

QUYẾT ĐỊNH
V/v Ban hành Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Sản phụ khoa
GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM Y TẾ AN KHÊ

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15;
Căn cứ Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30 tháng 12 năm 2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;
Căn cứ Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2023 của Bộ Y tế quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;
Căn cứ Quyết định số 1296/QĐ-BYT ngày 05/5/2026 của Bộ Y tế ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật về Sản phụ khoa tập I";
Căn cứ Quyết định số 578/QĐ-UBND ngày 07/02/2026 của Ủy ban nhân dân tỉnh Gia Lai quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm Y tế An Khê;
Theo đề nghị của Hội đồng khoa học kỹ thuật, Trung tâm Y tế An Khê.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này 26 quy trình kỹ thuật chuyên ngành Sản phụ khoa theo danh mục đính kèm.

Điều 2. Các quy trình kỹ thuật chuyên ngành Sản phụ khoa ban hành kèm theo Quyết định này được áp dụng thống nhất tại Trung tâm Y tế An Khê.

Điều 3. Trưởng Khoa Chăm sóc sức khỏe sinh sản và Phụ sản, Trưởng các khoa, phòng và các cá nhân có liên quan chịu trách nhiệm tổ chức triển khai và nghiêm túc thực hiện các quy trình kỹ thuật ban hành kèm theo Quyết định này.

Quyết định này có hiệu lực từ ngày ký./.

Nơi nhận:

- Ban Giám đốc (b/c);
- Các khoa, phòng (t/h);
- Lưu: VT; KHN.



Trần Đức Phương

SỞ Y TẾ GIA LAI
TRUNG TÂM Y TẾ AN KHÊ

----- ☞ ☞ ☞ -----

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SẢN PHỤ KHOA



An Khê, năm 2026

DANH MỤC QUY TRÌNH CHUYÊN NGÀNH SẢN PHỤ KHOA
*(Ban hành theo Quyết định số /QĐ-TTAK ngày tháng 7 năm 2026 của
 Giám đốc Trung tâm Y tế An Khê)*

CHƯƠNG I. SẢN KHOA

1. Khám thai	4
2. Phẫu thuật lấy thai lần đầu	8
3. Phẫu thuật lấy thai lần hai trở lên	11
4. Đỡ đẻ ngôi chỏm	17
5. Đỡ đẻ ngôi mông	21
6. Nghiệm pháp lọt ngôi chỏm	26
7. Theo dõi nhịp tim thai và cơn co tử cung bằng monitor sản khoa	29
8. Kỹ thuật bấm ối	32
9. Nghiệm pháp bong rau, đỡ rau, kiểm tra bánh rau	35
10. Kiểm soát tử cung	38
11. Bóc rau nhân tạo	41
12. Cắt và khâu tầng sinh môn	44
13. Nạo sót thai, sót rau sau sảy hoặc sau đẻ	47

CHƯƠNG II. PHỤ KHOA

1. Đặt dụng cụ tử cung	49
2. Tháo dụng cụ tử cung	54
3. Chích áp xe vú	57
4. Phẫu thuật áp xe vú	59
5. Phẫu thuật cắt khối thai ngoài tử cung	61
6. Phẫu thuật nội soi cắt khối thai ngoài tử cung	64
7. Chích áp xe tuyến bartholin	68
8. Bóc nang tuyến bartholin	70

CHƯƠNG I. SẢN KHOA

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

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)

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 quy trình kỹ thuật về Sản phụ khoa – Tập 1 Ban hành kèm theo quyết định số 1296/QĐ-BYT ngày 08/05/2026 của Bộ Y tế

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

- Chảy máu: truyền máu hoặc các dung dịch thay thế
- Chấn thương thai nhi: phối hợp bác sỹ sơ sinh
- 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

- Nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết: dùng kháng sinh kết hợp
- 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 quy trình kỹ thuật về Sản phụ khoa – Tập 1 Ban hành kèm theo quyết định số 1296/QĐ-BYT ngày 08/05/2026 của Bộ Y tế

PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN HAI TRỞ LÊN

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 mô đẻ cũ
- Các chỉ định do nguyên nhân có mô 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

+ Sàng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu

thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

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

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

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính 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

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Sản phụ khoa – Tập 1 Ban hành kèm theo quyết định số 1296/QĐ-BYT ngày 08/05/2026 của Bộ Y tế

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 tiêu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải săng vô khuẩn.

