

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 01 tháng 7 năm 2021

BÁO CÁO
HOẠT ĐỘNG GIÁM SÁT QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ
QUÝ II NĂM 2021

Bệnh viện Từ Dũ là bệnh viện chuyên khoa phụ sản được Bộ Y tế phân công chỉ đạo về chuyên môn kỹ thuật 22 tỉnh và thành phố phía Nam. Qua khảo sát mô hình kỹ thuật thực hiện năm 2020, chúng tôi chọn 5/10 quy trình kỹ thuật chiếm trên 80% lượt thực hiện tại bệnh viện bao gồm: đỡ sanh ngôi chỏm, mổ lấy thai cơ bản, cắt tử cung ngã bụng, phá thai bằng phương pháp hút chân không (thai từ tuần thứ 6 đến hết 12 tuần) và nạo sinh thiết từng phần. Kết quả giám sát trong quý II cho kết quả như sau:

I. NỘI DUNG

1.1 Số lượt giám sát

- Mổ lấy thai cơ bản: 10 trường hợp.
- Đỡ sanh ngôi chỏm: 10 trường hợp.
- Cắt tử cung ngã bụng: 10 trường hợp.
- Nạo sinh thiết từng phần: 10 trường hợp.
- Phá thai bằng phương pháp hút chân không (thai từ tuần thứ 6 đến hết 12 tuần):

10 trường hợp.

1.2 Tuân thủ quy trình kỹ thuật

a. Mổ lấy thai cơ bản:

Tỉ lệ tuân thủ đầy đủ quy trình kỹ thuật: 90 %.

STT	NỘI DUNG	NHẬN XÉT	
		ĐẠT (%)	CHƯA ĐẠT (%)
Vào ổ bụng:			
1.	Rạch đường dọc giữa dưới rốn hay đường ngang trên vệ	100	
2.	Rạch lớp mỡ dưới da	100	
3.	Rạch lớp cân	100	

4.	Tách cơ thẳng bụng	90	10
5.	Vào phúc mạc bằng kéo và kẹp phẫu tích	90	10
6.	Chèn gạc ướt 2 bên, chừa dây gạc ra ngoài	100	
7.	Đặt van trên vệ che bàng quang và bộc lộ rõ vùng đoạn dưới tử cung	100	
8.	Rạch phúc mạc theo đường ngang khoảng 2 cm dưới “đường bám chặt của phúc mạc” tách sang 2 bên.	100	
9.	Dùng dao rạch 1 đoạn nhỏ ngang 1-2 cm trên đoạn dưới rồi tách rộng vết mổ ngang sang 2 bên.	100	
Lấy thai và nhau ra khỏi tử cung			
10.	Kỹ thuật lấy thai.	100	
11.	Lau khô, kẹp rốn chậm.	100	
12.	Kỹ thuật lấy nhau	100	
13.	Lau sạch buồng tử cung.	90	10
14.	Nong cổ tử cung (nếu chưa chuyển dạ).	90	10
Khâu phục hồi cơ tử cung			
15.	May hai góc tử cung.	100	
16.	Khâu cơ tử cung mũi liên tục hay mũi rời.	100	
17.	Phủ phúc mạc tử cung.	100	
18.	Lấy gạc, lau sạch ổ bụng, kiểm tra 2 buồng trứng, 2 ống dẫn trứng, mặt sau tử cung.	100	
Đóng bụng			
19.	Khâu phúc mạc thành bụng	100	
20.	Khâu cơ thẳng bụng.	100	
21.	Khâu cân.	100	
22.	Đóng lớp mỡ.	100	
23.	Khâu da.	100	
24.	Sát khuẩn lại vết mổ và băng vô khuẩn.	100	
25.	Lấy máu ú trong âm đạo và đánh giá cơ hồi tử cung	100	
26.	Lau sạch máu dính trên người bệnh trước khi chuyển qua hồi sức	100	

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

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

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

- Một số trường hợp không lau buồng tử cung.

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

So với quý I năm 2020:

- Tỷ lệ vào phúc mạc ổ bụng bằng kéo bằng kéo và kẹp phẫu tích tăng lên (90% so với 80%).

- Trong 100% các phẫu thuật mổ lấy thai, sau khi vào bụng phẫu thuật viên đều chèn gạc ướt 2 bên, chừa dây gạc ra ngoài (100% so với 90%).

