

QUYẾT ĐỊNH

**Về việc ban hành các Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Sản phụ khoa
tại Trung tâm Y tế khu vực Ninh Hòa**

GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM Y TẾ KHU VỰC NINH HÒA

Căn cứ Quyết định số 105/QĐ-UBND ngày 01/7/2025 của Ủy ban Nhân dân tỉnh Khánh Hòa về việc tổ chức lại Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa thành Trung tâm Y tế khu vực Ninh Hòa trực thuộc Sở Y tế;

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15 ngày 09 tháng 01 năm 2023 của Quốc hội;

Căn cứ Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24 tháng 04 năm 2013 của Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành phụ sản;

Căn cứ Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29 tháng 07 năm 2016 của Bộ Y tế về việc phê duyệt tài liệu hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản;

Xét đề nghị của Trưởng phòng Kế hoạch-Nghiệp vụ và Hội đồng khoa học kỹ thuật Trung tâm Y tế khu vực Ninh Hòa.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này là 05 Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Sản phụ khoa tại Trung tâm Y tế khu vực Ninh Hòa (danh sách đính kèm).

Điều 2. Các quy trình kỹ thuật này được áp dụng tại Trung tâm Y tế khu vực Ninh Hòa, giao cho Phòng Kế hoạch-Nghiệp vụ hướng dẫn, kiểm tra, giám sát việc thực hiện các quy trình kỹ thuật.

Điều 3. Các Quyết định trước đây về việc ban hành 05 quy trình kỹ thuật chuyên ngành Sản phụ khoa tại Điều 1 được bãi bỏ kể từ ngày quyết định này ban hành.

Điều 4. Trưởng khoa, phòng, cá nhân có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này kể từ ngày ký./.

Nơi nhận:

- Như điều 4 (VBĐT);

- Lưu: VT, KHNH.

**KT.GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**

Trần Chí

DANH SÁCH
QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHUYÊN NGÀNH SẢN PHỤ KHOA
(Ban hành kèm Quyết định số: 456/QĐ-YTNH ngày 21/5/2026 của Giám đốc
Trung tâm Y tế khu vực Ninh Hòa)

1. Phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung.
2. Phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng tử cung.
3. Gây chuyển dạ bằng bóng.
4. Xử trí tích cực giai đoạn 3 cuộc chuyển dạ.
5. Đặt bóng buồng tử cung để cầm máu.

QUY TRÌNH**KỸ THUẬT PHẪU THUẬT NỘI SOI BÓC U XƠ TỬ CUNG**

(Ban hành theo Quyết định số 456/QĐ-YTNH ngày 21 tháng 5 năm 2026 của Giám đốc Trung tâm Y tế Khu vực Ninh Hòa)

1. ĐẠI CƯƠNG

Bóc u xơ tử cung qua nội soi là phẫu thuật sử dụng các dụng cụ được đưa vào ổ bụng qua các lỗ chọc ở thành bụng để tiến hành bóc và cắt bỏ khối u xơ tử cung để bảo tồn toàn bộ tử cung.

2. CHỈ ĐỊNH

- U xơ tử cung dưới thanh mạc hoặc trong cơ tử cung có biến chứng.
- Kích thước khối u ≤ 10 cm (nếu u có cuống thì kích thước có thể lớn hơn).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**3.1. Chống chỉ định của nội soi ổ bụng**

- Các bệnh nội khoa cấp tính đang điều trị chưa can thiệp phẫu thuật được.
- Các bệnh lý nội khoa chống chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng.

3.2. Chống chỉ định liên quan đến u xơ tử cung

- U xơ tử cung sát niêm mạc mà người bệnh còn mong muốn có con .
- Khối u xơ tử cung quá to > 10 cm.

4. THẬN TRỌNG

- Béo phì.
- Tiền sử phẫu thuật ổ bụng nhiều lần, dính nhiều.

5. CHUẨN BỊ**5.1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên chính: 01 Bác sĩ.
- Phẫu thuật viên phụ: 02 Bác sĩ.
- Dụng cụ viên: 01 Điều dưỡng/Hộ sinh.

5.2. Thuốc

Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật, dụng cụ phẫu thuật nội soi.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Dao điện.

- Đèn phẫu thuật, bàn phẫu thuật, máy hút, thân máy, dàn máy nội soi, khí CO₂ y tế...

- Đồ vải:

+ Quần, áo công tác.

+ Quần, áo thủ thuật.

+ Quần áo người bệnh.

+ Săng phẫu thuật/ thủ thuật.

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật...

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản).

+ Thông tiểu (nếu cần).

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện

Ước tính từ 1 - 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện

Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Thì 1: Chọc Trocar và bơm CO₂

- Có thể chọc Trocar đèn soi trực tiếp ở ngay mép rốn sau đó bơm CO₂.

