



Lời giới thiệu

Trong quá khứ, hiện tại và tương lai, các cá nhân hay tổ chức luôn hướng đến và thực hiện hiệu quả việc cải tiến liên tục về chất lượng thì sẽ luôn phát triển. Do đó, việc áp dụng và cải tiến quản lý chất lượng bệnh viện là nhiệm vụ hàng đầu trong định hướng của ngành y tế nói chung và của bệnh viện Từ Dũ nói riêng.

Để thực hiện được điều đó, việc dự phòng và ngăn chặn hiệu quả các nguy cơ gây tai biến trong thực hành lâm sàng, mang lại sự an toàn cho người bệnh suốt quá trình điều trị là một trong những mục tiêu then chốt.

Nhằm góp phần thực hiện mục tiêu này, bệnh viện Từ Dũ tiến hành biên soạn bản tin '**An toàn người bệnh**' định kỳ như góp thêm nguồn tư liệu tham khảo đến quý đồng nghiệp.

Mặc dù, ban biên soạn đã nỗ lực tối đa, tuy nhiên không tránh khỏi những hạn chế nhất định. Ban biên soạn rất mong nhận được sự đóng góp và tham gia tích cực của quý đồng nghiệp để bản tin ngày càng phong phú và hữu ích hơn. Chúng tôi cũng hi vọng bản tin sẽ góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, chất lượng phục vụ vì sự an toàn của người bệnh – khách hàng, cũng là an toàn của thầy thuốc, đồng thời xây dựng hình ảnh bệnh viện thân thiện và môi trường y tế an toàn.

Thay mặt Ban Giám đốc Bệnh viện, chân thành cảm ơn sự nỗ lực của các thành viên trong ban biên soạn, các khoa - phòng của bệnh viện đã chung sức hoàn thành bản tin.

Trân trọng,

TM. Ban An Toàn Người Bệnh

Ths Bs. Lê Quang Thanh
Phó Giám đốc Bệnh viện

Vì sự an toàn cho người bệnh: tại sao không?

Bs. Phan Thị Hạnh Quyên

Khi vào một cơ sở y tế để khám chữa bệnh, cái vốn quý giá nhất của người bệnh là sức khỏe được ủy thác cho các thầy thuốc. Người bệnh luôn mong đợi được chăm sóc và điều trị một cách an toàn với chất lượng tốt nhất có thể.

Bệnh viện là nơi tập trung người bệnh đến điều trị, nơi các thầy thuốc đưa ra các chẩn đoán (cho phép sai số), quyết định các phương pháp điều trị; có thể diễn ra các phẫu thuật, thủ thuật xâm lấn; người bệnh có thể được sử dụng các dược chất, hóa chất, vắc xin để điều trị. Bệnh viện còn là nơi có nhiều trẻ được sinh ra, cũng là nơi các bác sĩ phải bó tay trước những căn bệnh ngặt nghèo, chứng kiến nhiều người bệnh qua đời. Áp lực tâm lý và đạo lý; áp lực công việc do tình trạng quá tải của bệnh viện có thể gây ra những sự cố y

khoa không mong muốn. Đó là điều khó tránh và trong nhiều trường hợp, ngoài tầm kiểm soát. Khi sự cố y khoa không mong muốn xảy ra, cả người bệnh và thầy thuốc đều là nạn nhân, đặc biệt đối với người bệnh phải gánh chịu thêm hậu quả của các sự cố y khoa không mong muốn làm ảnh hưởng tới sức khỏe hoặc bị khuyết tật tạm thời hay vĩnh viễn, thậm chí chết người, chẳng khác gì tai nạn chồng lên tai nạn. Theo báo cáo thống kê 1999 tại Mỹ, hàng năm có 44.000 – 98.000 trường hợp tử vong và 1 triệu thương tổn liên quan đến sai sót y khoa. Hậu quả của các sự cố y khoa không mong muốn làm cho người bệnh phải nằm viện kéo dài và tăng phí tổn điều trị. [1] Dựa trên các báo cáo thống kê của các nước, Tổ chức Y tế thế giới WHO đã tổng kết, 1/10 người bệnh nhập viện gặp

