

# **PHẦN SẢN KHOA**

## PHẪU THUẬT LẤY THAI

### I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy thai là trường hợp lấy thai và nhau thai ra khỏi tử cung qua đường rạch thành bụng và rạch tử cung. Định nghĩa này không bao gồm mở bụng lấy thai trong trường hợp thai lạc chỗ nằm trong ổ bụng và vỡ tử cung thai đã nằm trong ổ bụng.

### II. CHỈ ĐỊNH

#### 1. Chỉ định mổ lấy thai chủ động

##### *Khung chậu bất thường*

- Nếu không phải là ngôi chỏm thì đều phải mổ lấy thai. Nếu là ngôi chỏm: Mổ lấy thai nếu khung chậu hẹp tuyệt đối, khung chậu méo.
- Làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm để thử thách cho sinh đường dưới nếu khung chậu giới hạn (thai không to), nếu thất bại thì có chỉ định mổ.

##### *Đường ra của thai bị cản trở*

- Khối u tiền đạo: thường hay gặp là u xơ ở eo tử cung hay cổ tử cung, u nang buồng trứng, các khối u khác nằm trên đường thai đi ra.
- Nhau tiền đạo trung tâm hay nhau tiền đạo gây chảy máu nhiều buộc phải mổ cấp cứu để cầm máu cứu mẹ.

##### *Tử cung có sẹo mổ trong trường hợp sau*

- Các sẹo mổ ở thân tử cung: sẹo bóc u xơ, sẹo của phẫu thuật tạo hình tử cung, sẹo khâu chỗ vỡ, chỗ thủng tử cung, sẹo của phẫu thuật cắt xén góc tử cung, sừng tử cung.
- Sẹo của phẫu thuật mổ ngang đoạn dưới tử cung từ hai lần trở lên hoặc lần mổ lấy thai trước cách chưa được 24 tháng.

##### *Chỉ định mổ vì nguyên nhân của người mẹ*

- Mẹ bị các bệnh lý toàn thân mạn tính hay cấp tính nếu sinh đường dưới có thể có nguy cơ cho tính mạng người mẹ (bệnh tim nặng, tăng huyết áp, tiền sản giật nặng và sản giật).
- Các bất thường ở đường sinh dục dưới của người mẹ như: chít hẹp âm đạo (bẩm sinh hay mắc phải), tiền sử mổ rò, mổ sa sinh dục.
- Các dị dạng của tử cung như: tử cung đôi (tử cung không có thai thường trở thành khối u tiền đạo), tử cung hai sừng... đặc biệt là khi kèm theo ngôi thai bất thường.

##### *Nguyên nhân về phía thai*

- Thai bị suy dinh dưỡng/chậm tăng trưởng trong TC nặng
- Thai bị bất đồng nhóm máu với mẹ nếu không lấy thai ra thì có nguy cơ thai bị chết lưu trong tử cung

#### 2. Chỉ định mổ lấy thai trong quá trình chuyển dạ

Các chỉ định này hầu hết đều là những chỉ định tương đối. Cần phải có nhiều chỉ định tương đối để hình thành nên một chỉ định mổ lấy thai.

***Chỉ định mổ vì nguyên nhân người mẹ***

- Con số lớn tuổi là thai phụ con số có tuổi từ 35 trở lên. Có thể kèm theo hay không lý do vô sinh: tiền sử điều trị vô sinh, con hiếm.
- Các bệnh lý của người mẹ vẫn có thể cho phép theo dõi chuyển dạ sẽ được mổ lấy thai nếu xuất hiện thêm một yếu tố sinh khó khác.

***Chỉ định mổ vì nguyên nhân của thai***

- Thai to > 4.000g không phải do thai bất thường.
- Các ngôi bất thường: ngôi vai/ngang, ngôi trán, ngôi thóp trước, ngôi mặt cằm sau, ngôi mông.
- Đa thai: nếu thai thứ nhất không phải là ngôi đầu.
- Chuyển dạ có diễn tiến suy thai khi chưa đủ điều kiện sinh đường dưới.

***Chỉ định mổ vì bất thường trong chuyển dạ***

- Cơ cơ tử cung bất thường sau khi đã dùng các loại thuốc tăng co hay giảm co để điều chỉnh mà không thành công.
- Cổ tử cung không xóa hay mở mặc dù con cơ tử cung đồng bộ, phù hợp với độ mở cổ tử cung.
- Ối vỡ non/sớm làm cuộc chuyển dạ ngừng tiến triển, giục sinh thất bại.
- Bất tương xứng đầu thai với khung chậu.

***Chỉ định mổ lấy thai vì các tai biến trong chuyển dạ***

- Chảy máu vì nhau tiền đạo, nhau bong non.
- Doạ vỡ và vỡ tử cung.
- Sa dây rốn khi thai còn sống.
- Sa chi sau khi đã thử đẩy lên nhưng không thành công.

## **II. CÁC TAI BIẾN CÓ THỂ XẢY RA**

### **1. Về phía mẹ**

#### **1.1. Tai biến gần**

- Nhiễm trùng: có thể bị nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng đường tiết niệu, viêm phổi. Thường gặp là nhiễm trùng vết mổ; nhiễm trùng ối gây viêm phúc mạc có thể dẫn đến cắt tử cung trong thời gian hậu phẫu.
- Tai biến do phẫu thuật như chạm phải các cơ quan lân cận (bàng quang, ruột), khâu phải niệu quản, rò bàng quang – tử cung/âm đạo.
- Chảy máu nhiều, Băng huyết trong hay sau mổ do đờ tử cung; chảy máu do rách đoạn dưới tử cung.
- Liệt ruột.
- Bụng vết mổ, thoát vị thành bụng.
- Xuất huyết nội.
- Thuyên tắc tĩnh mạch, huyết khối.
- Tử vong cho mẹ: có thể do thuyên tắc mạch ối, chảy máu không cầm được hoặc do không có đủ máu khi người mẹ thuộc nhóm máu hiếm.

