

# **PHẦN PHỤ KHOA**

## PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ THAI NGOÀI TỬ CUNG

### I. ĐẠI CƯƠNG

- Thai ngoài tử cung là hiện tượng trứng đã thụ tinh làm tổ ở ngoài buồng tử cung.
- Các vị trí của thai ngoài tử cung: vòi tử cung (chiếm 95 – 98%), buồng trứng, ống cổ tử cung, ổ bụng.
- Phẫu thuật nội soi thai ngoài tử cung là một phương pháp dùng để chẩn đoán sớm và điều trị có hiệu quả các trường hợp thai ngoài tử cung chưa vỡ hoặc thai ngoài tử cung vỡ với lượng máu trong ổ bụng chưa nhiều, chưa ảnh hưởng đến toàn trạng của người bệnh.

### II. CHỈ ĐỊNH

- Thai ngoài tử cung với huyết động ổn định.
- Chẩn đoán các trường hợp nghi ngờ thai ngoài tử cung
- **Các yếu tố nguy cơ của Bruhat:**

TT	Yếu tố nguy cơ	Số điểm
1	Tiền sử thai ngoài tử cung	2
2	Sau đó mỗi lần thai ngoài tử cung thêm	1
3	Tiền sử gỡ dính qua nội soi	1
4	Tiền sử mổ vi phẫu vòi tử cung	2
5	Chỉ có 1 vòi tử cung	2
6	Tiền sử viêm vòi tử cung	1
7	Có dính cùng bên	1
8	Có dính bên đối diện	1

#### **Căn cứ vào tổng số điểm để có phương pháp điều trị**

- Từ 0-3 điểm: Nội soi bảo tồn vòi tử cung, nếu người bệnh còn nhu cầu sinh đẻ
- 4 điểm: Nội soi cắt vòi tử cung
- $\geq 5$  điểm: Nội soi cắt vòi tử cung và triệt sản bên đối diện.

### III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp có chống chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng
- Thai ngoài tử cung vỡ gây trụy mạch.
- Không bảo tồn vòi tử cung trong trường hợp huyết tụ thành nang hoặc đã có hoạt động tim thai.

### IV. CHUẨN BỊ

#### 1. Người thực hiện

BS chuyên khoa Phụ sản có kinh nghiệm, được đào tạo và có kỹ năng về phẫu thuật nội soi

#### 2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi

#### 3. Người bệnh

- Khám toàn thân và khám chuyên khoa để đánh giá toàn trạng bệnh nhân có chỉ định mổ nội soi không
- Tư vấn cho người bệnh về lý do phẫu thuật, các nguy cơ của phẫu thuật, tương lai sinh sản sau này, các biện pháp tránh thai có thể được áp dụng và nguy cơ thai ngoài tử cung tái phát
- Người bệnh ký cam đoan phẫu thuật
- Thụt tháo
- Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông đái, sát khuẩn thành bụng vùng mổ
- Gây mê nội khí quản

#### 4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ phẫu thuật theo quy định.

### V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

#### Thì 1: Bơm CO<sub>2</sub>

- Điểm chọc kim bơm CO<sub>2</sub> 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.
- Có thể chọc trocar ở mép dưới rốn sau đó bơm CO<sub>2</sub>.
- Bơm CO<sub>2</sub> đến áp lực mong muốn (khoảng 15mmHg)

#### Thì 2: Chọc Trocart

- Chọc trocar đèn soi (trocart 10 hoặc 5) ở ngay mép rốn và trocar phẫu thuật ở trên vệ

#### Thì 3: Đánh giá ổ bụng và tiểu khung

- Hút hết máu, rửa ổ bụng, đánh giá toàn bộ ổ bụng và tiểu khung đặc biệt là vị trí, tình trạng khối thai và vòi tử cung bên đối diện.

#### Thì 4: Phẫu thuật: tùy thuộc tổn thương

##### Bảo tồn vòi trứng

##### Điều kiện

- Huyết động học ổn định
- Kích thước khối thai ≤ 4cm
- B hCG ≤ 5.000UI/ml
- Không có tiền căn mổ tái tạo vòi trứng hay TNTC trên vòi trứng bị TNTC đó
- Không phải TNTC tại đoạn kẽ
- Không có tim thai trong khối TNTC.

