

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 20 tháng 10 năm 2022

BÁO CÁO
HOẠT ĐỘNG GIÁM SÁT QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ
QUÝ III NĂM 2022

Bệnh viện Từ Dũ là bệnh viện chuyên khoa phụ sản được Bộ Y tế phân công chỉ đạo về chuyên môn kỹ thuật 22 tỉnh và thành phố phía Nam. Qua khảo sát mô hình kỹ thuật thực hiện năm 2021, chúng tôi chọn 5/10 quy trình kỹ thuật chiếm trên 80% lượt thực hiện tại bệnh viện bao gồm: cắt khâu tầng sinh môn, bóc u xơ tử cung, phá thai từ 13-18 tuần bằng phương pháp nong và gắp thai, hút nạo thai trứng, khâu vòng cổ tử cung. Kết quả giám sát trong quý 3 cho kết quả như sau:

I. NỘI DUNG

I.1 Số lượt giám sát

- Cắt khâu tầng sinh môn: 10 trường hợp.
- Mổ mở bóc u xơ tử cung: 10 trường hợp.
- Phá thai từ 13-18 tuần bằng phương pháp nong và gắp thai: 10 trường hợp.
- Hút nạo thai trứng: 10 trường hợp.
- Khâu vòng cổ tử cung: 10 trường hợp.

I.2 Kết quả giám sát

a. Cắt khâu tầng sinh môn:

Tỷ lệ tuân thủ đầy đủ quy trình kỹ thuật: 90%.

T T	NỘI DUNG	NHẬN XÉT	
		ĐẠT (%)	CHƯA ĐẠT (%)
A. CẮT TẦNG SINH MÔN			
1	Chuẩn bị bệnh nhân	100	0
2	Sát trùng vùng âm hộ, tầng sinh môn	100	0
3	Gây tê vùng tầng sinh môn bằng Lidocain 2%. Nếu người bệnh đã được gây tê ngoài màng cứng để giảm đau rồi thì không cần gây tê tại chỗ.	90	10
4	Cắt tầng sinh môn khi tầng sinh môn và âm hộ phồng căng.	90	10
5	Hai ngón tay trở và ngón giữa bàn tay trái lót giữa đầu thai và tầng sinh môn	100	0
6	Cắt chếch 45 ⁰ từ vị trí 7 giờ từ mép sau của âm hộ	100	0
7	Cắt 2-4 cm tùy mức độ cần thiết, không cắt sâu tới cơ nâng hậu môn	100	0

B. KHÂU TÀNG SINH MÔN			
1	Chỉ khâu tầng sinh môn khi chắc chắn nhau thai đã sổ, không sót nhau, đã kiểm soát đờ tử cung và các sang chấn đường sinh dục	100	0
2	Sát trùng lại vết cắt bằng Betadine (Povidine) 10%	90	10
3	Gây tê tại chỗ vết cắt tầng sinh môn bằng Lidocain 2%. Nếu người bệnh đã được gây tê ngoài màng cứng để giảm đau rồi thì không cần gây tê tại chỗ.	100	0
3	Thăm sát vết cắt (sâu và dài bao nhiêu)	100	0
5	Đặt 1 tampon trong âm đạo, đẩy tampon về phía cùng đồ qua đỉnh vết cắt (chặn sản dịch từ trên xuống phẫu trường)	100	0
6	Mũi khâu vắt thứ nhất bắt đầu từ trên vết cắt trong âm đạo 0,5 - 1 cm ra tới góc màng trinh phía ngoài; khâu hết đến tận đáy kéo hai mép của âm đạo góc của màng trinh sát vào nhau Có thể khâu vắt hoặc khâu mũi rời Không chừa khoảng chết	90	10
3	Mũi khâu vắt thứ hai: bắt đầu từ đỉnh của vết cắt tầng sinh môn phía ngoài vào tới góc của màng trinh phía trong. Khâu từ phần dưới da cho đến góc của màng trinh phía trong Có thể khâu vắt hoặc khâu mũi rời Không chừa khoảng chết	100	0
7	Khâu vắt dưới da hoặc trong da	100	0
8	Kiểm tra không sót tampon trong âm đạo	100	0
9	Sát khuẩn lại vết may tầng sinh môn	90	0

Các bước trong quy trình kỹ thuật chưa được tuân thủ:

- Một số trường hợp khi sản phụ rặn sanh nhanh, bác sĩ (BS)/hộ sinh (HS) đỡ sanh không kịp gây tê trước khi cắt tầng sinh môn.
- Một số trường hợp cắt tầng sinh môn sớm nên sản phụ chảy máu nhiều từ vết cắt tầng sinh môn.
- 1/10 trường hợp sau khi xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ thì BS tiến hành khâu tầng sinh môn ngay, không sát khuẩn vết cắt trước khi may.
- 1/10 trường hợp mũi khâu vắt thứ nhất bắt đầu từ ngay vết cắt trong âm đạo mà không cách đỉnh vết cắt 0,5 - 1 cm. Điều này làm tăng nguy cơ hematome, chảy máu vết may cho không lấy hết đỉnh vết cắt trong âm đạo.
- 1/10 trường hợp không sát khuẩn vết may tầng sinh môn sau khi may xong.

b. Mở mở bóc u xơ tử cung:

- Tỷ lệ tuân thủ đầy đủ quy trình kỹ thuật: 90%.