- Tỷ lệ không lau buồng tử cung không cải thiện (10%)

- Tỷ lệ nong cổ tử cung tăng (90% so với 70%).

b. Đỡ sanh ngôi chỏm:

- Tỷ lệ tuân thủ đầy đủ quy trình kỹ thuật: 90%.

STT	NỘI DUNG	NHẬN XÉT	
		ĐẠT (%)	CHƯA ĐẠT (%)
Đỡ đầu			
1	Dùng một tay giữ tầng sinh môn .	100	
2	Hai ngón 2 và 3 của tay kia giúp đầu cúi.	90	10
3	Sở các phần trán, mũi, miệng, cằm.	100	
4	Tay kia vẫn giữ tầng sinh môn cho khỏi rách.	100	
5	Giúp đầu xoay tiếp cho chỏm sang hẳn 1 phía (trái ngang hay phải ngang).	100	
Đỡ vai			
6	Kiểm tra xem có dây rốn quấn cổ hay không.	100	
7	Áp hai bàn tay vào hai bên thái dương của thai nhi.	100	
8	Sở vai trước.	100	

9	Sổ vai sau.	100	
10	Giữ tầng sinh môn để tránh bị rách khi vai sau sổ.	100	
Đỡ hông và chi			
11	Tay giữ gáy thai khi đỡ vai sau vẫn giữ nguyên, tay giữ tầng sinh môn chuyển theo các phần ngực, bụng, hông và chi dưới của thai nhi.	100	
12	Khi đến bàn chân của thai nhi thì nhanh chóng bắt lấy để cho bàn chân nằm giữa khe các ngón 2,3,4 của tay đỡ hông. Thai được giữ theo tư thế nằm ngang.	100	

Các bước trong quy trình kỹ thuật đều được tuân thủ hơn so với đợt giám sát quý I/2019: tay kia vẫn giữ tầng sinh môn cho khỏi rách khi sổ trán, mũi, miệng, cằm (100% so với 90%) và giữ tầng sinh môn để tránh bị rách khi vai sau sổ (100% so với 90%). Đây là quy trình thường quy của bệnh viện, các bước trong quy trình là những bước cơ bản bắt buộc trong đỡ sanh ngôi chỏm nên việc tuân thủ của nhân viên y tế cao. Tuy nhiên có những trường hợp sanh nhanh, nhân viên y tế chưa kịp giúp đầu cúi và dùng tay còn lại giữ tầng sinh môn sổ thai ra.

c. Cắt tử cung ngã bụng:

Tỉ lệ tuân thủ đầy đủ quy trình kỹ thuật: 90%.

STT	NỘI DUNG	NHẬN XÉT	
		ĐẠT (%)	CHƯA ĐẠT (%)
1.	Rạch đường dọc giữa dưới rốn hay đường ngang trên vệ	100	
2.	Rạch lớp mỡ dưới da	100	
3.	Rạch lớp cân	100	
4.	Tách cơ thẳng bụng	100	
5.	Vào phúc mạc bằng kéo và kẹp phẫu tích	90	10
6.	Cắt các dây chằng: kẹp và cắt dây chằng tròn, dây chằng thất lưng - buồng trứng, tử cung – vòi tử cung và các cuống mạch, hai lá dây chằng rộng.	100	
7.	Kẹp cắt động mạch tử cung	100	
8.	Tách và cắt phúc mạc tử cung - bàng quang	100	

9.	Cắt dây chằng tử cung - cùng và phúc mạc mặt sau	100	
10.	Cắt dây chằng ngang cổ tử cung	100	
11.	Cắt âm đạo	100	
12.	Đóng âm đạo	100	
13.	Phủ phúc mạc tiểu khung	90	10
14.	Lau bụng và kiểm tra ổ bụng, kiểm tra niệu quản	90	10
15.	Đóng thành bụng	100	

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

- Vào phúc mạc ổ bụng bằng kéo và kẹp phẫu tích: tùy vào thói quen của phẫu thuật viên vào phúc mạc bằng kéo hoặc bằng ngón tay.
- Phủ phúc mạc tiểu khung: một số trường hợp mổ khó, cần dẫn lưu, phẫu thuật viên không phủ phúc mạc tiểu khung.
- Các trường hợp phẫu thuật đơn giản, phẫu thuật viên không kiểm tra niệu quản sau phẫu thuật.