##### Kỹ thuật

- Sau khi bơm khí CO<sub>2</sub> vào ổ bụng
- Thăm sát ổ bụng, xác định vị trí TNTC, rửa sạch làm rõ tổn thương.
- Cố định vòi trứng bằng allis, vị trí cố định là đoạn gần hướng về phía tử cung so với khối thai.
- Xác định đường rạch trên vòi trứng, dài 1-2cm (tùy theo kích thước khối thai), sử dụng dao đốt đơn cực rạch dọc theo bờ tự do của vòi trứng ngay trên đoạn gần khối thai.
- Bơm nước quanh khối thai, làm lỏng lẻo và tách khối thai ra khỏi lòng vòi trứng

- Kiểm tra chảy máu và đốt cầm máu bằng dao đốt lưỡng cực hoặc khâu cầm máu tại vị trí chảy máu bằng PDS 5-0.
- Không cần khâu kín lại đường rạch trên vòi trứng
- Lấy mô nhau thai qua túi đựng bệnh phẩm.

#### **Kỹ thuật cắt bỏ vòi trứng**

- Bước 1-3 làm như bảo tồn vòi trứng
- Cố định vòi trứng bằng allis tại đoạn gần cách góc tử cung 1cm
- Sử dụng dao đốt lưỡng cực đốt và cắt sát góc vòi trứng đi dần về phía bóng loa ngay sát dưới bờ mạc treo vòi trứng.
- Kiểm tra cầm máu diện cắt
- Lấy bệnh phẩm qua túi bệnh phẩm hoặc trocar 10mm
- Kết thúc cuộc mổ.
  - + Kiểm tra lại VTC
  - + Rửa vùng tiểu khung
  - + Đánh giá lại VTC đối diện cũng như toàn bộ tiểu khung
  - + Không cần thiết đặt dẫn lưu
- Một số kỹ thuật kết hợp
  - + Gỡ dính
  - + Tạo hình loa vòi
  - + Mở thông VTC
  - + Lộn loa vòi
  - + Cắt VTC

#### **Theo dõi sau bảo tồn vòi trứng**

- 5 -20% sót nhau sau điều trị bảo tồn.
- Thử  $\beta$ -hCG 48 giờ sau mổ, nếu giảm > 70% so với giá trị  $\beta$ -hCG trước mổ, thì thử  $\beta$ -hCG mỗi tuần lần cho đến khi  $\beta$ -hCG <5 mUI/ml
- Nếu  $\beta$ -hCG không giảm hoặc giảm < 15% so với trị số ban đầu hoặc bình nguyên hoặc giảm sau đó tăng lại → điều trị theo phác đồ MTX, nếu không đáp ứng với điều trị MTX hay không đủ điều kiện điều trị MTX nên thực hiện nội soi lại cắt vòi trứng.

## **VI. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG**

### **1. Tai biến của phẫu thuật nội soi nói chung**

- Tổn thương đường tiêu hoá
- Tổn thương hệ tiết niệu
- Tổn thương vòi tử cung
- Bỏng do điện
- Chảy máu trong mổ

### **2. Tai biến của nội soi điều trị thai ngoài tử cung**

- Ngoài các tai biến, biến chứng chung của soi ổ bụng can thiệp, soi ổ bụng điều trị thai ngoài tử cung có một số tai biến đặc trưng như:
  - **Điều trị bảo tồn VTC**
    - + Chảy máu: chủ yếu là chảy máu ở diện rau bám trong mổ và sau mổ dẫn tới phải cắt vòi tử cung
    - + Chân thương vòi tử cung: thường do phẫu thuật viên thiếu kinh nghiệm
    - + Nguyên bào nuôi tồn tại

- **Điều trị triệt để 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
- + Chấn thương các cơ quan khác: do khối thai dính với ruột, thành chậu hông
- + Tổn thương ruột: do dính nhiều và chảy máu nhiều
- + 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

