bằng chỉ tiêu (Vicryl, Catgut,…) khâu mũi rời hoặc khâu vắt.

Bước 4: Lau sạch ổ bụng, đặt song dẫn lưu (nếu cần) và đóng thành bụng.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: Sử dụng thuốc cầm máu, khâu cầm máu, thắt các động mạch.
- Tổn thương tạng xung quanh: bàng quang, tổn thương ruột … Khi nghi ngờ tổn thương tạng, cần phát hiện và sửa chữa kịp thời, để 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hà Thị Bé_Văn thư Bệnh viện Việt Nam_06/05/2025 15:28:08

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

202. PHẪU THUẬT KHÂU BẢO TỒN TỬ CUNG QUA NỘI SOI

1. ĐẠI CƯƠNG

Khâu bảo tồn tử cung qua nội soi là phẫu thuật sử dụng các dụng cụ được đưa vào ổ bụng qua các lỗ chọc ở thành bụng để tiến hành cắt lọc, cầm máu và khâu phục hồi để bảo tồn tử cung.

2. CHỈ ĐỊNH

Các tổn thương ở tử cung (thủng tử cung sau các can thiệp buồng tử cung như hút thai, nạo thai, đặt dụng cụ tử cung, cắt polyp…) ở người bệnh còn nhu cầu sinh đẻ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp chống chỉ định phẫu thuật nội soi.
- Tử cung tổn thương phức tạp, nhiễm khuẩn tử cung không có khả năng bảo tồn.
- Các trường hợp có nghi ngờ tổn thương các tạng lân cận kèm theo.
- Người bệnh trong tình trạng rối loạn huyết động, rối loạn đông máu nặng, sốc nhiễm khuẩn.

4. THẬN TRỌNG

- Béo phì
- Tiền sử phẫu thuật ổ bụng nhiều lần, dính.

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, 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 người bệnh (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 kiện: Phòng thực hiện kỹ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Bước 1: Chọc Trocar và bơm CO_2 vào ổ bụng:

+ Rạch dưới rốn 5 hoặc 10 mm (phù hợp với đèn soi)

+ Nâng thành bụng lên cao để chọc kim (hoặc chọc ngay Trocar 05 hoặc Trocar 10 nếu phẫu thuật viên có kinh nghiệm), dùng nước nhỏ vào đốc kim kiểm tra xem đầu kim đã nằm trong ổ bụng chưa.

+ Bơm CO_2 vào ổ bụng, tốc độ khí vào thường được đặt là 3- 4 lít/ phút. Cảm ứng tắt tự động nếu áp lực bơm trên 15-20 mm Hg.

+ Chọc Trocar 5 hoặc 10.

+ Đưa đèn soi. Kiểm tra xenm Trocar đã nằm trong ổ bụng chưa.

+ Chọc 2 Trocar 05 ở hai bên hố chậu, gần mào chậu, chú ý tránh chọc vào mạch máu

Bước 2: Kiểm tra tử cung và các tạng xung quanh: quan sát tử cung, hai phần phụ, tiểu khung, kiểm tra dạ dày và gan. Đánh giá tử cung: kích thước, vị trí tổn thương để xem khả năng có thể khâu bảo tồn được tử cung không.

Bước 3: Khâu phục hồi tử cung: Khâu phục hồi cơ tử cung bằng chỉ Vicryl 1/0 hoặc chỉ xương cá, khâu mũi rời hoặc khâu vắt. Cầm máu bằng dao điện 2 cực.

Bước 4: Kiểm tra, cầm máu và tháo CO_2: rửa lại ổ bụng vùng tiểu khung, xem dịch nước rửa trong, kiểm tra diện khâu tử cung không chảy máu, nước rửa trong. Tháo CO_2, rút 2 trocar ở hố chậu trước, trocar ở rốn có đèn soi rút sau cùng.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong phẫu thuật

- Tai biến liên quan đến bơm khí ổ bụng:
- Tắc mạch do khí
- Tràn khí dưới da: Thường do kim Palmer, bơm CO_2 nằm ngoài khoang bụng hay qua các khe hở của các Trocar, khí CO_2 tràn vào mô dưới da.
- Tai biến do chọc Trocar:

+ Tổn thương thường xảy ra tại động mạch chủ hay động mạch chậu chung, hiếm gặp nhưng rất nguy hiểm tới tính 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:

+ Tổn 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 huyế táp, 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

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

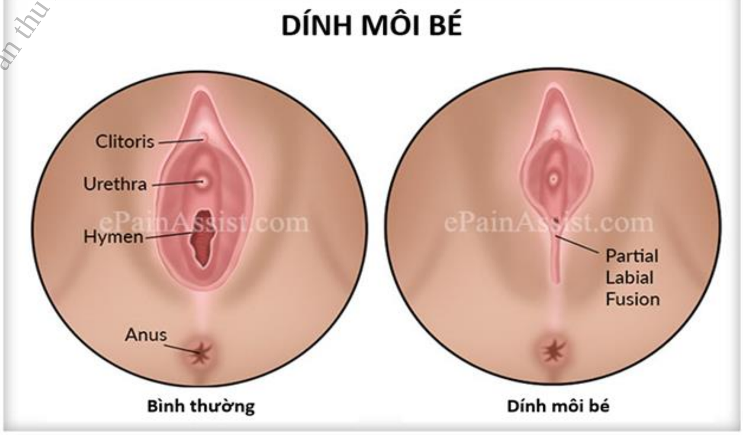
203. TÁCH DÍNH ÂM HỘ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Dính âm hộ là hiện tượng hai môi bé ở bộ phận sinh dục nữ dính lại với nhau ở đường giữa, biểu hiện bằng mô xơ trắng trong. Các mức độ dính âm hộ có thể dao động từ dính nhẹ (dính một phần, che một phần âm đạo, lỗ tiểu không bị che lấp) cho đến dính nặng (dính hoàn hoàn, che lấp âm đạo lẫn lỗ tiểu)..

- Tỉ lệ dính âm hộ dao động khoảng 0.6% - 5%, thường xuất hiện ở trẻ từ 3 tháng đến 3 tuổi, mặc dù có một số trường hợp xuất hiện trễ hơn vào tuổi vị thành niên.

- Tách dính âm hộ là thủ thuật nhằm tách 2 môi bé bị dính để trở về trạng thái bình thướng.



2. CHỈ ĐỊNH

Dính âm hộ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Trì hoãn thủ thuật trong trường hợp:

Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu

4. THẬN TRỌNG:

Khi có các bệnh lí nội ngoại khoa đang điều trị.

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 chống dính có chứa Estrogen…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop noi Benh vien tu nhan Viet Nam_18/03/2026 15:28:08

- 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 sảy 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 người bệnh (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 0,5-1 giờ

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

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Thì 1: Tách dính môi bé.

- Dùng dụng cụ đầu tù (nến nong Hegar hoặc thước đo BTC) ấn vào chỗ dính môi bé ở đường giữa, tách từ trên đỉnh chỗ dính xuống dưới cho tới khi hết dính.

- Trường hợp dính lâu, tổ chức dính bị xơ hóa thì có thể dùng sống lưng của dao phẫu thuật tách nhẹ chỗ dính từ ngoài vào trong, từ trên xuống dưới.

6.2. Thì 2: Bôi thuốc chống dính

- Sát trùng lại âm hộ

- Bôi thuốc chống dính có chứa Estrogen

6.3. Thì 3: Kết thúc thủ thuật

- Trao đổi với người bệnh và thân nhân về kết quả thủ thuật.

- Ghi chép hồ sơ.

- Chỉ định điều trị thích hợp: kháng sinh…

7. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH SAU THỦ THUẬT

- Theo dõi toàn trạng

- Theo dõi tình trạng chảy máu ở vị trí tách dính.

- Chăm sóc vệ sinh: lau âm hộ bằng dung dịch povidone-iodine hoặc các dung dịch sát trùng khác.

- Bôi thuốc chống dính có chứa Estrogen.

- Hướng dẫn cho gia đình việc giữ vệ sinh vùng âm hộ để giảm thiểu tình trạng tái phát sau này.

8. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

- Chảy máu vị trí tách dính
  + Đốt điểm chảy máu
  + Khâu cầm máu
- Nhiễm trùng chảy máu kéo dài:
  + Kháng sinh toàn thân.
  + Khâu hoặc chèn gạc tại chỗ hay đốt điện cầm máu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pediatric Urology in Campbell-Wash Urology 2012.

2. Singh P, Han HC. Labial adhesions in postmenopausal women: presentation and management. Int Urogynecol J. 2019 Sep;30(9):1429-1432.

204. PHẪU THUẬT LẤY KHỐI THAI Ở SẸO MỔ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật mở bụng lấy khối thai ở sẹo mổ tử cung để điều trị chửa ở vết mổ là phẫu thuật nhằm lấy thai, rau thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thai ở vết mổ loại 2.
- Thai ở vết mổ loại 1 có tuổi thai > 9 tuần.
- Các phương pháp điều trị khác không kết quả như: chảy máu âm đạo nhiều, thủng tử cung, tổn thương đoạn dưới tử cung, khối máu tụ tại vết mổ tồn tại kéo dài...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Trì hoãn phẫu thuật trong trường hợp:

Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu

4. THẬN TRỌNG:

Đang mắc các bệnh lí nội ngoại khoa khác.

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

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 sảy 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien nhan Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

hhbvtnvn.thanhhoa_Van tu Hiep hoi Benh vien tu nhan viet nam_28/0.202 15:28:08

- 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 người bệnh (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 phẫu thuật: Ước tính khoảng 1-2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện phẫu thuật: Phòng phẫu thuật

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Thì 1: Mở bụng.

- Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu (theo sẹo mổ đẻ cũ).

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

6.2. Thì 2: Bộc lộ đoạn eo tử cung.

Mở phúc mạc đoạn eo tử cung. Bóc tách, đẩy bàng quang xuống.

6.3. Thì 3: Rạch cơ tử cung:

Rạch ngang cơ tử cung đoạn eo khoảng 3 - 5cm đủ để lấy thai và rau ra ngoài.

6.4. Thì 4: Lấy thai và rau, gửi giải phẫu bệnh.

- Dùng 1 gạc nhỏ lau kiểm tra xem đã sạch hết rau chưa cũng như kiểm tra chảy máu ở diện rau bám.

- Cầm máu diện rau bám bằng các phương pháp sau:

- Khâu mũi chữ X.

- Thắt động mạch tử cung

- Thắt động mạch hạ vị

- Cắt tử cung bán phần thấp nếu các phương pháp cầm máu trên không kết quả.

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

- Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ vicryl 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. 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.

- Có thể phối hợp triệt sản nữ khi người bệnh có nhu cầu.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop le Benh vien tu nhan Viet Nam_28/02/2026 15:28:08

6.6. Thì 6: Kiểm tra

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

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

6.8. Thì 8: Lấy máu và lau âm đạo.

7. THEO DÕI, CHĂM SÓC SAU MỔ

7.1. Theo dõi

- Theo dõi mạch, huyết áp, toàn trạng, nhiệt độ, nước tiểu, tình trạng ổ bụng.
- Theo dõi vết mổ thành bụng: chảy máu, tụ máu, nhiễm khuẩn
- Ra máu âm đạo

7.2. Chăm sóc:

- Vệ sinh âm hộ âm đạo, tránh nhiễm trùng từ âm đạo ngược lên.
- Ngồi dậy sớm để tránh biến chứng tắc mạch và nhiễm trùng.

8. BIẾN CHỨNG SAU MỔ

8.1. Biến chứng gần:

- Nhiễm trùng: có thể bị nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng đường tiết niệu, viêm phổi. Có thể gặp nhiễm trùng vết mổ, có thể dẫn đến cắt tử cung trong thời gian hậu phẫu.
- Tai biến do phẫu thuật như chạm phải các cơ quan lân cận (bàng quang, ruột), khâu phải niệu quản, rò bàng quang - tử cung/âm đạo.
- Chảy máu âm đạo nhiều do cầm máu diện rau bám chưa tốt hoặc chảy máu trong từ vết mổ cơ tử cung
- Liệt ruột.
- Thuyên tắc tĩnh mạch, huyết khối.
- Các tai biến do gây mê - hồi sức: có thể có những biến chứng do vô cảm như hội chứng hít (trong trường hợp gây mê nội khí quản); tụt huyết áp, nhức đầu sau mổ (trong trường hợp gây tê tuỷ sống), phản ứng thuốc (choáng phản vệ).

8.2. Biến chứng xa:

- Dính ruột, tắc ruột.
- Lạc nội mạc tử cung tại sẹo mổ thành bụng.
- Sẹo trên tử cung có thể bị nứt trong những lần có thai sau (nứt trong quá trình mang thai hoặc khi chuyển dạ).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật mổ lấy thai, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 7 - 9.

205. PHẪU THUẬT NỘI SOI LẤY KHỐI THAI Ở SẸO MỔ TỬ CUNG

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hieu hoa Benh vien nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi lấy thai trong chửa ở sẹo mổ là phẫu thuật nhằm lấy khối thai, rau ra khỏi tử cung bằng nội soi.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thai ở vết mổ loại 2

- Thai ở vết mổ loại 1 có tuổi thai 9 tuần - 13 tuần.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp có bệnh lý nội khoa chống chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng

- Khó tiếp cận nội soi: ổ bụng dính nhiều, …

- Ra máu âm đạo nhiều, huyết động không ổn định

4. THẬN TRỌNG

- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu.

- Đang mắc các bệnh nội khoa cần được điều trị trước phẫu thuật.

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

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien Phu san Viet Nam_28/05/2026 15:28:08

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 người bệnh (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. Thì 1: Chọc Trocar và bơm CO_2

- Có thể chọc Trocar đèn soi trực tiếp ở ngay mép rốn sau đó bơm CO_2

- Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng 12mmHg)

Trong một số trường hợp có sẹo mổ cũ, người bệnh thừa cân…có nguy cơ tổn thương các tạng trong bụng khi chọc Trocar trực tiếp thì có thể dùng kim bơm CO_2 trước hoặc nội soi mở:

- Điểm chọc kim bơm CO_2 thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc Trocar đèn soi (đây là điểm chọc phổ biến nhất). Trong ca có sẹo mổ cũ đường trắng giữa dưới rốn thì có thể chọc kim ở vị trí hạ sườn trái hoặc nội soi mở. Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng 12mmHg)

- Chọc Trocar đèn soi (Trocar 10 hoặc 5) ở ngay mép rốn

- Chọc Trocar phẫu thuật ở 2 bên hố chậu (chú ý chọc Trocar ở phía ngoài của di tích động mạch rốn và tránh chọc vào mạch máu thượng vị nông)

6.2. Thì 2: Quan sát ổ bụng

Quan sát toàn bộ ổ bụng, tử cung, 2 phần phụ và các tạng trong ổ bụng.

6.3. Thì 3: Mở phúc mạc đoạn eo tử cung. Bóc tách, đẩy bàng quang xuống.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Bệnh viện Phụ Sản Việt Nam_28/05/2025 15:28:08

6.4. Thì 4: Rạch ngang cơ tử cung đoạn eo tử cung: dùng dao điện 1 cực mở đoạn eo tử cung (khoảng 3 - 5cm) đủ để lấy thai và rau ra ngoài.

6.5. Thì 5. Lấy thai và rau, gửi giải phẫu bệnh (lấy bằng túi để tránh rơi bệnh phẩm vào ổ bụng).

- Kiểm tra xem đã sạch hết rau chưa cũng như kiểm tra xem có chảy máu ở diện rau bám không?

- Cầm máu diện rau bám bằng các phương pháp sau:

+ Đốt điện bằng dao điện 2 cực.

+ Khâu mũi chữ X tại vị trí chảy máu ở diện rau bám.

+ Thắt động mạch tử cung

- Nếu các phương pháp cầm máu trên không kết quả thì chuyển mổ mở bụng cầm máu nếu vẫn không cầm được máu thì cắt tử cung.

6.6. Thì 6: Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc:

- Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ vicryl 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 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.

- Có thể kết hợp triệt sản nữ khi người bệnh có nhu cầu.

6.7. Thì 7: Rửa sạch ổ bụng, kiểm tra chảy máu từ vết khâu cơ tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh.

6.8. Thì 8: Rút Trocar, lỗ chọc.

6.9. Thì 9: Lấy máu và lau âm đạo kiểm tra chảy máu.

7. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ

7.1. Theo dõi

- Theo dõi mạch, huyết áp, toàn trạng, nhiệt độ, nước tiểu, tình trạng ổ bụng.
- Theo dõi vết mổ thành bụng: chảy máu, tụ máu, nhiễm khuẩn
- Ra máu âm đạo

7.2. Chăm sóc:

- Vệ sinh âm hộ âm đạo, tránh nhiễm trùng từ âm đạo ngược lên.
- Ngồi dậy sớm để tránh biến chứng tắc mạch và nhiễm trùng.

8. BIẾN CHỨNG SAU MỔ

8.1. Biến chứng gần:

- **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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van ban thuoc Benh vien Phu san Viet Nam 05/2025 15:28:08

- **Tổn thương hệ tiêu hóa, hệ tiết niệu:** hội chẩn chuyên khoa Ngoại, xử trí theo tổn thương.

- **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.

8.2. Biến chứng xa:

- Dính ruột, tắc ruột.

- Sẹo trên tử cung có thể bị nứt trong những lần có thai sau (nứt khi chưa vào chuyển dạ hoặc khi đã vào chuyển dạ)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Deans R, Abbott J. Hysteroscopic management of cesarean scar ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 2010;93:1735

2. Persadie RJ, Fortier A, Stopla RG. Ectopic pregnancy in a caesarean scar: A case report. *J Obstet Gynaecol Can* 2005;27:1102

hhbvtnvn.thanhhoa_Vat tu Hiep hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

206. NỘI SOI BUỒNG ỐI ĐỐT MẠCH MÁU NỐI THÔNG BẰNG LASER

1. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật nội soi buồng ối đốt mạch máu nối thông bằng laser là kỹ thuật can thiệp trước sinh để điều trị cho các song thai chung bánh rau có biến chứng hội chứng truyền máu. Phẫu thuật này sử dụng hệ thống nội soi vào buồng ối, sử dụng tia laser đông các mạch máu nối thông giữa hai thai nhằm gây tắc mạch, ngăn chặn sự truyền máu giữa hai thai. Từ đó, cải thiện tình trạng huyết động của cả hai thai nhằm cứu sống cả hai thai.

Hội chứng truyền máu song thai (Twin-Twin Transfusion Syndrome - TTTS) xảy ra ở 10% - 15% các trường hợp song thai một bánh rau hai buồng ối. Cơ chế bệnh sinh được cho là do sự hình thành cầu nối giữa các mạch máu trong bánh rau một cách bất thường, gây ra sự mất cân bằng trong phân bố máu giữa hai thai. Hiện tượng này dẫn tới một thai nhận nhiều máu trở thành "thai nhận", một thai thiếu máu trở thành "thai cho", gây ra tình trạng nguy hiểm cho cả hai thai.

Hội chứng truyền máu song thai hiện nay được phân loại thành 5 giai đoạn theo hệ thống phân loại do Quintero, dựa trên những dấu hiệu siêu âm:

- Giai đoạn I (Sự chênh lệch thể tích nước ối): Xuất hiện tình trạng thiểu ối ở thai cho (Góc ối sâu nhất ≤ 2 cm) và đa ối ở thai nhận (Góc ối sâu nhất ≥ 8 cm).

- Giai đoạn II (Bất thường bàng quang thai cho): Không quan sát thấy bàng quang của thai cho trong suốt quá trình siêu âm (> 60 phút).

- Giai đoạn III (Bất thường huyết động học): Xuất hiện tình trạng rối loạn huyết động nghiêm trọng trên siêu âm Doppler ở một hoặc cả hai thai nhi. Cụ thể bao gồm một trong các dấu hiệu sau:

+ Mất hoặc đảo ngược dòng chảy cuối tâm trương động mạch rốn
+ Đảo ngược sóng a ống tĩnh mạch
+ Dòng chảy tĩnh mạch rốn có nhịp đập.

- Giai đoạn IV (Phù thai): Phù thai xuất hiện ở một hoặc cả hai thai

- Giai đoạn V (Thai lưu): Thai lưu xảy ra ở một hoặc cả hai thai.

- Từ giai đoạn II trở lên nếu không được điều trị thường dẫn đến tỷ lệ tử vong thai nhi và sơ sinh lên đến 90%. Trong số những sơ sinh còn sống sót, tỷ lệ biến chứng thần kinh khoảng 20%-30%. Nội soi buồng ối đốt mạch máu nối thông bằng laser sẽ giúp đông mạch máu nối thông của hai thai, giúp cải thiện huyết động và tiên lượng cho cả hai thai.

2. CHỈ ĐỊNH

- Song thai 1 bánh rau 2 buồng ối, 2 thai sống.
- Tuổi thai 16 - 28 tuần.
- Hội chứng truyền máu giai đoạn II - IV theo phân loại Quintero.
- Đã được tư vấn và tự nguyện tham gia phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có ít nhất một thai lưu.
- Tuổi thai < 16 tuần hoặc >28 tuần.
- Cả 2 thai có dị tật nghiêm trọng và/hoặc bất thường di truyền nghiêm trọng.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hieu ke_Benh vien tu nhan Viet Nam_04/05/2022 15:28:08

- Bệnh lý của thai phụ: thiếu máu nặng, đang dùng thuốc chống đông máu hoặc có rối loạn đông máu, dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân nặng.
- Thai phụ dị ứng tất cả các loại thuốc tê, mê.
- Thai phụ có tình trạng cấp cứu sản khoa: sản giật, rau bong non, sảy thai, chuyển dạ đẻ non…

4. THẬN TRỌNG

- Thai phụ có khâu vòng cổ tử cung, đã và đang điều trị dọa sảy thai/dọa đẻ non trong thai kỳ này.
- 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:

- 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
- Kíp gây mê hồi sức: 01 bác sĩ gây mê hồi sức, 01 kỹ thuật viên gây mê hồi sức, 01 điều dưỡng hồi sức

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 laser 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoi dong ...Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

- 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 sảy 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 mạch máu nối thông bằng 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 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, tim thai, tình trạng ối, dây rốn, xác định đường xích đạo tưởng tượng nằm ở vùng giữa của hai vị trí dây rốn bám bánh rau, 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 người bệnh (gây tê tủy sống, gây tê tại chỗ...), thông tiểu (nếu cần)
- Chuẩn bị dụng cụ, rửa tay, mặc áo, đi găng vô khuẩn

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

- Sát trùng thành bụng rộng rồi trải săng 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 các mạch máu cần đốt 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 người bệnh, 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 được xác định như một mốc.
- Xác định đường xích đạo và lập bản đồ các loại cầu nối mạch máu.

6.3. Bước 3: Đốt mạch các mạch máu nối thông bằng laser

- Sử dụng năng lượng tia laser 20-40 Watt, thông qua sợi dây dẫn 400-600 micron thạch anh, đưa qua kênh phẫu thuật của ống nội soi thai.
- Tiến hành đông các cầu nối mạch máu theo kỹ thuật Solomon nhằm đông nối các thông nối mạch máu và đông tụ một đường mỏng trên bề mặt bánh rau theo đường xích đạo, từ 1 cạnh của bánh rau cho đến cạnh kia bánh rau và nối các điểm trắng sau đông tụ của các cầu nối mạch máu.

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 người bệnh.
- 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 doạ sảy hoặc doạ đẻ non sau thủ thuật.
- Dùng kháng sinh theo chỉ định.
- Khám, theo dõi các dấu hiện sản khoa:

+ Cơn co tử cung

+ Ra máu, ra nước âm đạo.

- Siêu âm sau thủ thuật 24h và sau 72h 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
- Thai phụ được ra viện 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, phù phổi cấp
- Thủng vách ngăn màng ối
- Chảy máu trong buồng ối, chảy máu trong ổ bụng, chảy máu thành bụng
- Nhịp tim thai chậm, mất tim thai.

7.2.2. 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

7.2.3. Biến chứng muộn:

- Chuỗi thiếu máu- đa hồng cầu song thai, hội chứng truyền máu trong song thai tái phát
- 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. 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

2. Akkermansa J, Peetersa SHP, Klumpera FJ, Loprioreb E, Middeldorpa JM, Oepkesa D. Twenty-Five Years of Fetoscopic Laser Coagulation in Twin-Twin Transfusion Syndrome: A Systematic Review. *Fetal Diagn Ther* 2015;38:241-253.

3. Akkermansa J, Peetersa SHP, Klumpera FJ, Loprioreb E, Middeldorpa JM, Oepkesa D. A worldwide survey of laser surgery for twin-twin transfusion syndrome. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2015;45:168 - 174.

4. Sago H, Ishii K, Sugibayashi R, Ozawa K, Sumie M, Wada S. Fetoscopic laser photocoagulation for twin-twin transfusion syndrome. *J Obstet Gynaecol Res*. May 2018;44(5):831-839.

5. Weber, E. C., Strizek, B., Recker, F., Geipel, A., Gembruch, U., Berg, C., & Gottschalk, I. Outcome of Monochorionic Pregnancies after Selective Feticide with Bipolar Cord Coagulation: A German Single Center Experience. *Journal of clinical medicine, 11*(6), 1516.

6. Ramesha Papanna, MD, MPH, Eric Bergh, MD et al. Twin-twin tranfusion syndrome: Management and outcome. *Uptodate,* 2025.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoi phu san Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

207. NỘI SOI BUỒNG ỐI CẮT DẢI XƠ

1. ĐẠI CƯƠNG

Hội chứng dải xơ buồng ối (Amniotic Band Syndrome/ABS) là một rối loạn phức tạp đặc trưng bởi các dải xơ quấn thắt vào thai nhi. Siêu âm có thể quan sát thấy các bất thường khác nhau, bao gồm các dải co thắt gây tắc nghẽn dòng máu dẫn đến biến dạng hoặc cắt cụt các bộ phận, thậm chí toàn bộ chi. Các trường hợp nghiêm trọng có thể dẫn đến sảy thai, thai lưu.

Hiện nay hội chứng dải xơ buồng ối thường được phân loại theo Hüsler (2009) gồm 5 giai đoạn dựa vào sự ảnh hưởng tới các chi dưới vòng quấn thắt bao gồm:

Giai đoạn I	Dải xơ buồng ối không có dấu hiệu co thắt
Giai đoạn II	Có sự co thắt nhưng không có tổn thương mạch máu (so sánh với chi đối diện) IIA: không có hoặc chỉ phù bạch huyết nhẹ IIB: phù bạch huyết nặng
Giai đoạn III	Co thắt nghiêm trọng với tổn thương động mạch tiến triển (đo lưu lượng mạch xa và gần dải thắt) IIIA: Doppler mạch máu xa bất thường khi so với chi đối diện IIIB: không có dòng chảy mạch máu đến cực xa chi
Giai đoạn IV	Cong hoặc gãy xương dài ở vị trí co thắt
Giai đoạn V	Cụt chi

Kỹ thuật soi buồng ối điều trị hội chứng dải xơ buồng ối bằng laser là kỹ thuật phẫu thuật nội soi can thiệp vào trong buồng ối sử dụng tia laser nhằm cắt đứt dải xơ, giải phóng các vòng thắt trên thai hoặc và trên dây rốn, nhằm cứu sống thai nhi và tránh các dị tật nặng nề cho thai.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thai sống 16 - 26 tuần
- Chẩn đoán xác định hội chứng dải xơ buồng ối giai đoạn II, III và thai nhi không có bất thường di truyền nặng kèm theo.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thai nhi có dị tật nghiêm trọng và/hoặc bất thường di truyền nghiêm trọng.
- 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu benh vien phu san Viet Nam_08/01/2026 15:28:08

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 hoặc 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

- Máy laser quang đông chuyên dụng cho phẫu thuật can thiệp bào thai: 01 cái
- Bộ dụng cụ nội soi chuyên dụng cho phẫu thuật can thiệp bào thai: 01 bộ
- Hệ thống thiết bị nội soi bào thai: 01 dàn máy
- 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 nội soi buồng ối cắt dải xơ
+ 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 thai và dải xơ 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 người bệnh (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 săng 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 (nếu cần)

6.2. Bước 2: Chọc trocar qua thành bụng vào buồng ối

- Rạch da rộng 3-5 mm
- Sử dụng bộ dụng cụ mở đường vào buồng ối của thai bằng kỹ thuật Seldinger dưới hướng dẫn của siêu âm:

+ Xuyên kim 18G/20G vào bên trong buồng ối, rút nòng kim
+ Luồn dây dẫn vào kim đến khi 1/3 chiều dài của dây ở trong buồng ối
+ Cố định dây dẫn và rút kim

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan benh vien tu Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

+ Lồng Trocar vào dây dẫn đường, đẩy Trocar qua thành bụng và cơ tử cung vào buồng ối theo hướng của dây dẫn. Rút lõi Trocar và dây dẫn đường.