- Bơm CO₂ đến áp lực mong muốn (khoảng 12 mmHg).

- Trong một số trường hợp có sẹo mổ cũ, người bệnh thừa cân, có nguy cơ tổn thương các tạng trong bụng khi chọc Trocar trực tiếp thì có thể dùng kim bơm CO₂ trước hoặc nội soi mở: Điểm chọc kim bơm CO₂ thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc Trocar đèn soi (đây là điểm chọc phổ biến nhất). Trong ca có sẹo mổ cũ đường trắng giữa dưới rốn thì có thể chọc kim ở vị trí hạ sườn trái hoặc nội soi mở. Bơm CO₂ đến áp lực mong muốn (khoảng 12 mmHg)

- Chọc Trocar đèn soi (Trocar 10) ở ngay mép rốn.
- Chọc Trocar phẫu thuật ở 2 bên hố chậu (chú ý chọc Trocar ở phía ngoài của di tích động mạch rốn và tránh chọc vào mạch máu thượng vị nông).

6.2. Thì 2: Kiểm tra tử cung và các tạng xung quanh

- Quan sát tử cung, hai phần phụ, tiểu khung, kiểm tra dạ dày và gan.
- Đánh giá u xơ tử cung: kích thước, số lượng, vị trí của u xơ để xem khả năng có thể bóc bỏ tồn được tử cung không.

6.3. Thì 3: Bóc khối u xơ

- Chọn đường rạch vào cơ tử cung sao cho dễ tiếp cận khối u và dễ khâu cầm máu.
- Dùng dao 2 cực đốt chế độ cầm máu vùng dự định rạch tại tử cung, sau đó dùng dao một cực rạch một đường ở trên khối u theo đường đã cầm máu bằng dao 2 cực, chiều dài đường rạch vừa đủ để bóc khối u.
- Bóc khối u và cầm máu diện cắt bằng dao hai cực.
- Khâu cầm máu diện bóc tách từ đáy diện bóc tách cho đến lớp thanh mạc.

6.4. Thì 4: Lấy bệnh phẩm

Dùng dao điện đơn cực và kéo, mở cùng đồ sau lấy khối u theo đường âm đạo.

6.5. Thì 5: Kiểm tra, cầm máu và tháo CO₂

- Rửa lại ổ bụng vùng tiểu khung, xem dịch nước rửa trong, kiểm tra diện khâu bóc tách không chảy máu, nước rửa trong.
- Tháo CO₂, rút 2 trocar ở hố chậu trước, trocar ở rốn có đèn soi rút sau cùng.
- Khâu da.

7. THEO DÕI SAU MỔ

- Theo dõi mạch, huyết áp, toàn trạng, nhiệt độ, nước tiểu, tình trạng ổ bụng.
- Theo dõi vết chọc Trocar; chảy máu, tụ máu, nhiễm khuẩn.
- Ra máu âm đạo.
- Cắt chỉ sau mổ 2 - 3 ngày.
- Nếu ổn định ra viện sau mổ 3 - 5 ngày.

8. TAI BIẾN

8.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

8.1.1. Tai biến do gây mê, tim mạch

- Tai biến gây mê thường gặp là kém thông khí, trào ngược dịch dạ dày thực quản, co thắt khí quản, tụt huyết áp, loạn nhịp và tai biến này nguy hiểm hơn trong trường hợp người bệnh nằm mổ ở tư thế Trendelenbourg, áp lực ổ bụng tăng, vòm hoành mô bị đẩy lên trên làm giảm thông khí ở phổi.

- Vì vậy, cần theo dõi sát các thông số chức năng tim mạch, hô hấp, SpO₂, lượng khí lưu thông, nhịp thở, nhịp tim, màu da.

8.1.2. Tai biến phẫu thuật

a. Tai biến liên quan đến bơm khí ổ bụng

- Tắc mạch do khí.

- Trần khí dưới da: Thường do kim Palmer, bơm CO₂ nằm ngoài xoang bụng hay qua các khe hở của các Trocar, khí CO₂ tràn vào mô dưới da.

b. Tai biến do chọc Trocar

- Tổn thương thường xảy ra tại động mạch chủ hay động mạch chậu chung, hiếm gặp nhưng rất nguy hiểm tới sinh mạng.

- Chọc vào các tạng trong ổ bụng như ruột, bàng quang. Khi có nghi ngờ, cần quan sát kỹ các quai ruột, mạch máu mạc treo.

c. Tai biến liên quan đến thao tác

- Tổn thương tạng: Có thể tổn thương bàng quang, niệu quản, ruột, xảy ra khi tách dính, cần phát hiện và sửa chữa kịp thời, để muộn có thể gây viêm phúc mạc.

