

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 12 tháng 01 năm 2023

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

Nhiễm trùng (nhiễm trùng thành bụng, nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng huyết...) là biến chứng nghiêm trọng sau mổ lấy thai (MLT), làm tăng bệnh suất và tử suất của sản phụ, kéo dài thời gian nằm viện và gia tăng chi phí khám chữa bệnh. Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ sau MLT dao động từ 3-5%. Qua khảo sát tình hình thực tế, chúng tôi chọn giám sát “Quy trình kỹ thuật may lại vết mổ thành bụng” và “Quy trình kỹ thuật hút kiểm tra lòng tử cung” tại các khoa Hậu phẫu, Sản N1, Sản N2, Sản M, Sản H. Đây là kỹ thuật quan trọng nhằm điều trị tình trạng nhiễm trùng của sản phụ trong giai đoạn hậu sản.

Ngoài ra, chúng tôi cũng giám sát các quy trình kỹ thuật quan trọng và phổ biến như “Quy trình kỹ thuật nội soi cắt u buồng trứng”, “Quy trình kỹ thuật cắt tử cung ngã bụng” và “Quy trình kỹ thuật mổ lấy thai”. Kết quả giám sát trong quý 4 cho kết quả như sau:

**I. NỘI DUNG**

**1.1 Số lượt giám sát**

- Quy trình kỹ thuật may lại vết mổ thành bụng: 15 trường hợp.
- Quy trình kỹ thuật hút kiểm tra lòng tử cung: 15 trường hợp.
- Quy trình kỹ thuật nội soi cắt u buồng trứng: 30 trường hợp.
- Quy trình kỹ thuật cắt tử cung ngã bụng: 15 trường hợp.
- Quy trình kỹ thuật mổ lấy thai: 30 trường hợp.

**1.2 Tuân thủ quy trình kỹ thuật**

**a. Quy trình kỹ thuật may lại vết mổ thành bụng:**

Tỷ lệ tuân thủ đầy đủ quy trình kỹ thuật: 86,6%.

TT	NỘI DUNG	NHẬN XÉT	
		ĐẠT (%)	CHƯA ĐẠT (%)
1	Chuẩn bị người bệnh và dụng cụ	100	0
2	Sát trùng vết mổ cần may bằng nước muối và Povidine	100	0
3	Trải sẵn vô khuẩn	100	0
4	Gây tê tại chỗ bằng Lidocain 2%.	100	0
5	Làm sạch vết mổ, cắt lọc mô hoại tử (nếu có)	93,3	6,7
6	<p>May phục hồi lớp mỡ bằng chỉ Plain catgut (nếu cần) và lớp da bằng chỉ Nylon 3/0 hoặc 1/0.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kỹ thuật may: <ul style="list-style-type: none"> <li>- May mũi rời ở cả lớp mỡ và lớp da, mũi may cách nhau khoảng 2 cm.</li> <li>- Nếu cơ địa bệnh nhân dị ứng chỉ ở lớp mỡ hoặc vết thương nhiễm trùng đã điều trị ổn thì không may riêng lớp mỡ, chỉ may 1 lớp (mỡ + da) bằng chỉ Nylon 1/0.</li> <li>- Nếu đánh giá khả năng vết mổ tiết dịch nhiều, hoặc lớp mỡ dày &gt; 3 cm và vết mổ dài &gt; 5 cm, cần đặt dẫn lưu Penrose từ lớp mỡ ra da bằng cách cắt dọc ½ Penrose, đặt dưới đáy lớp mỡ và dẫn lưu ra 2 đầu vết may.</li> </ul> </li> </ul>	93,3	6,7
7	Kiểm tra cầm máu kỹ, lau sạch vết may	86,6	13,4
8	Sát khuẩn vết may bằng dung dịch Povidine	100	0
9	Đắp và dán gạc vô khuẩn	100	0
10	Trao đổi với người bệnh về kết quả thủ thuật. Hướng dẫn cách chăm sóc vết thương và dự kiến thời gian	86,6	13,4

cắt chỉ.		
----------	--	--

- Các bước chính trong quy trình kỹ thuật được tuân thủ tốt về mặt chuyên môn, đảm bảo an toàn người bệnh.

- Tuy nhiên việc trao đổi với người nhà và người bệnh chưa được chú trọng, 2 trường hợp được phỏng vấn không thể kể lại các ý chính cách chăm sóc vết thương sau mổ, 1 số trường hợp cắt lọc vết mổ chưa làm sạch hết mô hoại tử, việc cầm máu còn mất nhiều thời gian; đối với trường hợp nhiễm trùng, khoảng cách giữa các mũi rời may mổ và da quá gần (< 2 cm) sẽ tăng nguy cơ nhiễm trùng, hạn chế việc thoát dịch của vết thương.