6.3. Bước 3: Thực hiện kỹ thuật laser quang đông trong buồng ối:

- Đưa ống nội soi vào buồng ối: đưa ống nội soi có Optic và đầu dẫn laser diode vào buồng ối.
- Tìm và xác định vị trí dải xơ quấn thắt (Bơm thêm dung dịch Ringer Lactat ấm vào buồng ối nếu cần để quan sát tốt nhất)
- Laser quang đông cắt các dải xơ được thực hiện ở khoảng cách khoảng 1 cm, góc lý tưởng 90^0, công suất 40-60W.

6.4. Bước 4: Kết thúc kỹ thuật

- Siêu âm đánh giá lại tình trạng thai và ối.
- Rút toàn bộ trocar ra khỏi thành bụng người bệnh.
- 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 doạ sảy hoặc doạ đẻ non sau thủ thuật.
- Dùng kháng sinh theo chỉ định.
- Khám, theo dõi các dấu hiện 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 khi 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.

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, nguy cơ phù phổi cấp nếu bơm lượng lớn nước muối sinh lý vào khoang ối tạo điều kiện cho phẫu thuật;
- Chảy máu trong buồng ối, chảy máu trong ổ bụng, chảy máu thành bụng
- Nhịp tim thai chậm, mất tim thai.

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, 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. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản phụ khoa - Bệnh viện Necker - Cộng hòa Pháp.

2. Minella C, Costantino B, Ruano R, et al. Fetoscopic Release of Amniotic Band Syndrome: An Update. *J Ultrasound Med*. 2021;40(5):1039-1048. doi:10.1002/jum.15480.

3. Peiró JL, Carreras E, Soldado F, et al. Fetoscopic release of umbilical cord amniotic band in a human fetus. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2009;33(2):232-234. doi:10.1002/uog.6289.

4. Routhu M, Thakkallapelli S, Mohan P, Ahmed N. Role of Ultrasound in Body Stalk Anomaly and Amniotic Band Syndrome. *Int J Reprod Med*. 2016;2016:3974139. doi:10.1155/2016/3974139.

5. Derderian SC, Iqbal CW, Goldstein R, Lee H, Hirose S. Fetoscopic approach to amniotic band syndrome. *J Pediatr Surg*. 2014;49(2):359-362. doi:10.1016/j.jpedsurg.2013.05.013.

208. HỖ TRỢ PHÔI THOÁT MÀNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Hỗ trợ phôi thoát màng là kỹ thuật sử dụng hệ thống vi thao tác có kiểm soát làm thủng hoặc làm mỏng màng trong suốt bằng laser giúp phôi thoát màng dễ dàng hơn hoặc chuẩn bị phôi để sinh thiết.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp chuyển phôi trữ lạnh.
- Phôi bất thường màng trong suốt theo đánh giá phôi học.
- Các trường hợp có tiền sử thất bại làm tổ liên tiếp
- Người bệnh lớn tuổi.
- Chuẩn bị cho sinh thiết phôi.

Lưu ý: Không khuyến cáo áp dụng hỗ trợ phôi thoát màng thường quy khi không có chỉ định phù hợp, nhằm hạn chế can thiệp không cần thiết lên phôi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

Bác sĩ có văn bằng về mô - phôi hoặc bác sĩ, cử nhân sinh học, cử nhân công nghệ sinh học có chứng nhận đào tạo về kỹ năng thực hành thụ tinh trong ống nghiệm: 02

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Buồng nuôi cấy vô khuẩn
- Tủ thao tác
- Tủ ấm CO_2 hoặc tủ ấm 3 khí
- Kính soi nổi kèm bàn ấm
- Kính hiển vi đảo ngược - hệ thống máy ảnh hiển vi kỹ thuật số kèm phụ kiện nối ghép và phần mềm kèm bàn ấm
- Bộ vi thao tác, vi tiêm kết nối với kính hiển vi
- Hệ thống cắt laser hỗ trợ phôi thoát màng và sinh thiết phôi
- Bộ điều chỉnh CO_2
- Hệ thống lọc khí vô khuẩn
- Hệ thống lọc VOC
- Máy đo O_2, CO_2

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phep tai Benh vien tu than Viet Nam_28/05/2025 15:28:08

- Máy đo pH tủ cấy và giọt môi trường
- Máy đo VOC
- Máy đếm hạt không khí cầm tay
- Micropipette
- Micropipette thể tích thay đổi
- Dụng cụ hỗ trợ hút môi trường
- Dụng cụ hỗ trợ gắn pipette
- Pipette Pasteur hoặc các loại đầu tip gắn older/stripper vô khuẩn
- Pipette các thể tích
- Đĩa Petri
- Đĩa nuôi cấy
- Môi trường nuôi cấy
- Dầu khoáng phủ đĩa nuôi cấy
- Khí CO_2 và N_2 hoặc hỗn hợp khí trộn
- Mũ, khẩu trang y tế, quần áo thủ thuật
- Dung dịch khử khuẩn, nấm sử dụng trong IVF, gạc vô khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Nhân viên y tế giải thích cho người bệnh và người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra, tiên lượng…

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án điều trị, các thủ tục hành chính hoàn thiện theo quy định của pháp luật.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Khoảng 0,5 - 1 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng lab tại đơn vị chuyên môn thụ tinh trong ống nghiệm

5.8. Kiểm tra hồ sơ

- Định danh phôi bằng tối thiểu ba thông tin.

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị hệ thống laser: Chuẩn bị hệ thống laser có gắn máy ảnh kỹ thuật số và phần mềm điều khiển đã được cài đặt.

6.2. Bước 2: Chuẩn bị hệ thống kính hiển vi đảo ngược, bàn gia nhiệt 37°C và vật kính chuyên dụng cho hỗ trợ phôi thoát màng.

6.3. Bước 3: Kết nối hệ thống điều khiển laser và vật kính chuyên dụng

6.4. Bước 4: Khởi động máy tính, vào phần mềm điều khiển.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thi Hiep hoa_Benh vien [illegible] Viet Nam_08/0[illegible]/202[illegible] 15:28:08

6.5. Bước 5: Kiểm tra các thông số và chuẩn hóa tiêu điểm

- Chuẩn bị lamelle chuyên dụng đã được quét mực đen chuyên dụng (nếu cần).

- Chọn tần số và năng lượng, định dạng điểm, đường bắn cần thiết cho việc thao tác bắn laser.

6.6. Bước 6: Định danh phôi cần hỗ trợ thoát màng.

Đặt đĩa có phôi cần hỗ trợ thoát màng lên kính hiển vi đảo ngược, chỉnh ốc vi cấp để nhìn rõ phôi, đặc biệt là màng trong suốt

6.7. Bước 7: Xác định vị trí định bắn tia laser trên màng trong suốt: chọn vị trí bắn trên màng trong suốt thỏa mãn điều kiện không tiếp giáp trực tiếp với phôi bào (phôi phân cắt) hoặc khối tế bào nội phôi (phôi nang); ưu tiên vùng có khoang quanh noãn rộng nhất hoặc vùng có các mảnh vỡ của phôi bào.

6.8. Bước 8: Dùng tia laser bắn thủng hoặc làm mỏng màng trong suốt. Tiếp tục lặp lại với các phôi khác.

Lưu ý:

- Bắn không tạo lỗ: Kiểm tra kết nối, khởi động lại máy

- Bắn lỗ lệch: điều chỉnh lại tiêu điểm

- Lỗ bắn nhỏ hơn vòng trong cùng của target: Hiệu chỉnh kích thước lỗ bắn tương ứng với mức năng lượng tia laser được sử dụng

6.9. Bước 9: Chuyển phôi vào đĩa sau khi hỗ trợ phôi thoát màng nếu cần, sử dụng môi trường chuẩn bị theo hướng dẫn của nhà sản xuất.

- Thực hiện kiểm tra có đối chứng khi chuyển đĩa, ít nhất 3 thông tin định danh.

- Cất đĩa đúng vị trí.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Hoàn thiện hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. McLaughlin JE, Choi BY, Liu Q, Gelfond JA, Robinson RD, Chang TA, Knudtson JF. Does assisted hatching affect live birth in fresh first-cycle in vitro fertilization in good and poor prognosis patients? **J Assist Reprod Genet.** 2019;36(7):1461-1469.

2. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. The role of assisted hatching in in vitro fertilization: a guideline. **Fertil Steril.** 2022;117(6):1177-1182.

209. KĨ THUẬT CHỌC HÚT NOÃN TRONG IVF

1. ĐẠI CƯƠNG

Chọc hút noãn là một thủ thuật trong hỗ trợ sinh sản, bằng cách sử dụng kim chuyên dụng để lấy noãn ra khỏi cơ thể phục vụ cho kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm.

2. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các trường hợp sau khi kích thích buồng trứng có kiểm soát hoặc theo dõi chu kì tự nhiên đủ điều kiện.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý dẫn đến rối loạn đông máu
- Các bệnh lý cấp tính phải trì hoãn điều trị.

4. THẬN TRỌNG

- Các trường hợp đường tiếp cận buồng trứng khó

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ có phạm vi hành nghề khám bệnh, chữa bệnh chuyên khoa sản phụ khoa có chứng nhận đào tạo về kỹ năng thực hành thụ tinh trong ống nghiệm: 01 người
- Bác sĩ phụ: 01 người
- Bác sĩ có văn bằng về mô - phôi hoặc bác sĩ, cử nhân sinh học, cử nhân công nghệ sinh học có chứng nhận đào tạo về kỹ năng thực hành thụ tinh trong ống nghiệm: 02 người
- Điều dưỡng/hộ sinh: 02 người

5.2. Thuốc

- Dịch truyền.
- Kháng sinh (nếu cần thiết)
- Dung dịch NaCl 0.9%

5.3. Thiết bị y tế

- Bàn thủ thuật, đèn thủ thuật
- Máy siêu âm
- Giá đỡ kim tương thích với đầu dò
- Tủ ấm
- Máy hút chân không chuyên dụng dùng trong trường hợp chọc hút noãn bằng máy
- Săng vô khuẩn
- Mỏ vịt
- Pince sát khuẩn
- Gạc cầu
- Kim chọc hút noãn

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

- Ống nghiệm
- Bơm tiêm
- Khay quả đậu
- Cốc inox
- Các loại môi trường cần thiết
- Găng tay không bột vô khuẩn
- Mũ, khẩu trang y tế, quần áo thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Nhân viên y tế giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật:

+ Người bệnh nhịn ăn, uống ít nhất 6 giờ

+ Đi tiểu hết trước khi chọc hút.

+ Chuẩn bị mũ, bao chân, váy vô khuẩn cho người bệnh

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án hỗ trợ sinh sản, các thủ tục hành chính hoàn thiện theo quy định của pháp luật.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Khoảng 0,4 - 0,5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thủ thuật tại bộ phận chuyên môn về hỗ trợ sinh sản

5.8. Kiểm tra hồ sơ

- Định danh người bệnh bằng ít nhất 3 thông tin, kiểm tra chéo tại những bước quan trọng, thông báo thông tin người bệnh cho nhân viên lab.

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

Phương pháp vô cảm: tiền mê kết hợp gây mê tĩnh mạch hoặc gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

6.1. Bước 1: Chuẩn bị

- Người bệnh nằm tư thế phụ khoa
- Lập đường truyền tĩnh mạch, theo dõi monitoring nhịp tim và huyết áp.
- Đặt mỏ vịt, vệ sinh âm hộ, âm đạo và cổ tử cung bằng nước muối sinh lý.
- Che phủ vùng bụng và hai đùi bằng săng vô khuẩn.

Lưu ý: Cần chọc hút đúng giờ đảm bảo không bị phóng noãn sớm và thoái hóa

6.2. Bước 2: Tiến hành thủ thuật

* ***Tại phòng thủ thuật:***

- Bọc đầu dò bằng bao cao su chuyên dụng (nếu có), gắn giá đỡ kim vào đầu dò.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Tiep nhan Benh vien tu than Viet Nam_06/05/2025 15:28:08

- Đưa đầu dò siêu âm vào âm đạo, đánh giá số lượng nang noãn, khả năng tiếp cận đầu dò với buồng trứng.

- Gắn kim chọc hút vào bơm tiêm, tráng kim và bơm tiêm bằng môi trường chuyên dụng.

- Tiến hành chọc và hút noãn từng nang một và từng bên buồng trứng. Khi chọc kim vào trong nang thì hút hết dịch nang đồng thời chuyển dịch nang hút được vào lab để nhặt noãn.

- Kiểm tra lại đảm bảo không bị chảy máu trong.

- Vệ sinh lại âm đạo và âm hộ, cầm máu nếu chảy máu thành âm đạo.

6.3. Bước 3: Kết thúc thủ thuật

- Người bệnh theo dõi tại phòng hồi phục 1 đến 2 giờ sau chọc hút.

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

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu do chọc vào mạch máu trong ổ bụng

- Tổn thương ruột, bàng quang

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu thành âm đạo, ổ bụng: Cầm máu thành âm đạo trong trường hợp chảy máu tại chỗ. Phẫu thuật cầm máu tùy theo tổn thương,

- Tổn thương tạng trong tiểu khung: xử trí tùy theo tổn thương

- Chảy máu bàng quang: Đặt thông bàng quang rửa liên tục hoặc phẫu thuật cầm máu

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm khuẩn, áp xe phần phụ, viêm phúc mạc

210. KĨ THUẬT CHỌC HÚT NOÃN TRONG IVM

1. ĐẠI CƯƠNG

Chọc hút noãn trong IVM (In Vitro Maturation) là một kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, bằng cách chọc hút noãn chưa trưởng thành từ các nang noãn nhỏ của buồng trứng (khi chưa kích thích buồng trứng hoặc kích thích buồng trứng tối thiểu) qua đường âm đạo dưới hướng dẫn siêu âm, nhằm thu được noãn chưa trưởng thành để nuôi cấy thành noãn trưởng thành trong môi trường ống nghiệm. Kỹ thuật này phục vụ điều trị vô sinh cho người bệnh có chỉ định IVM hoặc cho các phụ nữ muốn bảo tồn khả năng sinh sản.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người phụ nữ có hội chứng buồng trứng đa nang
- Người phụ nữ có nguy cơ đáp ứng nhiều hoặc quá mức với kích thích buồng trứng.
- Người phụ nữ có tiền sử dị ứng hoặc kháng với thuốc kích thích buồng trứng.
- Người cần bảo tồn khả năng sinh sản mà không có thời gian chờ kích thích buồng trứng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có rối loạn đông máu chưa kiểm soát
- Nhiễm trùng đường sinh dục cấp tính
- Tình trạng toàn thân không đảm bảo để thực hiện thủ thuật.

4. THẬN TRỌNG

Không có

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ có phạm vi hành nghề khám bệnh, chữa bệnh chuyên khoa sản phụ khoa có chứng nhận đào tạo về kỹ năng thực hành thụ tinh trong ống nghiệm: 01 người
- Bác sĩ phụ: 01 người
- Bác sĩ có văn bằng về mô - phôi hoặc bác sĩ, cử nhân sinh học, cử nhân công nghệ sinh học có chứng nhận đào tạo về kỹ năng thực hành thụ tinh trong ống nghiệm: 02 người
- Điều dưỡng hoặc hộ sinh: 02 người

5.2. Thuốc

- Dịch truyền: Natri clorid 0,9% hoặc Ringer lactate,
- Kháng sinh (nếu cần)

5.3. Thiết bị y tế

- Bàn thủ thuật
- Đèn thủ thuật
- Máy siêu âm có đầu dò âm đạo, giá đỡ kim gắn vào đầu dò
- Máy hút chân không chuyên dụng và dây nối
- Tủ ấm

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phep nhi Binh vien tranh Viet Nam_18/03/2026 15:28:08

- Bàn ấm chuyên dụng
- Máy rửa âm đạo kèm dây rửa chuyên dụng (nếu có)
- Bệ ổn nhiệt làm ấm ống nghiệm
- Săng vô khuẩn
- Bộ dụng cụ chọc hút noãn: mỏ vịt, pince dài sát trùng, khay hạt đậu, cốc inox
- Bao cao su chuyên dụng bọc đầu dò
- Bao bọc dây đầu dò
- Bộ kim chọc hút noãn chưa trưởng thành
- Bơm tiêm
- Ống nghiệm
- Đĩa petri
- Gạc tam giác vô khuẩn
- Môi trường cần thiết cho chọc hút và thu noãn chưa trưởng thành.
- Găng tay không bột vô khuẩn
- Mũ, khẩu trang y tế, quần áo thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Nhân viên y tế giải thích cho người bệnh và người nhà về kĩ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra, tiên lượng,…
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật

+ Người bệnh nhịn ăn ít nhất 6 giờ, nhịn uống ít nhất 2 giờ

+ Đi tiểu hết trước khi chọc hút

+ Mặc quần áo vô khuẩn, mang mũ, bao chân, khẩu trang cho người bệnh.

5.6. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án hỗ trợ sinh sản, các thủ tục hành chính hoàn thiện theo quy định của pháp luật

5.7. Thời gian thực hiện kĩ thuật: khoảng 01 giờ.

5.8. Địa điểm thực hiện kĩ thuật

Phòng thủ thuật tại đơn vị chuyên môn về hỗ trợ sinh sản.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

Định danh người bệnh bằng tối thiểu 3 thông tin, kiểm tra chéo tại những bước quan trọng, thông báo cho nhân viên lab thông tin người bệnh

6. TIẾN HÀNH KĨ THUẬT

Phương pháp vô cảm: tiền mê kết hợp gây mê tĩnh mạch hoặc gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ

6.1. Bước 1

- Lập đường truyền tĩnh mạch, theo dõi nhịp tim và huyết áp. Thở oxy. Gây mê tĩnh mạch.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Binh tien tu nhan Viet Nam_08/03/2025 15:28:08

- Đặt mỏ vịt, vệ sinh âm hộ, vệ sinh âm đạo và cổ tử cung bằng nước muối sinh lý.

- Che phủ vùng bụng và hai đùi bằng săng trải vô khuẩn.

6.2. Bước 2

- Đưa đầu dò siêu âm đã được bọc bằng bao cao su chuyên dụng vào âm đạo, đánh giá số lượng nang noãn, khả năng tiếp cận với buồng trứng.

- Gắn giá kim vào đầu dò, gắn dây dẫn từ máy hút vào ống nghiệm và nòng trong của kim chọc hút.

- Đặt nòng ngoài vào giá đỡ kim.

- Tráng nòng trong, sau đó đưa nòng trong vào nòng ngoài.

6.3. Bước 3

- Chọc nòng ngoài xuyên qua cùng đồ bên đến vị trí bề mặt buồng trứng để giữ cố định buồng trứng, còn nòng trong chọc hút vào các nang.

- Dùng chân điều khiển bàn đạp máy hút để tạo lực hút noãn ra ngoài.

6.4. Bước 4

- Tiến hành chọc và hút noãn từng nang một và từng bên buồng trứng. Khi chọc kim vào trong nang thì tiến hành hút hết dịch nang.

- Đặt các ống dịch nang hút được vào bệ ổn nhiệt và chuyển vào lab thụ tinh trong ống nghiệm để tìm noãn.

6.5. Bước 5

- Kiểm tra lại đảm bảo không sót nang noãn, không bị chảy máu trong.

- Vệ sinh lại âm đạo và âm hộ, cầm máu nếu chảy máu thành âm đạo.

6.6. Bước 6

- Chuyển người bệnh ra phòng chờ hồi tỉnh và theo dõi người bệnh đến khi ổn định để xuất viện.

- Dùng kháng sinh theo chỉ định.

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

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu do chọc vào mạch máu trong ổ bụng.

- Tổn thương ruột, bàng quang.

- Rách cùng đồ do kim chọc hút.

- Trong trường hợp người bệnh đau bụng nhiều sau chọc hút, bác sĩ điều trị cần thăm khám và đánh giá, theo dõi trong vòng 4 giờ.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kĩ thuật

- Chảy máu thành âm đạo, ổ bụng:

+ Cầm máu thành âm đạo trong trường hợp chảy máu tại chỗ.

+ Phẫu thuật cầm máu tùy theo tổn thương, hoặc xử trí các tổn thương tạng trong tiểu khung.

- Chảy máu bàng quang: Đặt sonde bàng quang rửa liên tục.

7.3. Tai biến muộn

- Nhiễm trùng, áp xe buồng trứng, viêm phúc mạc

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. German G and Child T. In vitro maturation (IVM). A Textbook of Clinincal Embryology. Edited by Girsh E, 2021, chapter 13, 159 - 168.

2. Ho T.M. and Vuong L.N. (2023). Use of In Vitro Maturation of Oocytes in a Clinical Setting: What Is Its Role in ART?. *Textbook of Assisted Reproductive Techniques*. 6, CRC Press.

3. Practice Committees of ASRM, the Society of Reproductive Biologists and Tecnologist and the Society for Assisted Reproductive Technology. In vitro maturation: a committee opinion. Fertil and Steril, 2021, 115: 298 - 304.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoi Binh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

211. CHUYỂN PHÔI VÀO BUỒNG TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Chuyển phôi là một thủ thuật trong hỗ trợ sinh sản, trong đó phôi được đưa vào buồng tử cung của người phụ nữ qua catheter mềm đi qua cổ tử cung, nhằm tạo điều kiện cho phôi làm tổ và phát triển thành thai. Có thể chuyển phôi tươi ngay trong chu kì chọc hút noãn hoặc chuyển phôi trữ đông.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp thụ tinh trong ống nghiệm có chỉ định chuyển phôi.

Lưu ý: số lượng phôi chuyển do nguyện vọng của người bệnh và chiến lược của từng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quyết định, tuy nhiên cần hạn chế đa thai.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định nhưng có thể trì hoãn chuyển phôi tươi trong trường hợp nguy cơ quá kích buồng trứng, trường hợp chuẩn bị niêm mạc tử cung không thuận lợi.

- Các bệnh lý cấp tính phải trì hoãn điều trị.

4. THẬN TRỌNG: Không

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ có phạm vi hành nghề khám bệnh, chữa bệnh chuyên khoa sản phụ khoa có chứng nhận đào tạo về kỹ năng thực hành thụ tinh trong ống nghiệm: 01 người

- Bác sĩ phụ: 01 người

- Bác sĩ có văn bằng về mô - phôi hoặc bác sĩ, cử nhân sinh học, cử nhân công nghệ sinh học có chứng nhận đào tạo về kỹ năng thực hành thụ tinh trong ống nghiệm: 02 người

- Điều dưỡng/hộ sinh: 02 người

5.2. Thuốc: không

5.3. Thiết bị y tế

- Máy siêu âm
- Bàn thủ thuật
- Đèn thủ thuật
- Môi trường chuyên dụng
- Mũ, khẩu trang y tế, quần áo thủ thuật
- Găng không bột vô khuẩn
- Gạc vô khuẩn
- Catheter chuyển phôi
- Đĩa chuẩn bị chuyển phôi
- Bộ dụng cụ chuyển phôi: mỏ vịt, pince sát khuẩn, kẹp cổ tử cung, cốc inox.

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Tiếp nhận Bệnh viện u nám Việt Nam_09/03/2026 15:28:08

5.4. Người bệnh

- Thông báo giải thích cho người bệnh trước khi thực hiện thủ thuật về thông tin phôi chuyển (số lượng, chất lượng, tuổi phôi...)

- Chuẩn bị mũ, bao chân, váy vô khuẩn cho người bệnh

- Người bệnh được hướng dẫn nhịn tiểu để bàng quang căng trước chuyển phôi

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án hỗ trợ sinh sản, các thủ tục hành chính hoàn thiện theo quy định của pháp luật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 0,5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

- Phòng thủ thuật tại bộ phận chuyên môn về hỗ trợ sinh sản

5.8. Kiểm tra hồ sơ

- Định danh người bệnh bằng ít nhất 3 thông tin, thông báo thông tin người bệnh cho nhân viên lab.

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1:

- Người bệnh nằm tư thế phụ khoa
- Trải săng vô khuẩn vùng bụng và hai đùi
- Vệ sinh âm hộ bằng nước muối sinh lý
- Đặt mỏ vịt, bộc lộ cổ tử cung, có thể vệ sinh âm đạo

6.2. Bước 2:

- Vệ sinh cổ tử cung bằng môi trường chuyển phôi.
- Đưa nhẹ nhàng nòng ngoài catheter qua ống cổ tử cung vào đến lỗ trong cổ tử cung, vừa luồn vừa quan sát dưới hướng dẫn siêu âm đường bụng.
- Thông báo cho lab chuẩn bị hút phôi vào catheter nòng trong sau khi đã đưa được nòng ngoài catheter qua lỗ trong cổ tử cung
- Luồn nhẹ catheter lòng trong chứa phôi vào trong buồng tử cung, tại vị trí thích hợp
- Bơm nhẹ nhàng đặt phôi vào trong buồng tử cung
- Nhẹ nhàng rút catheter ra khỏi buồng tử cung
- Kiểm tra lại catheter xem độ sạch, phôi còn sót lại không. Nếu còn sót phôi trong catheter, bác sĩ có thể quyết định chuyển phôi lại hoặc đông phôi, sau khi thảo luận với người bệnh.
- Kiểm tra lại âm đạo, cổ tử cung. Tháo mỏ vịt.

6.3. Bước 3:

- 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 người bệnh

- Người bệnh được hướng dẫn cách theo dõi trước khi ra về
- Hướng dẫn người bệnh dùng thuốc sau thủ thuật, hẹn ngày xét nghiệm βhCG
- Khám lại ngay nếu có bất thường

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu vị trí cổ tử cung, thường ít và chỉ cần giải thích cho người bệnh

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Không có

7.4. Biến chứng muộn: Không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. David K Gardner, Colin M Howles, Zeev Shoham, Ariel Weissman. Textbook of Assisted Reproductive Technologies, Volume 2: Clinical Perspectives Sixth Edition. 2024 Informa UK Ltd.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2024 15:28:08

212. NUÔI CẤY NOÃN CHƯA TRƯỞNG THÀNH

1. ĐẠI CƯƠNG

Nuôi cấy noãn chưa trưởng thành trong ống nghiệm (In vitro maturation - IVM) là kỹ thuật trong đó noãn được chọc hút ra ở giai đoạn chưa trưởng thành (GV hoặc MI), sau đó được nuôi cấy trong môi trường để noãn phát triển đến giai đoạn trưởng thành (MII).

2. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các trường hợp chọc hút thu được dịch nang có chứa các phức hợp noãn - tế bào hạt (Cumulus-oocyte complexes - COCs) chứa noãn chưa trưởng thành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

Bác sĩ có văn bằng về mô - phôi hoặc bác sĩ, cử nhân sinh học, cử nhân công nghệ sinh học có chứng nhận đào tạo về kỹ năng thực hành thụ tinh trong ống nghiệm: 03 người

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Tủ thao tác
- Buồng thao tác
- Bệ ổn nhiệt làm ấm ống nghiệm
- Tủ ấm
- Tủ cấy CO_2 hoặc tủ cấy 3 khí
- Kính hiển vi soi nổi kèm bệ ấm
- Hệ thống lọc khí vô khuẩn
- Hệ thống lọc VOC
- Máy đo O_2, CO_2
- Máy đo pH tủ cấy và giọt môi trường
- Máy đo VOC
- Máy đếm hạt không khí cầm tay
- Micropipete 10 - 100µl
- Micropipete 1 - 10µl
- Súng hút môi trường
- Lưới lọc đường kính lỗ 70µm
- Đĩa nuôi cấy

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phap che Benh vien tu than Viet Nam_08/03/2025 15:28:08

- Đĩa Petri đường kính 35mm, 60mm, 90mm
- Pipette hút môi trường loại 5ml hoặc 10ml
- Đầu tip 200µm
- Bơm tiêm 10ml
- Gạc vô khuẩn
- Giá gác pipette
- Môi trường tìm và rửa noãn
- Môi trường nuôi cấy chuyên dụng
- Dầu phủ
- Găng tay không bột vô khuẩn
- Mũ, khẩu trang y tế, quần áo thủ thuật
- Dung dịch khử khuẩn, nấm sử dụng trong IVF, gạc vô khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Nhân viên y tế giải thích cho người bệnh và người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra, tiên lượng.

- Noãn chưa trưởng thành của người bệnh sau chọc hút được nuôi cấy trong lab thụ tinh trong ống nghiệm đến khi được đánh giá đạt đến độ trưởng thành.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án hỗ trợ sinh sản, các thủ tục hành chính hoàn thiện theo quy định của pháp luật.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 1 - 2 ngày (tùy phác đồ có kích thích hay không kích thích buồng trứng).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng lab tại bộ phận chuyên môn về thụ tinh trong ống nghiệm.

