BỆNH VIỆN TỪ DŨ
Tu Du Hospital

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SẢN PHỤ KHOA 2022

NHÀ XUẤT BẢN TỔNG HỢP THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

SỞ Y TẾ TP. HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN TỪ DŨ

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SẢN PHỤ KHOA 2022

Xuất bản lần 5
(Có bổ sung và cập nhật)

NHÀ XUẤT BẢN TỔNG HỢP THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Lời Mở Đầu

Nhằm tạo điều kiện cho thực hành lâm sàng và đáp ứng nhu cầu tham khảo của quý đồng nghiệp, Bệnh viện Từ Dũ biên soạn và phát hành ấn phẩm "Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2022" để góp phần vào việc chuẩn hóa, cập nhật chẩn đoán và xử trí các bệnh lý thường gặp trong chuyên ngành Sản Phụ khoa.

Sau 4 lần phát hành thành công, ấn phẩm luôn được cập nhật, chỉnh sửa, bổ sung để hoàn thiện hơn theo hướng tiếp cận và áp dụng y học chứng cứ trong chẩn đoán và điều trị. "Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa 2022" gồm 6 chương với hầu hết các bệnh lý trong Sản khoa, Phụ khoa, Ung thư phụ khoa, Hiếm muộn, Gây mê Hồi sức và Kế hoạch gia đình. Chúng tôi hy vọng ấn phẩm này sẽ là tài liệu tham khảo hữu ích cho quý đồng nghiệp trong quá trình nghiên cứu và thực hành lâm sàng, góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em. Ban Biên soạn hy vọng tiếp tục nhận được ý kiến đóng góp của quý đồng nghiệp để ấn phẩm "Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa" của Bệnh viện Từ Dũ ngày càng hoàn thiện trong thời gian tới.

Bệnh viện Từ Dũ chân thành cảm ơn toàn thể thành viên Ban Biên soạn, các khoa, phòng của bệnh viện và các Đơn vị tài trợ đã hỗ trợ phát hành thành công ấn phẩm này.

Trân trọng./.

Thành phố Hồ Chí Minh, tháng 01 năm 2022

Chủ biên

Giám đốc Bệnh viện Từ Dũ
TS.BS. Lê Quang Thạnh

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

CHƯƠNG 1: SẢN KHOA

01. Khám thai 16
02. Rubella và thai kỳ 24
03. Liên cầu khuẩn nhóm B và thai kỳ 28
04. Thai kỳ với mẹ Rhesus âm 37
05. Chẩn đoán trước sinh 42
06. Chỉ định sinh thiết gai nhau/chọc ối khảo sát rối loạn nhiễm sắc thể và bệnh lý di truyền phân tử thai nhi 44
07. Chỉ định chấm dứt thai kỳ các trường hợp thai bị dị tật bẩm sinh nặng 47
08. Tắc mạch ối 53
09. Vỡ tử cung 60
10. Băng huyết sau sinh 65
11. Nhau bong non 71
12. Sa dây rốn 74
13. Suy thai 75
14. Ngôi mông 84
15. Ngôi bất thường 91
16. Con to 96
17. Quản lý thai kỳ song thai 100
18. Tăng huyết áp thai kỳ 111
19. Đái tháo đường thai kỳ 134
20. Thai chậm tăng trưởng trong tử cung 150

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

MỤC LỤC

21. Thiểu ối 158
22. Đa ối 163
23. Ối vỡ non 169
24. Nhiễm trùng ối 176
25. Dây rốn bám rìa bánh nhau, dây rốn bám màng nhau và mạch máu tiền đạo 182
26. Nhau tiền đạo 188
27. Nhau cài răng lược 194
28. Hở eo tử cung 203
29. Chuyển dạ sinh non 208
30. Khởi phát chuyển dạ 220
31. Nghiệm pháp sinh ngả âm đạo trên sản phụ có sẹo mổ lấy thai 227
32. Nghiệm pháp lọt ngôi chỏm 230
33. Sinh khó do vai 232
34. Xử trí thai thứ hai trong song thai 234
35. Sử dụng Oxytocin trong chuyển dạ 235
36. Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ 239
37. Giảm đau sau sinh ngả âm đạo 241
38. Dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch trong thai kỳ 244
39. Chẩn đoán và điều trị COVID-19 do chủng vi rút Corona mới (SARS-CoV-2) trong thai kỳ 254

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

CHƯƠNG 2: PHỤ KHOA

40. Nhiễm khuẩn âm đạo 276
41. Viêm âm đạo do nấm 278
42. Viêm âm đạo do *Trichomonas* 280
43. Viêm âm đạo do thiếu nội tiết 281
44. Nhiễm *Chlamydia trachomatis* 283
45. Bệnh Lậu 289
46. Sơ đồ hướng dẫn xử trí tiết dịch âm đạo 296
47. Viêm sinh dục do Herpes 297
48. Viêm sinh dục do giang mai 300
49. Bệnh hạ cam (chancroid) 302
50. Sùi mào gà sinh dục (mục cóc sinh dục) 304
51. Viêm vùng chậu 305
52. Áp xe phần phụ 312
53. Nhiễm trùng tiểu ở phụ nữ 321
54. Dọa sẩy thai, sẩy thai 3 tháng đầu thai kỳ 326
55. Phác đồ xử trí sẩy thai liên tiếp 330
56. Thai ngoài tử cung 335
57. Thai ở sẹo mổ lấy thai 346
58. Tiếp cận xuất huyết tử cung bất thường trong độ tuổi sinh sản 363
59. Tăng sinh nội mạc tử cung 369
60. U xơ cơ tử cung 375
61. U phần phụ 388

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

62. Xoắn phần phụ 390
63. Lạc nội mạc tử cung 398
64. Tầm soát ung thư cổ tử cung 415
65. Xử trí Pap's bất thường và tân sinh trong biểu mô cổ tử cung 420
66. Ung thư cổ tử cung trong thai kỳ 429
67. Rối loạn tiền mãn kinh và mãn kinh 430
68. Tầm soát, chẩn đoán và xử trí loãng xương ở phụ nữ mãn kinh 434
69. Sa các tạng vùng chậu 440
70. Bệnh lý tuyến vú lành tính 458
71. Áp xe vú 469
72. Chăm sóc chung hậu phẫu 473
73. Chăm sóc hậu phẫu cắt tử cung ngả âm đạo 477
74. Chăm sóc vết thương sau mổ 479
75. Chăm sóc ống dẫn lưu 480
76. Sốt sau mổ lấy thai 482
77. Tiểu tồn lưu sau sinh, sau mổ 484
78. Tắc ruột sau mổ 493
79. Viêm phúc mạc sau phẫu thuật sản phụ khoa 495
80. Nhiễm khuẩn hậu sản 504

CHƯƠNG 3: UNG THƯ PHỤ KHOA

81. Sàng lọc và chẩn đoán ung thư vú 518
82. Bệnh nguyên bào nuôi 524
83. Ung thư buồng trứng 544
84. Ung thư nội mạc tử cung 574

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

CHƯƠNG 4: GÂY MÊ HỒI SỨC

85. Cấp cứu ngưng hô hấp - tuần hoàn ở người lớn và thai phụ 588
86. Thuyên tắc phổi 593
87. Phù phổi cấp trong Sản khoa 602
88. Xử trí cấp cứu đường thở khó 612
89. Chẩn đoán và xử trí phản vệ 618
90. Điều trị ngộ độc thuốc tê 631
91. Sốc nhiễm trùng 637
92. Khám tiền mê và chuẩn bị người bệnh trước mổ 641
93. Gây tê tủy sống trong mổ lấy thai 651
94. Gây mê nội khí quản trong mổ lấy thai 655
95. Gây mê trong phẫu thuật EXIT 664
96. Phương pháp vô cảm đối với sản phụ bị bệnh hẹp van 2 lá 668
97. Gây tê ngoài màng cứng giảm đau trong chuyển dạ 672
98. Gây mê toàn thân trong phẫu thuật phụ khoa 677
99. Gây tê tủy sống trong phẫu thuật cắt tử cung ngả âm đạo 688
100. Giảm đau trong chuyển dạ bằng phương pháp gây tê tủy sống - ngoài màng cứng kết hợp 691
101. Kiểm soát đau sau phẫu thuật - thủ thuật 696

CHƯƠNG 5: HIẾM MUỘN

102. Khám và điều trị một cặp vợ chồng vô sinh 706
103. Các phác đồ kích thích buồng trứng 711
104. Phác đồ kích thích buồng trứng đôi 717
105. Hội chứng quá kích buồng trứng 720
106. Giảm thai 726
107. Hướng dẫn thực hành lâm sàng bổ sung LH trong kích thích buồng trứng thụ tinh trong ống nghiệm 729

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

CHƯƠNG 6: KẾ HOẠCH GIA ĐÌNH

108. Tư vấn về phá thai 738

109. Phá thai bằng thuốc đến hết 12 tuần 743

110. Phá thai bằng thuốc từ tuần 13 đến hết 22 tuần 748

111. Phá thai đến hết 12 tuần bằng phương pháp hút chân không 752

112. Phá thai từ tuần thứ 13 đến hết tuần thứ 18 bằng phương pháp nong và gắp 757

113. Sơ đồ chấm dứt thai kỳ từ 13-18 tuần bằng phương pháp nong gắp 761

114. Sơ đồ chấm dứt thai kỳ tuổi thai từ 13-22 tuần 762

115. Sơ đồ chấm dứt thai kỳ tuổi thai từ 23-27 tuần 763

116. Xử trí thai lưu đến hết 12 tuần 764

117. Xử trí sẩy thai đang tiến triển 767

118. Xử trí sót nhau/sót thai 770

119. Xử trí băng huyết trong và sau khi hút thai 772

120. Tóm tắt các điều trị chỉ sử dụng Misoprostol 774

121. Xử trí thủng tử cung trong khi hút thai hoặc nạo sinh thiết 776

122. Đặt và tháo dụng cụ tử cung 778

123. Thuốc cấy tránh thai 782

124. Thuốc tiêm tránh thai DMPA 788

125. Phác đồ hướng dẫn áp dụng các biện pháp tránh thai sau sinh 790

126. Triệt sản nam bằng phương pháp thắt và cắt ống dẫn tinh 794

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Chương 1

SẢN KHOA

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

01 KHÁM THAI

I. LỊCH KHÁM THAI

- 3 tháng đầu (tính từ ngày đầu kinh cuối đến 13 tuần 6 ngày):
  + Khám lần đầu: sau trễ kinh 2-3 tuần.
  + Khám lần 2: lúc thai 11-13 tuần 6 ngày để đo độ mờ da gáy.
- 3 tháng giữa (tính từ tuần 14 đến 28 tuần 6 ngày):
  + Tuần 18-20: khám 1 lần.
  + Tuần 20-28: 4 tuần khám 1 lần.
- 3 tháng cuối: (tính từ tuần 29 đến tuần 40) tái khám:
  + Tuần 29-32: khám 1 lần.
  + Tuần 33-35: 2 tuần khám 1 lần.
  + Tuần 36-40: 1 tuần khám 1 lần.

Lưu ý:

- Lịch khám thai như trên áp dụng cho chăm sóc thường quy các thai kỳ đơn thai không kèm yếu tố nguy cơ.
- Lịch khám thai sẽ thay đổi tùy từng trường hợp cụ thể khi có dấu hiệu bất thường (đau bụng, ra nước, ra huyết...) hoặc khi thai kỳ có kèm các yếu tố nguy cơ.
- Hướng dẫn thai phụ về dinh dưỡng, vệ sinh, sinh hoạt, tái khám và chích ngừa uốn ván rốn.
- Bổ sung sắt, canxi và các vi chất khác:
  + Cung cấp sắt và acid folic suốt thai kỳ.
  + Sắt 30-60 mg/ngày uống lúc bụng đói.
  + Acid folic 400-1000 mcg/ngày.
  + Cung cấp canxi 1000-1500 mg/ngày.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

II. KHÁM THAI TRONG 3 THÁNG ĐẦU (TỪ KHI CÓ THAI ĐẾN 13 TUẦN 6 NGÀY)

2.1. Mục đích

Xác định có thai - tình trạng thai.

Xác định tuổi thai - tính ngày dự sinh: tính ngày dự sinh theo kinh chót và siêu âm 3 tháng đầu:

- Chênh lệch < 5 ngày: tính dự sinh theo kinh chót.
- Chênh lệch ≥ 5 ngày: tính dự sinh theo siêu âm (tuổi thai 7-8 tuần).
- Tính tuổi thai theo siêu âm theo Khuyến cáo của Hiệp hội Sản Phụ khoa Canada (SOGC), 2014:
  + Chiều dài đầu mông (CRL) ở quý 1: có giá trị nhất trong việc xác định tuổi thai và nên thực hiện bất cứ lúc nào khi quan sát được phôi/thai trong quý 1.
  + Nếu sản phụ siêu âm nhiều lần trong quý 1: chọn kết quả siêu âm tối thiểu gần với thời điểm 7 tuần nhất (CRL = 10 mm) để tính tuổi thai.
  + Thai 12-14 tuần, CRL và đường kính lưỡng đỉnh (BPD) có độ chính xác tương đương nhau trong việc xác định tuổi thai, nên sử dụng CRL lớn nhất là 84 mm, nếu CRL > 84 mm nên sử dụng BPD.
  + Nếu sử dụng siêu âm quý 2 hoặc quý 3 có thể xác định tuổi thai: cần tổng hợp các thông số sinh học (BPD, chu vi đầu (HC), chu vi bụng (AC) và chiều dài xương đùi (FL)) để xác định tuổi thai.

Đánh giá sức khỏe của mẹ: bệnh lý nội, ngoại khoa và thai nghén.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

2.2. Các việc cần làm

a) Hỏi bệnh

- Tiền sử bản thân

  + Sản - phụ khoa, PARA.

  + Nội - ngoại khoa.

- Tiền sử gia đình.

- Về lần mang thai này.

b) Khám tổng quát: cân nặng, mạch, huyết áp, tim phổi.

c) Khám sản phụ khoa: khám âm đạo, đặt mỏ vịt khám âm đạo lần khám đầu tiên, đo bề cao tử cung...

d) Tầm soát một số bệnh lý: cho thai (lệch bội nhiễm sắc thể...) và cho mẹ (thiếu máu tán huyết di truyền, tiền sản giật,...)

2.3. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu (khi xác định có tim thai qua siêu âm):

  + Huyết đồ, HBsAg, VDRL, HIV, đường huyết khi đói.

  + Nhóm máu, Rhesus.

  + Rubella: IgM, IgG; với trường hợp tiền sử sẩy thai liên tiếp xét nghiệm thêm: CMV, Toxoplasma.

- Nước tiểu: 10 thông số.

- Tầm soát lậu cầu và *Chlamydia trachomatis* (nếu có chỉ định)

- Siêu âm (lần 1): bắt buộc, để xác định:

  + Vị trí thai: thai trong hoặc thai ngoài tử cung.

  + Tuổi thai.

  + Dấu sinh tồn của thai: có tim thai chưa?

  + Tình trạng thai: thai trứng, đa thai, dọa sẩy thai, thai lưu,...

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Siêu âm đo độ mờ gáy (thai 11 tuần đến 13 tuần 6 ngày), siêu âm Doppler màu đo chỉ số xung (PI) động mạch tử cung.
- Xét nghiệm Combined test (sau khi đo độ mờ gáy) và xét nghiệm máu PlGF.
- Tiêm VAT: 2 lần cách nhau 1 tháng.

Lịch tiêm VAT/thai phụ

- VAT 1: càng sớm càng tốt.
- VAT 2: cách VAT 1 tối thiểu 1 tháng (≥ 30 ngày) và trước sinh 1 tháng.
- VAT 3: ở thai kỳ sau, cách VAT 2 tối thiểu 6 tháng (≥ 180 ngày).
- VAT 4: ở thai kỳ sau, cách VAT 3 tối thiểu 1 năm.
- VAT 5: ở thai kỳ sau, cách VAT 4 tối thiểu 1 năm.

Tiêm phòng VAT 2 mũi cho những thai phụ chưa tiêm ngừa lần nào hoặc từ bé có tiêm chủng bạch hầu, ho gà, uốn ván.

Với những phụ nữ đã tiêm đủ 5 mũi VAT, nếu mũi tiêm cuối cùng > 10 năm, thì cần nhắc lại 1 mũi.

III. KHÁM THAI TRONG 3 THÁNG GIỮA (TỪ 14 ĐẾN 28 TUẦN 6 NGÀY)

3.1. Các việc cần làm

a) Theo dõi sự phát triển của thai: đo bề cao tử cung, nghe tim thai.

b) Phát hiện những bất thường của thai kỳ: đa ối, đa thai, nhau tiền đạo, tiền sản giật,...

c) Khám, hội chẩn tiền sản cho những thai phụ có kết quả xét nghiệm sàng lọc thuộc nhóm nguy cơ cao hoặc siêu âm thai có phát hiện bất thường.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

d) Phát hiện các bất thường của mẹ:

- Hở eo tử cung: dựa vào tiền căn, lâm sàng và siêu âm.
- Tiền sản giật: huyết áp cao, protein niệu.
- Dọa sẩy thai to hoặc dọa sinh non.

e) Hướng dẫn về dinh dưỡng, vệ sinh, sinh hoạt, tái khám và chích ngừa uốn ván rốn.

f) Hướng dẫn các sản phụ tham dự lớp "Chăm sóc sức khỏe bà mẹ".

3.2. Cận lâm sàng

- Nghiệm pháp dung nạp đường ở tuổi thai từ 24-28 tuần tầm soát đái tháo đường thai kỳ.
- Triple test: thực hiện ở tuổi thai 14-21 tuần, đối với những trường hợp chưa thực hiện sàng lọc lệch bội trong 3 tháng đầu thai kỳ.
- Tổng phân tích nước tiểu (mỗi lần khám).
- Siêu âm: siêu âm hình thái học (hoặc 3D, 4D) tối thiểu 1 lần ở tuổi thai 20-25 tuần khảo sát hình thái thai nhi, tuổi thai, sự phát triển thai, nhau, ối.
- Siêu âm hình thái học hoặc siêu âm màu theo dõi thai dị tật bẩm sinh (không có chỉ định chấm dứt thai kỳ) mỗi 2-4 tuần.
- Siêu âm màu theo dõi song thai một bánh nhau, thai dị tật bẩm sinh (không có chỉ định chấm dứt thai kỳ) có nguy cơ gây chậm tăng trưởng thai (thoát vị rốn, hẹp tá tràng, hẹp thực quản, dị tật tim, ...).

IV. KHÁM THAI TRONG 3 THÁNG CUỐI (TỪ 29 ĐẾN 40 TUẦN)

4.1. Các việc cần làm

a) Ngoài những phần khám tương tự 3 tháng giữa thai kỳ, từ tuần 36 trở đi cần xác định thêm:

- Ngôi thai.
- Ước lượng cân thai.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Khung chậu.
- Tiên lượng sinh thường hay sinh khó.

b) Hướng dẫn sản phụ

- Đếm cử động thai.