+ Nguyên nhân khách quan: phẫu thuật viên có tư vấn, tuy nhiên người bệnh nghe không rõ và không nêu câu hỏi tại thời điểm được tư vấn.

+ Nguyên nhân chủ quan: phẫu thuật viên hiểu việc tư vấn cho người bệnh là quan trọng, cũng nắm rõ nguyên tắc giao tiếp với người bệnh. Dù vậy phẫu thuật viên tư vấn ngắn gọn, nghĩ rằng người bệnh còn điều trị nội trú, sẽ được chăm sóc vết thương bởi nhân viên y tế, có cơ hội được giải đáp nếu người bệnh thắc mắc, trước khi người bệnh xuất viện sẽ được hướng dẫn kỹ lại.

+ Kết luận: nguyên nhân chủ quan là nguyên nhân chính dẫn đến việc người bệnh không hiểu rõ bệnh cảnh của bản thân, 1 phần nguyên nhân khách quan xuất phát từ người bệnh không phản hồi khi tư vấn.

+ Giải pháp: phẫu thuật viên ghi rõ hướng theo dõi vào hồ sơ bệnh án, bác sĩ phụ trách phòng bệnh sau mổ có thể tư vấn cụ thể theo ghi nhận trong hồ sơ bệnh án, chọn từ ngữ dễ hiểu và tư vấn theo nhịp hiểu của người bệnh, khuyến khích người bệnh đặt câu hỏi sau mỗi phần tư vấn. Bên cạnh đó tiếp tục tập huấn giao tiếp cho nhân viên y tế. Tăng cường trao đổi thông tin giữa nhân viên y tế, bàn giao thông tin chính xác, rõ ràng.

#### **b. Quy trình kỹ thuật hút kiểm tra lòng tử cung:**

- Tỷ lệ tuân thủ đầy đủ quy trình kỹ thuật: 83,3%.

STT	NỘI DUNG	NHẬN XÉT	
		ĐẠT (%)	CHƯA ĐẠT (%)
1	Chuẩn bị người bệnh và dụng cụ	100	0
2	Khám xác định kích thước tử cung	93,3	6,7
3	Sát khuẩn âm hộ và 2 bên đùi	86,6	13,4
4	Trải sẵn vô khuẩn	100	0

5	Sát khuẩn âm hộ và âm đạo, cổ tử cung	100	0
6	Kẹp cổ tử cung bằng Pozzi ở vị trí thích hợp	100	0
7	Tê cạnh cổ tử cung	83,3	16,7
8	Đo lòng tử cung	80	20
9	Nong cổ tử cung (nếu cần)	100	0
10	Chọn ống hút thích hợp đặt vào lòng tử cung, lắp Karman vào ống hút tạo áp lực âm	100	0
11	Hút lòng tử cung cho đến khi cảm giác sạch	100	0
12	Đo lại lòng tử cung	100	0
13	Tháo Pozzi	100	0
14	Kiểm tra chảy máu từ lòng tử cung và nơi bám Pozzi	100	0
15	Sát khuẩn lại cổ tử cung và âm đạo	93,3	6,7
16	Đánh giá mô hút, gửi xét nghiệm mô học	100	0
17	Trao đổi với người bệnh về kết quả thủ thuật. Hướng dẫn cách theo dõi sau thủ thuật và các trường hợp cần báo ngay với nhân viên y tế tại khoa, phòng.	83,3	16,7

Phần lớn các bước trong quy trình kỹ thuật được tuân thủ, dù vậy vẫn còn 1 số bước chưa được chú trọng đúng mức.

- Một số trường hợp chưa trao đổi kỹ với người bệnh về kết quả thủ thuật và chưa hướng dẫn người bệnh cách theo dõi sau thủ thuật và các trường hợp cần báo ngay với nhân viên y tế tại khoa, phòng

- Một số trường hợp chỉ sát khuẩn âm hộ, chưa sát khuẩn rộng đến 2 bên đùi.

- 20% trường hợp bỏ qua bước đo lòng tử cung trước và sau khi tiến hành thủ thuật, điều này khiến bác sĩ khó xác định kích thước lòng tử cung, có thể không hút sạch hoặc không phát hiện được các trường hợp thủng tử cung

- Một số trường hợp không sát khuẩn lại cổ tử cung và âm đạo sau khi hoàn thành thủ thuật.

