



Khởi động



AN TOÀN TRONG THỦ THUẬT PHỤ KHOA



BS Phan Thị Hạnh Quyên
Phòng KHTH

1. Các tai biến của thủ thuật buồng TC? Tai biến nào thường gặp?
2. Các dấu hiệu cần theo dõi để phát hiện tai biến?
3. Các yếu tố nguy cơ?
4. Hướng xử trí các trường hợp nguy cơ?

Tai biến thủ thuật?



- Tổn thương tử cung thủng, rách... → BH,NT
- Liên quan thai: băng huyết (NTĐ, NCRL, VMC..), trophoblastic embolization
- Nhiễm trùng
- Dinh buồng TC

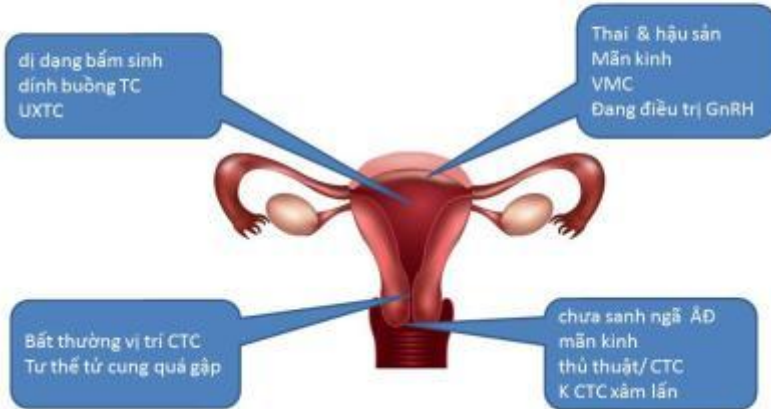
Thủng tử cung



- Thường gặp nhất
 - NST 0.3%, **mãn kinh 2.6%** (7-10/17.000-18000) **0.04-0.05%**
 - Hút nạo gấp thai 3 tháng đầu + giữa 0,3%
băng huyết **thời kỳ hậu sản 5%**
 - NS can thiệp BTC 1-2% (cắt đốt NMTC)
 - Hậu quả

	UTD	BVTD/2011
– Băng huyết	16/92	4/9
– Tổn thương tạng khác	6/92	2/9
- Phát hiện hay xử trí chậm gây hậu quả nặng nề cho bệnh nhân

Nguy cơ thủng tử cung



Nhận định nguy cơ và xử trí



Trường hợp	Xử trí	Hậu quả
Lấy vòng thất bại 2 lần/ VMC	Lấy vòng tại khoa	Cắt tử cung + 2pp + 6đv máu
Ra huyết hậu MK/Suy thận mạn	NST tại khoa	Khâu bảo tồn
Lấy polype CTC/ hậu sản 1 tháng	NST / SA tại khoa	Điều trị nội
Thai 5-6 tuần/ VMC, hút thai ngoại viện thất bại	Hút thai tại khoa	Khâu bảo tồn
Hút thai 10 tuần – hút thai 2 lần thất bại/VMC	Hút thai tại khoa	Khâu bảo tồn
Hút song thai 12 tuần lưu/UXTC	Hút thai tại khoa → PM	Cắt tử cung + pp còn lại
Gấp thai 13 tuần/ VMC 6 tháng	D&E tại khoa	Cắt tử cung - 2pp + 2đv máu
Gấp thai 14 tuần/VMC, NTĐ	D&E/ SA tại khoa	Cắt tử cung - 2pp + 18đv máu
Gấp thai 16 tuần/ VTN 16t	D&E tại khoa	Khâu bảo tồn + 2đv máu

An toàn trước thủ thuật:

Nhận định nguy cơ và hướng xử trí



- Cần hỏi bệnh và khám toàn diện để phát hiện nguy cơ, các chống chỉ định
- Xác định hướng xử trí thích hợp cho các trường hợp có nguy cơ
 - Xác định thủ thuật cần làm dưới hướng dẫn của siêu âm
 - Tham khảo tiêu chuẩn nhập viện, tiêu chuẩn thực hiện thủ thuật tại phòng mổ
 - Chuẩn bị CTC

An toàn trước thủ thuật:

Chống chỉ định



- Tuyệt đối
 - Có thai sống / bn muốn dưỡng thai
- Tương đối
 - Cơ địa dễ chảy máu
 - Nhiễm trùng đường sinh dục
 - Ung thư CTC

An toàn trước thủ thuật:

Tiêu chuẩn nhập viện



- Phá thai 18-22 tuần
- Phá thai 13-22 tuần ở vị thành niên
- Thai trứng
- Thai lưu
 - lớn > 12 tuần (tuổi thai tính theo kinh chót và siêu âm phù hợp)
 - lâu > 6 tuần (tuổi thai tính theo kinh chót > siêu âm)
 - + RLDM
- Phá thai - nạo buồng TC + nguy cơ chảy máu (VMC > 1 lần, VMC mới, nhau bám thấp, nhau tiền đạo, nhau cài răng lược...)
- Phá thai - nạo buồng TC + bất thường / TC (UXTC to, TC dị dạng bám sinh....)
- Phá thai - nạo buồng TC + Bệnh lý nội khoa
- Thủ thuật tại khối phòng khám thất bại hay có tai biến

An toàn trước thủ thuật:

Tiêu chuẩn thực hiện thủ thuật tại phòng mổ



- Bệnh lý nội khoa
- Nguy cơ chảy máu cao (VMC, nhau tiền đạo, NCRL, thai trứng...)
- Cần giảm đau = gây mê toàn thân, khả năng nội soi buồng TC

An toàn trước thủ thuật:

Cảnh báo nguy cơ



- Đ/v bệnh nhân: tư vấn rõ cho bn – ký cam kết
- Đ/v đồng nghiệp: sử dụng tem dán trước hồ sơ

Ghi chú	Chú ý
<input type="checkbox"/> VMC > 1 lần	<input type="checkbox"/> Nạo dưới hướng dẫn siêu âm
<input type="checkbox"/> Nhau bám thấp	<input type="checkbox"/> Nạo tại phòng mổ
<input type="checkbox"/> TC dị dạng	<input type="checkbox"/> Có khả năng truyền máu
<input type="checkbox"/> TC biến dạng (NXTC...)	<input type="checkbox"/> Nhu cầu điều trị nội khoa (bn sử dụng kháng đông, KS ngừa viêm nội tâm mạc, điều trị tiểu đường.....)
<input type="checkbox"/> Thủ thuật tại khoa KHNGD thất bại	<input type="checkbox"/> Theo dõi thủng TC
<input type="checkbox"/> Thủ thuật tại khoa có tai biến:.....	
<input type="checkbox"/> VMC mới	
<input type="checkbox"/> Vị thành niên	
<input type="checkbox"/> Bệnh lý nội khoa:.....	

An toàn trước thủ thuật:

Chuẩn bị CTC



- Thủ thuật liên quan thai
Chuẩn bị CTC theo phác đồ
- Thủ thuật không liên quan thai
400 mcg misoprostol đặt âm đạo
(G1B/tuổi sanh đẻ, G2B/ mãn kinh)

1. Crane JM, Healey S. Use of misoprostol before hysteroscopy: a systematic review. *J Obstet Gynaecol Can.* 2006;28(5):373. 23
2. Da Costa AR, Pinto-Neto AM, Amorim M, et al. Use of misoprostol prior to hysteroscopy in postmenopausal women: a randomized, placebo-controlled clinical trial. *J Minim Invasive Gynecol* 2008; 15:67.
3. Oppegaard KS, Lieng M, Berg A, et al. A combination of misoprostol and estradiol for preoperative cervical ripening in postmenopausal women: a randomized controlled trial. *BJOG* 2010; 117:53.
4. Ngai SW, Chan YM, Ho PC. The use of misoprostol prior to hysteroscopy in postmenopausal women. *Hum Reprod* 2001; 16:1486.
5. Fung TM, Lam MH, Wong SF, Ho LC. A randomized placebo-controlled trial of vaginal misoprostol for cervical priming before hysteroscopy in postmenopausal women. *BJOG* 2002; 109:561.
6. Barcote E, Barusevicius A, Rakite DR, Nafrosouskiene R. Vaginal misoprostol for cervical priming before hysteroscopy in perimenopausal and postmenopausal women. *Int J*

An toàn trong thủ thuật



- Tình trạng CTC: điều kiện đủ để thực hiện thủ thuật:
CTC mềm, mở đủ.
- Tư thế tử cung → định hướng đường vào của dụng cụ
- Kích thước tử cung → giới hạn tầm hoạt động của các dụng cụ đưa vào buồng TC

An toàn trong thủ thuật



Thực hiện thủ thuật

- Nong CTC
- Đưa dụng cụ vào BTC (chú ý trục CTC-TC)
- Kỹ thuật: cầm dụng cụ với ngón cái và ngón trỏ, mu tay chặn ở âm hộ hãm lại lực đi vào trong TC - ổ bụng
- Thao tác nhẹ nhàng
- Lưu ý tuyệt đối **không dùng thước đo** buồng TC hay dụng cụ đầu sắt nhọn trong trường hợp **có thai**