- Tổn thương bàng quang có dấu hiệu nước tiểu có máu, có bọt khí, nếu nghi ngờ, có thể bơm xanh methylen phát hiện tổn thương. Một số trường hợp phát hiện muộn hơn trong thời kỳ hậu phẫu, nhất là do đốt điện.

- Tổn thương niệu quản thường do đốt điện gây ra: ít gặp trong trường hợp mổ bóc nhân xơ, trừ trường hợp nhân xơ nằm trong dây chằng rộng, trên đường đi của niệu quản.

- Chảy máu trong mổ chiếm khoảng 2/3 biến chứng nặng, có thể là do diện bóc tách u xơ chảy máu nhiều. Nếu cầm máu khó khăn, phải mở bụng cầm máu.

8.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu sau mổ: có dấu hiệu choáng, tụt huyết áp, tình trạng thiếu máu cấp, ổ bụng có dịch... Phải mổ lại để cầm máu, đồng thời hồi sức tích cực, điều chỉnh rối loạn đông máu, bồi phụ thể tích tuần hoàn.

- Nhiễm trùng: sử dụng kháng sinh điều trị.

- Viêm phúc mạc sau mổ: hiếm gặp, phải tiến hành hồi sức, điều trị bằng kháng sinh phối hợp, liều cao và mổ lại để rửa ổ bụng, dẫn lưu.

9. THEO DÕI ĐỊNH KỲ SAU BÓC U XƠ

- Tái khám định kỳ:

+ 1 tháng sau mổ.

+ Mỗi 6 - 12 tháng tái khám 1 lần.

- Theo dõi có thai tự nhiên không? Nếu chưa có thai sau mổ 6 - 12 tháng, cần nhắc tư vấn cho người bệnh phương pháp hỗ trợ sinh sản phù hợp.

- Mổ lấy thai chủ động sau bóc nhân xơ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013). Phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung, *Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản*, trang 93 - 94.

2. Bộ Y tế (2019). Điều trị ngoại khoa u xơ tử cung, *Hướng dẫn lâm sàng xử trí u xơ tử cung*./.

QUY TRÌNH

KỸ THUẬT PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU LỖ THÙNG TỬ CUNG (Ban hành theo Quyết định số 456/QĐ-YTNH ngày 21 tháng 5 năm 2026 của Giám đốc Trung tâm Y tế Khu vực Ninh Hòa)

1. ĐẠI CƯƠNG

Khâu bảo tồn tử cung qua nội soi là phẫu thuật sử dụng các dụng cụ được đưa vào ổ bụng qua các lỗ chọc ở thành bụng để tiến hành cắt lọc, cầm máu và khâu phục hồi để bảo tồn tử cung.

2. CHỈ ĐỊNH

Các tổn thương ở tử cung (thủng tử cung sau các can thiệp buồng tử cung như hút thai, nạo thai, đặt dụng cụ tử cung, cắt polyp...) ở người bệnh còn nhu cầu sinh đẻ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp chống chỉ định phẫu thuật nội soi.
- Tử cung tổn thương phức tạp, nhiễm khuẩn tử cung không có khả năng bảo tồn.
- Các trường hợp có nghi ngờ tổn thương các tạng lân cận kèm theo.
- Người bệnh trong tình trạng rối loạn huyết động, rối loạn đông máu nặng, sốc nhiễm khuẩn.

4. THẬN TRỌNG

- Béo phì.
- Tiền sử phẫu thuật ổ bụng nhiều lần, dính.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ.
- Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ.
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh.

5.2. Thuốc

Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật, dụng cụ phẫu thuật nội soi.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim lòn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Dao điện.
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy, dàn máy nội soi, khí CO₂ y tế...

- Đồ vải:
- + Quần, áo công tác.
- + Quần, áo thủ thuật.
- + Quần áo người bệnh.
- + Săng phẫu thuật/ thủ thuật.

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản).
 - + Thông tiểu (nếu cần).
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện

Ước tính thời gian 1 - 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện

Phòng thực hiện kỹ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Bước 1: Chọc Trocar và bơm CO₂ vào ổ bụng

- Rạch dưới rốn 10 mm (phù hợp với đèn soi).
- Nâng thành bụng lên cao để chọc kim (Trocar 10 nếu phẫu thuật viên có kinh nghiệm), dùng nước nhỏ vào đốc kim kiểm tra xem đầu kim đã nằm trong ổ bụng chưa.
 - Bơm CO₂ vào ổ bụng, tốc độ khí vào thường được đặt là 3 - 4 lít/ phút. Cảm ứng tắt tự động nếu áp lực bơm trên 15 - 20 mm Hg.
 - Chọc Trocar 10.
 - Đưa đèn soi. Kiểm tra xem Trocar đã nằm trong ổ bụng chưa.
 - Chọc 2 Trocar 05 ở hai bên hố chậu, gần mào chậu, chú ý tránh chọc vào mạch máu.

