SỞ Y TẾ SƠN LA

BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH

TÀI LIỆU ĐÀO TẠO

CẤP CỨU PHẪU THUẬT SẢN KHOA CƠ BẢN

Thời gian: 3 tháng

(Đối tượng Bác sĩ)

Sơn La, năm 2023

SỞ Y TẾ SƠN LA

BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH

TÀI LIỆU ĐÀO TẠO

CẤP CỨU PHẪU THUẬT SẢN KHOA CƠ BẢN

Thời gian: 3 tháng

(Đối tượng: Bác sĩ)

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BVĐKT ngày tháng 6 năm 2023 của Bệnh viện đa tỉnh Sơn La)

Sơn La, năm 2023

NHÓM TÁC GIẢ

Chủ biên: BsCKI. Vũ Duy Bình - Phó trưởng khoa Sản - BVĐKT

Thư ký: Bs. Lê Văn Hiếu - Khoa Sản -BVĐKT

Thành viên:

1. Ths. Nguyễn Tuấn Anh - Trưởng khoa Sản - BVĐKT

2. BsCKII. Nguyễn Thị Thúy Nga - Phó trưởng khoa Sản - BVĐKT

Mục lục

CHỬA NGOÀI TỬ CUNG 2
CHỬA Ở VẾT MỔ 8
U NANG BUỒNG TRỨNG 10
RAU BONG NON 16
RAU TIỀN ĐẠO 21
SUY THAI TRONG TỬ CUNG 25
TIỀN SẢN GIẬT – SẢN GIẬT 28
VỠ TỬ CUNG 34
PHẪU THUẬT LẤY THAI 39
XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN III CUỘC CHUYỂN DẠ 44
PHẪU THUẬT CHỬA NGOÀI TỬ CUNG VỠ 51
PHẪU THUẬT MỞ BỤNG 53
CẮT U BUỒNG TRỨNG HOẶC CẮT PHẦN PHỤ 53

CHỬA NGOÀI TỬ CUNG

BsCKI. Vũ Duy Bình - Phó khoa Sản - BVĐKT

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nhận định và kiểm soát ban đầu bệnh nhân GEU.

2. Thực hiện được nhận định và kiểm soát bệnh nhân GEU.

3. Rèn luyện tác phong thực hiện kiểm soát ban đầu bệnh nhân cấp cứu GEU theo đúng trình tự các bước.

l. KHÁI NIỆM:

Chửa ngoài tử cung là trường hợp thai không làm tổ trong buồng tử cung. Có thể gặp ở nhiều vị trí khác nhau như ở vòi tử cung, buồng trứng, tại ống cổ tử cung hoặc tại các vị trí khác nhau trong ổ bụng, thậm chí ngoài ổ phúc mạc. Tuy nhiên, khoảng hơn 95% trường hợp chửa ngoài tử cung xảy ra ở vòi tử cung (55% ở loa, 25% ở eo, 17% ở đoạn bóng và chỉ 2% đoạn kẽ)

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng:

- Cơ năng:

+ Chậm kinh: nhiều trường hợp không rõ vì đôi khi ra máu trước thời điểm dự báo có kinh.

+ Ra máu âm đạo với tính chất: ra ít một, sẫm màu, ra liên tục dai dẳng.

+ Đau bụng: thường xuất hiện do vòi tử cung bị căng giãn và nứt vỡ hoặc máu trong ổ bụng gây kích thích phúc mạc, thường đau ở vị trí chỗ chửa. Đôi khi đau bụng kèm theo mót rặn khi trực tràng bị kích thích.

- Toàn thân:

Có thể choáng ngất do đau, do vỡ khối chửa

Hoặc có dấu hiệu thiếu máu mãn tính, da hơi ánh vàng nhạt trong thể huyết tụ thành nang.

- Thực thể:

+ Khám bụng có điểm đau, phản ứng thành bụng trong trường hợp có máu trong ổ bụng.

+ Khám mỏ vịt: dấu hiệu có thai như cổ tử cung tím khó phát hiện, nhưng âm

đạo có máu từ lỗ cổ tử cung ra, số lượng ít, máu sẫm màu giống như bã café.

+ Thăm âm đạo: tử cung to hơn bình thường nhưng không tương xứng tuổi thai. Sờ nắn thấy có khối cạnh tử cung, mềm, ranh giới không rõ, đau khi di động tử cung. Túi cùng sau đầy và rất đau khi có chảy máu trong. Đặc trưng là tiếng kêu "Douglas" khi chạm vào túi cùng sau làm người bệnh đau giật nảy người và hất tay thầy thuốc ra.

2.2. Cận lâm sàng:

- Phản ứng chẩn đoán có thai: xét nghiệm HCG/ nước tiểu dương tính hoặc βHCG/máu > 5UI/ml

+ Trong 3 tháng đầu lượng βHCG tăng gấp đôi sau 48h

+ Trong chửa ngoài tử cung mức độ tăng βHCG chậm nên cần kết hợp với siêu âm.

- Siêu âm: không thấy hình ảnh túi ối trong buồng tử cung kết hợp với nồng độ βHCG để nghĩ nhiều đến chửa ngoài tử cung.

Tìm khối chửa ở xung quanh, cạnh tử cung, có thể có dịch ở túi cùng Douglas. Hình ảnh túi ối giả trong buồng tử cung do máu và màng rụng đọng lại.

Siêu âm đường bụng nhìn thấy túi ối trong buồng tử cung là khoảng 6 tuần (chậm kinh 2 tuần, βHCG đạt 3000-3500 mUI/ml). Siêu âm đường âm đạo có thể nhìn thấy túi ối sớm hơn khoảng 5 ngày (βHCG đạt 1000- 2000mUI/ml). Khi chưa đến các thời điểm này hay dưới các giới hạn này thì không quan sát thấy túi ối trong buồng tử cung cũng là bình thường.

- Một số thăm dò khác:

+ Nạo buồng tử cung tìm phản ứng Arias-Stella, chỉ làm ở những trường hợp nghi ngờ mà lại không muốn giữ thai. Có thể kết hợp với kiểm tra nồng độ βhCG trước và sau nạo, hoặc soi tìm lông rau.

+ Chọc dò túi cùng sau âm đạo có máu không đông

+ Soi ổ bụng: giúp chẩn đoán sớm và điều trị.

2.3. Chẩn đoán xác định:

- Dựa vào lâm sàng: chậm kinh + đau bụng dưới + ra máu âm đạo.

- Có thể sờ thấy khối chửa cạnh tử cung

- Dựa vào cận lâm sàng: siêu âm + hCG (hoặc βhCG nếu cần)

2.4. Các thể lâm sàng:

2.4.1. Thể chửa ngoài tử cung chưa vỡ

Toàn trạng bình thường, không mất máu. Thăm trong có thể nắn thấy khối cạnh tử cung, khu trú rõ và đau, các túi cùng thường không đầy, không đau. Siêu âm không có máu trong ổ bụng.

2.4.2. Thể lụt máu ổ bụng

Bệnh cảnh nổi bật là đau và choáng nặng do chảy máu trong, xuất hiện đột ngột. Bụng trướng, ấn đau khắp bụng. Siêu âm dịch nhiều ở cùng đồ và trong ổ bụng.

2.4.3. Thể giả sảy

Khi có biến đổi nội tiết toàn bộ nội mạc tử cung bong ra và bị tống ra ngoài làm dễ nhầm với sẩy thai, bỏ sót chửa ngoài tử cung. Xét nghiệm giải phẫu bệnh tổ chức nạo ra thấy hình ảnh màng rụng, không thấy lông rau - hình ảnh Arias Stella.

2.4.4. Thể huyết tụ thành nang

Do máu chảy ít một, đọng lại sau đó ruột, các tạng và mạc nối phản ứng,bọc lại thành khối huyết tụ. Chẩn đoán thường khó vì triệu chứng không điển hình. Toàn thân có tình trạng thiếu máu. Chọc dò hút ra máu đen lẫn cặn.

2.4.5. Chửa ở buồng trứng

Thường chỉ chẩn đoán được sau khi đã mở bụng hay nội soi. Chẩn đoán khi thấy túi thai nằm ở buồng trứng. Theo tiêu chuẩn của Spiegelberg thì đặc điểm của chửa buồng trứng là:

+ Túi ối nằm trên vùng buồng trứng

+ Khối chửa liên tục với tử cung bởi dây chằng tử cung - buồng trứng

2.4.6. Chửa trong ổ bụng

Thai nằm ngoài hoàn toàn tử cung, thường phát triển khá lớn, thậm chí có thể sờ nắn thấy thai ở ngay dưới da bụng. Vị trí chửa có thể ở bất kỳ vị trí nào trong ổ bụng, thường là ở vùng hạ vị nhưng cũng có thể gặp ở vùng gan, vùng lách, thậm chí ở sau phúc mạc

2.4.7. Chửa ống cổ tử cung

Hiếm gặp, là trường hợp thai làm tổ ở phía dưới lỗ trong cổ tử cung. Triệu

chứng nghèo nàn, không đặc hiệu, khám thấy cổ tử cung phình ra một cách bất thường. Hậu quả gây thai chết lưu hoặc sẩy thai, rau cài răng lược, khi rau bong dở dang làm chảy máu khó cầm. Nạo không cầm được máu mà thường phải tiến hành cắt tử cung.

2.4.8. Chửa sẹo mổ tử cung

2.4.9. Phối hợp chửa trong tử cung với chửa ngoài tử cung

Rất hiếm gặp, dễ bỏ sót. Hiện nay hay gặp trong trường hợp thụ tinh ống nghiệm.

3. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Sẩy thai, doạ sẩy thai: siêu âm trước đó đã quan sát thấy hình ảnh túi ối trong buồng tử cung.

- Viêm phần phụ: có tình trạng nhiễm khuẩn, để phân biệt có thể dùng xét nghiệm định lượng HCG và soi ổ bụng

- Vỡ nang noãn: trường hợp chảy máu trong ổ bụng gây choáng thì buộc phải phẫu thuật để cầm máu và rửa ổ bụng, thường chẩn đoán sau khi đã mở bụng.

- Khối u buồng trứng: không có dấu hiệu có thai, triệu chứng thường xuất hiện khi co biến chứng, thăm trong có khối cạnh tử cung nên cần siêu âm để phân biệt.

- Viêm ruột thừa: đau hố chậu phải, có biểu hiện nhiễm trùng và rối loạn tiêu hoá, không có phản ứng thai nghén. Phân biệt đám quánh ruột thừa với huyết tụ thành nang.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc chung

Là cấp cứu sản khoa cần chẩn đoán sớm và điều trị sớm.Có thể điều trị nội khoa hay ngoại khoa tuỳ thuộc vào thể bệnh và biểu hiện lâm sàng của chửa ngoài tử cung.

4.2. Điều trị cụ thể:

4.2.1. Phẫu thuật:

Điều kiện: tuần hoàn không ổn định, có dấu hiệu shock do vỡ, doạ vỡ Có các bệnh nội khoa kết hợp như suy thận, suy giảm miễn dịch βhCG > 5000 mIU/ml, siêu âm nhiều dịch ổ bụng

Dị ứng với Methotrexat (MTX) hoặc không chấp nhận điều trị MTX

+ Thể lụt máu trong ổ bụng: mổ cấp cứu để cắt khối chửa cầm máu, đồng thời hồi sức tích cực, bồi phụ thể tích tuần hoàn đã mất.

+ Thể chưa vỡ: bảo tồn vòi tử cung bằng cách rạch dọc bờ tự do vòi tử cung lấy khối thai nếu khối chửa nhỏ ở đoạn loa, bóng và sau đó phải theo dõi nồng độ βhCG sau mổ, nếu nồng độ βHCG không giảm hoặc thậm chí còn tăng thì phải điều trị tiếp tục bằng tiêm MTX. Thường cắt bỏ khối chửa vì tỷ lệ thành công có thai lại thấp và lại có nguy cơ chửa ngoài dạ con lại cao.