98.000 trường hợp tử vong liên quan đến sai sót y khoa/ năm

= rơi 2 boeing 737/ ngày

1/10 người bệnh nhập viện gặp phải sự cố y khoa

1/300 sự cố dẫn đến tử vong

1/10.000.000 hành khách tử vong do tai nạn máy bay

“Năm viện nguy hiểm hơn nhiều so với đi máy bay”



phải sự cố y khoa, và 1/300 sự cố dẫn đến tử vong. [2] So sánh với nguy cơ tử vong do tai nạn máy bay 1/10.000.000 hành khách, người bệnh khi nhập viện phải chấp nhận khả năng rủi ro cao hơn gấp nhiều lần so với chọn lựa đi lại bằng đường hàng không, kết luận của Liam Donaldson – đại diện ban an toàn bệnh nhân – Tổ chức y tế thế giới cho rằng: “Năm viện nguy hiểm hơn nhiều so với đi máy bay”. [3]

Sai sót y khoa – Nguyên nhân

Bệnh do thầy thuốc gây nên “iatrogenesis” là vấn đề đã được đề cập từ rất lâu trong y văn thế giới, cũng như trong Từ điển Y học của Việt Nam. Hiện nay có nhiều thuật ngữ được sử dụng để mô tả vấn đề nói trên một cách bản chất hơn như: “nhầm lẫn y khoa – medical mistakes”, sai sót y khoa “medical error” hay “sự cố y khoa không mong muốn “medical adverse events” v.v.. Cho dù khác nhau về thuật ngữ nhưng đều hướng tới việc mô tả các sự cố y khoa không mong muốn thực chất là các sai sót chuyên môn có thể xảy ra trong quá trình điều trị và chăm sóc người bệnh. Theo các nhà nghiên cứu y học, lĩnh vực y khoa là lĩnh vực có nhiều rủi ro nhất đối với khách hàng. Mặc dù, người bệnh rất khó chấp nhận những sai sót và sự cố y khoa, song bác sĩ cũng là con người và có thể phạm

sai sót, điều này càng dễ xảy ra hơn trong điều kiện công việc chịu nhiều áp lực như môi trường bệnh viện. Hơn nữa, bệnh nhân khi vào bệnh viện được chăm sóc không chỉ bởi một người mà là một đội ngũ nhân viên: nhân viên hành chánh tiếp nhận thông tin, bác sĩ khám bệnh và cho y lệnh điều trị, y tá, điều dưỡng, hộ lý trực tiếp chăm sóc,... Trong mỗi thành phần kể trên lại thay đổi nhân sự theo ca trực. Với đặc điểm hoạt động này, hiệu quả công việc phụ thuộc nhiều vào qui trình quản lý, qui trình chuyên môn, sự hợp tác ăn ý và có trách nhiệm cao giữa các thành viên, khả năng điều hành dẫn dắt của trưởng nhóm và các phương tiện hỗ trợ hoạt động nhóm. Một sai lệch thông tin nhỏ hay thiếu thông tin về bệnh nhân giữa các nhân viên y tế có thể dẫn đến bỏ sót, nhầm lẫn và gây hậu quả. Ngoài ra, thông tin giữa nhân viên y tế và người bệnh nếu không đầy đủ, rõ ràng cũng có thể dẫn đến sai sót kể trên. Báo cáo thường niên năm 2007 về An toàn và chất lượng điều trị của Joint Commission cho thấy nguyên nhân hơn 50% sự cố sai sót y khoa là do thiếu sót, sai lệch thông tin. [4]