An toàn trong thủ thuật



Thực hiện thủ thuật

- Tiếp cận dưới hướng dẫn siêu âm trong TH khó (G2C)
- Chú ý giảm đau hiệu quả
- Chú ý ghi hồ sơ đầy đủ và trung thực
 - Phần khám trước thủ thuật
 - Tường trình thủ thuật

Thảo luận trường hợp 1



- BN 50t, 3003, nhập viện để lấy vòng do lấy vòng thất bại 2 lần (ngoại viện – tại khoa KHHGD)
- Đặt vòng 20 năm, TC MLT 1 lần (không được ghi nhận trong hồ sơ)
- CTC đóng, TC# thai 8-9 tuần
- SA: vòng T nằm thấp trong TC (cách đáy 32cmNEXTC nhỏ D#1cm)

Thảo luận trường hợp 1



16.30	Thực hiện lấy vòng tại khoa - thủ thuật khó khăn do CTC kéo cao dính lên thành bụng, không bộc lộ được CTC, đưa kẹp chạm vòng nhưng không lấy được vòng - bn ra huyết nhiều trong khi thực hiện thủ thuật → Bù dịch, gò TC, TD, SA kiểm, HCT kiểm
17.00	HA 8/5, SA: Siêu âm vòng xuyên cơ, dịch ổ bụng, máu tụ HCT → chọc dò ổ bụng/SA → máu không đông → chuyển phòng mổ
18.00	Mổ: Bụng có 1,5l máu, Túi đoạn eo mặt sau lệch T túi 1cm TC ngay Đmtc → bn cắt TC + 2 pp, truyền 4đv máu trong mổ + 2 đv sau mổ N3
	HP ổn xuất viện sau 7 ngày

Thảo luận trường hợp 2



BN 41t, 3012, nhập viện dưỡng thai vì thai 13 tuần – ra huyết

- VMC 2 lần, lần 2 ghi nhận vm rất mỏng
- SH ổn, CTC đóng, TC # thai 13 tuần
- CTM: Hb 10.5, HCT 30.8%
- SA: thai sống 13-14 tuần, nhau tiền đạo (bám mặt sau nhóm 3, bờ dưới tràn qua lỗ trong CTC)

XT: Dưỡng thai - khám tiền sản NCC trisomy 21, tình trạng ra huyết không giảm → xin bỏ thai

Thảo luận trường hợp 1



Vấn đề

1. Bn có nguy cơ MK+VMC+ lấy vòng 2 lần thất bại → cần được cảnh báo và thận trọng, nên tiến hành thủ thuật lấy vòng dưới hướng dẫn siêu âm hay nội soi buồng TC có chuẩn bị CTC
2. Bn ra huyết nhiều, vào sốc → cần quyết định mổ kiểm tra ngay, siêu âm và cho y lệnh chọc dò theo dõi tiếp là không hợp lý

Thảo luận trường hợp 2



10.00	Chuẩn bị CTC: Misoprostol 400mcg, ngâm áp má
16.00	Nạo/ siêu âm tại khoa CTC hở 1 cm, đo lòng TC 12 cm Hút, gắp, nạo ra mô nhau Kiểm tra lòng TC sạch hẳn Quá trình hút ra máu 400ml Sau thủ thuật TC gò khá, ra ít huyết sậm từ lòng TC, M 100l/p HA 8/5 → Bù dịch, truyền máu, gò TC
17.00	HA 6/4 → theo dõi tiếp
17.30	HA 6/4, bn than mắc rặn → báo BS trực CĐ Băng huyết sau hút thai/VMC 2 lần → chuyển phòng mổ

Thảo luận trường hợp 2



18.10	Mổ: bụng không dịch, TC # thai 16 tuần, mềm, gò kém, máu tụ ngay mặt trước VM 2x3cm. → Xẻ dọc VM thấy nứt VM tại vị trí khối máu tụ → cắt TC chừa 2 pp, máu mất 800ml → 9HCL, 3 HTĐL, 2 yếu tố VIII, sau mổ 2 dv HTĐL + 2 dv kết tủa lạnh
Hậu phẫu ổn xuất viện sau 7 ngày GPBL: nhau cài răng lược/VMC	

Thảo luận trường hợp 2



Vấn đề

1. Nguy cơ chảy máu cao do VMC, nhau bám thấp có khả năng NCRL → Cần chuẩn bị kỹ + thủ thuật tại phòng mổ
2. Theo dõi và xử trí bằng huyết chưa tích cực