+ Thể huyết tụ thành nang: mổ bán cấp cứu để tránh vỡ thứ phát hay tránh nhiễm khuẩn. Lấy hết máu tụ và khối chửa, cầm máu, lau rửa sạch khoang chứa máu, chú ý khi mổ không gây tổn thương ruột, bàng quang khi tách dính.

+ Thể chửa trong ổ bụng: nên mổ khi thai nhỏ dưới 32 tuần, thai trên 32 tuần nếu sống có thể theo dõi thêm. Khi mổ lấy thai không nên vội vàng vì sẽ khó trong xử lý bánh rau, đôi khi bánh rau bị bong gây chảy máu rất khó cầm, hoặc khi bánh rau bám rộng và chặt vào tổ chức trong ổ bụng thì phải chèn gạc thật chặt rồi rút dần trong những ngày sau.

+ Thể chửa ở ống cổ: thường phải cắt tử cung để cầm máu.

4.2.2. Nội khoa**:**

Điều kiện: - Khối chửa có kích thước dưới 3,5 cm. Không có hoạt động của tim thai

- Huyết động học ổn định
- Nồng độ βhCG < 5000mIU/ml

+ Theo dõi thai ngoài tử cung thoái triển tự nhiên: khoảng 3% với nồng độ βhCG thấp, khối chửa bé.

+ Dùng Methotrexat toàn thân đơn liều hay đa liều:

Methotrexat tiêm bắp, nồng độ tuỳ thuộc vào diện tích da bệnh nhân, thường dung đơn liều 50 mg. Cần theo dõi công thức máu, chức năng gan, thận. Theo dõi nồng độ βHCG giảm ít nhất 15% khoảng thời gian từ ngày thứ 4 đến thứ 7 sau khi tiêm. Nếu nồng độ βhCG giảm ít hay không thay đổi mấy thì có thể tiêm thêm mũi MTX thứ 2 hoặc phẫu thuật.

Ngừng theo dõi khi nồng độ βHCG dưới 10 mIU/ml. Nhưng đôi khi có thể thấy đau bụng trở lại, thậm chí sờ thấy khối cạnh tử cung to lên, nhưng βhCG về bình thường thì vẫn coi là điều trị nội thành công và theo dõi thêm. Sau điều trị 6 tháng mới được có thai trở lại.

+ Điều trị tại chỗ bằng cách tiêm vào phôi các chất phá huỷ phôi khi đã chẩn đoán xác định và tiêm dưới hướng dẫn của siêu âm đường âm đạo.

5. TIẾN TRIỂN

Khả năng sinh đẻ của những phụ nữ đã bị mổ chửa ngoài tử cung là rất khó khăn: 50% bị vô sinh và 15% bị tái phát chửa ngoài tử cung. Với những phụ nữ trẻ chưa có đủ con có thể phẫu thuật bảo tồn vòi tử cung, nhưng kết quả cũng rất hạn chế.

CHỬA Ở VẾT MỔ

BsCKI. Vũ Duy Bình - Phó khoa Sản - BVĐKT

Mục tiêu: Chẩn đoán được vị trí chửa và có thái độ xử trí đúng đắn

1. KHÁI NIỆM

Chửa ở vết mổ là một dạng thai ngoài tử cung do thai làm tổ ở vết sẹo mổ trên cơ tử cung. Đây là dạng bệnh lý hiếm gặp nhất của thai ngoài tử cung và thường gây ra hậu quả sẩy thai sớm, rau cài răng lược, vỡ tử cung.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Lâm sàng:

- Chậm kinh
- Ra máu âm đạo bất thường
- Đau bụng lâm râm

2.2. Cận lâm sàng:

Siêu âm: - Buồng tử cung trống, không có túi ối trong buồng tử cung

- Tim thai nằm ở thành trước đoạn eo tử cung có cơ tử cung phân cách giữa túi thai với bang quang
- Có sự phân bố mạch máu quanh túi thai khi kết hợp siêu âm Doppler cho thấy gia tăng mạch máu quanh túi thai
- Mất hay thiếu lớp cơ bình thường giữa bang quang và túi thai

2.3. Chẩn đoán phân biệt:

- Thai ở đoạn eo tử cung
- Sẩy thai đang tiến triển
- U nguyên bào nuôi

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc điều trị:

- Lấy khối thai trước khi vỡ
- Bảo tồn khả năng sinh sản

3.2. Chọn lựa các phương thức điều trị, việc điều trị thường phối hợp nhiều phương thức và được cân nhắc trên từng người bệnh

- Huỷ thai trong túi ối

- Lấy khối rau thai:

+ Nong và nạo: tuy nhiên có nguy cơ xuất huyết cao.

+ Phẫu thuật: mục đích để lấy khối rau thai, bảo tồn tử cung khi không đáp ứng điều trị nội và khối rau thai xâm lấn nhiều hoặc cắt tử cung khi chảy máu khó cầm hay thai đã khá to

- Chèn bóng ống cổ tử cung:

Để kiểm soát chảy máu rỉ rả sau thủ thuật hút thai

Sử dụng sonde Folley đặt nhẹ nhàng vào cổ tử cung rồi bơm căng bóng bằng 30ml nước muối sinh lý chèn tại chỗ trong 12h

- Hoá trị toàn thân :thường để điều trị hỗ trợ

Mục đích giảm sự phân bố mạch máu ở khối thai và tiêu huỷ tế bào rau Sử dụng Methotrexat 1 mg/kg tiêm bắp

Theo dõi diễn biến qua hCG và siêu âm. Có thể lặp lại liều sau 1 tuần.

- Tắc mạch máu nuôi:

Mục đích: chuẩn bị cho phẫu thuật hoặc kết hợp với hoá trị

Các phương pháp: thắt động mạch tử cung qua đường âm đạo hay thắt động mạch chậu trong.

4. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG:

Trường hợp dùng hoá trị toàn thân yêu cầu người bệnh ngừa thai ít nhất 3 tháng.

Khám lại ngay khi có biến chứng xuất huyết nhiều. Có thể dùng thuốc ngừa thai để hạn chế sự ra máu.

U NANG BUỒNG TRỨNG

BsCKII. Nguyễn Thị Thúy Nga – Phó khoa Sản BVĐKT

MỤC TIÊU

1. Trình bày được cách phát hiện và tiêu chuẩn chẩn đoán U nang buồng trứng xoắn.

2. Trình bày được kỹ thuật cấp cứu cơ bản U nang buồng trứng xoắn.

3. Thực hiện được thành thạo các bước ABC trong cấp cứu cơ bản U nang buồng trứng xoắn theo đúng trình tự và quy trình kỹ thuật.

1. KHÁI NIỆM

U nang buồng trứng là những u có vỏ bọc ngoài, bên trong chứa dịch, có thể gặp ở mọi lứa tuổi. U nang buồng trứng có thể gây rối loạn kinh nguyệt, gây khó chịu tại chỗ, làm giảm chức năng sinh sản, đôi khi gây suy nhược cơ thể hoặc có thể gây tử vong do các biến chứng: tiến triển thành ung thư, tắc ruột.

2. CÁC LOẠI U BUỒNG TRỨNG

2.1. Các nang cơ năng

2.1.1. Nang bọc noãn:

Nang bọc noãn do nang De Graff không vỡ vào ngày qui định, lớn dần lên, thường từ 3-8 cm hoặc lớn hơn.

- Triệu chứng: không rõ ràng, đôi khi có ra máu, nang to có thể gây đau tiểu khung, đau khi giao hợp, có thể gây ra chu kỳ kinh dài, hoặc ngắn. Nang có thể bị xoắn hoặc vỡ gây bệnh cảnh cấp cứu.

- Chẩn đoán phân biệt với: viêm vòi trứng, lạc nội mạc tử cung, nang hoàng thể, khối u khác.

- Xử trí: thường nang tự biến mất trong khoảng 60 ngày, không cần điều trị. Có thể dùng thuốc tránh thai gây vòng kinh nhân tạo.

Nếu nang tồn tại trên 60 ngày với chu kỳ kinh đều thì có khả năng không phải nang cơ năng.

2.1.2. Nang hoàng thể:

Có hai loại nang hoàng thể: nang tế bào hạt và nang tế bào vỏ.

- Nang hoàng thể tế bào hạt: là nang cơ năng, gặp sau phóng noãn, các tế bào hạt trở nên hoàng thể hoá.

+ Triệu chứng: đau vùng chậu, gây vô kinh hoặc chậm kinh, dễ nhầm với chửa ngoài tử cung, có thể xoắn nang, vỡ nang gây chảy máu phải soi ổ bụng hoặc mở bụng để cầm máu.

- Nang hoàng thể tế bào vỏ: loại nang này không to, hay gặp ở hai bên buồng trứng, dịch trong nang màu vàng rơm. Loại nang này thường gặp trong buồng trứng đa nang, chửa trứng, chorio hoặc quá mẫn trong kích thích phóng noãn.

+ Xử trí: nang thường biến mất sau điều trị như nạo trứng, điều trị chorio.

- Buồng trứng đa nang (Hội chứng Stein-Leventhal):

Gặp ở hai bên buồng trứng, gây vô kinh, vô sinh, thiểu kinh, 50% có mọc râu và béo. Nhiều trường hợp gây vô sinh thứ phát. Những rối loạn có liên quan đến rối loạn chức năng vùng dưới đồi.

Buồng trứng đa nang có vỏ bị sừng hóa, bề mặt trắng ngà, nhiều nang nhỏ nằm dưới lớp vỏ dày giống hình con sò.

Xét nghiệm: 17 - ketosteroid tăng nhẹ nhưng estrogen và FSH bình thường, LH cao.

Chẩn đoán: dựa vào khai thác tiền sử, khám thực thể, dậy thì sớm, mất kinh kéo dài, xét nghiệm LH tăng cao, theo dõi nhiệt độ cơ thể không có biểu hiện phóng noãn. Buồng trứng to khi khám qua tiểu khung gặp trong 50% trường hợp.

Chẩn đoán xác định: triệu chứng lâm sàng, LH/FSH>1,5, nếu > 2 chắc chắn, siêu âm nhiều nang noãn nằm ở bề mặt vỏ buồng trứng và soi ổ bụng.

Điều trị: Chlomifen 50-100 mg trong 5-7 ngày kết hợp Pregnyl 5000 đơn vị gây phóng noãn, đôi khi phải cắt góc buồng trứng. Người ta thấy cắt góc buồng trứng đem lại thành công trong điều trị vô sinh.

Người bị buồng trứng đa nang thường không phóng noãn trường diễn do đó niêm

mạc tử cung chịu ảnh hưởng của estrogen nên bị quá sản, có thể gặp cả quá sản không điển hình do đó cần kết hợp điều trị thêm bằng progestatif.

- Nang hoàng thể trong thai nghén

Là những nang gặp trong khi có thai, có thể cả hai bên buồng trứng, kích thước khoảng < 5cm

2.2. U nang buồng trứng thực thể:

2.2.1. U nang biểu mô buồng trứng**:** chiếm 60-80% tất cả các loại u nang gồm: u nang nước, u nang nhầy, lạc nội mạc tử cung, u tế bào sáng, u Brenner, u đệm buồng trứng.

- U nang nước:

Là loại u có vỏ mỏng, cuống thường dài, chứa dịch trong, kích thước thường to, có khi choán hết ổ bụng, là loại khối u lành tính, có thể có nhú ở mặt trong hoặc mặt ngoài vỏ nang. Những khối u lành tính thường có vỏ nhẵn, chứa dịch vàng nhạt. Nếu có nhú thường là ác tính.

+ Triệu chứng: gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng hay được phát hiện ở tuổi 20-30, cũng gặp cả ở tuổi tiền mãn kinh và sau mãn kinh.

+ Khám tiểu khung thấy khối u.

+ Xử trí: mổ cắt bỏ nang, trong khi mổ nên cắt lạnh để chẩn đoán loại trừ ung thư.