Lưu ý các triệu chứng bất thường:

- Ra huyết âm đạo.
- Ra nước ối.
- Đau bụng từng cơn.
- Phù, nhức đầu, chóng mặt.
- Chuẩn bị đồ đạc cho mẹ và trẻ sơ sinh khi đi sinh.

c) Tư vấn thai phụ phù hợp với tình trạng thai.

d) Phân loại thai kỳ nguy cơ cao.

4.2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích nước tiểu (mỗi lần khám).
- Siêu âm.

Siêu âm tối thiểu 1 lần lúc thai 32 tuần để xác định ngôi thai, lượng ối, vị trí nhau, đánh giá sự phát triển thai nhi. Có thể lặp lại mỗi 4 tuần.

Siêu âm màu (thai ≥ 28 tuần) khi:

+ Nghi ngờ thai chậm tăng trưởng trong tử cung (mẹ tăng cân chậm, bề cao tử cung không tăng, các số đo sinh học thai nhi không tăng sau 2 tuần).
+ Tăng huyết áp thai kỳ.
+ Song thai một bánh nhau.
+ Đái tháo đường thai kỳ.
+ Bất thường hình thái thai có nguy cơ gây chậm tăng trưởng thai.
+ Mạch máu tiền đạo, dây rốn bám rìa bánh nhau, dây rốn bám màng nhau.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Lặp lại sau mỗi 2 tuần hoặc khi có chỉ định.

- Non-stress test: thực hiện khi có chỉ định.
- Xét nghiệm tầm soát Liên cầu khuẩn nhóm B (GBS - *Group B Streptococcus*): đối với thai từ 36-37 tuần 6 ngày (đối với đơn thai), thai 32-34 tuần (đối với đa thai).
- Tầm soát lậu cầu và *Chlamydia trachomatis* (nếu có chỉ định) khi thai 32 tuần
- Quang kích chậu: khi khám lâm sàng khung chậu nghi ngờ có hẹp, giới hạn, méo...
- MRI chỉ định: khi có bất thường cấu trúc giải phẫu thai (não, phổi, thận, tiêu hóa, hầu họng,...), cân nhắc chụp MRI trong nhau tiền đạo có cài răng lược.

Một số lưu ý chung

- Sau mỗi lần khám đều phải có chẩn đoán rõ ràng.
- Có thể siêu âm nhiều lần hơn nếu cần.
- Những xét nghiệm chuyên biệt được chỉ định theo y lệnh bác sĩ: bệnh tim, bệnh thận, tuyến giáp...
- Khâu vòng cổ tử cung dự phòng: thai từ 13-20 tuần.
- Hội chẩn viện đối với những trường hợp có u buồng trứng kèm theo khi thai ≥ 15 tuần.
- Thời điểm nhập viện trong trường hợp thai quá ngày dự sinh: nếu sức khỏe mẹ và thai ổn định: nhập viện khi thai ≥ 40 tuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), "Chăm sóc trước sinh", Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, trang 41-46.
2. Australian Government Deparment of Health (2019), Clinical pratice guidelines pregnancy care, 2019 edition.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3. Dowswell T, Carroli G et al (2015), Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy (review), Cochrane database of systemic reviews 2015, Issue 7, No CD000934.
4. National Institute for health and care experience (NICE) (2019), Antenatal care for uncomplicated pregnancies.
5. The Royal Australian and New Zealand College of obstetricians and gynaecologist (RANZCOG) (2016), Routine antenatal assessment in the absence of pregnancy complications.
6. World Health Organization (WHO) (2016), WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Lây truyền qua đường hô hấp.
- 7 ngày trước phát ban đến 5-7 ngày sau phát ban.
- Ủ bệnh: trung bình 14 ngày.
- Lâm sàng
  + Thường rất nhẹ.
  + > 50% ở thể ẩn hoặc không có triệu chứng.

Cơ quan	Biểu hiện Rubella bẩm sinh
Tổng quát	- Thai chết lưu, sẩy thai tự nhiên - Sinh non, nhẹ cân - Chậm phát triển tâm thần
Thính giác	- Điếc giác quan: 1 hay 2 bên - Điếc trung ương - Khiếm ngôn
Tim mạch	- Còn ống động mạch - Hẹp động mạch phổi - Thông nhĩ thất - Bệnh tim bẩm sinh phức tạp khác
Thị giác	- Bệnh võng mạc có sắc tố - Đục thủy tinh thể: sắc ngọc, đục, có nhân, 50% ở 2 bên, thường kèm theo bệnh võng mạc - Tăng nhãn áp - Tật mắt nhỏ
Biểu hiện lúc mới sinh, (nhiễm trùng trầm trọng, tử vong cao)	- Xuất huyết giảm tiểu cầu, có hoặc không có ban xuất huyết - Gan lách to - Viêm não màng não - Bệnh mềm xương (phát hiện qua X quang) - Viêm hạch
Biểu hiện chậm	- Viêm phổi mô kẽ (3-12 tháng). - Đái tháo đường týp 2.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

I. RUBELLA BẨM SINH

- Nguy cơ và độ trầm trọng của dị tật tùy thuộc tuổi thai lúc nhiễm virus.

  + 90% trẻ dị tật nếu mẹ nhiễm khi thai < 12 tuần.

  + 30-40% trẻ dị tật nếu mẹ nhiễm ở tuổi thai 13-14 tuần.

  + 20% trẻ dị tật nếu mẹ nhiễm ở tuổi thai 15-16 tuần.

  + 10% trẻ dị tật nếu nhiễm ở tuổi thai 17-20 tuần.

  + Rất hiếm gặp dị tật nếu mắc bệnh sau tuần lễ thứ 20 của thai kỳ.

- Ảnh hưởng sự phát triển bào thai gây thai chết lưu, sẩy thai, sinh non, trẻ mang dị tật bẩm sinh.

  + Dị tật bẩm sinh.

  + Kết hợp nhiều dấu hiệu/triệu chứng (bảng trên).

  + Điếc bẩm sinh là thể đơn thuần phổ biến.

II. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ

2.1. Xét nghiệm Rubella

- Thực hiện xét nghiệm Rubella cho tất cả thai phụ đến khám thai lần đầu, tốt nhất khi thai < 8 tuần, chỉ thử thường quy tới tuổi thai ≤ 16 tuần (chung với xét nghiệm thường quy).

- Không xét nghiệm Rubella cho những thai phụ có kháng thể an toàn từ trước khi có thai lần này.

2.2. Phân tích kết quả xét nghiệm và phối hợp lâm sàng

(xem sơ đồ)

- IgM(+) dương tính giả

  + Do tồn tại lâu, tái nhiễm.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Phản ứng chéo với Parvovirus B19, virus Epstein-Barr (EBV).

- Ái tính cao: nhiễm cũ, ái tính thấp: nhiễm mới.
- Nhiễm nguyên phát: xử trí theo tư vấn và chọn lựa.
- Không nhiễm: với xét nghiệm huyết thanh âm tính thì xét nghiệm lại lúc thai 16 tuần, tùy kết quả, tư vấn phù hợp.
- Đã có miễn dịch từ trước khi có thai: thường duy trì ổn định IgG.

2.3. Các bước xử trí

- Chẩn đoán nhiễm Rubella nguyên phát.
- Xác định nhiễm Rubella nguyên phát ở tuổi thai nào.
- Tư vấn cho thai phụ và gia đình về tác hại cho thai nhi.
- Nếu chấm dứt thai kỳ:

+ Có biên bản hội chẩn khoa.

+ Tư vấn nguy cơ của thủ thuật chấm dứt thai kỳ.

+ Có đơn xin bỏ thai theo mẫu.

+ Dặn tái khám sau bỏ thai, hoặc trước khi muốn có thai lại, tư vấn thời điểm có thể mang thai lại.

- Nếu giữ thai: theo dõi thai kỳ, sơ sinh và trẻ đến 5 tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

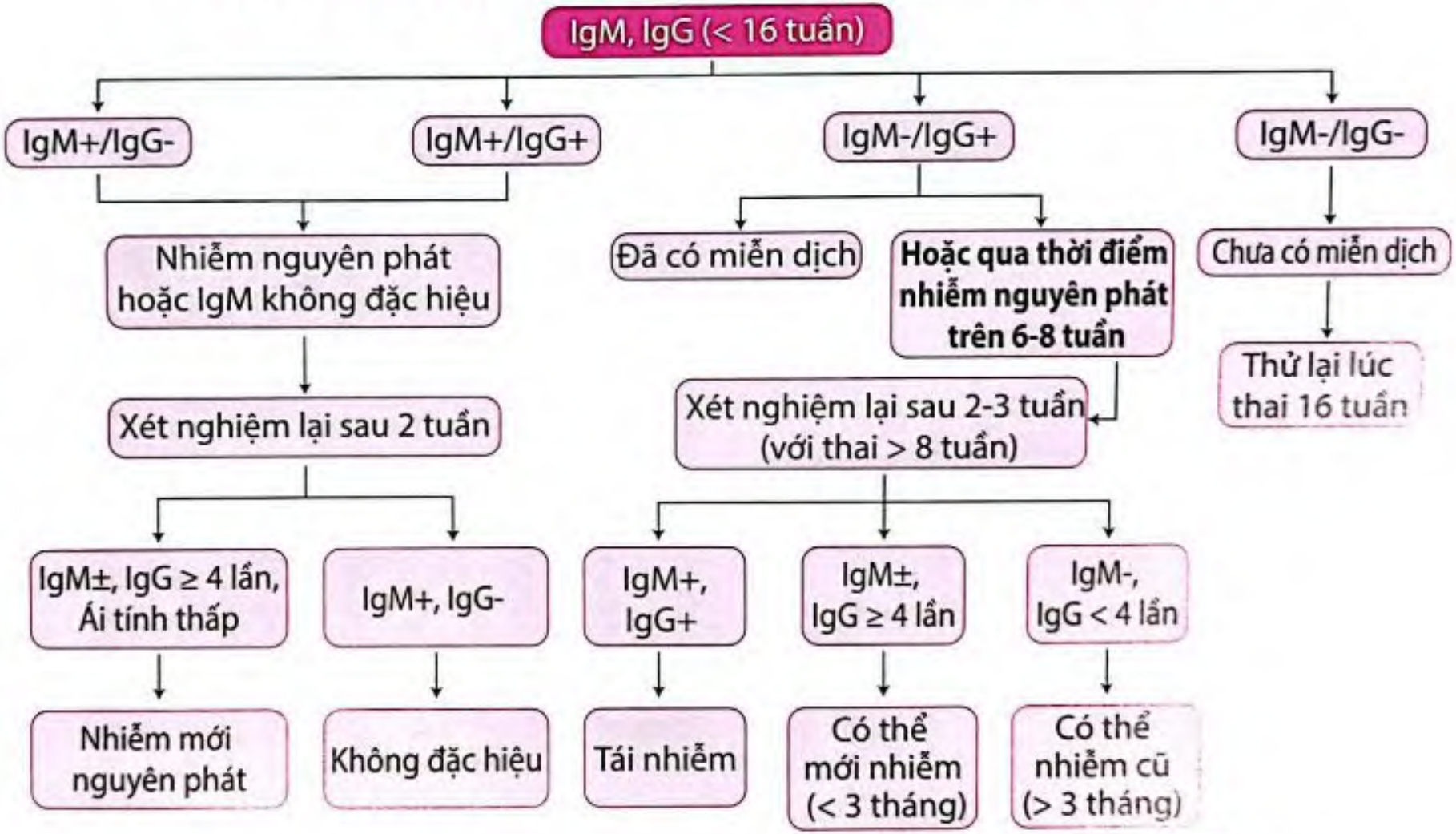
1. VPD Surveillance Manual (2008), 4th edition, 1-11.
2. Wandinger K.P. et al (2011), J Virol Methods 174, 85-93.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Phụ lục

SƠ ĐỒ PHÂN TÍCH KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM VÀ PHỐI HỢP LÂM SÀNG



Được quét bằng CamScanner
Được quét bằng CamScanner

03 LIÊN CẦU KHUẨN NHÓM B VÀ THAI KỲ

I. ĐẠI CƯƠNG

Liên cầu khuẩn nhóm B (*Group B Streptococcus* - GBS, còn gọi là *Streptococcus agalactiae*) là một vi khuẩn Gram dương, thường gặp ở đường tiêu hóa và đường sinh dục của người phụ nữ, có thể không gây ra triệu chứng trên người mang bệnh. Tuy nhiên GBS là tác nhân gây nhiễm khuẩn hàng đầu liên quan đến thai kỳ và trẻ sơ sinh với tỷ lệ mắc và tử vong cao. Nguyên nhân chính của nhiễm khuẩn sơ sinh do GBS là sự lây truyền từ mẹ sang con, chủ yếu xảy ra trong quá trình chuyển dạ hoặc khi ối vỡ non, ối vỡ sớm.

Tỷ lệ nhiễm GBS ở âm đạo, trực tràng của phụ nữ mang thai là 10-30%.

Do đó, tất cả sản phụ nên được tầm soát GBS thường quy khi thai 36 tuần đến 37 tuần 6 ngày (đối với đơn thai) hoặc 32-34 tuần (đối với đa thai).

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Sản phụ

Hầu hết sản phụ thường không có biểu hiện gì khi bị nhiễm GBS. Một số trường hợp GBS gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu, nhiễm trùng ối, viêm nội mạc tử cung. Vi khuẩn GBS chứa nhiều men phospholipid A2 để tổng hợp prostaglandin E2 gây sẩy thai, thai lưu, vỡ ối sớm, sinh non,...; gây viêm nhiễm các tổn thương đường sinh dục khi chuyển dạ.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

2.1.2. Trẻ sơ sinh

Bệnh cảnh / Đặc điểm	Nhiễm GBS khởi phát sớm	Nhiễm GBS khởi phát muộn
Khởi phát	Trong vòng 7 ngày sau sinh, thường biểu hiện triệu chứng trong vòng 12-48 giờ sau sinh	Từ 7 ngày sau khi sinh đến 2-3 tháng tuổi
Nguyên nhân	Do lây truyền từ mẹ sang con khi chuyển dạ và/hoặc khi sinh, do thai hít hoặc nuốt dịch ối, dịch âm đạo; tổn thương da khi đi qua đường sinh dục của mẹ	Do lây truyền từ mẹ sang con Do mắc phải từ môi trường bệnh viện Do mắc phải từ cộng đồng
Bệnh cảnh lâm sàng	Nhiễm trùng huyết Viêm phổi Viêm màng não (ít gặp)	Nhiễm trùng huyết Viêm màng não Nhiễm trùng các tạng hoặc mô mềm (ít gặp)

2.2. Cận lâm sàng

- Cấy định danh GBS dịch âm đạo và kháng sinh đồ.
- PCR dịch âm đạo và hậu môn: Xét nghiệm sinh học phân tử GBS Real-time PCR. Phương pháp này có độ nhạy cao và thời gian trả kết quả nhanh hơn so với phương pháp cấy truyền thống.

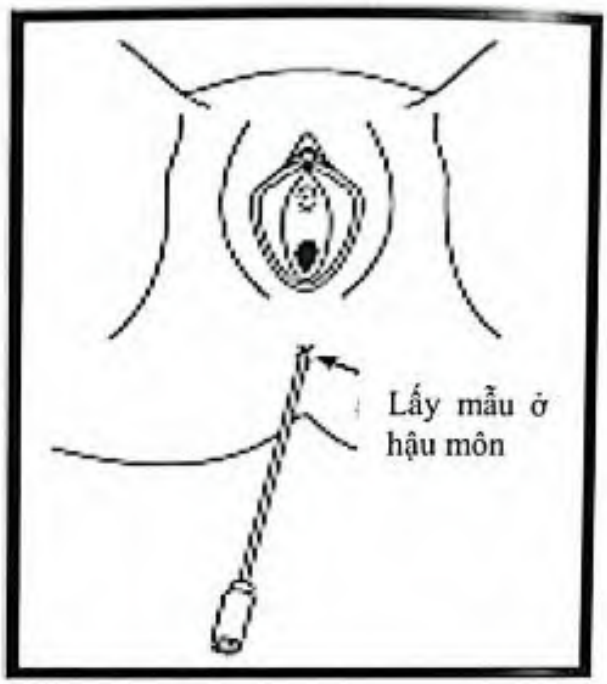
III. PHƯƠNG PHÁP LẤY MẪU XÉT NGHIỆM

- Ghi tên tuổi sản phụ lên ống (loại xét nghiệm huyết trắng).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Lấy que gòn (không đụng vào trong đầu và thanh que gòn) đưa vào trong âm đạo khoảng 2 cm, xoay 1-2 vòng.
- Dùng tiếp que gòn đó đưa vào trong trực tràng khoảng 1 cm (qua cơ vòng hậu môn), xoay 1-2 vòng.
- Đưa que gòn vào ống xét nghiệm, đậy kín, kiểm tra tên tuổi sản phụ và gửi ngay đến khoa Xét nghiệm (trong vòng 15 phút). Trường hợp không chuyển mẫu ngay được thì phải lưu trữ mẫu trong tủ lạnh (ngăn mát).