- Các tai biến do gây mê – hồi sức: có thể có những biến chứng do vô cảm như hội chứng hít (trong trường hợp gây mê nội khí quản); tụt huyết áp, nhức đầu sau mổ (trong trường hợp gây tê tuỷ sống), phản ứng thuốc (choáng phản vệ).

### **1.2. Tai biến xa**

- Dính ruột, tắc ruột.
- Tắc ống dẫn trứng gây vô sinh thứ phát.
- Lạc nội mạc tử cung tại sẹo MLT hay sẹo mổ thành bụng.
- Sẹo trên thân tử cung có thể bị nứt trong những lần có thai sau (nứt khi chưa vào chuyển dạ hoặc khi đã vào chuyển dạ)
- Trong những lần có thai sau, khả năng sẽ phải mổ lại tăng và nếu sanh ngã âm đạo phải giúp sanh bằng giác hút hoặc forceps để giảm nguy cơ nứt sẹo mổ cũ trên đoạn dưới tử cung...

## **2. Về phía con**

- Thai nhi có thể bị ảnh hưởng bởi thuốc mê.
- Bị chạm thương trong khi phẫu thuật.
- Hít phải nước ối, đặc biệt nước ối có phân su.
- Trẻ sơ sinh do sanh mổ có nguy cơ suy hô hấp nặng (hội chứng chậm hấp thu dịch phổi) và đe dọa tính mạng do sự can thiệp khi mẹ chưa chuyển dạ, nhất là trẻ được can thiệp sanh mổ ở thời kỳ thai chưa đủ tháng (trước 39 tuần).
- Tử vong chu sinh (trong vòng 28 ngày sau khi sanh) ở trường hợp mổ lấy thai cao hơn so với sanh thường.
- Mổ lấy thai cũng làm gia tăng nguy cơ trẻ bị chết khi sanh ở lần sanh con tiếp theo (có thể tử cung bị sẹo do cuộc mổ lần trước không tạo điều kiện để bánh nhau bám tốt do đó việc cung cấp máu và chất dinh dưỡng nuôi bào thai không đầy đủ)...

## **III. CHUẨN BỊ**

### **1. Người bệnh và người nhà**

- Tư vấn đầy đủ lý do và nguy cơ tai biến có thể xảy ra khi phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam kết phẫu thuật.
- Mổ chương trình – chủ động: Chuẩn bị từ đêm trước mổ
  - + Uống an thần lúc 20g
  - + Nhịn ăn từ 22g
  - + Thụt tháo lúc 5g sáng ngày mổ
- Vệ sinh vùng bụng và TSM

### **2. Người thực hiện**

- Kíp hộ sinh khoa chuẩn bị bệnh mổ
- Kíp gây mê hồi sức.
- Kíp phẫu thuật.
- Kíp chăm sóc sơ sinh khi cần hồi sức sơ sinh.

### **2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc**

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

#### IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

TT	Nội dung	Có	Không	Ghi chú
1.	Giải thích cho sản phụ và gia đình lý do mổ, các nguy cơ có thể gặp cho mẹ và bé, ký giấy cam kết trước mổ			
2.	Vô cảm: gây mê toàn thân hoặc gây tê ngoài màng cứng hoặc gây tê tủy sống			
<b>Vào ổ bụng:</b>				
3.	Rạch đường giữa dới rốn hay đường ngang trên vệ tùy theo theo khả năng của phẫu thuật viên, tình trạng sản phụ và thai nhi			
4.	Rạch lớp mỡ dưới da			
5.	Rạch đường trắng giữa 2 cơ thẳng bụng (có thể rạch 1 đoạn nhỏ rồi tách bằng ngón tay) nếu mổ theo đường dọc			
6.	Nếu mổ theo đường ngang thì rạch cân về 2 bên theo đường mổ đó, tách cân khỏi lớp cơ rộng lên trên rồi mới mở đường giữa 2 cơ thẳng bụng			
7.	Vào phúc mạc bằng cách phẫu thuật viên cặp phúc mạc bằng kẹp phẫu tích không răng, phụ mổ cặp phúc mạc bên đối diện bằng kẹp cầm máu không răng. Phẫu thuật viên và phụ mổ lần lượt nhả ra và cặp trở lại rồi mới dùng dao hay kéo mở 1 lỗ ở phúc mạc. Dùng kéo mở rộng phúc mạc lên phía trên và dới.			
8.	Chèn gạc ướt 2 bên, chừa dây ra ngoài			
9.	Đặt van trên vệ che bằng quang và bộc lộ rõ vùng đoạn dư-ới tử cung			
10.	Rạch phúc mạc theo đường ngang khoảng 2 cm dưới “đường bám chặt của phúc mạc”			
11.	Dùng kéo cong đầu tù tách phúc mạc bóc được của đoạn dư-ới lên trên và xuống dưới, mũi kéo cong lên trên tránh tổn thương động mạch tử cung			
12.	Dùng dao rạch một đoạn nhỏ ngang 1-2 cm trên đoạn dư-ới rồi dùng 2 ngón tay trở xé rộng vết mổ ngang sang 2 bên			
<b>Lấy thai và nhau ra khỏi tử cung</b>				
13.	Phẫu thuật viên lấy thai bằng bàn tay trái trong khi người phụ hút máu và nước ối (nếu đầu quá cao có thể dùng Forceps).			
14.	Sau khi phần chỏm lộ ra ngoài vết mổ, người phụ ấn đáy tử cung để giúp đầu thai nhi sổ ra ngoài			