- Khám và đánh giá tư thế, kích thước tử cung trước khi tiến hành thủ thuật, điều này sẽ tăng nguy cơ thủng tử cung trong quá trình thủ thuật.

- + Nguyên nhân khách quan: hiện nay siêu âm có thể đánh giá tốt kích thước, vị trí và tư thế tử cung trong ổ bụng, tất cả các trường hợp được hút lòng kiểm tra sau mổ lấy thai đều được siêu âm kiểm tra trước khi tiến hành thủ thuật.

+ Nguyên nhân chủ quan: nhân viên y tế thực hiện bước đã được đào tạo tại khoa, có quy trình kỹ thuật đặt tại khoa, có kinh nghiệm trong việc hút lòng tử cung kiểm tra nên đối với các trường hợp tử cung nhỏ, siêu âm ngay trước khi hút lòng, không ghi nhận bệnh lý khác thì sẽ lướt qua bước khám. Đây là yếu tố chủ quan và không tuân thủ quy trình kỹ thuật bệnh viện. Bên cạnh đó, việc bỏ bước có thể dẫn đến việc không tuân thủ quy trình kỹ thuật ở bác sĩ trẻ nếu chỉ học trên lâm sàng và đưa đến nguy cơ thủng tử cung nếu bác sĩ ít kinh nghiệm hơn mô phỏng lại.

+ Kết luận: vấn đề có sự góp phần của cả nguyên nhân chủ quan và khách quan.

+ Giải pháp: khuyến khích tập huấn thường xuyên cho nhân viên y tế trẻ, đảm bảo thực hiện đủ các bước theo hướng dẫn của quy trình kỹ thuật. Đối với các nhân viên có nhiều kinh nghiệm, nếu bỏ bước phải giải thích nguyên nhân cho nhân viên trẻ hơn và hướng dẫn nguồn thông tin thay thế để tránh mô phỏng lại 1 cách máy móc.

### **c. Quy trình kỹ thuật nội soi cắt u buồng trứng:**

Tỷ lệ tuân thủ đầy đủ quy trình kỹ thuật: 83,3%.

TT	NỘI DUNG	NHẬN XÉT	
		ĐẠT (%)	CHƯA ĐẠT (%)
1	Chuẩn bị phương tiện (dàn máy và phương tiện nội soi ổ bụng)	100	0
2	Chuẩn bị người bệnh	100	0
3	Vào bụng: - Bơm hơi ổ phúc mạc - Trình bày các Trocart	96,6	3,4
4	Khảo sát toàn bộ ổ bụng, lấy dịch ổ bụng tìm tế bào lạ	83,3	16,7
5	Đánh giá toàn diện khối u buồng trứng: kích thước, tính chất, mức độ di động và dính các tạng xung quanh, gỡ dính nếu có.	100	0
6	Kỹ thuật cắt u buồng trứng:	86,6	13,4

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cố định buồng trứng</li> <li>- Rạch ở bờ tự do, song song và đối diện mạc treo buồng trứng.</li> <li>- Tìm đúng diện bóc tách, tách dần u ra khỏi mô lành buồng trứng, cố gắng không làm vỡ u.</li> <li>- Cầm máu diện bóc tách bằng đốt lưỡng cực, đi từ vùng trung tâm ra, tại đúng vị trí có chảy máu.</li> <li>- Đốt cuộn mép hoặc khâu phục hồi lại buồng trứng.</li> </ul>		
7	Kiểm tra <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cầm máu</li> <li>- Rửa bụng</li> <li>- Lấy bệnh phẩm qua bao</li> <li>- Kiểm tra các cơ quan trong ổ bụng</li> </ul>	100	0
8	Tháo khí CO <sub>2</sub> , rút các trocar và đóng bụng	93,3	6,7

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

- 1 trường hợp vào 2 trocar bụng gần nhau, gây khó khăn khi thao tác.
- 1 số trường hợp không khảo sát toàn bộ ổ bụng, lấy dịch ổ bụng tìm tế bào lạ trước khi phẫu thuật.
- Khoảng 17% trường hợp cắt bỏ mô buồng trứng nhiều, bóc tách xâm lấn vào cuống mạch tử cung - buồng trứng hoặc thất lưng - buồng trứng gây chảy máu nhiều, đốt cầm máu mô buồng trứng nhiều làm tăng nguy cơ giảm dự trữ buồng trứng, động tác bóc tách quá nhanh gây vỡ u buồng trứng.
- 2/30 trường hợp không tháo hết khí CO<sub>2</sub> trước khi may da, điều này có thể khiến người bệnh đau vai, đau bụng... sau mổ.