So với quý I năm 2019:

- Tỷ lệ đóng phúc mạc tiểu khung tăng (90% so với 70%).
- Tỷ lệ lau bụng và kiểm tra niệu quản sau phẫu thuật tăng (90% so với 80%).

d. Nạo sinh thiết từng phần:

Tỷ lệ tuân thủ đầy đủ quy trình kỹ thuật: 90%

STT	NỘI DUNG	NHẬN XÉT	
		ĐẠT (%)	CHƯA ĐẠT (%)
1.	Chuẩn bị bộ dụng cụ nạo sinh thiết	100	
2.	Thực hiện kỹ thuật vô khuẩn	100	
3.	Khám phụ khoa bằng tay xác định tư thế tử cung	90	10
4.	Sát trùng âm hộ, âm đạo	100	
5.	Sát trùng âm đạo, cổ tử cung	100	
6.	Tê cạnh cổ tử cung	100	
7.	Kẹp CTC bằng pozzi ở 12 giờ hoặc 6 giờ	100	
8.	Nạo kênh CTC, kiểm tra đã nạo đủ mô kênh CTC	100	
9.	Chọn ống hút thích hợp, đo buồng tử cung	100	
10.	Hút lòng tử cung	100	
11.	Kiểm tra đã hút đủ mô lòng tử cung	100	

12.	Đo lại buồng tử cung.	100	
13.	Kiểm tra huyết âm đạo ra ít, tử cung gò tốt	100	
14.	Tháo pozzi, tháo mỏ vịt	100	
15.	Lau sạch âm hộ, tăng sinh môn	100	
16.	Gửi giải phẫu bệnh mô kênh, mô lòng (đẻ riêng)	100	

Các bước trong quy trình kỹ thuật chưa được tuân thủ: khám phụ khoa bằng tay xác định tư thế tử cung, đo lại buồng tử cung sau thủ thuật. So với quý I năm 2019, tỉ lệ đo lại buồng tử cung sau thủ thuật tăng (100% so với 90%).

e. Phá thai bằng phương pháp hút chân không (thai từ tuần thứ 6 đến hết 12 tuần)

- Tỉ lệ tuân thủ đầy đủ quy trình kỹ thuật: 90%

STT	NỘI DUNG	NHẬN XÉT	
		ĐẠT (%)	CHƯA ĐẠT (%)
1.	Chuẩn bị dụng cụ	100	
2.	Chuẩn bị bệnh nhân	100	
3.	Khám xác định kích thước và tư thế tử cung	100	
4.	Thay găng vô khuẩn Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới môn	100	
5.	Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn âm đạo, cổ tử cung	100	
6.	Kẹp cổ tử cung	100	
7.	Gây tê cạnh cổ tử cung	90	10
8.	Đo buồng tử cung	100	
9.	Nong cổ tử cung (nếu cần)	100	
10.	Hút thai	100	
11.	Kiểm tra chất hút	100	
12.	Đánh giá thủ thuật đã an toàn	100	
13.	Sát khuẩn lại âm đạo, cổ tử cung	100	
14.	Gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý những ca kiểm tra không thấy nhau thai	100	

Trong quý II năm 2019, các bước trong quy trình kỹ thuật phá thai bằng phương pháp hút chân không (thai từ tuần thứ 6 đến hết 12 tuần) đều được tuân thủ tốt. Có 1

trường hợp gây tê cạnh cổ tử cung không rút ống tiêm kiểm tra có bơm thuốc tê vào lòng mạch không và tê ngay vị trí 3 giờ và 9 giờ là các vị trí có nhánh cổ tử cung của động mạch tử cung.

II. NHẬN XÉT ĐÁNH GIÁ

2.1 Ưu điểm

- Tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật tốt $\geq 90\%$.
- So với quý I năm 2019: tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật được giám sát đều tăng.

2.2 Tồn tại

- Mổ lấy thai cơ bản: một số bước cần được lưu ý hơn như vào phúc mạc ổ bụng bằng kéo và kẹp phẫu tích khi mổ lấy thai, lau buồng tử cung sau mổ lấy thai.
- Đỡ sanh ngôi chỏm: cần lưu ý đảm bảo cơ chế sinh khi sản phụ sinh quá nhanh, giữ tầng sinh môn để tránh rách tầng sinh môn độ III, IV.
- Cắt tử cung ngả bụng: một số trường hợp không kiểm tra niệu quản sau khi cắt tử cung. Cần lưu ý kiểm tra niệu quản sau khi cắt tử cung dù là những ca cắt tử cung không dính và phẫu thuật viên không nghi ngờ tổn thương niệu quản.
- Nạo sinh thiết từng phần: các bước trong quy trình kỹ thuật chưa được tuân thủ như đo lại buồng tử cung sau thủ thuật.
- Khi phá thai bằng phương pháp chân không, lưu ý gây tê cạnh cổ tử cung đúng kỹ thuật.