Bước 2: Kiểm tra tử cung và các tạng xung quanh

- Quan sát tử cung, hai phần phụ, tiểu khung, kiểm tra dạ dày và gan.
- Đánh giá tử cung: kích thước, vị trí tổn thương để xem khả năng có thể khâu bảo tồn được tử cung không.

Bước 3: Khâu phục hồi tử cung

Khâu phục hồi cơ tử cung bằng chỉ Vicryl 1/0 hoặc chỉ xương cá, khâu mũi rời hoặc khâu vắt. Cầm máu bằng dao điện 2 cực.

Bước 4: Kiểm tra, cầm máu và tháo CO₂

- Rửa lại ổ bụng vùng tiểu khung, xem dịch nước rửa trong, kiểm tra diện khâu tử cung không chảy máu, nước rửa trong.
- Tháo CO₂, rút 2 trocar ở hố chậu trước, trocar ở rốn có đèn soi rút sau cùng.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**7.1. Tai biến trong phẫu thuật****Tai biến liên quan đến bơm khí ổ bụng**

- Tắc mạch do khí.
- Tràn khí dưới da: Thường do kim Palmer, bơm CO₂ nằm ngoài khoang bụng hay qua các khe hở của các Trocar, khí CO₂ tràn vào mô dưới da.

Tai biến do chọc Trocar

- Tổn thương thường xảy ra tại động mạch chủ hay động mạch chậu chung, hiếm gặp nhưng rất nguy hiểm tới tính mạng.
- Chọc vào các tạng trong ổ bụng như ruột, bàng quang. Khi có nghi ngờ, cần quan sát kỹ các quai ruột, mạch máu mạc treo.

Tai biến liên quan đến thao tác

- Tổn thương tạng: Có thể tổn thương bàng quang, niệu quản, ruột, xảy ra khi tách dính, cần phát hiện và sửa chữa kịp thời, để muộn có thể gây viêm phúc mạc.
- Chảy máu trong mổ chiếm khoảng 2/3 biến chứng nặng, có thể là do cầm máu không kỹ vết thương mạch máu nhỏ hoặc các mạch máu lớn. Nếu cầm máu khó khăn phải mổ bụng để giải quyết các trường hợp chảy máu.

7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- Chảy máu sau mổ: có dấu hiệu choáng, tụt huyết áp, tình trạng thiếu máu cấp, ổ bụng có dịch... Phải mổ lại để cầm máu đồng thời hồi sức tích cực, điều chỉnh rối loạn đông máu, bồi phụ thể tích tuần hoàn.
- Nhiễm trùng: sử dụng kháng sinh điều trị.
- Viêm phúc mạc sau mổ: hiếm gặp, phải tiến hành hồi sức, điều trị bằng kháng sinh phối hợp, liều cao và mổ lại để rửa ổ bụng, dẫn lưu.

7.3. Tai biến muộn

Tắc ruột sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản 2016./.

QUY TRÌNH
KỸ THUẬT GÂY CHUYỂN DẠ BẰNG BÓNG
(Ban hành theo Quyết định số 456/QĐ-YTNH ngày 21 tháng 5 năm 2026 của
Giám đốc Trung tâm Y tế Khu vực Ninh Hòa)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Năm 1991 tác giả Atad và cộng sự đã sáng chế ra ống thông có bóng đặt lỗ trong tử cung làm mềm mở cổ tử cung (CTC) gây chuyển dạ.
- Cơ chế tác dụng: bóng đặt ở lỗ trong giãn và mở ra dần. Đồng thời kích thích tại chỗ cổ tử cung sản sinh Prostaglandin nội sinh làm mềm mở cổ tử cung.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thai quá ngày dự kiến sinh (thai từ 40 tuần 1/7 ngày trở đi).
- Tăng huyết áp, tiền sản giật nhẹ.
- Đái tháo đường thai nghén, đái tháo đường typ II.
- Thai chậm phát triển trong tử cung.
- Thai thiếu ối.
- Lý do xã hội: sản phụ lo lắng, nhà sản phụ ở xa bệnh viện...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định tuyệt đối	Chống chỉ định tương đối
Chống chỉ định về phía mẹ	
<ul style="list-style-type: none"> - Khung chậu hẹp. - Sẹo mổ cũ ở thân tử cung. - Herpes sinh dục đang hoạt động. - Bệnh lý mạn tính trầm trọng. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ung thư cổ tử cung. - Sẹo mổ lấy thai ngang đoạn dưới tử cung. - Đa thai
Chống chỉ định về phía thai và phần phụ của thai	
<ul style="list-style-type: none"> - Ngôi ngang. - Thai suy. - Rau tiền đạo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ngôi mông. - Thai to. - Rau bám thấp.