TT	Nội dung	Có	Không	Ghi chú
15.	Trường hợp ngôi ngang: lấy thai bằng chân thai nhi. Nếu là ngôi ngược: lấy thai bằng mông (ngôi ngược kiểu mông) hoặc bằng chân (ngôi ngược hoàn toàn)			
16.	Lau khô, Kẹp cắt rốn chậm, chuyển thai ra ngoài lau sạch, cho bé nằm trên ngực mẹ (nếu mẹ được gây tê tùy sống hay ngoài màng cứng).			
17.	Cho 10 đơn vị oxytocin vào chai dịch truyền đang chảy và cho chảy nhanh để tử cung co hồi tốt (không tiêm oxytocin trực tiếp vào tĩnh mạch)			
18.	Tiến hành lấy rau			
19.	Lau sạch buồng tử cung bằng gạc to			
20.	Nếu khi mổ sản phụ chưa chuyển dạ, nong cổ tử cung bằng ngón tay rồi thay găng			
<b>Khâu phục hồi cơ tử cung</b>				
21.	Phục hồi cơ đoạn dưới tử cung bằng chỉ Vicryl 0, bắt đầu bằng khâu 2 góc tử cung, tránh sót góc			
22.	Tiếp tục khâu cơ tử cung mũi liên tục hay mũi rời cách nhau 1 cm, có thể khâu thêm lớp thứ 2 để vùi lớp đầu, kiểm tra cầm máu			
23.	Phủ phúc mạc tử cung bằng chỉ Catgut 00 bằng mũi khâu liên tục, kiểm tra cầm máu			
24.	Bỏ van trên vệ, lấy gạc, lau sạch ổ bụng, kiểm tra 2 buồng trứng, 2 ống dẫn trứng, mặt sau tử cung và túi cùng Douglas phía sau			
<b>Đóng bụng</b>				
25.	Khâu phúc mạc thành bụng bằng chỉ Catgut 00 bằng mũi khâu liên tục			
26.	Khâu 2 cơ thẳng bụng cho sát vào nhau bằng 2-3 mũi Catgut khâu rời			
27.	Khâu cân bằng chỉ Vicryl 0			
28.	Nếu lớp mỡ dày thì khâu bằng chỉ Catgut mũi rời hoặc mũi liên tục			
29.	Khâu da bằng chỉ lạnh, mũi rời hoặc khâu liên tục dưới da bằng chỉ Vicryl nhỏ			
30.	Sát khuẩn lại vết mổ và băng vô khuẩn			
31.	Phẫu thuật viên giữ tay sạch để lấy máu ú trong âm đạo và xem tử cung co hồi tốt hay không, Sát khuẩn âm đạo			
32.	Lau sạch máu dính trên người bệnh trước khi chuyển qua hồi sức			

## V. THEO DÕI CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

### 1. Theo dõi sau phẫu thuật

- Mạch, huyết áp, tổng trạng, nước tiểu.
- Co hồi tử cung, huyết âm đạo.
- Vết mổ thành bụng.
- Trung tiện.

## **2. Chăm sóc**

- Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật.
- Cho sản phụ ăn uống sớm (uống, ăn 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).

## KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG

### I. ĐẠI CƯƠNG

Khâu vòng cổ tử cung là thủ thuật khâu một đường vòng tròn quanh cổ tử cung để thu hẹp lỗ trong cổ tử cung.

### II. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Tiền sử sản khoa hoặc siêu âm

- Sảy thai to hoặc sinh non trước 28 tuần  $\geq 2$  lần liên tiếp với đặc điểm chuyển dạ sinh nhanh mà không gây đau.
- Có tiền sử sảy thai hoặc sinh non (từ 14 - 36 tuần) với đặc điểm chuyển dạ sinh nhanh mà không gây đau kèm theo yếu tố nguy cơ của hở eo TC: nông cạn buồng TC, khoét chop, cắt đoạn CTC, rách CTC, bệnh lý collagen, bất thường ở tử cung hoặc CTC.
- Đo chiều dài CTC qua siêu âm đường âm đạo  $< 25$  mm và/hoặc có sự thay đổi CTC qua thăm khám ở tuổi thai trước 24 tuần kèm theo yếu tố nguy cơ hở eo TC.

#### 2. Hình ảnh siêu âm CTC ngả âm đạo

- Lỗ trong CTC hình phễu.
- Sự tương quan giữa chiều dài CTC và hình dạng lỗ trong CTC với các dạng T, Y, V, U.
- Chiều dài CTC  $< 25$  mm.
- Hiện diện phần thai ở CTC hoặc âm đạo.

### III. CHỈ ĐỊNH KHÂU VÒNG CTC

- Đã được chẩn đoán hở eo TC
- Có tiền sử khâu vòng cổ tử cung

### IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tử cung có cơn co
- Chảy máu từ tử cung
- Viêm màng ối
- Ối vỡ non
- Bất thường thai nhi
- Viêm nhiễm âm đạo, cổ tử cung.

### V. THỜI ĐIỂM KHÂU

- Từ 14 – 18 tuần (có thể từ 13 đến  $< 20$  tuần)

## II. CÁC BƯỚC KỸ THUẬT

### 1. Chuẩn bị

- **Người thực hiện**
  - + Giải thích mục đích khâu, tai biến có thể xảy ra sau khi khâu cho sản phụ và gia đình trước khi có quyết định khâu.
  - + Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản đã được đào tạo và cấp trợ thủ.
  - + Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn.
- **Phương tiện, dụng cụ**



- + Dung dịch betadine.
- + Chỉ khâu chuyên dụng (Perlon, Mercilen rộng 5mm...)
- + Van âm đạo.
- **Người bệnh**
  - + Được vệ sinh
  - + Nằm tư thế phụ khoa.