## **PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U BUỒNG TRỨNG HOẶC CẮT PHẦN PHỤ**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Hiện nay nội soi đang dần chiếm ưu thế trong phẫu thuật cắt u buồng trứng hoặc phần phụ, tuy nhiên không phải tất cả vẫn các ca đều mổ nội soi được mà bắt buộc phải phải mở bụng để thực hiện các phẫu thuật trên vì dính hoặc mổ cũ nhiều lần hoặc có những chống chỉ định cho nội soi.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- U buồng trứng không nghi ngờ ác tính và không quá to, không quá dính.
- Nang nước cạnh vòi trứng.
- Viêm ứ mủ vòi trứng.
- Ung thư vú có chỉ định cắt buồng trứng.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh đang trong chu kỳ kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi.
- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu.
- Các bệnh nội khoa và các trường hợp có chống chỉ định mổ nội soi.
- Khối u dính nhiều, phẫu thuật ổ bụng nhiều lần.
- Ung thư buồng trứng.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi.
- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

#### **2. Phương tiện**

- Bộ phẫu thuật nội soi.
- Dàn máy và phương tiện nội soi ổ bụng.

#### **3. Người bệnh**

- Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ định.
- 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, trái khăn vô khuẩn
- 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**

- Bơm hơi ổ phúc mạc (qua kim hoặc qua trocar);
- Đưa đèn soi vào ổ bụng;

#### **1. Cắt khối u buồng trứng qua nội soi**

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

### **Cắt u nang buồng trứng**

- Dùng dao đốt đơn cực rạch hoặc kéo cắt trên mặt khối u dài khoảng 2cm ở bờ tự do đối diện mạc treo buồng trứng .
- Đường rạch đủ rộng không xé toạc buồng trứng
- Dùng forcep nhỏ cặp một bên mép của vết rạch khối u và kéo lên cao
- Dùng cây nước bóc tách dần khối u khỏi vỏ u
- Khi đã đến đáy (cuống) khối u, tùy thuộc vào tình trạng của khối u:
  - + Nếu u nhỏ, tiên lượng không chảy máu thì bóc lấy hết khối u.
  - + Nếu nguy cơ chảy máu ở cuống khối u thì dùng dao đốt lưỡng cực đốt tổ chức dưới đáy khối u, dùng kéo hoặc dao đốt đơn cực cắt cuống khối u.
- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.
- Cầm máu bắt đầu từ trung tâm.
- Đốt cuộn mép vào trong của bờ vết rạch.
- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao đốt lưỡng cực.
- Rút các trocar, khâu lại chỗ rạch bụng

### **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 ú mũ VT)
- Tạo cửa sổ ở dây chằng rộng (để tránh niệu quản, mở vùng vô mạch giới hạn bởi động mạch chậu ngoài, vòi trứng- buồng trứng và dây chằng tròn)
- Mở rộng cửa sổ theo chiều trước sau
- Dùng dao đốt lưỡng cực cặp và đốt bó thắt lưng buồng trứng, dây chằng thắt lưng buồng trứng, vòi trứng
- Dùng kéo hoặc dao đốt đơn cực cắt bó thắt lưng buồng trứng và cuống dây chằng thắt lưng buồng trứng, dây chằng rộng
- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.
- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao đốt lưỡng cực.
- Rút các trocar, khâu lại chỗ rạch bụng

### **VI. THEO DÕI**

- Theo dõi xem băng có bị thấm máu không
- Vết mổ có bị bầm tím do máu
- Sưng đỏ do viêm nhiễm
- Theo dõi tình trạng nước tiểu: có máu không và số lượng trong 24 giờ
- Cắt chỉ sau mổ 5 ngày
- Bình thường ra viện sau 24 hoặc 48 giờ

### **VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tai biến và xử trí nói chung giống như nội soi ổ bụng thông thường

- Nếu chảy máu không cầm được thì phải chuyển mổ mở



## PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN

### I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn là một phương pháp điều trị ngoại khoa để cắt bỏ tử cung.

### II. CHỈ ĐỊNH

- U xơ tử cung
- Quá sản nội mạc tử cung điều trị nội không kết quả
- Rong kinh rong huyết điều trị nội không kết quả
- Tổn thương cổ tử cung: CIN II, CIN III, CIS
- Ung thư nội mạc tử cung giai đoạn sớm
- Sau nạo thai trứng có chỉ định cắt tử cung

### III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có chống chỉ định mổ nội soi
- Ung thư nội mạc tử cung, ung thư cổ tử cung, ung thư buồng trứng giai đoạn muộn

