

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 10 tháng 01 năm 2022

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

Nhiễm trùng (nhiễm trùng thành bụng, nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng huyết...) là biến chứng nghiêm trọng sau mổ lấy thai (MLT), làm tăng bệnh suất và tử suất của sản phụ, kéo dài thời gian nằm viện và gia tăng chi phí khám chữa bệnh. Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ sau MLT dao động từ 3-5%. Qua khảo sát tình hình thực tế, chúng tôi chọn giám sát “Quy trình kỹ thuật may lại vết mổ thành bụng” và “Quy trình kỹ thuật hút kiểm tra lòng tử cung” tại các khoa Hậu phẫu, Sản N1, Sản N2, Sản M, Sản H. Đây là kỹ thuật quan trọng nhằm điều trị tình trạng nhiễm trùng của sản phụ trong giai đoạn hậu sản.

Ngoài ra, chúng tôi cũng giám sát các quy trình kỹ thuật quan trọng và phổ biến như “Quy trình kỹ thuật nội soi cắt u buồng trứng”, “Quy trình kỹ thuật cắt tử cung ngã bụng” và “Quy trình kỹ thuật mổ lấy thai”. Kết quả giám sát trong quý 4 cho kết quả như sau:

**I. NỘI DUNG**

**1.1 Số lượt giám sát**

- Quy trình kỹ thuật may lại vết mổ thành bụng: 5 trường hợp.
- Quy trình kỹ thuật hút kiểm tra lòng tử cung: 10 trường hợp.
- Quy trình kỹ thuật nội soi cắt u buồng trứng: 20 trường hợp.
- Quy trình kỹ thuật cắt tử cung ngã bụng: 10 trường hợp.
- Quy trình kỹ thuật mổ lấy thai: 20 trường hợp.

**1.2 Tuân thủ quy trình kỹ thuật**

**a. Quy trình kỹ thuật may lại vết mổ thành bụng:**

Tỷ lệ tuân thủ đầy đủ quy trình kỹ thuật: 80%.

TT	NỘI DUNG	NHẬN XÉT	
		ĐẠT (%)	CHƯA ĐẠT (%)
1	Chuẩn bị người bệnh và dụng cụ	100	0
2	Sát trùng vết mổ cần may bằng nước muối và Povidine	100	0
3	Trải sẵn vô khuẩn	100	0
4	Gây tê tại chỗ bằng Lidocain 2%.	100	0
5	Làm sạch vết mổ, cắt lọc mô hoại tử (nếu có)	80	20
6	<p>May phục hồi lớp mỡ bằng chỉ Plain catgut (nếu cần) và lớp da bằng chỉ Nylon 3/0 hoặc 1/0.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kỹ thuật may: <ul style="list-style-type: none"> <li>- May mũi rời ở cả lớp mỡ và lớp da, mũi may cách nhau khoảng 2 cm.</li> <li>- Nếu cơ địa bệnh nhân dị ứng chỉ ở lớp mỡ hoặc vết thương nhiễm trùng đã điều trị ổn thì không may riêng lớp mỡ, chỉ may 1 lớp (mỡ + da) bằng chỉ Nylon 1/0.</li> <li>- Nếu đánh giá khả năng vết mổ tiết dịch nhiều, hoặc lớp mỡ dày &gt; 3 cm và vết mổ dài &gt; 5 cm, cần đặt dẫn lưu Penrose từ lớp mỡ ra da bằng cách cắt dọc ½ Penrose, đặt dưới đáy lớp mỡ và dẫn lưu ra 2 đầu vết may.</li> </ul> </li> </ul>	80	20
7	Kiểm tra cầm máu kỹ, lau sạch vết may	100	0
8	Sát khuẩn vết may bằng dung dịch Povidine	100	0
9	Đắp và dán gạc vô khuẩn	100	0
10	Trao đổi với người bệnh về kết quả thủ thuật. Hướng dẫn cách chăm sóc vết thương và dự kiến thời gian	80	20

cắt chỉ.		
----------	--	--

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

- Một số trường hợp cắt lọc mô hoại tử chưa làm sạch hết hoàn toàn mô hoại tử.