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

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính 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, áo, dụng cụ.

6.7. Thì 7: Đóng thành bụng theo từng lớp.

6.8. Thì 8: Lấy máu và lau âm đạo.

6.9. Kết thúc quy trình

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu nhiều, băng huyết trong mổ hay sau mổ do chờ tử cung, chảy máu do rách đoạn dưới tử cung, chảy máu tại diện rau bám ...
- Tụ máu vết mổ tử cung, tụ máu thành bụng ...
- 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 về Sản phụ khoa – Tập 1 Ban hành kèm theo quyết định số 1296/QĐ-BYT ngày 08/05/2026 của Bộ Y tế

ĐỒ ĐỂ THƯỜNG NGÔI CHỖM

1. ĐẠI CƯƠNG

Đồ để thường ngôi chễm là thủ thuật tác động vào thì số 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 chễm, 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 chễm 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 đông 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

Người đỡ đẻ chỉ bắt tay vào đỡ khi có đủ các điều kiện sau:

- Cổ tử cung mở hết.
- Ổi đã vỡ (chưa vỡ thì bấm ối).
- Ngôi thai đã lọt và thập thò ở âm môn làm tăng 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 chằm vệt.

- Giúp đầu cúi tốt: ấn nhẹ nhàng vào vùng chằm 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 chằm 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 chằm cùng.

- Khi đỡ đầu vì ngôi chỏm sổ kiểu chằm 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 chằm 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 chằm quay về bên đó (chằm trái - ngang hoặc chằm 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, nhắc 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 tâm gác 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 đông máu (nếu có) dưới mông sản phụ ngay sau khi cắt rốn.

Chú ý:

- Ngôi chỏm sổ chậm 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 chậm 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 lý 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 tùy trường hợp cụ thể

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Ngay sau khi sổ thai, rau bong dờ 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 dờ tử cung phải tập trung cấp cứu chảy máu bằng thuốc tăng co tử cung và các biện pháp cầm máu hiện có và bồi phụ lượng máu đã mất.
- Thai ngạt: phải hồi sức thai

7.4. Biện chứng muộn: sang chấn cho trẻ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Sản phụ khoa – Tập 1 Ban hành kèm theo quyết định số 1296/QĐ-BYT ngày 08/05/2026 của Bộ Y tế

ĐẼ NGÔI MÔNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Ngôi môn là một ngôi đẻ khó, nhưng vẫn có khả năng đẻ đường âm đạo.
- Ngôi môn có tỷ lệ 2 - 6% trong tổng số các trường hợp chuyển dạ.
- Ngôi môn hay gặp ở các ca đẻ non.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ngôi môn hoàn toàn hoặc không hoàn toàn kiểu môn.
- 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 tăng 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

5.2. Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh.

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

5.4. 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 đông máu.
- Máy monitoring sản khoa.
- Đồ vải
- + Quần, áo công tác
- + Quần, áo thủ thuật
- + Quần áo người bệnh
- + Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.5. 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 tùy sống,...)
 - + Thông tiểu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải săng vô khuẩn.

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

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

5.8. 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). 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

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

Bàn tay ngoài đặt trên lưng, sát vai dùng các ngón ấn vào vùng chằm để phối hợp cùng lúc với bàn tay bên trong làm cho đầu cúi.

- + Sau đó dùng các ngón bàn tay ngoài ôm lấy 2 vai và kẹp ngón trở - giữa ôm lấy gáy thai rồi phối hợp với tay trong kéo thai xuống, đưa đầu về chằm - vệ, hướng thai ra ngoài lật lên phía bụng mẹ.
- + Người phụ đẩy vào tử cung giúp cho đầu sổ dễ hơn.