### IV. CHUẨN BỊ

**1. Người thực hiện:** bác sĩ chuyên khoa phụ ung thư, bác sĩ phụ sản có kinh nghiệm

**2. Phương tiện:** Hệ thống máy nội soi dành cho chuyên ngành sản phụ khoa

**3. Người bệnh**

- Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá bệnh lý phối hợp
- Tư vấn cho người bệnh và gia đình về nguy cơ phẫu thuật
- Thụt tháo, vệ sinh bụng và âm đạo
- Hồ sơ bệnh án
- Hồ sơ bệnh án phẫu thuật theo quy định.
- Nằm ở tư thế phụ khoa, đầu thấp, gây mê nội khí quản

### V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

**Thì 1: Chọc Trocar**

- Chọc 1 trocar 10 ở rốn
- Chọc 2 trocar 5 ở hai hố chậu và 1 trocar 5 ở trên mu
- Các trocar cách nhau > 8cm

**Thì 2:** Thăm dò toàn bộ ổ bụng

**Thì 3:** Đốt và cắt 2 dây chằng tròn

**Thì 4:** Cắt 2 dây chằng thắt lưng- buồng trứng hoặc 2 dây chằng tử cung- buồng trứng nếu bảo tồn buồng trứng

**Thì 5:** cắt động mạch tử cung

- Mở lá phúc mạc ở túi cùng trước, đẩy bàng quang xuống thấp
- Mở lá phúc mạc mặt sau tử cung để đẩy niệu quản ra xa
- Đốt và cắt 2 động mạch tử cung

**Thì 6:** Cắt rời tử cung khỏi âm đạo

**Thì 7:** Khâu lại mòm âm đạo: qua đường âm đạo hoặc qua nội soi

**Thì 8:** Kiểm tra:

- Cầm máu
- Rửa bụng
- Kiểm tra niệu quản, bàng quang, trực tràng

**Thì 9:** Rút các trocar và khâu các lỗ chọc

**VI. THEO DÕI:** Theo dõi các yếu tố huyết động, theo dõi bụng, ra máu âm đạo

### **VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu trong và sau mổ. Phát hiện sớm chảy máu để mổ lại cầm máu
- Viêm phúc mạc
- Tổn thương đường tiêu hóa: ruột, đại tràng, trực tràng
- Tổn thương đường tiết niệu: bàng quang, niệu quản
- Tổn thương mạch máu.

## PHẾT TẾ BÀO CỔ TỬ CUNG

### I. ĐẠI CƯƠNG

- Phết tế bào CTC (PTBCTC) là kỹ thuật lấy một ít tế bào trên bề mặt CTC, được dùng để tầm soát ung thư CTC.
- Các phương pháp kỹ thuật:
  - + Phết mỏng tế bào CTC trên lam
  - + Test tế bào CTC nhúng dịch (Liqui Test)
  - + Thin-prep.
- Điều kiện:
  - + Tốt nhất: ngay sau sạch kinh
  - + Không quan hệ tình dục, không thực rửa, không đặt thuốc trong âm đạo tối thiểu 48 giờ.

### II. CHỈ ĐỊNH

Theo hướng dẫn thực hành của ACOG 2012 về PTBCTC:

Thời điểm bắt đầu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 21 tuổi, đã có quan hệ tình dục.</li> <li>• Bất kể lứa tuổi bắt đầu có quan hệ tình dục trước đó.</li> </ul>
Lịch trình lặp lại	
21-65 tuổi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mỗi 3 năm.</li> <li>• HPV co-test với các phụ nữ &gt;30 tuổi.</li> </ul>
>65 tuổi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ngưng tầm soát PTBCTC nếu không có tiền sử bất thường từ CIN 2 trở lên.</li> <li>• Mỗi 3 năm với PTBCTC Hoặc mỗi 5 năm với PTBCTC + co-test HPV các type nguy cơ cao.</li> <li>• Kéo dài thêm ít nhất 20 năm</li> </ul>
Đã cắt tử cung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Không lặp lại</li> </ul>
Đã chủng ngừa HPV 16,18	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Không thay đổi so với người chưa chủng ngừa</li> </ul>

### III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ra huyết âm đạo
- Màng gà sinh dục: âm hộ, âm đạo, CTC
- CTC viêm cấp
- Ung thư CTC.