## 2. Các bước kỹ thuật theo pp Mc Donald

- Bộc lộ cổ tử cung bằng van.
- Sát trùng vùng âm hộ, âm đạo và CTC.
- Dùng kẹp hình tim nhỏ kẹp vào CTC ở vị trí 10 giờ, kéo nhẹ cổ tử cung xuống dưới và vào trong.
- Đâm kim tù với chỉ bản to 5 mm (Mercilene) từ vị trí 11g30, vào và đi trong lớp cơ cổ TC (không để kim đi vào kênh CTC), đầu kim đi ra khỏi cơ TC ở vị trí 9g30.
- Dùng kẹp hình tim nhỏ kẹp vào CTC ở vị trí 7 giờ, kéo nhẹ cổ tử cung lên trên và vào trong.
- Đâm kim tương tự vào ở vị trí 8g30, ra ở 7g30.
- Dùng kẹp hình tim nhỏ kẹp vào CTC ở vị trí 4 giờ, kéo nhẹ cổ tử cung lên trên và vào trong.
- Đâm kim tương tự vào ở vị trí 5g30, ra ở 3g30.
- Dùng kẹp hình tim nhỏ kẹp vào CTC ở vị trí 2 giờ, kéo nhẹ cổ tử cung xuống dưới và vào trong.
- Đâm kim tương tự vào ở vị trí 2g30, ra ở 12g30.
- Cột chỉ ở vị trí 12g, siết vừa đủ chạm vào ngón tay kiểm soát trong kênh CTC.
- Cắt đầu chỉ xa nút buộc khoảng 1cm.
- Sát trùng lại CTC và âm đạo.

## IV. THEO DÕI SAU THỦ THUẬT

- Để người bệnh nghỉ lại giường trong 12 – 24 giờ
- Theo dõi sau cơn gò TC, đau bụng, ra máu nước âm đạo.
- Rút gạc sau 4 - 6 giờ.
- Điều trị kháng sinh (uống) và chống co tử cung.
- Thai phụ xuất viện sau 24 – 48 giờ nếu không có cơn gò TC, đau bụng, ra máu nước âm đạo.
- Hướng dẫn sản phụ không giao hợp, không đứng lâu, không gắng sức.
- Hướng dẫn sản phụ các dấu hiệu cần nhập viện.
- Siêu âm chiều dài CTC mỗi khi khám định kỳ.
- Dùng Progesterone liên tục tới tuổi thai 36 tuần.
- Hướng dẫn thai phụ nhập viện lại khi có: cơn co tử cung, ra máu âm đạo, ra nước ối.
- Cắt chỉ khi thai  $\geq$  38 tuần hoặc khi có chuyển dạ.

## VII. TAI BIẾN

- Ra máu: thường hết ra máu (trừ trường hợp bị bệnh về máu không phát hiện trước) sau khi chèn gạc cầm máu từ 3 - 4 giờ.

- Gãy kim vào trong cổ tử cung: nên dùng kim tròn to có độ cong nhỏ.
- Tổn thương bàng quang.
- Vỡ ối, hoặc rỉ ối non.
- Viêm màng ối.
- Chuyển dạ sinh non.
- Rách CTC.
- Sinh khó do CTC xơ hóa, sẹo xơ.
- Vỡ TC.

## CẮT KHÂU TẦNG SINH MÔN

### 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, dày, 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 chằm 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 forceps, giác hút, đỡ sinh 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 kim cặp kim, 1 nhíp, 1 kẹp sát trùng, 1 cốc đựng dung dịch sát trùng.
- Chỉ khâu (chỉ vicryl rapid hoặc chỉ catgut, plain, ...).
- Dung dịch sát trùng.
- 1 bơm tiêm 5ml.
- Lidocain 2%.

#### 3. Người bệnh

Kiểm tra tổng trạng, mạch, huyết áp, huyết âm đạo. Phải chắc chắn không còn sót nhau, 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%. 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:

- Sản phụ nằm tư thế sinh 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 450 tại vị trí 7 giờ 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 vùng 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 thắt 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 nhau thai đã sổ, không sót nhau, 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 - 1cm ra tới góc 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 góc 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.

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 luôn 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.

## KHÂU PHỤC HỒI RÁCH ÂM ĐẠO

### I. ĐẠI CƯƠNG

- Rách âm đạo thường xảy ra sau sinh thường hoặc sinh thủ thuật như forceps, giác hút... Rách âm đạo thường kèm theo rách tầng sinh môn. Tùy theo tổn thương, rách âm đạo được chia ra 3 loại:
  - + Rách âm đạo ở mức thấp: là loại rách ở 1/3 dưới âm đạo, thường kèm theo rách âm hộ và tầng sinh môn.
  - + Rách âm đạo ở phần giữa: ít gặp hơn, tổn thương nặng, chảy máu nhiều hơn và khó phát hiện nếu không bộc lộ rõ.
  - + Rách âm đạo cao: là rách ở 1/3 trên âm đạo, ít gặp thường kèm theo rách cùng đồ.
  - + Rách âm đạo nếu không được phát hiện xử trí kịp thời có thể gây mất máu cấp, gây choáng và có khi tử vong.
- Triệu chứng
  - + Ra máu âm đạo nhiều hay ít tùy theo tổn thương.
  - + Tổn thương rách ở âm đạo có thể ở thành phải, thành trái hoặc thành sau âm đạo. Cần phải dùng 2 van âm đạo bộc lộ từng phần của âm đạo: mặt dưới, mặt bên phải, mặt bên trái, phía trên và cùng đồ để đánh giá và phân loại tổn thương mới có thể có thái độ xử trí đúng đắn.

### II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định khâu phục hồi âm đạo phải được thực hiện ngay sau khi chẩn đoán tổn thương âm đạo để tránh mất máu cho sản phụ.