+ Cắt nới rộng TSM

b) Các thủ thuật hạ tay

* Thủ thuật Lovset

- Khi thai nhi sổ đến móm xương bả vai, người đỡ đẻ đưa ngón tay lên kiểm tra xem tay thai nhi có bị giờ lên cao hay không. Nếu tay bị giờ cao thì bắt đầu ngay thủ thuật hạ tay.
- Người đỡ đẻ nắm giữ thai nhi bằng 2 bàn tay, ngón cái ở vùng thắt lưng, lòng bàn tay ở 2 hông, các ngón tay khác ở phía bụng.
- Thực hiện vòng quay đầu tiên 90° 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 chằm dưới khớp vệ cho đầu sổ.

* Hạ tay theo phương pháp cổ điển

- Bao giờ cũng phải hạ tay sau xuống trước.
- Một bàn tay cầm chân thai 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.
- Hai ngón tay trở và giữa đi dọc theo cánh tay tìm đến nếp khuỷu thì ấn vào nếp đó để cẳng tay gấp lại và bàn tay vượt qua mặt thai nhi để đưa xuống dưới. Động tác này người ta ví như mèo rửa mặt
- Khi tay đã xuống, vào tới âm đạo thì gỡ dần ra theo mép sau âm hộ.
- Đối với tay trước, lại luồn tay lên làm các thao tác như trên.

- Ca không thể luân 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 đông máu (nếu có) dưới hông 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 dờ 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 dờ tử cung phải tập trung cấp cứu chảy máu bằng thuốc tăng co tử cung và các biện pháp cầm máu hiện có và bồi phụ lượng máu đã mất.
- Thai ngạt: phải hồi sức thai
- Chấn thương thai: gãy tay, gãy xương đòn ...
- Tử vong thai ...

7.3. Biện chứng muộn: sang chấn cho trẻ Dự phòng: đỡ đẻ đúng kỹ thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Sản phụ khoa – Tập 1 Ban hành kèm theo quyết định số 1296/QĐ-BYT ngày 08/05/2026 của Bộ Y tế

NGHIỆM PHÁP LỘT NGÔI CHỖM

1. ĐỊNH NGHĨA

- Nghiệm pháp lột ngôi chồm 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 chồm.
- Cổ tử cung xóa hết và mở ≥ 4 cm ở sản phụ con rạ và 5 cm trở lên ở sản phụ con so.
- Cơ co tử cung tốt. Nếu cơ 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 lột.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khung chậu hẹp hoàn toàn hoặc hẹp eo giữa và eo dưới.
- Thai suy.
- Các ngôi không phải là ngôi chồm.

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 mờ 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

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Sản phụ khoa – Tập 1 Ban hành kèm theo quyết định số 1296/QĐ-BYT ngày 08/05/2026 của Bộ Y tế

THEO DÕI NHỊP TIM THAI VÀ CƠ CO TỬ CUNG BẰNG MONITOR SẢN KHOA

1. ĐỊNH NGHĨA

- Theo dõi liên tục cơ 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 cơ co tử cung bất thường và sự đáp ứng của tim thai với cơ 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 cơ co tử cung.
 - + Test có kích thích: theo dõi nhịp tim thai tương ứng với cơ co tử cung hay là thử nghiệm chịu đựng của thai đối với cơ co tử cung tạo nên do kích thích núm vú.
- Nguyên lý:

Mục đích kỹ thuật: theo dõi nhịp tim thai và cơ 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 đựng của thai đối với cơ 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, rốn 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

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 nghiệm 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.

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 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 quy trình kỹ thuật về Sản phụ khoa – Tập 1 Ban hành kèm theo quyết định số 1296/QĐ-BYT ngày 08/05/2026 của Bộ Y tế

KỸ THUẬT BẮM ỒI

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
- + Sàng phẫu thuật / thủ thuật

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 tiêu (nếu cần)
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải sẵn vô khuẩn.

