

HƯỚNG DẪN**Tổn thương tầng sinh môn độ 3, 4
(không mở hậu môn ra da) sau sanh**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BVHV ngày 23/5/2014
của giám đốc bệnh viện Hùng Vương)*

1. GIỚI THIỆU**1.1 Phân độ tổn thương tầng sinh môn ⁽¹⁾**

- Độ 1: chỉ tổn thương da vùng tầng sinh môn
- Độ 2: tổn thương cơ vùng tầng sinh môn nhưng không tổn thương cơ thắt hậu môn
- Độ 3: tổn thương tầng sinh môn gồm phức hợp cơ thắt hậu môn
 - + Độ 3a: rách < 50% bề dày cơ thắt ngoài
 - + Độ 3b: rách > 50% bề dày cơ thắt ngoài
 - + Độ 3c: rách cơ thắt ngoài và cơ thắt trong
- Độ 4: tổn thương tầng sinh môn và phức hợp cơ thắt ngoài, cơ thắt trong và niêm mạc hậu môn

1.2 Tần suất mắc

1% sanh ngã âm đạo ⁽¹⁾

1.3 Yếu tố nguy cơ

- Trọng lượng thai trên 4 kg (2%)
- Kiểu thể chằm sau (3%)
- Con so (4%)
- Khởi phát chuyển dạ (2%)
- Giảm đau sản khoa (2%)
- Chuyển dạ giai đoạn 2 kéo dài trên 1 giờ (4%)
- Kẹt vai (4%)
- Cắt tầng sinh môn đường giữa (3%)
- Sinh forceps (7%)
- Có tổn thương cơ thắt hậu môn trước đây

2. ĐIỀU TRỊ

2.1 Sử dụng KS ^(1, 2, 5)

- Metronidazole 500mg (TM) trong lúc phẫu thuật để bao phủ khả năng vậy nhiễm vi khuẩn kỵ khí từ phân
- Kháng sinh phổ rộng (như: Amoxicilin + acid clavulanic) để giảm tần suất nhiễm trùng vết thương và hở vết thương sau sanh: (TM) lúc phẫu thuật, sau đó duy trì KS (U) 5 ngày

2.2 Đặt ống dẫn lưu bàng quang

Nếu vết rách gần niệu đạo, đặt ống dẫn lưu bàng quang 24-48g ⁽²⁾

2.3 Dinh dưỡng

- Low residue diet (LRD)⁽¹²⁾: Hạn chế chất xơ (<7-10g chất xơ/ngày)⁽⁸⁾ và những thực phẩm khó tiêu hóa, nhằm làm chậm việc đi phân (thức ăn mềm không vỏ, không hạt: được nấu chín) trong 48g đầu ⁽¹²⁾
- Cung cấp dịch (1,5- 2 lít/ngày) ⁽²⁾
- Dùng lâu dài LRD= giảm trái cây và rau→không cung cấp đủ Vitamin C, Calcium, acid folic thì cần phải bổ sung thêm Vitamin C, Calcium, acid folic ⁽⁸⁾
- Thuốc làm mềm phân, nhuận tràng (Lactulose) ít nhất 10 ngày: ngừa bón và nguy cơ hở vết thương ^(1,2)

2.4 Giảm đau

- Tại chỗ:
 - + Chườm lạnh (Ice therapy) ^(2,3,6,9): 10- 20 phút mỗi 3-4 giờ ^(2,3,6) trong 24-72 giờ đầu để giảm phù nề ^(3,6,9), giảm đau ⁽²⁾
 - + Sitz baths: sau 48 giờ đầu, để kích thích lành vết thương và giảm đau ⁽¹⁰⁾
- Thuốc (U): kháng viêm non-steroid ^(2,3,6,9) + Paracetamol ^(2,9)
- Tránh dùng thuốc có codein do gây bón sẽ làm quá căng trực tràng → phá vỡ vết thương ^(2,3,9)

3. THEO DÕI VÀ TIỀN LƯỢNG

3.1 Tham vấn trước khi xuất viện (bảng thông tin dành cho bệnh nhân) ⁽⁴⁾

3.2 Tái khám

- 6-12 tuần sau sanh ^(1,2,3,11): BS sản phụ khoa khám lâm sàng, thang điểm đánh giá tình trạng trung - đại tiện ⁽¹³⁾

THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG TRUNG - ĐẠI TIỆN (Fecal Continence Scoring Scale) ⁽¹³⁾ Nguồn: Mahony et al, 2001, modified from Jorge and Wexner, 1993	
Triệu chứng	
<ul style="list-style-type: none"> - Xi hơi dù không muốn (về mặt xã hội) - Không kiểm chế được phân lỏng - Cần mặc tã do những triệu chứng hậu môn - Không kiểm chế được phân đặc - Đi tiêu khẩn cấp (không có khả năng giữ phân \geq 5 phút) 	
Scale:	
<ul style="list-style-type: none"> 0. Không bao giờ 1. Hiếm khi (< 1 lần/tháng) 2. Thỉnh thoảng (1 lần/tuần – 1 lần/tháng) 3. Thường gặp (1 lần/ngày – 1 lần/tuần) 4. Luôn luôn (> 1 lần/ngày) 	
Điểm: 0: kiểm soát hoàn toàn, 20: hoàn toàn không kiểm soát 6: ngưỡng để quyết định cần đánh giá	

- < 6 điểm: Tập bài tập sàn chậu
- \geq 6 điểm: ngưỡng để quyết định cần đánh giá \rightarrow chuyên khám chuyên khoa hậu môn trực tràng nhằm tìm các dấu hiệu tổn thương cơ vòng hậu môn qua cận lâm sàng: siêu âm lòng hậu môn (endoanal ultrasound), đo áp lực lòng hậu môn - trực tràng (analrectal manometry) ^(1,2,3)
- 26 tuần sau sanh: BS chuyên khoa đáy chậu ⁽⁶⁾

3.3 Tiên lượng

- 60-80% không triệu chứng vào tháng 12 sau sanh ^(1,2)
- Lần sanh sau: nếu có triệu chứng về tiêu, xi hơi không kiểm soát hoặc có bằng chứng bất thường qua siêu âm lòng hậu môn và/ hoặc đo áp lực lòng hậu môn thì nên mổ sanh chủ động ^(1,2)

4. TÀI LIỆU KHAM KHẢO

1. Royal College of Obstetrics and Gynaecologists (RCOG). The management of third and fourth degree perineal tears. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); Guideline; no. 29; 2007
2. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline. Supplement: Perineal care; April 2012
3. OGCCU: King Edward Memorial Hospital, Perth Western Australia. Management of Third and Fourth Degree Tears; Section B, Clinical Guidelines; August 2011

4. Repair of third and fourth degree perineal tears following childbirth. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); Consent Advice; no. 9; June 2010
5. Raneer Thakar, Abdul H Sultan. Obstetric anal sphincter: 7 critical questions about care. Female Urology and Urogynecology Symposium 2008 Feb;20(2)
6. [TheWomens.org.au/ThirdandfourthDegree Tears Management](http://thewomens.org.au/ThirdandfourthDegreeTearsManagement)
7. <http://www.webmd.com/ibd-crohns-disease/low-residue-diet-foods>
8. [http://en.wikipedia.org/wiki/low residue diet](http://en.wikipedia.org/wiki/low_residue_diet)
9. Lisa B. Baute. Post partum issues. In: Thomas J. Bader. OB/GYN SECRETS. 3rd Ed.70:403-406, 2003.
10. American College of Obstetricians and Gynecologists. Postpartum care. 6th Ed: 125-131, 2010.
11. Fynes M, Donnelly V, Behan M, O'Connell PR, O Herlihy C. Effect of second vaginal delivery on anorectal physiology and faecal continence: a prospective study. Lancet. 1999;354: 983-986.
12. http://www.gfmer.ch/obstetrics_simplified/maternal_obstetric_injuries.htm
13. David Power, Myra Fitzpatrick, Colm O' herlihy. Obstetric anal sphincter: How to avoid, how to repair: A literature review. The journal of family practice. 2006 March;55(3): 193-199.

GIÁM ĐỐC

Nguyễn Văn Trương

THÔNG TIN DÀNH CHO BỆNH NHÂN ⁽⁴⁾

Tôi đã được nghe bác sĩ giải thích về những yếu tố nguy cơ dẫn đến tổn thương TSM độ 3/4, tiến trình may tăng sinh môn độ 3/4, đặc biệt tôi được nghe giải thích những lợi ích mong đợi: tổn thương đã được sửa chữa nhằm phục hồi cấu trúc giải phẫu bình thường, giúp lành vết thương và giảm nguy cơ có những vấn đề về đường ruột sau này, như:

- Những nguy cơ hiếm gặp:
 - + Tiêu không kiểm soát, xì hơi không kiểm soát, dò âm đạo trực tràng, có thể phải may lại TSM
 - + Khối máu tụ
- Những nguy cơ thường gặp:
 - + Khó đi tiêu lúc bắt đầu; cảm giác cần đi tiêu gấp: 26/100
 - + Chỉ may gây khó chịu, sọ lồi
 - + Nhiễm trùng tiểu; nhiễm trùng vết thương: 8/100
 - + Đau vùng đáy chậu và đau khi giao hợp: 9/100
- Tỷ lệ thành công 60-80%

Ngày tháng năm

Ký tên

Lê thị A