

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 19 tháng 10 năm 2021

**BÁO CÁO**  
**HOẠT ĐỘNG GIÁM SÁT QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ**  
**QUÝ III 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: cắt khâu tầng sinh môn, bóc u xơ tử cung, phá thai từ 13-18 tuần bằng phương pháp nong và gấp thai, hút nạo thai trứng, khâu vòng cổ tử cung. Kết quả giám sát trong quý 3 cho kết quả như sau:

**I. NỘI DUNG**

**1.1 Số lượt giám sát**

- Cắt khâu tầng sinh môn: 10 trường hợp.
- Bóc u xơ tử cung: 10 trường hợp.
- Phá thai từ 13-18 tuần bằng phương pháp nong và gấp thai: 10 trường hợp.
- Hút nạo thai trứng: 10 trường hợp.
- Khâu vòng cổ tử cung: 10 trường hợp.

**1.2 Tuân thủ quy trình kỹ thuật**

**a. Cắt khâu tầng sinh môn:**

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

TT	NỘI DUNG	NHẬN XÉT	
		ĐẠT (%)	CHƯA ĐẠT (%)
<b>A. CẮT TẦNG SINH MÔN</b>			
1	Chuẩn bị bệnh nhân	100	0
2	Sát trùng vùng âm hộ, tầng sinh môn	100	0
3	Gây tê vùng tầng sinh môn bằng Lidocain 2%. Nếu người bệnh đã được gây tê ngoài màng cứng để giảm	90	10

	đau rồi thì không cần gây tê tại chỗ.		
4	Cắt tầng sinh môn khi tầng sinh môn và âm hộ phồng căng.	90	10
5	Hai ngón tay trở và ngón giữa bàn tay trái lót giữa đầu thai và tầng sinh môn	100	0
6	Cắt chéo 45 <sup>0</sup> từ vị trí 7 giờ từ mép sau của âm hộ	100	0
7	Cắt 2-4 cm tùy mức độ cần thiết, không cắt sâu tới cơ nâng hậu môn	100	0
<b>B. KHÂU TẦNG SINH MÔN</b>			
1	Chỉ khâu tầng sinh môn khi chắc chắn nhau thai đã sổ, không sót nhau, đã kiểm soát đờ tử cung và các sang chấn đường sinh dục	100	0
2	Sát trùng lại vết cắt bằng Betadine (Povidine) 10%	90	10
3	Gây tê tại chỗ vết cắt tầng sinh môn bằng Lidocain 2%. Nếu người bệnh đã được gây tê ngoài màng cứng để giảm đau rồi thì không cần gây tê tại chỗ.	100	0
3	Thăm sát vết cắt (sâu và dài bao nhiêu)	100	0
5	Đặt 1 tampon trong âm đạo, đẩy tampon về phía cùng đờ qua đỉnh vết cắt (chặn sản dịch từ trên xuống phẫu trường)	100	0
6	Mũi khâu vắt thứ nhất bắt đầu từ trên vết cắt trong âm đạo 0,5 - 1 cm ra tới góc màng trinh phía ngoài; khâu hết đến tận đáy kéo hai mép của âm đạo gốc của màng trinh sát vào nhau Có thể khâu vắt hoặc khâu mũi rời Không chừa khoảng chết	90	10
3	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 Có thể khâu vắt hoặc khâu mũi rời Không chừa khoảng chết	100	0
7	Khâu vắt dưới da hoặc trong da	100	0
8	Kiểm tra không sót tampon trong âm đạo	100	0
9	Sát khuẩn lại vết may tầng sinh môn	90	0

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

- Một số trường hợp khi sản phụ rặn sanh nhanh, bác sĩ (BS)/nữ hộ sinh (NHS) đỡ sanh không kịp gây tê trước khi cắt tầng sinh môn.
- Một số trường hợp cắt tầng sinh môn sớm nên sản phụ chảy máu nhiều từ vết cắt tầng sinh môn.



- 1/10 trường hợp sau khi xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ thì BS tiến hành khâu tầng sinh môn ngay, không sát khuẩn vết cắt trước khi may.

- 1/10 trường hợp mũi khâu vắt thứ nhất bắt đầu từ ngay vết cắt trong âm đạo mà không cách đỉnh vết cắt 0,5 - 1 cm. Điều này làm tăng nguy cơ hematome, chảy máu vết may cho không lấy hết đỉnh vết cắt trong âm đạo.