### III. CHUẨN BỊ

#### 1. Người thực hiện

- Tùy theo mức độ rách nông, rách sâu, rách ở ngoài, ở giữa hay ở trong.
- Rách ở 1/3 ngoài, rách nông: NHS có kinh nghiệm, BS sản khoa.
- Rách 1/3 ngoài, rách sâu, rách ở giữa, rách 1/3 trên: nữ hộ sinh có kinh nghiệm hoặc bác sỹ sản khoa phụ.

#### 2. Phương tiện

- Van âm đạo
- Pen hình tim kẹp CTC
- Pen sát trùng
- 1 kéo thẳng đầu tù, sắc
- Pen kẹp kim
- Nhíp
- Dung dịch sát trùng
- Chỉ vicryl số 1
- 1 bơm tiêm 10 ml
- Dung dịch polydin hoặc polyvidin.

#### 2. Người bệnh

- Đánh giá toàn trạng người bệnh: lượng máu mất, mạch, huyết áp, toàn trạng, mức độ co tử cung sau sinh (nếu co kém cần dùng thuốc co tử cung); các bệnh

của người mẹ đặc biệt các bệnh có liên quan đến đông cầm máu như giảm tiểu cầu, APTT kéo dài, giảm fibrinogen...

- Cần hỏi người bệnh và kiểm tra bệnh án để không bỏ sót các ca dị ứng với các thuốc gây tê, giảm đau, kháng sinh.

#### **IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Sát trùng âm đạo TSM, thông tiêu, người phụ giữ van bộc lộ âm đạo.
- Giảm đau bằng gây tê tại chỗ Lidocain 2% 2 ml + 3 ml nước cất (trừ khi thai phụ đã được gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong và sau sinh).
- Khâu lại vết rách.
  - + Khâu từ trên xuống dưới.
  - + Khâu 1 lớp khâu vắt (bằng chỉ vicryl hay chỉ tự tiêu khác) nếu rách nông.
  - + Khâu nhiều lớp, khâu mũi rời bằng chỉ tự tiêu nếu rách sâu, phức tạp. Lớp trên khâu chồng lên lớp dưới để tránh máu tụ, lớp dưới phải khâu sâu đảm bảo vừa sát qua đáy của tổn thương để đề phòng máu tụ mà lại không vào trực tràng.
  - + Sát trùng âm đạo sau khi khâu xong.
  - + Cho 1 ngón tay vào hậu môn kiểm tra xem có khâu vào trực tràng không, nếu có phải cắt chỉ khâu lại.
  - + Sát trùng hậu môn.

#### **V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp.
- Theo dõi chảy máu âm đạo: nếu chảy máu phải kiểm tra khâu lại.
- Theo dõi tụ máu: có khối máu tụ, thai phụ thường tức vùng âm đạo, có cảm giác chèn ở vùng hậu môn trực tràng và có cảm giác mót rặn. Kiểm tra âm đạo và cắt chỉ lấy hết máu tụ, khâu lại cho hết phần đáy, khâu mũi rời nhiều lớp tránh để khe hở.
- Theo dõi lượng máu mất và các xét nghiệm hồng cầu, hemoglobin khi cần thiết phải truyền máu.
- Dùng kháng sinh 5 ngày sau khi khâu.

## KHÂU RÁCH CỔ TỬ CUNG

### I. ĐẠI CƯƠNG

- Rách cổ tử cung (CTC) là thương tổn thường gặp có hoặc không kèm theo rách âm đạo và tầng sinh môn. Tùy theo tổn thương để phân loại độ rách.
- Rách CTC dưới chỗ bám của thành âm đạo, tổn thương nhẹ, chảy máu ít nhiều tùy theo vị trí rách.
- Rách CTC trên chỗ bám của thành âm đạo, tổn thương nhẹ, chảy máu ít, nhiều tùy theo vị trí rách.
- Rách CTC thường gây chảy máu nhiều nhưng không được phát hiện và xử trí kịp thời có thể gây choáng và gây tử vong.

### II. NGUYÊN NHÂN

- CTC xơ cứng do có sẹo, do rách cũ, mổ cắt đứt CTC, viêm nhiễm CTC đã đốt điện nhiều lần.
- CTC phù nề do chuyển dạ lâu, thăm khám nhiều lần.
- Rặn quá sớm khi CTC chưa mở hết, đầu chưa lọt.
- Sau khi làm thủ thuật forceps, giác hút...

### III. CHẨN ĐOÁN

- Chảy máu ít hay nhiều tùy theo thương tổn rách.
- Tử cung vẫn co tốt.
- Cần dùng 2 van âm đạo bộc lộ rõ âm đạo, CTC. Dùng 2 kẹp hình tim cặp từng phần CTC để phát hiện tổn thương giữa 2 cặp, đánh giá tất cả các vết rách để xử trí kịp thời có hiệu quả.

### IV. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định khâu phục hồi cổ tử cung phải được thực hiện ngay sau khi chẩn đoán có tổn thương cổ tử cung để tránh mất máu cho sản phụ.

### V. CHUẨN BỊ

#### 1. Người thực hiện

Một bác sĩ sản khoa đã được đào tạo khâu rách CTC, 1 nữ hộ sinh có kinh nghiệm phụ.

#### 2. Phương tiện

- Van âm đạo
- Pen hình tim
- Pen sát trùng
- Kéo thẳng đầu tù, sắc
- Pen kẹp kim
- Nhíp
- Chỉ vicryl số 1
- 1 bơm tiêm 10ml
- Dung dịch sát khuẩn.

#### 3. Người bệnh

- Người bệnh phải được đánh giá toàn diện: lượng máu mất, mạch, huyết áp, toàn trạng, mức độ co hồi tử cung sau sinh (nếu có kèm cần dùng thuốc co tử

cung); các bệnh của người mẹ đặc biệt các bệnh có liên quan đến đông cầm máu như giảm tiểu cầu, APTT kéo dài, giảm fibrinogen...