## CẮT POLYPE CỔ TỬ CUNG

### I. CHỈ ĐỊNH

Tính chất polype	Thủ thuật
Polype kênh CTC nhỏ: <ul style="list-style-type: none"> <li>• kích thước &lt;0,5cm</li> <li>• không có hình ảnh bất thường trên soi CTC</li> </ul>	Không có chỉ định can thiệp
Polype kênh CTC có một trong các tính chất sau: <ul style="list-style-type: none"> <li>• kích thước <math>\geq 0,5\text{cm}</math></li> <li>• hoại tử</li> <li>• có hình ảnh bất thường trên soi CTC:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Tăng sinh tuyến dạng polype</li> <li>+ Vết trắng đỉnh polype</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Xoắn polype CTC</li> <li>• +/- Nạo kênh CTC</li> <li>• Gửi giải phẫu bệnh lý</li> </ul>
Polype cổ ngoài CTC <ul style="list-style-type: none"> <li>• kích thước <math>\geq 0,5\text{cm}</math></li> <li>• chân nhỏ <math>\leq 0,3\text{cm}</math></li> </ul>	Sinh thiết polype CTC, gửi GPBL
<ul style="list-style-type: none"> <li>• chân <math>&gt;0,3\text{cm}</math></li> </ul>	Cắt polype bằng loop

### II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- CTC viêm cấp.
- Bệnh lý nội khoa không cho phép làm thủ thuật: bệnh lý tim mạch, tăng huyết áp, hen phế quản-phổi, đái tháo đường không kiểm soát được, đang sử dụng thuốc kháng đông hoặc có tình trạng rối loạn đông máu...
- Chống chỉ định tương đối trong thai kỳ.

### III. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

#### 1. Trước khi làm thủ thuật

- Soi CTC
- Khám âm đạo để xác định hướng CTC, tử cung.
- Tư vấn khách hàng về chỉ định, quy trình thủ thuật, các tai biến, biến chứng có thể xảy ra.
- Ký bản cam kết thủ thuật (đối với cắt polype bằng loop).
- Nhắc bệnh nhân đi tiểu. Có thể thông đái.
- Người làm thủ thuật mặc áo, đội nón, khẩu trang, rửa tay, mang gang, trái sang.

#### 2. Làm thủ thuật

- Sát trùng âm hộ, tăng sinh môn.
- Đặt mỏ vịt,
- Sát trùng âm đạo, CTC.
- Vô cảm: dung dịch Lidocain 2% xịt hoặc tê cạnh CTC.
- Tiến hành:
  - + Xoắn polype kênh CTC bằng kẹp hình tim, hoặc

- + Sinh thiết Polype cổ ngoài CTC bằng kèm sinh thiết, hoặc
- + Cắt polype bằng loop.
- Đốt điện, châm Monsel cầm máu, chèn tampon trong âm đạo nếu cần thiết.
- Sát trùng lại CTC, âm đạo.
- Rút mỏ vịt.
- Sát trùng lại âm hộ, tầng sinh môn.

### **3. Sau thủ thuật**

- Kê toa kháng sinh uống 5 ngày
- Dặn dò:
  - + Rút tampon (nếu có).
  - + Làm việc nhẹ, nghỉ ngơi nhiều, ăn uống đầy đủ, kiêng quan hệ tình dục trong tối thiểu 1 tuần.
  - + Các dấu hiệu không bệnh lý thường gặp sau thủ thuật: ra huyết âm đạo ít từ 3-5 ngày ngay sau thủ thuật, có thể ra dịch vàng/ít huyết âm đạo sau 2 tuần (do tróc màng chảy máu, xảy ra đối với thủ thuật cắt polype bằng loop).
  - + Các dấu hiệu cần phải khám lại ngay: sốt kéo dài, ra huyết âm đạo lượng nhiều, hoặc kéo dài, đau bụng dưới,...

### **IV. TAI BIẾN – BIẾN CHỨNG**

- Chảy máu
- Sốc: do đau, chảy máu, sốc điện
- Nhiễm trùng
- Tổn thương các cơ quan lân cận: thành âm đạo, tử cung, bàng quang, trực tràng...