- Đối với trường hợp nhiễm trùng, khoảng cách giữa các mũi rời may lớp mỡ và da quá gần ( $< 2$  cm) sẽ tăng nguy cơ nhiễm trùng, hạn chế việc thoát dịch của vết thương.

- Một số trường hợp chưa trao đổi kỹ với người bệnh về kết quả thủ thuật và chưa hướng dẫn người bệnh cách chăm sóc vết thương sau thủ thuật.

**b. Quy trình kỹ thuật hút kiểm tra lòng tử cung:**

- Tỷ lệ tuân thủ đầy đủ quy trình kỹ thuật: 70%.

STT	NỘI DUNG	NHẬN XÉT	
		ĐẠT (%)	CHƯA ĐẠT (%)
1	Chuẩn bị người bệnh và dụng cụ	100	0
2	Khám xác định kích thước tử cung	80	20
3	Sát khuẩn âm hộ và 2 bên đùi	90	10
4	Trải sẵn vô khuẩn	100	0
5	Sát khuẩn âm hộ và âm đạo, cổ tử cung	100	0
6	Kẹp cổ tử cung bằng Pozzi ở vị trí thích hợp	100	0
7	Tê cạnh cổ tử cung	100	0
8	Đo lòng tử cung	70	30
9	Nong cổ tử cung (nếu cần)	100	0
10	Chọn ống hút thích hợp đặt vào lòng tử cung, lắp Karman vào ống hút tạo áp lực âm	100	0
11	Hút lòng tử cung cho đến khi cảm giác sạch	100	0
12	Đo lại lòng tử cung	70	30
13	Tháo Pozzi	100	0

14	Kiểm tra chảy máu từ lòng tử cung và nơi bám Pozzi	100	0
15	Sát khuẩn lại cổ tử cung và âm đạo	90	10
16	Đánh giá mô hút, gửi xét nghiệm mô học	80	20
17	Trao đổi với người bệnh về kết quả thủ thuật. Hướng dẫn cách theo dõi sau thủ thuật và các trường hợp cần báo ngay với nhân viên y tế tại khoa, phòng.	70	30

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

- Một số trường hợp chưa khám và đánh giá tư thế, kích thước tử cung trước khi tiến hành thủ thuật, điều này sẽ tăng nguy cơ thủng tử cung trong quá trình thủ thuật.

- Một số trường hợp chỉ sát khuẩn âm hộ, chưa sát khuẩn rộng đến 2 bên đùi

- 3/10 trường hợp bỏ qua bước đo lòng tử cung trước và sau khi tiến hành thủ thuật, điều này khiến bác sĩ khó xác định kích thước lòng tử cung, có thể không hút sạch hoặc không phát hiện được các trường hợp thủng tử cung

- Một số trường hợp không sát khuẩn lại cổ tử cung và âm đạo sau khi hoàn thành thủ thuật.

- Một số trường hợp chưa trao đổi kỹ với người bệnh về kết quả thủ thuật và chưa hướng dẫn người bệnh cách theo dõi sau thủ thuật và các trường hợp cần báo ngay với nhân viên y tế tại khoa, phòng

### c. Quy trình kỹ thuật nội soi cắt u buồng trứng:

Tỷ lệ tuân thủ đầy đủ quy trình kỹ thuật: 75%.

TT	NỘI DUNG	NHẬN XÉT	
		ĐẠT (%)	CHƯA ĐẠT (%)
1	Chuẩn bị phương tiện (dàn máy và phương tiện nội soi ổ bụng)	100	0
2	Chuẩn bị người bệnh	100	0
	Vào bụng:	100	0