ST T	NỘI DUNG	NHẬN XÉT	
		ĐẠT (%)	CHƯA ĐẠT (%)
1	Mở thành bụng Rạch thành bụng theo đường ngang nếu có nhân xơ nhỏ, dễ bóc tách, hoặc đường dọc giữa dưới rốn	100	0
2	Bộc lộ khối u để bóc tách	90	10
3	Dùng dao điện hoặc dao thường Rạch tử cung ở vị trí UXTC đảm bảo yêu cầu + Đường rạch gọn, gần chỗ lồi nhất của UXTC. + Đường rạch càng gần đường giữa càng đỡ chảy máu + Đường rạch càng xa sừng tử cung càng đỡ dính tắc vòi tử cung + Đường rạch ở vị trí có thể bóc được nhiều UXTC + Đường rạch đủ độ sâu đến vỏ ngoài nhân xơ mới có thể bóc tách được dễ dàng	90	10
4	Bóc tách khối u - Dùng cái kẹp hoặc sợi chỉ to khâu sâu vào khối u để giữ chắc khối u, vừa kéo vừa tách vỏ khối u bằng mũi kéo. Dùng ngón tay trở thăm dò các vùng dính và tách hẳn khối u ra ngoài. - Có thể sử dụng vết rạch này để bóc các khối u khác. Động tác bóc tách cần nhẹ nhàng, tránh thủng buồng tử cung. - Cầm máu bằng các mũi khâu chữ X hoặc bằng kẹp khi thấy rõ mạch máu. Không nên kẹp ngang cơ tử cung vì sẽ làm cho cơ rách, gây chảy máu nhiều.	100	0
5	Khâu kín khoang bóc tách Khâu từng lớp bằng các mũi chữ X bằng chỉ Vicryl - Lớp đầu tiên đảm bảo lấy hết đáy khoang bóc tách - Các lớp sau đảm bảo khâu chồng qua lớp trước - Đóng các lớp ngoài cùng bằng mũi khâu vắt và lộn mép rạch vào trong.	100	0
6	Đóng bụng - Lau sạch ổ bụng. - Kiểm tra ổ bụng.	100	0

Các bước trong quy trình kỹ thuật đều được tuân thủ tốt. Tuy nhiên, trong các trường hợp UXTC to, phẫu thuật viên không bộc lộ rõ UXTC khi bóc tách và có 1 trường hợp vết rạch cơ tử cung quá rộng so với kích thước khối UXTC làm chảy máu nhiều và tổn thương cơ tử cung nhiều.

c. Phá thai từ 13-18 tuần bằng phương pháp nong và gấp thai:

Tỷ lệ tuân thủ đầy đủ quy trình kỹ thuật: 90%.

T T	NỘI DUNG	NHẬN XÉT	
		ĐẠT (%)	CHƯA ĐẠT (%)
1	Chuẩn bị bệnh nhân	100	0
2	Giảm đau toàn thân	100	0
3	Khám xác định kích thước và tư thế tử cung, đánh giá tác dụng của thuốc đối với cổ tử cung, không được tiến hành thủ thuật khi cổ tử cung chưa được chuẩn bị tốt.	90	10
4	Thay găng vô khuẩn	100	0
5	Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông	100	0
6	Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo.	100	0
7	Kẹp cổ tử cung	100	0
8	Gây tê cạnh cổ tử cung	90	10
9	Nong cổ tử cung	100	0
10	Dùng ống hút phù hợp để hút nước ối và kéo phần thai xuống thấp.	100	0
11	Tiến hành gấp thai, nhau. Không đưa kẹp gấp quá sâu trong buồng tử cung để tránh nguy cơ thủng tử cung.	100	0
12	Nếu gấp thai khó khăn thì có thể gấp thai dưới siêu âm.	100	0
13	Kiểm tra lại buồng tử cung bằng thìa cùn hoặc ống hút.	100	0
14	Kiểm tra các phần thai và nhau lấy ra để đánh giá thủ thuật hoàn thành hay chưa.	90	10
15	Sát khuẩn lại âm đạo cổ tử cung.	100	0
16	Xử lý dụng cụ và chất thải.	100	0

Các bước trong quy trình kỹ thuật chưa được tuân thủ:

- 1/10 trường hợp không khám xác định kích thước và tư thế tử cung, đánh giá tác dụng của thuốc đối với cổ tử cung. Việc khám xác định kích thước và tư thế tử cung, tình trạng cổ tử cung trước khi tiến hành thủ thuật rất quan trọng nhằm tránh tổn thương cổ tử cung và tử cung khi tiến hành thủ thuật.