## NẠO SINH THIẾT TỪNG PHẦN

### I. CHỈ ĐỊNH

- Tăng sinh nội mạc tử cung
- Ung thư nội mạc tử cung
- Cường kinh
- Rong huyết điều trị nội không đáp ứng
- Polype lòng tử cung
- Ra huyết hậu mãn kinh

### II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm nhiễm phụ khoa cấp tính: viêm CTC, nội mạc tử cung, viêm phần phụ, áp xe phần phụ.
- Ung thư CTC.
- Có thai hoặc nghi ngờ có thai.
- Bệnh lý nội khoa không cho phép làm thủ thuật: bệnh lý tim mạch, tăng huyết áp, hen phế quản-phổi, đái tháo đường không kiểm soát được, đang sử dụng thuốc kháng đông hoặc có tình trạng rối loạn đông máu...

### III. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

#### 1. Chuẩn bị trước khi làm thủ thật

- Tư vấn bệnh nhân về chỉ định quy trình thủ thuật, các tai biến, biến chứng có thể xảy ra.
- Ký bản cam kết thủ thuật.
- Bệnh nhân uống thuốc giảm đau.
- Đi tiểu. Có thể thông tiểu. Thay váy.
- Nằm tư thế sản phụ khoa.
- Người làm thủ thuật, mặc áo, mang nón, khẩu trang, rửa tay, mang găng, trải sang

#### 2. Làm thủ thuật

- Sát trùng âm hộ, tăng sinh môn.
- Đặt mỏ vịt,
- Sát trùng âm đạo, CTC.
- Vô cảm: Lidocain 2% tê cạnh CTC.
- Kẹp CTC bằng pozzi ở 12g, hoặc 6g.
- Nạo kênh CTC. Kiểm tra đã nạo đủ mô kênh CTC.
- Chọn ống hút thích hợp. Đo buồng tử cung bằng ống hút.
- Hút lòng tử cung bằng Carmann 1 van. Kiểm tra đã hút đủ mô lòng tử cung.
- Đo lại buồng tử cung bằng ống hút. Kiểm tra huyết âm đạo ra ít, tử cung gò tốt.
- Rút ống hút.
- Tháo pozzi.
- Sát trùng lại: CTC, âm đạo.
- Rút mỏ vịt.
- Sát trùng lại âm hộ, tăng sinh môn.

#### 3. Sau thủ thuật

- Kê toa kháng sinh uống 5 ngày
- Dặn dò:
  - + Làm việc nhẹ, nghỉ ngơi nhiều, ăn uống đầy đủ, kiêng quan hệ tình dục trong tối thiểu 1 tuần.
  - + Các dấu hiệu không bệnh lý thường gặp sau thủ thuật: ra huyết âm đạo ít từ 5 - 7 ngày ngay sau thủ thuật.
  - + Các dấu hiệu cần phải khám lại ngay: sốt kéo dài, ra huyết âm đạo lượng nhiều, hoặc kéo dài, đau bụng dưới, ...

#### **IV. TAI BIẾN – BIẾN CHỨNG**

- Chảy máu
- Sốc: do đau, chảy máu, sốc điện
- Nhiễm trùng
- Tổn thương các cơ quan lân cận: thành âm đạo, tử cung, bàng quang, trực tràng...

## HÚT THAI TRỨNG

### I. ĐẠI CƯƠNG

- Là một thủ thuật đưa ống hút vào buồng tử cung, dưới áp lực âm hút tổ chức trứng, nhau và mô thai trong buồng tử cung.
- Hút thai trứng nguy hiểm hơn hút thai thường vì tử cung to và mềm nên nguy cơ chảy máu, thủng tử cung và sót trứng cao

### II. MỤC ĐÍCH

Lấy mô trứng, mô nhau, thai ra khỏi tử cung để điều trị bệnh và xét nghiệm mô học để có cơ sở chẩn đoán xác định.