- Chúng ta cần hỏi người bệnh và kiểm tra bệnh án để không bỏ sót các ca dị ứng với các thuốc gây tê, giảm đau, kháng sinh.

## **VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Giảm đau cho sản phụ (nếu chưa có gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong và sau sinh).
- Khâu vùng rách cổ tử cung. Chú ý quan sát rõ hai mép rách để khâu và tránh khâu nhầm môi dưới và môi trên ở hai bên. Khâu bằng chỉ tịt tiêu.
- Khâu lại vết rách ngoài tử cung (cùng đồ nếu có) bằng chỉ tiêu mũi rời.

## **VII. THEO DÕI**

- Theo dõi tổng trạng, mạch, huyết áp.
- Theo dõi chảy máu: nếu chảy máu phải kiểm tra kỹ và khâu lại.
- Theo dõi lượng máu mất, các xét nghiệm hồng cầu, hemoglobin, khi cần thiết phải truyền máu.
- Dùng kháng sinh 5 ngày sau khi khâu.



## SINH GIÚP BẰNG DỤNG CỤ

### I. CHỈ ĐỊNH

- Chuyển dạ giai đoạn II kéo dài: con so  $\geq 60$  phút, con rạ  $\geq 30$  phút.
- Thai suy.
- Bệnh lý nội khoa: tim mạch, tiền sản giật, thần kinh cơ...
- Lưu ý: các trường hợp không được gắng sức (suy tim, suy hô hấp, hen phế quản...) nên giúp sinh bằng Forceps.

### II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý của thai: bệnh tạo xương bất toàn, bệnh lý mô liên kết (hội chứng Ehlers-Danlos và Marfan), bệnh lý về máu (hemophilia, alloimmune thrombocytopenia).
- Đầu không lọt hoặc lọt không đối xứng.
- Ngôi bất thường (ngôi mặt, ngôi trán).
- Thai < 34 tuần không giúp sinh bằng giác hút (vì nguy cơ xuất huyết não).

### III. ĐIỀU KIỆN

Người thực hiện thủ thuật phải có kinh nghiệm giúp sinh bằng dụng cụ, kèm những điều kiện sau:

- Cổ tử cung đã mở trọn.
- Màng ối đã vỡ.
- Đầu thai đã lọt.
- Ngôi và kiểu thể phải được xác định rõ.
- Trọng lượng thai và khung chậu người mẹ cân xứng (tránh nguy cơ kẹt vai).
- Giảm đau đầy đủ.
- Bàn quang rộng.
- Có sự đồng ý của bệnh nhân.
- Có phòng mổ.

#### **Ngưng thủ thuật khi:**

- Khó đặt dụng cụ.
- Đầu thai không xuống dễ dàng lúc kéo.
- Không sổ thai sau 3 lần kéo.

### IV. CHUẨN BỊ

#### 1. Bác sĩ phải thành thạo kỹ thuật

- Khám lại toàn trạng cho sản phụ trước khi đặt dụng cụ.
- Trang phục vô khuẩn (rửa tay, mang nón, khẩu trang, mang găng vô khuẩn).
- Thăm khám xác định lại rõ ngôi thai, kiểu thể, độ lọt và các điều kiện.

#### 2. Sản phụ

- Được giải thích đầy đủ lý do làm thủ thuật.
- Giảm đau hiệu quả.
- Sát khuẩn rộng âm hộ và tầng sinh môn.
- Thông tiểu.
- Trải khăn vô khuẩn.

- Nếu chỉ định vì lý do bệnh tim, huyết áp cao, tiền sản giật, phải cho thuốc điều trị bệnh cho mẹ trước.
- Nếu thai suy cho mẹ thở oxy.
- Sản phụ nằm trên bàn sinh, tư thế sản khoa, đầu hơi cao, đùi dạng.

### 3. Chuẩn bị dụng cụ

- Bộ dụng cụ đỡ sinh, bộ cắt khâu tầng sinh môn.
- Bộ dụng cụ hồi sức thai.
- Bộ kiểm tra cổ tử cung.
- 4 tấm vải hấp để trải cho sản phụ.
- Găng tay vô khuẩn.
- Thông tiêu vô khuẩn.
- Dung dịch sát khuẩn tầng sinh môn.
- Dụng cụ giúp sinh bằng Forceps: Simpson, Kielland, Elliot.... hoặc giúp sinh bằng giác hút: bầu giác số 4, số 5, số 6, ống nối bầu với máy hút chân không, bơm chân không.

## V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH KỸ THUẬT ĐẶT FORCEPS KIỂU CHÂM VỆ

### 1. Đặt cành

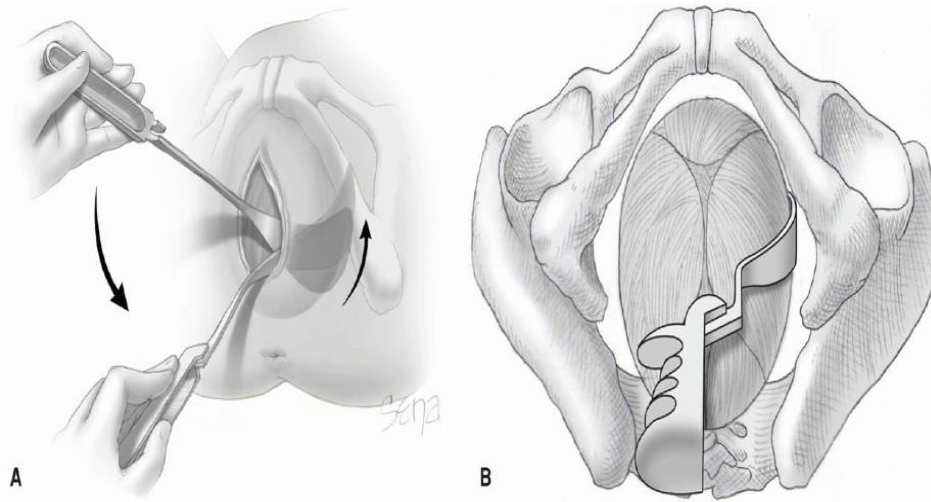
#### 1.1. Đặt cành trái trước

- Tay trái cầm cành trái.
- Tay phải đưa 2 - 3 ngón vào thành trái sau âm đạo.