- 1/10 trường hợp gây tê cạnh cổ tử cung ngay vị trí 06 giờ và 09 giờ là vị trí của nhánh cổ tử cung của động mạch tử cung.

- 1/10 trường hợp không kiểm tra các phần thai và nhau lấy ra trước khi kết thúc thủ thuật.

d. Hút thai trứng:

Tỷ lệ tuân thủ đầy đủ quy trình kỹ thuật: 100%.

STT	NỘI DUNG	NHẬN XÉT	
		ĐẠT (%)	CHƯA ĐẠT (%)
1.	Chuẩn bị người bệnh	100	0
2.	Rửa tay, mang găng vô khuẩn	100	0
3.	Trải khăn vải vô khuẩn	100	0
4.	Sát khuẩn âm hộ	100	0
5.	Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn âm đạo, cổ tử cung	100	0
6.	Kẹp cổ tử cung	100	0
7.	Gây tê cạnh cổ tử cung (nên tránh vị trí 3g và 9g) bằng dung dịch Lidocain 2%	100	0
8.	Nong cổ tử cung (nếu cần)	100	0
9.	Hút lòng tử cung bằng bơm hoặc máy hút cho đến khi có cảm giác sạch lòng tử cung	100	0
10.	Kiểm tra chất hút	100	0
11.	Đánh giá thủ thuật đã hoàn thành	100	0
12.	Sát khuẩn lại âm đạo cổ tử cung bằng 1 kẹp sát khuẩn mới	100	0
13.	Tháo dụng cụ	100	0
14.	Gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh	100	0
15.	Trao đổi với người bệnh về kết quả thủ thuật	100	0
16.	Ghi chép hồ sơ bệnh án	100	0

e. Khâu vòng cổ tử cung

Tỷ lệ tuân thủ đầy đủ quy trình kỹ thuật: 90%.

STT	NỘI DUNG	NHẬN XÉT	
		ĐẠT (%)	CHƯA ĐẠT (%)
17.	Chuẩn bị người bệnh	100	0
18.	Rửa tay, mang găng vô khuẩn	100	0
19.	Trải khăn vải vô khuẩn	100	0
20.	Sát khuẩn âm hộ	100	0
21.	Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn âm đạo, cổ tử cung	100	0
22.	Dùng kẹp hình tim nhỏ kẹp vào cổ tử cung ở vị trí 10g, kéo nhẹ cổ tử cung xuống dưới và vào trong	100	0
23.	Đâm kim từ vị trí 11g30, vào và đi trong lớp cơ cổ tử cung (không để kim đi vào kênh cổ tử	100	0

	cung), đầu kim ra khỏi cơ tử cung ở vị trí 9g30		
24.	Dùng kẹp hình tim nhỏ kẹp vào cổ tử cung ở vị trí 7g, kéo nhẹ cổ tử cung lên trên và vào trong	90	10
25.	Đâm kim từ vị trí 8g30, đầu kim ra khỏi cơ tử cung ở vị trí 7g30	90	10
26.	Dùng kẹp hình tim nhỏ kẹp vào cổ tử cung ở vị trí 4g, kéo nhẹ cổ tử cung lên trên và vào trong	90	10
27.	Đâm kim từ vị trí 5g30, đầu kim ra khỏi cơ tử cung ở vị trí 3g30	90	10
28.	Dùng kẹp hình tim nhỏ kẹp vào cổ tử cung ở vị trí 2g, kéo nhẹ cổ tử cung xuống dưới và vào trong	90	10
29.	Đâm kim từ vị trí 2g30, đầu kim ra khỏi cơ tử cung ở vị trí 12g30	90	10
30.	Cột chỉ ở vị trí 12g, siết vừa đủ chạm vào ngón tay kiểm soát trong kênh cổ tử cung	100	0
31.	Cắt đầu chỉ xa nút buộc khoảng 1 cm.	90	10
32.	Sát trùng lại cổ tử cung và âm đạo	100	0

Các bước trong quy trình kỹ thuật chưa được tuân thủ:

- 01 trường hợp đâm kim quá xa hoặc đâm kim quá nông do khó bộc lộ cổ tử cung.

- 01 trường hợp cắt và chừa đuôi chỉ quá ngắn sẽ gây khó khăn nếu cần cắt chỉ khâu vòng cổ tử cung.