- U nang nhầy:

Chiếm khoảng 10-20% các loại khối u biểu mô, và khoảng 85% u nang nhầy là lành tính, tuổi thường gặp từ 30-50.

U nang nhầy vỏ mỏng và nhẵn, ít khi có nhú, vỏ nang gồm 2 lớp: tổ chức xơ và biểu mô trụ. U nang gồm nhiều thuỳ ngăn cách bởi các vách ngăn, trong chứa chất dịch nhày vàng, kích thước thường to nhất trong các u buồng trứng.

Xử trí: mổ cắt bỏ u nang.

- Lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng:

Thường phát hiện được qua soi ổ bụng hoặc trong phẫu thuật 10-25% do tuyến nội

mạc tử cung lạc chỗ ở buồng trứng.

Cấu tạo vỏ nang mỏng, bên trong chứa dịch màu chocolate (máu kinh), khối u thường dính, dễ vỡ khi bóc tách.

Chẩn đoán: dựa vào các triệu chứng đau hạ vị, đau bụng khi hành kinh, đau khi giao hợp, khám tiểu khung và soi ổ bụng phát hiện khối u.

- Khối u tế bào sáng (Mesonephroid tumour) giống u lạc nội mạc tử cung. Chỉ chẩn đoán xác định được bằng giải phẫu bệnh.

- Khối u Brenner: 80% là lành tính, có nguồn gốc từ một nang De Graff, chiếm khoảng 1-2 % của khối u buồng trứng nguyên phát thường chỉ gặp ở một bên buồng trứng.

Khám tiểu khung: phát hiện khối u, mật độ khối u có chỗ mềm chỗ cứng, do đó dễ nhầm với u xơ tử cung, bổ ra có màu vàng hoặc trắng, kích t hước khối u không to, đường kính 5-8cm.

Xử trí : mổ cắt bỏ khối u

2.2.2. U nang bì (Dermoid cyst):

Chiếm tỷ lệ 25% khối u buồng trứng.Hay gặp là teratome, khối u chứa tổ chức phát sinh từ tế bào mầm. Trong nang chứa các tổ chức như răng, tóc, bã đậu. U nang bì thường lành tính nhưng cũng có thể trở thành ác tính. Hay được phát hiện ở lứa tuổi 20-30. Khoảng 20% phát triển ở cả hai bên buồng trứng.

- Triệu chứng: thường ít triệu chứng. Phát hiện khi mổ lấy thai hoặc chụp X-quang thấy răng trong khối u.

- Điều trị: phẫu thuật là phương pháp tối ưu. Nếu nang nhỏ nên cắt bỏ phần u, để lại phần buồng trứng lành.

3. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Nói chung các khối u nếu không được xử trí cắt bỏ sẽ lớn dần lên, gây chèn ép các tạng trong ổ bụng, có thể bị xoắn hoặc bị ung thư hóa.

Biến chứng hay gặp là:

- Xoắn nang: hay gặp ở khối u có kích thước nhỏ, cuống dài, không dính, xoắn nang có thể xảy ra khi đang mang thai (nhất là trong những tháng đầu thai nghén), hoặc sau khi đẻ.

Triệu chứng: đau đột ngột, dữ dội, vã mồ hôi, choáng, nôn. Xử

trí: mổ cấp cứu.

- Vỡ nang: thườngxảy ra sau khi nang bị xoắn hoặc sau chấn thương vùng bụng dưới.

- Nhiễm khuẩn nang: xảy ra khi xoắn nang. Nhiễm khuẩn làm nang to lên, dính vào các tạng xung quanh. Biểu hiện lâm sàng giống viêm nội mạc tử cung.

- Chèn ép tiểu khung: khối u đè vào trực tràng, bàng quang. Nang to, tiến triển trong nhiều năm choán hết ổ bụng, chèn ép tĩnh mạch chủ dưới gây phù, tuần hoàn bàng hệ, cổ chướng.

- Có thai kèm u nang buồng trứng:

Được chẩn đoán qua khám thai định kỳ hoặc qua siêu âm.

Có thể gặp bất kỳ loại nang nào, nhưng hay gặp là nang hoàng thể hay u nang bì, ít khi gặp nang ác tính.

Nếu nên mổ vào thời gian sau 13 tuần vì lúc này rau thai đã tiết đủ hocmon để nuôi dưỡng thai, nếu là nang hoàng thể thì thường giảm kích thước hoặc không phát triển nữa, có thể không cần phải mổ.

Nếu u phát triển to nên trong 3 tháng giữa thai kỳ, thì nên mổ ngay, trừ khi chỉ phát hiện được trong thời kỳ cuối thai nghén.

4. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ:

- Khi đã chẩn đoán u nang thực thể nên mổ cắt u sớm.
- Nang nước gặp ở người lớn tuổi nên cắt cả hai buồng trứng
- Nang nhầy cần cắt bỏ cả hai bên buồng trứng để tránh tái phát.
- Nang bì cắt bỏ khối u cố gắng bảo tồn nhu mô lành.
- Nếu nang buồng trứng hai bên ở người trẻ tuổi cần bảo tồn bên lành.

- Nang ở người có thai nếu có chỉ định giữ thai nên bóc nang vào tháng thứ tư.
- U nang có dấu hiệu nứt vỡ cần sinh thiết tức thì đề phòng ung thư.
- U nang to ở người già chú ý tránh làm giảm áp lực đột ngột ổ bụng.
- Nếu các u nang phát triển trong đáy dây chằng rộng, bóc tách cẩn thận đề phòng chạm niệu quản, ruột, bàng quang.

RAU BONG NON

BsCKII. Nguyễn Thị Thúy Nga - Phó khoa Sản - BVĐKT

MỤC TIÊU

1. Kể tên được các nguyên nhân thường gặp của rau bong non.
2. Chẩn đoán được rau bong non và định hướng được nguyên nhân rau bong non,
3. Xử trí đúng ban đầu rau bong non.
4. Rèn luyện được tác phong rất khẩn trương và phối hợp chẩn đoán với xử trí cấp cứu trong xử

1. KHÁI NIỆM

1.1. Định nghĩa

Rau bong non là rau bám đúng vị trí nhưng bong một phần hay toàn bộ bánh rau trước khi sổ thai.

Rau bong non là một cấp cứu sản khoa, thường xảy ra ở 3 tháng cuối thời kì thai nghén, diễn biến nặng đe dọa tính mạng của thai nhi và sản phụ. Đây là bệnh lý của hệ thống mao mạch, xảy ra đột ngột có thể tiến triển rất nhanh từ thể nhẹ thành thể nặng.

1.2. Phân loại: 4 thể theo hình thái lâm sàng:

- Rau bong non thể ẩn
- Rau bong non thể nhẹ
- Rau bong non thể trung bình
- Rau bong non thể nặng.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. *Triệu chứng cơ năng*

- Thường có dấu hiệu tiền sản giật: cao huyết áp, phù, protein niệu…
- Đau: đau từ tử cung sau lan khắp ổ bụng, nhịp độ cơn đau ngày càng mau mạnh, trường hợp nặng triệu chứng đau bị che lấp do sốc.
- Ra máu âm đạo: máu đỏ thẫm, loãng, không đông…

2.1.2. *Triệu chứng toàn thân:*

- Người bệnh có biểu hiện choáng do đau và do mất máu: da xanh, niêm mạc nhợt, vã mồ hôi, chi lạnh, thở nhanh, ..

- Huyết áp thường không thay đổi trong những giờ đầu (do người bệnh thường có tiền sử cao huyết áp từ trước), mạch nhanh.

2.1.3. *Triệu chứng thực thể*

- Tử cung co cứng liên tục hoặc tử cung co cứng như gỗ trong thể nặng.

- Không nắn được các phần thai nhi do tử cung co cứng.

- Chiều cao tử cung tăng dần do sự hình thành khối máu cục sau rau.

- Nghe: nhịp tim thai chậm, không đều, hoặc mất tim thai trong thể nặng.

- Khám âm đạo: ra máu âm đạo, máu đen, không đông; đầu ối căng phồng, nếu ối vỡ thấy nước ối lẫn máu. Dấu hiệu toàn thân đôi khi không phù hợp với số lượng máu chảy ra ngoài âm đạo.

2.1.4. *Cận lâm sàng*

- Siêu âm: thấy khối máu tụ sau rau, thường là khối tăng âm vang hoặc khối âm vang không đều. Tuy nhiên siêu âm trong rau bong non độ tin cậy không cao vì nếu siêu âm không thấy khối bất thường sau rau cũng chưa loại trừ rau bong non khi có dấu hiệu lâm sàng gợi ý. Siêu âm cũng thấy sự biến đổi của nhịp tim thai hoặc xác định thai chết.

- Monitoring: nhịp tim thai biến đổi: DIP I, DIP II, DIP biến đổi hoặc không bắt được nhịp tim thai.

- Xét nghiệm máu: số lượng hồng cầu giảm, haemoglobin giảm, tiểu cầu giảm, fibrinogen giảm, ATTP tăng hơn so với mức bình thường.

- Xét nghiệm nước tiểu thường có protein.

2.2. Các thể lâm sàng

2.2.1. *Thể ẩn*

Không có dấu hiệu lâm sàng rõ rệt, cuộc chuyển dạ bình thường, sơ sinh khỏe

mạnh. Chẩn đoán được sau khi sổ rau thấy có máu tụ sau rau. Ngày nay nhiều trường hợp chẩn đoán được nhờ siêu âm thấy khối máu tụ sau rau.

2.2.2. *Thể nhẹ*

- Triệu chứng không đầy đủ, có thể có tiền sản giật, cơn co tử cung hơi cường tính, tim thai bình thường hoặc nhanh 160-170 lần/phút.

- Chẩn đoán được sau khi sổ rau thấy có máu tụ sau rau hoặc siêu âm thấy khối máu tụ sau rau.

2.2.3. *Thể trung bình*

- Thường có tiền sản giật. Có thể choáng nhẹ hoặc vừa.

- Sản phụ đau vừa, tử cung tăng trương lực.

- Ra máu âm đạo lượng vừa, đen, loãng, không đông.

- Suy thai.

- Chẩn đoán phân biệt với: rau tiền đạo, thai chết lưu, dọa vỡ hoặc vỡ tử cung.

2.2.4. *Thể nặng (phong huyết tử cung rau hay hội chứng Couvelaire)*

Có đủ các triệu chứng nặng, điển hình:

- Tiền sản giật nặng hoặc trung bình.

- Choáng nặng.

- Chảy máu âm đạo nhiều hoặc ít không tương xứng với mức độ mất máu.

- Tử cung to lên nhanh, co cứng như gỗ.

- Tim thai mất.

- Rối loạn đông máu: có thể có dấu hiệu chảy máu do rối loạn đông máu ở các tạng khác ngoài tử cung như phổi, dạ dày, thận, ruột,…

3. XỬ TRÍ

3.1. Nguyên tắc chung

- Xử trí tùy thuộc vào hình thái rau bong non và dấu hiệu lâm sàng

- Điều trị toàn diện, kịp thời, cứu mẹ là chính. Hồi sức tích cực nếu có dấu hiệu choáng và rối loạn đông máu.

- Chuyển lên tuyến có khả năng phẫu thuật, nếu người bệnh nặng phải mời tuyến trên về hỗ trợ.

- Mổ lấy thai kể cả khi thai chết.

3.2. Hồi sức nội khoa

- Đánh giá và theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở.

- Cho sản phụ nằm đầu thấp, ủ ấm, thở oxy. Thông tiểu và theo dõi lượng nước tiểu.

- Lập đường truyền tĩnh mạch, bù khối lượng tuần hoàn bằng truyền dịch đẳng trương Ringer lactat, Natrichlorua 0,9%; dung dịch cao phân tử như Gelafuldin, Heasteril; truyền máu và các chế phẩm của máu, các yếu tố đông máu. Lượng dịch, máu truyền và tốc độ truyền phụ thuộc tình trạng sản phụ và lượng máu mất.