3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bơm hơi ổ phúc mạc</li> <li>- Trình bày các Trocart</li> </ul>		
4	Khảo sát toàn bộ ổ bụng, lấy dịch ổ bụng tìm tế bào lạ	75	25
5	Đánh giá toàn diện khối u buồng trứng: kích thước, tính chất, mức độ di động và dính các tạng xung quanh, gỡ dính nếu có.	100	0
6	Kỹ thuật cắt u buồng trứng: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cố định buồng trứng</li> <li>- Rạch ở bờ tự do, song song và đối diện mạc treo buồng trứng.</li> <li>- Tìm đúng diện bóc tách, tách dần u ra khỏi mô lành buồng trứng, cố gắng không làm vỡ u.</li> <li>- Cầm máu diện bóc tách bằng đốt lưỡng cực, đi từ vùng trung tâm ra, tại đúng vị trí có chảy máu.</li> <li>- Đốt cuộn mép hoặc khâu phục hồi lại buồng trứng.</li> </ul>	75	25
7	Kiểm tra <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cầm máu</li> <li>- Rửa bụng</li> <li>- Lấy bệnh phẩm qua bao</li> <li>- Kiểm tra các cơ quan trong ổ bụng</li> </ul>	100	0
8	Tháo khí CO <sub>2</sub> , rút các trocart và đóng bụng	95	5

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

- 1/4 các trường hợp không khảo sát toàn bộ ổ bụng, lấy dịch ổ bụng tìm tế bào lạ trước khi phẫu thuật.
- Một số trường hợp cắt bỏ mô buồng trứng nhiều, bóc tách xâm lấn vào cuống mạch tử cung - buồng trứng hoặc thất lưng - buồng trứng gây chảy máu nhiều, đốt cầm máu mô buồng trứng nhiều làm tăng nguy cơ giảm dự trữ buồng trứng, động tác bóc tách quá nhanh gây vỡ u buồng trứng

- 1/20 trường hợp không tháo hết khí CO<sub>2</sub> trước khi may da, điều này có thể khiến người bệnh đau vai, đau bụng... sau mổ.

**d. Quy trình kỹ thuật cắt tử cung ngã bụng:**

Tỷ 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 vệt	100	0
2.	Rạch lớp mỡ dưới da	100	0
3.	Rạch lớp cân	100	0
4.	Tách cơ thẳng bụng	100	0
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	0
7.	Kẹp cắt động mạch tử cung	90	10
8.	Tách và cắt phúc mạc tử cung - bàng quang	90	10
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	100	0
15.	Đóng thành bụng	100	

Các bước trong quy trình kỹ thuật được tuân thủ tốt. Tuy nhiên, còn một số bước chưa được tuân thủ tốt như:

- 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.

- Có 1 trường hợp cột bó mạch tử cung không chắc nên gây chảy máu, tuy nhiên, phẫu thuật viên đã phát hiện và cột tăng cường động mạch tử cung.

- Một số trường hợp tách phúc mạc bàng quang không đúng lớp gây chảy máu nhiều.

- Phủ phúc mạc tiểu khung: một số trường hợp mổ khó, cần dẫn lưu, phẫu thuật viên không phủ phúc mạc tiểu khung.

### e. Quy trình kỹ thuật mổ lấy thai

Tỷ lệ tuân thủ đầy đủ quy trình kỹ thuật: 80%.

STT	NỘI DUNG	NHẬN XÉT	
		ĐẠT (%)	CHƯA ĐẠT (%)
<b>Vào ổ bụng:</b>			
1.	Rạch đường dọc giữa dưới rốn hay đường ngang trên vệ	100	0
2.	Rạch lớp mỡ dưới da	100	0
3.	Rạch lớp cân	100	0
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	0
7.	Đặt van trên vệ che bàng quang và bộc lộ rõ vùng đoạn dưới tử cung	100	0
8.	Rạch phúc mạc theo đường ngang khoảng 2 cm dưới “đường bám chặt của phúc mạc” tách sang 2 bên.	100	0
9.	Dùng dao rạch 1 đoạn nhỏ ngang 1-2 cm trên đoạn dưới rồi tách rộng vết mổ ngang sang 2 bên.	100	0