IV. XỬ TRÍ

4.1. Tầm soát GBS

- Tầm soát GBS khi thai 36 tuần đến 37 tuần 6 ngày (đối với đơn thai), 32-34 tuần (đối với đa thai).
- Các trường hợp đã có chỉ định sử dụng kháng sinh dự phòng (KSDP) như nhiễm trùng tiểu do GBS trong thai kỳ, tiền căn sinh con bị nhiễm GBS giai đoạn sơ sinh: không cần tầm soát GBS.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

4.2. Chỉ định dùng kháng sinh dự phòng

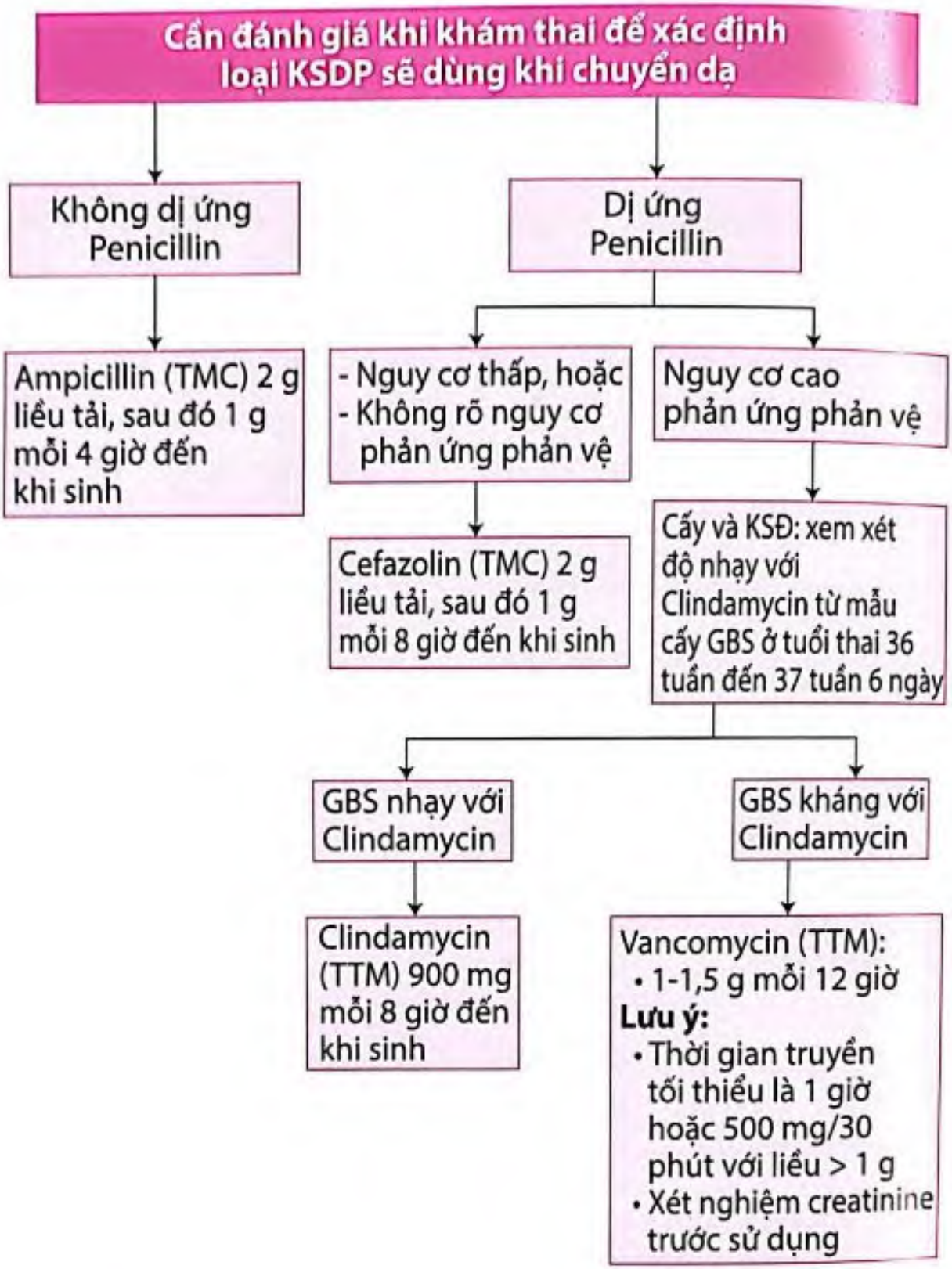
Chỉ định dùng KSDP khi chuyển dạ	Không chỉ định dùng KSDP khi chuyển dạ
Tiền căn mẹ:	
Tiền căn sinh con bị bệnh lý do GBS giai đoạn sơ sinh	Nhiễm GBS ở thai kỳ trước, hiện tại cấy GBS (-)
Thai kỳ hiện tại, có 1 trong các yếu tố:	
a) Cấy GBS (+) khi thai ≥ 36 tuần	a) Cấy GBS (-) khi thai ≥ 36 tuần
b) Nhiễm trùng tiểu do GBS trong thai kỳ	b) Mổ lấy thai chủ động trước khi chuyển dạ và ối còn
Khi chuyển dạ, có 1 trong các yếu tố:	
a) GBS (+) (phương pháp Real-time PCR)	a) Cấy GBS (-) thai ≥ 36 tuần, bất kể các yếu tố nguy cơ.
b) Không rõ tình trạng nhiễm GBS khi có chuyển dạ *hoặc* kết quả xét nghiệm GBS (-) (phương pháp Real-time PCR) VÀ có yếu tố nguy cơ như: tuổi thai < 37 tuần, ối vỡ ≥ 18 giờ, mẹ sốt ≥ 38^{0}C (*).	b) Không rõ tình trạng nhiễm GBS khi có chuyển dạ *hoặc* kết quả xét nghiệm GBS (-) (phương pháp Real-time PCR) VÀ không có yếu tố nguy cơ như: tuổi thai < 37 tuần, ối vỡ ≥ 18 giờ, mẹ sốt ≥ 38^{0}C.
c) Không rõ tình trạng nhiễm GBS khi có chuyển dạ VÀ mẹ nhiễm GBS ở thai kỳ trước	

(*) Lưu ý: nếu nghi ngờ nhiễm trùng ối, cần sử dụng kháng sinh phổ rộng điều trị cả GBS.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

4.3. Sử dụng kháng sinh

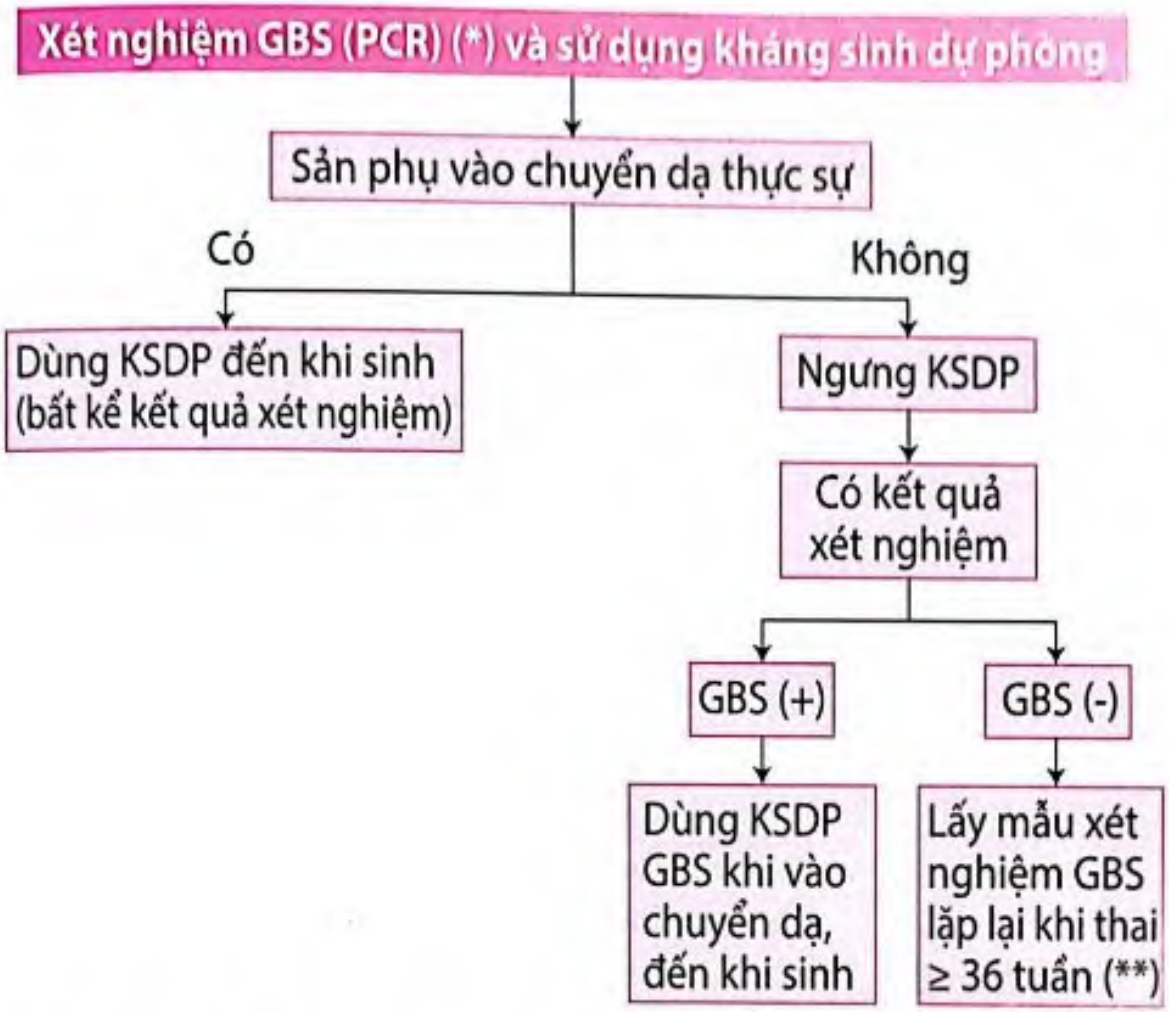


Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

4.4 Một số tình huống lâm sàng cụ thể

a) Chuyển dạ sinh non (< 37 tuần)



(*): Nếu sản phụ chưa được xét nghiệm tầm soát GBS hoặc xét nghiệm đã được thực hiện > 5 tuần.

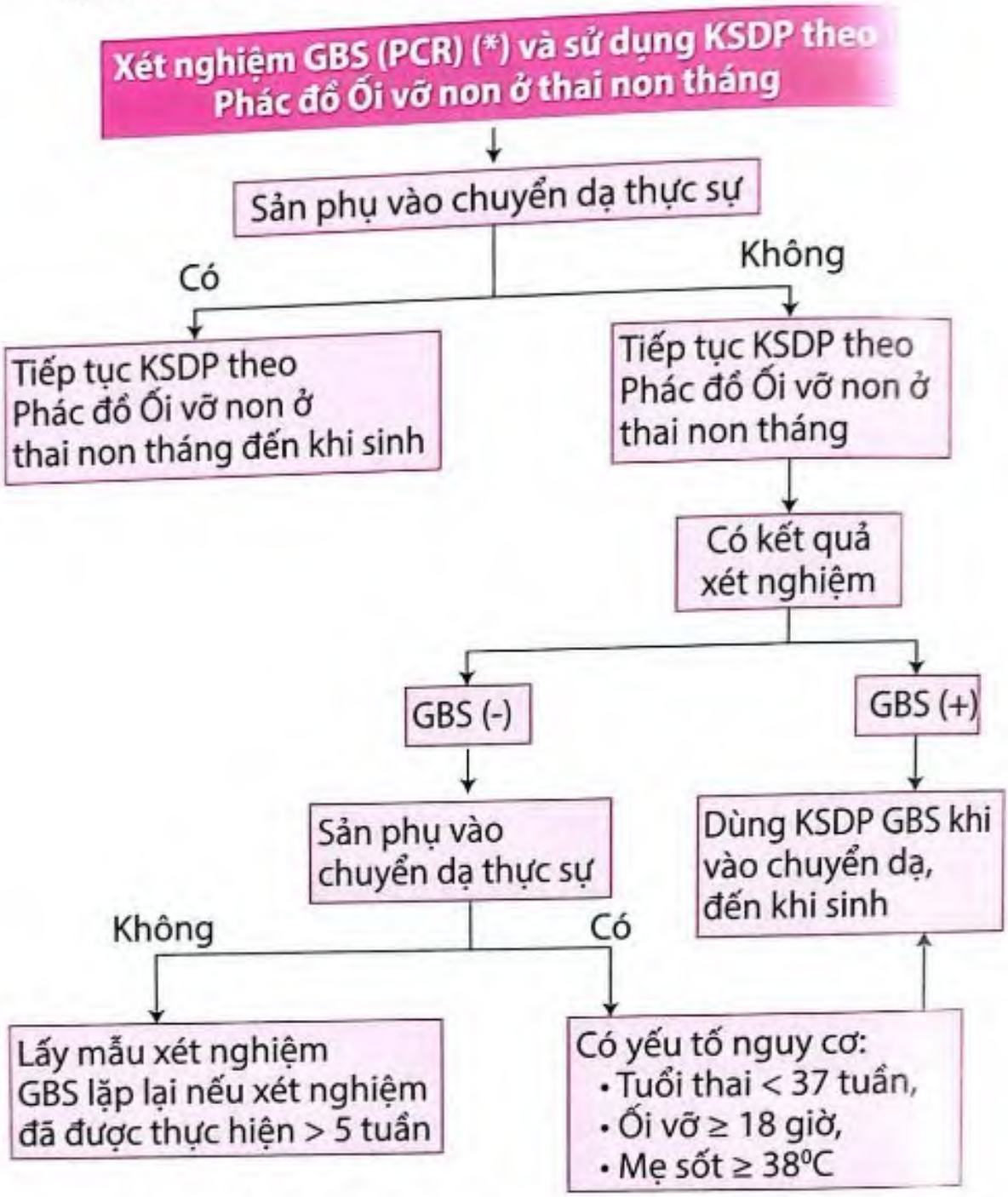
(**): Lấy mẫu xét nghiệm GBS lặp lại khi thai ≥ 36 tuần nếu xét nghiệm đã được thực hiện > 5 tuần.

Nên điều trị dự phòng GBS ≥ 4 giờ trước khi sản phụ sanh.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

b) Ối vỡ non ở thai non tháng



(*): Nếu sản phụ chưa được xét nghiệm tầm soát GBS hoặc xét nghiệm đã được thực hiện > 5 tuần.

Nên điều trị dự phòng GBS ≥ 4 giờ trước khi sản phụ sanh.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

c) Mổ lấy thai chủ động

- Nếu mổ chủ động khi ối chưa vỡ: không cần dùng KSDP GBS.
- Nếu sản phụ vào chuyển dạ hoặc ối vỡ non: Cefazolin trước mổ vừa là kháng sinh dự phòng GBS và dự phòng nhiễm trùng sau mổ.

d) Lưu ý

- Trẻ sơ sinh đủ tháng, lâm sàng ổn định và mẹ được điều trị dự phòng GBS ≥ 4 giờ trước sanh: không cần phải theo dõi đặc biệt.
- Trẻ sơ sinh có mẹ có chỉ định điều trị dự phòng GBS nhưng không điều trị hoặc sử dụng KSDP không đủ (thời gian sử dụng KSDP đến khi sinh < 4 giờ): cần chuyển khoa Sơ sinh khi có các triệu chứng sau:

+ Có các biểu hiện bất thường: khóc thét dữ dội hoặc li bì

+ Giảm trương lực cơ

+ Bỏ bú

+ Nhiệt độ < 36^{0}C hoặc > 38^{0}C

+ Thở nhanh

+ Thay đổi bất thường màu da

TÀI LIỆU KHAM KHẢO

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2017), Prevention of early-onset neonatal group B streptococcal disease, Green–top Guideline No. 36, BJOG, 124:e280-e305.
2. The American College of Obstetricians and Gynecologists (2019), Prevention of Group B Streptococcal Early-Onset Disease in Newborns, Number 782.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Phụ lục

ĐỊNH NGHĨA NGUY CƠ PHẢN ỨNG PHẢN VỆ VỚI PENICILLIN

Nguy cơ phản ứng phản vệ	Định nghĩa
Thấp	a) Phát ban nhưng không có triệu chứng toàn thân: phát ban thường xảy ra vài ngày sau khi tiếp xúc ban đầu với Penicillin và chỉ giới hạn ở da (không xảy ra ở niêm mạc, lòng bàn tay và lòng bàn chân). Có thể bị ngứa nhẹ nhưng không nổi mề đay. b) Tiền sử gia đình bị dị ứng Penicillin nhưng không có tiền sử cá nhân dị ứng Penicillin. c) Cá nhân có tiền sử dị ứng Penicillin nhưng không nhớ các triệu chứng hoặc phương pháp điều trị.
Cao	a) Tiền sử phát ban nổi mề đay, viêm ngứa dữ dội, sốc phản vệ, phù mạch, phù thanh quản, suy hô hấp, tụt huyết áp… Các phản ứng này thường xảy ra trong vòng 1-6 giờ sau khi tiếp xúc với Penicillin. b) Các phản ứng muộn hiếm gặp như tăng bạch cầu ái toan và các triệu chứng toàn thân/hội chứng quá mẫn do thuốc, hội chứng Stevens-Johnson, hoặc hoại tử biểu bì. Các phản ứng này thường xảy ra trong vòng vài ngày đến vài tuần sau khi điều trị với Penicillin. c) Phản ứng tái phát, phản ứng với nhiều loại kháng sinh beta-lactam hoặc kết quả xét nghiệm có phản ứng da với Penicillin dương tính.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

THAI KỲ VỚI MẸ RHESUS ÂM

- Một thai kỳ với mẹ Rhesus (Rh) âm cần chuẩn bị dự phòng:
  + Bệnh lý tán huyết ở thai kỳ sau.
  + Tình trạng băng huyết sau sinh (BHSS) cần truyền máu cho mẹ ở lần sinh này.
  + Tình trạng tán huyết bé sau sinh.

I. TIÊM PHÒNG ANTI-D IMMUNOGLOBULIN DỰ PHÒNG BỆNH LÝ TÁN HUYẾT CHO THAI KỲ SAU

1.1. Thai phụ đến khám thai lần đầu tiên cần thử nhóm máu và yếu tố Rhesus trong xét nghiệm thường quy

- Đối với những thai phụ có Rh âm: xét nghiệm (XN) yếu tố Rh cho cha bé. Nếu cha bé cũng Rh âm thì không cần tiêm Anti-D. Nếu cha bé Rh dương hay không xác định được nhóm máu của người cha thì thai phụ cần được XN kháng thể Anti-D.
- Xét nghiệm tìm kháng thể Anti-D: khoảng tuần thứ 20-28.
  + Có Anti-D: sau sinh bé cần được gởi khoa Sơ sinh để đề phòng thiếu máu tán huyết cho bé và thai phụ cần được theo dõi sát thai kỳ.
  + Nếu thai phụ Rh âm không có kháng thể Anti-D nên được tiêm dự phòng Anti-D immunoglobulin.

1.2. Đối với thai phụ Rh âm mang thai lần đầu thuộc đối tượng tiêm Anti-D (cha bé Rh dương hoặc thai phụ không có kháng thể Anti-D)

- Trước tuần lễ 28 của thai kỳ không xử trí gì khác ngoài việc khám thai theo quy trình.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Tuần 28 thai kỳ: tiêm một liều Anti-D Ig.
- 34 tuần tiêm nhắc lại.
- Trong vòng 72 giờ sau sinh tiêm nhắc lại (sau khi lấy máu XN Kleihauer).
- Tiêm trong trường hợp mẹ truyền máu có Rh dương trong vòng 72 giờ được truyền máu.

Liều: tiêm bắp (cơ Delta) 1000 UI (200 mcg) hoặc 1250 UI (250 mcg) Anti-D mỗi lần tiêm, hoặc tiêm 1 liều duy nhất Anti-D Ig 300 mg lúc thai 28 - 34 tuần.

II. DỰ PHÒNG CHO MẸ TRONG CUỘC SINH, CHUẨN BỊ MÁU HIẾM

- Trong cuộc chuyển dạ, không thể lường trước được tai biến có thể xảy ra hay không. Nếu có BHSS, việc truyền máu khác nhóm (truyền máu Rh dương cho người Rh âm) sẽ gây nguy hiểm. Vì vậy việc chuẩn bị máu cùng nhóm và cùng yếu tố Rh là điều cần thiết.
- Tư vấn thai phụ về nguy cơ BHSS và việc truyền máu khác nhóm.
- Cho thai phụ nhập viện trước ngày dự sinh 10 ngày để chuẩn bị 2 đơn vị máu hiếm. Nếu không sử dụng cũng sẽ không được hoàn trả tiền máu.