- Điều trị triệu chứng nếu có: HA cao, vô niệu, rối loan đông máu. Kháng sinh điều trị.

3.3. Xử trí sản khoa

- Nếu được chẩn đoán là rau bong non thì nên mổ lấy thai ngay để cứu con và phòng biến chứng nặng hơn cho mẹ. Bảo tồn tử cung: nếu tổn thương nhồi máu ở tử cung không quá nhiều, tử cung còn co hồi được. Nếu sản phụ đủ con, nhiều tuổi, tổn thương nhồi máu tử cung nặng hay không đáp ứng với thuốc co cơ tử cung thì nên cắt tử cung hoàn toàn hay bán phần ngay để tránh nguy cơ chảy máu sau mổ.

- Nếu chẩn đoán rau bong non sau khi sổ thai thì tiến hành ngay các biện pháp dự phòng chảy máu sau đẻ do rối loạn đông máu.

4. BIẾN CHỨNG

4.1. Cho mẹ

- Choáng do mất máu và đau. Rối loạn đông máu. Hoại tử các tạng do nhồi máu và thiếu máu, nguy hiểm nhất là suy thận.

- Cắt tử cung.

- Tử vong cả mẹ và con .

4.2. Cho thai: - Suy thai. Thai chết trong tử cung. Non tháng nhẹ cân.

- Thiếu máu.

RAU TIỀN ĐẠO

BsCKI. Vũ Duy Bình - Phó khoa Sản - BVĐKT

MỤC TIÊU

1. Kể tên được các nguyên nhân thường gặp của rau tiền đạo.

2. Trình bày được định hướng xử trí cấp cứu trước một trường hợp rau tiền đạo.

3. Chẩn đoán nhanh chóng được các nguyên nhan cấp cứu quan trọng gây rau tiền đạo.

4. Rèn Luyện tác phong rất khẩn trương khi tiếp nhận bệnh nhân rau tiền đạo.

1. KHÁI NIỆM

Rau tiền đạo là rau bám một phần hay toàn bộ vào đoạn dưới tử cung gây chảy máu vào 3 tháng cuối của thai kỳ, trong chuyển dạ và sau đẻ. Rau tiền đạo có thể gây tử vong hoặc bệnh lý mắc phải cho mẹ và cho con do chảy máu và đẻ non.

Theo giải phẫu rau tiền đạo được chia thành 5 loại là: rau tiền đạo bám thấp, rau tiền đạo bám bên, rau tiền đạo bám mép, rau tiền đạo bán trung tâm, rau tiền đạo trung tâm.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng lâm sàng:

2.1.1. Trước chuyển dạ:

- Triệu chứng cơ năng: chảy máu âm đạo vào 3 tháng cuối của thai kỳ, chảy máu tự nhiên bất ngờ, không thấy đau bụng, máu đỏ tươi, có khi kèm máu cục, lượng máu có thể chảy nhiều, ồ ạt, sau đó chảy ít dần và tự cầm dù có hay không điều trị. Chảy máu tái phát nhiều lần với tần suất và mức độ ngày càng tăng.

- Triệu chứng toàn thân: thiếu máu tùy thuộc lượng máu mất mà sản phụ thấy mệt mỏi, hoa mắt, chóng mặt, choáng

- Triệu chứng thực thể: không có triệu chứng đặc hiệu, hay gặp ngôi đầu cao hoặc ngôi ngang, ngôi mông.

2.1.2. Khi chuyển dạ:

- Triệu chứng cơ năng: thường có quá trình ra máu trong 3 tháng cuối thai kỳ, đột nhiên ra máu ồ ạt, máu đỏ tươi lẫn máu cục, có đau bụng do cơn co tử cung.

- Triệu chứng toàn thân: thiếu máu tùy mức độ mất máu. Sản phụ có biểu hiện choáng nếu mất máu nhiều.

- Triệu chứng thực thể: nắn ngoài có thể thấy ngôi thai bất thường. Tim thai có thể thay đổi nếu chảy máu nhiều

- Khám âm đạo bằng mỏ vịt thấy máu trong cổ tử cung (CTC) chảy ra, loại trừ các tổn thươngCTC

- Thăm ÂĐ: sờ thấy rau qua cổ tử cung

+ Rau tiền đạo bám mép: thấy mép dưới bánh rau bám tới lỗ trong cổ tử cung.

+ Rau tiền đạo bán trung tâm: thấy bánh rau che lấp một phần lỗ trong cổ tử cung nhưng không che hết.

+ Rau tiền đạo trung tâm: thấy bánh rau che lấp hoàn toàn lỗ trong cổ tử cung. Ngôi thai bất thường .

Chú ý không cố khám tìm rau vì gây chảy máu.

2.2. Triệu chứng cận lâm sàng

- Công thức máu: thiếu máu tùy theo lượng máu mất.

- Siêu âm với bàng quang đầy để xác định vị trí bám của bánh rau:

+ Rau tiền đạo trung tâm: bánh rau bám hoàn toàn vào đoạn dưới tử cung và che lấp lỗ trong cổ tử cung.

+ Rau tiền đạo bám mép: mép bánh rau bám đến lỗ trong cổ tử cung.

+ Rau tiền bám bên, bám thấp: khoảng cách giữa mép dưới bánh rau đến lỗ trong cổ tử cung < 20mm.

- Siêu âm rất có giá trị chẩn đoán trong trường hợp rau tiền đạo - rau cài răng lược với các hình ảnh sau: mất khoảng sáng sau rau tại vị trí rau bám, phổ Doppler màu thấy các mạch máu đi xuyên qua thành cơ tử cung hoặc bàng quang. Hình ảnh giả u bàng quang (bánh rau đẩy lồi vào lòng bàng quang).

- Chụp MRI cũng xác định được rau tiền đạo cài răng lược nhưng độ nhạy thấp, hiện ít dùng do có sự phát triển của siêu âm chẩn đoán.

- Soi bàng quang chỉ nên tiến hành khi nghi ngờ rau cài răng lược đâm xuyên cơ bàng quang và người bệnh có biểu hiện đái máu.

3. XỬ TRÍ

3.1. Nguyên tắc chung

- Cầm máu cứu mẹ là chính. Tùy theo tuổi thai, mức độ mất máu và khả năng nuôi dưỡng sơ sinh mà quyết định kéo dài tuổi thai hay lấy thai ra. Luôn luôn đánh giá mức độ mất máu để truyền bù máu cho phù hợp.

- Khi nghi ngờ rau tiền đạo phải chuyển người bệnh lên tuyến huyện có trung tâm phẫu thuật ; nghi ngờ hoặc chẩn đoán rau tiền đạo - rau cài răng lược thì chuyển người bệnh lên tuyến tỉnh hoặc tuyến trung ương.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Khi chưa chuyển dạ:

- Nghỉ ngơi, hạn chế đi lại, ăn uống tăng cường dinh dưỡng.

- Thuốc giảm co như: spasmaverin 40mg (1-4 viên/ngày), Salbutamol, progesterone

- Nên dùng corticoid để trưởng thành phổi thai nhi sớm.

- Trường hợp thai nhi đủ tháng: mổ lấy thai chủ động đối với trường hợp rau tiền đạo trung tâm. Các trường hợp rau tiền đạo khác có thể cân nhắc theo dõi chờ chuyển dạ.

- Trường hợp rau tiền đạo chảy máu nhiều đe dọa tính mạng người mẹ thì mổ lấy thai ở bất kì tuổi thai nào.

3.2.2. Trong khi chuyển dạ:

- Rau tiền đạo trung tâm, rau tiền đạo bán trung tâm: mổ lấy thai.

- Rau tiền đạo bám mép: mổ lấy thai cấp cứu nếu ra máu nhiều. ra máu ít, ngôi thế và cổ tử cung thuận lợi thì bấm ối và xé màng ối về phía không có bánh rau để cầm

máu, nếu sau khi xé màng ối vẫn ra máu thì nên mổ lấy thai, nếu không ra máu thì theo dõi đẻ đường âm đạo.

- Rau tiền đạo bám thấp, bám bên: mổ lấy thai nếu ra nhiều máu, nếu ra máu ít hoặc không ra máu thì theo dõi chuyển dạ như các trường hợp thông thường khác.

- Kỹ thuật cầm máu khi mổ trong rau tiền đạo: sau khi lấy thai và rau mà chảy máu thì nên khâu cầm máu bằng các mũi chữ X để cầm máu, vẫn chảy máu thì nên cắt tử cung bán phần thấp với người bệnh đủ con.

Người bệnh chưa có đủ con cần bảo tồn tử cung: thắt động mạch tử cung hoặc thắt động mạch hạ vị, động mạch dây chằng tử cung buồng trứng; khâu mũi B-lynch; chèn bóng hay gạc vào buồng tử cung. Nếu không kết quả thì vẫn phải cắt tử cung.

3.2.3. Rau tiền đạo - rau cài răng lược:

- Rau tiền đạo - rau cài răng lược là hình thái lâm sàng nặng nề nhất của rau tiền đạo vì mạch máu tăng sinh ở đoạn dưới tử cung nhiều, đâm xuyên vào bàng quang, hay gặp ở người có vết mổ đẻ cũ nên phẫu thuật khó khăn, mất máu rất nhiều và thường tổn thương bàng quang.

- Chẩn đoán được rau tiền đạo - rau cài răng lược thì cần chuyển người bệnh lên tuyến tỉnh hoặc tuyến trung ương để nằm viện điều trị.

- Mổ lấy thai chủ động khi thai đủ tháng. Cần chuẩn bị kíp phẫu thuật viên và kíp gây mê hồi sức có kinh nghiệm; chuẩn bị nhiều máu và các phương tiện hồi sức

- Nên chủ động mổ dọc thân tử cung phía trên chỗ rau bám hoặc ở đáy tử cung để lấy thai, tránh rạch vào bánh rau trước khi lấy thai ra, sau đó không bóc rau và chủ động cắt tử cung để hạn chế tối đa lượng máu mất.

4. BIẾN CHỨNG

4.1. Cho mẹ: Tử vong do mất máu cấp, thiếu máu.Cắt tử cung để cầm máu.

4.2. Cho con: Non tháng, chết trong chuyển dạ, bệnh lý trẻ sơ sinh do thiếu máu, non tháng.

SUY THAI TRONG TỬ CUNG

Ths. Nguyễn Tuấn Anh - Trưởng khoa Sản -BVĐKT

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các nguyễn nhân suy thai.
2. Trình bày được các dấu hiệu nguy hiểm của suy thai.
3. Phát hiện nhanh chóng được các suy thai.
3. Các kiến thức cơ bản cần nắm rõ và xử trí được khi phát hiện suy thai.

1. KHÁI NIỆM

Tuần hoàn tử cung – rau – thai đảm nhiệm việc cung cấp oxy cho thai, nếu vì một nguyên nhân nào đó ảnh hưởng đến tuần hoàn tử cung – rau – thai làm giảm lưu lượng máu đến hồ huyết, hoặc từ gai rau đến thai, sẽ làm giảm lượng oxy đến thai và gây suy thai. Hiện tượng này có thể xảy ra trong quá trình thai nghén và đặc biệt là khi chuyển dạ. Mức độ thiếu oxy nhiều hay ít, trường diễn hay cấp tính, sẽ ảnh hưởng đến mức độ thai suy và dẫn đến tử vong.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Suy thai trong thời kỳ có thai

Triệu chứng:

- Chiều cao tử cung phát triển chậm (biểu hiện thai kém phát triển)
- Giảm cử động thai (từ 23 giờ trở đi cử động thai dưới 12 lần trong 2 giờ) hay thay đổi cử động thai
- Nhịp tim thai thay đổi (trên 160 lần/phút hay dưới 120 lần/phút) Xét nghiệm:
- Ối: nước ối có màu xanh (cần soi ối nhiều lần)
- Monitor sản khoa, truyền ocytocin hay vê núm vú có xuất hiện Dip I, Dip II, tim thai không đáp ứng test không đả kích
- Siêu âm xác định chỉ số nước ối (có giá trị trong thai già tháng).