<b>Lấy thai và nhau ra khỏi tử cung</b>			
10.	Kỹ thuật lấy thai.	90	10
11.	Lau khô, kẹp rốn chậm.	100	0
12.	Kỹ thuật lấy nhau	80	20
13.	Lau sạch buồng tử cung.	90	10
14.	Nong cổ tử cung (nếu chưa chuyển dạ).	90	10
<b>Khâu phục hồi cơ tử cung</b>			
15.	Máy hai góc tử cung.	100	0
16.	Khâu cơ tử cung mũi liên tục hay mũi rời.	100	0
17.	Phủ phúc mạc tử cung.	100	0
18.	Lấy gạc, lau sạch ổ bụng, kiểm tra 2 buồng trứng, 2 ống dẫn trứng, mặt sau tử cung.	100	0
<b>Đóng bụng</b>			
19.	Khâu phúc mạc thành bụng	100	0
20.	Khâu cơ thẳng bụng.	100	0
21.	Khâu cân.	100	0
22.	Đóng lớp mỡ.	100	0
23.	Khâu da.	100	0
24.	Sát khuẩn lại vết mổ và băng vô khuẩn.	100	0
25.	Lấy máu ứ trong âm đạo và đánh giá cơ hồi tử cung	100	0
26.	Lau sạch máu dính trên người bệnh trước khi chuyển qua hồi sức	100	0

Tỉ lệ tuân thủ có cải thiện hơn so với quý 1 (70%) và quý 2 (73.33%). 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 khó lấy thai do đầu thai quá cao hoặc quá thấp làm thời gian lấy thai lâu, rách đoạn dưới tử cung....

- Một số trường hợp không chờ nhau bong mà chủ động bóc nhau bằng tay, điều này có thể làm tăng nguy cơ viêm nội mạc tử cung, nhiễm trùng hậu phẫu...

- Một số trường hợp không lau buồng tử cung.

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

## II. NHẬN XÉT ĐÁNH GIÁ

### 2.1 Ưu điểm

- Tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật tốt trên 70%.

### 2.2 Tồn tại và giải pháp

- Việc khám xác định kích thước và tư thế tử cung, tình trạng cổ tử cung trước khi tiến hành thủ thuật rất quan trọng nhằm tránh tổn thương cổ tử cung và tử cung khi tiến hành thủ thuật.

- Cần đo buồng tử cung trước và sau khi tiến hành thủ thuật hút kiểm tra buồng tử cung để tránh và phát hiện kịp thời biến chứng thủng buồng tử cung.

- Cần lưu ý vấn đề tư vấn người bệnh sau thủ thuật


- Cần thám sát toàn bộ ổ bụng trước khi tiến hành nội soi bóc u buồng trứng

- Tránh bóc tách vào bó mạch tử cung - buồng trứng và thất lưng - buồng trứng, không đốt cầm máu mô lành buồng trứng quá nhiều làm giảm dự trữ buồng trứng sau mổ

- Thận trọng khi cột và cắt động mạch tử cung

- Cần đánh giá ngôi thai, độ lọt trước khi phẫu thuật để tiên lượng được kỹ thuật bắt con./.

Kí. **TRƯỞNG PHÒNG**

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

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 12 tháng 01 năm 2022

**BÁO CÁO**  
**HOẠT ĐỘNG GIÁM SÁT HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ**  
**QUÍ IV 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 2021 chúng tôi chọn giám sát phác đồ điều trị “Ồi vỡ non” tại khoa Sản A. 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 4 cho kết quả như sau:

**I. NỘI DUNG**

**1.1 Số lượt giám sát:** 10 trường hợp.

**1.2 Tuân thủ**

Tỷ lệ tuân thủ đầy đủ phác đồ: 70%

STT	THÔNG TIN	PHÙ HỢP	KHÔNG PHÙ HỢP	GHI CHÚ
1	<b>Sử dụng kháng sinh dự phòng:</b> Ampicillin 2 g (TM) mỗi 6 giờ trong 48 giờ, Sau đó Amoxicillin 500 mg 1 viên x 3 lần/ngày (uống) x 5 ngày, Kết hợp Azithromycin 1 g uống liều duy nhất thời điểm lúc nhập viện			
	<b>Loại kháng sinh</b>	80%	20%	
	<b>Liều kháng sinh</b>	80%	20%	
2	<b>Sử dụng Corticosteroid:</b> Tuổi thai từ 26-34 tuần, dùng thuốc 1 đợt duy nhất. Liều: Betamethason 12mg TB 2 liều cách nhau 24 giờ Dexamethason 6mg TB 4 liều cách nhau 12 giờ			
	<b>Chỉ định</b>	90%	10%	
	<b>Liều</b>	100%	0%	
3	<b>Sử dụng Magnesium sulfat bảo vệ não thai</b> Chỉ định: Thai 28 - 32 tuần: có nguy cơ sấp sinh non (bao gồm cả những trường hợp đã vỡ ối) Chống chỉ định			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ CTC <math>\geq 8</math> cm</li> <li>+ Sản phụ dự tính sẽ sinh trong vòng 2 giờ</li> <li>+ Tăng huyết áp hoặc tiền sản giật (sử dụng theo phác đồ Tăng huyết áp thai kỳ)</li> </ul> Liều lượng: Magnesium sulfat 4,5 g liều duy nhất, truyền tĩnh mạch chậm trong 20 - 30 phút.			
	Chỉ định	70%	30%	
	Liều	100%	0%	
4	<b>Chẩn đoán nhiễm trùng ối</b> Sốt Mạch mẹ > 100 l/ph. Mạch con > 160 l/ph. Tử cung mềm đau. Sản dịch hôi. Bạch cầu > 15.000. CRP > 20 mg/L.			
	<b>Chẩn đoán</b>			
	<b>Thời điểm chẩn đoán</b>			
5	<b>Chỉ định CRP</b> Nghi ngờ có ổ nhiễm trùng, có ít nhất 2 trong 4 tiêu chuẩn sau: + Nhiệt độ cơ thể $<36^{\circ}\text{C}$ hoặc $>38,3^{\circ}\text{C}$ + Nhịp tim nhanh $\geq 90$ lần/phút + Nhịp thở $>22$ lần/phút hoặc $\text{PaCO}_2 <32$ mmHg + Bạch cầu máu $>12 \times 10^9/\text{L}$ hoặc $<4 \times 10^9/\text{L}$ hoặc $>10\%$ bạch cầu non			
	<b>Chỉ định CRP</b>	100%	0%	
6	<b>Chỉ định Procalcitonin</b> Chẩn đoán và theo dõi tình trạng nhiễm trùng nặng khi có một trong những dấu hiệu sau đây: + Điểm suy đa tạng (SOFA) $>2$ (đính kèm thang điểm SOFA) + Nghi ngờ có ổ nhiễm trùng và có 2 trong 3 tiêu chuẩn: Nhịp thở $>22$ lần/phút, Glasgow $<13$ điểm, Huyết áp tâm thu $<100$ mmHg			
	<b>Chỉ định Procalcitonin</b>			
7	<b>Xử trí nhiễm trùng ối: Kháng sinh liều cao phối hợp (ghi rõ loại kháng sinh và liều dùng)</b>			

## II. NHẬN XÉT ĐÁNH GIÁ

### 2.1 Ưu điểm

Tỷ lệ tuân thủ phác đồ “Ôi vỡ non” tốt: 70%.

Chỉ định CRP phù hợp, không lạm dụng các cận lâm sàng

### 2.2. Tồn tại

- Chưa sử dụng kháng sinh phù hợp, 30% các trường hợp sử dụng kháng sinh điều trị khi lâm sàng ổn định, không sử dụng kháng sinh dự phòng theo phác đồ. Một số trường hợp không sử dụng Azithromycin 1g liều duy nhất khi nhập viện.

- Việc áp dụng Magnesium sulfat để bảo vệ não thai chưa được thường quy, có 30% không dùng Magnesium sulfat khi sản phụ vào chuyển dạ.

TRƯỜNG PHÒNG

ThS.BS. Trần Thị Ngọc

PHÓ TRƯỞNG PHÒNG