4. THẬN TRỌNG

- Rau bám thấp.
- ối vỡ sớm, ối vỡ non.
- Nghi ngờ bất tương xứng thai và khung chậu.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ.
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh.

5.2. Thuốc

Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ thủ thuật, dụng cụ bọc lộ cổ tử cung.
- Bơm tiêm, kim tiêm, ống thông Foley...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật.
- Đồ vải:
 - + Quần, áo công tác.
 - + Quần, áo thủ thuật.
 - + Quần áo người bệnh.
 - + Săng phẫu thuật/ thủ thuật.

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước thủ thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bọc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Thông tiểu (nếu cần).
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện

Ước tính thời gian 0,25 - 0,5 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện

Phòng thủ thuật hoặc phòng đẻ.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Khám sản phụ

Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tim phổi, ngôi thai, ước trọng lượng thai, khung chậu, đánh giá sự chín muồi của cổ tử cung.

6.2. Thang điểm tính chỉ số Bishop

Điểm	0	1	2	3
Độ mở cổ tử cung (cm)	0	<2	2-4	>4
Độ xóa cổ tử cung (%)	0 - 30	40 - 50	60 - 70	≥ 80
Vị trí ngôi thai	-3	-2	-1; 0	+1; +2
Mật độ cổ tử cung	Cứng	Vừa	Mềm	
Tư thế cổ tử cung	Sau	Trung gian	Trước	

6.3. Theo dõi tim thai và cơn co tử cung 30 phút

6.4. Gây chuyển dạ bằng đặt bóng Foley

- Cho bệnh nhân nằm tư thế sản phụ khoa.
- Sát trùng âm hộ.
- Đặt mỏ vịt bộc lộ cổ tử cung.
- Sát trùng âm đạo.
- Kẹp cổ tử cung vị trí 12 giờ bằng kèm Pozzi.
- Dùng Pen Anker kẹp đầu sonde và đưa sonde Foley 14Fr hoặc 16Fr vào kênh cổ tử cung để bóng foley qua lỗ trong cổ tử cung
- Bơm vào bóng chèn Foley 30 - 60ml nước muối giúp bóng mở cổ tử cung.
- Lưu bóng chèn Foley đến khi rút bóng.

6.5. Kết thúc quy trình

Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi sát tim thai, cơn co tử cung sau 30 phút bằng monitoring sản khoa, nếu tim thai bình thường cho người bệnh về phòng chờ sinh, nếu thai suy thì tháo bóng và mổ lấy thai ngay.

- Thời gian tháo bóng: tối đa cho phép là sau 12 giờ nếu bóng chưa tụt. Sau đó gây chuyển dạ tiếp bằng truyền oxytocin tĩnh mạch chậm nếu không có nhiễm khuẩn, không có thai suy.

- Trường hợp ối vỡ trong thời gian đặt bóng phải tháo bóng, đưa người bệnh ra phòng sinh đánh giá lại toàn trạng, độ mở cổ tử cung, tim thai. Truyền oxytocin tiếp gây chuyển dạ nếu đủ điều kiện.

- Theo dõi:
- + Mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- + Con co tử cung, tim thai: 4 giờ/ 1 lần.
- + Thăm khám âm đạo, cổ tử cung: 6 giờ/ 1 lần.

Chỉ định và cách tháo bóng

Chỉ định tháo bóng trong những trường hợp sau

- 12 giờ sau đặt bóng không tụt => tháo bóng.
 - Bóng tụt tụt trước 12 giờ.
 - Vỡ màng ối.
 - Chuyển dạ thực sự (CCTC tần số 4, CTC mở ≥ 3 cm).
 - Có dấu hiệu thai suy.
 - Có dấu hiệu nhiễm khuẩn: mẹ sốt, xét nghiệm CRP tăng, bạch cầu tăng cao.
- Cách tháo bóng: Dùng kéo cắt ngang đoạn ống thông ở ngoài âm hộ để nước trong hai bóng chảy ra ngoài làm xẹp bóng, rút bóng ra, sát khuẩn lại âm đạo bằng Povidin.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Vỡ bóng: đặt lại bóng mới.
- Chảy máu.
- Vỡ ối: tháo bóng ngay.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Mổ lấy thai.
- Tiêu chuẩn chẩn đoán làm mềm, mở cổ tử cung thất bại là khi cổ tử cung mở nhỏ hơn 3 cm (< 3 cm) sau thời gian 12 giờ đặt bóng và cuộc chuyển dạ ngừng tiến triển là khi cổ tử cung không mở thêm sau 4 giờ theo dõi với con co tử cung phù hợp.
- Con co tử cung cường tính: ít gặp.
- Sa dây rốn: Nguy cơ tiềm ẩn tại thời điểm làm rách màng ối trong gây chuyển dạ. Ít gặp.
- Suy thai: mổ cấp cứu lấy thai.
- Vỡ tử cung: Hiếm gặp.
- Nhiễm trùng: Do chuyển dạ thường kéo dài có thể gây nhiễm trùng cho người bệnh và thai nhi nhất là trong những trường hợp ối vỡ. Xử trí: cho kháng sinh dự phòng uống ngay từ khi đặt bóng. Chảy máu sau đẻ: Có thể xảy ra nếu cuộc chuyển dạ kéo dài.