2.2. Suy thai trong chuyển dạ

- Nước ối có màu xanh (khi vỡ ối hoặc bấm ối)

- Nghe nhịp tim thai (bằng ống gỗ) thay đổi trên 160 lần/phút hay dưới 120 lần/phút

- Theo dõi liên tục nhịp tim thai bằng máy monitor sản khoa thấy xuất hiện nhịp tim thai chậm muộn (DipII) hoặc nhịp tim thai biến đổi hoặc nhịp tim thai dao động ít dưới 5 nhịp

- Siêu âm : xác định lượng nước ối giảm (chỉ số nước ối giảm)

- PH máu đầu thai nhi và máu rốn ngay sau đẻ

3. TIẾN TRIỂN

- Thiếu oxy ban đầu thai còn có đáp ứng bù trừ: điều chỉnh sự phân bổ máu cung cấp oxy đầy đủ cho não, tim, gan; giảm cung cấp oxy tới ruột, da.

- Thiếu oxy nhiều hoặc kéo dài, thai không còn khả năng đáp ứng bù trừ thiếu oxy ở não, tim, thiếu oxy ở tổ chức, chuyển hóa năng lượng giảm trong điều kiện yếm khí, pH sẽ giảm, thai nhiễm toan và chết trong tử cung, hoặc chết sau khi đẻ ra.

4. XỬ TRÍ

4.1. Trong khi có thai: khám thai và theo dõi, đặc biệt những thai nhi có nguy cơ để phát hiện suy thai

- Theo dõi nhịp tim thai (ống nghe) sau khi vê núm vú trong và sau cơn co để phát hiện nhịp tim thay đổi.
- Soi ối nhiều lần phát hiện nước ối xanh
- Thử nghiệm ocytocin hay vê núm vú theo dõi bằng máy monitor sản khoa nếu có.
- Xác định độ trưởng thành của thai để đình chỉ thai trong trường hợp có chỉ định.

Siêu âm: đường kính lưỡng đỉnh (trên 90mm, thai trên 38 tuần), đường kính trung bình bụng (trên 94mm, thai nặng trên 2500g), độ canci hóa bánh rau độ 3, chỉ số nước ối (nước ối giảm) trên thai ≥ 42 tuần.

- Chỉ số nước ối: ≤ 28mm thường phải mổ lấy thai, 28-40mm thì phải đình chỉ thai nghén (gây chuyển dạ đẻ, nếu thất bại thì mổ lấy thai), 40-60mm theo dõi sát, trên 60mm là bình

thường.

4.2. Khi chuyển dạ

- Phát hiện suy thai để lấy thai ra kịp thời . Theo dõi thể trạng, bệnh lý người mẹ, đo nhịp tim thai 10-15 phút/lần, theo dõi cơn co tử cung phù hợp với giai đoạn chuyển dạ, nếu tăng cường độ, nhịp độ phải dùng thuốc giảm co.

- Theo dõi nhịp tim thai liên tục bằng máy monitor sản khoa để phát hiện DipII, Dip biến đổi, nhịp tim thai dao động it hơn 5 nhịp. Nếu có Dip II, Dip biến đổi, tim thai dao động ít đủ điều kiện thì chỉ định làm Forceps, không đủ điều kiện làm Forceps thì mổ lấy thai.

- Đo lượng nước ối ở các trường hợp thai nghén quá ngày sinh, lượng nước ối giảm, có phân su sánh đặc thì nên mổ lấy thai, không nên thử thách để đẻ đường dưới

TIỀN SẢN GIẬT – SẢN GIẬT

BsCKI. Vũ Duy Bình - Phó khoa Sản - BVĐKT

MỤC TIÊU

1.Trình bày được các nguyên nhân thường gặp của tiền sản giật.

2. Định hướng được chẩn đoán của tiền sản giật và chẩn đoán được các nguyên nhân cấp cứu.

3. Trình bày được các mức độ của tiền sản giật.

4. Trình bày được cấp cứu của tiền sản giật.

5. Chỉ định đúng các xét nghiệm và thăm dò cần thiết trong cấp cứu tiền sản giật.

6. Thực hiện được xử trí cấp cứu tiền sản giật.

1. KHÁI NIỆM

Tiền sản giật, sản giật là biến chứng nội khoa thường gặp nhất ở phụ nữ mang thai với tỉ lệ từ 2% - 8%. Triệu chứng thường gặp là phù, huyết áp tăng và protein niệu. Là 1 trong những nguyên nhân chính gây tử vong cho mẹ và thai.

Theo dõi và quản lý thai nghén, điều trị thích hợp tiền sản giật, sản giật nhằm giảm biến chứng nặng nề cho mẹ và thai.

2. PHÂN LOẠI VÀ CHẨN ĐOÁN

2.1. Tiền sản giật

2.1.1. Tiền sản giật nhẹ

- Huyết áp (HA) ≥ 140/90 mmHg sau tuần 20 của thai kỳ.
- Protein/ niệu ≥ 300 mg/24 giờ hay que thử nhanh (+)

2.1.2.Tiền sản giật nặng:

+ Huyết áp ≥ 160/110 mm Hg.
+ Protein/ niệu ≥ 5 g/24 giờ hay que thử 3+ (2 mẫu thử ngẫu nhiên).
+ Thiểu niệu, nước tiểu < 500 ml/ 24 giờ.
+ Creatinine / huyết tương > 1.3 mg/dL.
+ Tiểu cầu < 100,000/mm^3.

+ Tăng men gan ALT hay AST (gấp đôi ngưỡng trên giá trị bình thường).
+ Axít uric tăng cao
+ Thai chậm phát triển.
+ Nhức đầu hay nhìn mờ.
+ Đau vùng thượng vị hoặc hạ sườn phải.

2.2. Sản giật

Sản giật được chẩn đoán khi có cơn co giật xảy ra ở phụ nữ mang thai có triệu chứng tiền sản giật và không có nguyên nhân nào khác để giải thích. Các cơn co giật trong sản giật thường là toàn thân, có thể xuất hiện trước, trong chuyển dạ hay trong thời kỳ hậu sản. Sản giật có thể dự phòng được bằng cách phát hiện và điệu trị sớm tiền sản giật

2.2.1. Triệu chứng lâm sàng

Trên cơ sở người bệnh bị tiền sản giật xuất hiện cơn giật 4 giai đoạn:

- Giai đoạn xâm nhiễm .
- Giai đoạn giật cứng
- Giai đoạn giật giãn cách.
- Giai đoạn hôn mê

2.2.2. Cận lâm sàng

+ Tổng phân tích tế bào máu.
+ Acid uric. Bilirubin (toàn phần, gián tiếp, trực tiếp).
+ AST-ALT.
+ Chức năng thận.
+ Đường huyết.
+ Đạm huyết.
+ Protein niệu 24 giờ.
+ Đông máu toàn bộ.
+ Soi đáy mắt (nếu có thể).

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Tiền sản giật nhẹ: chủ yếu điều trị ngoại trú

3.1.1. Điều trị nội khoa:

- Cho thai phụ nghỉ ngơi, yên tĩnh chế độ ăn nhiều đạm, nhiều rau và trái cây tươi.

- Khám thai mỗi 3- 4 ngày/lần. Theo dõi tình trạng sức khỏe của bà mẹ. Theo dõi tình trạng thai nhi, siêu âm thai mỗi 3 – 4 tuần, nước tiểu 2 lần/ tuần.

3.1.2. Nếu HA > 149/ 90mmHg và Protein / niệu ++: nhập viện.

- Lâm sàng:

+ Khám lâm sàng phát hiện triệu chứng như nhức đầu, rối loạn thị giác, đau thượng vị và tăng cân nhanh, theo dõi cân nặng lúc nhập viện và mỗi ngày sau, lượng nước tiểu.

+ Đo huyết áp ở tư thế ngồi 4 giờ/ lần, trừ khoảng thời gian từ nửa đêm đến sáng.

- Thường xuyên đánh giá sức khỏe thai: siêu âm thai, monitoring thai.

- Xét nghiệm:

+ Xét nghiệm protein / niệu mỗi ngày hoặc cách hai ngày.

+ Định lượng creatinine máu, hematocrit, đếm tiểu cầu, men gan, LDH, acid uric tăng.

+ Làm xét nghiệm đông máu khi tiểu cầu giảm và men gan tăng

3.1.3. Cách xử trí tiếp theo tùy thuộc vào: độ nặng của tiền sản giật, tuổi thai. Tình trạng cổ tử cung. Tiền sản giật nhẹ kết thúc thai kỳ ở tuổi thai ≥ 37 tuần.

3.2. Tiền sản giật nặng

- Dự phòng và kiểm soát cơn co giật bằng magnesium sulfate.
- Hạ áp khi huyết áp cao: huyết áp tâm trương ≥ 100-110mm Hg, hoặc huyết áp tâm thu ≥ 150-160 mmHg (ACOG 2012).
- Chấm dứt thai kỳ sau khi chống co giật và hạ huyết áp 24 giờ.
- Tránh sử dụng lợi tiểu. Hạn chế truyền dịch trừ khi có tình trạng mất nước nhiều.

3.2.1. Magnesium sulfate: dự phòng và chống co giật, dùng trước, trong và duy trì

tối thiểu 24 giờ sau sinh.

- Liều tấn công: 3- 4,5g Magnesium sulfate 15% /50ml glucose 5% tiêm tĩnh mạch chậm 15-20 phút.
- Duy trì 1- 2g /giờ truyền tĩnh mạch. Pha 6g Magnesium sulfate 15% với Glucose 5% 500ml truyền tĩnh mạch XXX giọt/ phút.
- Tiêm bắp gián đoạn: tiêm bắp sâu mỗi giờ 1g hoặc mỗi 4 giờ 5g, thêm Lidocain 2% để giảm đau.
- Bơm tiêm điện: pha 6g Magnesium sulfate 15% + 2ml nước cất, 7ml/giờ.
- Ngộ độc Magnesium sulfate:

+ Theo dõi các dấu hiệu: phản xạ gân xương (có), nhịp thở (>16 lần/phút), lượng nước tiểu (>100ml/ 4 giờ).

+ Nguy cơ băng huyết sau sinh. Giảm dao động nội tại nhịp tim thai.

+ Đo nồng độ Mg huyết thanh mỗi 12 giờ và điều chỉnh liều duy trì để giữ được nồng độ Mg 4- 7mEq/L (4,8-8,4mg/dL).

+ Liên quan nồng độ Magnesium/huyết thanh.

9,6 – 12mg/dl (4,0 – 5,0 mmol/L): mất phản xạ gân xương.

12 – 18 mg/dl (5,0 – 7,5 mmol/L): liệt cơ hô hấp.

-24 – 30 mg/dl (10 – 12,5 mmol/L): ngưng tim

+ Xử trí ngộ độc Magnesiumsulfate : Ngừng Magnesium sulfate.

Thuốc đối kháng: calcium gluconate, tiêm tĩnh mạch 1g.

Đặt nội khí quản và thông khí để cứu sống người bệnh nếu có suy hô hấp, ngừng thở.

3.2.2. Thuốc hạ huyết áp

Thuốc hạ áp có thể ảnh hưởng bất lợi trên cả mẹ và thai. Ảnh hưởng trên thai nhi hoặc gián tiếp do giảm lưu lượng tuần hoàn tử cung nhau hoặc trực tiếp trên tim mạch. Do vậy cần cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ khi sử dụng thuốc hạ áp.

- Chỉ định

Khi HA tâm thu ≥ 150-160 mmHg, HA tâm trương ≥ 100mmHg.