- 1/10 trường hợp không sát khuẩn vết may tầng sinh môn sau khi may xong

**b. Bóc u xơ tử cung:**

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

STT	NỘI DUNG	NHẬN XÉT	
		ĐẠT (%)	CHƯA ĐẠT (%)
1	<b>Mở thành bụng</b> Rạch thành bụng theo đường ngang nếu có nhân xơ nhỏ, dễ bóc tách, hoặc đường dọc giữa dưới rốn	100	0
2	<b>Bộc lộ khối u để bóc tách</b>	90	10
3	<b>Dùng dao điện hoặc dao thường</b> Rạch tử cung ở vị trí UXTC đảm bảo yêu cầu + Đường rạch gọn, gần chỗ lồi nhất của UXTC. + Đường rạch càng gần đường giữa càng đỡ chảy máu + Đường rạch càng xa sừng tử cung càng đỡ dính tắc vòi tử cung + Đường rạch ở vị trí có thể bóc được nhiều UXTC + Đường rạch đủ độ sâu đến vỏ ngoài nhân xơ mới có thể bóc tách được dễ dàng	90	10
4	<b>Bóc tách khối u</b> - Dùng cái kẹp hoặc sợi chỉ to khâu sâu vào khối u để giữ chắc khối u, vừa kéo vừa tách vỏ khối u bằng mũi kéo. Dùng ngón tay trở thăm dò các vùng dính và tách hẳn khối u ra ngoài. - Có thể sử dụng vết rạch này để bóc các khối u khác. Động tác bóc tách cần nhẹ nhàng, tránh thủng buồng tử cung. - Cầm máu bằng các mũi khâu chữ X hoặc bằng kẹp khi thấy rõ mạch máu. Không nên kẹp ngang cơ tử cung vì sẽ làm cho cơ rách, gây chảy máu nhiều	100	0
5	<b>Khâu kín khoang bóc tách</b> Khâu từng lớp bằng các mũi chữ X bằng chỉ Vicryl - Lớp đầu tiên đảm bảo lấy hết đáy khoang bóc tách	100	0

	- Các lớp sau đảm bảo khâu chồng qua lớp trước - Đóng các lớp ngoài cùng bằng mũi khâu vắt và lộn mép rạch vào trong.		
6	<b>Đóng bụng</b> - Lau sạch ổ bụng - Kiểm tra ổ bụng	100	0

Các bước trong quy trình kỹ thuật đều được tuân thủ tốt. Tuy nhiên, trong các trường hợp UXTC to, phẫu thuật viên không bộc lộ rõ UXTC khi bóc tách và có 1 trường hợp vết rạch cơ tử cung quá rộng so với kích thước khối UXTC làm chảy máu nhiều và tổn thương cơ tử cung nhiều.

### c. Phá thai từ 13-18 tuần bằng phương pháp nong và gấp thai:

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

TT	NỘI DUNG	NHẬN XÉT	
		ĐẠT (%)	CHƯA ĐẠT (%)
1	Chuẩn bị bệnh nhân	100	0
2	Giảm đau toàn thân	100	0
3	Khám xác định kích thước và tư thế tử cung, đánh giá tác dụng của thuốc đối với cổ tử cung, không được tiến hành thủ thuật khi cổ tử cung chưa được chuẩn bị tốt.	90	10
4	Thay găng vô khuẩn	100	0
5	Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông	100	0
6	Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo.	100	0
7	Kẹp cổ tử cung	100	0
8	Gây tê cạnh cổ tử cung	90	10
9	Nong cổ tử cung	100	0
10	Dùng ống hút phù hợp để hút nước ối và kéo phần thai xuống thấp.	100	0
11	Tiến hành gấp thai, nhau. Không đưa kẹp gấp quá sâu trong buồng tử cung để tránh nguy cơ thủng tử cung.	100	0
12	Nếu gấp thai khó khăn thì có thể gấp thai dưới siêu âm.	100	0
13	Kiểm tra lại buồng tử cung bằng thìa cùn hoặc ống hút.	100	0
14	Kiểm tra các phần thai và nhau lấy ra để đánh giá thủ thuật hoàn thành hay chưa.	90	10
15	Sát khuẩn lại âm đạo cổ tử cung.	100	0



16	Xử lý dụng cụ và chất thải.	100	0
----	-----------------------------	-----	---

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

- Một số trường hợp không khám xác định kích thước và tư thế tử cung, đánh giá tác dụng của thuốc đối với cổ tử cung. 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.

- Một số trường hợp gây tê cạnh cổ tử cung ngay vị trí 6g và 9g là vị trí của nhánh cổ tử cung của động mạch tử cung.

- Một số trường hợp không kiểm tra các phần thai và nhau lấy ra trước khi kết thúc thủ thuật.