7.3. Biến chứng muộn

Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản 2016.

Quy trình kỹ thuật Bệnh viện Phụ sản Trung ương 2022./.

QUY TRÌNH

KỸ THUẬT XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN 3 CUỘC CHUYỂN ĐẠ
(Ban hành theo Quyết định số 456/QĐ-YTNH ngày 21 tháng 5 năm 2026 của Giám đốc Trung tâm Y tế Khu vực Ninh Hòa)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Kiểm tra xem rau đã bong và xuống đến âm đạo chưa để tiến hành đỡ rau.
- Kiểm tra xem bánh rau có đầy đủ không.
- Tránh những tai biến, biến chứng trong thời kỳ hậu sản:
- + Sốt rau, sót màng rau.
- + Chảy máu, băng huyết và nhiễm khuẩn.
- + Polip rau.
- + Nhận định các bất thường của bánh rau và màng rau nếu có.

2. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các sản phụ sau đẻ đường âm đạo.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Rau cài răng lược.

4. THẬN TRỌNG

- Để nhiều lần.
- Đa ối.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ.
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh.

5.2. Thuốc

Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ thủ thuật.
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Đèn thủ thuật, bàn thủ thuật, túi đông máu.
- Đồ vải:
- + Quần, áo công tác.
- + Quần, áo thủ thuật.
- + Quần áo người bệnh.
- + Săng thủ thuật.

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước thủ thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật...

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm thủ thuật.

+ Thông tiểu (nếu cần).

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải sẵn vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện

Ước tính thời gian 0,5 - 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện

Phòng đẻ.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Nghiệm pháp bong rau

- Nghiệm pháp bong rau được tiến hành sau khi sổ thai và đã được tiêm oxytocin giai đoạn III, tức là khi rau đã được bong hoàn toàn.

- Hộ sinh dùng cạnh bàn tay đặt lên bờ trên khớp vệ, ấn vào đoạn dưới tử cung để đẩy tử cung lên phía xương ức, đồng thời theo dõi sự di chuyển của cuống rau ở âm đạo.

- Nếu kìm kẹp cuống rau bị kéo lên trên theo sự di chuyển của đáy tử cung là rau chưa bong khỏi thân tử cung.

- Nếu kìm kẹp cuống rau di động ít hay đứng nguyên là rau đã xuống đoạn dưới.

- Nếu kìm kẹp cuống rau tụt xuống thấp hơn là rau đã xuống đến âm đạo.

- Cần kìm kẹp dây rau kếp nhẹ sẽ thấy tử cung không di động, nếu rau đã bong hết.

*** Chú ý:**

+ Sau khi làm nghiệm pháp, nếu thấy rau chưa bong hoặc bong ít chưa xuống tới âm đạo thì phải chờ thêm, lúc này có thể đẩy nhẹ vào đáy tử cung để kích thích cơn co tử cung.

+ Khi thấy rau đã bong hoàn toàn và xuống đến âm đạo (rau bong theo kiểu này gọi là sổ rau tự nhiên), hộ sinh tiến hành đỡ rau.

6.2. Đỡ rau

Bước 1: Hộ sinh một tay ấn vào đáy tử cung, tay kia cầm kim kẹp cuống rau kéo nhẹ để rau tự ra ngoài.

Bước 2: Sau khi rau đã sỏ, hộ sinh để thấp bánh rau xuống dưới âm hộ để trọng lượng bánh rau sẽ kéo làm cho màng rau bong nốt.

Bước 3: Nếu màng rau bị xoắn thì lựa chiều xoay bánh rau để kéo toàn bộ màng rau còn lại ra ngoài (tránh giật mạnh sẽ gây sót màng rau).

* **Chú ý:** sau khi sỏ thai quá 30 phút mà rau vẫn chưa bong, hộ sinh mời bác sĩ để xin chỉ định bóc rau, có thể bác sĩ hoặc hộ sinh tiến hành bóc rau nhân tạo.