Dấu hiệu tổn thương

Trong thủ thuật



Trường hợp	Bất thường trong TT	Tình trạng khi phát hiện thủng	Điều trị
Lấy vòng thất bại 2 lần/ VMC	Khó khăn + ra huyết nhiều	XH + shock 1.5 giờ	Cắt tử cung + 2pp + 6đv máu
Gấp thai 14 tuần/VMC, NTB	Ra huyết nhiều	XH + shock 2 giờ	Cắt tử cung - 2pp + 18đv máu
Gấp thai 13 tuần/ VMC 6 tháng	Khó khăn	Đau bụng + XH 6-7g	Cắt tử cung - 2pp + 2đv máu
Gấp thai 16 tuần/ VTN 16t	Khó khăn	Đau bụng + XH 6-7g	Khâu bảo tồn + 2đv máu
Hút thai 10 tuần – hút thai 2 lần thất bại/VMC	BN đau nhiều – nghi thủng TC	Đau – trong thủ thuật	Khâu bảo tồn
Thai 5-6 tuần/ VMC, hút thai NV thất bại	Ống hút đi qua BCTC	Ổn	Khâu bảo tồn
Ra huyết hậu MK/Suy thận mạn	Ống hút đi qua BCTC	Ổn	Khâu bảo tồn
Lấy polype CTC/ hậu sản 1 tháng	Ống hút đi qua BCTC	Ổn	Điều trị nội

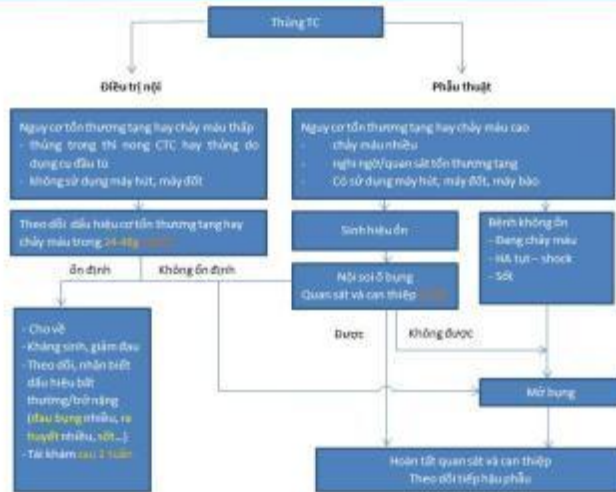
Dấu hiệu tổn thương

Theo dõi sau thủ thuật



- Đau bụng liên tục hay đau bụng nhiều
- Dấu hiệu chảy máu: chảy máu nhiều hay kéo dài, hạ HA, tiểu máu
- Dấu hiệu thủng tạng – nhiễm trùng (mủn): sốt, đau bụng, chướng bụng

Sơ đồ xử trí



- Aydeniz B, Gruber IV, Schauf B, et al. A multicenter survey of complications associated with 21,676 operative hysteroscopies. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2002; 104:160.
- Agostini A, Cravello L, Bretelle F, et al. Risk of uterine perforation during hysteroscopic surgery. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2002; 9:264.
- Jansen FW, Vredevoogd CB, van Ulzen K, et al. Complications of hysteroscopy: a prospective, multicenter study. Obstet Gynecol 2000; 96:266.
- Shveiky D, Rojansky N, Revel A, et al. Complications of hysteroscopic surgery: "Beyond the learning curve". J Minim Invasive Gynecol 2007; 14:218.
- Hulka JF, Peterson HB, Phillips JM, Surrey MW. Operative hysteroscopy. American Association of Gynecologic Laparoscopists 1991 membership survey. J Reprod Med 1993; 38:572.
- Ben-Baruch G, Menczer J, Shalev J, et al. Uterine perforation during curettage: perforation rates and postperforation management. Isr J Med Sci 1980; 16:821.
- Chapron C, Fauconnier A, Goffinet F, et al. Laparoscopic surgery is not inherently dangerous for patients presenting with benign gynaecologic pathology. Results of a meta-analysis. Hum Reprod 2002; 17:1334.