5.8. Kiểm tra hồ sơ

- Định danh mẫu giao tử thu được bằng ít nhất 3 thông tin và có kiểm tra chéo ở các bước quan trọng.

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị môi trường IVM

- Chuẩn bị môi trường IVM có bổ sung các thành phần phù hợp.

- Chia môi trường đã chuẩn bị vào đĩa nuôi cấy, phủ dầu trong tủ chuẩn bị môi trường trước khi sử dụng với thời gian thích hợp.

6.2. Bước 2: Tìm noãn

- Nhận các ống nghiệm chứa dịch nang sau chọc hút từ phòng thủ thuật.

- Tìm các COCs từ dịch nang sau chọc hút hoặc thu qua lưới lọc đường kính lỗ 70µm dưới kính hiển vi soi nổi có độ phóng đại 7x-50x.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van ban Hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/0_202_15:28:08

- Chuyển các COCs tìm được vào đĩa cấy chứa môi trường thu noãn.

- Rửa COCs và chuyển vào đĩa nuôi cấy chứa môi trường chuyên dụng tối đa 10 COCs/ giếng.

- Nuôi cấy noãn trong thời gian theo khuyến cáo của protocol tin cậy trong tủ cấy CO_2 hoặc tủ cấy ba khí.

Lưu ý: COCs từ nang nhỏ thường có kích thước rất nhỏ, dễ sót trong quá trình tìm và rửa noãn hoặc chuyển đĩa cấy IVM. Do đó, cần quan sát dưới kính hiển vi có độ phóng đại phù hợp và kiểm lại đĩa trước khi kết thúc thao tác.

6.3. Bước 3: Đánh giá noãn sau nuôi cấy IVM

- Tách noãn khỏi lớp tế bào hạt và đánh giá trạng thái trưởng thành của noãn (noãn MII).

- Noãn MII sẽ được đông lạnh hoặc tiêm tinh trùng vào bào tương noãn (ICSI) để tạo phôi (tuỳ theo phương pháp điều trị).

Lưu ý:

Nếu tỉ lệ trưởng thành noãn thấp hoặc không có noãn trưởng thành: Cần đánh giá tiền sử điều trị để quyết định kỹ thuật hoặc đánh giá về thời gian nuôi cấy, đồng thời tư vấn người bệnh về chất lượng noãn sau nuôi cấy và có thể huỷ chu kỳ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Sót noãn trong khi tìm, rửa noãn hoặc chuyển noãn giữa các đĩa cấy. Cần thao tác cẩn thận và kiểm tra đĩa cấy trước khi kết thúc thao tác hoặc bỏ đĩa đã sử dụng.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Không có

7.3. Tai biến muộn: Không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. German G and Child T. In vitro maturation (IVM). A Textbook of Clinincal Embryology. Edited by Girsh E, 2021, chapter 13, 159 - 168.

2. Ho T.M. and Vuong L.N. (2023). Use of In Vitro Maturation of Oocytes in a Clinical Setting: What Is Its Role in ART?. *Textbook of Assisted Reproductive Techniques*. 6, CRC Press.

3. Practice Committees of ASRM, the Society of Reproductive Biologists and Tecnologist and the Society for Assisted Reproductive Technology. In vitro maturation: a committee opinion. Fertil and Steril, 2021, 115: 298 - 304.

hhbvtnvn.thanhhoa_Vụ thư điện tử nhà nước Việt Nam_08/05/2026 15:28:08

213. NUÔI CẤY PHÔI

1. ĐẠI CƯƠNG

Nuôi cấy phôi là quá trình nuôi cấy và phát triển của phôi trong môi trường nhân tạo nhằm giúp cho phôi phát triển đến giai đoạn thích hợp để chuyển phôi vào buồng tử cung hoặc trữ lạnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Các chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm có tạo phôi và nuôi cấy phôi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

Bác sĩ có văn bằng về mô - phôi hoặc bác sĩ, cử nhân sinh học, cử nhân công nghệ sinh học có chứng nhận đào tạo về kỹ năng thực hành thụ tinh trong ống nghiệm: 03 người

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Tủ thao tác
- Tủ cấy CO_2 hoặc tủ cấy 3 khí
- Kính hiển vi soi nổi kèm bàn ấm
- Kính hiển vi đảo ngược kèm bàn ấm + máy ảnh hiển vi kỹ thuật số kèm phụ kiện nối ghép và phần mềm
- Bàn để mẫu ấm
- Hệ thống lọc khí vô khuẩn
- Hệ thống lọc VOC
- Bộ điều chỉnh liều lượng CO_2
- Máy đo O_2, CO_2
- Máy đo pH tủ cấy và giọt môi trường
- Máy đo VOC
- Máy đếm hạt không khí cầm tay
- Khí CO_2 và N_2 hoặc hỗn hợp khí trộn
- Bộ vi thao tác, vi tiêm
- Micropipette thể tích thay đổi
- Gác pippete
- Pipette các thể tích

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop nhat Benh vien tu than Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

- Pipette Pasteur hoặc các loại đầu tip gắn Holder/stripper vô khuẩn
- Đầu tip vô khuẩn
- Đĩa Petri
- Đĩa nuôi cấy
- Dụng cụ hỗ trợ hút môi trường
- Môi trường nuôi cấy phôi
- Dầu khoáng phủ đĩa nuôi cấy sử dụng trong IVF
- Găng tay không bột vô khuẩn
- Mũ, khẩu trang y tế, quần áo thủ thuật
- Dung dịch khử khuẩn, nấm sử dụng trong IVF, gạc vô khuẩn.

5.4. Người bệnh

Nhân viên y tế giải thích cho người bệnh và người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra, tiên lượng

5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án hỗ trợ sinh sản, các thủ tục hành chính hoàn thiện theo quy định của pháp luật.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 2 đến 7 ngày

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng lab thụ tinh trong ống nghiệm

5.8. Kiểm tra hồ sơ

Định danh mẫu phôi bằng ít nhất 3 thông tin và kiểm tra chéo tại những bước quan trọng.

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị môi trường nuôi cấy phôi

- Chuẩn bị môi trường trong đĩa/hộp nuôi cấy theo hướng dẫn của nhà sản xuất.

6.2. Bước 2: Nuôi cấy phôi từ ngày 01 đến ngày 2/3

- Đánh giá thụ tinh sau IVF/ICSI
- Nuôi cấy phôi từ ngày 1 đến ngày 2 hoặc 3 trong tủ nuôi cấy CO_2 hoặc tủ cấy 3 khí.
- Đánh giá số lượng và chất lượng phôi vào ngày 2 hoặc ngày 3
- Tiến hành lựa chọn số phôi chuyển, số phôi trữ lạnh, số phôi nuôi cấy đến giai đoạn phôi nang (nếu có).

6.3. Bước 3: Nuôi cấy phôi từ ngày 3 đến giai đoạn phôi nang

- Tùy theo hệ môi trường sử dụng

+ Hệ môi trường nuôi cấy chuyển tiếp (sequential): chuyển phôi sang môi trường nuôi cấy giai đoạn sau ngày 3.

+ Hệ môi trường nuôi cấy liên tục (single-step): tiếp tục nuôi cấy trong cùng một môi trường, không thay đĩa trừ khi cần thiết.

- Nuôi cấy phôi đến ngày 5 trong tủ nuôi cấy CO_2 hoặc tủ cấy 3 khí.

- Đánh giá số lượng và chất lượng phôi ngày 5

- Tiến hành lựa chọn số phôi chuyển, số phôi trữ lạnh, số phôi làm sinh thiết ở ngày 5 (nếu có).

- Trường hợp phôi phát triển chậm ở ngày 5 có thể nuôi cấy phôi đến ngày 6, 7 để thu nhận thêm phôi nang có khả năng sử dụng cho người bệnh.

Tiêu chí đánh giá thụ tinh

- Đánh giá vào ngày 01 sau IVF/ICSI.

- Noãn được xem là thụ tinh bình thường khi có sự xuất hiện của hai tiền nhân (2PN)

- Các bất thường thụ tinh gồm: không quan sát thấy tiền nhân (0PN), 1 tiền nhân (1PN) hoặc đa tiền nhân (≥ 3PN).

Tiêu chí đánh giá phôi phân cắt:

- Dựa theo đồng thuận ESHRE/ALPHA hoặc theo thực hành chuẩn của cơ sở.

- Tiêu chí đánh giá gồm số lượng phôi bào, mức độ đồng đều của phôi bào, mức độ phân mảnh…

Tiêu chí đánh giá phôi nang:

- Dựa theo đồng thuận ESHRE/ALPHA hoặc theo thực hành chuẩn của cơ sở.

- Tiêu chí đánh giá gồm: khoang phôi nang, khối tế bào bên trong phôi và lớp tế bào lá nuôi.

Lưu ý:

- Hạn chế tối đa thời gian phôi tiếp xúc ngoài môi trường nuôi cấy, duy trì ổn định nhiệt độ, điều kiện khí.

- Tuân thủ quy tắc vô khuẩn và tránh nhiễm chéo giữa các ca

- Tiếp tục theo dõi phôi đến ngày 6, 7 nếu chất lượng phôi ngày 5 chưa đủ điều kiện để chuyển phôi, trữ lạnh hay sinh thiết.

- Nếu không có phôi phân cắt, tiến hành ngừng chu kỳ, tư vấn người bệnh.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Coticchio G, Ciray HN, De Los Santos MJ, et al. The Istanbul consensus update: a revised ESHRE/ALPHA consensus on oocyte and embryo static and dynamic morphological assessment. **Hum Reprod.** 2025;40(6):989-1035.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Tiep noi Benh vien Phu san Viet Nam_06/05/2026 15:28:08

214. TRỮ LẠNH PHÔI

1. ĐẠI CƯƠNG

Trữ lạnh phôi là kỹ thuật đông lạnh và bảo quản phôi ở nhiệt độ cực thấp (thường là nitơ lỏng -196^{0}C) để ngừng các hoạt động sinh học bên trong tế bào bao gồm các phản ứng sinh hóa và hoạt động trao đổi chất, giúp duy trì khả năng sống của phôi trong thời gian dài.

2. CHỈ ĐỊNH

- Phôi chưa chuyển hoặc còn lại sau chuyển phôi.
- Trường hợp chưa đủ điều kiện để chuyển phôi: nguy cơ quá kích buồng trứng, niêm mạc tử cung chưa đạt yêu cầu hoặc tình trạng sức khoẻ chưa thuận lợi.
- Lưu trữ phôi chờ kết quả xét nghiệm di truyền tiền làm tổ.
- Phôi hiến chưa sử dụng.

Lưu ý: Các phôi chất lượng xấu thận trọng khi quyết định trữ lạnh vì tỷ lệ thoái hóa cao sau khi rã đông.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

Bác sĩ có văn bằng về mô - phôi hoặc bác sĩ, cử nhân sinh học, cử nhân công nghệ sinh học có chứng nhận đào tạo về kỹ năng thực hành thụ tinh trong ống nghiệm: 03 người

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Tủ cấy CO_2 hoặc tủ cấy 3 khí
- Buồng thao tác
- Kính hiển vi soi nổi
- Kính hiển vi đảo ngược
- Bình trữ phôi
- Thùng/bể chứa nitơ lỏng
- Hệ thống lọc khí vô khuẩn
- Hệ thống lọc VOC
- Máy đo O_2, CO_2
- Máy đo pH tủ cấy và giọt môi trường
- Máy đo VOC
- Máy đếm hạt không khí cầm tay
- Micopipette thể tích thay đổi

- Dụng cụ mang pipette đông phôi
- Gác pipette
- Đồng hồ bấm giờ
- Kẹp inox/pince inox
- Tủ bảo quản hóa chất
- Pipette/đầu tip chuyên dụng dùng thao tác phôi
- Pipette các thể tích
- Đầu tip tiệt khuẩn
- Cọng trữ phôi
- Dụng cụ chứa cọng trữ phôi
- Nitơ lỏng
- Đĩa đông phôi
- Đĩa nuôi cấy
- Môi trường đông phôi
- Găng tay không bột vô khuẩn
- Mũ, khẩu trang y tế, quần áo thủ thuật
- Khăn lau vô khuẩn
- Dung dịch khử khuẩn, nấm dùng trong IVF, gạc vô khuẩn

5.4. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích, thông báo số lượng phôi, số lượng cọng lưu trữ, các nguy cơ có thể xảy ra khi đông phôi.
- Hoàn thành các thủ tục hành chính.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án hỗ trợ sinh sản, các thủ tục hành chính hoàn thiện theo quy định của pháp luật.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 1 - 2 giờ tùy số lượng phôi

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng lab tại đơn vị chuyên môn về thụ tinh trong ống nghiệm
- Phòng lưu trữ phôi/noãn

5.8. Kiểm tra hồ sơ

Cần định danh mẫu phôi bằng ít nhất 3 thông tin, có kiểm tra chéo tại những bước quan trọng

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị

- Môi trường trữ lạnh: chuẩn bị theo hướng dẫn của nhà sản xuất.
- Kiểm tra thông tin trữ lạnh: gồm thông tin người bệnh có chỉ định đông phôi; số lượng phôi, số cọng chỉ định, màu sắc dụng cụ chứa và cọng đông.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu_Benh vien Phu san Viet Nam_28/03/2025 15:28:08

- Dụng cụ chứa cọng, cọng trữ phôi có ghi các thông tin định danh.

6.2. Bước 2: Kiểm tra và ghi nhận các đặc điểm chất lượng phôi dưới kính hiển vi soi nổi.

Lưu ý: Xác định chính xác giai đoạn của phôi để đảm bảo đúng quy trình đông phù hợp.

6.3. Bước 3: Tiến hành các bước đông phôi theo hướng dẫn của nhà sản xuất môi trường đông dưới sự hỗ trợ của người phụ. Kiểm tra đối chiếu ít nhất 3 thông tin định danh ở mỗi bước chuyển đĩa và khi lên cọng.

Lưu ý: Không kéo dài thời gian phôi tiếp xúc với môi trường đông do tăng nguy cơ độc tế bào.

6.4. Bước 4: Người phụ ghi lại chất lượng và số lượng phôi ở mỗi cọng đông.

6.5. Bước 5: Tiến hành cất phôi

- Đậy nắp cọng chứa phôi trong nitơ lỏng.
- Đặt cọng phôi vào dụng cụ chứa.
- Dụng cụ chứa cọng được cất vào các can của bình trữ.

6.6. Bước 6: Vệ sinh bề mặt thao tác, vứt bỏ vật tư tiêu hao khi sử dụng

6.7. Bước 7: Hoàn thiện hồ sơ: tuổi phôi, số lượng, chất lượng phôi từng cọng, số lượng và màu sắc dụng cụ trữ, cọng đông, vị trí lưu trữ mẫu.

Lưu ý:

- Tuân thủ nghiêm ngặt an toàn khi thao tác với nitơ lỏng và ghi nhận đầy đủ vị trí lưu trữ.
- Duy trì điều kiện ổn định khi thao tác.
- Tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn và tránh lây nhiễm chéo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Girsh E, ed. *A Textbook of Clinical Embryology*. Cambridge University Press; 2021.

2. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. A review of best practices of rapid-cooling vitrification for oocytes and embryos. *Fertil Steril.* 2021.

3. Nagy ZP, Varghese AC, Agarwal A, eds. *Cryopreservation of Mammalian Gametes and Embryos: Methods and Protocols.* Methods in Molecular Biology. Vol 1568. New York: Humana Press; 2017.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien ... 08/05/2026 15:28:08

215. TRỮ LẠNH NOÃN

1. ĐẠI CƯƠNG

Trữ lạnh noãn là kỹ thuật đông lạnh và bảo quản noãn ở nhiệt độ cực thấp (thường là nitơ lỏng -196^{0}C) để ngừng các hoạt động sinh học bên trong tế bào bao gồm các phản ứng sinh hóa và hoạt động trao đổi chất, giúp duy trì khả năng sống của noãn trong thời gian dài. Đây là phương án bảo tồn khả năng sinh sản ở phụ nữ.

2. CHỈ ĐỊNH

Trữ lạnh noãn được áp dụng với những trường hợp:

- Phụ nữ đang điều trị thụ tinh trong ống nghiệm và không có tinh trùng của người chồng để thụ tinh với noãn vào ngày thu nhận noãn.

- Bảo tồn khả năng sinh sản:

+ Phụ nữ chuẩn bị điều trị ung thư hoặc các bệnh lý khác có khả năng ảnh hưởng đến khả năng sinh sản trong tương lai.

+ Phụ nữ độc thân chưa có kế hoạch sinh con với thời điểm sinh tốt nhất.

- Phụ nữ có dấu hiệu suy giảm dự trữ buồng trứng muốn tích lũy noãn qua nhiều chu kỳ để tăng hiệu quả thành công khi thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm.

- Hiến noãn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

Bác sĩ có văn bằng về mô - phôi hoặc bác sĩ, cử nhân sinh học, cử nhân công nghệ sinh học có chứng nhận đào tạo về kỹ năng thực hành thụ tinh trong ống nghiệm: 03 người

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Buồng thao tác
- Bình trữ phôi
- Thùng/bể chứa nitơ lỏng
- Tủ cấy CO_2 hoặc tủ cấy 3 khí
- Kính hiển vi soi nổi
- Kính hiển vi đảo ngược
- Hệ thống lọc khí vô khuẩn
- Hệ thống lọc VOC
- Máy đo O_2, CO_2

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hanh hoa Benh vien tu nhan Viet Nam_28/05/2025 15:28:08

- Máy đo pH tủ cấy và giọt môi trường
- Máy đo VOC
- Máy đếm hạt không khí cầm tay
- Micopipette thể tích thay đổi
- Dụng cụ mang pipette đông phôi/noãn
- Gác pipette
- Đồng hồ bấm giờ
- Kẹp inox/pince inox
- Tủ bảo quản hóa chất
- Pipette/đầu tip chuyên dụng dùng thao tác phôi/noãn
- Pipette các thể tích
- Đầu tip tiệt khuẩn
- Cọng trữ phôi/noãn
- Dụng cụ chứa cọng trữ phôi/noãn
- Bút viết cọng, đĩa
- Nitơ lỏng và hộp đựng nitơ
- Đĩa đông phôi/noãn
- Đĩa nuôi cấy
- Môi trường đông phôi/noãn
- Găng tay không bột vô khuẩn
- Mũ, khẩu trang y tế, quần áo thủ thuật
- Khăn lau vô khuẩn
- Dung dịch khử khuẩn, nấm dùng trong IVF, gạc vô khuẩn

5.4. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích, thông báo số lượng noãn, số lượng cọng lưu trữ, các nguy cơ có thể xảy ra khi đông noãn.
- Hoàn thành các thủ tục hành chính

5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án hỗ trợ sinh sản, thủ tục hành chính theo quy định của pháp luật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 1 - 2 giờ tùy số lượng noãn

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng lab của đơn vị chuyên môn về thụ tinh trong ống nghiệm
- Phòng lưu trữ mẫu đông lạnh

5.8. Kiểm tra hồ sơ

- Định danh mẫu noãn bằng ít nhất 3 thông tin, có kiểm tra chéo tại các bước quan trọng.

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị

- Môi trường trữ lạnh: chuẩn bị theo hướng dẫn của nhà sản xuất.

- Hồ sơ trữ lạnh: gồm thông tin người bệnh có chỉ định đông noãn; số lượng noãn, số cọng chỉ định, màu sắc dụng cụ chứa và cọng trữ.

- Dụng cụ chứa cọng, cọng trữ noãn có ghi các thông tin định danh.

6.2. Bước 2: Kiểm tra và ghi nhận các đặc điểm mức độ trưởng thành, chất lượng noãn. Trữ lạnh noãn thường tiến hành sau chọc hút noãn 2-3 giờ.

Lưu ý: Xác định chính xác mức độ trưởng thành của noãn để đảm bảo đúng quy trình đông phù hợp.

6.3. Bước 3: Tiến hành các bước đông noãn theo hướng dẫn của nhà sản xuất môi trường đông dưới sự hỗ trợ của người phụ. Kiểm tra đối chiếu ít nhất 3 thông tin định danh ở mỗi bước chuyển đĩa và khi lên cọng.

Lưu ý: Không kéo dài thời gian noãn tiếp xúc với môi trường đông do tăng nguy cơ độc tế bào.

6.4. Bước 4: Người phụ ghi lại chất lượng và số lượng noãn ở mỗi cọng đông.

6.5. Bước 5: Tiến hành cất noãn

- Đậy nắp cọng chứa noãn trong nitơ lỏng.

- Đặt cọng noãn vào dụng cụ chứa.

- Dụng cụ chứa cọng được cất vào các canister của bình trữ.

6.6. Bước 6: Vệ sinh bề mặt thao tác, vứt bỏ vật tư tiêu hao khi sử dụng

6.7. Bước 7: Hoàn thiện hồ sơ: mức độ trưởng thành của noãn, số lượng, chất lượng noãn từng cọng trữ, số lượng và màu sắc dụng cụ chứa, cọng trữ, vị trí lưu trữ mẫu.

Lưu ý:

- Tuân thủ nghiêm ngặt an toàn khi thao tác với nitơ lỏng và ghi nhận đầy đủ vị trí lưu trữ.

- Duy trì điều kiện ổn định khi thao tác.

- Tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn và tránh lây nhiễm chéo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Trường hợp vỡ/mất noãn trong quá trình trữ lạnh: Ghi nhận, thông báo cho bác sĩ lâm sàng về trường hợp vỡ/mất noãn để giải thích cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Montag MHM, Morbeck DE, eds. *Principles of IVF Laboratory Practice: Optimizing Performance and Outcomes.* Cambridge: Cambridge University Press; 2017.

2. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. A review of best practices of rapid-cooling vitrification for oocytes and embryos. *Fertil Steril.* 2021.

3. Nagy ZP, Varghese AC, Agarwal A, eds. *Cryopreservation of Mammalian Gametes and Embryos: Methods and Protocols.* Methods in Molecular Biology. Vol 1568. New York: Humana Press; 2017.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thi Hieu_thoi gian viet tu nam viet nam_08/05/2026 15:28:08

216. RÃ ĐÔNG PHÔI

1. ĐẠI CƯƠNG

Rã đông phôi là quy trình phục hồi phôi đã được trữ lạnh trở về điều kiện sinh lý để nuôi cấy tiếp và/hoặc thực hiện chuyển phôi vào buồng tử cung của người bệnh. Phôi được trữ lạnh theo phương pháp nào thì sẽ được rã đông theo quy trình tương ứng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp chuyển phôi đông lạnh sau khi đã chuẩn bị niêm mạc tử cung có chỉ định chuyển phôi (bao gồm cả rã phôi giai đoạn phân tách nuôi lên giai đoạn phôi nang).
- Rã đông phôi từ ngân hàng với các trường hợp xin phôi.
- Các trường hợp có chỉ định thực hiện kỹ thuật xét nghiệm di truyền tiền làm tổ trên những phôi đã trữ đông.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

Bác sĩ có văn bằng về mô - phôi hoặc bác sĩ, cử nhân sinh học, cử nhân công nghệ sinh học có chứng nhận đào tạo về kỹ năng thực hành thụ tinh trong ống nghiệm: 03 người

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị

- Tủ ấm thường không có CO_2 (37°C)
- Tủ bảo quản hóa chất
- Tủ cấy CO_2 hoặc tủ cấy 3 khí
- Buồng thao tác
- Tủ thao tác
- Kính hiển vi soi nổi kèm bàn ấm
- Hệ thống lọc khí vô khuẩn
- Hệ thống lọc VOC
- Máy đo O_2, CO_2
- Máy đo pH tủ cấy và giọt môi trường
- Máy đo VOC
- Máy đếm hạt không khí cầm tay
- Bình trữ nitơ lỏng
- Thùng/bể chứa nitơ lỏng
- Hệ thống cung cấp khí nuôi cấy phôi: khí CO_2, hỗn hợp khí trộn

- Khí CO_2 và N_2 hoặc hỗn hợp khí trộn
- Bộ lọc trên đường dẫn khí
- Cốc/hộp chuyên dụng chứa cọng trữ
- Xe vận chuyển thùng/bể chứa nitơ
- Micropipette thể tích thay đổi
- Dụng cụ mang pipete/đầu tip thao tác phôi
- Dụng cụ trợ hút môi trường
- Giá gác pipette
- Đồng hồ bấm giờ
- Kẹp inox/ pince inox
- Đầu tip tiệt khuẩn
- Pipette/ đầu tip chuyên dụng dùng thao tác phôi/noãn
- Pipette các thể tích
- Đĩa rã đông
- Đĩa/hộp nuôi cấy
- Nitơ lỏng
- Bút viết cọng/đĩa
- Môi trường rã đông phôi
- Môi trường nuôi cấy phôi
- Dầu phủ đĩa nuôi cấy dùng trong kỹ thuật IVF
- Găng tay không bột vô khuẩn
- Mũ, khẩu trang y tế, quần áo thủ thuật
- Khăn lau vô khuẩn
- Dụng cụ khử khuẩn nấm dùng trong IVF

5.4. Người bệnh

Người bệnh được giải thích, thông báo về số lượng, chất lượng phôi và số cọng phôi dự kiến rã đông, các nguy cơ có thể xảy ra khi rã đông phôi.

Lưu ý: Kết quả rã đông phôi phụ thuộc nhiều vào chất lượng phôi trước đông lạnh, điều kiện lab và sự tuân thủ nghiêm ngặt quy trình thao tác. Cần tư vấn đầy đủ cho người bệnh về nguy cơ phôi thoái hoá hoặc giảm chất lượng phôi sau rã đông.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án hỗ trợ sinh sản, thủ tục hành chính theo quy định của pháp luật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 0,5 - 1 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng lab của đơn vị chuyên môn về thụ tinh trong ống nghiệm
- Phòng lưu trữ mẫu đông lạnh

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hien hoa benh vien tu than Viet Nam_28/03/2026 15:28:08

5.8. Kiểm tra hồ sơ

- Định danh mẫu phôi bằng ít nhất 3 thông tin, có kiểm tra chéo tại các bước quan trọng.

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị trước khi rã đông phôi

- Kiểm tra điều kiện thiết bị (tủ nuôi cấy, kính hiển vi, bề mặt thao tác trước khi tiến hành).

- Người phụ rã đông phôi chuẩn bị:

+ Đĩa rã đông phôi/đĩa nuôi cấy có ghi ít nhất 3 thông tin định danh người bệnh

+ Môi trường rã đông phôi và môi trường nuôi cấy phôi sau rã đông, chuẩn bị theo hướng dẫn của nhà sản xuất

6.2. Bước 2: Tiếp nhận và đối chiếu chỉ định

- Nhận chỉ định rã phôi của người bệnh từ bộ phận lâm sàng.

- Đối chiếu thông tin trong hồ sơ để xác định: thời điểm rã phôi, số lượng, chất lượng phôi và cọng trữ phôi tương ứng cần rã đông.

6.3. Bước 3: Lấy cọng trữ phôi

- Tiến hành lấy cọng trữ phôi cần rã từ bình trữ vào thùng/bể chứa nitơ lỏng.

- Kiểm tra đối chiếu thông tin định danh trên cọng trữ phôi trước khi chuyển cọng tới vị trí rã phôi.

6.4. Bước 4: Tiến hành rã đông phôi

- Tiến hành rã phôi theo các bước hướng dẫn của nhà sản xuất môi trường, dưới sự hỗ trợ của người phụ:

+ Đưa nhanh cọng trữ phôi từ nitơ lỏng vào môi trường rã theo đúng thao tác kỹ thuật, quan sát phôi tách ra khỏi cọng trữ, di chuyển ra môi trường rã, kiểm tra xác nhận đủ số phôi rồi từ từ rút cọng ra khỏi giếng môi trường rã.

- Lần lượt chuyển phôi tuần tự qua các môi trường rã đông theo thứ tự, thời gian và điều kiện do nhà sản xuất khuyến cáo.

- Thực hiện kiểm tra đối chiếu ít nhất 3 thông tin định danh tại các thời điểm: khi lấy cọng trữ phôi, khi chuyển phôi từ cọng trữ vào đĩa rã và từ đĩa rã chuyển sang đĩa nuôi cấy hoặc đĩa chuyển phôi.

6.5. Bước 5: Chuyển phôi sau rã vào đĩa chuyển phôi (nếu rã chuyển luôn) hoặc đĩa nuôi phôi (nếu tiếp tục nuôi phôi) có ghi đầy đủ các thông tin định danh và cất vào tủ nuôi cấy.

6.6. Bước 6: Đánh giá chất lượng phôi sau rã đông

- Thời điểm đánh giá: Phôi được đánh giá ngay sau rã đông và/hoặc sau một khoảng thời gian hồi phục trong tủ nuôi cấy theo thực hành chuẩn của cơ sở.