6.3. Kiểm tra bánh rau và màng rau

Bước 1: Đặt bánh rau lên một khay phẳng.

Bước 2: Kiểm tra từng múi rau xem có đủ không và xem mặt ngoài sản mạc:

- Bình thường: bánh rau có khoảng 18 - 20 múi, rau màu đỏ sẫm, bóng hơi sần sùi, xung quanh mỗi múi có rãnh nhỏ.

- Nếu sót rau: chỗ sót sẽ lõm xuống, mất độ bóng, nham nhỡ, rỉ máu (dù sót ít hoặc nghi ngờ phải kiểm soát tử cung).

Bước 3: Đo đường kính bánh rau (trung bình 15 cm), chỗ dày nhất của bánh rau (2 - 3 cm) ở giữa, càng ra ngoài càng mỏng, chỗ mỏng nhất 0,5 cm.

* **Chú ý:**

+ Nếu rau tiền đạo thì đường kính sẽ lớn hơn nhưng độ dày thì mỏng hơn.

+ Mặt bánh rau có thể có khối huyết tụ sau rau đè vào cũng làm cho mặt bánh rau lõm xuống trong trường hợp rau bong non.

+ Mặt bánh rau có thể có những đường trắng do xơ hoá, thường gặp trong nhiễm độc thai nghén.

+ Bánh rau to phù, màu nhạt trong bệnh phù rau thai.

6.4. Kiểm tra màng rau

Bước 1: Nữ hộ sinh cho ngón tay qua lỗ rách của màng rau kéo nhẹ màng rau ra.

Bước 2: Đặt bánh rau lên lòng bàn tay và nâng lên cao, các màng rau sẽ rủ xuống xung quanh, kiểm tra xem lỗ vỡ của màng rau có gọn hay không? Nếu nham nhỡ có thể sót màng rau. Nếu sót trên 1/4 màng rau thì phải kiểm soát tử cung để lấy hết màng rau.

Bước 3: Dùng thước đo để đo màng rau từ chỗ bám ở mép bánh rau đến chỗ vỡ của màng rau. Nếu số đo ở đoạn màng rau ngắn nhất nhỏ hơn 10cm là rau bám thấp, nếu trên 10 cm là rau bám bình thường.

Bước 4: Kiểm tra các mạch máu để phát hiện bánh rau phụ: nhìn phía nội sản mạc, nếu có những mạch máu đi ra vùng màng rau có thể có bánh rau phụ phải kiểm soát tử cung xem có sót rau không.

Bước 5: Quan sát màu sắc của màng rau (màng trắng bình thường hay màng vàng úa).

6.5. Kiểm tra dây rốn (cuống rốn)

Để phát hiện những nguyên nhân bất thường ảnh hưởng đến thai nhi.

Bước 1: Đo chiều dài của dây rốn (đo phần dây rốn dính vào thai nhi và phần dây rốn còn lại của bánh rau, bình thường 40 - 60 cm).

Bước 2: Kiểm tra màu sắc: trắng tươi hay vàng úa.

Bước 3: Kiểm tra độ to, nhỏ dây rốn, có xoắn hay không.

Bước 4: Kiểm tra vị trí bám của dây rốn vào bánh rau.

- Bình thường ở chính giữa bánh rau và cung cấp đều các mạch máu cho các múi rau (dây rốn bám giữa).

- Dây rốn bám bên (bám lệch về một phía của bánh rau).

- Dây rốn bám màng: dây rốn bám ở màng bánh rau, trường hợp này hay có bánh rau phụ kề đó.

6.6. Cân rau

Trọng lượng của bánh rau của thai đủ tháng bằng 1/6 trọng lượng thai nhi (thai càng ít tháng trọng lượng rau càng nặng so với trọng lượng thai).

6.7. Kết thúc quy trình

- Thu dọn rau và dụng cụ theo quy định.

- Tháo găng, rửa tay.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Đứt dây rốn.

- Choáng do đau.

- Lộn tử cung.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Sốt rau và màng rau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2016). Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ Chăm sóc sức khỏe sinh sản.

Bệnh viện Phụ sản Trung ương (2022): Phác đồ điều trị./.

QUY TRÌNH

KỸ THUẬT ĐẶT BÓNG BUỒNG TỬ CUNG ĐỂ CẦM MÁU

(Ban hành theo Quyết định số 456/QĐ-YTNH ngày 21 tháng 5 năm 2026 của Giám đốc Trung tâm Y tế Khu vực Ninh Hòa)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Chảy máu sau đẻ là khi máu chảy từ đường sinh dục > 500 ml sau đẻ đường âm đạo và trên 1000 ml sau mổ lấy thai. Đờ tử cung là nguyên nhân chính gây chảy máu sau đẻ (chiếm 70 - 90 % các trường hợp).