HA đạt sau điều trị: HA trung bình không giảm quá 25% so với ban đầu sau 2 giờ. HA tâm thu ở mức 130 – 150mmHg. HA tâm trương ở mức 80 – 100mmHg.

- Chống chỉ định trong thai kỳ Nitroprusside, thuốc ức chế men chuyển.

- Các loại thuốc hạ HA dùng trong thai kỳ: có thể dùng một trong các thuốc sau

+ Labetalol (Beta Bloquant)

Bắt đầu 20 mg tĩnh mạch, cách 10 phút sau đó tĩnh mạch 20 đến 80mg. Tổng liều < 300 mg. Ví dụ: tĩnh mạch 20mg, tiếp theo 40 mg, 80mg, tiếp 80mg. Có thể truyền tĩnh mạch 1mg - 2mg/phút. HA sẽ hạ sau 5-10 phút và kéo dài từ 3-6 giờ.

+ Hydralazine

Có thể gây hạ huyết áp hơn những thuốc khác, không phải là chọn lựa số 1 nhưng được dùng rộng rãi. Tiêm tĩnh mạch 5mg hydralazine/1-2 phút. Nếu sau 15-20 phút không hạ áp được cho 5- 10mg tĩnh mạch tiếp. Nếu tổng liều 30 mg không kiểm soát được HA nên dùng thuốc khác. HA sẽ hạ sau 10-30 phút và kéo dài từ 2-4 giờ. Hydralazine được chứng minh có hiệu quả trong phòng ngừa xuất huyết não.

+ Nicardipine

Ống 10mg/10ml pha với 40ml nước cất hoặc NaCl 0,9□. Tấn công: 0,5-1 mg (2,5-5ml) tiêm tĩnh mạch chậm. Duy trì bơm tiêm điện 1-3mg/ giờ (5-15 ml/giờ). Nếu không đáp ứng sau 15 phút tăng 2,5mg/giờ tối đa 15mg/giờ.

3.2.2. Lợi tiểu:

Chỉ dùng khi có triệu chứng dọa phù phổi cấp, phù phổi cấp.

+ Lasix (Furosemide) 1 ống 20mg x 8 ống – tiêm tĩnh mạch chậm.

+ Không dùng dung dịch ưu trương.

+ Có thể truyền Lactate Ringer với tốc độ 60 – 124ml/giờ

3.2.3.Chấm dứt thai kỳ

Các chỉ định đình chỉ thai nghén

- Tiền sản giật nhẹ, thai > 37 tuần.

- Tiền sản giật nặng:

+ Huyết áp tâm trương 110mmHg.

+ Tăng HA không đáp ứng với điều trị.

+ Protein niệu 5g/24 giờ, +++ qua 2 lần thử cách nhau 4 giờ.

+ Thiểu niệu (lượng nước tiểu < 500ml/24 giờ hoặc < 30ml/giờ)

+ Nhức đầu, hoa mắt, đau vùng thượng vị hoặc đau hạ sườn phải.

+ Suy giảm chức năng gan, thận, Creatinin huyết tăng, giảm tiểu cầu.+.

+ Có hội chứng HELLP (tan huyết, tăng SGOT, SGPT, giảm tiểu cầu)

+ Phù phổi cấp.

+ Thai suy trường diễn hoặc suy cấp. NST không đáp ứng, thiểu ối, thai suy dinh dưỡng trong tử cung, siêu âm Doppler giảm tưới máu động mạch.

+ Rau bong non, chuyển dạ, vỡ ối.

3.2.4. Hỗ trợ phổi thai nhi

+ Tuổi thai từ 28-34 tuần: giúp trưởng thành phổi thai nhi

+ Betamethasone: 4mg x 3 ống tiêm bắp, lặp lại lần 2 sau 12-24 giờ

3.2.5. Khuynh hướng trì hoãn thai kỳ

+ Tuổi thai < 34 tuần khuynh hướng trì hoãn chấm dứt thai kỳ sau 48 giờ hay đến khi thai được 34 tuần.

+ Theo dõi sức khỏe thai bằng Monitoring sản khoa, siêu âm Doppler.

+ Lưu ý: nguy cơ nhau bong non, sản giật, rối loạn đông máu, suy thận, xuất huyết não…

3.2.6. Phương pháp chấm dứt thai kỳ

+ Khởi phát chuyển dạ. Nếu cổ tử cung thuận lợi có thể gây chuyển dạ bằng Oxytocin và theo dõi sát bằng monitoring, giúp sinh bằng Forceps khi đủ điều kiện.

+ Nếu cổ tử cung không thuận lợi: mổ lấy thai.

3.3. Sản giật

Điều trị giống như tiền sản giật nặng

+ Oxy, cây ngáng lưỡi, hút đờm nhớt, đảm bảo thông hô hấp.

+ Chống co giật.

+ Hạ huyết áp.

+ Chấm dứt thai kỳ.

+ Dự phòng các biến chứng: xuất huyết não, vô niệu, phù phổi cấp, nhau bong non, phong huyết tử cung-nhau.

Phương pháp chấm dứt thai kỳ

+ Nếu người bệnh vô niệu, co giật: phải gây mê, mổ lấy thai.

+ Nếu người bệnh ổn định, 24 giờ sau cơn co giật cuối cùng, khởi phát chuyển dạ nếu cổ tử cung thuận lợi và giúp sinh bằng Forceps khi đủ điều kiện.

VỠ TỬ CUNG

Ths Nguyễn Tuấn Anh – Trưởng khoa Sản - BVĐKT

MỤC TIÊU

1. Trình bày được chẩn đoán dọa vỡ và vỡ tử cung..
2. Kể tên các nguyên nhân thường gặp của dọa vơỡ và vỡ tử cung.
3.Trình bày được xử trí cấp cứu ban đầu dọa vỡ và vỡ tử cung.
4. Thực hiện các kỹ thuật phẫu thuật vỡ TC.

1. KHÁI NIỆM

Vỡ tử cung là một trong các tai biến sản khoa có thể gây tử vong mẹ và thai nhi. Hiện nay nhờ tiến bộ của khoa học trong lĩnh vực gây mê hồi sức cũng như trình độ chuyên khoa sản được nâng cao cùng việc mở rộng mạng lưới quản lý thai nghén, hạn chế các thủ thuật thô bạo, chỉ định mổ lấy thai kịp thời nên tỷ lệ vỡ tử cung đã giảm đi nhiều.Vỡ tử cung có thể xảy ra trong thời kỳ mang thai, nhưng thường xảy ra trong giai đoạn chuyển dạ.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Vỡ tử cung trong thời kỳ thai nghén: thường ít gặp

2.1.1. Triệu chứng cơ năng: có thể xảy ra ở bất kỳ tuổi thai nào. Đau chói vùng hạ vị đột ngột (tự nhiên hoặc sau chấn thương vùng bụng).

2.1.2. Triệu chứng toàn thân:

- Choáng nhẹ hay nặng tùy theo mức độ mất máu.

2.1.3. Triệu chứng thực thể:

- Tử cung: có điểm đau chói vùng vết mổ cũ hoặc sờ thấy mất ranh giới tử cung bình thường. Có thể thai nằm trong ổ bụng. Không còn hoạt động tim thai.

- Âm đạo ra máu đỏ, ngôi thai thay đổi đặc biệt trường hợp thai vào trong ổ bụng, nước ối có màu đỏ.ấn đau vùng vết mổ,

2.1.4. Triệu chứng cận lâm sàng:

- Siêu âm: thai nằm trong ổ bụng, không thấy hoạt động tim thai.

- Công thức máu: hồng cầu giảm, hemoglobin giảm, hematocrit giảm.

2.2. Vỡ tử cung trong thời kỳ chuyển dạ:

2.2.1. Dọa vỡ tử cung.

- Sản phụ đau nhiều do cơn co tử cung mau, mạnh.

- Tử cung co thắt hình quả bầu nậm.

- Vòng Bandl (chỗ thắt thành vòng giữa đoạn dưới và thân tử cung) lên cao. Thân tử cung bị đẩy lên cao thì sờ thấy 2 dây chằng tròn bị kéo dài(dấu hiệu Frommel)

- Thai suy: tim thai nhanh, hoặc chậm, hoặc không đều.

- Thăm âm đạo: thấy nguyên nhân đẻ khó (bất tương xứng thai- khung chậu, ngôi bất thường, u tiền đạo,…).

2.2.2. Vỡ tử cung: chẩn đoán dựa vào các triệu chứng sau:

- Triệu chứng lâm sàng**:**

+ Có triệu chứng của dọa vỡ tử cung, trừ trường hợp có sẹo mổ cũ ở tử cung.

+ Thai phụ đang đau dữ dội, sau một cơn đau chói đột ngột, rồi bớt đau dần.

+ Thường có dấu hiệu choáng: mặt tái nhợt, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp tụt và ngất đi.

+ Tử cung không còn hình dạng bình thường, không còn dấu hiệu vòng Bandl

+ Bụng chướng, nắn đau.

+ Sờ thấy phần thai dưới da bụng

+ Mất cơn co tử cung .

+ Tim thai không còn hoạt động.

+ Ra máu âm đạo.

- Khám trong: không xác định được ngôi thai.

+ Có thể thấy nước tiểu có máu

+ Nhiều khi chảy máu sau đẻ, kiểm tra phát hiện vỡ tử cung.

- Triệu chứng cận lâm sàng:

+ Siêu âm có thể thấy thai nằm trong ổ bụng, không thấy hoạt động tim thai, thấy

tổ thương ở tử cung, dịch trong ổ bụng…

+ Xét nghiệm công thức máu: thiếu máu

- Các hình thái lâm sàng

+ Vỡ tử cung hoàn toàn: tử cung bị tổn thương toàn bộ các lớp từ niêm mạc, đến cơ tử cung và phúc mạc. Thường thai và rau bị đẩy vào trong ổ bụng.

+ Vỡ tử cung dưới phúc mạc: tử cung bị tổn thương lớp niêm mạc và cơ, lớp phúc mạc còn nguyên vẹn. Thai và rau vẫn nằm trong tử cung.

+ Vỡ tử cung phức tạp: vỡ tử cung hoàn toàn kèm theo tổn thương tạng xung quang như bàng quang, niệu quản, mạch máu, đại- trực tràng,…

+ Vỡ tử cung ở người có sẹo mổ cũ: thường vết mổ bị nứt một phần, ít chảy máu. Nhiều khi chỉ chẩn đoán được khi mổ lấy thai hoặc khi kiểm soát tử cung.

- Chẩn đoán phân biệt với rau tiền đạo, rau bong non.

3. XỬ TRÍ:

3.1. Nguyên tắc:

- Gọi giúp đỡ, huy động những phẫu thuật viên có kinh nghiệm tham gia phẫu thuật cho người bệnh.

- Hồi sức nội khoa song song với xử trí sản khoa.

- Phẫu thuật cấp cứu. Nếu tại cơ sở không có khả năng phẫu thuật thì phải nhanh chóng chuyển tuyến hay mời tuyến trên xuống giúp đỡ.

3.2. Xử trí cụ thể:

3.2.1. Dọa vỡ tử cung:

- Xử trí ngay bằng thuốc giảm co tử cung và lấy thai.

- Nếu đủ điều kiện thì lấy thai đường dưới bằng Forceps, nếu không đủ điều kiện thì mổ lấy thai.

3.2.2. Vỡ tử cung: ***Hồi sức nội khoa:***

- Đánh giá và theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở.

- Cho sản phụ nằm đầu thấp, ủ ấm, thở oxy.

- Lập đường truyền tĩnh mạch, bù khối lượng tuần hoàn bằng truyền dịch đẳng trương Ringer lactat, Natrichlorua 0,9%; dung dịch cao phân tử như Gelafuldin, Heasteril; truyền máu và các chế phẩm của máu. Lượng dịch, máu truyền và tốc độ truyền phụ thuộc tình trạng sản phụ và lượng máu mất.

- Kháng sinh liều cao.

- Thông tiểu và theo dõi lượng nước tiểu.