**d. Quy trình kỹ thuật cắt tử cung ngã bụng:**

Tỷ lệ tuân thủ đầy đủ quy trình kỹ thuật: 80%.

STT	NỘI DUNG	NHẬN XÉT	
		ĐẠT (%)	CHƯA ĐẠT (%)
1.	Rạch đường dọc giữa dưới rốn hay đường ngang trên vệ	100	0

2.	Rạch lớp mỡ dưới da	100	0
3.	Rạch lớp cân	100	0
4.	Tách cơ thẳng bụng	100	0
5.	Vào phúc mạc bằng kéo và kẹp phẫu tích	86,7	13,3
6.	Cắt các dây chằng: kẹp và cắt dây chằng tròn, dây chằng thất lưng - buồng trứng, tử cung – vòi tử cung và các cuống mạch, hai lá dây chằng rộng.	100	0
7.	Kẹp cắt động mạch tử cung	93,3	6,7
8.	Tách và cắt phúc mạc tử cung - bàng quang	80	20
9.	Cắt dây chằng tử cung - cùng và phúc mạc mặt sau	100	0
10.	Cắt dây chằng ngang cổ tử cung	100	0
11.	Cắt âm đạo	100	0
12.	Đóng âm đạo	100	0
13.	Phủ phúc mạc tiểu khung	86,7	13,3
14.	Lau bụng và kiểm tra ổ bụng, kiểm tra niệu quản	100	0
15.	Đóng thành bụng	100	0

Các bước trong quy trình kỹ thuật được tuân thủ tốt. Tuy nhiên, còn một số bước chưa thuần thục dù đảm bảo tuân thủ các bước trong quy trình kỹ thuật:

- Vào phúc mạc ổ bụng bằng kéo và kẹp phẫu tích: tùy vào thói quen của phẫu thuật viên vào phúc mạc bằng kéo hoặc bằng ngón tay.

- Có 1 trường hợp cột bó mạch tử cung không chắc nên gây chảy máu, tuy nhiên, phẫu thuật viên đã phát hiện và cột tăng cường động mạch tử cung.

- Phủ phúc mạc tiểu khung: một số trường hợp mổ khó, cần dẫn lưu, phẫu thuật viên không phủ phúc mạc tiểu khung.

- Tách phúc mạc bàng quang không đúng lớp gây chảy máu nhiều.

+ Nguyên nhân khách quan: quy trình kỹ thuật không hướng dẫn chi tiết các bước cần thực hiện để giảm chảy máu khi tách phúc mạc bàng quang.

+ Nguyên nhân chủ quan: phẫu thuật viên được phân công đúng cột, phù hợp quy chế phẫu thuật bệnh viện, đã thực hiện các bước cẩn thận, tuy nhiên cách tách bàng quang được giám sát còn thiếu sự tỉ mỉ dẫn đến chảy máu.

+ Kết luận: Nguyên nhân chủ quan và khách quan đều góp phần vào vấn đề còn tồn đọng, tuy nhiên có thể khắc phục nếu cải thiện nguyên nhân khách quan.

+ Giải pháp: bổ sung hướng dẫn cách tách bàng quang vào quy trình kỹ thuật.

### e. Quy trình kỹ thuật mổ lấy thai

Tỷ lệ tuân thủ đầy đủ quy trình kỹ thuật: 86,7%.

STT	NỘI DUNG	NHẬN XÉT	
		ĐẠT (%)	CHƯA ĐẠT (%)
<b>Vào ổ bụng:</b>			
1.	Rạch đường dọc giữa dưới rốn hay đường ngang trên vệ	100	0
2.	Rạch lớp mỡ dưới da	100	0
3.	Rạch lớp cân	100	0
4.	Tách cơ thẳng bụng	86,7	13,3
5.	Vào phúc mạc bằng kéo và kẹp phẫu tích	100	10
6.	Chèn gạc ướt 2 bên, chừa dây gạc ra ngoài	100	0
7.	Đặt van trên vệ che bàng quang và bộc lộ rõ vùng đoạn dưới tử cung	100	0
8.	Rạch phúc mạc theo đường ngang khoảng 2 cm dưới “đường bám chặt của phúc mạc” tách sang 2 bên.	90	10
9.	Dùng dao rạch 1 đoạn nhỏ ngang 1-2 cm trên đoạn dưới rồi tách rộng vết mổ ngang sang 2 bên.	100	0
<b>Lấy thai và nhau ra khỏi tử cung</b>			
10.	Kỹ thuật lấy thai.	93,3	6,7
11.	Lau khô, kẹp rốn chậm.	100	0
12.	Kỹ thuật lấy nhau	80	20
13.	Lau sạch buồng tử cung.	86,7	13,3
14.	Nong cổ tử cung (nếu chưa chuyển dạ).	100	0
<b>Khâu phục hồi cơ tử cung</b>			
15.	Máy hai góc tử cung.	100	0