- *Tiêu chí xác nhận phôi sống sau rã:* Phôi được coi là phôi sống sau khi đáp ứng một hoặc nhiều tiêu chí tùy giai đoạn phát triển.

+ Phôi giai đoạn phân cắt: Có ≥ 50% số phôi bào còn nguyên vẹn sau rã, màng tế bào rõ, không vỡ hoàn toàn.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hieu hi Benh vien tu nhan Viet Nam 03/05/2025 15:28:08

+ Phôi nang: Cấu trúc phôi nang còn nguyên vẹn, có khả năng phục hồi thể tích (nở rộng sau rã), khối ICM và TE còn nhận diện được.

Lưu ý: Trường hợp phôi chưa đạt tiêu chí sống, hoặc có dấu hiệu tổn thương sau rã đông: ghi nhận, thông báo cho bác sĩ lâm sàng. Cân nhắc tiếp tục nuôi cấy, trì hoãn chuyển phôi hoặc huỷ phôi theo chỉ định chuyên môn và sau khi đã tư vấn đầy đủ cho người bệnh.

6.7. Bước 7: Vệ sinh bề mặt và thiết bị thao tác, vứt bỏ vật tư tiêu hao đã sử dụng

6.8. Bước 8: Hoàn thiện hồ sơ, thông báo kết quả

- Hoàn thiện các thông tin: số lượng và chất lượng phôi rã đông, nhân sự tiến hành kỹ thuật.
- Thông báo kết quả rã đông phôi (số phôi, số cọng rã và chất lượng phôi sau rã) cho người bệnh theo quy định của cơ sở.

Lưu ý:

- Duy trì ổn định điều kiện thao tác
- Tuân thủ các quy định an toàn khi thao tác với nitơ lỏng và ghi nhận đầy đủ hồ sơ rã đông
- Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn và phòng ngừa lây nhiễm chéo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Montag MHM, Morbeck DE, eds. *Principles of IVF Laboratory Practice: Optimizing Performance and Outcomes.* Cambridge: Cambridge University Press; 2017.

2. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. A review of best practices of rapid-cooling vitrification for oocytes and embryos. *Fertil Steril.* 2021.

3. Nagy ZP, Varghese AC, Agarwal A, eds. *Cryopreservation of Mammalian Gametes and Embryos: Methods and Protocols.* Methods in Molecular Biology. Vol 1568. New York: Humana Press; 2017.

hhbvtnvn.thanhhoa_Vo thu diep hoi Ninh Binh ... 08/05/2026 15:28:08

217. RÃ ĐÔNG NOÃN

1. ĐẠI CƯƠNG

Rã đông noãn là quy trình phục hồi noãn đã được trữ lạnh trở về điều kiện sinh lý, nhằm sử dụng trong các kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm. Noãn được đông lạnh theo phương pháp nào thì sẽ được rã đông theo quy trình tương ứng.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp cần rã đông noãn để thực hiện các kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có

4.THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

Bác sĩ có văn bằng về mô - phôi hoặc bác sĩ, cử nhân sinh học, cử nhân công nghệ sinh học có chứng nhận đào tạo về kỹ năng thực hành thụ tinh trong ống nghiệm: 03 người

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Tủ ấm thường không có CO_2 (37°C)
- Tủ bảo quản hóa chất
- Tủ cấy CO_2 hoặc tủ nuôi cấy 3 khí
- Buồng thao tác
- Tủ thao tác
- Kính hiển vi soi nổi kèm bàn ấm
- Hệ thống lọc khí vô khuẩn
- Hệ thống lọc VOC
- Máy đo O_2, CO_2
- Máy đo pH tủ cấy và giọt môi trường
- Máy đo VOC
- Máy đếm hạt không khí cầm tay
- Hệ thống cung cấp khí nuôi cấy phôi: khí CO_2, hỗn hợp khí trộn
- Khí CO_2 và N_2 hoặc hỗn hợp khí trộn
- Bộ lọc trên đường dẫn khí
- Thùng/bể chứa nitơ lỏng
- Bình trữ nitơ lỏng
- Cốc/hộp chuyên dụng chứa cọng trữ

- Xe vận chuyển thùng/bể chứa nitơ
- Micropipette thể tích thay đổi
- Dụng cụ mang pipette/đầu tip thao tác phôi
- Dụng cụ trợ hút môi trường
- Gác pipette
- Đồng hồ bấm giờ
- Kẹp inox/ pince inox
- Đầu tip tiệt khuẩn
- Pipette/ đầu tip chuyên dụng dùng thao tác phôi/noãn
- Pipette các thể tích
- Đĩa rã đông
- Đĩa nuôi cấy
- Nitơ lỏng
- Môi trường rã đông phôi
- Môi trường nuôi cấy phôi
- Dầu phủ đĩa nuôi cấy dùng trong kỹ thuật IVF
- Găng tay không bột vô khuẩn
- Mũ, khẩu trang y tế, quần áo thủ thuật
- Khăn lau vô khuẩn
- Dụng cụ khử khuẩn nấm dùng trong IVF

5.4. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích, thông báo về số lượng, chất lượng noãn và số cọng noãn dự kiến rã đông, các nguy cơ có thể xảy ra khi rã đông noãn.

Lưu ý: Kết quả rã đông noãn phụ thuộc nhiều vào chất lượng noãn trước đông lạnh, điều kiện lab và sự tuân thủ nghiêm ngặt quy trình thao tác. Cần tư vấn đầy đủ cho người bệnh về nguy cơ noãn thoái hoá, giảm chất lượng noãn hoặc noãn không có khả năng thụ tinh sau rã đông.

- Có mẫu tinh trùng đủ điều kiện để thực hiện các kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm với noãn rã đông.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án hỗ trợ sinh sản, các thủ tục hành chính hoàn thiện theo quy định của pháp luật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 0,5 - 1 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng lab tại đơn vị chuyên môn về thụ tinh trong ống nghiệm

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hinh hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_28/05/2025 15:28:08

- Phòng lưu trữ mẫu đông lạnh

5.8. Kiểm tra hồ sơ

- Định danh mẫu noãn bằng tối thiểu 3 thông tin.

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị trước khi rã đông noãn

- Kiểm tra điều kiện thiết bị (tủ nuôi cấy, kính hiển vi, bề mặt thao tác trước khi tiến hành).

- Người phụ rã đông noãn chuẩn bị:

+ Đĩa rã đông noãn/đĩa nuôi cấy có ghi ít nhất 3 thông tin định danh người bệnh

+ Môi trường rã đông noãn và môi trường nuôi cấy noãn sau rã đông, chuẩn bị theo hướng dẫn của nhà sản xuất

6.2. Bước 2: Tiếp nhận và đối chiếu chỉ định

- Nhận chỉ định rã noãn của người bệnh từ bộ phận lâm sàng.

- Đối chiếu thông tin trên hồ sơ nhằm xác định: số lượng, chất lượng noãn và cọng trữ noãn tương ứng cần rã đông, đồng thời đảm bảo số noãn rã phù hợp với chất lượng mẫu tinh trùng.

6.3. Bước 3: Lấy cọng trữ noãn

- Tiến hành lấy cọng trữ noãn cần rã từ bình trữ vào thùng/bể chứa nitơ lỏng.

- Kiểm tra đối chiếu thông tin định danh trên cọng trữ noãn trước khi chuyển cọng tới vị trí rã noãn.

6.4. Bước 4: Tiến hành rã đông noãn

- Tiến hành rã noãn theo các bước hướng dẫn của nhà sản xuất môi trường, dưới sự hỗ trợ của người phụ:

+ Đưa nhanh cọng trữ noãn từ nitơ lỏng vào môi trường rã theo đúng thao tác kỹ thuật, quan sát noãn tách ra khỏi cọng trữ, di chuyển ra môi trường rã, kiểm tra xác nhận đủ số noãn rồi từ từ rút cọng ra khỏi giếng môi trường rã.

- Lần lượt chuyển noãn tuần tự qua các môi trường rã đông theo thứ tự, thời gian và điều kiện do nhà sản xuất khuyến cáo.

- Thực hiện kiểm tra đối chiếu ít nhất 3 thông tin định danh tại các thời điểm: khi lấy cọng trữ noãn, khi chuyển noãn từ cọng trữ vào đĩa rã và từ đĩa rã chuyển sang đĩa nuôi cấy.

Lưu ý:

- Duy trì ổn định điều kiện thao tác.

- Tuân thủ các quy định an toàn khi thao tác với nitơ lỏng và ghi nhận đầy đủ hồ sơ rã đông.

- Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn và phòng ngừa lây nhiễm chéo.

6.5. Bước 5: Chuyển noãn sau rã vào đĩa nuôi cấy có khi đầy đủ các thông tin định danh và đặt vào tủ nuôi cấy theo quy trình.

6.6. Bước 6: Đánh giá chất lượng noãn sau rã đông

- Noãn rã đông được xác định là noãn sống khi đáp ứng các tiêu chí: màng noãn toàn vẹn, có khả năng phục hồi hình thái và thể tích sau rã đông.

- Noãn được nuôi cấy hồi phục thêm khoảng 1-2 giờ trước khi tiến hành IVF/ICSI, tùy thuộc vào thời điểm động noãn, tình trạng sinh học của noãn và quy trình chuyên môn của cơ sở.

Lưu ý: Trường hợp noãn thoái hóa, hoặc có dấu hiệu tổn thương sau rã đông: ghi nhận, thông báo cho bác sĩ lâm sàng, tư vấn đầy đủ cho người bệnh

6.7. Bước 7: Vệ sinh bề mặt và thiết bị thao tác, vứt bỏ vật tư tiêu hao đã sử dụng

6.8. Bước 8: Hoàn thiện hồ sơ, thông báo kết quả

- Hoàn thiện hồ sơ các thông tin: số lượng và chất lượng noãn rã đông, nhân sự tiến hành kỹ thuật

- Thông báo kết quả rã đông noãn (số noãn, số cọng rã và chất lượng noãn sau rã) cho người bệnh theo quy định của cơ sở.

Lưu ý:

- Tuân thủ các quy định an toàn khi thao tác với nitơ lỏng và ghi nhận đầy đủ hồ sơ rã đông
- Duy trì ổn định điều kiện thao tác
- Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn và phòng ngừa lây nhiễm chéo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Montag MHM, Morbeck DE, eds. *Principles of IVF Laboratory Practice: Optimizing Performance and Outcomes.* Cambridge: Cambridge University Press; 2017.

2. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. A review of best practices of rapid-cooling vitrification for oocytes and embryos. *Fertil Steril.* 2021.

3. Nagy ZP, Varghese AC, Agarwal A, eds. *Cryopreservation of Mammalian Gametes and Embryos: Methods and Protocols.* Methods in Molecular Biology. Vol 1568. New York: Humana Press; 2017.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Tiep nhan Benh vien Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

218. PHẪU THUẬT LẤY TINH TRÙNG TỪ TINH HOÀN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật lấy tinh trùng từ tinh hoàn là phương pháp phẫu thuật mở tinh hoàn 1 hoặc 2 bên để lấy tinh trùng với mục đích chẩn đoán hoặc thụ tinh với noãn bằng kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương của noãn (ICSI).
- Chọc hút tinh hoàn, mào tinh hoàn là kỹ thuật được sử dụng để lấy tinh trùng thông qua việc chọc hút vào tinh hoàn hoặc mào tinh hoàn qua da với mục đích chẩn đoán hoặc thụ tinh với noãn.

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Phẫu thuật lấy tinh trùng từ tinh hoàn

- Vô tinh không do tắc nghẽn.
- Vô tinh do tắc nhưng không có hoặc không thu đủ tinh trùng từ mào tinh.
- Các trường hợp không có khả năng xuất tinh.

2.2. Chọc hút mào tinh hoàn

- Các trường hợp vô tinh do tắc.
- Các trường hợp không có khả năng xuất tinh.
- Cân nhắc trong các trường hợp người bệnh không xuất tinh được vào ngày vợ chọc hút noãn.

2.3. Chọc hút tinh hoàn

- Các trường hợp vô tinh do tắc ở tinh hoàn hoặc vô tinh không do tắc.
- Các trường hợp người bệnh không có khả năng xuất tinh.
- Cân nhắc trong các trường hợp người bệnh không xuất tinh được vào ngày vợ chọc hút noãn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý có chống chỉ định với việc gây mê hoặc gây tê.
- Các hội chứng không có khả năng sinh tinh, ví dụ Hội chứng de la Chapelle, vi mất đoạn hoàn toàn AZFa hoặc AZFb...

4. THẬN TRỌNG

- Tiền sử phẫu thuật tinh hoàn nhiều lần hoặc can thiệp vùng bìu.
- Tình trạng rối loạn đông máu hoặc đang sử dụng thuốc chống đông.
- Giãn tĩnh mạch tinh.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

5.1.1. Phẫu thuật lấy tinh trùng từ tinh hoàn

- Bác sĩ phẫu thuật viên chính: 01 người
- Bác sĩ phẫu thuật viên phụ: 01 người
- Điều dưỡng hoặc hộ sinh: 02 người

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_02/05/2025 15:28:08

- Bác sĩ có văn bằng về mô - phôi hoặc bác sĩ, cử nhân sinh học, cử nhân công nghệ sinh học có chứng nhận đào tạo về kỹ năng thực hành thụ tinh trong ống nghiệm: 02 người

5.1.2. Chọc hút tinh hoàn, mào tinh hoàn

- Bác sĩ thủ thuật viên chính: 01
- Điều dưỡng: 02
- Bác sĩ có văn bằng về mô - phôi hoặc bác sĩ, cử nhân sinh học, cử nhân công nghệ sinh học có chứng nhận đào tạo về kỹ năng thực hành thụ tinh trong ống nghiệm: 03 người

5.2. Thuốc

- Dung dịch Povidon iodine 10%
- NaCl 0.9%
- Kháng sinh (nếu cần thiết)

5.3. Thiết bị y tế

5.3.1. Chung cho Phẫu thuật lấy tinh trùng từ tinh hoàn và Chọc hút tinh hoàn, mào tinh hoàn

- Bàn phẫu thuật hoặc bàn thủ thuật.
- Đèn phẫu thuật.
- Tủ thao tác.
- Máy ly tâm.
- Kính hiển vi.
- Săng vô khuẩn.
- Pince sát khuẩn.
- Gạc vô khuẩn.
- Cốc đựng dung dịch sát khuẩn.
- Cốc đựng nước muối sinh lý.
- Khay quả đậu.
- Đĩa Petri.
- Các loại môi trường nuôi cấy cần thiết
- Ống nghiệm chứa môi trường để xử lý tinh trùng.
- Găng tay không bột vô khuẩn.

5.3.2. Phẫu thuật lấy tinh trùng từ tinh hoàn

- Dao phẫu thuật.
- Cán dao phẫu thuật.
- Chỉ khâu tự tiêu 4.0.
- Sợi chỉ khâu nilon 4.0.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tinh hoàn.
- Mũ, khẩu trang y tế, quần áo phẫu thuật.

5.3.3. Chọc hút tinh hoàn, mào tinh hoàn

- Bơm tiêm 1ml (số lượng tùy từng trường hợp) với PESA, kim bướm 18 - 21G nối với bơm 20ml và kẹp vi phẫu để kéo bệnh phẩm ống sinh tinh với TESA
- Mũ, khẩu trang y tế, quần áo thủ thuật.

5.4. Người bệnh

- Tư vấn cho người bệnh và người nhà người bệnh về lý do phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ, biến chứng, tai biến của phẫu thuật/thủ thuật nói chung.
- Làm các thăm dò cận lâm sàng chuẩn bị phẫu thuật/thủ thuật.
- Người bệnh nhịn ăn, uống ít nhất 6h (đối với trường hợp cần gây mê toàn thân); đi tiểu trước khi làm phẫu thuật.
- Chuẩn bị vùng da phẫu thuật/thủ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định, hoàn thiện đầy đủ thông tin, xét nghiệm trước khi tiến hành phẫu thuật/thủ thuật.
- Giấy đồng ý tiến hành phẫu thuật/thủ thuật, chấp nhận các khả năng có thể xảy ra.

5.6. Thời gian thực hiện:

5.6.1. Phẫu thuật lấy tinh trùng từ tinh hoàn: Khoảng 1-2 giờ.

5.6.2. Chọc hút tinh hoàn, mào tinh hoàn: Khoảng 0,3 - 0,5 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật/thủ thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ

- Định danh người bệnh bằng tối thiểu 3 thông tin.

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

Phương pháp vô cảm: tiền mê kết hợp gây mê tĩnh mạch hoặc gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

6.1. Phẫu thuật lấy tinh trùng từ tinh hoàn

6.1.1. Bước 1:

- Sát khuẩn dương vật và vùng bìu bằng Povidon iodine 10% để khô 3 phút sau đó rửa lại bằng nước muối sinh lý.
- Trải săng phẫu thuật che kín các vùng nằm ngoài phẫu trường.

6.1.2. Bước 2:

- Rạch da bìu, mở màng tinh hoàn bộc lộ tinh hoàn.
- Rạch bao trắng, bộc lộ mô tinh hoàn và lấy mô tinh hoàn.
- Tìm tinh trùng:

+ Nếu để làm ICSI thì lấy đủ số lượng tinh trùng thì dừng lại. Trường hợp mẫu đã lấy không có hoặc không đủ tinh trùng thì có thể lấy mẫu tinh hoàn bên kia.

+ Nếu làm chẩn đoán thì lấy mẫu mô tinh hoàn đến khi có tinh trùng thì dừng lại. Trường hợp mẫu đã lấy không có tinh trùng thì có thể lấy mẫu tinh hoàn bên kia.

- Khâu phục hồi tinh hoàn.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van [illegible] Viet Nam_0[illegible] 15:28:08

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Benh vien Phu san Viet Nam_08/03/2024 15:28:08

- Sát khuẩn lại vùng bìu, dương vật.
- Kiểm tra xem có chảy máu, tụ máu không.

6.1.3. Bước 3:

- Tư vấn kết quả.
- Theo dõi người bệnh đến khi ổn định.
- Hướng dẫn chăm sóc sau thủ thuật.
- Kê đơn thuốc về.

Lưu ý: Theo dõi sát sau mổ đối với các trường hợp liệt ½ thân dưới.

6.2. Chọc hút mào tinh hoàn

6.2.1. Bước 1: Trước thủ thuật

- Người bệnh nằm ngửa trên bàn thủ thuật
- Lấy đường truyền tĩnh mạch, cắm dịch truyền.
- Sát khuẩn dương vật, bìu, bẹn bằng dung dịch Povidone Iodine 10% sau đó rửa sạch lại bằng NaCl 0.9%.
- Trải săng vô khuẩn che kín các vùng nằm ngoài phẫu trường.

6.2.2. Bước 2: Trong thủ thuật.

- Thăm khám, kiểm tra mào tinh, tinh hoàn 2 bên, xác định vị trí, lựa chọn bên mào tinh căng hơn.
- Cố định mào tinh bằng một tay, tay còn lại dùng bơm tiêm 1 ml chứa sẵn môi trường nuôi cấy chọc qua da vuông góc vào mào tinh, hút mạnh, vừa hút vừa rút từ từ kim tiêm ra.
- Nhỏ dịch hút vào đĩa Petri, chuyển vào phòng Lab để tìm tinh trùng dưới kính hiển vi.
- Lặp lại cho đến khi kết thúc thủ thuật
- Khi kết thúc thủ thuật, kiểm tra có chảy máu, tụ máu. Sát khuẩn lại vùng bìu. Báo kết thúc thủ thuật.

6.2.3. Bước 3: Sau thủ thuật

- Tư vấn kết quả.
- Theo dõi người bệnh đến khi ổn định (khoảng 1-2 giờ).
- Hướng dẫn chăm sóc sau thủ thuật.
- Kê đơn thuốc về.

6.3. Chọc hút tinh hoàn

6.3.1. Bước 1: Trước thủ thuật

- Lấy đường truyền tĩnh mạch, cắm dịch truyền.
- Sát khuẩn dương vật, bìu, bẹn bằng dung dịch Povidone Iodine10% sau đó rửa sạch lại bằng NaCl 0.9%.
- Trải săng vô khuẩn che kín các vùng nằm ngoài phẫu trường.

6.3.2. Bước 2: Trong thủ thuật

- Sử dụng kim 18 - 21G nối với bơm tiêm 20 mL hút lượng nhỏ môi trường (1-2 ml trong dây).
- Giữ tinh hoàn bằng một tay và tay còn lại chọc kim vuông góc tinh hoàn.

- Người phụ kéo và giữ bơm 20 mL để tạo áp lực âm hút ống sinh tinh.
- Khi ống sinh tinh được hút ra ngoài bề mặt da, dùng 2 kẹp vi phẫu kéo nhẹ nhàng phần còn lại của ống sinh tinh.
- Đặt ống sinh tinh vào đĩa đựng bệnh phẩm gửi phòng lab tìm tinh trùng.
- Lặp lại quy trình cho tới khi phòng lab báo đủ tinh trùng. Dừng khi đã lấy hết các ống sinh tinh tiềm năng.
- Sát trùng lại vùng bìu, dương vật, kiểm tra xem có chảy máu, tụ máu không.
- Đặt gạc tại vị trí chọc hút và băng ép.
- Kết thúc thủ thuật.

6.3.3. Bước 3: Sau thủ thuật

- Tư vấn kết quả.
- Theo dõi người bệnh đến khi ổn định
- Hướng dẫn chăm sóc sau thủ thuật.
- Kê đơn thuốc về.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật:

- Chảy máu.
- Tổn thương mô tinh hoàn.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện phẫu thuật:

- Chảy máu, tụ máu: xử trí tùy mức độ. Có thể tự cầm hoặc phải phẫu thuật để cầm máu trong trường hợp nặng.
- Xoắn tinh hoàn.

Xử trí: Tháo xoắn tinh hoàn.

- Nhiễm trùng: Kháng sinh, sát khuẩn tại chỗ với dung dịch Povidone iodine 10%, thay băng thường xuyên, giữ vết thương khô sạch.
- Đau sau thủ thuật: Có thể kê thuốc giảm đau cho người bệnh.

7.3. Biến chứng muộn:

- Giảm chức năng tình dục.
- Đau bìu mạn tính.
- Xơ hoá mào tinh với PESA, tinh hoàn với TESA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. David K. Gardner, Ariel Weissman, Colin M. Howles, Zeev Shoham, Textbook of Assisted Reproductive Techniques: Volume 2 - Clinical Perspectives, Fifth edition. 2018.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van ban phap quy Bo y te nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

219. TRỮ LẠNH TINH TRÙNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Trữ lạnh tinh trùng là kỹ thuật trong đó mẫu tinh trùng (mẫu xuất tinh hoặc mẫu trích xuất từ mào tinh, tinh hoàn) được đông lạnh và lưu trữ ở nhiệt độ cực thấp, thường là nito lỏng -196°C.

Có nhiều phương pháp trữ lạnh tinh trùng với các loại môi trường khác nhau và quy trình hạ nhiệt khác nhau.

2. CHỈ ĐỊNH

- Bảo tồn khả năng sinh sản cho nam giới:

+ Các trường hợp chuẩn bị điều trị ung thư hoặc các bệnh lý khác bằng hóa trị, xạ trị hoặc phẫu thuật có nguy cơ ảnh hưởng đến chức năng sinh sản.

+ Các trường hợp chuẩn bị thực hiện thắt ống dẫn tinh hoặc các can thiệp có nguy cơ gây mất khả năng sinh sản.

- Các trường hợp tổn thương tủy sống không tự xuất tinh được có thể lấy tinh trùng bằng kích thích điện.

- Trữ lạnh tinh trùng dự phòng trong trường hợp chuẩn bị làm kỹ thuật hỗ trợ sinh sản nhưng người chồng không có mặt tại thời điểm lấy noãn hoặc khó xuất tinh.

- Các trường hợp mẫu tinh trùng thu nhận từ mào tinh hoặc tinh hoàn (PESA, MESA, TESA, TESE…)

- Các trường hợp hiến tinh trùng sẽ được trữ lạnh trong ngân hàng tinh trùng để cung cấp cho những trường hợp có nhu cầu xin tinh trùng theo quy định hiện hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

Bác sĩ có văn bằng về mô - phôi hoặc bác sĩ, cử nhân sinh học, cử nhân công nghệ sinh học có chứng nhận đào tạo về kỹ năng thực hành thụ tinh trong ống nghiệm: 02 người

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Tủ ấm thường không có khí CO_2, 37°
- Tủ bảo quản hoá chất
- Kính hiển vi quang học
- Buồng đếm tinh trùng chuyên dụng
- Thiết bị đếm bấm tay
- Máy ly tâm

- Bình lưu trữ tinh trùng và các giá đỡ.
- Thùng/bể chứa nitơ lỏng
- Dụng cụ trợ hút môi trường
- Gác pippette
- Đồng hồ bấm giờ
- Pipette Pasteur
- Pipette các thể tích
- Đầu tip tiệt khuẩn
- Đầu côn vàng không tiệt khuẩn
- Dụng cụ trữ lạnh tinh trùng
- Ống nghiệm ly tâm
- Lọ đựng mẫu tinh dịch
- Lam kính
- Lamen
- Nitơ lỏng
- Môi trường đông tinh trùng
- Môi trường chuẩn bị tinh trùng
- Môi trường lọc tinh trùng
- Thuốc nhuộm chuyên dụng đánh giá chất lượng tinh trùng (nếu cần)
- Cồn 70°
- Găng tay không bột vô khuẩn
- Khăn lau vô khuẩn
- Mũ, khẩu trang y tế, quần áo thủ thuật
- Dung dịch khử khuẩn, nấm trong phòng IVF, gạc vô khuẩn

5.4. Người bệnh

- Nhân viên y tế giải thích cho người bệnh và người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra, tiên lượng, quy định lưu trữ và sử dụng mẫu tinh trùng trữ lạnh của cơ sở và pháp luật hiện hành.

Lưu ý: Tinh trùng sau rã đông có nguy cơ giảm sức sống, giảm chất lượng và tiềm năng thụ tinh so với trước khi trữ lạnh. Do đó, cần tư vấn đầy đủ cho người bệnh về các nguy cơ có thể gặp trong quá trình trữ lạnh và rã đông tinh trùng.

- Người bệnh được hướng dẫn lấy mẫu tinh dịch:

+ Nên kiêng xuất tinh 2-7 ngày trước khi lấy mẫu;

+ Rửa tay và bộ phận sinh dục trước khi lấy mẫu;

+ Lấy mẫu tinh dịch bằng phương pháp thủ dâm tại khu vực lấy mẫu của cơ sở y tế.

+ Thu thập toàn bộ lượng tinh dịch vào lọ đựng chuyên dụng có ghi/dán đầy đủ thông tin định danh.

- Trường hợp không thể lấy mẫu tinh dịch bằng phương pháp xuất tinh thông thường:

+ Có thể áp dụng các phương pháp hỗ trợ lấy tinh trùng, bao gồm kích thích điện hoặc trích xuất lấy tinh trùng từ mào tinh, tinh hoàn.

+ Việc lựa chọn phương pháp lấy mẫu thay thế phải theo chỉ định chuyên môn, được tư vấn đầy đủ và thực hiện theo các quy trình kỹ thuật đã được phê duyệt tại cơ sở.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án hỗ trợ sinh sản, các thủ tục hành chính hoàn thiện theo quy định của pháp luật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 1 - 1,5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Lab thụ tinh trong ống nghiệm/Phòng xét nghiệm nam học.
- Phòng lưu trữ mẫu đông lạnh

5.8. Kiểm tra hồ sơ

- Định danh người bệnh và mẫu tinh trùng bằng tối thiểu 3 thông tin

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Đánh giá chất lượng tinh trùng trước trữ lạnh

- Mẫu tinh trùng được đánh giá chất lượng ban đầu theo theo hệ thống tiêu chuẩn đang áp dụng tại cơ sở, phù hợp hướng dẫn chuyên môn hiện hành

- Ghi nhận vào hồ sơ các thông số đánh giá (thể tích, mật độ, khả năng di động, hình thái…)

6.2. Bước 2: Xử lý mẫu tinh trùng trước trữ lạnh (nếu cần)

- Xử lý tinh trùng trước trữ lạnh có thể được thực hiện theo chỉ định chuyên môn (ví dụ: mẫu tinh dịch có nhiều tế bào chết, nhiều mảnh vụn hoặc độ nhớt cao, mẫu tinh trùng trích xuất từ mào tinh, tinh hoàn, các trường hợp có nguy cơ nhiễm khuẩn hoặc nhiễm chéo…)

6.3. Bước 3: Chuẩn bị và cân bằng mẫu tinh trùng vời môi trường bảo quản lạnh

- Mẫu tinh trùng được trộn với môi trường bảo quản lạnh chuyên dụng theo hướng dẫn của nhà sản xuất.