W. TRƯỞNG PHÒNG


ThS.BS. Trần Thị Ngọc
PHÓ TRƯỞNG PHÒNG

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 06 tháng 7 năm 2021

BÁO CÁO
HOẠT ĐỘNG GIÁM SÁT HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ
QUÍ II NĂM 2021

Bệnh viện Từ Dũ là bệnh viện chuyên khoa phụ sản được Bộ Y tế phân công chỉ đạo về chuyên môn kỹ thuật 22 tỉnh và thành phố phía Nam. Qua khảo sát mô hình bệnh tật năm 2020, chúng tôi chọn giám sát phác đồ điều trị “Liên cầu khuẩn nhóm B và thai kỳ” tại khoa Sản A, khoa Sản B và phác đồ “Áp xe phần phụ” tại khoa Phụ. Đây là các bệnh lý nghiêm trọng có thể ảnh hưởng đến sức khỏe, tính mạng của sản phụ và thai nhi. Kết quả giám sát trong quý II cho kết quả như sau:

I. Phác đồ “ Liên cầu khuẩn nhóm B và thai kỳ”

1.1 Số lượt giám sát: 10 trường hợp.

1.2 Tuân thủ

Tỷ lệ tuân thủ đầy đủ phác đồ: 90%

STT	THÔNG TIN	PHÙ HỢP	KHÔNG PHÙ HỢP	GHI CHÚ
1	Xét nghiệm GBS	90	10	
2	Sử dụng kháng sinh dự phòng GBS khi chuyển dạ: 4			
	Chỉ định KSDP khi chuyển dạ	100		
	Loại kháng sinh	100		
	Liều kháng sinh	90	10	
3	Trường hợp ối vỡ non ở thai non tháng :			
	Sử dụng kháng sinh theo phác đồ ối vỡ non	100		

1.3. Nhận xét đánh giá

a) Ưu điểm

Tỷ lệ tuân thủ phác đồ “Liên cầu khuẩn nhóm B và thai kỳ” tốt: 90%, tỉ lệ này tăng so với quý I năm 2019.

b) Tồn tại

Khi nhập viện từ khoa Cấp cứu chống độc, các trường hợp chẩn đoán chuyển dạ sinh non và ối vỡ non chưa được xét nghiệm GBS đầy đủ.

II. Phác đồ “Áp xe phần phụ”

2.1. Số lượt giám sát: 5 trường hợp.

2.2. Tuân thủ:

Tỷ lệ tuân thủ đầy đủ phác đồ: 80%

STT	THÔNG TIN	PHÙ HỢP	KHÔNG PHÙ HỢP	GHI CHÚ
1	Chẩn đoán Áp xe phần phụ (AXPP)	100		
2	Chỉ định điều trị nội khoa	100		
3	Phác đồ điều trị nội khoa: 5 trường hợp			
	Loại kháng sinh	80	20	
	Liều kháng sinh	80	20	
4	Theo dõi để đánh giá điều trị nội	100		
5	Chỉ định CRP	80	20	
6	Chỉ định Procalcitonin	80	20	
7	Thời gian điều trị nội khoa	80	20	
8	Thuốc sau xuất viện			
	Loại kháng sinh	100		
	Liều kháng sinh	100		
9	Đánh giá điều trị nội không đáp ứng chuyển sang phẫu thuật	100		Có 2 trường hợp
10	Chỉ định điều trị ngoại khoa	100		

11	Kháng sinh vẫn tiếp tục duy trì trước, trong và sau khi can thiệp PT	100		
----	--	-----	--	--

2.3. Nhận xét đánh giá

a) Ưu điểm

Tỷ lệ tuân thủ phác đồ “Áp xe phần phụ” tốt: 80%

b) Tồn tại

- Có 1 trường hợp kháng sinh sử dụng còn theo phác đồ “Áp xe phần phụ” cũ Amoxicillin - Clavulanate + Metronidazole + Gentamycin. Cần cập nhật theo phác đồ “Áp xe phần phụ” mới ban hành ngày 03/10/2019 với kháng sinh điều trị lựa chọn 1 gồm Cefotaxim + Metronidazole + Doxycycline
- Chỉ định xét nghiệm cùng lúc CRP và Procalcitonin

Kí. **TRƯỞNG PHÒNG**


ThS.BS. *Trần Thị Ngọc*
PHÓ TRƯỞNG PHÒNG