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

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

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

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH 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 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 co 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

1.1. 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

1.2. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Sản phụ khoa – Tập 1 Ban hành kèm theo quyết định số 1296/QĐ-BYT ngày 08/05/2026 của Bộ Y tế

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 đờ rau.
- Kiểm tra xem bánh rau có đầy đủ không.
- Tránh những tai biến, biến chứng trong thời kỳ hậu sản:

+ Sốt rau, sốt 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 đông máu.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Sàng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

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

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

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

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 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 kim kẹp cuống rau bị kéo lên trên theo sự di chuyển của đáy tử cung là rau chưa bong khỏi thân tử cung.
- Nếu kim kẹp cuống rau di động ít hay đứng nguyên là rau đã xuống đoạn dưới.
- Nếu kim kẹp cuống rau tụt xuống thấp hơn là rau đã xuống đến âm đạo.
- Cầm kim kẹp dây rau kẹp 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 kim 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)

** 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 ngoài sản mạc:

- Bình thường: bánh rau có khoảng 18-20 múi, rau màu đỏ sẫm, bóng hơi sần sùi, xung quanh mỗi múi có rãnh nhỏ.
- Nếu sót rau: chỗ sót sẽ lõm xuống, mất độ bóng, nhám 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 nhám 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. 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: Sốt rau và màng rau

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Sản phụ khoa – Tập 1 Ban hành kèm theo quyết định số 1296/QĐ-BYT ngày 08/05/2026 của Bộ Y tế

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
- Sốt 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 đông máu.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Sàng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

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

- + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
- + Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
- + Thông tiểu (nếu cần)
- + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
- + Trải sạch vô khuẩn.

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

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

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng đẻ.

6. TIỀN 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

- Sốt rau và màng rau

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm khuẩn hậu sản

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Sản phụ khoa – Tập 1 Ban hành kèm theo quyết định số 1296/QĐ-BYT ngày 08/05/2026 của Bộ Y tế

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

5.4. Người bệnh

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

khỏe, phát hiện chống chỉ định.

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

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

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,5 - 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: Thuộc 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 ngâm 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

- Sốt rau và màng rau

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm khuẩn hậu sản

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Sản phụ khoa – Tập 1 Ban hành kèm theo quyết định số 1296/QĐ-BYT ngày 08/05/2026 của Bộ Y tế

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 thất 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, chệch 45° 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, sỏ 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 sỏ, 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 góc của màng trinh phía ngoài; khâu hết đến tận đáy kéo hai mép của âm đạo góc của màng trinh sát vào nhau.
 - + Mũi khâu vắt thứ hai: Bắt đầu từ đỉnh của vết cắt tầng sinh môn phía ngoài vào tới góc của màng trinh phía trong. Khâu từ phần dưới da cho đến góc của màng trinh phía trong.

- + Khâu vết 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 vết 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 sâu ở trong âm đạo và rách sâu ở tầng sinh môn thì chúng ta phải khâu mũi rời.
- Khâu da nên khâu mũi vết 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

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Sản phụ khoa – Tập 1 Ban hành kèm theo quyết định số 1296/QĐ-BYT ngày 08/05/2026 của Bộ Y tế

NẠO SỐT THAI, SỐT RAU SAU SẦY 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

- Sốt rau nhiễm khuẩn nặng.
- Sốt rau đang chảy máu ồ ạt, vừa hồi sức tích cực vừa nạo.

4. THẬN TRỌNG

Thận trọng với các trường hợp thai trứng, chữa 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
- + Sàng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh:

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

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

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

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

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

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bước 1: Trải sẵn 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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Sản phụ khoa – Tập 1 Ban hành kèm theo quyết định số 1296/QĐ-BYT ngày 08/05/2026 của Bộ Y tế

PHẦN II PHỤ KHOA

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 sảy thai nhiễm khuẩn.
- Ra máu âm đạo chưa được chẩn đoán nguyên nhân.
- Bệnh nguyên bào nuôi ác tính hoặc có tình trạng β hCG 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 mũi 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 β hCG 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.+ 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 gấp 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
- Băng 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 - 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 hướng dẫn của từng loại DCTC để hai cánh ngang DCTC lọt vào trong ống đặt (cần đặt).
- Chỉnh lại nắp đánh dấu trên ống đặt (cần đặt) bằng chiều dài buồng tử cung.