- Mẫu sau trộn được cân bằng trong thời gian và điều kiện phù hợp theo hướng dẫn của nhà sản xuất.

6.4. Bước 4: Đóng gói và định danh mẫu

- Mẫu tinh trùng đã được trộn với môi trường bảo quản lạnh được chia vào các dụng cụ lưu trữ chuyên dụng (ống/tube/cọng trữ…), với thể tích phù hợp theo quy trình của cơ sở.

- Dụng cụ lưu trữ phải được ghi nhãn đầy đủ ít nhất 3 thông tin định danh.

- Thực hiện kiểm tra chéo các thông tin định danh mẫu tinh trùng trước khi tiến hành hạ nhiệt độ.

6.5. Bước 5: Hạ nhiệt độ và đông lạnh mẫu

- Mẫu tinh trùng được hạ nhiệt độ theo quy trình đông lạnh đang áp dụng tại cơ sở, có thể thực hiện bằng:

+ Thiết bị đông lạnh có chương trình kiểm soát tốc độ hạ nhiệt, hoặc

+ Phương pháp hạ nhiệt thủ công.

- Tốc độ và các bước hạ nhiệt được thực hiện theo hướng dẫn của nhà sản xuất môi trường bảo quản và quy trình chuyên môn của cơ sở**.**

Lưu ý:

- Duy trì ổn định điều kiện thao tác
- Tuân thủ các quy định an toàn khi thao tác với nitơ lỏng
- Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn và phòng ngừa lây nhiễm chéo.

6.6. Bước 6: Lưu trữ trong nitơ lỏng

Sau khi hoàn tất quá trình đông lạnh, mẫu tinh trùng được gắn vào hệ thống lưu trữ phù hợp (cọng nhôm, khay chứa mẫu, cassette..) và lưu trữ trong bình chứa nitơ lỏng.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Hoàn thiện hồ sơ: chất lượng tinh trùng trước bảo quản, số lượng mẫu bảo quản và vị trí lưu mẫu**.**
- Thông báo và tư vấn kết quả trữ lạnh tinh trùng cho người bệnh theo quy định của cơ sở.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen. 6th ed. Geneva: World Health Organization; 2021.

2. Montag MHM, Morbeck DE, eds. Principles of IVF Laboratory Practice: Optimizing Performance and Outcomes. Cambridge: Cambridge University Press; 2017.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hanh hoa Benh vien Phu san Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

220. RÃ ĐÔNG TINH TRÙNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Rã đông tinh trùng là kỹ thuật phục hồi mẫu tinh trùng đã được trữ lạnh trở về điều kiện sinh lý, nhằm sử dụng trong các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.

Tốc độ rã đông phụ thuộc vào tốc độ làm lạnh trong quá trình đông lạnh tinh trùng trước đó.

2. CHỈ ĐỊNH

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có

4. THẬN TRỌNG

- Duy trì ổn định điều kiện thao tác
- Tuân thủ các quy định an toàn khi thao tác với nitơ lỏng
- Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn và phòng ngừa lây nhiễm chéo.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

Bác sĩ có văn bằng về mô - phôi hoặc bác sĩ, cử nhân sinh học, cử nhân công nghệ sinh học có chứng nhận đào tạo về kỹ năng thực hành thụ tinh trong ống nghiệm: 02 người

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Tủ ấm thường không có khí CO_2
- Tủ bảo quản hoá chất
- Kính hiển vi quang học
- Buồng đếm tinh trùng chuyên dụng
- Thiết bị đếm bấm tay
- Máy ly tâm
- Bình lưu trữ tinh trùng
- Thùng/bể chứa nitơ lỏng
- Micropipette thể tích thay đổi
- Dụng cụ trợ hút môi trường
- Gác pippette
- Pipette Pasteur
- Pipette các thể tích
- Đầu tip vô khuẩn

- Đầu tip không vô khuẩn
- Ống nghiệm ly tâm
- Lam kính
- Lamen
- Nitơ lỏng
- Môi trường chuẩn bị tinh trùng
- Thuốc nhuộm chuyên dụng đánh giá chất lượng tinh trùng (nếu cần)
- Cồn 70 độ
- Găng tay không bột vô khuẩn
- Khăn lau tay/Giấy lau tay
- Mũ, khẩu trang y tế, quần áo thủ thuật
- Dung dịch khử khuẩn, nấm trong phòng IVF, gạc vô khuẩn

5.4. Người bệnh

Nhân viên y tế giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng, quy định lưu trữ và sử dụng mẫu tinh trùng trữ lạnh theo quy định hiện hành.

Lưu ý: Tinh trùng sau rã đông có nguy cơ giảm sức sống, giảm chất lượng và tiềm năng thụ tinh so với trước khi trữ lạnh. Do đó, cần tư vấn đầy đủ cho người bệnh về các nguy cơ có thể gặp trong quá trình trữ lạnh và rã đông tinh trùng.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án hỗ trợ sinh sản, các thủ tục hành chính hoàn thiện theo quy định của pháp luật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 0,5 - 1 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng lab tại đơn vị chuyên môn về thụ tinh trong ống nghiệm/Phòng xét nghiệm nam học.
- Phòng lưu trữ mẫu đông lạnh

5.8. Kiểm tra hồ sơ

- Định danh mẫu tinh trùng bằng tối thiểu 3 thông tin.

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Lấy mẫu tinh trùng trữ lạnh sau khi đã được định danh

- Lấy mẫu tinh trùng cần rã từ bình lưu trữ vào thùng/bể chứa nitơ lỏng
- Kiểm tra lại thông tin định danh ghi trên trên dụng cụ chứa mẫu tinh trùng trữ lạnh trước khi tiến hành rã đông.

6.3. Bước 2: Tiến hành rã đông tinh trùng

- Thực hiện rã đông mẫu tinh trùng theo quy trình chuyên môn đang áp dụng tại cơ sở và phù hợp với phương pháp đông lạnh đã sử dụng, theo hướng dẫn của nhà sản xuất môi trường bảo quản.

6.3. Bước 3: Đánh giá chất lượng tinh trùng sau rã theo hệ thống tiêu chuẩn đang áp dụng tại cơ sở, ghi nhận kết quả vào hồ sơ/phiếu theo dõi/rã mẫu tinh trùng đông lạnh.

6.4. Bước 4: Lọc - rửa mẫu tinh trùng sau rã đông (nếu cần, theo Quy trình lọc rửa tinh trùng) để chuẩn bị cho các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản (bơm tinh trùng vào buồng tử cung hoặc thụ tinh trong ống nghiệm).

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Hoàn thiện hồ sơ: số mẫu (ống/tube) tinh trùng rã đông, chất lượng tinh trùng sau rã đông, nhân sự thực hiện kỹ thuật.

- Thông báo và tư vấn kết quả cho người bệnh

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen. 6th ed. Geneva: World Health Organization; 2021.

2. Montag MHM, Morbeck DE, eds. Principles of IVF Laboratory Practice: Optimizing Performance and Outcomes. Cambridge: Cambridge University Press; 2017.

3. Aizpurua J, Medrano L, Enciso M, Sarasa J, Romero A, Fernández MA, et al. New permeable cryoprotectant-free vitrification method for native human sperm. *Hum Reprod.* 2017;32(10):2007-2015.

221. TIÊM TINH TRÙNG VÀO BÀO TƯƠNG NOÃN

1. ĐẠI CƯƠNG

Tiêm tinh trùng vào bào tương của noãn - ICSI - là kỹ thuật vi thao tác bằng cách lựa chọn 1 tinh trùng tiêm vào bào tương noãn dưới kính hiển vi đảo ngược để đảm bảo quá trình thụ tinh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp nam giới có bất thường tinh trùng mức độ nhẹ đến nặng.
- Người bệnh có đáp ứng buồng trứng kém, suy buồng trứng, trứng chất lượng kém
- Tinh trùng từ thủ thuật, phẫu thuật
- Các trường hợp thụ tinh kém, thất bại thụ tinh với IVF cổ điển.
- Chỉ định theo yêu cầu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ đinh

4. THẬN TRỌNG

Kỹ thuật cần nhẹ nhàng, cẩn thận tránh tổn thương noãn và tinh trùng. Đảm bảo đối chiếu và kiểm tra cẩn thận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

Bác sĩ có văn bằng về mô - phôi hoặc bác sĩ, cử nhân sinh học, cử nhân công nghệ sinh học có chứng nhận đào tạo về kỹ năng thực hành thụ tinh trong ống nghiệm: 03 người

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Buồng thao tác
- Tủ thao tác
- Tủ nuôi cấy CO_2 hoặc tủ nuôi cấy 3 khí
- Tủ ấm
- Kính hiển vi soi nổi
- Kính hiển vi đảo ngược kèm bản làm ấm
- Hệ thống điều khiển vi thao tác
- Bàn chống rung
- Hệ thống lọc khí vô khuẩn
- Hệ thống lọc VOC
- Máy đo O_2, CO_2
- Máy đo pH tủ cấy và giọt môi trường
- Máy đo VOC

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

- Micropipettes các cỡ (1-20 µl/2-200 µl)
- Pipette tự động (Súng hút môi trường)
- Đĩa nhiệt
- Kim tiêm ICSI
- Kim giữ noãn
- Đĩa nuôi cấy
- Đĩa petri
- Đầu típ tiệt trùng 0.1-20 µl
- Đầu típ tiệt trùng 2-200 µl
- Pipette 5ml
- Pipette tách noãn
- Kim tách noãn
- Môi trường nuôi cấy
- Dầu phủ.
- Môi trường ICSI
- Khăn lau tay hoặc giấy lau tay
- Găng tay không bột vô khuẩn
- Mũ, khẩu trang y tế, quần áo thủ thuật
- Dung dịch khử khuẩn, nấm trong phòng IVF, gạc vô khuẩn

5.4. Người bệnh

Người bệnh được giải thích, thông báo về kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương noãn trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng…

5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án hỗ trợ sinh sản, các thủ tục hành chính hoàn thiện theo quy định của pháp luật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 0.5 - 3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng lab của đơn vị chuyên môn về hỗ trợ sinh sản

5.8. Kiểm tra hồ sơ

Định danh mẫu noãn và tinh trùng bằng ít nhất 3 thông tin, có kiểm tra chéo tại các bước quan trọng.

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1. Chuẩn bị môi trường

- Chuẩn bị đĩa Test kim, nhỏ môi trường thao tác phủ dầu (0.9 ml, 1ml dầu).
- Chuẩn bị đĩa ICSI, nhỏ môi trường thao tác, môi trường ICSI có phủ dầu.
- Chuẩn bị đĩa nuôi cấy sau ICSI bằng môi trường nuôi cấy liên tục có phủ dầu.

Phủ dầu môi trường thao tác, cân bằng môi trường theo hướng dẫn của nhà sản xuất.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien ... nhi Viet Nam_18/03/2026 15:28:08

6.2. Bước 2: Chuyển noãn và tinh trùng vào đĩa ICSI

- Khối phức hợp noãn - tế bào hạt sau khi chọc hút được thực hiện tách noãn
- Chuyển đĩa tách noãn và đĩa ICSI từ tủ nuôi cấy ra tủ thao tác.
- Chuyển noãn từ đĩa tách noãn sang các giọt môi trường trên đĩa ICSI (Kiểm tra khớp thông tin từ đĩa tách noãn và đĩa ICSI).
- Hút tinh trùng từ ống sau lọc rửa chuyển vào dải PVP trên đĩa ICSI (Kiểm tra khớp thông tinh người bệnh từ ống sau khi chuẩn bị tinh trùng và đĩa ICSI).
- Định danh để đảm bảo khớp thông tin trên đĩa tách noãn, đĩa ICSI, ống tinh trùng.

6.3. Bước 3: Tiến hành thực hiện ICSI

- Dùng đĩa test để cân bằng kim giữ và cân bằng áp lực kim ICSI. Chỉnh kính và bộ phận vi thao tác.
- Cân bằng áp lực kim ICSI.
- Nếu noãn và tinh trùng được load vào hai đĩa riêng biệt phải thực hiện kiểm tra chéo giữa hai đĩa ICSI.
- Lựa chọn tinh trùng có hình thái bình thường
- Làm bất động tinh trùng: tác động vào 1/3 trên của đuôi tinh trùng.
- Hút tinh trùng vào để tinh trùng nằm ở gần đầu kim tiêm.
- Tiêm 1 tinh trùng vào bào tương noãn.
- Thả noãn khỏi kim giữ noãn. Tiến hành kỹ thuật tương tự cho các noãn còn lại
- Không tiêm noãn GV, noãn khổng lồ, noãn tự phân chia tế bào

6.4. Bước 4: Chuyển đĩa sau ICSI

- Rửa toàn bộ noãn sau ICSI trong môi trường nuôi cấy ở giếng giữa, chuyển vào đĩa cấy đã ủ ấm, để vào tủ cấy CO_2. Noãn chưa trưởng thành hoặc noãn bất thường có thể để riêng (nếu có).
- Định danh theo quy định khi chuyển đĩa. Dán nhãn tủ vị trí để đĩa.

6.5. Bước 5. Kết thúc thủ thuật

- Hoàn thiện và lưu trữ hồ sơ.
- Tư vấn cho người bệnh trong trường hợp cần thiết.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN: Không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Dyer S, et al. The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. Hum Reprod 2017; 32:1786.

2. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Electronic address: asrm@asrm.org. Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. Fertil Steril 2020; 113:533.

3. Fauser BC. Towards the global coverage of a unified registry of IVF outcomes. Reprod Biomed Online 2019; 38:133.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Tiep nhan Van ban_08/05/2025 15:28:08

222. SINH THIẾT PHÔI SÀNG LỌC, CHẨN ĐOÁN TIỀN LÀM TỔ

1. ĐẠI CƯƠNG

Sinh thiết phôi là một kỹ thuật vi thao tác trong hỗ trợ sinh sản với mục đích lấy một số phôi bào của phôi nang để xét nghiệm di truyền tiền làm tổ nhằm mục đích lựa chọn được các phôi có kết quả xét nghiệm di truyền bình thường để chuyển phôi.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thất bại làm tổ liên tiếp.
- Mẹ lớn tuổi (≥ 35 tuổi).
- Phôi có nguy cơ mang gen bệnh di truyền.
- Sẩy thai, lưu thai nhiều lần.
- Tinh trùng ít, yếu, dị dạng.
- Noãn thụ tinh bất thường.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

Bác sĩ có văn bằng về mô - phôi hoặc bác sĩ, cử nhân sinh học, cử nhân công nghệ sinh học có chứng nhận đào tạo về kỹ năng thực hành thụ tinh trong ống nghiệm: 04 người

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Kính hiển vi đảo ngược có trang bị hệ thống laser và bàn làm ấm.
- Tủ thao tác
- Buồng thao tác
- Kính hiển vi soi nổi
- Hệ thống lọc khí vô khuẩn
- Hệ thống lọc VOC
- Máy đo O_2, CO_2
- Máy đo pH tủ cấy và giọt môi trường
- Máy đo VOC
- Đĩa petri
- Đầu côn 10-100µl / pipette hút đường kính nhỏ
- Pippet 1/5/10ml
- Kim giữ phôi sinh thiết 120 µm

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phap che Benh vien tu than Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

- Kim sinh thiết phôi 20-30µm
- Đĩa sau sinh thiết
- Súng hút môi trường
- Pippet hút
- Tripper 125 µm
- Ống đựng mẫu phôi bào sau sinh thiết
- Môi trường thao tác
- Môi trường rửa phôi, mẫu sinh thiết
- Dầu phủ
- Khăn lau tay/Giấy lau tay
- Găng tay không bột vô khuẩn
- Mũ, khẩu trang y tế, quần áo thủ thuật
- Dung dịch khử khuẩn, nấm trong phòng IVF, gạc vô khuẩn

5.4. Người bệnh

Người bệnh được tư vấn chất lượng phôi, các nguy cơ xảy ra khi sinh thiết và sàng lọc và quyết định số phôi sinh thiết, loại xét nghiệm di truyền cần thực hiện.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án hỗ trợ sinh sản, các thủ tục hành chính hoàn thiện theo quy định của pháp luật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 0,5 giờ cho mỗi phôi.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng lab của đơn vị chuyên môn về hỗ trợ sinh sản

5.8. Kiểm tra hồ sơ

Định danh phôi bằng ít nhất 3 thông tin, có kiểm tra chéo tại các bước quan trọng.

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

6.1. Chuẩn bị trước khi sinh thiết phôi:

- Kiểm tra chỉ định: xem mục đích sinh thiết phôi của người bệnh
- Chuẩn bị môi trường đĩa test, đĩa sinh thiết, đĩa sau sinh thiết: Các đĩa được phủ dầu và để ổn định trong tủ nuôi cấy trước khi thực hiện sinh thiết
- Chọn phôi sinh thiết: Phôi nang đủ điều kiện sinh thiết

6.2. Sinh thiết phôi:

- Kiểm tra lại thông tin định danh các đĩa, các ống đựng
- Chuẩn bị sinh thiết, chỉnh kính và bộ phận vi thao tác, cân bằng kim, điều chỉnh áp lực của kim holding và kim sinh thiết bằng PVP.
- Đánh giá và ghi lại chất lượng từng phôi trước khi sinh thiết.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phep hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_ 06/05/2025 15:28:08

- Dùng kim holding hút nhẹ và giữ phôi ở vị trí thích hợp (thường đối diện lỗ thủng tạo ra do bắn laser (nếu có).

- Đưa kim sinh thiết áp vào phần phôi bào thoát màng (hatching) hoặc đưa qua lỗ thủng trên màng trong suốt, sau đó hút tế bào lá nuôi vào kim sinh thiết, cắt hoặc dùng tia laser bắn để cắt đứt các liên kết.

- Nhả các phôi bào vừa sinh thiết được vào môi trường.

- Nhả kim giữ phôi (holding) để giải phóng phôi.

Lưu ý: Tránh kéo hút mạnh dễ làm tổn thương phôi bào, không bắn laser vào phôi bào.

- Sau sinh thiết:

+ Đánh giá chất lượng phôi sau sinh thiết

+ Nhặt và rửa các phôi đã sinh thiết xong ở đĩa sinh thiết theo đúng thứ tự vào đĩa sau sinh thiết. Kiểm tra chéo đúng số thứ tự phôi khi chuyển đĩa.

+ Lặp lại khi làm tiếp các phôi khác.

+ Các phôi bào được lấy ra để ở đĩa sinh thiết ở nhiệt độ phòng

+ Rửa mẫu sinh thiết

+ Bảo quản mẫu sinh thiết trong tủ lạnh

+ Đông phôi đã sinh thiết theo qui trình trong trường hợp không có kết quả di truyền sớm.

+ Hoàn thiện hồ sơ.

Lưu ý: Thận trọng tránh làm mất phôi bào trong quá trình rửa mẫu sinh thiết.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sills ES, Palermo GD, editors. Human embryos and preimplantation genetic technologies: ethical, social, and public policy aspects. 1st ed. London: Academic Press; 2019.

2. World Health Organization. Guideline for the prevention, diagnosis and treatment of infertility. Geneva: World Health Organization; 2025.

3. Giovani Cotictio, Aisling Ahlitrom, et al. “The Istanbul consensus update: a revised ESHRE/ALPHA consensus on oocyte and embryo static and dynamic morphological assessment”. *Human Reproduction,* Volume 40, Issue 6, June 2025, Pages 989-1035

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

223. GIẢM THIỂU PHÔI HOẶC THAI

1. ĐẠI CƯƠNG

Giảm thiểu phôi/thai là thủ thuật can thiệp có chọn lọc nhằm loại bỏ một hoặc nhiều phôi/thai trong trường hợp đa thai (trong 3 tháng đầu) để tăng cơ hội sống sót cho thai còn lại và giảm rủi ro cho mẹ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Đa thai có chỉ định giảm thiểu
- Trong quy trình giảm thiểu phôi, tuổi thai tối đa cho phép thực hiện là 12 tuần.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu nặng không kiểm soát được.
- Nhiễm khuẩn âm đạo, tử cung cấp tính.
- Dọa sảy thai, chảy máu âm đạo.
- Vị trí thai bất lợi cho can thiệp.
- Bệnh lý nội khoa nặng không ổn định.

4. THẬN TRỌNG

Chỉ thực hiện thủ thuật khi có sự đồng ý bằng văn bản của người bệnh và gia đình sau khi được tư vấn về lợi ích và rủi ro của thủ thuật

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 01.
- Hộ sinh hoặc điều dưỡng: 02.

5.2. Thuốc

- Thuốc dùng để ngừng hoạt động của tim thai (KCl, Lidocain,…)
- Kháng sinh (nếu cần thiết)
- Dịch truyền.

5.3. Thiết bị y tế

- Bàn thủ thuật, đèn thủ thuật
- Máy siêu âm
- Giá đỡ kim tương thích với đầu dò
- Bộ kim chọc hút chuyên dụng
- Săng vô khuẩn.
- Lọ chứa mẫu.
- Bơm tiêm
- Găng tay không bột vô khuẩn

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hinh hoa Benh vien tu nhan Viet Nam_08/03/2024 15:28:08

- Mũ, khẩu trang y tế, quần áo thủ thuật
- Dung dịch khử khuẩn, nấm trong phòng IVF, gạc vô khuẩn

5.4. Người bệnh

- Nhân viên y tế giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật:

+ Người bệnh nhịn ăn, uống ít nhất 6 giờ

+ Đi tiểu hết trước khi thực hiện thủ thuật.

+ Chuẩn bị mũ, bao chân, váy vô khuẩn cho người bệnh.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án điều trị, các thủ tục hành chính theo quy định của pháp luật.

5.6. Thời gian thực hiện: Khoảng 0,3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ

- **Kiểm tra người bệnh:** Định danh người bệnh bằng tối thiểu 3 thông tin

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

Phương pháp vô cảm: tiền mê, gây mê toàn thân

6.1. Bước 1

- Sát khuẩn âm hộ, âm đạo và vùng dự kiến làm thủ thuật

6.2. Bước 2

Dưới hướng dẫn siêu âm xác định:

- Số thai sống trong các túi thai.
- Định vị túi thai, phôi thai sẽ giảm thiểu.

6.3. Bước 3

Dùng kim đâm xuyên qua thành tử cung, tránh bánh rau hướng đến túi thai.

6.4. Bước 4

- Với thai < 8 tuần: Hút mô phôi, thường hạn chế hút dịch ối.

Lưu ý: Trong trường hợp hút dịch ối làm xẹp túi thai, có thể bơm vào túi thai một lượng Lactate Ringer đủ để túi thai căng lại như lúc ban đầu, tránh trường hợp khoang tử cung xẹp đột ngột gây sẩy thai toàn bộ.

- Với thai > 8 tuần: Tiêm thuốc ngừng hoạt động tim thai vào buồng tim dưới hướng dẫn của siêu âm. Theo dõi cho đến khi thấy tim thai ngừng hoạt động,

Lưu ý: có thể lặp lại nếu tim thai chưa ngừng hoạt động, cần hạn chế lượng thuốc sử dụng.

6.5. Bước 5

Kiểm tra ngừng hoạt động tim thai và kiểm tra hoạt động tim thai còn lại.

6.6. Bước 6

Rút kim và kiểm tra chảy máu.

6.8. Bước 7

- Kết thúc quy trình:

+ Ghi hồ sơ, nhập vào phần mềm các thông tin cần thiết

+ Ghi các chỉ định thuốc dùng trong thời gian hậu phẫu: Kháng sinh, nội tiết

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

+ Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, đau bụng, ra máu âm đạo trong 1-2 giờ.

+ Siêu âm kiểm tra tim thai còn lại sau 24 - 72 giờ.

+ Tái khám ngay nếu đau bụng, sốt, ra máu nhiều.

7.2. Xử trí tai biến

7.2.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu do chọc vào mạch máu trong ổ bụng

- Tổn thương ruột, bàng quang

7.2.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu thành âm đạo, ổ bụng: Cầm máu thành âm đạo trong trường hợp chảy máu tại chỗ. Phẫu thuật cầm máu tùy theo tổn thương, hoặc xử trí các tổn thương tạng trong tiểu khung.

- Chảy máu bàng quang: Đặt thông bàng quang rửa liên tục nếu chảy máu bàng quang

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm khuẩn, áp xe phần phụ, viêm phúc mạc

- Thai lưu hoặc sảy các thai còn lại

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

224. LỌC RỬA TINH TRÙNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Lọc rửa tinh trùng để loại bỏ tinh trùng chết, yếu, các tế bào không thuộc dòng tinh và cặn bẩn, thu nhận tinh trùng sống có chất lượng tốt từ mẫu tinh dịch hoặc mẫu trích xuất từ mào tinh, tinh hoàn, cô đặc tinh trùng chất lượng tốt trong một thể tích nhỏ phục vụ cho chẩn đoán và điều trị.

2. CHỈ ĐỊNH

Các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản (IUI, IVF, IVF/ICSI).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không áp dụng với người bệnh không có tinh trùng.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

Bác sĩ có văn bằng về mô - phôi hoặc bác sĩ, cử nhân sinh học, cử nhân công nghệ sinh học có chứng nhận đào tạo về kỹ năng thực hành thụ tinh trong ống nghiệm: 02 người

5.2. Thuốc: Không

5.3. Thiết bị y tế

- Tủ an toàn sinh học
- Tủ lạnh bảo quản môi trường (2 - 8^{o}C)
- Tủ ấm 37^{o}C
- Tủ CO_2 (37^{o}C, 6% CO_2)
- Máy ly tâm
- Kính hiển vi quang học
- Buồng đếm Markler/Buồng đếm Neubauer cải tiến
- Cân điện tử 1số lẻ (đơn vị gram)
- Giá đỡ ống nghiệm
- Khay inox đựng mẫu
- Pump gắn Pipette Pasteur 150mm vô khuẩn
- Micropipette dung tích 10 - 100µl
- Lọ đựng mẫu tinh trùng
- Lam kính mờ
- Lamen
- Ống nghiệm vô khuẩn
- Pipette Pasteur 150mm vô khuẩn
- Đầu tip (10 - 200 µl) vô khuẩn

- Gạc vô khuẩn
- Cồn 70^0
- Dung dịch khử khuẩn, nấm trong phòng IVF, gạc vô khuẩn
- Môi trường nuôi cấy
- Găng tay không bột vô khuẩn
- Mũ, khẩu trang y tế, quần áo thủ thuật

5.4. Người bệnh

Người bệnh được tư vấn nếu mẫu tinh trùng có bất thường nặng

5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án điều trị, các thủ tục hành chính được hoàn thiện theo quy định của pháp luật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 1 - 1.5 giờ tùy theo chất lượng mẫu

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

Phòng lab của đơn vị chuyên môn về hỗ trợ sinh sản

5.8. Kiểm tra hồ sơ

Định danh mẫu tinh trùng bằng ít nhất 3 thông tin, có kiểm tra chéo tại các bước quan trọng.

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1

- Vệ sinh bề mặt tủ thao tác vô khuẩn trước khi tiến hành chuẩn bị tinh trùng.
- Trước khi sử dụng, lấy môi trường thang nồng độ từ tủ lạnh ra tủ thao tác vô khuẩn để ổn định ở nhiệt độ phòng trước khi sử dụng. Môi trường rửa được cân bằng đủ thời gian trước khi sử dụng
- Các ống nghiệm ghi ít nhất 3 thông tin định danh.
- Kiểm tra đối chiếu tên tránh nhầm lẫn mỗi lần chuyển pipettevà ống nghiệm.

6.2. Bước 2

- Đối chiếu thông tin định danh người bệnh trên lọ đựng mẫu tinh trùng với thông tin trên hồ sơ bệnh án.
- Đựng các mẫu tinh dịch lấy được vào khay inox để tủ ấm.
- Để mẫu tinh dịch ly giải hoàn toàn (15-30 phút trong tủ ấm), ghi nhận thể tích tinh dịch.
- Nhỏ 10 µl tinh dịch vào buồng đếm Marker/Neubauer cải tiến hoặc 15 µl tinh dịch lên lam kính mờ, quan sát dưới kính hiển vi quang học độ phóng đại x10 và x40 và đánh giá các chỉ số: Mật độ tinh trùng, độ di động, hình thái đại thể. Những mẫu có độ nhớt cao có thể xử lý bằng phương pháp cơ học trước khi tiến hành đánh giá.
- Dựa vào kết quả đánh giá để quyết định phương pháp lọc rửa tinh trùng.

6.3. Bước 3

Lựa chọn phương pháp lọc rửa tinh trùng.

+ Bơi lên (Swim up)

+ Thang nồng độ (Gradient).

hhbvtnvn.thanhhoa_Van ban tiep hoi benh vien mien viet nam_08/02/2026 15:28:08

a) Phương pháp bơi lên

- Nguyên tắc**:** Chỉ những tinh trùng tốt sẽ tự bơi lên trên, thoát khỏi lớp tinh dịch phía dưới.