Hình 1.1 Cách đặt cành Forceps bên trái: tay trái cầm cành trái, cành trái được đưa vào khung chậu bên trái giữa các ngón của bàn tay phải và đầu thai.

- Cành Forceps lúc đầu để đứng, đưa thìa nhẹ nhàng vào giữa đầu thai nhi và các ngón tay phải, vừa đưa thìa vào vừa hạ cành xuống theo hướng dẫn của tay phải về phía trái của sản phụ.
- Giao cho người phụ giữ cố định cành trái.



Hình 1.2

Hình A: Tiếp tục đặt cành trái, đưa cành trái vào theo hướng dẫn của tay phải

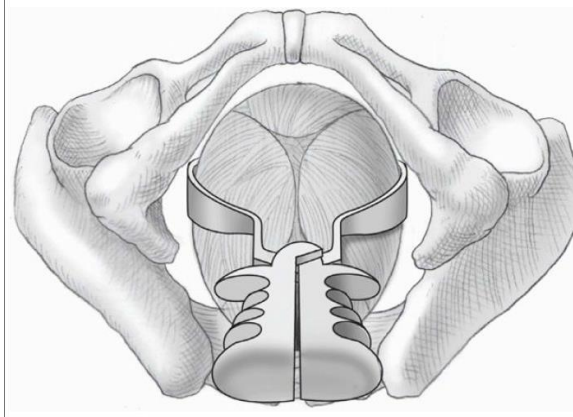
Hình B: Khi cành vào đúng vị trí, người phụ giữ cố định cành trái.

### 1.2. Đặt cành phải

- Thao tác giống như cành trái nhưng đổi tay.
- Vị trí của cành phải ở 9 giờ.

### 2. Khớp cành

- Nếu đặt đúng thì cành sẽ khớp dễ dàng.



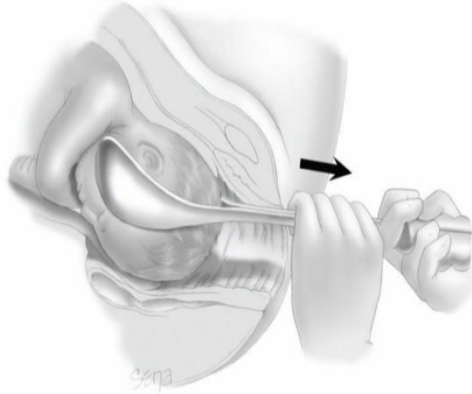
Hình 1.3: Đầu thai ở thế chằm vệt. Cành Forceps được đặt đối xứng, hai cành khớp với nhau.

### 2.1. Kiểm tra

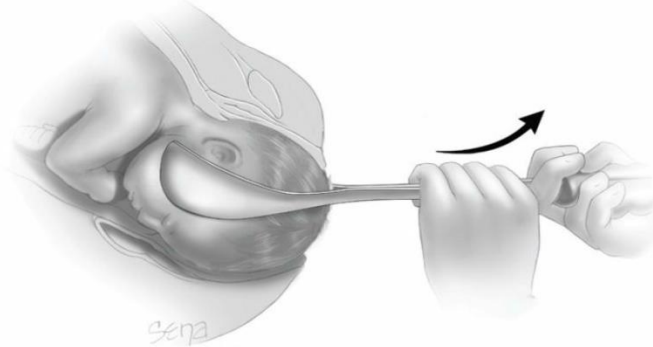
- Cành không hở (phần cửa sổ của thìa được che lấp gần hết).
- Không kẹp phải phần mềm.
- Đường liên thóp nằm giữa hai cành Forceps.
- Mặt phẳng tạo bởi thân Forceps cách thóp sau khoảng 3 cm.

### 2.2. Kéo

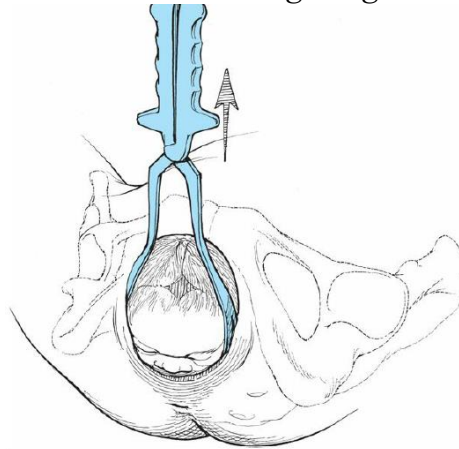
- Kéo bằng lực của cẳng tay.
- Kéo nhẹ nhàng theo cơ chế sanh.
- Cát tầng sinh môn đủ rộng.



Hình 1.4: Kiểu chăm vệ. Kéo Forceps nhẹ nhàng theo chiều mũi tên



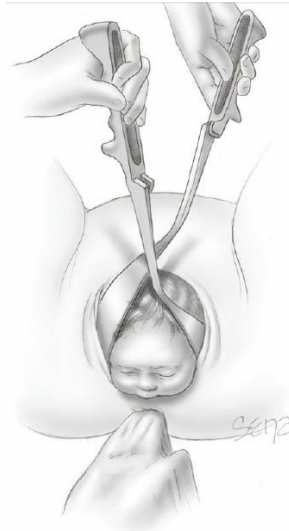
Hình 1.5: Kéo theo đường cong hướng lên khi sổ đầu



Hình 1.6 Kéo hướng lên trên khi sổ đầu.