Theo William Osler: “Y khoa là khoa học của sự bất định, và là nghệ thuật của lý thuyết xác suất. Một thuật điều trị được xem là tiêu chuẩn vàng hôm nay có thể sẽ trở thành sai lầm nguy hiểm trong tương lai”. Vì vậy, nếu cá nhân hay cả hệ thống trung thành với kiểu hành nghề truyền thống theo kinh nghiệm, hay trì trệ chậm trễ trong cập nhật, ứng dụng thành quả của y học chứng cứ, người bệnh không những chịu nhiều thiệt thòi, mà còn có thể phải gánh chịu những tổn thương không mong muốn. Ngoài ra, thực tế cho thấy sự chênh lệch về trình độ và kinh nghiệm của thầy thuốc có ảnh hưởng trực tiếp đến hiệu quả và an toàn trong chăm sóc, điều trị người bệnh. Thêm vào đó tình trạng căng thẳng quá mức, mệt mỏi kiệt sức cũng gây ảnh hưởng đến quyết định xử trí cũng như thao tác chuyên môn của người thầy thuốc. Khi phân tích sự cố không mong muốn hay tổn thương người bệnh, nguyên nhân do lỗi hệ thống chiếm khoảng 80%: hệ thống không xây dựng quy trình chăm sóc chuẩn nhằm giảm thiểu tối đa sai sót do khác biệt về trình độ giữa các cá nhân, không có những quy định, chính sách làm việc hợp lý, không áp dụng các phương tiện dụng cụ hỗ trợ, hạn chế đến mức thấp nhất các sai sót nhầm lẫn, và nhất là chưa có hệ thống quản lý rủi ro – an toàn người bệnh.

Quản lý rủi ro trong y khoa – tại sao không?

...50% các sự cố y khoa không mong muốn có thể phòng ngừa
...những sự cố nghiêm trọng không thể phòng ngừa hầu hết đã được dự đoán trước về khả năng xảy ra...

Có thể khẳng định rằng ở bất cứ công đoạn nào của mọi quy trình khám bệnh, chữa bệnh đều chứa đựng các nguy cơ tiềm tàng cho người bệnh. Hầu hết các cơ sở khám, chữa bệnh đã phải đương đầu với các sự cố ở các mức độ và ảnh hưởng khác nhau, ảnh hưởng tới tính mạng và sức khỏe của người bệnh. Mặc dù vậy, nhiều nghiên cứu cho thấy khoảng 50% các sự cố y khoa không mong muốn có thể phòng ngừa, và những sự cố nghiêm trọng không thể phòng ngừa hầu hết đã được dự đoán trước về khả năng xảy ra. [5] Do đó, việc xây dựng chương trình quản lý nguy cơ, cải tiến hệ thống an toàn hơn là điều hết sức cần thiết. Khó khăn lớn nhất của chương trình này chính là tâm lý e ngại chia sẻ thông tin và nghiên cứu về các sự cố y khoa. Hiện nay, số trường hợp được báo cáo chỉ là phần nổi của tảng băng chìm không rõ độ lớn và kích thước, thực tế chúng ta chưa có được một bức tranh toàn cảnh và cụ thể về vấn đề mà chúng ta đang đương đầu. Vì vậy, việc đầu tiên và quan trọng hơn cả là thay đổi thái độ, tư duy cách nhìn về sự cố chuyên môn, phải tạo được một môi trường an toàn, thân thiện, quan tâm và khuyến khích báo cáo sự cố. Trong môi trường này, sự cố được báo cáo, phân tích tìm nguyên nhân. Rút kinh nghiệm từ sự cố này, nhà quản lý thực hiện rà soát lại hệ thống, phát hiện và có biện pháp ngăn chặn nguy cơ tiềm ẩn để bảo đảm an toàn và nâng cao hiệu quả điều trị, chất lượng phục vụ người bệnh. Môi trường bệnh viện sẽ thiếu an toàn nếu không thiết lập được hệ thống quản lý sự cố một cách chuyên nghiệp. Do đó, đơn vị quản lý sự cố được thành lập song song với việc thiết lập hệ thống báo cáo và tầm soát nguy cơ xảy ra sự cố, nhằm phát hiện nguy cơ sai sót trong các quy trình điều trị và chăm sóc để có hướng can thiệp trước khi gây nguy hại cho người bệnh.

Quy trình quản lý sự cố có thể sơ lược như sau: khi có sự cố xảy ra, các khoa, phòng điền vào phiếu và gửi cho Đơn vị quản lý sự cố. Đơn vị quản lý sự cố đó sẽ tiếp nhận, quản lý tất cả các sự cố, phân tích, đánh giá

sự cố, tập trung vào hoàn cảnh xảy ra sự cố, xem sự cố như là kết quả của một hệ thống hay quy trình chưa hoàn chỉnh, và đưa ra hướng cải tiến, đề xuất ra các chính sách về an toàn và khuyến nghị cho Ban giám đốc về an toàn nhằm làm giảm bớt tai biến và sự cố không mong muốn xảy ra cho người bệnh.