- Cách tiến hành**:**

+ Cho 0,5-1,5ml môi trường nuôi cấy vào ống nghiệm (thường là tube 14ml đáy tròn).

+ Cho từ từ khoảng 0,5-1ml tinh dịch đã ly giải xuống đáy lớp môi trường, tránh xáo trộn với lớp môi trường bên trên.

+ Đặt ống nghiệm nghiêng 45° trong cốc inox trong tủ ấm hoặc tủ cấy 30-60 phút.

+ Lấy nhẹ nhàng ống nghiệm ra, để thẳng đứng và hút 0,3-1ml lớp trên cùng của lớp môi trường.

+ Cho hết thể tích môi trường có tinh trùng vừa hút vào ống nghiệm 15ml đáy nhọn có chứa 2ml môi trường rửa, đem ly tâm với vận tốc 1500 vòng/phút x 5 phút (hoặc 1200 vòng/phút x 10 phút). Tùy loại máy ly tâm của từng phòng lab mà điều chỉnh số vòng quay cho phù hợp với chất lượng di động của tinh trùng.

+ Hút bỏ lớp môi trường phía trên, chừa lại khoảng 0,4 ml cặn dưới cùng và cho vào ống nghiệm 5ml (tube 5ml đáy tròn) để tiến hành thủ thuật IUI hay IVF.

+ Trộn đều, đánh giá chất lượng tinh trùng (mật độ và độ di động) sau rửa.

b) Phương pháp "thang nồng độ"

- Nguyên tắc**:** Các thang nồng độ khác nhau có chức năng lọc, loại bỏ các tinh trùng chết, dị dạng, di động kém và các thành phần trong tinh dịch. Thông thường qua 2 lớp lọc.

- Cách tiến hành:

+ Chuẩn bị môi trường lọc ở các nồng độ 80/90% và 40/45% để tiến hành giai đoạn lọc.

+ Sử dụng ống nghiệm 15 ml đáy nhọn, cho lần lượt các lớp môi trường lọc 80/90% xuống đáy ống nghiệm, nhỏ từ từ môi trường lọc 40/45% lên trên, mỗi lớp 1ml - 1,5ml sao cho tỷ lệ thể tích giữa 2 lớp môi trường là 1:1 và giữa 2 lớp môi trường có đĩa phân cắt rõ.

+ Cho 1-1,5ml tinh dịch đã ly giải lên trên hai lớp môi trường thang nồng độ, tránh xáo trộn giữa các lớp, sau đó quay ly tâm 1200 vòng/phút x 15phút. Có thể làm nhiều ống có các lớp lọc thể tích ít hơn, tốc độ ly tâm thay đổi hoặc giảm lớp lọc hay tạo thêm lớp lọc 70% đối với những mẫu kém, tinh trùng chết nhiều.

+ Hút bỏ lớp trên cùng để lại 0,5ml cặn.

+ Cho hết 0,5ml cặn có tinh trùng vừa hút vào ống nghiệm 15 ml đáy nhọn có chứa 4ml môi trường rửa, đem ly tâm với vận tốc 1500 vòng/phút x 5 phút (hoặc 1200 vòng/phút x 10 phút). Tùy loại máy ly tâm của từng phòng Lab mà điều chỉnh số vòng quay cho phù hợp với chất lượng di động của tinh trùng (nhằm loại bỏ môi trường thang nồng độ).

+ Hút bỏ lớp môi trường phía trên, chừa lại khoảng 0,4ml cặn dưới cùng và cho vào ống nghiệm 5 ml (tube 5ml đáy tròn) để tiến hành thủ thuật IUI hay IVF.

+ Trộn đều, đánh giá chất lượng tinh trùng (mật độ và độ di động) sau lọc rửa.

6.4. Bước 4

- Hoàn thiện hồ sơ

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nếu không có tinh trùng hoặc tinh trùng chết toàn bộ, tư vấn người bệnh đông noãn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen. Fifth edition, World Health Organization 2010.

2. WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen. Sixth edition, World Health Organization 2021.

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Bệnh viện Phụ sản Việt Nam_08/05/2025 15:28:08

225. BƠM TINH TRÙNG VÀO BUỒNG TỬ CUNG (IUI)

1. ĐẠI CƯƠNG

Bơm tinh trùng vào buồng tử cung (Intra-Uterine Insemination, IUI) là kỹ thuật thụ tinh nhân tạo trong đó tinh trùng đã được lọc rửa và cô đặc được bơm vào buồng tử cung của người phụ nữ quanh thời điểm phóng noãn tăng khả năng tinh trùng gặp noãn và thụ tinh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Áp dụng cho cặp vợ chồng vô sinh vì các nguyên nhân sau:

+ Vô sinh do rối loạn phóng noãn.

+ Vô sinh do lạc nội mạc tử cung mức độ nhẹ.

+ Vô sinh do yếu tố cổ tử cung: kháng thể kháng tinh trùng, do chất nhầy cổ tử cung.

+ Vô sinh do tinh trùng ít, yếu, bất thường mức độ nhẹ hoặc trung bình hoặc rối loạn xuất tinh (xuất tinh ngược dòng), rối loạn cương dương hoặc các trường hợp sử dụng tinh trùng trữ lạnh do nguyên nhân của chồng hoặc do người chồng không có tinh trùng, cần xin mẫu tinh trùng để thực hiện kỹ thuật bơm tinh trùng vào buồng tử cung của người vợ.

+ Vô sinh chưa rõ nguyên nhân

- Áp dụng cho phụ nữ độc thân có nhu cầu sinh con bằng phương pháp này

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối.

- Nhiễm trùng đường sinh dục: Viêm vùng chậu, viêm cổ tử cung nặng, nhiễm trùng âm đạo hoặc dịch tiết bất thường cấp tính hoặc chưa điều trị ổn định.

- Bất thường giải phẫu, tắc cả hai vòi trứng, bất thường buồng tử cung nặng.

- Tình trạng bệnh lý khác: Chảy máu âm đạo bất thường hoặc đang có thai, khối u ác tính đường sinh dục, rối loạn toàn thân nặng (tim mạch, gan, thận) không cho phép mang thai.

3.2. Chống chỉ định tương đối.

- Tinh trùng quá ít hoặc không di động sau lọc rửa.

- Tuổi mẹ cao, dự trữ buồng trứng kém.

- Có dấu hiệu quá kích buồng trứng.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 01

- Điều dưỡng: 01

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Máy siêu âm

- Bàn khám phụ khoa

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

- Đèn thủ thuật
- Xe đựng dụng cụ
- Catheter bơm IUI
- Bơm tiêm loại 01 ml
- Mỏ vịt kích cỡ phù hợp với người bệnh
- Gạc vô khuẩn
- Pince dài vệ sinh âm đạo và âm hộ
- Kìm kẹp cổ tử cung Pozzi
- Săng vô khuẩn
- Tấm trải
- Găng tay không bột vô khuẩn
- Mũ, khẩu trang y tế, quần áo thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật:

+ Nhịn tiểu

+ Chuẩn bị trang phục cho người bệnh

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn thiện hồ sơ.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 0,3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thủ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ

Định danh người bệnh và mẫu tinh trùng bằng tối thiểu 3 thông tin, có kiểm tra chéo tại những bước quan trọng.

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1

- Đặt mỏ vịt, vệ sinh âm hộ, âm đạo và cổ tử cung bằng nước muối sinh lý (NaCl 0,9%).
- Định hướng cho bác sĩ thủ thuật bằng siêu âm đường bụng (nếu cần).

6.2. Bước 2

- Kiểm tra đối chiếu đúng người đúng mẫu tinh trùng thêm một lần và hút mẫu tinh trùng đã lọc rửa vào bơm tiêm đã được gắn catheter.
- Luồn nhẹ catheter khi vừa qua lỗ trong.
- Bơm tinh trùng nhẹ nhàng vào buồng tử cung.
- Rút nhẹ nhàng catheter, kiểm tra độ sạch catheter.

Lưu ý: Tránh làm tổn thương niêm mạc tử cung và cổ tử cung khi đưa catheter.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien ... Viet Nam_08/03/2026 15:28:08

6.3. Bước 3

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật bơm tinh trùng vào buồng tử cung.

- Hoàn thiện hồ sơ.

- Người bệnh nằm nghỉ ngơi tại phòng sau thủ thuật.

- Kê đơn thuốc và hướng dẫn người bệnh xét nghiệm βhCG sau 14 ngày.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Trong khi thực hiện kỹ thuật

- Không đưa được catheter vào trong buồng tử cung: Sử dụng Pozzi kẹp cổ tử cung để kéo thẳng trục tử cung (kẹp mặt ngoài cổ tử cung, không kẹp vào ống cổ tử cung) hoặc sử dụng catheter có thể uốn cong.

- Trường hợp chít hẹp lỗ ngoài cổ tử cung: trước chu kỳ bơm tinh trùng dùng catheter để đánh giá có đưa được catheter qua kênh cổ tử cung, vào buồng tử cung được không.

7.2. Sau khi thực hiện kỹ thuật

Nhiễm khuẩn: tỷ lệ rất thấp.

7.3 Biến chứng muộn

Không.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Khắc Tiến, Lê Thị Hà Xuyên. Kỹ thuật bơm tinh trùng vào buồng tử cung. Thụ tinh nhân tạo. Nhà xuất bản tổng hợp Thành phố Hồ Chí Minh 2022.

226. CHO TINH TRÙNG THỤ TINH VỚI NOÃN BẰNG PHƯƠNG PHÁP CỔ ĐIỂN

hhbvtnvn.thanhhoa_Van Phu Hanh_08/05/2021 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

Cho tinh trùng thụ tinh với noãn bằng phương pháp cổ điển (IVF cổ điển) là kỹ thuật đặc biệt giúp tinh trùng và noãn kết hợp với nhau ở ngoài cơ thể. Tinh trùng sau khi chuẩn bị sẽ được cấy chung với noãn có lớp tế bào hạt bên ngoài trong đĩa môi trường và nuôi trong tủ nuôi cấy. Tinh trùng sẽ tự thụ tinh với noãn để tạo ra phôi. Khi tinh trùng cấy chung với noãn, tinh trùng có thể đi xuyên vào noãn và quá trình thụ tinh xảy ra chỉ trong vài giờ đầu. Trong kỹ thuật này, noãn và tinh trùng gặp nhau, kết hợp với nhau một cách tự nhiên để tạo thành phôi.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp điều trị thụ tinh trong ống nghiệm với người chồng có tinh trùng bình thường, có chỉ định của bác sĩ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp tinh trùng bất thường nặng
- Các trường hợp tinh trùng thu được từ phẫu thuật

4. THẬN TRỌNG

- Thao tác thực hiện cần nhẹ nhàng tránh làm tổn thương tinh trùng và noãn

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

Bác sĩ có văn bằng về mô - phôi hoặc bác sĩ, cử nhân sinh học, cử nhân công nghệ sinh học có chứng nhận đào tạo về kỹ năng thực hành thụ tinh trong ống nghiệm: 03 người

5.2. Thuốc: không có

5.3. Thiết bị y tế

- Tủ nuôi cấy.
- Buồng thao tác
- Tủ thao tác
- Kính hiển vi đảo ngược.
- Dụng cụ nuôi cấy phù hợp.
- Đầu côn 10-200µl
- Pippet 10ml.
- Pippet 1ml.
- Ống nghiệm 5ml.
- Micro pipette (2-10 µl).
- Pipet hút mẫu tự động.
- Môi trường nuôi cấy.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan benh vien nhi Viet Nam_19/03/2026 15:28:08

- Môi trường dầu phủ.
- Găng tay không bột vô khuẩn
- Mũ, khẩu trang y tế, quần áo thủ thuật

5.4. Người bệnh:

- Nhân viên y tế giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án hỗ trợ sinh sản, các thủ tục hành chính theo quy định của pháp luật.

5.6. Thời gian thực hiện kĩ thuật

- Khoảng 0,5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện kĩ thuật

- Phòng lab tại đơn vị chuyên môn về hỗ trợ sinh sản

5.8. Kiểm tra hồ sơ

- Định danh mẫu tinh trùng và mẫu noãn bằng ít nhất 3 thông tin, kiểm tra chéo tại những bước quan trọng

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

6.1. Chuẩn bị:

- Chuẩn bị đĩa cấy:

+ Viết các thông tin trên đĩa đảm bảo định danh

+ Dùng pipet đặt 4 giọt môi trường IVF thể tích 100µl vào 4 giếng và 1.5 ml vào ô giữa của đĩa nuôi cấy. Dùng súng gắn pippet 10ml hút dầu phủ kín 4 giếng bằng dầu.

+ Để đĩa vào tủ 37^0C, CO_2 6%, cân bằng môi trường trong tủ ít nhất 4 giờ trước khi sử dụng đĩa.

- Chuẩn bị tinh trùng cho cấy với noãn: viết thông tin định danh lên ống tròn 5ml. Dùng pipette 1ml hút 0,5ml tinh trùng trên bề mặt nổi của ống swim up sang ống 5ml vừa chuẩn bị. Trộn đều mẫu tinh trùng vừa hút. Người phụ kiểm tra các thông tin trên 2 ống tinh trùng.

6.2. Các bước thực hiện

- Dùng buồng đếm Makler xác định mật độ tinh trùng của mẫu tinh trùng vừa chuẩn bị. Đánh giá đủ tiêu chuẩn làm IVF cổ điển.
- Pha tinh trùng vào đĩa cấy để có mật độ phù hợp.
- Chuẩn bị đĩa cấy tương ứng với số noãn thu được.
- Chuyển noãn vào đĩa cấy đã có tinh trùng và cất vào tủ nuôi cấy
- Người phụ kiểm tra thông tin trên đĩa cấy và đĩa chứa noãn phải trùng khớp nhau trước khi cho noãn vào tinh trùng.

6.3. Nhận định kết quả

Đảm bảo mật độ tinh trùng theo quy trình để có kết quả thụ tinh tốt.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Chuẩn bị các mẫu tinh trùng cấy mật độ thấp hoặc cao dẫn đến không thụ tinh hoặc thụ tinh bất thường.

Xử trí: Trộn đều mẫu tinh trùng khi đánh giá mật độ và khi pha loãng tinh trùng.

hhbvtnvn.thanhhoa_Vanthudiephoa_Benh vien tu than Viet Nam_08/01/2026 15:28:08

227. PHẪU THUẬT NỘI SOI LẤY DỤNG CỤ TỬ CUNG LẠC CHỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Dụng cụ tử cung (DCTC) là một phương pháp tránh thai khá phổ biến ở nước ta.
- Dụng cụ tử cung lạc chỗ là khi dụng cụ tử cung chui qua cơ tử cung vào ổ bụng.
- Các vị trí DCTC lạc chỗ hay gặp trong ổ bụng: mạc nối lớn, DCTC nằm một phần ở tử cung và một phần nằm ở tiểu khung…
- Phẫu thuật nội soi lấy DCTC trong ổ bụng là phẫu thuật nhằm lấy DCTC lạc chỗ trong ổ bụng ra khỏi ổ bụng bằng nội soi.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chẩn đoán DCTC nằm trong ổ bụng, ngoài buồng tử cung.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có chống chỉ định của phẫu thuật nội soi.

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, mở 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…
- 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 sảy 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 người bệnh (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 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Chọc Trocar và bơm CO_2

- Có thể chọc Trocar đèn soi trực tiếp ở ngay mép rốn sau đó bơm CO_2. Hoặc: chọc kim bơm CO_2 thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc Trocar 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 Trocar trực tiếp thì mở thành bụng nhỏ (minilap).

- Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng15mmHg)

- Chọc 2 Trocar phẫu thuật ở 2 bên hố chậu (chú ý chọc Trocar ở phía ngoài của di tích động mạch rốn và tránh chọc vào mạch máu thượng vị nông).

6.2. Bước 2: Xác định vị trí DCTC

Quan sát toàn bộ ổ bụng tìm vị trí DCTC. Các vị trí DCTC lạc chỗ hay gặp trong ổ bụng: mạc nối lớn, DCTC nằm một phần ở tử cung và một phần nằm ở tiểu khung…đặc biệt chú ý khi DCTC nằm gần các vị trí nguy hiểm như mạch máu lớn hoặc DCTC có thể đâm xuyên vào đường tiêu hóa, tiết niệu...

6.3. Bước 3: Lấy DCTC

- Khi thấy DCTC trong ổ bụng thì dùng kẹp nhẹ nhàng lấy DCTC ra ngoài, chú ý không làm tổn thương các tạng lân cận.

hhbvtnvn.thanhhoa_Vạn thư Hiện hoá Bệnh viện tư nhân Việt Nam_06/05/2025 15:28:08

- Trong trường hợp thấy khi lấy DCTC có nguy cơ làm tổn thương mạch máu, đường tiêu hóa, tiết niệu…thì mời hội chẩn chuyên khoa ngoại.

6.4. Bước 4: Rửa ổ bụng và kiểm tra lại lần cuối

- Rửa sạch ổ bụng, kiểm tra chảy máu. Nếu có nguy cơ chảy máu, nhiễm trùng có thể đặt dẫn lưu.

- Đốt và cắt 2 vòi tử cung nếu có chỉ định.

6.5. Thì 5: Rút Trocar, khâu lỗ chọc.

6.6. 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 hậu phẫu.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng, tri giác.

- Các dấu hiệu sinh tồn:mạch, huyết áp, nhiệt độ, nước tiểu, tình trạng ổ bụng.

- Theo dõi vết mổ ở thành bụng: chảy máu, tụ máu, nhiễm khuẩn

- Nếu có dẫn lưu theo dõi dịch chảy ra trong dẫn lưu.

7.2. Tai biến và xử trí

7.2.1. Tai biến trong 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.

- Bỏng do điện.

- 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. Xử trí: tùy từng loại tổn thương và mức độ tổn thương mà có cách xử trí phù hợp.

7.2.2. 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. Biến chứng muộn: Tắc ruột sau mổ do dính ổ bụng sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật nội soi lấy dụng cụ tử cung trong ổ bụng, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 258

hhbvtnvn.thanhhoa_Vanthudieptoai.bvnoitietthanh.com_08/05/2024 15:28:08

228. PHẪU THUẬT LẤY DỤNG CỤ TỬ CUNG LẠC CHỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Dụng cụ tử cung (DCTC) là một phương pháp tránh thai khá phổ biến ở nước ta.

- Dụng cụ tử cung lạc chỗ là khi dụng cụ tử cung chui qua cơ tử cung vào ổ bụng.

- Các vị trí DCTC lạc chỗ hay gặp trong ổ bụng: mạc nối lớn, DCTC nằm một phần ở tử cung và một phần nằm ở tiểu khung…

- Phẫu thuật lấy DCTC trong ổ bụng là phẫu thuật nhằm lấy DCTC lạc chỗ trong ổ bụng ra khỏi ổ bụng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh được chẩn đoán DCTC nằm trong ổ bụng có chống chỉ định mổ nội soi hoặc tiền sử phẫu thuật ổ bụng nhiều lần nghi dính các tạng.

- Trường hợp phẫu thuật nội soi không lấy được DCTC.

3. 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, mở thông bàng quang…

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

4. CHUẨN BỊ

4.1. 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

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

4.3. 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hanh hoa Benh vien tu nhan Viet Nam 06/03/2026 15:28:08

4.4. 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 sảy 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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

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

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

4.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Mở bụng

- Mở bụng đường ngang trên vệ hoặc tùy theo vị trí của dụng cụ tử cung trong ổ bụng.

- Trong trường hợp có đường mổ cũ thì mổ lại theo đường này.

5.2. Bước 2: Xác định vị trí của DCTC

- Quan sát toàn bộ ổ bụng tìm vị trí DCTC. Các vị trí DCTC lạc chỗ hay gặp trong ổ bụng: mạc nối lớn, DCTC nằm một phần ở tử cung và một phần nằm ở tiểu khung… đặc biệt chú ý khi DCTC nằm gần các vị trí nguy hiểm như mạch máu lớn hoặc DCTC có thể đâm xuyên vào đường tiêu hóa, tiết niệu....

5.3. Bước 3: Lấy DCTC

- Khi thấy DCTC trong ổ bụng thì dùng kẹp nhẹ nhàng lấy DCTC ra ngoài, chú ý không làm tổn thương các tạng lân cận.

- Trong trường hợp thấy khi lấy DCTC có nguy cơ làm tổn thương mạch máu, đường tiêu hóa, tiết niệu…thì mời hội chẩn chuyên khoa ngoại.

5.4. Bước 4: Rửa sạch ổ bụng, kiểm tra lại lần cuối

- Rửa sạch ổ bụng, kiểm tra chảy máu. Nếu có nguy cơ chảy máu, nhiễm trùng có thể đặt dẫn lưu.

- Đốt và cắt 2 vòi tử cung nếu có chỉ định.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop nhat Benh vien tu nhan tien lam_08/08/2025 15:28:08

5.5. Bước 5: Kiểm tra và đóng bụng

- Sau khi kiểm tra đủ gạc, đóng bụng theo từng lớp.

5.6. 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 hậu phẫu.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Toàn trạng, tri giác.
- Các dấu hiệu sinh tồn:mạch, huyết áp, nhiệt độ, nước tiểu, tình trạng ổ bụng.
- Theo dõi vết mổ ở thành bụng: chảy máu, tụ máu, nhiễm khuẩn
- Nếu có dẫn lưu theo dõi dịch chảy ra trong dẫn lưu.

6.2. Tai biến và xử trí

6.2.1. Tai biến trong 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.
- Bỏng do điện.
- 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. Xử trí: tùy từng loại tổn thương và mức độ tổn thương mà có cách xử trí phù hợp.

6.2.2. 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.

6.3. Biến chứng muộn: Tắc ruột sau mổ do dính ổ bụng sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013), Phẫu thuật nội soi lấy dụng cụ tử cung trong ổ bụng, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, tr 258 - 259.

229. CẤY HOẶC THÁO THUỐC TRÁNH THAI (MỘT NANG; NHIỀU NANG)

1. ĐẠI CƯƠNG

Thuốc tránh thai (TTT) một nang, nhiều nang là biện pháp tránh thai tạm thời, dài hạn (3 - 5 năm), có chứa progestin (Etonogestrel, Levonogestrel).

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Chỉ định cấy TTT

- Phụ nữ muốn sử dụng một biện pháp tránh thai dài hạn có hồi phục.
- Bệnh lý tuyến cơ tử cung lành tính (u xơ, lạc nội mạc tử cung khi chưa có chỉ định phẫu thuật).

2.2. Chỉ định tháo TTT (áp dụng cho TTT không lạc chỗ)

- Có thai
- Áp xe, nhiễm khuẩn tại vị trí cấy TTT.
- Ra máu âm đạo kéo dài sau cấy TTT không kiểm soát được.
- Hết hạn sử dụng TTT.
- Muốn sinh con.
- Muốn dùng biện pháp tránh thai khác, không muốn tiếp tục sử dụng TTT.
- Trong thời gian sử dụng TTT xuất hiện các bệnh: tăng huyết áp kéo dài và khó kiểm soát, các khối u ác tính, tắc mạch.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định cấy TTT

3.1.1. Tuyệt đối

- Có thai.
- Đang bị ung thư vú.

3.1.2. Tương đối

- Đang bị thuyên tắc tĩnh mạch sâu, thuyên tắc phổi hoặc đã từng hoặc đang bị tai biến mạch máu não hoặc thiếu máu cơ tim.
- Đang bị Lupus ban đỏ hệ thống và có kháng thể kháng phospholipid (hoặc không làm xét nghiệm).
- Ra máu âm đạo bất thường chưa được chẩn đoán nguyên nhân.
- Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong vòng 5 năm trở lại.
- Đang bị xơ gan mất bù, u tuyến tế bào gan, ung thư gan.
- Đau nửa đầu, không có tiền triệu.
- Có tiền sử vô kinh hoặc kỳ kinh bất thường. Phụ nữ có tiền sử kinh nguyệt không đều hoặc trên 45 tuổi không nên dùng Femplant.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hiep hoa Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hiệp hội bệnh viện tư nhân Việt Nam_28/03/2025 15:28:08

3.2. Chống chỉ định tháo TTT:

- Không xác định chắc chắn vị trí thuốc cấy tránh thai

- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát được

4. THẬN TRỌNG

4.1. Cấy thuốc tránh thai

Cần cân nhắc với các trường hợp:

- Có khối u ở vú chưa được chẩn đoán.

- Cho con bú dưới 6 tuần sau sinh.

- Bệnh tiểu đường, huyết áp cao.

- Trầm cảm.

- Đau nửa đầu, không có tiền triệu.

- HIV đang điều trị ARV đang điều trị có tương tác thuốc.

4.2. Tháo thuốc tránh thai

Thận trọng trong các trường hợp

- 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 TTT lạc chỗ (di lệnh) hay đã từng tháo TTT thất bại

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ thực hiện thủ thuật: 01

- Điều dưỡng phụ thủ thuật và dụng cụ: 01

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

- Thiết bị cấy TTT và các TTT (nang) tránh thai.

- Bộ dụng cụ tháo TTT, bộ dụng cụ khâu…

- Hộp thuốc dự phòng chống sốc.

- Bàn, giường làm thủ thuật, ghế, đèn chuyên khoa làm thủ thuật, 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. Người bệnh (Cho cả trường hợp cấy và tháo TTT)

- Thăm khám và làm các xét nghiệm cần thiết trước khi cấy, tháo TTT.

- Tư vấn khách hàng (trước, trong, sau cấy (tháo) TTT, quy trình, các bước thực hiện thủ thuật, tai biến, nguy cơ...)

- Thời điểm thực hiện cấy TTT (bất cứ thời điểm nào phải loại trừ có thai), tháo TTT theo - chỉ định (phần chỉ định tháo TTT).

5.5. Hồ sơ bệnh án: Điền đầy đủ thông tin hành chính, ký cam kết

5.6. Thời gian thực hiện: 0,33 giờ (20p)

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

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 người bệnh: người bệnh nằm ngửa, gập khủy tay không thuận lại và hướng ra ngoài, lên trên.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Cấy TTT

6.1.1. Bước 1: Xác định cấy trên cánh tay không thuận ở mặt trong cánh tay, trên điểm lồi cầu trong xương cánh tay 8 - 10 cm, trên cơ tam đầu.

6.1.2. Bước 2: Gây tê lidocain 1% dọc đường cấy TTT.

6.1.3. Bước 3: Thực hiện cấy que vào đúng vị trí theo hướng dẫn của nhà sản xuất TTT.

6.1.4. Bước 4: Kiểm tra sự hiện diện của TTT (nằm lớp mỡ dưới da) sau cấy TTT.

6.1.5. Bước 5: Băng ép bằng gạc vô khuẩn, tháo sau 24 giờ.

6.1.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá toàn trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, vị trí cấy TTT

- Hoàn thiện hồ sơ cấy TTT, lưu hồ sơ

- Bàn giao người bệnh theo dõi sau cấy TTT

6.2. Tháo TTT

6.2.1. Bước 1: Định vị TTT và đánh dấu đầu dưới TTT (nơi gần khuỷu tay nhất).

6.2.2. Bước 2: Gây tê vùng da định rạch, gây tê phía dưới TTT.

6.2.3. Bước 3: Rạch da khoảng 2 mm phía đầu TTT gần khuỷu tay lấy TTT (đảm bảo lấy hết và toàn vẹn TTT).

6.2.4. Bước 4: Băng ép bằng gạc vô khuẩn tháo sau 24 giờ.

6.1.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá toàn trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, vị trí cấy TTT

- Hoàn thiện hồ sơ cấy TTT, lưu hồ sơ

- Bàn giao người bệnh theo dõi sau tháo TTT

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi 30 phút sau thủ thuật: toàn trạng, vi trí cấy (tháo), xuất viện khi ổn định.

- Hẹn khám lại: Sau một tháng, ba tháng, mỗi năm (cho các trường hợp cấy TTT).

- Hẹn khám lại khi có các dấu hiệu bất thường sau cấy TTT hoặc tháo TTT hay muốn tháo TTT (cho các trường hợp cấy TTT).

7.1. Tai biến trong cấy hay tháo TTT

Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc, chảy máu: băng ép, khâu cầm máu

7.2. Tai biến sau cấy, tháo TTT (tại vị trí cấy, tháo TTT).

Đau, tụ máu, chảy máu sau khi cấy (tháo): Giảm đau, băng ép, khâu.

7.3 Biến chứng muộn (tại vị trí cấy, tháo TTT).

- Nhiễm khuẩn vị trí cấy (đau, nóng, đỏ) hoặc áp xe (có mủ) - ít gặp.

+ Viêm: Sát trùng, kháng sinh, nếu không đỡ thì tháo TTT (cho cấy TTT).

+ Áp xe: Sát trùng, chích dẫn lưu mủ, kháng sinh, tháo TTT (cho cấy TTT).