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 cánh 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 quy trình kỹ thuật về Sản phụ khoa – Tập 1 Ban hành kèm theo quyết định số 1296/QĐ-BYT ngày 08/05/2026 của Bộ Y tế

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

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 (Nguyên 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 TIỀN 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, phân kế hoạch hóa gia đình và phá thai an toàn - BHYT - 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.

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:** Khỏi 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

+ Sàng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh:

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

- + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
- + Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tùy sống,...)
- + Thông tiểu (nếu cần)
- + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
- + Trải sạch vô khuẩn.

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

5.6. Thời gian thực hiện: ước tính khoảng 1/4 đến 1/2 giờ

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

6. CÁC BƯỚC TIỀN 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: 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 trở 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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Sản phụ khoa – Tập 1 Ban hành kèm theo quyết định số 1296/QĐ-BYT ngày 08/05/2026 của Bộ Y tế

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. 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 tùy sống,...)
- + Thông tiểu (nếu cần)
- + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
- + Trải sạch vô khuẩn.

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

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

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

6. CÁC BƯỚC TIỀN 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 trở 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Sản phụ khoa – Tập 1 Ban hành kèm theo quyết định số 1296/QĐ-BYT ngày 08/05/2026 của Bộ Y tế

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 chứa:

- 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 kim có máu kẹp sát với tử cung, nơi mạc treo vòi ít mạch máu, dùng kéo cắt khối chứa tới sát tại 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 mạc bên vòi tử cung bị cắt bằng chỉ tự tiêu và buộc chặt cầm máu.
- Nếu chứa ở đoạn kẽ vòi tử cung (khối chứa nằm ngoài dây chằng tròn) thì rạch

cơ tử cung lấy khối chứa rồi khâu phục hồi cơ tử cung.

- Nếu chữa ngoài tử cung ở buồng trứng thì cắt vùng buồng trứng tổn thương, khâu cầm máu bằng chỉ tự tiêu vắt cầm máu.

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 phận 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 chữa 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, cầm 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

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Sản phụ khoa – Tập 1 Ban hành kèm theo quyết định số 1296/QĐ-BYT ngày 08/05/2026 của Bộ Y tế

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT KHỎI 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 phúc mạc, mô tắc ruột, mô 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 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 tùy sống,...)
- + Thông tiểu (nếu cần)
- + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
- + Trải săng vô khuẩn.

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

5.6. 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 CO₂

- Có thể chọc Trocar đèn soi trực tiếp ở ngay mép rốn sau đó bơm CO₂
- Bơm CO₂ 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 CO₂ trước hoặc nội soi mở:
- Điểm chọc kim bơm CO₂ thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc Trocar đèn soi (đây là điểm chọc phổ biến nhất). Trong ca có sẹo mổ cũ đường trắng giữa dưới rốn thì có thể chọc kim ở vị trí hạ sườn trái hoặc nội soi mở. Bơm CO₂ đến áp lực mong muốn (khoảng 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: 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 chứa 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 chứa.
- Cắt vòi tử cung từ eo đến loa hoặc ngược lại
- Đưa dao điện 2 cực vào trocar bên đối diện với khối chứa, 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 chứa 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 CO₂

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 CO₂, 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 Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận 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

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Sản phụ khoa – Tập 1 Ban hành kèm theo quyết định số 1296/QĐ-BYT ngày 08/05/2026 của Bộ Y tế

CHÍCH ÁP XE TUYẾN BARTHOLIN

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

+ Sàng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh:

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

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

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

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính khoảng 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: Tùy tiến triển khối máu tụ có thể theo dõi hay phá ra cầm máu lại

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Sản phụ khoa – Tập 1 Ban hành kèm theo quyết định số 1296/QĐ-BYT ngày 08/05/2026 của Bộ Y tế

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

+ Sàng 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, +

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 tùy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải sẵn 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 TIỀN 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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Sản phụ khoa – Tập 1 Ban hành kèm theo quyết định số 1296/QĐ-BYT ngày 08/05/2026 của Bộ Y tế