Kết luận

Rủi ro trong bệnh viện không chỉ xảy ra trên người bệnh mà cả với thân nhân, nhân viên y tế, do đó an toàn người bệnh cũng chính là an toàn của thầy thuốc. Để thực hiện nguyên tắc hàng đầu trong thực hành y khoa là “trước tiên không gây nguy hại cho người bệnh - first do no harm for patient”, quản lý rủi ro y tế - quản lý an toàn người bệnh, nâng cao chất lượng điều trị cần được xem là mục tiêu chính của quản lý bệnh viện. Chất lượng chăm sóc sức khỏe tốt hơn và các tiêu chuẩn cao hơn về sự an toàn cho người bệnh sẽ giúp bệnh viện cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh tốt nhất cho người bệnh trong thời gian ngắn nhất và ít sai sót chuyên môn nhất. Làm được như vậy, hoạt động bệnh viện sẽ giảm lãng phí và chi phí thấp hơn về lâu dài.

Thực tế là nguy cơ của các sự cố y khoa luôn thường trực và có thể xảy ra bất cứ khi nào và bất cứ chỗ nào. Do đó, việc chủ động bảo đảm an toàn cho người bệnh là trách nhiệm của mọi cơ sở y tế, mọi người lãnh đạo bệnh viện và cũng là sứ mệnh của mọi thầy thuốc, mọi nhân viên y tế.

Tài liệu tham khảo

1. Kohn, Linda T.; Corrigan, Janet M.; Donaldson, Molla S., eds (2000). “—To Err is Human Building a Safer Health System”. Washington, D. C.: National Academies Press. pp. 312. ISBN 978-0-309-06837-6.
2. “World Alliance for Patient Safety”. Organization Web Site. World Health Organization. 27-09-2008
3. Stephanie Nebehay. “Going into hospital far riskier than flying: WHO”. Reuters Health Information. 21-07-2011
4. Neale, G; Woloshynowych, M; Vincent, C (July 2001). “Exploring the causes of adverse events in NHS hospital practice”. *Journal of the Royal Society of Medicine* 94 (7): 322–30. PMC 1281594. PMID 11418700.
5. The Joint Commission's Annual Report on Quality and Safety 2007: 'Improving Americas Hospitals (Accessed 2008-04-09)
6. Phạm Đức Mục. “Bảo đảm an toàn người bệnh trong các cơ sở khám, chữa bệnh”. Website hội điều dưỡng Việt Nam. 05-01-2011.
7. Lê Thị Anh Thư. “Đơn vị Quản lý nguy cơ (Risk management Unit) – Một bộ phận quan trọng trong Quản lý Chất lượng bệnh viện”. Website Bộ Y tế - Cục quản lý khám chữa bệnh. 20-02-2011.

PHÁ THAI AN TOÀN: NONG VÀ GẤP (D&E)

Bs. Trần Nguyễn Như Anh

Phá thai ba tháng giữa thai kỳ bằng phương pháp Nong và Gấp (D&E) là một phương pháp phá thai an toàn nhất và hiệu quả nhất nhưng đòi hỏi phải được các bác sĩ sản phụ khoa có tay nghề và kinh nghiệm thực hiện. Không những mang lại tính an toàn cao, phương pháp Nong và Gấp cũng đã được chứng minh là giảm thời gian làm thủ thuật và giúp tiết kiệm các nguồn lực cần thiết cho cả bệnh viện và khách hàng ².

Nhưng qua tình hình thực tế thì tai biến (thủng tử cung) do phá thai bằng phương pháp Nong và Gấp tại viện như có xu hướng gia tăng. Điều này được thể hiện qua những con số được báo cáo như sau: 10/18.460 (2009), 7/16.609 (2010), và chỉ mới 6 tháng đầu năm 2011, con số này là 6. Và 4/6 trường hợp này phải cắt tử cung vì chảy máu và viêm phúc mạc. Qua hồi cứu, phân tích, rút kinh nghiệm chuyên môn, 6 trường hợp trên đều thực hiện chưa đúng quy trình kỹ thuật, nhất là chuẩn bị cổ tử cung.