- Rối loạn kinh nguyệt sau cấy TTT

+ Vô kinh: Vô kinh là bình thường khi cấy TTT.

+ Ra máu thấm giọt hoặc kinh nguyệt không đều. Phần nhiều sẽ hết sau vài tháng.

+ Ra máu quá nhiều (từ gấp đôi bình thường trở lên) hoặc kéo dài (từ 8 ngày trở lên) ít gặp. Phần nhiều sẽ hết sau vài tháng. Có thể sử dụng viên thuốc tránh thai kết hợp, thuốc giảm đau chống viêm không steroid - NSAID, thuốc cầm máu. Nếu không kết quả tháo TTT.

- Có thể hiếm gặp một số tác dụng phụ khác khi cấy TTT: tăng cân, trứng cá, khô âm đạo…Tư vấn theo dõi, nếu người bệnh không muốn tiếp tục thì tháo TTT.

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 2016

2. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 6th edition. Geneva: World Health Organization; 2024.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoi Phu san Viet Nam 06/05/2025 15:28:08

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Van ban_08/05/2025 15:28:08

230. ĐẶT DỤNG CỤ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Đặt dụng cụ tử cung (DCTC) là một phương pháp đưa dụng cụ tử cung vào buồng tử cung nhằm tránh thai tạm thời và hiệu quả hoặc điều trị một số bệnh lý phụ khoa.

2. CHỈ ĐỊNH

- Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, mong muốn áp dụng một biện pháp tránh thai tạm thời, dài hạn, hiệu quả cao.

- Đặt DCTC để điều trị một số bệnh lý phụ khoa: lạc nội mạc tử cung, u xơ tử cung nhỏ, quá sản lành tính niêm mạc tử cung.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Có thai.
- Nhiễm khuẩn hậu sản.
- Ngay sau sẩy thai nhiễm khuẩn.
- Ra máu âm đạo chưa được chẩn đoán nguyên nhân.
- Bệnh nguyên bào nuôi ác tính hoặc có tình trạng βhCG vẫn gia tăng.
- Ung thư cổ tử cung, ung thư niêm mạc tử cung.
- Đang bị ung thư vú (chỉ đối với DCTC giải phóng levonorgestrel).
- U xơ tử cung gây biến dạng buồng tử cung hoặc các dị dạng khác làm biến dạng đáng kể buồng tử cung.
- Đang viêm tiểu khung.
- Đang viêm mủ cổ tử cung hoặc nhiễm Chlamydia, lậu cầu.
- Lao vùng chậu.

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Trong khoảng thời gian từ 48 giờ đến 4 tuần đầu sau sinh (kể cả sinh bằng phẫu thuật).
- Bệnh nguyên bào nuôi lành tính có tình trạng tình trạng βhCG giảm dần.
- Ung thư buồng trứng.
- Có nguy cơ bị nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục cao.
- Bệnh HIV/AIDS giai đoạn III, IV chưa được điều trị ổn định.
- Chỉ đối với DCTC có đồng:

+ Giảm tiểu cầu trầm trọng.

- Chỉ đối với DCTC giải phóng levonorgestrel:

+ Đang bị thuyên tắc mạch.

+ Đang hoặc đã bị thiếu máu cơ tim.

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Hiệp hội Bệnh viện tư nhân Việt Nam_08/05/2025 15:28:08

+ Chứng đau nửa đầu nặng có tiền triệu.

+ Đang bị xơ gan mất bù có giảm chức năng gan trầm trọng, hoặc u tuyến tế bào gan, ung thư gan.

+ Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong 5 năm trở lại.

+ Đang bị bệnh lupus ban đỏ hệ thống và có kháng thể kháng phospholipid.

4. THẬN TRỌNG

Trong trường hợp có tiền sử mổ đẻ, cổ tử cung treo cao hoặc tư thế tử cung gập sau.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Thủ thuật viên chính: Bác sĩ hoặc hộ sinh, y sỹ sản nhi: 01
- Thủ thuật viên phụ: Hộ sinh, điều dưỡng hoặc KTV: 01

5.2. Thuốc

- Thuốc giảm đau (NSAIDs), thuốc chuẩn bị cổ tử cung - Misoprostol (trong các trường hợp cổ tử cung chít, hẹp), thuốc giảm co…

5.3. Thiết bị y tế

- Dụng cụ tử cung (nguyên vẹn, còn hạn sử dụng)
- Phương tiện bảo hộ
  + Áo choàng y tế
  + Mũ
  + Khẩu trang
  + Găng tay vô khuẩn
- Khăn vải trải vô khuẩn
- Bông hoặc gạc sát khuẩn
- Dung dịch sát khuẩn
- Bộ dụng cụ
  + Pince sát khuẩn
  + Van âm đạo
  + Kẹp pozzi
  + Ống hút nhựa số 4 - 5 hoặc thước đo tử cung
  + Bộ nong cổ tử cung
  + Kéo
- Bàn khám phụ khoa
- Đèn khám phụ khoa
- Máy siêu âm 2D

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Tiep nhan Benh vien tu than Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Tư vấn và cung cấp thông tin về DCTC (Hiệu quả, tác dụng phụ, nguy cơ và tai biến...)
- Thăm khám trước khi áp dụng biện pháp (phát hiện chống chỉ định)
- Tư vấn thời điểm đặt DCTC
- Tư vấn về quy trình đặt DCTC, chăm sóc theo dõi, khám lại sau khi áp dụng biện pháp
- Thông tin về khả năng có thai lại sau khi tháo DCTC
- Có thể sử dụng thuốc giảm đau trước khi đặt DCTC 30 phút
- Đi tiểu
- Chuẩn bị tư thế nằm: tư thế phụ khoa

5.5. Hồ sơ bệnh án: Ghi chép hồ sơ bệnh án

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

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

5.8. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra người bệnh: theo quy trình đối chiếu đúng người bệnh
- Thực hiện bảng kiểm kỹ thuật
- Người bệnh được hướng dẫn nằm tư thế sản khoa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Bộc lộ âm đạo - cổ tử cung

- Sát khuẩn bộ phận sinh dục ngoài.
- Bộc lộ âm đạo bằng van.
- Sát khuẩn cổ tử cung và âm đạo.

6.2. Bước 2: Đo buồng tử cung

- Cặp cổ tử cung bằng kẹp Pozzi vị trí 12 giờ và kéo xuống.
- Đo buồng tử cung.

6.3. Bước 3: Chuẩn bị dụng cụ tử cung

- Mở túi chứa bộ dụng cụ. Thao tác theo dướng dẫn của từng loại DCTC để hai cành ngang DCTC lọt vào trong ống đặt (cần đặt).
- Chỉnh lại nấc đánh dấu trên ống đặt (cần đặt) bằng chiều dài buồng tử cung.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hanh chinh Benh vien Phu san Viet Nam_28/03/2023 15:28:08

6.4. Bước 4: Đặt dụng cụ tử cung

- Kẹp cổ tử cung bằng kìm Pozzi, kéo nhẹ để cổ tử cung thẳng so với buồng tử cung.

- Nhẹ nhàng đẩy ống đặt (cần đặt) qua ống cổ tử cung vào buồng tử cung cho đến khi nấc đánh dấu (DCTC chứa đồng, chứa bạc), cách lỗ ngoài cổ tử cung 1,5-2 cm (DCTC chứa nội tiết).

- Giữ ống đặt (cần đặt) và giải phóng cành ngang của DCTC ra khỏi ống đặt (cần đặt) tiếp theo giải phóng toàn bộ DCTC ra khỏi ống đặt (cần đặt) nằm đúng vị trí trong buồng tử cung (thao tác theo hướng dẫn của từng loại DCTC)

- Rút ống đặt (cần đặt) ra khỏi BTC.

- Cắt ngắn dây DCTC để lại bên ngoài tử cung 2 - 3cm. Tháo kẹp Pozzi.

6.5. Bước 5: Kiểm tra

- Kiểm tra chảy máu

- Sát khuẩn lại cổ tử cung, âm đạo

- Tháo van

- Thông báo cho khách hàng biết đã tiến hành xong thủ thuật.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau kỹ thuật: mạch, huyết áp, nhịp thở, tri giác, chảy máu âm đạo

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

- Hướng dẫn người bệnh theo dõi ngoại trú, hẹn tái khám.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Giảm đau: Có thể dùng các thuốc nhóm NSAIDs hoặc acetaminophen sau thủ thuật, giảm co, hạn chế dùng kháng sinh nếu không cần thiết

- Kiêng giao hợp 7 ngày

- Hẹn khám lại: Sau một tháng, ba tháng.

- Hẹn khám lại khi có các dấu hiệu bất thường: đau bụng nhiều, ra máu nhiều hay kéo dài, sốt, ra dịch âm đạo hôi...

7.1. Ra máu nhiều hoặc kéo dài *(>8 ngày hoặc gấp đôi lượng máu kinh bình thường).*

- Giảm đau, cho kháng sinh nếu nhiễm khuẩn. Nếu đặt DCTC chứa nội tiết: Có thể sử dụng thuốc tránh thai kết hợp hay thuốc có thành phần ethinyl estradiol mỗi ngày, trong 21 ngày, NSAIDs. Nếu không kết quả thì tháo DCTC.

- Nếu ra máu nhiều đến mức đe dọa đến sức khỏe: tháo DCTC và hướng dẫn chọn biện pháp tránh thai khác.

7.2. Thủng tử cung

- Kháng sinh, thuốc tăng co tử cung và theo dõi nếu toàn trạng ổn định

- Nếu có dấu hiệu ngoại khoa, chảy máu trong ổ bụng: Phẫu thuật cầm máu, khâu lỗ thủng và kiểm tra tổn thương các tạng khác trong ổ bụng.

7.3. Nhiễm khuẩn Kháng sinh, nếu không đỡ tháo DCTC.

7.4. Đau bụng Giảm co, giảm đau Non - Steroid.

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 2016

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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoang Binh van thu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

231. THÁO DỤNG CỤ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Dụng cụ tử cung là một biện pháp tránh thai tạm thời và hiệu quả. Dụng cụ tử cung có hai loại:

- Loại dụng cụ tử cung có chứa đồng và bạc (TCu 380A có tác dụng tránh thai 8- 10 năm và Mutiload 375 có tác dụng trong 5 năm. Silverline Cu 380 Ag có tác dụng tránh thai trong 5 năm)

- Loại dụng cụ tử cung giải phóng Levonogestrel chứa 52 mg Levonogestrel, giải phóng 20mcg hoạt chất/ngày tác dụng tối đa 5 năm

2. CHỈ ĐỊNH

+ Có thai (nếu thấy dây DCTC mới được tháo).

+ Ra nhiều máu.

+ Đau bụng dưới nhiều.

+ Nhiễm khuẩn tử cung hoặc tiểu khung (triệu chứng lâm sàng không cải thiện sau 48-72 giờ điều trị kháng sinh đúng phác đồ).

+ Phát hiện tổn thương ác tính hoặc nghi ngờ ác tính ở tử cung, cổ tử cung.

+ DCTC bị tụt thấp.

+ Đã mãn kinh (sau khi mất kinh 12 tháng trở lên).

+ DCTC đã hết hạn

+ Muốn có thai trở lại.

+ Muốn dùng một BPTT khác.

+ Thấy không cần dùng BPTT nào nữa.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính vùng chậu (PID) chưa điều trị kháng sinh ổn định

- Đang trong giai đoạn nặng các bệnh lý toàn thân

4. THẬN TRỌNG

- Nghi ngờ hoặc đang có thai nhưng muốn giữ thai

- Các trường hợp vòng mất dây, có di lệch nằm 1 phần trong cơ tử cung

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: Bác sĩ hoặc hộ sinh hoặc y sỹ sản nhi: 01

- Người phụ: Hộ sinh hoặc điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên: 01

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hien ho Benh vien tu nhan Viet Nam_06/03/2026 15:28:08

5.2. Thuốc

- Thuốc giảm đau (NSAIDs), thuốc chuẩn bị cổ tử cung - Misoprostol (trong các trường hợp cổ tử cung chít, hẹp), thuốc giảm co…

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ:
+ Áo choàng y tế
+ Mũ
+ Khẩu trang
+ Găng tay vô khuẩn
- Khăn vải trải vô khuẩn
- Bông hoặc gạc sát khuẩn
- Dung dịch sát khuẩn
- Bộ dụng cụ
+ Pince sát khuẩn
+ Van âm đạo
+ Kẹp pozzi
+ Nong cổ tử cung
+ Panh thẳng
+ Dụng cụ móc vòng
- Bàn khám phụ khoa
- Đèn khám phụ khoa
- Máy siêu âm 2D
- Đồ vải
+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật
+ Quần áo người bệnh
+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Được tư vấn về DCTC đang áp dụng - thăm khám trước khi tháo DCTC
- Tư vấn về thời điểm tháo DCTC
- Tư vấn về quy trình tháo DCTC (Nguy cơ, tai biến…)
- Hướng dẫn cách chăm sóc, theo dõi sau tháo DCTC và khả năng có thai lại
- Cho khách hàng đi tiểu
- Để khách hàng nằm trên bàn theo tư thế phụ khoa

5.5. Hồ sơ bệnh án Ghi chép hồ sơ bệnh án

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

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

5.8. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra người bệnh: theo quy trình đối chiếu đúng người bệnh

- Thực hiện bảng kiểm kỹ thuật
- Người bệnh được hướng dẫn nằm tư thế sản khoa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Bộc lộ âm đạo - cổ tử cung

- Sát khuẩn bộ phận sinh dục ngoài.
- Bộc lộ âm đạo bằng van.
- Sát khuẩn cổ tử cung và âm đạo.

6.2. Bước 2: Lấy DCTC

- Dùng panh kẹp vào dây DCTC kéo nhẹ, lấy DCTC ra khỏi tử cung
- Các loại dụng cụ tử cung (Tcu 380A, Silverline Cu 380 Ag, Multiload 375 và Mirena) đều có dây nên chỉ cần dùng kẹp cặp vào 2 dây nhẹ nhàng kéo ra là được. Nếu không thấy dây phải nong cổ tử cung dùng panh hình tim, móc vòng hoặc panh dài, không có răng cặp và kéo dụng cụ tử cung

Bước 3: Kiểm tra

- Kiểm tra chảy máu
- Sát khuẩn lại cổ tử cung, âm đạo
- Tháo van
- Thông báo cho khách hàng biết đã tiến hành xong thủ thuật.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Sau khi lấy DCTC theo dõi người bệnh 30 phút (toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp), tình trạng ra máu âm đạo
- Có thể cho giảm đau (thuốc nhóm NSAIDs hoặc acetaminophen) nếu cần, kháng sinh nếu có nguy cơ nhiễm khuẩn
- Khám lại ngay khi chưa có dấu hiệu bất thường như đau bụng nhiều, ra máu nhiều kéo dài, âm đạo ra dịch hôi…

7.2. Xử trí tai biến

- Biến chứng do tháo dụng cụ tử cung rất ít. Tuy nhiên, một số biến chứng có thể gặp: thủng tử cung, nhiễm khuẩn, chảy máu nhiều…

+ Thủng tử cung: phẫu thuật khâu lỗ thủng

+ Nhiễm khuẩn: điều trị kháng sinh

+ Ra máu nhiều tìm nguyên nhân và xử trí theo nguyên nhân

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 2016

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.

232. PHÁ THAI NỘI KHOA DƯỚI 7 TUẦN

1. ĐẠI CƯƠNG

Phá thai nội khoa dưới 7 tuần là phương pháp chấm dứt thai kỳ trong tử cung bằng cách sử dụng phối hợp Mifepristone và Misoprostol gây sẩy thai cho các thai dưới 7 tuần tuổi (49 ngày chậm kinh).

2. CHỈ ĐỊNH

Thai trong tử cung với tuổi thai dưới 7 tuần tuổi (49 ngày chậm kinh).

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 dừng thuốc.

4. THẬN TRỌNG

- Đang cho con bú.
- Điều kiện áp dụng: người bệnh có thể tới được cơ sở y tế trong vòng 60 phút.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 01
- Hộ sinh: 01

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

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^o), 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 dưới 7 tuần, bộ dụng cụ khám phụ khoa, bộ kiểm tra đường dưới, bộ dung cụ khâu cổ tử cung, bộ nong cổ tử cung…

- Bàn tư vấn, bàn khám, bàn làm thủ thuật, ghế ngồi, đèn chuyên khoa làm thủ thuật, 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. Người bệnh

- 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.

5.5. 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 đại diện của người bệnh).

5.6. Thời gian thực hiện 0.75 giờ (45 - 50 phút)

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ 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

b) Thực hiện theo bảng kiểm an toàn kỹ thuật trước, trong, sau khi thực hiện kỹ thuật.

c) Đặt tư thế người bệnh: người bệnh sau uống thuốc Mifepriston được nằm theo dõi tại buồng bệnh 30 phút. Thăm khám người bệnh theo tư thế sản khoa.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Hướng dẫn người bệnh uống thuốc theo phác đồ phá thai nội khoa.

6.1. Bước 1

Uống 1 viên Mifepriston 200 mg tại bệnh viện.

6.2. Bước 2

Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, tình trạng toàn thân trong vòng 30 phút tại bệnh viện, sau đó về nhà tự theo dõi.

6.3. Bước 3

Sau 24 - 48 giờ, uống hoặc ngậm dưới lưỡi 400µcg Misoprostol tại nhà

Lưu ý: Nôn sau uống Mifepriston: nếu thời điểm nôn trên 30 phút thì không cần uống lại thuốc.

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 người bệnh về. Hướng dẫn cách theo dõi, chăm sóc tại nhà, cách ghi nhật ký, ngậm hay uống Misoprostol sau 24 - 48h.

- Hoàn thiện hồ sơ phá thai nội khoa dưới 7 tuần, lưu hồ sơ (khuyến cáo sau 2 tuần khám lại, xác nhận phá thai hoàn toàn)

- Bàn giao người bệnh theo dõi sau uống Mifepriston (theo dõi 30 phút tại cơ sở y tế).

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi tại bệnh viện

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp 15 phút/ 1 lần.

- Theo dõi tác dụng không mong muốn của thuốc Mifepriston.

Theo dõi tại nhà

- Tự theo dõi tình trạng ra máu, nếu ra máu nhiều thì đến ngay cơ sở y tế.

- Theo dõi tình trạng sẩy thai.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan vien_08/07/2025 15:28:08

- Theo dõi tình trạng: đau bụng và các tác dụng phụ của thuốc.

Khuyến cáo khám lại sau 2 tuần

- Đánh giá hiệu quả điều trị: qua khám lâm sàng và siêu âm

7.1. Tai biến trong khi thực hiện phá thai nội khoa dưới 7 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 sẩy thai tiến triển, rau thai thập thò cổ tử cung thì dùng kìm hình tim gắp 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.

7.2. Tai biến sau phá thai nội khoa dưới 7 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.
- Sót thai (thai lưu, thai tiếp tục phát triển), sót rau. Xử trí: Hút buồng tử cung, thuốc co hồi tử cung, cho kháng sinh.

7.3. Biến chứng muộn

- 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 2016

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.

233. PHÁ THAI NỘI KHOA TỪ 7 TUẦN ĐẾN HẾT 9 TUẦN

1. ĐẠI CƯƠNG

Phá thai nội khoa cho tuổi thai từ 7 tuần đến hết 9 tuần là phương pháp chấm dứt thai kỳ trong tử cung bằng cách sử dụng phối hợp Mifepristone và Misoprostol gây sẩy thai cho các thai từ 7 tuần đến hết 9 tuần tuổi (63 ngày).

2. CHỈ ĐỊNH

Thai trong tử cung với tuổi thai từ 7 tuần đến hết 9 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 dừng thuốc.

4. THẬN TRỌNG

- Đang cho con bú.
- Điều kiện áp dụng: người bệnh có thể tới được cơ sở y tế trong vòng 60 phút.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 01
- Hộ sinh hay điều dưỡng: 01

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thi Hieu_hoi Benh vien tu nhan Viet Nam 08/02/2026 15:28:08

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 7 tuần đến 12 tuần, bộ dụng cụ khám phụ khoa, bộ kiểm tra đường dưới, bộ dung cụ khâu cổ tử cung, bộ nong cổ tử cung…
- Bộ hộp chống sốc.
- Giường nằm, bàn tư vấn, bàn khám, bàn làm thủ thuật, ghế ngồi, đèn chuyên khoa làm thủ thuật, 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. Người bệnh

- 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 cách 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.

hhbvtnvn.thanhhoa_Văn thư Bệnh viện Nội tiết Nghệ An_06/03/2026 15:28:08

5.5. 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 đại diện của người bệnh).

5.6. Thời gian thực hiện 0.75 giờ (60 - 65 phút)

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ 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

b) Thực hiện theo bảng kiểm an toàn kỹ thuật trước, trong, sau khi thực hiện kỹ thuật.

c) Đặt tư thế người bệnh: người bệnh sau uống thuốc Mifepriston được nằm theo dõi tại buồng bệnh 30 phút. Sau 24 - 48 giờ người bệnh uống hay ngậm, đặt âm đạo Misoprostol theo dõi tại bệnh viện (nếu người bệnh muốn theo dõi tại bệnh viện). Thăm khám, đặt thuốc người bệnh theo tư thế sản khoa.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Hướng dẫn người bệnh uống thuốc theo phác đồ phá thai nội khoa.

6.1. Bước 1

Uống 1 viên Mifepriston 200 mg tại bệnh viện, theo dõi 30 phút, ổn định người bệnh về nhà.

6.2. Bước 2

Sau 24 - 48 giờ, uống hoặc ngậm dưới lưỡi 400µcg Misoprostol tại nhà

Lưu ý: Nôn khi uống Mifepriston: nếu thời điểm nôn trên 30 phút thì không cần uống lại thuốc.

6.3. 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 người bệnh về. Hướng dẫn cách theo dõi, chăm sóc tại nhà, cách ghi nhật ký, ngậm hay uống Misoprostol sau 24 - 48h.
- Hoàn thiện hồ sơ phá thai nội khoa từ 7 tuần đến hết 9 tuần, lưu hồ sơ (khuyến cáo sau 2 tuần khám lại, xác nhận phá thai hoàn toàn)
- Bàn giao người bệnh theo dõi sau uống Mifepriston (theo dõi 30 phút tại cơ sở y tế).

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi tại bệnh viện

+ Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp 15 phút/ 1 lần.

+ Theo dõi tác dụng không mong muốn của thuốc Mifepriston.

- Theo dõi tại nhà

+ Tự theo dõi tình trạng ra máu, nếu ra máu nhiều thì đến ngay cơ sở y tế.

+ Theo dõi tình trạng sẩy thai.

+ Theo dõi tình trạng: đau bụng và các tác dụng phụ của thuốc.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan tieu man Viet Nam_28/0?/202? 15:28:08

- Khuyến cáo khám lại sau 2 tuần

+ Đánh giá hiệu quả điều trị: qua khám lâm sàng và siêu âm

7.1. Tai biến trong khi thực hiện phá thai nội khoa dưới 7 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 (mạnh huyết áp ổn định):

Nếu thấy sẩy thai tiến triển, rau thai thập thò cổ tử cung thì dùng kìm hình tim gắp 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.

7.2. Tai biến sau phá thai nội khoa dưới 7 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.

- Sót thai (thai lưu, thai tiếp tục phát triển), sót rau. Xử trí: Hút buồng tử cung, thuốc co hồi tử cung, cho kháng sinh.

7.3. Biến chứng muộn

- 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 2016

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.

234. PHÁ THAI NỘI KHOA TỪ 13 ĐẾN 22 TUẦN

1. ĐẠI CƯƠNG

Phá thai nội khoa từ 13 tuần đến hết 22 tuần là phương pháp chấm dứt thai kỳ trong tử cung bằng cách sử dụng phối hợp Mifepristone và Misoprostol gây sẩy thai cho các thai từ 13 tuần đến hết 22 tuần tuổi.

2. CHỈ ĐỊNH

Thai trong tử cung với tuổi thai từ 13 tuần đến hết 22 tuần.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định 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. Chống chỉ định 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 dừng thuốc.

4. THẬN TRỌNG Vết mổ cũ đoạn dưới tử cung, tại thân tử cung hơn 1 lần.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 02
- Hộ sinh hay điều dưỡng: 01

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…

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Tiep nhan Viet Nam_09/02/2026 15:28:08

5.3. Thiết bị y tế

- Hóa chất (Povidone-iodine, cồn 70), gạc, bông, mét, bơm tiêm, kim tiêm, dây truyền, chỉ khâu, Oxy, dây thở Oxy, bộ đồ vải, sông tiểu, túi đựng nước tiểu….
- Bộ hút thai chân không cho thai từ 7 tuần đến 12 tuần, bộ dụng cụ khám phụ khoa, bộ kiểm tra đường dưới, bộ dụng cụ kiểm soát tử cung, bộ dung cụ khâu cổ tử cung, chỉ khâu, bộ nong cổ tử cung…
- Bộ hộp chống sốc.
- Giường nằm, bàn khám, bàn làm thủ thuật, ghế ngồi, đèn chuyên khoa làm thủ thuật, 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. Người bệnh

- Khám sàng lọc khách hàng (Bs khám).

+ 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 (20p) hộ sinh thực hiện.

+ Tư vấn về quyết định chấm dứt thai nghén.

+ Tư vấn về phương pháp phá thai bằng thuốc

+ 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 cách 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, cung cấp thông tin về các biện pháp tránh thai.

+ Tư vấn khuyến cáo khám lại sau 2 tuần.

5.5. 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 đại diện của người bệnh).

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu [illegible] Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

5.6. Thời gian thực hiện

- Hai giờ (105 - 120 phút)

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ 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

b) Thực hiện theo bảng kiểm an toàn kỹ thuật trước, trong, sau khi thực hiện kỹ thuật.

c) Đặt tư thế người bệnh: người bệnh sau uống thuốc Mifepriston được nằm theo dõi tại buồng bệnh 30 phút. Sau 24 - 48 giờ người bệnh đặt âm đạo Misoprostol theo dõi tại bệnh viện. Thăm khám, đặt thuốc theo tư thế sản khoa.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Hướng dẫn người bệnh uống thuốc theo phác đồ phá thai nội khoa thực hiện tại bệnh viện

6.1. Bước 1

Uống 200 mg Mifepristone (1 viên). Theo dõi mạch, huyết áp trong 15-30 phút. Nếu nôn trong vòng 1 giờ sau uống, phải uống lại liều tương tự tại viện

6.2. Bước 2

Sau 24 - 48 giờ đặt túi cùng âm đạo 400 mcg Misoprostol (2 viên).

6.3. Bước 3

- Sau mỗi 3 giờ, ngậm dưới lưỡi hoặc ngậm bên má 400 mcg Misoprostol (2 viên) cho tới khi sẩy thai.

- Nếu sau 5 liều Misoprostol mà không sẩy thai thì ngày hôm sau dùng tiếp 5 liều 400mcg Misoprostol (2 viên) sau mỗi 3 giờ ngậm dưới lưỡi hoặc ngậm bên má cho tới khi sẩy thai.

- Nếu không sẩy thai dùng tiếp Misoprostol ngày thứ 3 theo phác đồ trên. Sau 3 ngày không sẩy thai thì chuyển phương pháp khác.

- Đối với thai từ 12 tuần 1 ngày đến hết 22 tuần 0 ngày có sẹo mổ trên cơ tử cung: vẫn có thể dùng liều 400mcg nhưng cần thận trọng. Nếu có dấu hiệu cơn co cường tính hoặc đau vết mổ → giãn khoảng cách dùng thuốc lên 4-6 giờ hoặc giảm liều xuống 200mcg.

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. Sau 24 - 48 giờ, người bệnh đặt âm đạo Misoprostol.
- Hoàn thiện hồ sơ phá thai nội khoa từ 13 tuần đến hết 22 tuần, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh theo dõi sau uống Mifepriston và sau 24 - 48 giờ người bệnh đặt âm đạo Misoprostol.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu_Hieu hoa_Benh vien tu nhan Viet Nam_08/03/2026 15:28:08

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ

- Theo dõi trước khi thai ra và trong thủ thuật

+ Theo dõi toàn trạng mạch, huyết áp, nhiệt độ, ra máu âm đạo, đau bụng (cơn co tử cung) cứ 3 giờ/lần, khi bắt đầu có cơn co tử cung mạnh cứ 1 giờ/lần.

+ Thăm âm đạo đánh giá cổ tử cung trước mỗi lần dùng thuốc.

+ Cho uống thuốc giảm đau, tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạnh nếu cần thiết.

- Nếu ối vỡ:

+ Sử dụng kháng sinh.

+ Tiếp tục sử dụng thuốc theo phác đồ.

+ Sau 6-12 giờ nếu không đáp ứng với thuốc hoặc có dấu hiệu nhiễm trùng thì chỉ định gắp thai.