#### **d. Hút thai trứng:**

Tỷ lệ tuân thủ đầy đủ quy trình kỹ thuật: 96,7%.

STT	NỘI DUNG	NHẬN XÉT	
		ĐẠT (%)	CHƯA ĐẠT (%)
1.	Chuẩn bị người bệnh	100	0
2.	Rửa tay, mang găng vô khuẩn	100	0
3.	Trải khăn vải vô khuẩn	100	0
4.	Sát khuẩn âm hộ	100	0
5.	Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn âm đạo, cổ tử cung	100	0
6.	Kẹp cổ tử cung	100	0
7.	Gây tê cạnh cổ tử cung (nên tránh vị trí 3g và 9g) bằng dung dịch Lidocain 2%	90	10
8.	Nong cổ tử cung (nếu cần)	100	0
9.	Hút lòng tử cung bằng bơm hoặc máy hút cho đến khi có cảm giác sạch lòng tử cung	100	0
10.	Kiểm tra chất hút	90	10
11.	Đánh giá thủ thuật đã hoàn thành	100	0
12.	Sát khuẩn lại âm đạo cổ tử cung bằng 1 kẹp sát khuẩn mới	100	0
13.	Tháo dụng cụ	100	0
14.	Gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh	100	0
15.	Trao đổi với người bệnh về kết quả thủ thuật	100	0
16.	Ghi chép hồ sơ bệnh án	100	0

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

- Một số trường hợp gây tê cạnh cổ tử cung ngay vị trí 6g và 9g là vị trí của nhánh cổ tử cung của động mạch tử cung.

- Một số trường hợp không kiểm tra bệnh phẩm sau khi hút.

#### e. Khâu vòng cổ tử cung

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

STT	NỘI DUNG	NHẬN XÉT	
		ĐẠT (%)	CHƯA ĐẠT (%)
17.	Chuẩn bị người bệnh	100	0
18.	Rửa tay, mang găng vô khuẩn	100	0
19.	Trải khăn vải vô khuẩn	100	0
20.	Sát khuẩn âm hộ	100	0
21.	Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn âm đạo, cổ tử cung	100	0
22.	Dùng kẹp hình tim nhỏ kẹp vào cổ tử cung ở vị trí 10g, kéo nhẹ cổ tử cung xuống dưới và vào trong	100	0
23.	Đâm kim từ vị trí 11g30, vào và đi trong lớp cơ cổ tử cung (không để kim đi vào kênh cổ tử cung), đầu kim ra khỏi cơ tử cung ở vị trí 9g30	100	0
24.	Dùng kẹp hình tim nhỏ kẹp vào cổ tử cung ở vị trí 7g, kéo nhẹ cổ tử cung lên trên và vào trong	90	10
25.	Đâm kim từ vị trí 8g30, đầu kim ra khỏi cơ tử cung ở vị trí 7g30	90	10
26.	Dùng kẹp hình tim nhỏ kẹp vào cổ tử cung ở vị trí 4g, kéo nhẹ cổ tử cung lên trên và vào trong	90	10
27.	Đâm kim từ vị trí 5g30, đầu kim ra khỏi cơ tử cung ở vị trí 3g30	90	10
28.	Dùng kẹp hình tim nhỏ kẹp vào cổ tử cung ở vị trí 2g, kéo nhẹ cổ tử cung xuống dưới và vào trong	90	10
29.	Đâm kim từ vị trí 2g30, đầu kim ra khỏi cơ tử cung ở vị trí 12g30	90	10
30.	Cột chỉ ở vị trí 12g, siết vừa đủ chạm vào ngón tay kiểm soát trong kênh cổ tử cung	100	0
31.	Cắt đầu chỉ xa nút buộc khoảng 1 cm.	90	10
32.	Sát trùng lại cổ tử cung và âm đạo	100	0

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

- Một số trường hợp đâm kim quá xa hoặc đâm kim quá nông do khó bộc lộ cổ tử cung.



- Một số trường hợp cắt và chừa đuôi chỉ quá ngắn sẽ gây khó khăn nếu cần cắt chỉ khâu vòng cổ tử cung

## II. NHẬN XÉT ĐÁNH GIÁ

### 2.1 Ưu điểm

- Tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật tốt trên 90%.

### 2.2 Tồn tại và giải pháp

- Cần lưu ý các trường hợp sản phụ sanh quá nhanh không kịp cắt tầng sinh môn nên gây rách tầng sinh môn nhiều

- Cắt tầng sinh môn ở thời điểm phù hợp, không cắt tầng sinh môn quá sớm.

- Lưu ý sát khuẩn trước và sau khi may tầng sinh môn

- Mũi khâu tầng sinh môn đầu tiên cần cách đỉnh vết cắt 0.5-1 cm, để đảm bảo cầm máu tốt.