Vì vậy, nguy cơ tai biến (thủng tử cung) tất yếu xảy ra nếu không tuân thủ các nguyên tắc của quy trình kỹ thuật như: chuẩn bị cổ tử cung, và các bước trong thực hiện thủ thuật Nong và Gấp.

Việc chuẩn bị CTC là quá trình không thể thiếu trong thực hiện phá thai 3 tháng giữa nhằm làm giảm nguy cơ tổn thương CTC. Điều này được khuyến cáo ở mức độ A ³.

Chỉ tiến hành thủ thuật khi CTC đứt lọt 1 que nong cỡ lớn hoặc ống canuyn cỡ 12 hay 14 mm. ^{3,4}

Đường kính CTC cần thiết để phù hợp với các loại kẹp gấp (*)	
Loại kẹp gấp	Độ nong cần thiết (**) (mm)
Kẹp vòng hoặc Van Lith	12
Sopher nhỏ	13
Sopher lớn	14 - 15
Bierer nhỏ	16
Bierer lớn	17

(*) có thể cần nong rộng hơn nếu CTC hoặc phần dưới CTC không phù hợp hoặc khi tuổi thai đòi hỏi phải gấp các mảnh bào thai lớn hơn chiều rộng để có thể đưa kẹp vào.

(**) được chia độ theo sự đối kháng (cưỡng lại) với que nong Hegar.

Vì vậy có thể sử dụng Misoprostol hoặc Laminaira để chuẩn bị CTC.

Misoprostol:

- Theo hướng dẫn quốc gia về chăm sóc sức khỏe của Bộ Y Tế ¹.
- Việc dùng Misoprostol để chuẩn bị CTC cho phá thai 3 tháng giữa bằng phương pháp D&E trên người bệnh có tiền căn mổ lấy thai không làm tăng nguy cơ xảy ra tai biến so với người bệnh không có tiền căn mổ lấy thai. Điều này đã được minh chứng với mức độ bằng chứng II-2 ⁵, và cũng được khuyến cáo ở mức độ B ³.
- Việc dùng kết hợp Mifepristone và Misoprostol giúp rút ngắn thời gian thực hiện quá trình thủ thuật (10/18 giờ, con rạ; 10/16 giờ, con so). Mức độ bằng chứng I ⁷.
- Bên cạnh đó, cũng có RCT so sánh việc chuẩn bị CTC bằng Misoprostol và Laminaira trong phá thai TCN giữa sớm (trước 16 tuần) (203 ca) chứng minh rằng ⁸:

	Misoprostol	Laminaira
Thời gian thực hiện (phút)	7,2	3,4
Độ nong	33	43
Nong thêm (%)	85	21
Thực hiện thủ thuật khó khăn hơn (%)	27	5
Tính chấp nhận (%)	93	63

Laminaira ⁴:

Số Laminaria hoặc Dilapan		
	FPAMGb	Haskell/Easterlingc
13,5 - 14,0	1 - 2 Laminaria	không dùng
14,5 - 15,5	2 - 3 Laminaria	3-6Laminaria hoặc 3-5 Dilapan
16,0 - 17,0	4 - 5 Laminaria	6-8 Laminaria hoặc 4-6 Dilapan
17,5 - 19,5	5 - 8 Laminaria	8-12Laminaria hoặc 5-7 Dilapan
20,0 - 20,5	6 - 9 Laminaria hoặc 4 Dilapan	8-12Laminaria hoặc 6-8 Dilapan hoặc Nhiều
21,0 - 22,0	7-10 Laminaria hoặc 5-6 Dilapan	Nhiều
22,5 - 23,0	Day 1: 5 Laminaria Day 2: 20 Laminaria	Nhiều

Thời điểm đặt Laminaira trước khi thực hiện thủ thuật:

- Đối với thai <16 tuần: 4 - 8 giờ

- Đối với thai >16 tuần: đặt qua đêm,

CÁC BƯỚC THỰC HIỆN THỦ THUẬT NONG VÀ GẤP SAU KHI CHUẨN BỊ CỔ TỬ CUNG ²:

1. Chuẩn bị bệnh nhân, dụng cụ, bác sĩ (đeo găng...)
2. Giảm đau toàn thân
3. Khám trước thủ thuật
4. Sát khuẩn ngoài và trải khăn vô khuẩn.
5. Đặt van bọc lộ CTC, sát khuẩn CTC, AĐ
6. Gây tê trước kẹp CTC
7. Kẹp CTC
8. Gây tê CTC
9. Thì nong CTC
10. Thì hút
11. Thì gấp
12. Thì lấy tổ chức thai
13. Thì hút chân không hoặc dùng thìa nạo cuối thủ thuật (nếu cần thiết)
14. Kiểm tra tổ chức thai nhau.
15. Che kín tổ chức thai
16. Xử lý dụng cụ
17. Theo dõi người bệnh sau thủ thuật.

Tóm lại, chỉ thực hiện thủ thuật Nong và Gấp khi CTC đứt lọt 1 que nong cỡ lớn hay canuyn 12 – 14 mm, và phải tuân thủ các bước trong quy trình kỹ thuật.

Lưu ý: một số bước để giảm nguy cơ tai biến

1. Đánh giá phân loại từng trường hợp về mức độ nguy cơ.
2. Tuân thủ quy trình kỹ thuật: phân người thực hiện thủ thuật, thực hiện thủ thuật ở đâu, chuẩn bị cổ tử cung như thế nào, có cần hỗ trợ của siêu âm hay không...
3. Phát hiện sớm và xử trí tích cực tai biến

Tài liệu tham khảo

1. Hướng dẫn chăm sóc sức khỏe sinh sản Bộ Y Tế, 2009, 393 – 395.
2. Baird TL, Castleman LD, Hyman AG, Gringle RE, Blumenthal PD, Clinician's Guide for second trimester abortion, IPAS 2007.
3. Cervical preparation for second trimester surgical abortion prior to 20 weeks of gestation, Society Family Planning/Contraception 76 (2007) 486 - 495.
4. Haskell WM, Easterling TR, Lichstenberg ES, Chapter 10 surgical abortion after the first trimester, A clinician's guide to medical and surgical abortion, IPAS.
5. Dickinson JE, Misoprostol for second trimester pregnancy termination in women with a prior Cesarean delivery. Obstet Gynecol ACOG 2005, 105: 352-6.
6. Kapp N, Borgatta L, Stubblefield P, Vragovic O, and Moreno N, Mifepristone in second trimester medical abortion. Obstet Gynecol ACOG 2007; 110: 1304-10.
7. Goldberg AB, Drey EA, Whitaker AK, Kang MS, Meckstroth KR, and Darney PD, Misoprostol compared with Laminaria before early second trimester surgical abortion: A randomized trial. Obstet Gynecol ACOG 2005; 106: 234-41.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Sắp xếp theo đúng thứ tự các bước theo đúng qui trình kỹ thuật gấp thai:
 - a. Chuyển áp lực âm vào ống hút và tử cung bằng cách mở (các) van ở bơm hút.
 - b. Đưa ống hút qua lỗ trong cổ tử cung vào buồng tử cung và lắp ống hút vào bơm hút.
 - c. Gây tê quanh cổ tử cung.
 - d. Giảm đau toàn thân
 - e. Sát khuẩn ngoài
 - f. Nong cổ tử cung
 - g. Kẹp CTC
 - h. Sát khuẩn trong CTC-AĐ
 - i. Đặt mở vệt hoặc van âm đạo bọc lộ CTC
 - k. Khám bằng hai tay để xác định kích thước và tư thế TC
 - l. Tiến hành gấp thai
 - m. Kiểm tra phần thai
 - n. Dùng bơm, ống hút để hút ối và kéo phần thai xuống thấp
 - o. Xử lý dụng cụ và chất thải
2. Phương pháp tránh thai nào là tốt nhất sau phá thai?
 - a. Dụng cụ tử cung
 - b. Triệt sản bằng thắt vòi trứng
 - c. Bất kỳ phương pháp nào mà người cung cấp dịch vụ đưa ra mà họ cho là tốt nhất.
 - d. Bất kỳ phương pháp nào mà khách hàng lựa chọn sau khi đã được nhân viên y tế cung cấp đầy đủ thông tin về các biện pháp tránh thai.
3. Hãy nêu các chống chỉ định của phương pháp Nong và Gấp:
 - a.
 - b.
 - c.
 - d.
4. Hãy nêu các tai biến có thể gặp khi tiến hành kỹ thuật này:
 - a.
 - b.
 - c.
 - d.
5. Những vị trí gây tê quanh cổ tử cung nào sau đây là đúng?
 - a. Ranh giới giữa cổ tử cung và niêm mạc âm đạo vị trí 3, 5, 7, 9 giờ.
 - b. Ranh giới giữa cổ tử cung và niêm mạc âm đạo vị trí 4 và 8 giờ.
 - c. Ranh giới giữa cổ tử cung và niêm mạc âm đạo vị trí 10 và 2 giờ.
 - d. Trên bề mặt cổ tử cung vị trí 12 giờ chỗ sẽ kẹp cổ tử cung.