II. NHẬN XÉT ĐÁNH GIÁ

2.1 Ưu điểm

- Bác sĩ, hộ sinh nắm rõ quy trình kỹ thuật, tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật từ 90%.

- Khoa liên quan có sự phân công nhân sự phù hợp và chú trọng đào tạo bác sĩ trẻ, phổ biến quy trình kỹ thuật tại khoa kịp thời.

2.2 Tồn tại và giải pháp

- QTKT cắt khâu tầng sinh môn:

+ Tồn tại: trường hợp sản phụ sanh quá nhanh không kịp cắt tầng sinh môn nên gây rách tầng sinh môn nhiều, cắt tầng sinh môn sớm gây chảy máu nhiều; trường hợp đường rách tầng sinh môn sâu, bác sĩ khâu mũi 1 ngang đỉnh cắt, nguy cơ sót góc gây chảy máu hoặc máu tụ tầng sinh môn.

+ Giải pháp: Khoa Sản và các tua trực tầng đào tạo, giám sát và hướng dẫn QTKT cắt khâu tầng sinh môn cho bác sĩ trẻ, chưa đủ kinh nghiệm trong nhận diện nguy cơ tiềm ẩn của QTKT thường xuyên này, cụ thể: chú ý các trường hợp sanh nhanh, cắt tầng sinh môn ở thời điểm phù hợp, tránh cắt quá trễ gây rách hoặc cắt quá sớm khi tầng sinh môn giãn chưa đủ tốt; mũi khâu tầng sinh môn đầu tiên cần cách đỉnh vết cắt 0.5-1 cm để đảm bảo cầm máu tốt; sát khuẩn tầng sinh môn trước và sau khi may.

- QTKT mổ mở bóc u xơ tử cung:

+ Tồn tại: việc bộc lộ u xơ tử cung trước khi bóc thỉnh thoảng chưa được thực hiện hoàn chỉnh trước khi bóc do dính, do u xơ to hoặc do sự chủ quan của phẫu thuật viên.

+ Giải pháp: đẩy mạnh đào tạo kỹ thuật mổ và xử trí các tình huống có thể gặp phải khi phẫu thuật bóc u xơ tử cung, phân công phẫu thuật viên phù hợp, đưa hướng dẫn cách bộc lộ u xơ tử cung hiệu quả.

- QTKT phá thai to, hút thai trứng:

+ Tồn tại: việc khám xác định kích thước và tư thế tử cung trước gắp thai chưa được quan tâm đúng mức; gây tê cạnh cổ tử cung vào vị trí 03 giờ và 09 giờ, vốn là chi trí nhánh cổ tử cung của động mạch tử cung, làm tăng nguy cơ ngộ độc thuốc tê; 1 số trường hợp chưa kiểm tra mô hút/gắp từ lòng tử cung trước khi kết thúc quy trình hoặc gửi giải phẫu bệnh.

+ Giải pháp: việc khám xác định kích thước và tư thế tử cung, tình trạng cổ tử cung trước khi tiến hành thủ thuật rất quan trọng nhằm tránh tổn thương cổ tử cung và tử cung khi tiến hành thủ thuật, trường hợp khó khăn có thể sử dụng máy siêu âm hỗ trợ; giám sát kỹ thì gây tê, hướng dẫn khi kỹ thuật chưa đạt chuẩn, đào tạo quy trình xử trí ngộ độc thuốc tê; kiểm tra lại bệnh phẩm (các phần thai, thai trứng) sau khi tiến hành thủ thuật nong và gắp thai, hút thai trứng, đánh giá sự tương ứng với tuổi thai và tình trạng bệnh lý thai, phát hiện kịp thời biến chứng khi có mô bất thường được hút/gắp ra so với tình trạng người bệnh.

- QTKT khâu vòng cổ tử cung:

+ Tồn tại: các trường hợp cổ tử cung ngắn, việc bộc lộ cổ tử cung tốt còn hạn chế dẫn đến các bước tiến hành theo sau của quy trình gặp khó khăn, ảnh hưởng kết quả mong muốn của kỹ thuật.

+ Giải pháp: phân công nhân sự phù hợp, lãnh đạo khoa giám sát chặt chẽ, tăng cường đào tạo và hỗ trợ ngay khi bác sĩ được phân công gặp khó khăn, tránh ảnh hưởng người bệnh: cần bộc lộ rõ ràng cổ tử cung để các mũi khâu được chính xác và chắc chắn, lưu ý không chừa đuôi chỉ quá ngắn để có thể dễ dàng cắt chỉ khâu vòng cổ tử cung khi cần./.

TRƯỞNG PHÒNG



BS. CKII. Bùi Văn Hoàng