Phẫu thuật:

-Mổ lấy thai nếu không đủ điều kiện lấy thai đường âm đạo.

- Tùy tổn thương tử cung và nguyện vọng sinh đẻ của sản phụ mà quyết định cắt tử cung hay bảo tồn tử cung.

- Chỉ bảo tồn tử cung khi điều kiện cho phép: người bệnh trẻ tuổi muốn còn sinh đẻ, vết rách mới, gọn không nham nhở.

- Phẫu thuật cắt tử cung bán phần hoặc hoàn toàn. Nếu có tổn thương cổ tử cung thì nên cắt tử cung hoàn toàn.

- Kiểm tra kỹ các tạng liên quan, nhất là niệu quản và bàng quang để xử trí các tổn thương kịp thời tránh bỏ sót.

4. BIẾN CHỨNG

4.1. Tử vong mẹ và thai: nếu không được xử trí kịp thời, nhất là vỡ tử cung xảy ra ở các tuyến không có khả năng phẫu thuật.

4.2 Cắt tử cung: tỷ lệ cắt tử cung cao ở những trường hợp vỡ tử cung

4.3. Tổn thương tạng: có thể tổn thương bàng quang, niệu quản, mạch hạ vị, đại - trực tràng khi vỡ tử cung và trong khi phẫu thuật xử trí vỡ tử cung.

5. PHÒNG BỆNH:

- Quản lý thai nghén, phát hiện các trường hợp thai nghén có nguy cơ cao chảy máu sau đẻ như đẻ nhiều lần, có vết mổ ở tử cung, bất tương xứng thai- khung chậu,…

- Sử dụng thuốc tăng co tử cung đúng chỉ định và liều lượng.

- Thực hiện các phẫu thuật, thủ thuật sản khoa đúng chỉ định, đủ điều kiện và

đúng kỹ thuật.

PHẪU THUẬT LẤY THAI

BsCKI. Vũ Duy Bình - Phó khoa Sản - BVĐKT

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các bước cơ bản trong phẫu thuật mổ lấy thai.
2. Thực hành phẫu thuật mổ lấy thai.

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung.

II. CHỈ ĐỊNH

1) Do nguyên nhân từ thai.

- Các chỉ định do ngôi thai bất thường.
- Thai to
- Thai suy
- Bệnh lý của thai có chống chỉ định đẻ đường âm đạo:

2) Do nguyên nhân phần phụ của thai.

3) Do nguyên nhân đường sinh dục.

4) Do bệnh lý của mẹ

5) Những chỉ định khác

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp gây mê hồi sức.
- Kíp phẫu thuật.
- Nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh.

2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tủy sống, gây mê toàn thân.
- Bộ dụng cụ mổ lấy thai đã tiệt trùng.
- Phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh.
- Các thuốc để hồi sức và các thuốc dùng trong sản khoa.

3. Người bệnh

- Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật.
- Thông đái, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH 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.

Thì 2. Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung.

Thì 3. Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối:

- Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới.
- Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm .

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.
- Dùng miếng gạc mỏng lau nhớt miệng trẻ.
- Kẹp và cắt dây rốn.
- Tiêm tĩnh mạch chậm(qua dây truyền) 10 đơn vị oxytocin. Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần.
- Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy.

Thì 5. Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc:

- Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1. Có thể bằng mũi rời hay khâu vắt có khóa hay không có khóa. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung. Không nên khâu cả lớp nội mạc tử cung. Thông thường khâu một lớp là đủ. Nếu cần thì khâu vắt lớp thứ hai để cầm máu và che phủ lớp khâu thứ nhất.
- Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung bắt buộc khi có nguy cơ nhiễm khuẩn.

Thì 6. Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, đếm đủ gạc:

Thì 7: Đóng thành bụng theo từng lớp.

Thì 8: Lấy máu và lau âm đạo.

V. THEO DÕI CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

1. Theo dõi sau phẫu thuật.

- Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu.
- Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ tử cung ra.
- Vết mổ thành bụng.
- Trung tiện.

2. Chăm sóc.

- Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật.

- Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện).

- Vận động sớm.
- Cho con bú sớm.
- Kháng sinh điều trị (nếu cần).

VI. BIẾN CHỨNG

1. Trong phẫu thuật

- Chảy máu
- Chấn thương thai nhi
- Chấn thương ruột
- Rạch vào bàng quang
- Thắt vào niệu quản

2. Sau phẫu thuật

- Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết.

- Chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung.

XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN III CUỘC CHUYỂN DẠ

BsCKII. Nguyễn Thị Thúy Nga - Phó khoa Sản - BVĐKT

I. ĐẠI CƯƠNG

Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ là các thao tác chủ động của người đỡ đẻ tác động giai đoạn sau khi sổ thai để giúp rau bong và sổ ra ngoài nhanh hơn, nhằm phòng ngừa chảy máu sau đẻ.

II. CHỈ ĐỊNH

Cho mọi trường hợp đẻ đường dưới, khi thai vừa mới sổ ra ngoài và chắc chắn không còn thai nào trong tử cung.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh.

Giải thích công việc sẽ tiến hành để lấy rau sau khi thai ra ngoài cho sản phụ yên tâm và hợp tác với nhân viên y tế.

2. Phương tiện, dụng cụ.

- Dụng cụ, thuốc men, đồ vải và các vật liệu vô khuẩn cần thiết cho đỡ đẻ và kiểm tra rau,

- Oxytocin 10 đv, chuẩn bị trong bơm tiêm để sẵn trên bàn dụng cụ đỡ đẻ.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH Thì 1.

Sử dụng ngay Oxytocin

- Sau khi sổ thai, trẻ khóc tốt đặt trẻ lên bụng người mẹ đã được trải sẵn săng và hai tay người mẹ ôm lấy trẻ.

- Người phụ đỡ đẻ sờ nắn bụng sản phụ để chắc chắn không còn thai trong tử cung.

- Người phụ đỡ đẻ tiến hành tiêm bắp 10 đơn vị Oxytocin vào mặt trước đùi sản phụ.

- Chỉ sau khi đã tiêm Oxytocin, người đỡ đẻ tiến hành cặp dây rốn và cắt rốn cho trẻ. Khi cặp dây rốn chú ý cặp sát vào âm hộ sản phụ.

- Người phụ đỡ đẻ đưa trẻ ra bàn làm rốn và chăm sóc trẻ, nhanh chóng lau khô, hút nhớt, làm rốn, quấn tã lót và đưa trẻ cho sản phụ để cho bú sớm nếu thích hợp.

Thì 2. Kéo dây rốn có kiểm soát để gây sổ rau:

- Người đỡ đẻ đứng bên cạnh hoặc ở giữa hai chân sản phụ thực hiện các công việc sau:

- Đặt bàn tay lên bụng dưới sản phụ đánh giá co hồi tử cung. Chỉ khi tử cung đã co lại tốt (chắc như trái bưởi) mới thực hiện các bước tiếp theo.

- Một tay cầm panh và dây rốn. Giữ căng dây rốn. Bàn tay còn lại đặt lên bụng sản phụ ngay vùng trên xương vệ, giữ và ấn tử cung theo hướng ngược lên về phía xương ức trong khi tay cầm panh kẹp dây rốn kéo với lực vừa phải và kéo theo hướng của cơ chế đẻ (lúc đầu kéo xuống, tiếp đến kéo ngang và cuối cùng kéo lên). Động tác này nhằm đề phòng lộn tử cung và để rau sổ theo hướng độ cong của khung chậu.

- Khi bánh rau đã ra đến lỗ ngoài âm đạo thì tay giữ dây rốn hạ thấp xuống cho trọng lượng bánh ra kéo màng ra theo. Nếu màng không ra thì hai tay người đỡ giữ bánh rau xoắn theo 1 chiều để màng rau thoát ra ngoài.

- Nếu kéo dây rốn trong 30 - 40 giây mà bánh rau không tụt xuống thấp (nghĩa là không có dấu hiệu bong rau) thì dừng lại không tiếp tục kéo dây rốn nữa.

- Lúc này chỉ giữ dây rốn và chờ đến lúc tử cung co bóp trở lại.

- Tiếp tục lặp lại động tác kéo dây rốn vừa phải cùng với ấn ngược tử cung khi có cơn co.

- Khi kéo, nếu thấy dây rốn dài ra, khó thao tác có thể cuộn dây rốn vào panh (kẹp dây rốn) cho ngắn lại, nếu cần thiết thì dùng panh cặp lại dây rốn sát vào âm hộ.

Chú ý:

- Động tác kéo dây rốn, không được làm quá thô bạo.

- Không được kéo dây rốn mà không dùng bàn tay thứ hai đẩy tử cung theo chiều ngược lên về phía xương ức

Thì 3. Xoa tử cung:

- Ngay lập tức sau khi rau sổ phải xoa tử cung cho đến khi tử cung co chặt.
- Cứ 15 phút xoa tử cung một lần trong vòng 2 giờ đầu
- Bảo đảm tử cung vẫn co tốt sau khi kết thúc xoa tử cung.

V. THEO DÕI

- Các bước tiếp theo thực hiện như trước, tức là phải kiểm tra bánh rau, màng rau để đảm bảo không sót rau hay sót màng. Nếu tiếp tục chảy máu, phải tìm các nguyên nhân khác gây băng huyết sau đẻ (rách đường sinh dục, sót rau) và thực hiện xử trí phù hợp với từng nguyên nhân.

- Nếu chỉ có 1 bác sỹ/nữ hộ sinh tham gia đỡ đẻ thì các bước thực hiện đến khi thai sổ, người đỡ đẻ giao bé cho mẹ ôm trong khi chuẩn bị tiến hành lấy rau. Các bước lấy rau tiếp tục tiến hành như hướng dẫn cho đến khi rau và màng rau đã
ra. Lúc này, người đỡ đẻ hướng dẫn và giám sát sản phụ tự xoa tử cung 15 phút/lần qua thành bụng cho đến khi tử cung co tốt. Người đỡ đẻ tiến hành làm rốn và mặc áo cho trẻ sơ sinh và đặt trẻ lên bụng mẹ để mẹ cho bú sớm.

CẮT KHÂU TẦNG SINH MÔN

BsCKII. Nguyễn Thị Thúy Nga - Phó khoa Sản - BVĐKT

MỤC TIÊU

1. Liệt kê được các trường hợp có chỉ định cắt khâu tầng sinh môn.
2. Thực hành thành thạo cắt khâu tầng sinh môn, xử trí các trường hợp rách phức tạp TSM.

I. ĐẠI CƯƠNG

Mục đích cắt chủ động tầng sinh môn để thai sổ ra dễ dàng, không làm rách tầng sinh môn và vết khâu liền tốt.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Cắt tầng sinh môn vì lý do người mẹ

- Tầng sinh môn cứng, dầy, hẹp, âm hộ và tầng sinh môn phù nề do chuyển dạ kéo dài, thăm khám nhiều.

- Trong các bệnh lý của mẹ cần cho thai phải sổ nhanh để đảm bảo sức khỏe cho người mẹ: như suy tim, tiền sản giật, cao huyết áp.

2. Cắt tầng sinh môn vì lý do thai nhi

- Thai to toàn bộ hoặc đầu to.
- Các kiểu sổ bất thường như sổ chẩm cùng, ngôi mặt, ngôi mông.
- Thai non tháng, thai có nguy cơ bị ngạt.