6. Bước nào sau đây là đúng để kiểm tra thủ thuật đã hoàn thành:

- a. Kiểm tra tổ chức trên ánh đèn.
- b. Xác định phần thai (cần thấy rõ tứ chi, ngực/cột sống, sọ, và nhau thai)
- c. Có thể dùng siêu âm trong trường hợp nghi ngờ.
- d. b&c đúng.
- e. a, b&c đúng.

7. Việc chuẩn bị cổ tử cung là:

- a. Quá trình không thể thiếu trong thực hiện phá thai 3 tháng giữa.
- b. Giảm nguy cơ tổn thương cổ tử cung và tai biến cho người bệnh.
- c. Tăng tỷ lệ thành công khi thực hiện thủ thuật.
- d. Các câu trên đều đúng.

8. Thời điểm tiến hành thủ thuật:

- a. Sau chuẩn bị cổ tử cung bằng 1 liều Misoprostol (400 mcg).
- b. Sau chuẩn bị cổ tử cung bằng 2 liều Misoprostol (800 mcg).
- c. Sau chuẩn bị cổ tử cung bằng 3 liều Misoprostol (1.200 mcg).
- d. Khi CTC đứt lọt 1 que nong cỡ lớn hoặc ống canuyn cỡ 12 hay 14 mm sau khi chuẩn bị cổ tử cung bằng Misoprostol.

9. Cách chuẩn bị cổ tử cung:

- a. PG và Laminaire
- b. Gây tê cổ tử cung
- c. Nong cổ tử cung.
- d. a&b đều đúng
- e. a, b, và c đều đúng.

CHỌN CÂU ĐÚNG TỪ CÂU 10 ĐẾN CÂU 13

- a. Mức độ chứng cứ tốt
- b. Mức độ chứng cứ khá
- c. Mức độ chứng cứ chưa đủ mạnh
- 10. Việc dùng kết hợp Mifepristone và Misoprostol giúp rút ngắn thời gian thực hiện quá trình thủ thuật phá thai 3 tháng giữa (10/18 giờ, con rạ; 10/16 giờ, con so).
- 11. Việc dùng Misoprostol đơn thuần để chuẩn bị cổ tử cung trong phá thai 3 tháng đầu và giữa.
- 12. Việc dùng Misoprostol làm mềm cổ tử cung trước khi soi buồng tử cung.
- 13. Việc dùng Misoprostol làm mềm cổ tử cung trước khi phá thai 3 tháng giữa.
- 14. Phá thai ba tháng giữa bằng phương pháp Nong và gắp (D&E) được thực hiện bởi các bác sĩ sản phụ khoa có tay nghề và kinh nghiệm là một phương pháp phá thai an toàn nhất và hiệu quả nhất vì tỉ lệ xảy ra tai biến nghiêm trọng < 1%.
- a. Đúng
- b. Sai



ETHICON
a Johnson + Johnson company