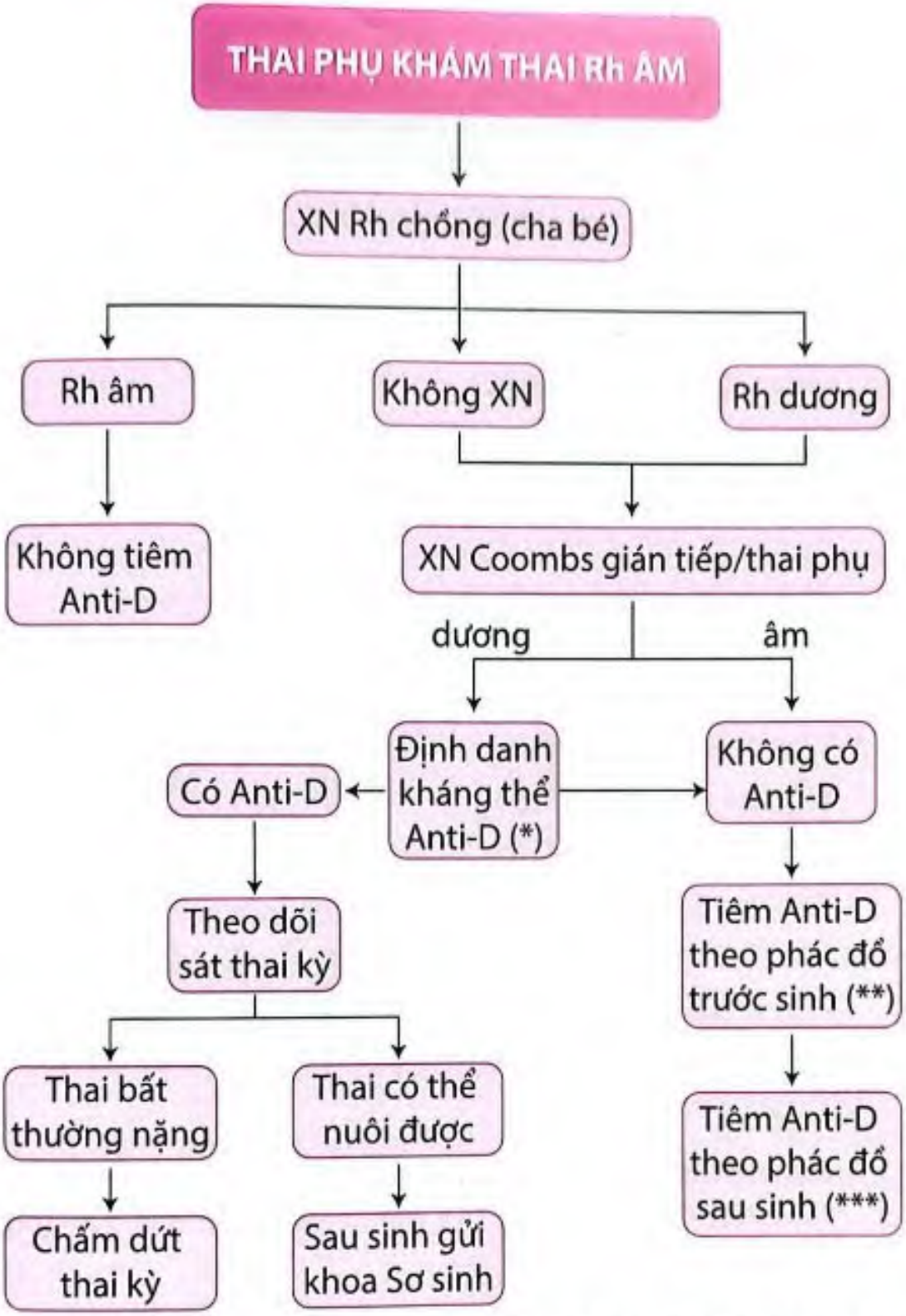
III. CHUẨN BỊ CHO BÉ SAU SINH

Ngay sau sinh: lấy máu rốn của thai nhi (từ những bà mẹ có Rh âm) làm những XN: nhóm máu ABO-Rh, định lượng Hb, Bilirubin và test Coombs của bé.

Bé cần được gửi khoa Sơ sinh để đề phòng theo dõi tình trạng thiếu máu tán huyết.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner



(*) XN định danh kháng thể Anti-D: thực hiện lúc thai 20-28 tuần.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

(**) Chỉ định dùng Anti-D Ig trước sinh:

Anti-D dùng trong những trường hợp thai phụ có Rh âm không có kháng thể Anti-D ngay sau bất cứ nguy cơ truyền máu thai nhi - mẹ sau đây:

- Kết thúc thai kỳ: nội hoặc ngoại khoa.
- Thai ngoài tử cung.
- Hút nạo buồng tử cung sau sẩy thai.
- Dọa sẩy thai sau 12 tuần.
- Sẩy thai sau 12 tuần.
- Thủ thuật xâm lấn trước sinh như chọc ối, sinh thiết gai nhau, lấy mẫu máu thai.
- Xuất huyết trước chuyển dạ.
- Ngoại xoay thai.
- Chấn thương bụng kín.
- Thai chết trong tử cung.
- Sinh bé mang Rh dương.

Thời điểm dùng Anti-D Ig:

- Các thai kỳ bình thường: Trong quý 3 thai kỳ thường có sự truyền máu tiềm ẩn giữa mẹ và thai. Do đó, cần tiêm Anti-D:
  + Tuần 28-34 thai kỳ.
  + Ngay sau sinh (càng sớm càng tốt, nên trước 72 giờ) đối với bé có Rh dương.
- Đối với các trường hợp có nguy cơ truyền máu mẹ - thai kể trên, tiêm Anti-D ngay sau bất kỳ nguy cơ nào (càng sớm càng tốt).
- Với các thai kỳ tiếp diễn đến lúc sinh nên tiêm nhắc lại vào các thời điểm 28 - 34 tuần và ngay sau sinh.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Lưu ý

- Đối với sẩy thai tự phát trước 12 tuần không kèm hút nạo thì không cần sử dụng Anti-D.
- Với dọa sẩy thai sau 12 tuần, nếu còn ra huyết ít nên dùng liều nhắc lại Anti-D sau mỗi 6 tuần.
- Mẹ nhập viện trước dự sinh 7-10 ngày để chuẩn bị máu hiếm.

(***) Chỉ định dùng Anti-D Ig sau sinh:

- Ngay sau sinh, nên lấy máu dây rốn XN nhóm máu ABO và Rh. Nếu Rh bé dương cần tiêm ngay cho mẹ một liều Anti-D. Nếu Rh bé âm, không cần tiêm.
- Nên làm XN Kleihauer/máu mẹ (lấy máu mẹ càng sớm càng tốt, nên lấy trong vòng 2 giờ sau sinh và trước khi tiêm Anti-D) để định lượng hồng cầu thai nhi trong tuần hoàn mẹ. Nếu lượng lớn hơn 4 mL cần thêm lượng Anti-D theo tính toán.

Chỉ định dùng Anti-D nếu cần truyền máu Rh dương khẩn cấp (tổng lượng truyền không quá 20% lượng máu cơ thể): trong vòng 72 giờ được truyền máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. NICE (2002), Nice issues guidance for RhD-negative women during pregnancy, 024. Issued:10th May 2002.
2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (1999), Use of Anti-D mmunoglobulin for Rh prophylaxis.
3. Joint Working Group of the British Blood Transfusion Society and the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (1999), Recommendations for the use of Anti-D immunoglobulin for Rh Prophylaxis, Transfusion Medicine, 9: 93-97.
4. Wray J, Vause S, Maresh M (1999), Maternity Care Audit; Management of women who are RhD negative in Northern Ireland, Project Report for DHSS Northern Ireland, RCOG, Clinical Audit Unit, Manchester.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

05 CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện sớm những thai kỳ bị dị tật bẩm sinh (DTBS) nặng, bệnh lý gen hoặc những trẻ giảm thiểu trí tuệ: hội chứng Down, Trisomy 13, Trisomy 18, bệnh Thalassemia,... từ đó tư vấn cho thai phụ và gia đình hướng kết thúc thai kỳ nhằm giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội.
- Việc chẩn đoán sớm những khuyết tật có thể sửa chữa được sau sinh như sứt môi, chẻ vòm, tay chân khoèo,... sẽ giúp chuẩn bị tâm lý tốt hơn cho vợ chồng.

II. CÁC BƯỚC SÀNG LỌC VÀ CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH THEO TUỔI THAI

2.1. Khám thai lần đầu tiên

- Khi có tim thai, người mẹ được cho làm một số xét nghiệm để đánh giá sức khỏe bản thân và nguy cơ cho thai nhi: huyết đồ, đường huyết, nhóm máu, yếu tố Rhesus, HBsAg, HIV, VDRL, Rubella (IgM và IgG).
- Tầm soát bệnh Thalassemia thai nhi bằng xét nghiệm huyết đồ của bố mẹ.

2.2. Sàng lọc và chẩn đoán trước sinh 3 tháng đầu

- Tuần thứ 11-13 tuần 6 ngày: đo độ mờ gáy, kết hợp độ mờ gáy với tuổi mẹ và Double test (PAPP-A (Pregnancy Associated Plasma Protein A) và free β-hCG) để đánh giá nguy cơ hội chứng Down, Trisomy 18 và Trisomy 13. Với những đối tượng thuộc nhóm nguy cơ cao, được tư vấn sinh thiết gai nhau làm nhiễm sắc thể đồ.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Siêu âm khoảng thời gian này có thể phát hiện những dị tật nặng nề của thai như: vô sọ, nang bạch huyết vùng cổ thai nhi, cụt chi. Khi có những DTBS nặng nề này, tư vấn thai phụ và gia đình kết thúc thai kỳ.

2.3. Sàng lọc và chẩn đoán trước sinh 3 tháng giữa

- Tuần thứ 14-21, nếu chưa được sàng lọc 3 tháng đầu: làm Triple test (AFP, free β-hCG và uE3) tầm soát nguy cơ hội chứng Down, Trisomy 18 và khuyết tật ống thần kinh thai nhi.
- Tuần thứ 21-24: siêu âm khảo sát hình thái học. Với những đối tượng thuộc nhóm nguy cơ cao được tư vấn xét nghiệm dịch ối để chẩn đoán bệnh lý di truyền và bệnh lý gen. Với những DTBS nặng nề như não úng thủy, bất sản thận hai bên, tim bẩm sinh nặng,... tư vấn thai phụ và gia đình chấm dứt thai kỳ.

2.4. Tuổi thai muộn hơn

- 3 tháng cuối thai kỳ: siêu âm có vai trò trong chẩn đoán thai chậm tăng trưởng trong tử cung, nhau tiền đạo, nhau cài răng lược,...

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

06 CHỈ ĐỊNH SINH THIẾT GAI NHAU/CHỌC Ố KHẢO SÁT RỐI LOẠN NHIỄM SẮC THỂ VÀ BỆNH LÝ DI TRUYỀN PHÂN TỬ THAI NH

I. SÀNG LỌC QUÝ I

Áp dụng cho tất cả thai phụ đến khám thai trong 3 tháng đầu thai kỳ.

- Kết quả xét nghiệm phối hợp theo Hội Y học bào thai (the Fetal Medicine Foundation - FMF) (độ mờ da gáy (ĐMDG) + PAPP-A và β-hCG) ≥ 1/250.
- Nếu kết quả sàng lọc quý 1 có nguy cơ thấp (< 1/250) nhưng siêu âm hình thái học quý 2 có bất thường, nguy cơ hiệu chỉnh sẽ thay đổi tùy theo từng loại bất thường như bảng 1 hoặc bảng 2. Kết quả nguy cơ sau cùng ≥ 1/250: có chỉ định chọc ối.

Bảng 1. Tỷ số nguy cơ (LR) của dấu chứng đơn độc trên siêu âm

Dấu chứng siêu âm	Tỷ số nguy cơ
Bất/thiểu sản xương mũi	x 41
Da gáy dày	x 10
Não thất bên dãn	x 5
Xương cánh tay ngắn	x 4
Ruột echo dày	x 3
Xương đùi ngắn	x 1,5
Ổ echo dày trong tim	x 1
Dãn bể thận	x 1
Nang đám rối mạng mạch	x 1
Dị tật thai (thoát vị rốn, kênh nhĩ thất, hẹp tá tràng)	x 5,2

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Bảng 2. Tỷ số nguy cơ (LR) của hai dấu chứng trên siêu âm

	Ổ echo dày/tim	Dãn bể thận	Xương cánh tay ngắn	Xương đùi ngắn	Ruột echo dày	Da gáy dày
Ổ echo dày trong tim	-	x 8	x 15	x 30	x 25	x 80
Dãn bể thận	x 8	-	x 10	x 30	x 25	x 80
Xương đùi ngắn	x 15	x 10	-	x 50	x 40	x 100
Xương cánh tay ngắn	x 30	x 30	x 50	-	x 100	x 300
Ruột echo dày	x 25	x 25	x 40	x 100	-	x 200
Da gáy dày	x 80	x 80	x 100	x 300	x 200	-

II. SÀNG LỌC QUÝ II

Áp dụng cho những thai phụ đến khám ở tuổi thai từ 14-21 tuần.

- Nguy cơ hội chứng Down kết hợp tuổi mẹ và Triple test

+ Nguy cơ cao ≥ 1/250: chọc ối.

+ Nguy cơ < 1/350: khám thai định kỳ và siêu âm hình thái học ở tuổi thai 20-22 tuần. Nếu có dấu chứng bất thường trên siêu âm, nguy cơ ban đầu sẽ được hiệu chỉnh lại theo tỷ số nguy cơ của từng dấu chứng hoặc hai dấu chứng (bảng 1 và bảng 2), nếu kết quả cuối cùng > 1/250: có chỉ định chọc ối.

+ Nếu kết quả siêu âm hình thái học bình thường, nguy cơ ban đầu sẽ giảm đi 1/3.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

III. KHÁM THAI SAU 21 TUẦN

- Không làm Triple test.
- Nguy cơ ban đầu là nguy cơ theo tuổi mẹ.

Tuổi	Nguy cơ
35	1/302
36	1/238
37	1/185
38	1/142
39	1/108
40	1/82
41	1/62
42	1/46

- Nguy cơ hiệu chỉnh tùy kết quả siêu âm.
- Kết quả siêu âm bình thường: nguy cơ giảm 1/3.

Ví dụ: sản phụ 38 tuổi, nguy cơ ban đầu theo tuổi mẹ là 1/142.

+ Kết quả siêu âm bình thường nguy cơ sẽ giảm đi 1/3 thành 1/426.
+ Kết quả siêu âm bất thường, nguy cơ sẽ thay đổi tùy theo tỷ lệ tăng lên của mỗi loại bất thường ở bảng 1 và 2.

Ví dụ: sản phụ 35 tuổi, nguy cơ là 1/302, siêu âm có da gáy dày sẽ tăng nguy cơ lên 10 lần nên nguy cơ hiệu chỉnh là 1/30.

IV. NHỮNG CHỈ ĐỊNH ĐẶC BIỆT

- Bố mẹ mang rối loạn cấu trúc nhiễm sắc thể.
- Tiền sử sinh con bị Thalassemia.
- Xét nghiệm huyết đồ nghi ngờ Thalassemia.
- Theo yêu cầu của thai phụ và gia đình.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

CHỈ ĐỊNH CHẤM DỨT THAI KỲ CÁC TRƯỜNG HỢP THAI BỊ DỊ TẬT BẨM SINH NẶNG

I. CHỈ ĐỊNH TUYỆT ĐỐI

1.1. Dị tật bẩm sinh nặng phát hiện qua siêu âm

- Đầu mặt cổ

+ Vô sọ

+ Não úng thủy nặng: lượng dịch chiếm > 1/2 thể tích hộp sọ hoặc nhu mô não bị phá hủy

+ Chẻ não

+ Holoprosencephaly: một não thất duy nhất

+ Thoát vị não - màng não khi khối thoát vị có nhu mô não và tuổi thai < 26 tuần. Nếu khối thoát vị chỉ có dịch não tủy hoặc tuổi thai > 26 tuần cần hội chẩn tiền sản, hội chẩn chuyên khoa ngoại thần kinh, phẫu nhi

+ Nang bạch huyết vùng cổ thai với tuổi thai < 26 tuần. Đối với tuổi thai > 26 tuần nên chọc ối

- Cột sống

+ Tật nứt đốt sống có kèm thoát vị tủy, màng tủy với tuổi thai < 26 tuần

+ Cột sống biến dạng: gù vẹo, gập góc khi tuổi thai < 26 tuần

+ Với thai kỳ có những dị tật trên nhưng tuổi thai > 26 tuần cần hội chẩn chuyên khoa ngoại thần kinh, phẫu nhi

- Ngực

+ Tim: không có vách liên nhĩ hoặc vách liên thất (có kết quả siêu âm tại Viện Tim); thiểu sản tim trái

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Bụng
  + Thoát vị rốn với khối thoát vị đường kính > 1/2 đường kính ngang bụng có chứa gan + ruột với tuổi thai < 26 tuần
  + Hở thành bụng: các tạng: ruột, gan ra ngoài thành bụng
- Chi
  + Cụt chi: không có xương cánh tay/chân và xương cẳng tay/chân (cả tay và chân)
  + Bệnh tạo xương bất toàn
- Đa DTBS
- Thai tích dịch
  + Thai tích dịch có tim to hoặc thiểu niệu với tuổi thai < 26 tuần

1.2. Những rối loạn di truyền và đột biến gen

- Trisomy 13 (hội chứng Patau)
- Trisomy 18 (hội chứng Edwards)
- Trisomy 21 (hội chứng Down)
- Hội chứng Turner (monosomy X)
- Thai nhi bị Thalassemia hoặc Thalassemia đồng hợp tử được chẩn đoán qua xét nghiệm dịch ối

II. CHỈ ĐỊNH TƯƠNG ĐỐI

Những dị tật như: sứt môi chẻ vòm, chi ngắn, thoát vị hoành, song thai dính, hở thành bụng chiếm 1/2 thành bụng trước... không gây chết người hoặc không ảnh hưởng nặng nề đến cuộc sống sau này nhưng vì yêu cầu tha thiết của gia đình.