Thảo luận trường hợp 3



BN 35t, 0010 (hư thai 7 tuần), nhập viện bỏ thai vì song thai lưu 12 tuần/UXTC to nhiều nhân

- BCTC 20cm
- HC 2.7T, Hct 21.2%, Hb 6.67
- SA: song thai 12 tuần lưu /UXTC nhiều nhân 53-103mm

Xử trí:

- Truyền 2 ĐV HCL
- Misoprostol chuẩn bị CTC 4g-7g
- 9.30 nạo tại khoa: Bệnh tính, bụng mềm, ra máu ẤĐ nhiều đỏ+cục. CTC 2cm dày, NXTC mặt sau khó làm thủ thuật
→ nạo tại phòng mổ: gấp + nạo lòng tc ra 2 thai nhai+nhau gời GPBL. Nạo sạch lòng TC. TC gò tốt, huyết ẤĐ ít. Bệnh tạm ổn
- Theo dõi sau nạo bn ổn + SA kiểm echo hh lòng TC 6x2cm + UXTC nhiều nhân → xuất viện sau 3 ngày

Thảo luận trường hợp 3



12 ngày sau: bn đau bụng + sốt → nhập viện bình dương → chuyển BVTĐ

- Sinh hiệu ổn, da niêm xanh nhạt
- Bụng gồng cứng, mac burney (+)
- CTC hờ ngoài, TC khó xác định do bụng gồng
- BC 14.00 CRP 179 Hct 21%
- SA: nhiều NXTC

Chẩn đoán: Viêm phúc mạc RT

Xử trí: HC & chuyển ngoại tổng quát BVCR → mổ ra viêm PM toàn bộ do thủng TC → cắt bán phần TC+ pp (còn lại) → chuyển lại BVTĐ theo dõi tiếp hậu phẫu

Thảo luận trường hợp 3



Vấn đề

1. BN có thai/UXTC to (BCTC 20 cm) → Tiên lượng thủ thuật khó → cần dự tính hút nạo/SA (TH này không có, ngay cả khi đã chuyển phòng mổ)
2. Thủ thuật khó khăn + ra huyết nhiều → nên nghi ngờ thủng và kiểm tra, hội chẩn xem xét khả năng mở bụng thám sát hay cho y lệnh tiếp tục theo dõi sát để phát hiện sớm
3. Bn quay trở lại sau 12 ngày do đau bụng + sốt sau nạo, khám bụng có phản ứng phúc mạc → nên nghi ngờ VPM do thủng đầu tiên

Giá trị của siêu âm



Hút song thai 12 tuần lưu/UXTC	Không
Lấy vòng thất bại 2 lần/ VMC	Dịch ổ bụng
Gấp thai 14 tuần/VMC, NTĐ	
Gấp thai 13 tuần/ VMC 6 tháng	
Gấp thai 16 tuần/ VTN 16t	Không
Hút thai 10 tuần – hút thai 2 lần thất bại/VMC	Đường echo dày sáng
Thai 5-6 tuần/ VMC, hút thai ngoại viện thất bại	Ống hút xuyên cơ
Lấy polype CTC/ hậu sản 1 tháng	Đường echo dày sáng
Ra huyết hậu MK/Suy thận mạn	

Siêu âm không thể loại trừ chẩn đoán thủng TC

Câu hỏi thảo luận



Có nên thông báo với BN họ được theo dõi thủng TC không?

Tư vấn cho bệnh nhân về tương lai sản khoa của họ thế nào?

Ảnh hưởng của thủng TC trên thai kỳ sau



- Khả năng thụ thai: không có báo cáo
- Võ tử cung: có nguy cơ rất thấp nhưng chưa có báo cáo đáng tin cậy
- Không khuyến cáo mổ lấy thai/ thai kỳ sau

5 bước thực hiện thủ thuật an toàn



1. Tầm soát – cảnh báo – cho hướng xử trí các nguy cơ
2. Chuẩn bị CTC/ TH tiên lượng khó hay cần nong rộng.
3. Khám trước khi thực hiện thủ thuật
4. Thận trọng trong khi thực hiện thủ thuật
5. Theo dõi sát sau thủ thuật, phát hiện sớm tai biến



Tóm tắt



1. Thủng tử cung là tai biến thường gặp nhất và có thể gây hậu quả nghiêm trọng
2. Phòng ngừa thủng tử cung: ghi nhớ và thực hiện đúng 5 bước thực hiện thủ thuật an toàn
3. Xử trí thủng tử cung
 - ✓ Mổ khẩn cấp nếu băng huyết + RL huyết động học
 - ✓ Nếu bệnh nhân ổn
 - Xem xét điều kiện điều trị nội
 - Nếu phải mổ thám sát, xem xét điều kiện mổ nội soi
4. Siêu âm chỉ có giá trị hỗ trợ chẩn đoán và không thực hiện thường quy trong quy trình chẩn đoán
5. Không khuyến cáo mổ lấy thai/ thai kỳ sau do nguy cơ vỡ TC tuy có nhưng rất thấp