### 2.3. Tháo cành

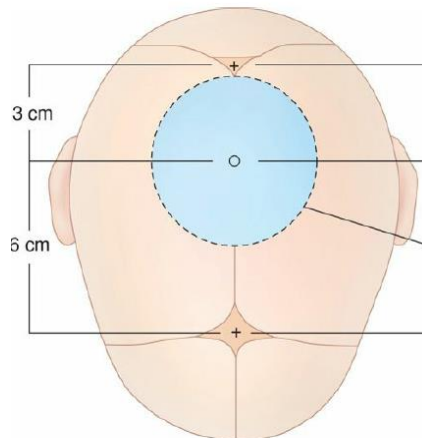
- Khi lưỡng đỉnh qua âm hộ thì ngừng kéo và tháo cành.
- Tháo cành phải trước, vuốt cành theo chiều cong của đầu, nâng cành từ vị trí nằm ngang lên thẳng đứng, và ngả sang phía đùi trái (đối diện). Giữ tầng sinh môn khi tháo cành.
- Tháo cành trái sau tương tự như tháo cành phải.
- Đỡ sinh tiếp tục như sinh thường.



Hình 1.7 Tháo cành khi sổ đầu.

## VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH KỸ THUẬT GIÚP SINH BẰNG GIÁC HÚT

- Người làm thủ thuật rửa tay mặc áo, đội mũ đeo găng vô khuẩn.
- Sát khuẩn âm hộ tầng sinh môn.
- Thông tiêu.
- Kiểm tra lại độ lọt, kiểu thế, độ mở cổ tử cung.
- Lắp tay cầm, dây xích, ống cao su vào bầu giác hút và lắp vào bộ phận bơm.
- Chọn nắp giác hút lớn nhất phù hợp với ngôi (thường là nắp số 5). Đặt nghiêng cho nửa nắp giác hút vào trước để giảm đường kính để đặt, rồi cho nốt nửa nắp giác hút còn lại. Đặt nắp giác hút trên nền xương cứng, tránh các thóp. Sau đó cho một ngón tay đi vòng quanh miệng nắp giác hút để chắc chắn không có phần mềm âm đạo hay cổ tử cung của người mẹ lọt vào nắp giác hút.



Hình 2.1 Vị trí đặt nắp giác hút phù hợp.

- Người phụ bơm từ từ cho áp lực lên từng 0,2 kg/cm<sup>2</sup> để nắp giác hút bám vào da đầu.
- Kiểm tra lại phần mềm, nếu chắc chắn không lọt vào nắp giác hút thì nâng áp lực lên 0,6 kg/cm<sup>2</sup> đến 0,8 kg/cm<sup>2</sup> (Nếu là con rạ chỉ cần 0,6 kg/cm<sup>2</sup>).
- Bơm từ từ cho da đầu có thời gian tạo thành bướu huyết thanh nhân tạo, bám chắc thành nắp giác hút để khi kéo không bị tuột.

- Kéo giác hút khi có cơn co phối hợp với sức rặn của sản phụ. Lực kéo vuông góc với mặt phẳng của nắp. Trong khi một tay ngoài kéo, một ngón tay giám sát bên trong xem nắp có bị hở không.
- Kéo bằng lực của cẳng tay, theo cơ chế sinh. Cắt tầng sinh môn đủ rộng.
- Khi lưỡng đỉnh đã sờ ra âm hộ, mở khóa chân không từ từ, tháo nắp giác hút và tiếp tục đỡ sinh như thường.



Hình 2.2 Nắp giác hút được đặt đúng vị trí trước khi kéo.

**Chú ý**

- Không kéo giác hút quá 3 lần kéo hoặc 15 - 30 phút.
- Nếu kéo không thấy chuyển, cần kiểm tra xem có bất thường gì không, cân nhắc mổ lấy thai ngay.
- Nếu bầu giác hút tuột không nên làm lại lần 2.

**VII. KIỂM TRA SAU THỦ THUẬT**

- Sau khi sinh thủ thuật bắt buộc phải kiểm tra đường sinh dục cho đủ thành công hay thất bại.
- Mẹ: kiểm tra sự toàn vẹn của đường sinh dục: cổ tử cung, âm đạo bằng dụng cụ. Không khuyến cáo soát lòng tử cung thường quy sau giúp sinh.
- Con: đánh giá chỉ số APGAR, ghi nhận các sang chấn nếu có.

GỢI NHỚ BẢNG CHỮ VIẾT TẮT ABCDEFGHIJ

A	<b>Address</b> the patient and discuss the risk and benefits of operative vaginal delivery Assistants should be on hand for neonatal resuscitation, Analgesics	Thông báo cho sản phụ  Có hỗ trợ về hồi sức sơ sinh Giảm đau hiệu quả
B	<b>Bladder</b> should be emptied	Bàng quang trống
C	The <b>Cervix</b> should be completely dilated	Cổ tử cung phải xóa mở hoàn toàn
D	The position of the fetal head should be <b>Determined</b>	Xác định rõ ngôi kiểu thể
E	<b>Equipment</b> to ensure adequate suction	Kiểm tra dụng cụ
F	the <b>Flexion</b> point	Đặt dụng cụ đúng
G	<b>Gentle traction</b>	Kéo nhẹ nhàng
H	<b>Halt</b> if no progress after 3 contractions	Dừng lại sau 3 lần kéo thất bại
I	<b>Incision</b> for episiotomy	Cắt tầng sinh môn đủ rộng
J	The vacuum can be removed when the fetal <b>Jaw</b> is reachable	Tháo giác hút khi hàm ra ngoài