Quy ước

- Nếu có 1 trong 2 yếu tố bất thường sẽ tư vấn theo hướng xử trí tiếp theo của bất thường.
- Thai phụ hoặc thai kỳ có yếu tố bất thường sẽ theo dõi thai tại khoa Chăm sóc trước sinh để đánh giá kết cục thai kỳ.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

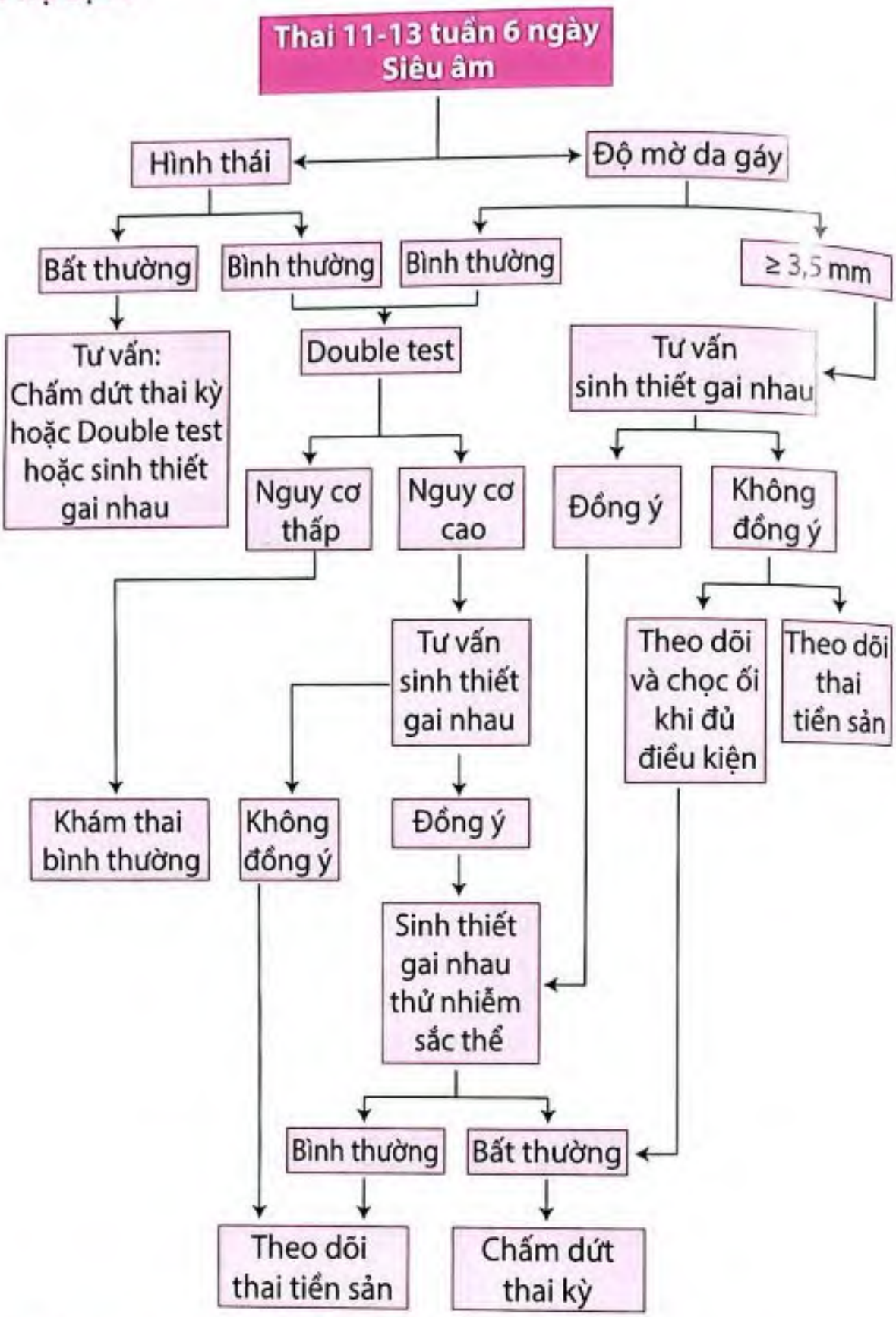
TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada (2001), Clinical practice guidelines, Canadian guidelines for prenatal diagnosis No. 105, July 2001.
2. Guideline prenatal screening for Down syndrome (2010), Trisomy 18 and open neural tube defects, January 2010.
3. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (2005), Clinical practice guidelines, Amended Canadian Guideline for prenatal diagnosis, Techniques for prenatal diagnosis.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

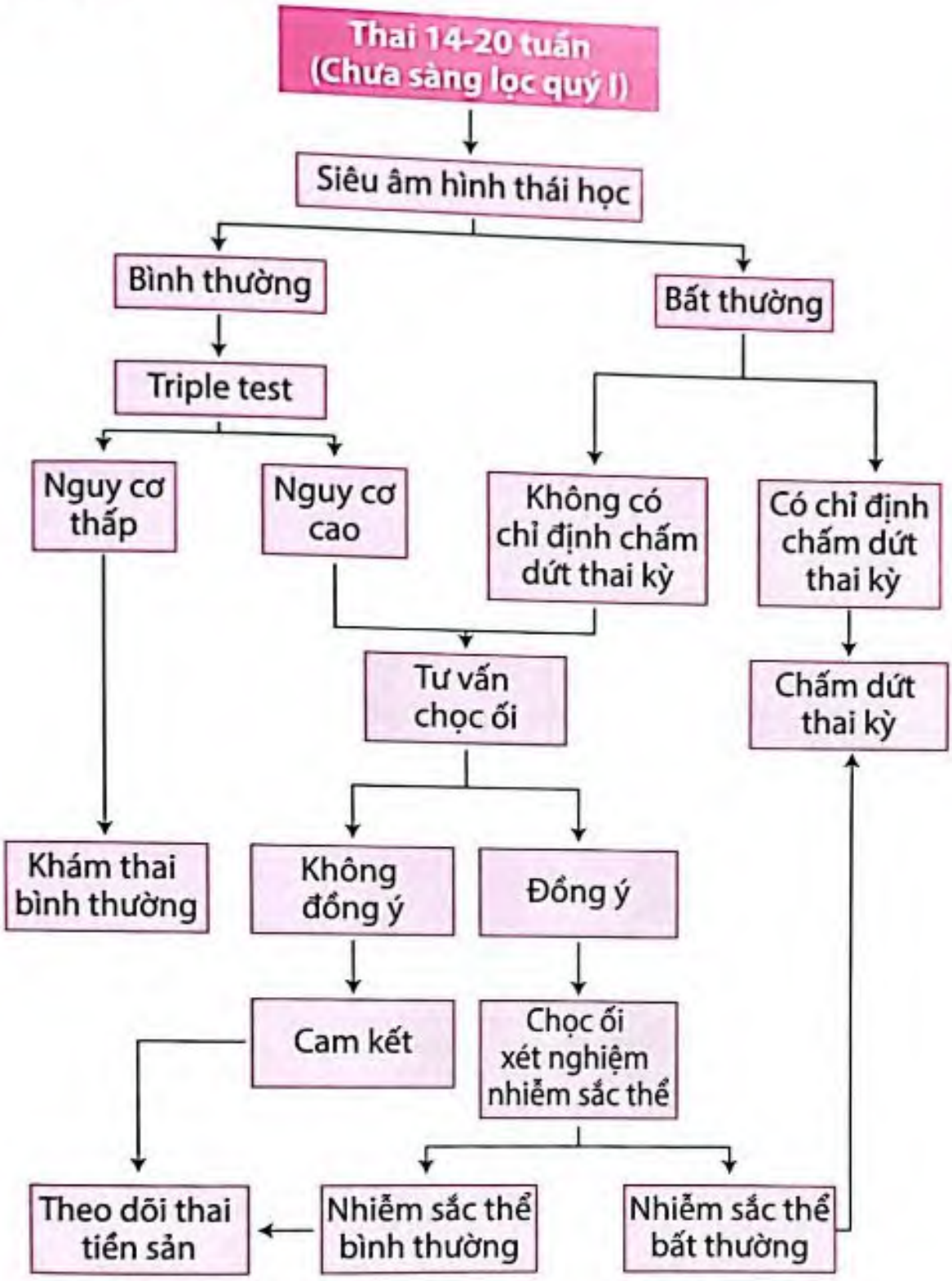
Phụ Lục I



Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

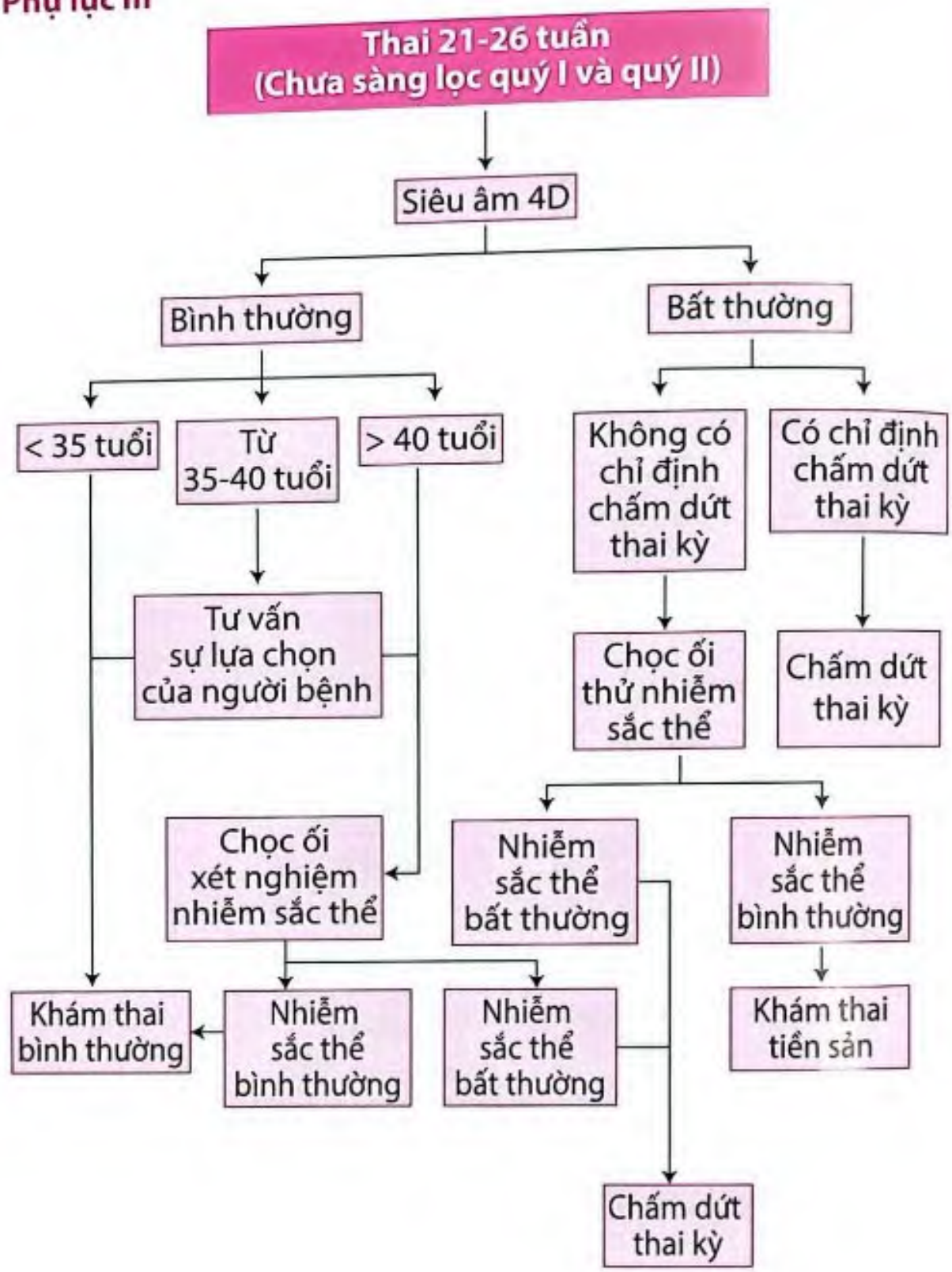
Phụ lục II



Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Phụ lục III



Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

TẮC MẠCH ỐI

I. ĐẠI CƯƠNG

Tắc mạch ối là một biến chứng sản khoa rất nguy hiểm, tỷ lệ tử vong cao, chiếm tỉ lệ 1-12/100.000 ca sinh, xảy ra trong khi mang thai hoặc sau khi sinh xong, không thể đoán trước và không thể dự phòng được.

Tắc mạch ối là do nước ối, tế bào của thai nhi, chất gây, tóc, lông tơ hoặc các mảnh mô khác lọt vào tuần hoàn của người mẹ, gây ra suy tuần hoàn và suy hô hấp cấp tính.

Thời điểm xảy ra tắc mạch ối cũng rất khác nhau tùy trường hợp:

- 12% trường hợp xảy ra tắc mạch ối khi màng ối còn nguyên.
- 70% trường hợp xảy ra trong chuyển dạ.
- 11% trường hợp xảy ra sau sinh qua đường âm đạo.
- 19% trường hợp xảy ra trong mổ lấy thai khi đã có chuyển dạ hay khi chưa có chuyển dạ.

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Sản phụ trên 35 tuổi
- Con rạ nguy cơ cao hơn con so
- Mổ lấy thai, sinh có can thiệp thủ thuật forceps, giác hút, chọc ối
- Đa ối, đa thai, nhau tiền đạo, nhau bong non, sản giật....
- Tổn thương tử cung hoặc cổ tử cung
- Suy thai, thai lưu
- Chuyển dạ với cơn gò cường tính, chuyển dạ được giục sinh

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

III. CƠ CHẾ BỆNH SINH

Hiện vẫn chưa biết một cách chính xác cơ chế bệnh sinh của tắc mạch ối. Khi dịch ối vào tuần hoàn mẹ thông qua hệ thống tĩnh mạch nơi nhau bám hoặc nơi có tổn thương tử cung, gây ra bệnh cảnh sốc tim, suy hô hấp giống như một sốc phản vệ.

IV. CHẨN ĐOÁN

4.1. Lâm sàng

- Xuất hiện đột ngột, thường trong lúc chuyển dạ, lúc sinh hoặc sau khi sinh; hiếm xảy ra sau 48 giờ sau sinh.
- Khởi đầu là suy hô hấp, tím tái xảy ra đột ngột trong vài phút và tiếp đến là tụt huyết áp, phù phổi, choáng, biểu hiện thần kinh như: mất ý thức và co giật.

4.2. Cận lâm sàng

Các xét nghiệm phục vụ chẩn đoán:

- Công thức máu, đông máu toàn bộ, xét nghiệm khí máu động mạch.
- X quang phổi: thường không tìm thấy dấu hiệu đặc hiệu, có thể quan sát thấy dấu hiệu phù phổi.
- Điện tâm đồ: có thể thấy nhịp tim nhanh, phần ST và sóng T thay đổi. Tùy từng trường hợp, có thể chỉ định các xét nghiệm chuyên biệt khác.

4.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán

- Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ và Anh khuyến cáo 4 tiêu chuẩn chẩn đoán tắc mạch ối như sau:

+ Tụt huyết áp hay sốc tim

+ Thiếu oxy cấp tính và suy hô hấp

+ Hôn mê hoặc co giật

+ Đông máu nội mạch lan tỏa (DIC)

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Các triệu chứng trên thường xảy ra trong chuyển dạ, lúc sinh hoặc trong vòng 30 phút sau sinh mà không có các lý giải khác cho các dấu hiệu này.

4.4. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với ba nhóm nguyên nhân: sản khoa, gây mê và không liên quan đến sản khoa.

- Liên quan đến sản khoa: nhau bong non, vỡ tử cung, đờ tử cung, sản giật, bệnh cơ tim chu sinh.
- Liên quan đến gây mê: vô cảm cột sống cao, nhiễm độc cục bộ do vô cảm.
- Không liên quan đến sản khoa: thuyên tắc phổi, thuyên tắc khí, sốc phản vệ, sốc nhiễm trùng, phản ứng truyền máu, nhồi máu cơ tim.

4.5. Chẩn đoán xác định

Dựa vào kết quả mổ tử thi: tìm thấy tế bào của thai và thành phần nước ối trong động mạch phổi mẹ.

V. XỬ TRÍ

5.1. Nguyên tắc xử trí

- Hồi sức tích cực
- Phối hợp giữa Sản khoa, Gây mê Hồi sức (GMHS) và Nhi khoa.

5.2. Về mặt GMHS: kiểm soát và hỗ trợ hô hấp - tuần hoàn:

- Duy trì cung cấp oxy cho sản phụ (đặt nội khí quản, thở máy).
- Đặt hơn 2 đường truyền TM, nâng huyết áp bằng dung dịch cao phân tử.
- Hồi sức tim nếu ngừng tim.
- Truyền máu và các chế phẩm của máu nếu kết quả đông máu không tốt kèm chảy máu dữ dội: truyền máu toàn phần hay khối hồng cầu và huyết tương,...

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

5.3. Về mặt sản khoa

- Cho sinh ngay.
- Tùy từng trường hợp cụ thể để có chỉ định phù hợp.

5.4. Về mặt nhi khoa: hồi sức sơ sinh tích cực.

VI. BIẾN CHỨNG

- Tử vong mẹ (lên đến 90%), tử vong con (20-60%).
- Hậu quả về tinh thần và vận động cho mẹ và con do thiếu oxy não.
- Hội chứng Sheehan: chảy máu nặng có thể dẫn tới hoại tử một phần hoặc toàn bộ thùy trước tuyến yên gây suy tuyến yên, biểu hiện bằng dấu hiệu vô kinh, rụng lông, rụng tóc, suy tuyến giáp, suy tuyến thượng thận, mất sữa.
- Biến chứng khác: sự mất máu nhiều gây ảnh hưởng tới sức khỏe và tinh thần của sản phụ, có thể gây suy gan, suy thận, suy đa tạng, rối loạn đông máu và dễ nhiễm khuẩn hậu sản. Bên cạnh đó, việc truyền máu điều trị chảy máu sau sinh làm tăng các nguy cơ và biến chứng của truyền máu.