16.	Khâu cơ tử cung mũi liên tục hay mũi rời.	100	0
17.	Phủ phúc mạc tử cung.	100	0
18.	Lấy gạc, lau sạch ổ bụng, kiểm tra 2 buồng trứng, 2 ống dẫn trứng, mặt sau tử cung.	100	0
<b>Đóng bụng</b>			
19.	Khâu phúc mạc thành bụng	100	0
20.	Khâu cơ thẳng bụng.	100	0
21.	Khâu cân.	100	0
22.	Đóng lớp mỡ.	100	0
23.	Khâu da.	100	0
24.	Sát khuẩn lại vết mổ và băng vô khuẩn.	100	0
25.	Lấy máu ú trong âm đạo và đánh giá cơ hồi tử cung	100	0
26.	Lau sạch máu dính trên người bệnh trước khi chuyển qua hồi sức	100	0

Tỷ lệ tuân thủ có cải thiện hơn so với quý 1 (70%) và quý 2 (73.33%). Các bước trong quy trình kỹ thuật đã được tuân thủ tốt.

- Một số trường hợp khi mổ lấy thai đường dọc, phẫu thuật viên gặp khó khăn khi tách cơ thẳng bụng.

- Vào phúc mạc ổ bụng bằng ngón tay: tùy vào thói quen của phẫu thuật viên vào phúc mạc bằng kéo hoặc bằng ngón tay.

- Một số trường hợp khó lấy thai do đầu thai quá cao hoặc quá thấp làm thời gian lấy thai lâu, rách đoạn dưới tử cung....

- Một số trường hợp không chờ nhau bong mà chủ động bóc nhau bằng tay, điều này có thể làm tăng nguy cơ viêm nội mạc tử cung, nhiễm trùng hậu phẫu...

- Một số trường hợp không lau buồng tử cung.

- Nong cổ tử cung, phủ phúc mạc cơ tử cung: tùy quan điểm phẫu thuật viên không cần nong cổ tử cung ở những trường hợp cổ tử cung đóng.

## **II. NHẬN XÉT ĐÁNH GIÁ**

### **2.1 Ưu điểm**

- Tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật tốt, phần lớn các bước được thực hiện đủ, tỷ lệ tuân thủ từ 80% trở lên.

## 2.2 Tồn tại và giải pháp

Tồn tại:

- 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.

- Cần đo buồng tử cung trước và sau khi tiến hành thủ thuật hút kiểm tra buồng tử cung để tránh và phát hiện kịp thời biến chứng thủng buồng tử cung.

- Cần lưu ý vấn đề tư vấn người bệnh sau thủ thuật

- Cần thám sát toàn bộ ổ bụng trước khi tiến hành nội soi bóc u buồng trứng

- Tránh bóc tách vào bó mạch tử cung - buồng trứng và thất lưng - buồng trứng, không đốt cầm máu mô lành buồng trứng quá nhiều làm giảm dự trữ buồng trứng sau mổ

- Thận trọng khi cột và cắt động mạch tử cung

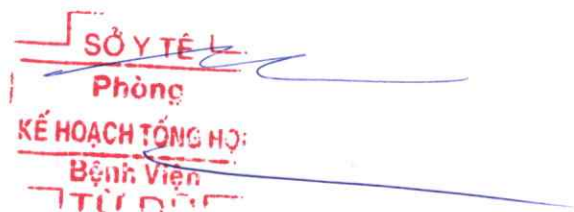
- Cần đánh giá ngôi thai, độ lọt trước khi phẫu thuật để tiên lượng được kỹ thuật bắt con./.

Kết luận:

+ Kết luận: vấn đề có sự góp phần của cả nguyên nhân chủ quan và khách quan.

+ Giải pháp: tập huấn thường xuyên cho nhân viên y tế, đảm bảo thực hiện đủ các bước theo hướng dẫn của quy trình kỹ thuật./.

**TRƯỞNG PHÒNG**



**BS. CKII. Bùi Văn Hoàng**