- 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.

- Lưu ý khi cần gây tê cạnh cổ tử cung, tránh các vị trí 3g và 9g là vị trí của nhánh cổ tử cung của động mạch tử cung.

- Cần kiểm tra lại bệnh phẩm (các phần thai, thai trứng) sau khi tiến hành thủ thuật nong và gắp thai, hút thai trứng.

- Khi khâu vòng cổ tử cung, cần bộc lộ rõ ràng cổ tử cung để các mũi khâu được chính xác và chắc chắn, lưu ý không chừa đuôi chỉ quá ngắn để có thể dễ dàng cắt chỉ khâu vòng cổ tử cung khi cần./.

KT. **TRƯỞNG PHÒNG**

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

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 19 tháng 10 năm 2021

**BÁO CÁO**  
**HOẠT ĐỘNG GIÁM SÁT HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ**  
**QUÍ III 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 mô hình bệnh tật năm 2020, chúng tôi chọn giám sát phác đồ điều trị “Nhiễm khuẩn hậu sản” tại các khoa Hậu phẫu, Sản N1, Sản N2, Sản M, Sản H. Đây là bệnh lý nghiêm trọng có thể ảnh hưởng đến sức khỏe, tính mạng của sản phụ. Kết quả giám sát trong quý 3 cho kết quả như sau:

**I. NỘI DUNG**

**1.1 Số lượt giám sát**

Nhiễm trùng tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo: 10 trường hợp.

Nhiễm trùng tử cung: 5 trường hợp

**1.2 Tuân thủ**

Tỷ lệ tuân thủ đầy đủ phác đồ: 80%

STT	THÔNG TIN	PHÙ HỢP	KHÔNG PHÙ HỢP	GHI CHÚ
<b>A. NIÊM KHUẨN TẦNG SINH MÔN, ÂM HỘ, ÂM ĐẠO</b>				
1	Chẩn đoán	80	20	
2	Cắt chỉ tầng sinh môn nếu vết khâu tấy đỏ có mủ	90	10	
3	Vệ sinh tại chỗ hàng ngày bằng oxy già (nếu vết khâu có mủ), hoặc Povidone iodine (Betadine)	100	0	
4	Kháng sinh	100	0	
<b>B. NIÊM TRÙNG TỬ CUNG</b> (bao gồm viêm nội mạc tử cung, viêm cơ tử cung, viêm mô quang tử cung...)				
5	Chẩn đoán	80	20	



6	<p>Kháng sinh phổ rộng:  <b>Chọn lựa 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nhiễm trùng tử cung không nặng (sau sinh ngã AD):</li> <li>- Amoxicilin-acid clavulanic 625mg uống 1 viên x 3 lần/ngày x 5 ngày</li> <li>• Nhiễm trùng tử cung sau mổ:</li> <li>- Amoxicilin-acid clavulanic 1,2 g x 3 lần/ngày (TM) trong 7 ngày + Gentamicin 80mg/2 ml 3 - 5 mg/kg/ngày (TB/Truyền TM) trong 7 ngày.</li> <li>- Hoặc Amoxicilin-acid clavulanic 1,2 g x 3 lần/ngày (TM) trong 7 ngày + Metronidazol 500 mg/100 ml 1 chai x 2 - 3 lần/ngày (Truyền TM) trong 7 ngày</li> <li>- Hoặc Cephalosporin thế hệ 3 (Cefotaxim hoặc Ceftriaxon hoặc Ceftazidim) + Metronidazol 500 mg/100 ml 1 chai x 2 - 3 lần/ngày (Truyền TM) trong 7 ngày.</li> <li>- Hoặc Clindamycin 600 - 900 mg mỗi 8 giờ (TB/Truyền TM) + Gentamicin 80 mg/2 ml 3 - 5 mg/kg/ngày (TB/Truyền TM) trong 7 ngày.</li> </ul> <p><b>Clindamycin: các liều tiêm bắp đơn độc không được lớn hơn 600 mg</b></p> <p><b>Chọn lựa 2: nhiễm trùng nặng, kéo dài, không đáp ứng điều trị trên</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ticarcilin-acid clavulanic 3,2 g x 3 - 4 lần/ngày (Truyền TM) + Amikacin 500 mg 15 mg/kg/ngày (TB/Truyền TM), có thể kết hợp thêm Metronidazol 500 mg/100 ml 1 chai x 2 - 3 lần/ngày (Truyền TM) trong 7 ngày.</li> <li>- Hoặc Piperacilin-tazobactam 4,5 g x 3 - 4 lần/ngày (Truyền TM) + Amikacin 500 mg 15 mg/kg/ngày (TB/Truyền TM), có thể kết hợp thêm Metronidazol 500 mg/100ml 1 chai x 2 - 3 lần/ngày (Truyền TM) trong 7 ngày.</li> </ul>			
	<b>Loại kháng sinh:</b>	80	20	
	<b>Liều kháng sinh</b>	80	20	
7	<p><b>Chỉ định CRP</b>          Nghi ngờ có ổ nhiễm trùng, có ít nhất 2 trong 4 tiêu chuẩn sau:          + Nhiệt độ cơ thể <math>&lt;36^{\circ}\text{C}</math> hoặc <math>&gt;38,3^{\circ}\text{C}</math>          + Nhịp tim nhanh <math>\geq 90</math> lần/phút          + Nhịp thở <math>&gt;22</math> lần/phút hoặc <math>\text{PaCO}_2 &lt;32</math> mmHg          + Bạch cầu máu <math>&gt;12 \times 10^9/\text{L}</math> hoặc <math>&lt;4 \times 10^9/\text{L}</math> hoặc <math>&gt;10\%</math> bạch cầu non</p>			
	<b>Chỉ định CRP</b>	100	0	
8	<p><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) <math>&gt;2</math> (đính kèm thang điểm SOFA)          + Nghi ngờ có ổ nhiễm trùng và có 2 trong 3 tiêu chuẩn:              Nhịp thở <math>&gt;22</math> lần/phút,              Glasgow <math>&lt;13</math> điểm,              Huyết áp tâm thu <math>&lt;100</math> mmHg</p>			
	<b>Chỉ định Procalcitonin</b>	100	0	
9	<b>Hút nạo lòng tử cung:</b> khi sót nhau	80	20	