VII. DỰ PHÒNG

Chưa có biện pháp dự phòng do hiện vẫn chưa rõ nguyên nhân nước ối vào hệ tuần hoàn chỉ xảy ra ở một số ít người mà không xảy ra ở nhiều người khác cũng như không biết vai trò của mức độ, số lượng mảnh mô thai, loại mảnh mô thai (có chứa kèm theo phân su hay không) hay một số yếu tố nào đó của người mẹ nên tắc mạch ối chỉ xảy ra ở một số ít phụ nữ.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4128/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản" ngày 29/7/2016.
2. Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh (2020), Quy trình cấp cứu nghi thuyên tắc ối trong Sản khoa.
3. Royal College of Obstetricians & Gynecologists (2011), Maternal Collapse in Pregnancy and the Puerperium, Green-top Guideline No. 56.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Phụ lục
QUY TRÌNH CẤP CỨU NGHI THUYÊN TẮC Ối

Sản phụ đột ngột có ít nhất một trong 3 dấu hiệu
1. Tím tái, khó thở, ngưng thở, $SpO_2 \leq 90\%$
2. Ngưng tim; mạch nhanh, nhẹ; huyết áp tụt
3. Chảy máu không có cục máu đông

Hồi sức khẩn cấp

Tất cả các cơ sở

1. Hồi sức cơ bản
   - Thở oxy/làm thông đường thở, giúp thở qua mặt nạ/nội khí quản
   - Đặt 2 đường truyền/vận mạch để duy trì huyết áp
   - Hồi sức ngưng hô hấp tuần hoàn
   - Sốc điện khi có chỉ định
2. Đẩy TC sang trái, hồi sức thai để sinh ngay

Bệnh viện có phòng mổ

3. Sinh giúp hoặc sinh mổ khẩn cấp tùy điều kiện
4. Kiểm soát chảy máu nội khoa/ngoại khoa
   - Cho thuốc gò TC
   - Bóng chèn lòng TC
   - Khâu cầm máu tử cung hoặc thắt ĐMTC hoặc thắt ĐMHV
   - Thuyên tắc ĐMTC
   - Cắt TC
   - DIC trong TTO không chống chỉ định dùng thuốc kháng đông
5. Kháng sinh phổ rộng đường tĩnh mạch

Bệnh viện đa khoa tuyến cuối

6. Hồi sức chuyên sâu
   - CRRT, thay huyết tương
   - ECMO/CPS
   - Hạ thân nhiệt chỉ huy
   - Lọc thận

Ê kíp tại chỗ

- Gọi người hỗ trợ khẩn cấp
- Thông báo tình trạng nguy kịch cho thân nhân

Sản khoa

1. Hồi sức tích cực
2. Sinh ngay lập tức
   - Sinh ngả âm đạo với dụng cụ: sinh hút hoặc sanh kềm tùy điều kiện cho phép
   - Hoặc mổ lấy thai ngay
3. Kiểm soát BHSS tích cực nội khoa/ngoại khoa
   - Cho thuốc gò TC
   - Bóng chèn lòng TC
   - Khâu cầm máu B-Lynch cải tiến, thắt ĐMTC, thắt ĐMHV
   - Cắt TC nếu các giải pháp trên không hiệu quả
   - Thuốc
     + Hydrocortisone 100-200 mg TMC
     + Acid tranexamic 1 g TMC hoặc BTĐ 40 mL/giờ
4. Kháng sinh phổ rộng TMC
5. Tìm tế bào nuôi, hợp bào nuôi, các sản phẩm ối (chất sừng, lông, tóc,...) trong tĩnh mạch vùng cổ - thân TC (nếu cắt TC)

Gây mê hồi sức

1. Đánh giá hô hấ và thông khí cơ học
2. Điều trị rối loạ nhịp, sốc điện (nế có chỉ định)
3. Siêu âm tim qua ng thực quản để đánh g dãn thất phải và tì dấu hiệu gợi ý TTO
4. Xét nghiệm
   - Tryptase (từ 1-6 gi sau khi xuất hiện triệ chứng), tìm tế bào th nhi và các sản phẩm trong máu mẹ
   - Sinh hoá máu: m 6-8 giờ
   - Phân tích tế bà máu, PT, APTT, INR fibrinogen
   - Khí máu động mạch - khí máu tĩn mạch
   - Điện giải - thông s canxi máu, lactate m

Phòng mổ

1. Sẵn sàng phòng mổ và ê kíp phẫu thuật
2. Chuẩn bị máy khử rung
3. Phân công nhiệ vụ
   - Đặt đường truyề tĩnh mạch, CVC, đo huyết áp động mạch xâm lấn (nếu được)
   - Nhận, kiểm tra t máu
   - Lấy mẫu xét nghiệ
   - Hồi sức ngưng hô hấp tuần hoàn (nếu có)
   - X quang phổi tạ giường
   - Siêu âm tim tại giường
   - Thông báo và gi thích cho thân nhâ người bệnh

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Nghi thuyên tắc ối

- Báo động đỏ nội viện
- Báo động đỏ liên viện

Huy động phối hợp các chuyên khoa

Phòng mổ

1. Sẵn sàng phòng mổ và ê kíp phẫu thuật
2. Chuẩn bị máy khử rung
3. Phân công nhiệm vụ
   - Đặt đường truyền tĩnh mạch, CVC, đo huyết áp động mạch xâm lấn (nếu được)
   - Nhận, kiểm tra túi máu
   - Lấy mẫu xét nghiệm
   - Hồi sức ngưng hô hấp tuần hoàn (nếu có)
   - X quang phổi tại giường
   - Siêu âm tim tại giường
   - Thông báo và giải thích cho thân nhân người bệnh

Hồi sức sơ sinh

1. Chuẩn bị sẵn sàng nhân sự và dụng cụ cho hồi sức sơ sinh nâng cao
2. Theo dõi, phát hiện kịp thời dấu hiệu nặng, nguy kịch
3. Hồi sức sau sinh theo phác đồ
4. Chuyển về khoa Sơ sinh

Ngân hàng máu

1. Chuẩn bị truyền máu khối lượng lớn
2. Cung cấp các chế phẩm máu (HCL, HTĐL, KTL, tiểu cầu đậm đặc)
3. Kiểm tra nhóm máu và phản ứng chéo
4. Đăng ký máu khẩn cấp: 8 đơn vị HCL + 8 đơn vị HTĐL + 2 túi KTL + 2 cúp tiểu cầu. Truyền ½ số lượng trên, kiểm tra đánh giá lại lâm sàng và sinh học
5. Cân nhắc sử dụng kháng đông (DIC trong TTO không chống chỉ định)
6. Báo động đỏ liên viện, yêu cầu cung cấp máu, chế phẩm máu và hỗ trợ truyền máu lâm sàng (Bệnh viện Truyền máu - Huyết học TP. HCM)

Hồi sức tích cực chống độc

1. Kiểm tra CVC, đo huyết áp động mạch xâm lấn
   - Dịch truyền
   - Thuốc vận mạch:
     + Noradrenalin BTĐ 0,2-1,3 µg/kg/phút
     + Adrenalin BTĐ 0,1 µg/kg/phút
   - Suy thất phải:
     + Sidenafil 20mg qua sonde dạ dày (mỗi 12 giờ)
     + Milrinone (0,375-0,75 µg/kg/phút)
     + Nitric oxide (20-50 ppm)
   - Suy thất trái:
     + Dobutamin 2,5-5,0 µg/kg/phút
     + Hoặc Adrenalin 1,3 µg/kg/phút
2. Chăm sóc đặc biệt
   - Thông khí cơ học
   - Kháng đông
4. Xem xét các chỉ định hồi sức chuyên sâu

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

09 VỠ TỬ CUNG

I. MỞ ĐẦU

- Vỡ tử cung (TC) là một trong 5 tai biến sản khoa, có thể gây tử vong cho thai nhi và sản phụ. Vỡ TC có thể xảy ra trong thời kỳ mang thai, nhưng thường gặp nhất trong chuyển dạ.
- Vỡ TC có triệu chứng điển hình là do sự vỡ tất cả các lớp của TC mà không phải do phẫu thuật, thường kèm chảy máu, có thể tống xuất một phần hoặc tất cả các phần thai vào ổ bụng.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Vỡ tử cung trong thai kỳ

Thường xảy ra trên TC có sẹo mổ cũ hoặc dị dạng.

a) Triệu chứng cơ năng

- Đột ngột đau nhói vùng TC, nhất là chỗ mổ cũ, có thể ra huyết âm đạo.
- Có thể có triệu chứng của choáng.

b) Triệu chứng thực thể

- Tổng trạng: có thể có dấu hiệu choáng.
- Nhìn: bụng có thể có sẹo mổ cũ, có thể biến dạng, lình phình.
- Sờ nắn:
  + Sờ thấy các phần thai nhi nằm ngay dưới da bụng, không sờ thấy đáy TC nếu thai bị đẩy ra khỏi buồng TC.
  + Có phản ứng thành bụng.
  + Đau nhói vùng vết mổ cũ (VMC) khi sờ nắn.
  + Gõ đục vùng thấp hoặc gõ đục toàn ổ bụng.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Thai suy hoặc không nghe được tim thai.
- Khám âm đạo có thể không thấy ngôi thai khi thai bị đẩy vào ổ bụng, máu đỏ tươi theo găng.

c) Cận lâm sàng

- Hct giảm.
- Có thể có tăng bạch cầu.
- Siêu âm: dịch ổ bụng, vị trí thai bất thường, duỗi tứ chi, tim thai: nhịp chậm rời rạc hoặc không có.

Lưu ý: trường hợp vết sẹo mổ cũ chỉ mới bị nứt, ít có dấu hiệu điển hình của xuất huyết nội.

2.2. Vỡ TC trong chuyển dạ

2.2.1. Dọa vỡ TC trong thời kỳ chuyển dạ

Chỉ xảy ra trên TC không có sẹo mổ cũ.

a) Triệu chứng cơ năng

- Thai phụ đau bụng nhiều.
- Cơn co TC dồn dập, mạnh.

b) Triệu chứng thực thể

- Vòng Bandl lên cao (cao ngang rốn và trên rốn là sắp vỡ TC), TC có hình quả bầu.
- Dấu hiệu Frommel: hai dây chằng tròn bị kéo dài, căng lên như hai sợi dây đàn.
- Tim thai có thể bình thường, không đều hoặc tim thai chậm.
- Khám âm đạo thấy đầu cao chưa lọt, các dấu hiệu bất xứng đầu chậu; có thể phát hiện các nguyên nhân: khung chậu hẹp, ngôi bất thường.

2.2.2. Vỡ TC

a) Triệu chứng cơ năng

- Sản phụ có dấu dọa vỡ, đột ngột đau nhói sau đó bớt đau nhưng tổng trạng xấu dần.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Choáng: da xanh, niêm nhạt, mạch nhanh nhẹ khó bắt, tụt huyết áp, tay chân lạnh.
- Xuất huyết âm đạo.
- Nước tiểu có thể có màu đỏ.

b) Triệu chứng thực thể

- Triệu chứng tổng quát: có thể có choáng.
- Nhìn: bụng có thể biến dạng, lình phình.
- Sờ nắn:
  + Phản ứng thành bụng.
  + Đau nhói nơi vết vỡ.
  + Sờ thấy thai nhi, không sờ thấy đáy TC nếu thai bị đẩy ra khỏi buồng TC.
- Gõ đục vùng thấp hoặc gõ đục toàn ổ bụng.
- Thai suy hoặc không nghe được tim thai.
- Khám âm đạo có thể không còn thấy ngôi thai, máu đỏ tươi theo găng.
- Trường hợp vỡ TC sau sinh thường, sinh giúp: thấy máu đỏ tươi chảy từ lòng TC, có thể có choáng, soát tử cung phát hiện vết vỡ ở đoạn dưới TC, vết rách cổ tử cung (CTC) lên tới đoạn dưới TC, sẹo mổ cũ không còn nguyên vẹn liên tục, mỏng hoặc đã rách vỡ rộng.

III. XỬ TRÍ

3.1. Dọa vỡ TC

- Lập đường truyền tĩnh mạch với NaCl 9‰ hoặc Lactated Ringer's.
- Thông tiểu.
- Mổ lấy thai cấp cứu.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3.2. Vỡ TC

- Hồi sức tích cực.
- Mổ lấy thai cấp cứu.
- Xử lý tử cung
  + Bảo tồn TC nếu tổng trạng cho phép, tuổi < 40, số con < 2, nứt hoặc vết vỡ đơn giản, chưa có dấu nhiễm trùng.
  + Cắt TC toàn phần nếu choáng nặng, có nhiễm trùng, vết vỡ phức tạp, tuổi ≥ 40, số con ≥ 2.
- Các vấn đề cần lưu ý:
  + Hồi sức chống choáng thật tốt trước, trong và sau phẫu thuật.
  + Kháng sinh phổ rộng, liều cao trước và sau mổ.
  + Nếu bảo tồn TC:
    - Cắt lọc trước khi khâu bảo tồn vết rách do sẹo mổ cũ.
    - Cố gắng phủ được phúc mạc TC.
    - Cần triệt sản nếu người bệnh đủ con.
  + Cẩn thận không làm tổn thương niệu quản 2 bên.
  + Quan sát, phát hiện tổn thương ở các cơ quan lân cận để giải quyết kết hợp kịp thời.
  + Cần theo dõi biến chứng viêm phúc mạc toàn thể hay khu trú trong thời kỳ hậu phẫu.

IV. DỰ PHÒNG

- Quản lý thai tốt, đặc biệt đối với VMC
  + Đánh giá lại thai kỳ và định hướng phương pháp sinh khi thai 38 tuần có VMC.
  + Đối với phụ nữ có vết mổ trên cơ TC ngay sau mổ nên ngừa thai ít nhất 1 năm.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Khi khởi phát chuyển dạ hoặc tăng co phải theo dõi sát cơn gò với monitor sản khoa, phát hiện sớm các dấu hiệu bất xứng đầu chậu, cơn gò cường tính.
- Đối với các thai kỳ có chỉ định mổ lấy thai nên được mổ chủ động hoặc ngay khi bắt đầu có chuyển dạ.
- Khi giúp sinh phải tôn trọng đúng chỉ định, đủ điều kiện và thực hiện đúng kỹ thuật.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

BĂNG HUYẾT SAU SINH

I. ĐỊNH NGHĨA

- Băng huyết sau sinh (BHSS) là tình trạng mất ≥ 500 mL máu sau sinh đường âm đạo hoặc mất ≥ 1000 mL máu sau mổ lấy thai hoặc ảnh hưởng tổng trạng hoặc hematocrit giảm > 10% so với trước sinh.
- Phân loại: nguyên phát (< 24 giờ đầu) và thứ phát (sau 24 giờ đến 12 tuần) (WHO).

II. NGUYÊN NHÂN

- Đờ TC.
- Chấn thương đường sinh dục (đặc biệt là vỡ tử cung (TC)).
- Bất thường về bong nhau, sổ nhau.
- Rối loạn đông máu.

III. CHẨN ĐOÁN

- Đo lượng máu mất bằng túi đo máu lót ngay sau khi sổ thai và ra hết nước ối.
- Dấu hiệu mất máu cấp tính: mệt, vật vã, da xanh, niêm nhạt, vã mồ hôi.
- Thay đổi tổng trạng, sinh hiệu: mạch nhanh, huyết áp tụt.
- TC tăng thể tích.
- Ra huyết âm đạo đỏ tươi lượng nhiều, liên tục.

IV. XỬ TRÍ CHUNG

Hồi sức tích cực + co hồi tử cung + tìm nguyên nhân

- Huy động tất cả mọi người để cấp cứu.
- Thiết lập ít nhất 2 đường truyền tĩnh mạch, catheter 18G cho dịch chảy với tốc độ nhanh.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Đánh giá tình trạng mất máu và thể trạng chung của sản phụ (các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ).
- Nếu nghi ngờ có choáng hoặc bắt đầu có choáng phải xử trí ngay theo phác đồ xử trí choáng.
- Thông tiểu.
- Xoa đáy TC và dùng thuốc co hồi TC:
  + Oxytocin 5 UI 4 ống pha 500 mL dịch tinh thể, tối đa 80 UI.
  + Methylergometrine (maleate) 0,2 mg 1 ống tiêm bắp (TB) hay tiêm vào cơ TC (không tiêm tĩnh mạch), tối đa 5 liều, không sử dụng: tiền căn cao huyết áp, hội chứng Raynaud.
  + Carbetocin 100 mcg 1 ống tiêm mạch chậm (TMC), chỉ một liều duy nhất (khuyến cáo sử dụng dự phòng trong những trường hợp nguy cơ cao BHSS).
  + Prostaglandin E1 (Misoprostol) 200 mcg: 800 mcg đặt hậu môn 1 lần duy nhất, có thể dùng cho người tăng huyết áp hay hen phế quản. Theo dõi nhiệt độ sản phụ vì có thể sốt ≥ 40°C và lạnh run. Sử dụng phối hợp với thuốc gò TC đường tiêm, không sử dụng như thuốc gò duy nhất để điều trị BHSS.
  + Prostaglandin F2α (Carboprost Tromethamine) 250 mcg (tiêm sâu vùng mông), có thể lặp lại sau 30-90 phút nếu cần, tổng liều là 2 mg). Chống chỉ định: bệnh lý tim, phổi, thận, gan.
- Thuốc cầm máu
  + Tranexamic acid: Tiêm tĩnh mạch sớm trong vòng 3 giờ sau sinh ở sản phụ được chẩn đoán BHSS ngả âm đạo hoặc sau mổ lấy thai bất kể nguyên nhân.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Liều: Tranexamic acid 1 g, tiêm TMC với tốc độ 100 mg/phút, lặp lại liều thứ hai nếu 30 phút sau sản phụ còn tiếp tục băng huyết hoặc nếu băng huyết lại trong vòng 24 giờ sau liều đầu tiên.

- Tìm nguyên nhân: kiểm tra đường sinh dục và thực hiện các biện pháp cầm máu cơ học khác.
- Làm xét nghiệm cơ bản: nhóm máu, huyết đồ, đông máu toàn bộ.

V. TRIỆU CHỨNG VÀ XỬ TRÍ THEO BỆNH CẢNH LÂM SÀNG

5.1. Đờ tử cung (Tonus)

a) *Triệu chứng*

- Chảy máu ngay sau khi sổ nhau là triệu chứng phổ biến nhất.
- TC giãn to, mềm nhão, co hồi kém hoặc không co hồi, không có khối an toàn.
- Có thể dẫn đến choáng nếu không xử trí kịp thời.

b) Xử trí: ngoài phần xử trí chung có thể cần thêm

- Chèn bóng lòng TC, phẫu thuật may mũi B-Lynch hoặc thắt động mạch TC, thắt động mạch hạ vị, cắt TC.
- Kết hợp vừa phẫu thuật vừa hồi sức, truyền máu.

5.2. Chấn thương đường sinh dục (Trauma)

Gồm rách âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn, cổ tử cung, vỡ TC và máu tụ đường sinh dục.

a) Triệu chứng

- TC co hồi tốt nhưng máu đỏ tươi vẫn chảy ra ngoài âm hộ.
- Khám thấy vết rách và máu tụ đường sinh dục.

b) Xử trí: ngoài xử trí chung còn thêm

- Khâu phục hồi đường sinh dục.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Nếu bị tụ máu, tùy theo vị trí, kích thước và sự tiến triển của khối máu tụ để có thái độ xử trí thích hợp. Nguyên tắc chung là phải phá khối máu tụ và khâu cầm máu kỹ, tránh tái phát. Thực hiện tại phòng mổ khi khối máu tụ to, sâu hoặc ở vị trí khó kiểm soát.
- Với vỡ TC: xem phác đồ "Vỡ tử cung".

5.3. Bất thường về bong nhau và sổ nhau (Tissue)

a) *Triệu chứng*

- Sót nhau, sót màng
  + Chảy máu thường xuất hiện sau khi sổ nhau.
  + TC có thể co hồi kém.
  + Ra máu rỉ rả, lượng máu ra có thể ít hoặc nhiều, máu đỏ tươi lẫn máu cục.
  + Có thể phát hiện sớm sót nhau bằng cách kiểm tra nhau và màng nhau.
  + Nếu phát hiện muộn, không kịp thời, mất máu nhiều có dấu hiệu choáng.
- Nhau không bong
  + Nhau không bong trong vòng 30 phút sau khi sổ thai hoặc dùng biện pháp xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ không kết quả.
  + Nhau bám chặt và không chảy máu.
  + Nhau cài răng lược bán phần thì sau khi thai đã sổ 30 phút nhau không bong hoàn toàn, chảy máu nhiều hay ít tùy theo diện nhau bong rộng hay hẹp. Nhau cài răng lược toàn phần: ít gặp, không chảy máu.

b) Xử trí

- Sót nhau, sót màng

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Truyền dịch tĩnh mạch ngay.

+ Cho thuốc giảm đau (Morphin 10 mg x 1 ống TB hay tiêm dưới da, hay Pethidin 100 mg 1 ống TB) và tiến hành kiểm soát TC.

+ Tiêm bắp 5-10 đơn vị Oxytocin và/hoặc Methylergometrin (maleate) 0,2 mg.