- Đặt bóng buồng tử cung là thủ thuật được thực hiện khi chảy máu chưa cầm máu được vì các lý do khác nhau với mục đích là cầm máu tạm thời do áp lực của bóng chèn lên bề mặt diện chảy máu

- Có nhiều loại bóng chèn buồng tử cung: Bóng Bakri, ống thông Foley, bóng Rusch, bóng Senstaken - Blackmore, ống thông cao su...

2. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu sau đẻ do đờ tử cung không đáp ứng với thuốc co hồi tử cung hoặc không có sẵn thuốc co hồi tử cung.

- Chảy máu ở diện rau bám đoạn dưới tử cung.

- Cầm máu tạm thời trong thời gian chuyển sản phụ đến cơ sở, phòng thực hiện kỹ thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Còn sót thai, sót rau trong buồng tử cung.

- Ra âm đạo nhiều, phải mổ cấp cứu xử trí ngay.

- Nghi ngờ vỡ tử cung.

- Dị ứng với các thành phần của bóng.

4. THẬN TRỌNG

- Khi có sẹo mổ cũ ở tử cung.

- Ung thư cổ tử cung.

- Dị tật bẩm sinh ở tử cung.

- Nhiễm khuẩn âm đạo, cổ tử cung, tử cung đi kèm.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ.

- Thủ thuật viên phụ: 01 - 02 bác sĩ.

- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh.

5.2. Thuốc

Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền...

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ thủ thuật.
- Bóng chèn buồng tử cung ống thông Foley 30 Fr.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính...
- Đèn thủ thuật, bàn thủ thuật.
- Đồ vải:
 - + Quần, áo công tác.
 - + Quần, áo thủ thuật.
 - + Quần áo người bệnh.
 - + Săng phẫu thuật/ thủ thuật.

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị... và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước thủ thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
 - + Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật...
 - + Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm thủ thuật.
 - + Thông tiểu (nếu cần).
 - + Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
 - + Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện

Ước tính thời gian 0,5 - 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện

Phòng đẻ hoặc phòng thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Đánh giá toàn trạng sản phụ, mạch, huyết áp, nhịp thở, mức độ chảy máu và lượng máu mất. Siêu âm qua đường bụng để đảm bảo chắc chắn không có sót rau, sót thai hay sang chấn tử cung.

6.2. Bước 2: Đặt van bộc lộ cổ tử cung. Dùng kẹp hình tim kẹp cổ tử cung, kẹp tim thứ 2 kẹp đỉnh đầu bóng đưa qua lỗ cổ tử cung vào buồng tử cung đến chạm đáy buồng dưới hướng dẫn của siêu âm trên thành bụng. Đưa bóng vào nhẹ nhàng tránh dùng lực mạnh làm tổn thương tử cung

6.3. Bước 3: Bơm nước muối qua ống thông làm căng phòng bóng cho đến khi quan sát trên siêu âm bóng áp sát vào thành tử cung. Không được bơm quá 500 ml.

6.4. Bước 4: Nối ống dẫn lưu của bóng ở ngoài âm hộ với túi đựng nước tiểu vô khuẩn để đo theo dõi lượng máu mất.

6.5. Bước 5: Đặt thông tiểu theo dõi lượng nước tiểu.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Theo dõi diễn biến người bệnh.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn mạch, huyết áp, nhịp thở, thông khí của sản phụ.
- Theo dõi hiệu quả cầm máu của bóng: cứ 15 phút/1 lần: đo lượng máu chảy ra túi đựng máu và co hồi tử cung tử cung, cũng như các dấu hiệu sinh tồn được cải thiện.
- Tiếp tục truyền oxytocin tĩnh mạch liên tục trong quá trình lưu bóng.
- Thời gian lưu bóng tối đa 24 giờ.
- Dùng kháng sinh.
- Nếu sau 15 phút mà máu vẫn chảy nhiều qua sonde dẫn lưu và/hoặc các dấu hiệu sinh tồn của sản phụ xấu đi thì phải chuyển mổ cấp cứu xử lý theo tổn thương và tháo bóng tại phòng thực hiện kỹ thuật.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Vỡ tử cung: mổ xử trí theo tổn thương.
- Choáng do đau, do mất máu: hồi sức, bù dịch...

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Nếu sau 15 phút mà máu vẫn chảy nhiều hoặc các dấu hiệu sinh tồn của sản phụ xấu đi thì phải chuyển mổ cấp cứu xử lý theo tổn thương

7.4. Biến chứng muộn

Nhiễm trùng: dùng kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản 2016.

Quy trình kỹ thuật bệnh viện Phụ sản Trung ương 2022./.