- Sau khi sẩy thai và rau:

+ Dùng thuốc tăng co tử cung.

+ Tử cung co hồi tốt, không chảy máu, buồng tử cung sạch không cần kiểm soát buồng tử cung.

+ Kiểm soát buồng tử cung khi có chảy máu âm đạo đã loại trừ các nguyên nhân chấn thương tử cung và/hoặc nghi ngờ do sót rau hoặc đờ tử cung nhưng dùng các biện pháp tăng co tử cung không hiệu quả. Giảm đau, uống kháng sinh trước khi kiểm soát tử cung.

+ Nếu thai đã sổ nhưng rau thai vẫn nằm trong buồng tử cung, theo dõi thêm 1 giờ, nếu rau vẫn chưa sổ thì cho thêm 400 mcg Misoprostol ngậm dưới lưỡi hoặc ngậm bên má để giúp rau thai sổ. Nếu rau thai không sổ, lấy rau thai bằng dụng cụ.

- Theo dõi và chăm sóc sau thủ thuật

+ Sau khi thai sảy, theo dõi ra máu âm đạo, co hồi tử cung ít nhất là 1 giờ/lần.

+ Người bệnh được ra viện nếu sau khi ra thai ít nhất 2 giờ, sức khỏe của người phụ nữ ổn định với các dấu hiệu sinh tồn bình thường và ra máu âm đạo ở mức độ cho phép.

+ Kê đơn kháng sinh nếu có nguy cơ nhiễm trùng, thuốc cắt sữa. Nếu người bệnh có nhóm máu Rh âm, nên chỉ định tiêm anti D trong 72 tiếng đầu sau sảy thai.

+ Tư vấn sau thủ thuật về các biện pháp tránh thai phù hợp.

+ Có thể siêu âm phụ khoa trước khi xuất viện.

+ Khuyến cáo khám lại sau 2 tuần.

7.1. Tai biến trong khi thực hiện phá thai nội khoa từ 13 tuần đến hết 22 tuần

- Sốc sau sử dụng thuốc phá thai: Xử trí theo phác đồ chống sốc.
- Vỡ tử cung: Xử trí theo phác đồ vỡ tử cung.
- Chảy máu: Xử trí tích cực theo nguyên nhân (tổn thương cổ tử cung, đờ tử cung, sót rau, rau bong không hoàn toàn…).
- Khi không ảnh hưởng toàn trạng (mạnh huyết áp ổn định):

- Nếu thấy sẩy thai tiến triển, rau thai thập thò cổ tử cung thì dùng kìm hình tim gắp 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.

7.2. Tai biến sau phá thai nội khoa từ 13 tuần đến hết 22 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.
- Sót phần thai, sót rau. Xử trí: Hút buồng tử cung, thuốc co hồi tử cung, cho kháng sinh.

7.3. Biến chứng muộn sau phá thai nội khoa từ 13 tuần đến hết 22 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 2016

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.

235. PHÁ THAI DƯỚI 7 TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT CHÂN KHÔNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Phá thai bằng phương pháp hút chân không là thủ thuật sử dụng dụng cụ hút chân không (bơm hút cầm tay hoặc máy hút) đường âm đạo qua cổ tử cung để hút thai trong tử cung dưới 7 tuần tuổi (49 ngày chậm kinh).

2. CHỈ ĐỊNH

Phá thai cho các thai dưới 7 tuần tuổi (49 ngày chậm kinh).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối: Không có.

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính.

4. THẬN TRỌNG

- Các bệnh lý nội khoa mức độ trung bình và nặng
- Viêm nhiễm đường sinh dục.
- Dị dạng đường sinh dục, u xơ cơ tử cung to làm biến dạng buồng tử cung hoặc ở vị trí eo tử cung gây khó khăn cho thủ thuật.
- Sẹo mổ cơ tử cung (đặc biệt sẹo mổ dọc thân, sẹo mổ lấy thai nhiều lần).
- Đang dùng thuốc kháng đông máu hoặc có rối loạn đông máu nhẹ, trung bình.
- Đang cho con bú (nguy cơ thủng tử cung cao).

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ hoặc hộ sinh được đào tạo
- Thủ thuật viên phụ: 01 bác sĩ hoặc hộ sinh hoặc điều dưỡng
- Gây mê: 01 bác sĩ (trong trường hợp gây mê)
- Hỗ trợ: 01 Hộ sinh hay điều dưỡng (dụng cụ), 01 kỹ thuật viên gây mê

5.2. Thuốc

- Thuốc 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 dưới 7 tuần, bộ kiểm tra đường dưới, bộ dung cụ khâu cổ tử cung, bộ nong cổ tử cung…

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop nhat Benh vien tu nhan Viet Nam 0 02 2026 15:28:08

- Bộ hộp thuốc chống sốc.
- Bàn, ghế, đèn chuyên khoa làm thủ thuật, máy siêu âm, Mornitor theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, máy hút dịch, cọc truyền, giường bệnh, 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. Người bệnh

- Khám và làm các xét nghiệm cần thiết chẩn đoán và sàng lọc người bệnh.
- Tư vấn thảo luận quyết định phá thai, các bước thực hiện thủ thuật, biến chứng, nguy cơ trong, sau thủ thuật…
- Chuẩn bị cổ tử cung: ngậm dưới lưỡi 400µg Misoprostol trước 1 - 3 giờ
- Uống thuốc giảm đau trước thực hiện thủ thuật 30 phút (trong trường hợp gây tê). Có thể cho kháng sinh dự phòng.

5.5. 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 đại diện của người bệnh).

5.6. Thời gian thực hiện

- 0,5 giờ (30 phút)

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ 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.

b) Thực hiện theo bảng kiểm an toàn thủ thuật trước, trong, sau khi thực hiện kỹ thuật.

c) Đặt tư thế người bệnh: người bệnh nằm trên bàn thực hiện kỹ thuật theo tư thế sản khoa.

Kiểm tra chính xác thông tin người bệnh, xét nghiệm, chẩn đoán, kỹ thuật thực hiện, ký xác nhận của người bệnh, theo bảng kiểm an toàn thủ thuật trước, trong, sau khi thực hiện thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Có thể vô cảm bằng gây mê tĩnh mạch hay gây tê tại chỗ (cạnh cổ tử cung)

6.1. Bước 1

Hướng dẫn người bệnh nằm trên bàn thủ thuật theo tư thế sản khoa

6.2. Bước 2

Sát khuẩn âm hộ, tầng sinh môn, trải khăn sạch dưới mông, bụng, 2 đùi người bệnh.

hhbvtnvn.thanhhoa_Vien thi Hiep hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/03/2026 15:28:08

6.3. Bước 3

Đặt van âm đạo bộc lộ cổ tử cung, âm đạo và sát khuẩn.

6.4. Bước 4

Kẹp cổ tử cung tại 12 giờ hay 6 giờ tùy tư thế tử cung

6.5. Bước 5

Gây tê cạnh cổ tử cung vị trí 4 giờ và 8 giờ (nếu gây tê tại chỗ).

6.7. Bước 6

Nong cổ tử cung (nếu cần) bằng ống hút mềm.

6.7. Bước 7

Đưa ống hút (lựa chọn ống hút phù hợp) vào buồng tử cung.

6.8. Bước 8

Lắp bơm chân không vào ống hút, hút sạch thai và phần phụ của thai.

6.9. Bước 9

Kiểm tra chất hút (mô), đánh giá hút hết thai và phần phụ của thai.

6.10. Kết thúc quy trình

- Đánh giá toàn trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, ra máu âm đạo, co tử cung…
- Hoàn thiện hồ sơ phá thai, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh theo dõi sau phá thai

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi ngay sau thủ thuật

- Theo dõi mạch, huyết áp và ra máu âm đạo trong 30 phút.
- Kê đơn kháng sinh sau thủ thuật nếu chưa sử dụng kháng sinh dự phòng.
- Có thể cho thuốc tránh thai ngay sau thực hiện thủ thuật.
- Khám lại khi có dấu hiệu bất thường (đau bụng nhiều, ra máu nhiều, sốt kèm ra dịch âm đạo hôi bẩn)
- Khuyến cáo khám lại sau 2 tuần

7.1. Tai biến trong khi phá thai

- Sốc (phác đồ chống sốc)
- Chảy máu: xử trí tích cực theo nguyên nhân (đờ tử cung, sót rau…)
- Rách cổ tử cung: chèn gạc, mét, khâu cầm máu.
- Ứ máu cấp buồng tử cung: Hút buồng tử cung, co tử cung
- Thủng tử cung: Nếu không có dấu hiệu ngoại khoa, toàn trạng ổn định: Kháng sinh, co tử cung, theo dõi. Nếu có dấu hiệu ngoại khoa, chảy máu trong ổ bụng: Phẫu thuật (Mổ mở, nội soi) xử trí theo tổn thương cầm máu (bảo tồn tử cung hay cắt tử cung tùy trường hợp).

hhbvtnvn.thanhhoa_Vai thu vien hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

7.2. Tai biến sau khi phá thai.

- Nhiễm khuẩn (kháng sinh), sót thai, sót rau (hút lại buồng tử cung, co tử cung, kháng sinh).

7.3. Biến chứng muộn sau phá thai (Xử trí theo nguyên nhân)

- Mất kinh (xử trí theo phác đồ mất kinh sau phá thai - theo nguyên nhân)

- Dính buồng tử cung: 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 2016

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.

236. PHÁ THAI TỪ 7 TUẦN ĐẾN HẾT 12 TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT CHÂN KHÔNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Phá thai bằng phương pháp hút chân không là phương pháp chấm dứt thai nghén bằng cách dùng bơm hút chân không để hút thai trong buồng tử cung từ tuần thứ 7 đến hết tuần thứ 12.

2. CHỈ ĐỊNH

Phá thai từ tuần thứ 7 đến hết tuần thứ 12.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. THẬN TRỌNG

- Đang viêm cấp tính đường sinh dục.
- U xơ tử cung to.
- Vết mổ cũ ở tử cung đặc biệt mổ đẻ nhiều lần.
- Sau đẻ dưới 6 tháng.
- Dị dạng đường sinh dục.
- Các trường hợp người bệnh có các bệnh nội, ngoại khoa… cần điều trị, thì phối hợp điều trị các chuyên khoa và chọn thời điểm hút thai phù hợp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Thủ thuật viên phụ: 01 bác sĩ hoặc hộ sinh hoặc điều dưỡng
- Gây mê: 01 bác sĩ (trong trường hợp gây mê)
- Hỗ trợ: 01 Hộ sinh hay điều dưỡng (dụng cụ), 01 kỹ thuật viên gây mê (trong trường hợp gây mê)

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…
- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch,…
- Bơm hút chân không.
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

hhbvtnvn.thanhhoa_Van ban Hoi Benh vien Viet Nam_28/05/2026 15:28:08

+ 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 sảy 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 người bệnh (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. Bước 1: Đặt van âm đạo bộc lộ cổ tử cung, âm đạo và sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Kẹp cổ tử cung tại 12 giờ hay 6 giờ tùy tư thế tử cung

6.3. Bước 3: Gây tê cạnh cổ tử cung vị trí 4 giờ và 8 giờ (nếu gây tê tại chỗ).

6.4. Bước 4: Nong cổ tử cung (nếu cần) bằng ống hút mềm.

6.5. Bước 5: Đưa ống hút (lựa chọn ống hút phù hợp) vào buồng tử cung.

6.6. Bước 6: Lắp bơm chân không vào ống hút, hút sạch thai và phần phụ của thai.

6.7. Bước 7: Kiểm tra chất hút (mô), đánh giá hút hết thai và phần phụ của thai.

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá toàn trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, ra máu âm đạo, co tử cung…
- Hoàn thiện hồ sơ phá thai, lưu hồ sơ
- Bàn giao người bệnh theo dõi sau phá thai

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phap nhi Benh vien tu nhan viet Nam_28/03/2024 15:28:08

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN.

- **Theo dõi ngay sau thủ thuật**

+ Theo dõi mạch, huyết áp và ra máu âm đạo trong 30 phút.
+ Kê đơn kháng sinh sau thủ thuật.
+ Có thể cho thuốc tránh thai ngay sau thực hiện thủ thuật.
+ Tiêm anti D ở các người bệnh có Rh (-) có nhu cầu sinh con tiếp theo.

- **Khám lại.**

+ Khám lại sau 2 tuần để phát hiện các trường hợp phá thai chưa hoàn toàn.
+ Hẹn sau hút 5 - 7 tuần nếu không có kinh phải khám lại.

7.1. Tai biến trong khi phá thai

- Sốc (phác đồ chống sốc)
- Chảy máu: xử trí tích cực theo nguyên nhân (đờ tử cung, sót rau…)
- Rách cổ tử cung: chèn gạc, mét, khâu cầm máu.
- Ứ máu cấp buồng tử cung: Hút buồng tử cung, co tử cung
- Thủng tử cung: Nếu không có dấu hiệu ngoại khoa, toàn trạng ổn định: Kháng sinh, co tử cung, theo dõi. Nếu có dấu hiệu ngoại khoa, chảy máu trong ổ bụng: Phẫu thuật (Mổ mở, nội soi) xử trí theo tổn thương cầm máu (bảo tồn tử cung hay cắt tử cung tùy trường hợp).

7.2. Tai biến sau khi phá thai.

Nhiễm khuẩn (kháng sinh), sót thai, sót rau (hút lại buồng tử cung, co tử cung, kháng sinh).

7.3. Biến chứng muộn sau phá thai (Xử trí theo nguyên nhân)

- Mất kinh (xử trí theo phác đồ mất kinh sau phá thai - theo nguyên nhân)
- Dính buồng tử cung: 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 2016

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Phep roi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

237. GÂY SẢY THAI BẰNG BÓNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Là phương pháp đặt bóng sonde Foley vào lỗ trong cổ tử cung kéo liên tục với mục đích bóng thông Foley làm đầu ối thành lập và đoạn dưới tử cung được giãn ra, CTC được mềm và mở do tác động cơ học của bóng với lực kéo liên tục.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp có chỉ định đình chỉ thai nghén với tuổi thai từ 13 đến 22 tuần thỏa mãn các điều kiện sau:

- Đình chỉ thai nghén bằng phương pháp nội khoa không kết quả

- Ối còn

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp rau tiền đạo, đang ra máu âm đạo

Có biểu hiện nhiễm khuẩn toàn thân hay đường sinh dục

Thai chết lưu

4. THẬN TRỌNG

Bệnh lý toàn thân người mẹ: suy tim, tiền sản giật nặng, bệnh phổi mạn, rối loạn đông máu, các bệnh lý nội khoa khác,…

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. 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, sonde Foley...

- 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

5.3. 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 sảy 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 người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

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

5.5. Thời gian thực hiện: Ước tính khoảng 0,5 giờ.

5.6. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Bộc lộ cổ tử cung Đặt mỏ vịt, bộc lộ cổ tử cung

6.2. Bước 2:

Dùng kẹp hình tim đưa đầu ống sonde Foley qua ống CTC sao cho bóng ống sonde nằm trên lỗ trong CTC - bóng nằm giữa màng ối và đoạn dưới TC (có thể lấy một kẹp quả tim kẹp vào môi trước CTC để cố định cho dễ đặt bóng).

6.3. Bước 3:

Bơm 10 - 15ml nước muối sinh lý vào quả bóng nằm ở lỗ trong CTC sau đó kéo cho bóng sát vào lỗ trong CTC và một phần nằm trong ống CTC. Quá trình đặt bóng và kiểm tra vị trí của bóng được thực hiện dưới siêu âm.

6.4. Bước 4:

Đầu ngoài ống thông Foley được kéo liên tục bằng vật nặng 500g. Lưu bóng trong CTC 24 giờ

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, đánh giá và xử trí tiếp sau đặt bóng

- Dùng kháng sinh dự phòng ngay sau đặt bóng.

- Khám đánh giá toàn trạng, cơn co tử cung 2 giờ/lần.

- Theo dõi dấu hiệu nhiễm khuẩn: nếu có biểu hiện sốt thì xét nghiệm bạch cầu, CRP…

- Nếu sau đặt kéo bóng ra máu âm đạo nhiều hay có biểu hiện nhiễm trùng thì ngừng đặt bóng và hội chẩn để đưa ra phương pháp xử trí phù hợp kể cả phải mổ lấy thai.

- Trong 24 giờ đặt bóng, nếu có vỡ ối thì rút bóng và truyền oxytocin để đình chỉ tiếp.

- Trường hợp bóng tự tụt trước 24 tiếng sau khi đặt bóng: thăm khám lại thai phụ về toàn trạng, cơn co tử cung, độ xóa mở CTC:

- Nếu CTC có chỉ số Bishop thuận lợi (≥6 điểm) thì truyền oxytocin để đình chỉ.

- Nếu CTC có chỉ số Bishop không thuận lợi thì đặt lại bóng như các bước trên nhưng bơm bóng với thể tích tăng lên tùy theo tuổi thai, đặt bóng tối đa 3 lần.

Tuổi thai (tuần)	Thể tích bóng (ml)		
	Lần 1	Lần 2	Lần 3
13 - 18	10	20-30	40-60
19 - 22	15	30	50-80

- Trường hợp sau 12 tiếng đặt bóng kéo liên tục bóng không tụt thì nên ngừng kéo bóng 1 => 2 giờ (nhưng vẫn lưu bóng) sau đó lại tiếp tục kéo bóng.

- Trường hợp sau 24 giờ đặt bóng kéo liên tục vẫn không tụt bóng thì tháo bóng và tiến hành đánh giá lại để quyết định tháo bóng và tiếp tục gây chuyển dạ bằng truyền oxytocin tĩnh mạch, hoặc tiếp tục kéo bóng tùy trường hợp.

- **Đánh giá thành công**: khi CTC có chỉ số Bishop $\geq$ 6 điểm.

- Trong trường hợp truyền oxytocin 24 giờ sau khi tụt bóng hay sau tháo bóng mà vẫn không sảy thai thì hội chẩn lại để ngừng thai nghén bằng các phương pháp khác.

7.2. Xử trí tai biến

- Nhiễm trùng: sử dụng kháng sinh điều trị

- Choáng do đau

- Chảy máu

- Rách cổ tử cung, vỡ tử cung

238. PHÁ THAI TO TỪ 13 TUẦN ĐẾN 22 TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐẶT TÚI NƯỚC

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu tiep nhan benh nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

Là phương pháp đặt một túi nước vào khoang ngoài màng ối để gây sảy thai.

2. CHỈ ĐỊNH

Gây sảy thai để đình chỉ thai nghén đối với thai từ 13 tuần đến hết 22 tuần, khi đình chỉ thai nghén bằng phương pháp nội khoa không kết quả.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rau bám lan qua lỗ trong cổ tử cung trên siêu âm.

- Ối vỡ.

- Tử cung có sẹo mổ cũ: thân tử cung, eo tử cung.

- Dị dạng tử cung.

- Nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới.

4. THẬN TRỌNG

Bệnh lý toàn thân người mẹ: suy tim, tiền sản giật nặng, bệnh phổi mạn, rối loạn đông máu, các bệnh lý nội khoa khác,…

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ

- Thủ thuật viên phụ: 01 bác sĩ hoặc hộ sinh hoặc 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.

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

- 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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Benh vien tu than Viet Nam 09/03/2026 15:28:08

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 sảy 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 người bệnh (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 QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Tạo túi nước

Luồn sonde Nelaton mới vào bao cao su, xoay nhẹ túi để đẩy hết hơi hoặc dùng bơm tiêm hút hơi qua ống sonde, dùng chỉ buộc chặt đầu trên bao cao su.

6.2. Bước 2: Bộc lộ cổ tử cung

- Khám xác định kích thước và tư thế tử cung, tình trạng cổ tử cung.

- Thay găng vô khuẩn.

- Sát trùng âm đạo, tầng sinh môn

- Trải săng.

- Bộc lộ CTC bằng mỏ vịt.

6.3. Bước 3:

Dùng kẹp hình tim đưa dần túi qua ống cổ tử cung vào buồng tử cung (mặt trước tử cung nếu rau bám mặt sau và ngược lại).

6.4. Bước 4:

Dùng bơm tiêm (50ml) bơm từ từ dung dịch NaCl 0,9% qua sonde (từ 300-500ml tùy theo tuổi thai). Ngưng bơm NaCl 0,9% khi người bệnh kêu tức bụng.

6.5. Bước 5:

- Buộc lại đầu sonde.

- Tháo mỏ vịt.

6.6. 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.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi sau đặt túi nước

- Dùng kháng sinh dự phòng ngay sau đặt túi nước.
- Khám đánh giá toàn trạng, cơn co tử cung, ra nước, ra máu âm đạo 15 phút đầu trong 1 giờ đầu, và 30 phút trong 2 giờ tiếp theo.
- Nếu sau 12 giờ khi đặt túi mà chưa có chuyển dạ: xả nước, rút túi, cho thai phụ nghỉ ngơi và đặt lại sau 24 - 48 giờ.
- Nếu vỡ túi nước hoặc tụt sonde thì khám lại.
- Số lần đặt tối đa là 3 lần

7.2. Theo dõi sau sảy thai

- Sau khi thai ra, theo dõi ra máu âm đạo, co hồi tử cung tối thiểu 2 giờ.
- Kê đơn kháng sinh, thuốc cắt sữa (nếu cần).
- Hẹn khám lại sau 2 tuần.

7.3. Xử trí tai biến

- Băng huyết khi thai chưa ra: Khám đánh giá để gắp thai hoặc mổ đình chỉ thai nghén.
- Chảy máu nhiều sau sổ thai: Kiểm tra toàn vẹn âm đạo, cổ tử cung, tử cung và xử trí theo nguyên nhân.
- Nhiễm khuẩn:
- Kháng sinh liều cao.
- Xử trí tích cực theo nguyên nhân.
- Vỡ tử cung: xử trí theo phác đồ vỡ tử cung.
- Choáng: Rút túi nước và xử lý theo phác đồ chống choáng.

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hoi Benh vien tu nhan Viet Nam_08/05/2026 15:28:08

239. PHÁ THAI TỪ 13 ĐẾN 18 TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP NONG GẮP

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu diep phoi Benh vien nhan Viet Nam_08/05/2025 15:28:08

1. ĐẠI CƯƠNG

Phá thai bằng phương pháp nong và gắp thai là phương pháp phá thai có chuẩn bị cổ tử cung bằng Misoprostol hoặc các dụng cụ nong (nong thẩm thấu, sonde) sau đó dùng bơm hút chân không kết hợp với kẹp gắp thai để lấy thai ra, áp dụng cho tuổi thai từ tuần thứ 13 đến hết tuần thứ 18.

2. CHỈ ĐỊNH

Phá thai từ tuần thứ 13 đến hết tuần thứ 18 (nghĩa là thai từ 12 tuần 1 ngày đến hết 18 tuần 0 ngày)

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối: Không có

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Các bệnh lý nội khoa cấp tính nặng (suy tim mất bù, rối loạn đông máu nặng…).
- Viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính.

4. THẬN TRỌNG

- Các bệnh lý nội khoa ở mức độ nhẹ và trung bình.
- Viêm nhiễm đường sinh dục.
- Dị dạng đường sinh dục, u xơ cơ tử cung to làm biến dạng buồng tử cung hoặc ở vị trí eo tử cung gây khó khăn cho thủ thuật.
- Sẹo mổ ở cơ tử cung (đặc biệt sẹo mổ dọc thân, sẹo mổ lấy thai nhiều lần).
- Đang dùng thuốc kháng đông máu hoặc có rối loạn đông máu nhẹ, trung bình.
- Đang cho con bú (nguy cơ thủng tử cung cao).

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01bác sĩ
- Thủ thuật viên phụ: 01 bác sĩ
- Gây mê: 01 bác sĩ (trong trường hợp gây mê)
- Hỗ trợ: 01 Hộ sinh hay điều dưỡng (dụng cụ), 01 kỹ thuật viên gây mê

5.2. Thuốc:

- Thuốc Misoprostol, thuốc gây tê (Lidocaine), thuốc co tử cung (Oxytocin, Ergometrine, Duratocin…) thuốc cầm máu (Acid tranexamic), giảm đau (Fentanyl, Ibuprofen, Paracetamol…) dịch truyền (Glucose, Ringer Lactat, Gelofusine…), thuốc chống sốc, hồi sức cấp cứu (Adrenalin, Diphenhydramine, Methylprednisolone…).

5.3. Thiết bị y tế

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu Hop nhat Benh vien tu nhan Viet Nam 08/05/2025 15:28:08

- 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, song Foley, nong thẩm thấu, sông tiểu, túi đựng nước tiểu….
- Bộ kiểm tra đường dưới, bộ dung cụ khâu cổ tử cung, bộ nong cổ tử cung, bộ dụng cụ nong gắp thai (kẹp dài sát khuẩn, kẹp cổ tử cung, nong từ số 8 đến số 17, kẹp gắp thai sopher …)
- Bộ hộp thuốc chống sốc.
- Bàn, ghế, đèn chuyên khoa làm thủ thuật, máy siêu âm, Máy đo huyết áp cầm tay, Mornitor theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, máy hút dịch, cọc truyền, giường bệnh, 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. Người bệnh

- Hỏi tiền sử bệnh về nội, ngoại, sản phụ khoa và các bệnh lây truyền qua đường tình dục.
- Khám toàn thân.
- Khám phụ khoa.
- Siêu âm.
- Xét nghiệm máu: công thức máu, nhóm máu, đông máu cơ bản.
- Tư vấn thai phụ về phương pháp nong gắp thai:
- Thảo luận về quyết định chấm dứt thai kỳ.
- Sự nguy hiểm, tai biến và hậu quả có thể xảy ra
- Người bệnh ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn xin bỏ thai và cam kết của cha hoặc mẹ hoặc người đại diện của người bệnh).
- Ngậm dưới lưỡi hoặc bên trong má 400 mcg misoprostol trước 3 giờ hoặc dung cụ nong thẩm thấu (Laminaria, que nong CTC bằng hydrogel tổng hợp) hay Sonde Foley (trong trường hợp người bệnh có chống chỉ định với Misoprostol) để chuẩn bị cổ tử cung trước khi tiến hành nong gắp thai.
- Uống thuốc giảm đau (NSAIDs, Paracetamol) trước thực hiện thủ thuật 30 phút (trong trường hợp gây tê). Có thể cho kháng sinh dự phòng.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án ghi đầy đủ tình trạng thai phụ, tuổi thai, tình trạng thai, chỉ định đình chỉ thai bằng phương pháp nong gắp thai, quá trình làm thủ thuật.

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

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ

a) Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật

c) Đặt tư thế người bệnh: người bệnh nằm trên bàn thực hiện kỹ thuật theo tư thế sản khoa.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Có thể vô cảm bằng gây mê tĩnh mạch hay gây tê tại chỗ (cạnh cổ tử cung)

Chuẩn bị người bệnh tại Phòng thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh nằm tư thế phụ khoa
- Khám xác định kích thước và tư thế tử cung.
- Thay găng vô khuẩn.
- Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông.
- Chải săng thủ thuật
- Thông tiểu
- Đặt 1 đường truyền tĩnh mạch.

Bước 1: giảm đau

Giảm đau toàn thân

Bước 2: nong cổ tử cung

- Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo.
- Kẹp cổ tử cung.
- Gây tê cạnh cổ tử cung.
- Nong cổ tử cung.

Bước 3: Gắp thai và rau thai

- Dùng bơm 2 van và ống hút phù hợp để hút nước ối và kéo phần thai xuống thấp.
- Tiến hành gắp thai, rau dưới siêu âm. Không đưa kẹp gắp quá sâu trong buồng tử cung để tránh nguy cơ thủng tử cung.
- Kiểm tra lại buồng tử cung bằng thìa cùn hoặc ống hút.
- Kiểm tra các phần thai và rau lấy ra để đánh giá thủ thuật hoàn thành hay chưa.

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

hhbvtnvn.thanhhoa_Van thu_tiep [illegible] Benh vien [illegible] nhan Viet Nam_06/05/2026 15:28:08

7.1. Theo dõi

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, ra máu âm đạo, đau bụng, co hồi tử cung 30 phút một lần trong vòng 1 đến 2 giờ. Ổn định có thể ra viện
- Kê đơn kháng sinh nếu có nguy cơ nhiễm trùng, thuốc cắt sữa.
- Tiêm antiD ở các người bệnh có Rh (-) có nhu cầu sinh con tiếp theo.
- Khuyến cáo khám lại sau 2 tuần
- Siêu âm trước khi ra viện.

7.2. Xử trí tai biến

- Tai biến: choáng, thủng tử cung, rách cổ tử cung, chảy máu, sót thai, sót rau, ứ máu trong tử cung, nhiễm khuẩn.
- Xử trí theo phác đồ của từng tai biến.

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 2016

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.