+ Dùng kháng sinh toàn thân.

+ Theo dõi mạch, huyết áp, chảy máu và co hồi TC.

+ Hồi sức truyền máu nếu thiếu máu cấp.

- Nhau không bong

+ Nếu chảy máu, tiến hành bóc nhau và kiểm soát TC, Oxytocin 10 đơn vị (TB), xoa đáy TC, hồi sức chống choáng, kháng sinh.

+ Nhau cài răng lược bán phần chảy máu hoặc nhau cài răng lược toàn phần phải cắt TC.

+ Nếu chảy máu nhiều cần phải hồi sức chống choáng, truyền máu và phẫu thuật.

+ Duy trì gò TC theo nguyên tắc chung.

5.4. Rối loạn đông máu (Thrombin)

- Có thể tiên phát do các bệnh về máu nhưng thường là thứ phát do chảy máu nhiều, mất sinh sợi huyết (đông máu nội mạch lan tỏa). Đông máu nội mạch lan tỏa có thể kết hợp với tiền sản giật nặng, thai chết trong tử cung, nhau bong non thể ẩn, nhiễm trùng ối hay thuyên tắc ối. Tất cả các tình trạng bệnh lý này có thể dẫn đến tiêu sinh sợi huyết.

- Điều trị nội khoa bằng máu tươi là chính, các yếu tố đông máu và điều trị nguyên nhân.

- Nếu phải can thiệp phẫu thuật lưu ý mở bụng đường dọc.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

VI. DỰ PHÒNG

- Đảm bảo quản lý thai nghén tốt, phát hiện sớm các nguy cơ cao.
- Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ: kéo dây rốn có kiểm soát.
- Trong những trường hợp nguy cơ cao BHSS: có thể sử dụng sớm Carbetocin 100 mcg 1 ống (TMC), một liều duy nhất.
- Áp dụng vẽ biểu đồ chuyển dạ, không để xảy ra chuyển dạ kéo dài.
- Đỡ sinh đúng kỹ thuật, nhẹ nhàng để tránh gây chấn thương đường sinh dục. Khi có tổn thương đường sinh dục cần phát hiện sớm và xử trí kịp thời.
- Theo dõi sát sản phụ 6 giờ đầu sau sinh, đặc biệt là trong 2 giờ đầu để phát hiện sớm các trường hợp chảy máu.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

NHAU BONG NON 11

I. ĐỊNH NGHĨA

Nhau bong non (NBN) là tình trạng nhau bám ở vị trí bình thường nhưng bong sớm trước khi sổ thai do bệnh lý hoặc chấn thương.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng cơ năng

- Đột ngột đau bụng dữ dội.
- Ra huyết âm đạo đen loãng, không đông.

2.2. Triệu chứng thực thể

- Tử cung (TC) co cứng nhiều. Trương lực cơ TC tăng, TC cứng như gỗ và TC tăng chiều cao.
- Có thể có thai suy hay mất tim thai.
- Có thể có choáng.
- Có thể có kèm tiền sản giật.
- Khám âm đạo: ra máu âm đạo lượng từ ít tới nhiều, đỏ sậm, loãng, không đông, đoạn dưới căng, cổ tử cung (CTC) chắc, siết chặt ở lỗ trong CTC, màng ối căng phồng, nước ối có thể có máu.

2.3. Cận lâm sàng

- Siêu âm có thể không thấy khối máu tụ sau nhau nhưng cũng không được loại trừ NBN.
- Các xét nghiệm máu không giúp chẩn đoán NBN nhưng có thể chẩn đoán hậu quả rối loạn đông máu do NBN.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

2.4. Phân loại

- Thể nhẹ

+ Tổng trạng bình thường, chảy máu ít.

+ Có thể không có dấu suy thai.

+ Chuyển dạ thường diễn tiến nhanh.

+ Thường chỉ chẩn đoán được khi làm siêu âm hoặc ghi nhận dấu ấn của huyết tụ trên bánh nhau ngay sau sinh.

- Thể nặng (phong huyết tử cung nhau)

+ Sản phụ đau dữ dội.

+ Mất tim thai.

+ Có thể kèm tiền sản giật nặng.

+ Tình trạng choáng nặng.

+ Ra máu âm đạo sậm đen, loãng không đông.

+ Trương lực cơ TC tăng, TC cứng như gỗ và TC tăng chiều cao.

+ CTC cứng, ối căng phồng, nước ối có thể có máu.

Chẩn đoán NBN chủ yếu dựa trên lâm sàng. Xét nghiệm chỉ hỗ trợ thêm cho lâm sàng.

III. XỬ TRÍ

3.1. Nguyên tắc xử trí

Tùy thuộc vào:

- Tổng trạng thai phụ.
- Tuổi thai.
- Tình trạng thai.

3.2. Xử trí

a) Nhau bong non thể nặng, ảnh hưởng tổng trạng mẹ: mổ lấy thai (MLT) cấp cứu

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Mổ đường dọc.
- Thắt động mạch TC dự phòng.
- Nếu xảy ra băng huyết: xem phác đồ "Băng huyết sau sinh"
- Dựa vào tuổi, PARA, tổng trạng mẹ để quyết định cắt TC hay không.

b) NBN thể nhẹ, tổng trạng mẹ và biểu đồ tim thai - cơn gò cho phép

- **Tuổi thai ≥ 34 tuần**
  + Tiên lượng sinh trong vòng 1 giờ: bấm ối, sinh ngả âm đạo.
  + Tiên lượng diễn tiến chuyển dạ (CD) thuận lợi: bấm ối tăng co (nếu gò tử cung không đủ), sinh đường âm đạo.
  + Tiên lượng diễn tiến CD không thuận lợi: MLT.
- **Tuổi thai < 34 tuần**
  + Liệu pháp Corticosteroids trước sinh, theo dõi sát tình trạng mẹ và thai.
  + Trong thời gian theo dõi, nếu tình trạng mẹ và thai diễn tiến xấu thì MLT cấp cứu.
  + Sau liệu pháp Corticosteroids trước sinh, tổng trạng mẹ ổn định, tim thai tốt thì có thể chấm dứt thai kỳ bằng tăng co để sinh đường âm đạo khi diễn tiến chuyển dạ thuận lợi hoặc MLT khi chuyển dạ không thuận lợi.
- **Trường hợp thai chết:**
  + Tổng trạng mẹ bị ảnh hưởng: MLT.
  + Tình trạng mẹ cho phép: bấm ối, tăng co theo dõi sinh ngả âm đạo.
  + Điều trị nội khoa tích cực khi có rối loạn đông máu.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

12 SA DÂY RỐN

I. CHẨN ĐOÁN

- Sa dây rốn trong bọc ối: khám âm đạo thấy dây rốn nằm ở bên hoặc dưới ngôi thai nhưng vẫn trong bọc ối.
- Nếu ối đã vỡ thì khám dây rốn sa trong âm đạo, có khi ra ngoài âm hộ.
- Thường gặp trong ngôi bất thường.

II. XỬ TRÍ CHUNG

2.1. Sa dây rốn trong bọc ối

- Không cho sản phụ rặn.
- Đặt sản phụ nằm tư thế mông cao ngay sau khi phát hiện và chuyển đến phòng mổ.
- Phẫu thuật lấy thai cấp cứu.
- Nếu thai chết, có đủ điều kiện: lấy thai đường dưới.

2.2. Sa dây rốn khi đã vỡ ối

- Xác định xem dây rốn còn đập không, nghe tim thai bằng Doppler.
- Nếu thai còn sống:
  + Cho sản phụ nằm tư thế đầu thấp và đánh giá tiến triển của cuộc chuyển dạ và tình trạng thai nhi.
  + Nếu đủ điều kiện sinh nhanh: cho sinh.
  + Phẫu thuật lấy thai ngay nếu không đủ điều kiện sinh ngả âm đạo.
  + Đưa tay vào trong âm đạo đẩy ngôi thai lên cao, giảm chèn ép vào dây rốn.
  + Tư vấn cho gia đình sản phụ về diễn biến xấu có thể xảy ra đối với thai.
  + Nếu dây rốn sa ra ngoài âm hộ, bọc dây rốn nhẹ nhàng bằng khăn ẩm, ấm.
- Nếu thai đã chết, không còn tính chất cấp cứu: theo dõi sinh ngả âm đạo nếu không có các nguyên nhân sinh khó khác.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

I. ĐẠI CƯƠNG

Suy thai là tình trạng thai nhi bị đe dọa hoặc tình trạng đáp ứng có chiều hướng bất lợi của thai trước tình trạng stress.

- Tiêu chuẩn khí máu và toan - kiềm là tiêu chuẩn nghiêm ngặt, tỷ lệ thuận với bệnh suất của tổn thương não và tử vong chu sinh, tuy nhiên chẩn đoán thường được xác lập khi đã muộn.
- Các thay đổi trên biểu đồ tim thai - cơn gò (CTG - Cardiotocography) có tính trực quan. Tuy nhiên mối liên quan giữa các biểu hiện trên CTG và tình trạng khí máu và cân bằng kiềm toan của thai là không đủ mạnh (độ nhạy 95%, độ đặc hiệu 50%).

  + CTG nhóm III liên quan mạnh với tình trạng toan chuyển hóa thì ít gặp.

  + CTG nhóm I chứng tỏ tình trạng thăng bằng kiềm toan bình thường tại thời điểm khảo sát với điều kiện không xảy ra biến cố nào khác, không đảm bảo trong chuyển dạ (do xuất hiện cơn gò tử cung trong nhiều giờ gây thiếu oxy thai).

  + CTG nhóm II thường gặp nhất, có ý nghĩa rất khác nhau.

Sự hiện diện phân su trong nước ối không tỷ lệ thuận với suy thai.

II. NGUYÊN NHÂN

2.1. Nhóm nguyên nhân làm giảm nồng độ oxy trong máu mẹ

- Bệnh lý hô hấp mãn tính của mẹ: bệnh tim, bệnh lý hemoglobin,... là nguyên nhân suy thai trường diễn dẫn

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

đến thai chậm tăng trưởng trong tử cung, với hệ đệm suy yếu và mất khả năng bù trừ khi đối phó với stress trong chuyển dạ.

2.2. Nhóm nguyên nhân làm giảm vận chuyển máu chứa oxy đến hồ máu

- Nguyên nhân ngoài chuyển dạ: tăng huyết áp (tiền sản giật, tăng huyết áp mãn,...), đái tháo đường biến chứng mạch máu, lupus ban đỏ.
- Nguyên nhân trong chuyển dạ: chèn ép tĩnh mạch chủ dưới (làm giảm cung lượng tuần hoàn về tim gây hệ quả giảm cung lượng tim với biểu hiện tụt huyết áp), tê ngoài màng cứng, cơn gò tử cung.

Thai sử dụng hệ đệm để chống lại tình trạng toan hô hấp gây ra bởi sự gián đoạn cung cấp O_2 và đào thải CO_2. Nếu không đủ dự trữ kiềm sẽ nhanh chóng vào toan chuyển hóa.

2.3. Nhóm nguyên nhân làm giảm trao đổi khí máu tại hồ máu: có thể diễn ra cấp hoặc mạn tính.

- Nguyên nhân mạn tính do các thành phần mao mạch của lông nhau bị thoái hóa, các bệnh lý gây suy giảm trao đổi khí: thai quá ngày, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, tiền sản giật...
- Nguyên nhân cấp tính: nhau bong non, cơn gò cường tính...

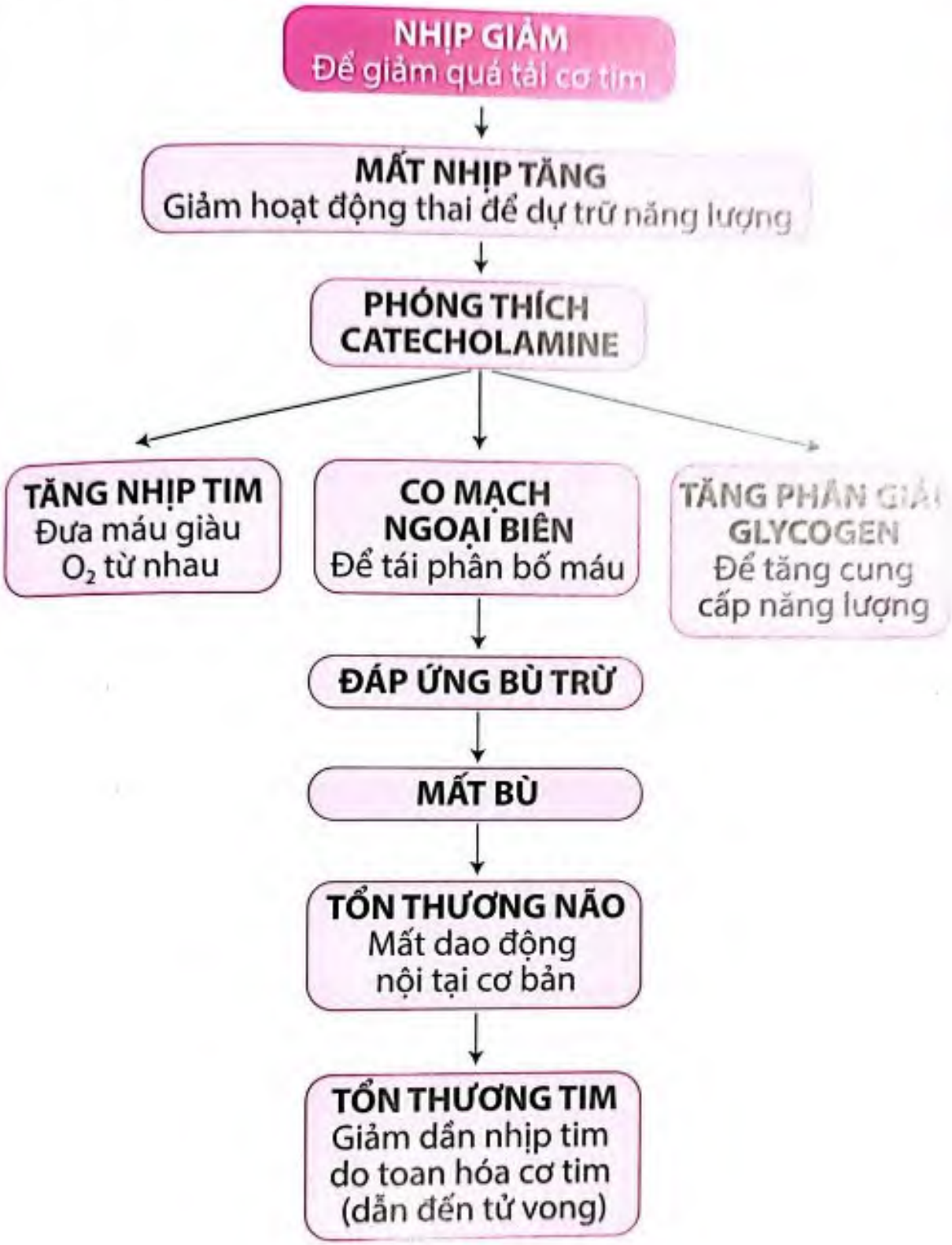
2.4. Nhóm nguyên nhân làm cản trở việc vận chuyển máu chứa oxy từ hồ máu đến thai nhi

- Bệnh lý hemoglobin thai: gây suy giảm vận chuyển O_2 từ nhau đến thai.
- Chèn ép rốn: tiên lượng rất khác nhau tùy theo kiểu cách và mức độ chèn ép.
- Sa dây rốn: cấp cứu sản khoa thượng khẩn.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

*** Đáp ứng của thai nhi khi thiếu O_2**



Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

III. CHỈ ĐỊNH THEO DÕI TIM THAI LIÊN TỤC TRONG GIAI ĐOẠN CHUYỂN DẠ HOẠT ĐỘNG

- Phương tiện phát hiện suy thai: CTG.
- Đánh giá nguy cơ khi vào chuyển dạ: dữ kiện lâm sàng, các xét nghiệm thường quy và theo dõi CTG 30 phút. Nếu không thuộc nhóm nguy cơ cao (liệt kê bên dưới): theo dõi tim thai gián đoạn.

3.1. Mẹ (các trường hợp làm tăng nguy cơ suy tuần hoàn nhau thai)

- Đái tháo đường
- Ối vỡ lâu (> 24 giờ)
- Xuất huyết âm đạo (nhau bong non tiên lượng có thể sinh ngả âm đạo, nhau bám thấp, ...)
- Vết mổ cũ (nguy cơ nứt vết mổ cũ)
- Tiền sản giật
- Thai quá ngày (> 42 tuần)
- Bệnh lý nội khoa nặng (tim mạch, nội tiết, ...)

3.2. Thai (các trường hợp giảm tưới máu thai hoặc đe dọa đáp ứng thai với thiếu O_2)

- Thai non tháng (32 tuần - 36 tuần 6 ngày)
- Thiểu ối
- Thai chậm tăng trưởng trong tử cung
- Bất thường Doppler velocimetry
- Đa thai
- Ối lẫn phân su
- Nhiễm trùng ối

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3.3. Các yếu tố nguy cơ trong chuyển dạ

- Tê ngoài màng cứng
- Mẹ sốt
- Ối xấu
- CTG có nhịp giảm hay nhịp tim thai cơ bản bất thường

IV. PHÂN LOẠI BIỂU ĐỒ TIM THAI - CTG

Nhóm	Diễn giải	
I	Dự báo tình trạng kiềm toan bình thường ở thời điểm khảo sát	- Nhịp tim thai cơ bản 110-160 lần/phút - Dao động nội tại (DĐNT) trung bình (6-25 lần/phút) - Không nhịp giảm muộn hoặc bất định - Có/không nhịp tăng - Có/không nhịp giảm sớm
II	Không dự báo tình trạng kiềm toan bất thường, tuy nhiên chưa đủ cơ sở để phân loại là nhóm I hoặc III	Tất cả CTG không thuộc I hoặc III, ví dụ: - Nhịp tim thai cơ bản chậm, không kèm mất DĐNT - Nhịp tim thai cơ bản nhanh - Giảm DĐNT - Mất DĐNT không kèm nhịp giảm lặp lại - Nhịp tăng nhiều - Không có nhịp tăng sau kích thích thai - Nhịp giảm bất định lặp lại với DĐNT giảm hoặc bình thường - Nhịp giảm kéo dài ≥ 2 phút nhưng ≤ 10 phút - Nhịp giảm muộn lặp lại và DĐNT bình thường - Nhịp giảm bất định phục hồi chậm, "shoulders", "overshoot".
III	Dự báo tình trạng kiềm toan bất thường	- Hình sin - Mất DĐNT và 1 trong các yếu tố sau: + Nhịp giảm muộn lặp lại + Nhịp giảm bất định lặp lại + Tim thai cơ bản chậm

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Lưu ý quan trọng khi đánh giá CTG

  + Nhịp tim thai cơ bản (phải đặt trong bối cảnh lâm sàng, nhiệt độ, thuốc đang dùng, huyết áp, bệnh lý mẹ,...).

  + DĐNT (giảm trong trường hợp thai non tháng, thai ngủ, do thuốc, tổn thương thần kinh do thiếu O_2).