3. Cắt tầng sinh môn khi làm các thủ thuật như foóc xép, giác hút, đỡ đẻ ngôi mông…

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định cắt tầng sinh môn khi không lấy thai được đường dưới.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Nữ hộ sinh
- Bác sĩ sản khoa

2. Phương tiện, vật tư, thuốc

- Bộ cắt khâu tầng sinh môn bao gồm: 1 kéo thẳng đầu tù, 1 kìm cặp kim, 1 panh đỡ kim, 1 panh sát trùng, 1 cốc đựng dung dịch sát trùng.
- Chỉ khâu (chỉ vicryl rapid hoặc chỉ cat gut, lanh,...).
- 10ml dung dịch sát trùng: povidin hoặc polyvidin…
- 1 bơm tiêm 5ml
- 1 ống Lidocain 2%

3. Người bệnh

Kiểm tra toàn trạng, mạch, huyết áp, máu âm đạo. Phải chắc chắn không còn sót rau, tử cung co tốt, không rách âm đạo mới tiến hành khâu tầng sinh môn.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thì 1. Sát trùng vùng âm hộ tầng sinh môn

Thì 2. Gây tê vùng tầng sinh môn định cắt bằng Lidocain 2% 2ml +3ml nước cất. Nếu người bệnh đã được gây tê ngoài màng cứng để giảm đau rồi thì không cần gây tê tại chỗ nữa.

Thì 3. Cắt tầng sinh môn:

- Kỹ thuật mà nhiều người áp dụng là cắt chếch 45^0 tại vị trí 7 giờ. Sản phụ nằm tư thế đẻ thường, trong cơn co tử cung, khi tầng sinh môn và âm hộ phồng căng hoặc khi kéo forceps, giác hút dùng một kéo thẳng và sắc cắt chéo 45^0 từ mép sau của âm hộ (thường cắt ở bên phải của sản phụ). Cắt 2 – 4 cm tùy mức độ cần thiết. Đường cắt này sẽ cắt các cơ thắt âm hộ, cơ ngang nông và sâu, cùng với thành âm đạo và da dùng tầng sinh môn.
- Không cắt sâu tới cơ nâng hậu môn.
- Không cắt ngang vị trí 9 giờ để tránh vào những tổ chức dễ chảy máu như tuyến Bartholin, các tổ chức xốp vùng âm hộ và cũng không cắt theo đường giữa để tránh nút thớ trung tâm vùng sinh môn, cơ thắt hậu môn và trực tràng.
- Thường cắt 1 bên là đủ, nếu cần thiết thì cắt cả 2 bên.

Thì 4. Khâu tầng sinh môn:

- Chỉ khâu tầng sinh môn khi chắc chắn rau thai đã sổ, không sót rau, 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 bằng chỉ vicryl rapid:

+ Mũi khâu vắt thứ nhất bắt đầu từ trên vết cắt trong âm đạo 0,5cm ra tới gốc của màng trinh phía ngoài; khâu hết đến tận đáy kéo hai mép của âm đạo gốc của màng trinh sát vào nhau.

+ Mũi khâu vắt thứ hai: bắt đầu từ đỉnh của vết cắt tầng sinh môn phía ngoài vào tới gốc của màng trinh phía trong. Khâu từ phần dưới da cho đến gốc của màng trinh phía trong.

+ Khâu vắt dưới da hoặc trong da để tạo cho sẹo tầng sinh môn nhỏ và mềm mại.

(Ở những cơ sở y tế không có chỉ đảm bảo cho khâu vắt chúng ta có thể khâu mũi rời với 3 thì khâu như trên. Lớp ngoài cùng nên khâu mũi rời bằng chỉ không tiêu và sẽ cắt chỉ ngoài da sau 5 ngày).

Nếu vết rách sau ở trong âm đạo và rách sâu ở tầng sinh môn thì chúng ta phải khâu mũi rời.

Khâu da nên khâu luồn trong da bằng chỉ vicryl rapid để cho sẹo nhỏ và mềm mại.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Giữ vết khâu sạch và khô. Cắt chỉ vào ngày thứ 5 nếu khâu da bằng chỉ không tiêu.

- Nếu vết khâu không liền do nhiễm khuẩn phải xử trí tại chỗ, không khâu lại ngay.

2. Xử trí tai biến

- Chảy máu do có khoảng trống giữa các lớp khâu: khâu lại cho các lớp liền

và ép vào nhau.

- Nhiễm khuẩn:

+ Cắt chỉ tầng sinh môn cách quãng, rửa sạch, kháng sinh tại chỗ và toàn thân.

+ Vệ sinh, rửa bằng dung dịch sát trùng, sử dụng kháng sinh điều trị.

PHẪU THUẬT CHỬA NGOÀI TỬ CUNG VỠ

BsCKI. Vũ Duy Bình - Phó khoa Sản - BVĐKT

I. 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.

II. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- Mổ cấp cứu, hồi sức tích cực trước, trong và sau phẫu thuật.

III. 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.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa sản đã từng làm phẫu thuật trong sản phụ khoa.
- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

2. Phương tiện, thuốc

- Bộ phẫu thuật ổ bụng.
- Các loại dịch truyền thay máu và các thuốc hồi sức.
- Thuốc tiền mê, gây mê, nội khí quản.
- Máu cùng loại trong ca mất máu nhiều cần truyền máu cấp cứu.

3. Người bệnh

- Được tư vấn về lý do phải mổ cấp cứu và nguy cơ có thể xảy ra, ký giấy cam đoan mổ. Nếu người bệnh choáng nặng thì người nhà ký thay.
- Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông tiểu sát khuẩn thành bụng vùng mổ.
- Tiền mê, hồi sức tích cực trong ca choáng mất máu nặng.

- Gây mê nội khí quản để chủ động về hô hấp và tuần hoàn trong khi mổ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Rạch bụng đường giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ, qua các lớp da, cân, cơ, phúc mạc để vào ổ bụng.
- Dùng 2 panh kẹp nhấc phúc mạc lên cao và mở phúc mạc. Kiểm tra xem có máu trong ổ bụng, máu mầu gì
- Nếu có nhiều máu đỏ tươi: múc máu trong ổ bụng đổ vào chai có chứa Natri citrat qua phễu có 8 lần gạc để lọc lấy lại máu truyền cho người bệnh.
- Nếu máu trong bụng mầu nâu sẫm hoặc hơi đen là máu chảy đã lâu có thể bị vỡ hồng cầu, không nên truyền hoàn hồi.
- 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.
- Mở rộng thành bụng bằng hai panh Harmann kéo sang hai bên, nếu vòi tử cung bị vỡ, máu chảy nhiều nên cắt bỏ vòi tử cung cầm máu, dùng kìm có mấu kẹp sát với tử cung, nơi mạc treo vòi ít mạch máu, dùng kéo cắt khối chửa tới sát tai vòi tử cung.
- Nếu tổn thương ở vòi tử cung có thể bảo tồn thì khâu phục hồi vòi trứng khi người bệnh trẻ, chưa đủ con.
- Khâu cuống mạch bên vòi tử cung bị cắt bằng chỉ tự tiêu và buộc chặt cầm máu.
- Nếu chửa ở đoạn kẽ tử cung (khối chửa nằm ngoài dây chằng tròn) thì có thể cắt góc tử cung hay cắt tử cung bán phần nếu người bệnh có 2 con, trên 35 tuổi.
- Nếu chửa ngoài tử cung ở buồng trứng thì cắt vùng buồng trứng tổn thương, khâu cầm máu bằng chỉ tự tiêu vắt cầm máu.
- Cho nằm đầu cao, lau sạch ổ bụng, kiểm tra lại tiểu khung, 2 vòi tử cung, buồng trứng, cùng đồ và các tạng lân cận.
- Không đặt dẫn lưu

- Đóng thành bụng theo lớp giải phẫu..
- Truyền máu hoàn hồi cho người bệnh hoặc dịch thay máu và máu tươi nếu cần.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **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, có thể do tuột chỉ khâu diện cắt vòi tử cung. Cần phải phẫu thuật lại ngay để cầm máu.
- **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, đặc biệt là khi truyền máu hoàn hồi.

PHẪU THUẬT MỞ BỤNG
CẮT U BUỒNG TRỨNG HOẶC CẮT PHẦN PHỤ

BsCKI. Vũ Duy Bình - Phó khoa Sản - BVĐKT

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật mở ổ bụng để cắt buồng trứng, cắt vòi trứng, hay cắt cả phần phụ trong trường hợp chảy máu, ứ mủ hay xoắn buồng trứng và vòi trứng.

II. CHỈ ĐỊNH

U nang buồng trứng hoặc phần phụ không có chỉ định mổ nội soi

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang hành kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi
- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu,
- Các bệnh nội khoa không có chịu đựng được phẫu thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa sản đã từng làm phẫu thuật trong sản phụ khoa.
- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

2. Phương tiện

Bộ trung phẫu hoặc đại phẫu

3. Người bệnh

- Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.
- Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra.
- Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần
- Vệ sinh tại chỗ, thụt tháo, sát khuẩn vùng bụng
- Gây mê nội khí quản

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Trải khăn vô khuẩn.
- Mở bụng theo đường giữa dưới rốn hay đường ngang trên vệ vào ổ bụng.

- Bọc mép vết mổ.

1. Cắt khối u buồng trứng

- Thăm khám đánh giá tình trạng khối u buồng trứng xem mức độ di động và dính với các tạng xung quanh.
- Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để khối u bị vỡ
- Chèn gạc xung quanh, tách biệt với khối u
- Nếu khối u nhỏ: dùng một (hoặc 2) kìm có răng to, chắc khỏe cặp cuống khối u (dây chằng thắt lưng – buồng trứng), càng sát khối u càng tốt.
- Dùng một (hoặc 2) kìm có răng to, chắc khỏe cặp cuống khối u, cách kìm trước 1 đến 1,5 cm
- Dùng kéo cong cắt bỏ khối u
- Khâu mỏm cắt.
- Nếu khối u to, sau khi bọc lót kỹ, có thể dùng 2 hoặc 3 kìm cặp lôi khối u lên, chọc một lỗ để hút bớt dịch trong khối u, sau đó dùng kìm kẹp mép khối u vừa mở, rồi tiến hành cắt khối u như trên.
- Trong trường hợp xác định khối u lành tính thì bóc tách khối u để lại phần buồng trứng lành: dùng dao rạch nhẹ trên phần khối u sát với phần buồng trứng lành; dùng kéo cong đầu tù kết hợp với đầu ngón tay để bóc tách phần u buồng trứng ra khỏi phần lành; sau đó cầm máu kỹ.
- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu chỉ chưa được buộc chặt, hoặc khâu chưa hết tổn thương thì phải khâu tăng cường để cầm máu.
- Gửi bệnh phẩm xét nghiệm giải phẫu bệnh.
- Kiểm tra buồng trứng bên đối diện. Nếu nghi nghờ khối u vừa cắt bị ung thư thì cắt miếng nhỏ buồng trứng đối diện để xét nghiệm mô bệnh học

2. Cắt phần phụ

- Thăm khám đánh giá tình trạng phần phụ xem có bị dính với các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để vỡ dịch (trong ca ứ mủ VTC)
- Dùng một kìm có răng to, chắc khỏe cặp dây chằng thắt lưng – buồng trứng và dây chằng rộng sát với tử cung
- Dùng một kìm có răng to, chắc khỏe cặp cách kìm trước 1 đến 1,5 cm
- Dùng kéo cong cắt bỏ phần phụ
- Khâu mỏm cắt bằng mũi thông thường hay mũi khâu số 8. Kiểm tra xem có còn rỉ máu không
- Lau sạch ổ bụng
- Đóng bụng theo các lớp, đóng da mũi rời hoặc trong da
- Sát khuẩn lại và băng vết thương

VI. THEO DÕI VÀ TAI BIẾN

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn dưới tác động của CO_2 và dịch soi buồng tử cung, dịch rửa ổ bụng khi soi ổ bụng.
- Thủng tử cung do quá trình soi buồng tử cung, đặc biệt khi nội soi buồng tử cung phẫu thuật.
- Tổn thương mạch máu, hệ tiết niệu, hệ tiêu hóa trong quá trình phẫu thuật.
- Nhiễm trùng**,** chảy máu trong

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa – *Bộ Y Tế*

2. Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản – *Bộ Y Tế*

3. Bài giảng sản phụ khoa (Sau đại học) – *Đại học Y Hà Nội*