	hoặc cần lấy sạch mô hoại tử để giải quyết tình trạng nhiễm trùng			
10	<b>Về cấy máu, sản dịch:</b> Không chỉ định đồng thời “Vi khuẩn nhuộm soi”, “Vi khuẩn nuôi cấy và định danh hệ thống tự động”, “Vi khuẩn kháng thuốc trên hệ thống tự động (kháng sinh đồ)” (theo thông báo số 1706/TB-BVTD ngày 04/7/2019)	80	20	

## II. NHẬN XÉT ĐÁNH GIÁ

### 2.1 Ưu điểm

- Tỷ lệ tuân thủ phác đồ “Nhiễm khuẩn hậu sản” tốt: 80%
- Tuân thủ các chỉ định xét nghiệm CRP và procalcitonin tốt.

### 2.2 Tồn tại

#### 2.2.1. Nhiễm khuẩn tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo

- Chưa chẩn đoán phù hợp các trường hợp nhiễm khuẩn tầng sinh môn (chiếm 20%), chưa đánh giá đúng tình hình nhiễm trùng tử cung và chưa có chẩn đoán sớm và phù hợp (chiếm 90%).

- Có 1/10 trường hợp có biểu hiện nhiễm trùng vết may tầng sinh môn, vết may có mủ, nề đỏ nhưng chưa chủ động cắt chỉ vết may sớm.

#### 2.2.2. Nhiễm trùng tử cung

- Đa số chẩn đoán nhiễm trùng tử cung sau phẫu thuật mổ lấy thai là phù hợp và kịp thời (ngày 2-3 sau mổ) (chiếm 80%), có 1/5 trường hợp chẩn đoán muộn vào hậu phẫu ngày 5.

- Đa số các trường hợp có chỉ định sử dụng kháng sinh và liều kháng sinh phù hợp, 1/5 trường hợp sản phụ có tình trạng sốt trước mổ và bạch cầu tăng trước phẫu thuật nhưng chưa đánh giá đúng tình trạng nhiễm trùng sử dụng kháng sinh chưa phù hợp.

- 1/5 trường hợp hút buồng tử cung trễ so với chẩn đoán.



### 2.3 Kết luận

- Đa số các trường hợp nhiễm trùng tử cung có bệnh nặng kèm theo nên cần lưu ý theo dõi sát các trường hợp này để phát hiện sớm các trường hợp nhiễm trùng hậu sản, hậu phẫu.

- Các chủng vi sinh gây nhiễm trùng hậu sản, hậu phẫu thường gặp: E. Coli và Staphylococcus đa kháng nên cần lưu ý sử dụng kháng sinh đúng loại và đủ liều./.

Tr. TRƯỞNG PHÒNG



ThS.BS. Trần Thị Ngọc  
PHÓ TRƯỞNG PHÒNG