### III. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH

#### 1. Người bệnh

- Tư vấn:
  - + Tình trạng bệnh: tai biến, biến chứng thành ác tính có thể gặp.
  - + Quá trình thực hiện thủ thuật: các bước thực hiện thủ thuật, tai biến có thể gặp trong khi làm thủ thuật và sau thủ thuật.
  - + Theo dõi sau hút thai trứng, thời gian và khả năng có thai lại.
- Chuẩn bị:
  - + Khám đánh giá tổng quát người bệnh, phát hiện và điều trị các bệnh lý nội khoa đi kèm có thể ảnh hưởng đến quá trình làm thủ thuật cũng như khả năng phẫu thuật cắt tử cung có thể xảy ra.
  - + Khám tiền mê đánh giá khả năng dùng phương pháp giảm đau hay vô cảm cho bệnh nhân.
  - + Khám sản phụ khoa đánh giá độ lớn của tử cung để chọn lựa dụng cụ thủ thuật phù hợp.
  - + Nhịn ăn từ 22g đêm trước khi hút thai trứng. Thủ thuật được thực hiện tại phòng mổ.

#### 2. Dụng cụ và vật tư tiêu hao

- Dịch truyền, dây truyền dịch, kim luôn.
- Bơm chân không hút lòng tử cung (Karman) loại 1 van hoặc 2 van hoặc máy hút.
- Thuốc: Misoprostol, Ergometrin, Oxytocin, Duratocin, thuốc cầm máu.
- Thuốc giảm đau: tiêm tĩnh mạch hoặc thuốc gây tê ở cổ tử cung
- Khăn vải trải vô khuẩn: trải ở mông, trên bụng và 2 đùi
- Găng tay vô khuẩn: 2 đôi.
- Áo, mũ, khẩu trang vô khuẩn, tạp dề nhựa.
- Bộ dụng cụ:
  - + Kẹp sát trùng: 2
  - + Van âm đạo: 1
  - + Kẹp cổ tử cung: 1
  - + Bộ nong cổ tử cung.
  - + Ống hút: cỡ 6 đến 12
  - + Dụng dịch sát khuẩn, bông hoặc gạc sát khuẩn.



### 3. Người bệnh

- Đối với những cổ tử cung quá chắc khó nong, làm mềm cổ tử cung bằng Misopristol 200mcg đặt âm đạo trước khi tiến hành thủ thuật 1 giờ.
- Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.
- Cầm đường truyền tĩnh mạch bằng dung dịch muối hoặc đường đẳng trương có pha từ 5 – 20 đơn vị Oxytocin
- Nếu sử dụng tiền mê tĩnh mạch: tiêm thuốc tiền mê.

### 4. Người thực hiện

- Rửa tay theo quy định
- Mặc áo, đeo khẩu trang, tạp dề, đi găng tay vô khuẩn.

## IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Sát khuẩn vùng âm hộ, âm đạo.
- Trải khăn vải vô khuẩn.
- Đặt van âm đạo: sát khuẩn lại âm đạo, sát khuẩn cổ tử cung.
- Kẹp cổ tử cung.
- Gây tê cạnh cổ tử cung vị trí 4g và 8g.
- Hút lòng tử cung bằng bơm hoặc máy hút cho đến khi có cảm giác sạch lòng tử cung.
- Lau và sát khuẩn lại âm đạo, cổ tử cung bằng 1 kẹp sát khuẩn mới.
- Tháo dụng cụ.
- Lấy bệnh phẩm hút ra gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh.
- Trao đổi với người bệnh về kết quả thủ thuật.
- Ghi chép hồ sơ.
- Chỉ định điều trị thích hợp: kháng sinh, thuốc co hồi tử cung.

## V. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH SAU HÚT 3 GIỜ

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Theo dõi co hồi tử cung và máu âm đạo.

## VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: nếu đang hút thì hồi sức và hút nhanh, lấy hết trứng để tử cung co lại sẽ giảm chảy máu và dùng thuốc co tử cung Oxytocin, Ergotamin, Misoprostol, Duratocin. Nếu không thành công có thể đặt bóng chèn hoặc cắt tử cung cấp cứu.
- Thủng tử cung: mổ cấp cứu
  - + Nếu người bệnh còn nguyện vọng có con: sau khi mở bụng, cầm tử cung trong tay, người khác tiếp tục hút trứng dưới tay phẫu thuật viên, hút sạch lòng tử cung và khâu lại lỗ thủng.
  - + Nếu người bệnh không muốn có con nữa: cắt tử cung hoàn toàn, cắt 2 phần phụ nếu người bệnh lớn tuổi ( $\geq 50$  tuổi).
- Sốt trứng: tiếp tục dùng kháng sinh, thuốc co tử cung và hút lại buồng tử cung