  + Nhịp tăng.

  + Nhịp giảm (loại nhịp giảm, tương quan với cơn gò và tần suất xuất hiện).

- Mục đích chính của đánh giá CTG là xác định tình trạng cung cấp O_2 và tình trạng kiềm toan thai, vì tình trạng thai là động có thể thay đổi nên cần phải thường xuyên đánh giá lại.

- Do có nhiều tình huống lâm sàng kết hợp với nhiều dạng CTG trong nhóm II, nhưng đằng sau là các nguyên nhân sinh lý khác nhau, cũng như mức độ liên quan sức khỏe thai khác nhau. Vì vậy việc sử dụng phân loại các nhóm CTG để ra quyết định lâm sàng trong nhóm II thực sự là thử thách.

V. XỬ TRÍ CTG NHÓM II

- Lưu đồ theo dõi và xử trí CTG nhóm II (đính kèm).

- Thông tin sử dụng lưu đồ:

  + Xác định DĐNT ưu thế của nhịp tim thai cơ bản trong 30 phút và DĐNT tăng được xem như DĐNT trung bình trong lưu đồ này.

  + Nhịp giảm "có ý nghĩa" được định nghĩa là 1 trong những nhịp giảm sau:

    - Nhịp giảm bất định kéo dài > 60 giây và giảm > 60 nhịp so với nhịp tim thai cơ bản.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Nhịp giảm bất định kéo dài > 60 giây và tim thai < 60 nhịp/phút bất kể nhịp tim thai cơ bản.
- Nhịp giảm muộn.
- Nhịp giảm kéo dài.

+ Việc áp dụng lưu đồ có thể trì hoãn 30 phút trong khi cố gắng dùng các biện pháp cải thiện (điều chỉnh huyết áp, thay đổi tư thế, giảm hoặc ngưng thuốc gò tử cung, thuốc cắt cơn gò tử cung).

+ Khi đã xác định là nhóm II, CTG phải được đánh giá mỗi 30 phút.

+ Cân nhắc mổ lấy thai (MLT) khi có chỉ định đem thai ra nhanh.

+ Khi CTG chuyển qua nhóm I hoặc III: không áp dụng tiếp lưu đồ. Tuy nhiên, khi CTG nhóm I trở lại nhóm II: áp dụng lưu đồ trở lại.

+ Không sử dụng lưu đồ đối với thai < 32 tuần.

- Các yếu tố cần xem xét khi CTG nghi ngờ hay bất thường:

+ Nhịp tim thai cơ bản, DĐNT, có hay không nhịp tăng và nhịp giảm.

+ Tình trạng cổ tử cung, diễn tiến chuyển dạ, liều Oxytocin đang sử dụng, hoạt tính cơ tử cung, cơn co tử cung nhiều, ra huyết, thuốc giảm đau, tê ngoài màng cứng, huyết áp, thời gian vỡ ối, màu sắc ối, mẹ sốt, chuyển dạ nhanh, cơn rặn của sản phụ, sa dây rốn, nghiệm pháp sinh ngả âm đạo ở sản phụ có vết mổ cũ.

+ Các biện pháp hồi sức thai và hiệu quả.

+ Tiến triển của CTG.

+ Mức độ khẩn cấp.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

VI. XỬ TRÍ BAN ĐẦU CTG BẤT THƯỜNG TRONG CHUYỂN DẠ

6.1. Do giảm nồng độ O_2 trong máu mẹ

- Thở O_2 (trong chuyển dạ sản phụ thở nhanh và nông do đau).
- Giảm đau sản khoa.

6.2. Do giảm cung cấp máu chứa O_2 đến hồ máu

- Truyền dịch tinh thể đẳng trương (tụt huyết áp do: mất nước, thuốc hạ áp, tê ngoài màng cứng, ...).
- Nằm nghiêng 1 bên (nếu do chèn ép tĩnh mạch chủ dưới).
- Điều chỉnh rối loạn cơn gò tử cung (ngưng Oxytocin, thuốc cắt cơn gò tử cung, MLT nếu có bất xứng đầu chậu).

6.3. Do giảm trao đổi khí tại hồ máu

- Cần chấm dứt chuyển dạ ngay.

6.4. Do bất thường tuần hoàn dây rốn

- Xử trí tùy nguyên nhân và mức độ.

Lưu ý: CTG nhóm II kéo dài đặc biệt trong 2 giờ ngay trước sinh làm tăng bệnh suất chu sinh (> 50% Apgar < 7).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. F. Gary Cunningham et al (2018), Williams Obstetrics, McGraw Hill education.
2. Steven L. Clark, Micheal P. Nageote (2013), Intrapartum management of category II fetal heart tracings: towards standardization of care, American Journal of Obstetrics & Gynecology.
3. The American College of Obstetricians and Gynecologists (2009), ACOG pratice bulletin: Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature interpretation and general management principles.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Lưu đồ xử trí CTG nhóm II

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

14 NGÔI MÔNG

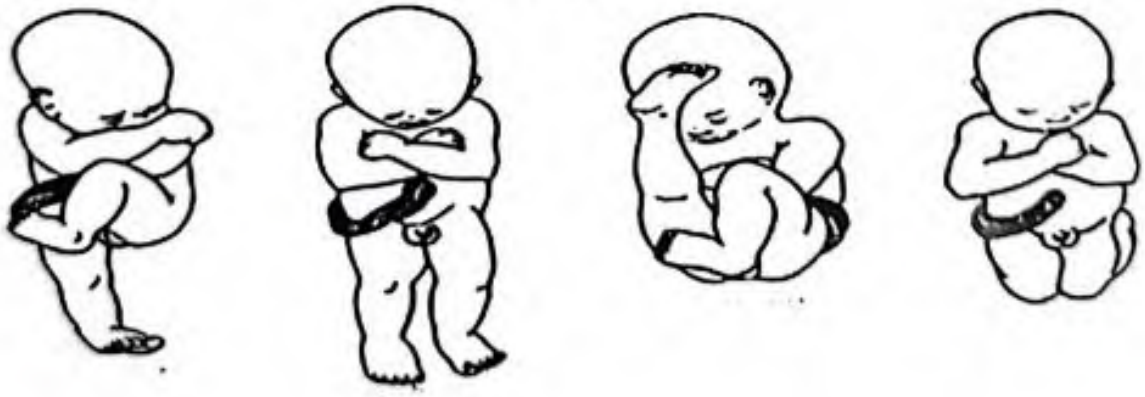
I. ĐẠI CƯƠNG

- Ngôi mông hay ngôi ngược là ngôi dọc, đầu ở đáy tử cung, mông hay chân ở dưới.
- Phân loại ngôi mông:
  + Ngôi mông đủ hoàn toàn: 5-10%.
  + Ngôi mông thiếu kiểu mông (kiểu Frank): 50-70%.
  + Ngôi mông thiếu kiểu chân, thiếu kiểu gối: 10-40%.
- Tỷ lệ ngôi mông chiếm 3-4% thai kỳ đủ tháng.

Ngôi mông đủ

kiểu Frank hoàn toàn

Ngôi mông thiếu



Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

II. CHẨN ĐOÁN

- Tử cung (TC) hình trứng, trục dọc, đầu ở đáy TC.
- Tim thai nghe rõ ở ngang hay cao hơn rốn.
- Khám âm đạo khi chuyển dạ: sờ thấy đỉnh xương cùng hoặc hậu môn, cơ quan sinh dục, bàn chân, trường hợp ngôi mông thiếu có thể chỉ sờ được: chân, gối, hoặc mông.
- Siêu âm: để xác định ngôi thai, khi vào chuyển dạ xác định vị trí lưng và 2 chi dưới, ước lượng cân thai, bất thường nhau, thai, ối.
- X quang bụng chậu: xác định đầu thai nhi cúi ngửa.
- Quang kích chậu: chỉ định trong trường hợp con so hoặc khung chậu nghi ngờ hẹp.
- Thế và kiểu thế của ngôi mông:
  + Điểm mốc là đỉnh xương cùng.
  + Thế cùng bên với lưng.
  + Đường kính lọt = đường kính lưỡng ụ đùi = 9,5 cm.
  + 4 kiểu lọt: cùng chậu trái trước 60%, cùng chậu phải sau 30%, cùng chậu trái sau 10%, cùng chậu phải trước: ít gặp
  + 2 kiểu sổ: cùng chậu trái ngang, cùng chậu phải ngang.

III. XỬ TRÍ

3.1. Chỉ định mổ lấy thai trong ngôi mông

- Con so, ước lượng cân thai > 3000 g
- Con rạ, ước lượng cân thai > 3200 g
- Con so lớn tuổi, con quý
- Ngôi mông tuổi thai < 36 tuần vào chuyển dạ hoặc có chỉ định chấm dứt thai kỳ
- Đầu thai nhi ngửa tiên phát

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Tiền căn sinh khó
- Chuyển dạ kéo dài
- Sa dây rốn
- Khung chậu giới hạn, hẹp, lệch

3.2. Sinh ngả âm đạo

- Nếu cơn gò tử cung tốt, ối còn đến khi cổ tử cung (CTC) mở trọn, can thiệp đúng lúc, cắt tầng sinh môn (TSM) rộng.
- Tránh sinh ngả âm đạo với ngôi mông thiếu kiểu chân, hay song thai con đầu là ngôi mông.
- Theo dõi chuyển dạ với monitor, khi vỡ ối cần khám âm đạo ngay để loại trừ sa dây rốn, tránh tăng co.
- Sinh ngả âm đạo khi hội đủ các điều kiện sau:
  + Không có dị tật thai gây kẹt (bụng cóc, não úng thủy,...)
  + Tuổi thai ≥ 36 tuần, ước lượng cân thai từ 2500-3200g
  + Đầu thai nhi cúi
  + Ngôi mông đủ hay ngôi mông thiếu kiểu mông
  + Bác sĩ có kinh nghiệm, kỹ năng đỡ sinh ngôi mông
- 3 cách sinh ngả âm đạo:
  + Sinh tự nhiên (phương pháp Vermelin): con rạ, thai nhỏ, TSM giãn
  + Sinh có trợ giúp (can thiệp từng phần)
  + Đại thủ thuật kéo thai ngôi ngược (can thiệp toàn phần)
- Chuẩn bị: sản phụ nằm tư thế sản phụ khoa, gây tê (nếu không có giảm đau ngoài màng cứng), cắt TSM khi hậu môn thai nhi xuất hiện ngoài âm hộ.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Thủ thuật Tsovianov

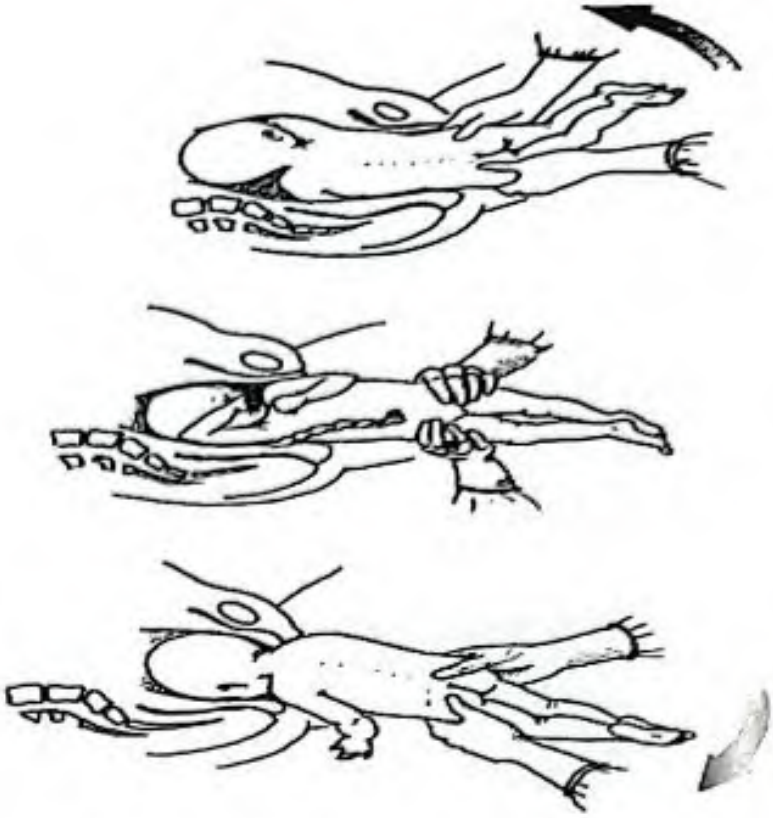
- Giúp sinh thân - chân: đặt bé ở mặt phẳng dưới mặt phẳng ngang.

Thủ thuật Pinar: hạ chân

- Giúp sinh vai - tay: vai trình diện mặt phẳng trước sau. Giữ bé ở hông hay xương chậu, tránh giữ ở bụng gây tổn thương thận và thượng thận. Trường hợp vai sau đã đi qua bờ của tiểu khung trong khi vai trước hãy còn cao phải dùng thủ thuật Lovset: nắm hai đùi thai nhi với các ngón tay ở phía trước, ngón cái ở phía sau đùi, quay thân của thai nhi sao cho vai sau được đưa ra phía trước, thường quay theo chiều kim đồng hồ, trong quá trình đó cánh tay sẽ bị đẩy xuống phía dưới đến bờ dưới cung xương vệ và sổ ra ngoài.

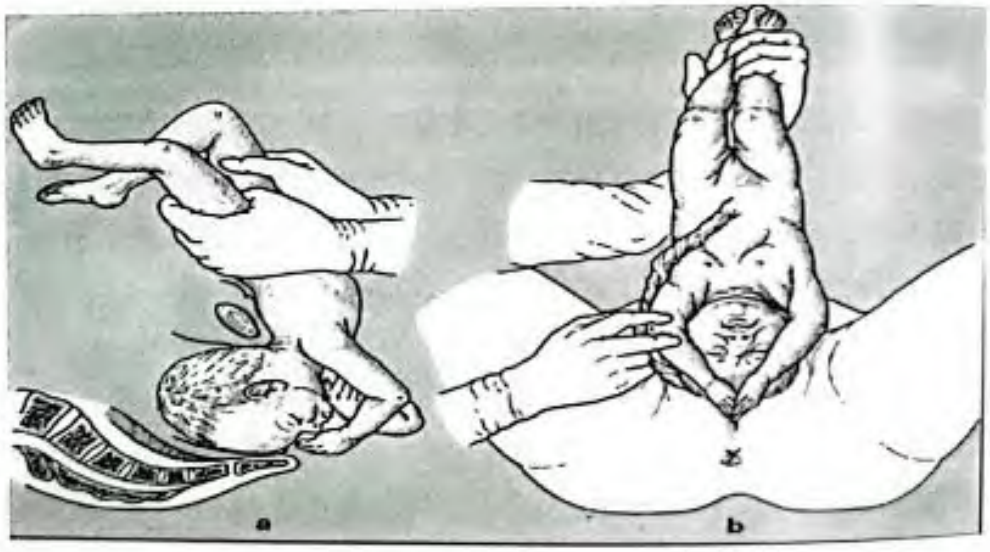
Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner



- Giúp sinh đầu hậu

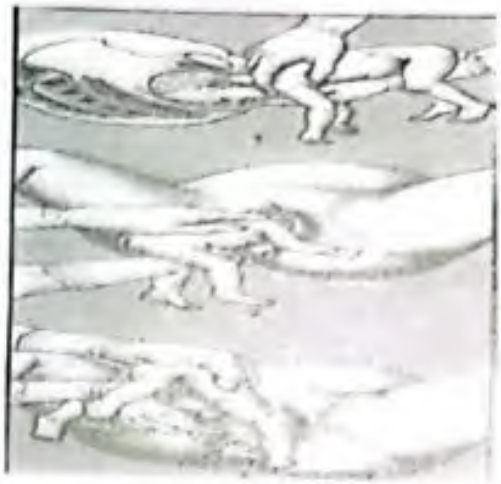
Thủ thuật Bracht



Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Thủ thuật Mauriceau-Smellie-Veit



Piper forceps

Thủ thuật Prague

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Cắt xương vệ (Symphysiotomy)
- Cắt CTC Dührssen: cắt CTC vị trí 2-6-10 giờ, bằng kéo Bandage.
- Thủ thuật Zavanelli lúc MLT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (2007), Ngôi mông, Sản Phụ khoa, tập I, Nhà xuất bản Y học.
2. Larry C. Gilstrap III (2008), Breech delivery, Operative obstetrics.
3. Uptodate, Overview of breech presentation and Delivery of the fetus in breech presentation.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

NGÔI BẤT THƯỜNG 15

Ngôi bất thường là ngôi không phải ngôi chỏm, gồm: ngôi mặt, ngôi trán và ngôi thóp trước, ngôi mông, ngôi vai (ngôi ngang), ngôi đầu sa tay (ngôi phức tạp).

I. NGÔI MẶT

Là ngôi đầu ngửa tối đa, mặt thai nhi trình diện trước eo trên.

a) Chẩn đoán

Ngôi mặt được chẩn đoán xác định trong chuyển dạ sinh bằng cách khám âm đạo.

- Khám bụng: ngôi đầu, nắn ngoài, có dấu hiệu nhát rìu nếu là kiểu cằm sau; nếu là kiểu cằm trước, sờ thấy cằm có hình móng ngựa.
- Khám âm đạo
  + Chẩn đoán xác định bằng khám âm đạo, tìm được mốc của ngôi là cằm, việc chẩn đoán xác định sẽ dễ hơn khi cổ tử cung đã mở, nhưng phải cẩn thận khi thăm khám để không làm vỡ ối.
  + Không bao giờ thấy thóp sau hoặc thóp trước khi khám âm đạo.
  + Cần chẩn đoán phân biệt với ngôi trán, ngôi mông.

b) Xử trí

- Cuộc sinh ngôi mặt diễn ra lâu và khó khăn hơn sinh ngôi chỏm.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Chỉ có ngôi mặt cằm trước có thể sinh đường âm đạo. Nếu sinh đường âm đạo có thể có hỗ trợ bằng forceps, tuyệt đối không được dùng giác hút.
- Ngôi mặt cằm sau tự xoay được về cằm trước cũng có thể sinh đường âm đạo.
- Phẫu thuật lấy thai cho những trường hợp ngôi mặt cằm sau hoặc cằm trước có kết hợp thêm các yếu tố sinh khó khác.

II. NGÔI TRÁN VÀ NGÔI THÓP TRƯỚC

Là ngôi trung gian giữa ngôi mặt và chỏm, đầu không cúi hẳn mà cũng không ngửa hẳn, trán hoặc thóp trước của thai trình diện trước eo trên.

a) Chẩn đoán

- Lúc bắt đầu chuyển dạ là một ngôi đầu cao lỏng.
- Chẩn đoán xác định dựa vào việc khám âm đạo khi cổ tử cung mở được từ 3 cm trở lên, ối đã vỡ và ngôi đã cố định chặt.
- Sờ thấy gốc mũi, 2 hố mắt, trán và thóp trước (ngôi trán) hoặc thấy thóp trước ở chính giữa tiểu khung (ngôi thóp trước).
- Sờ thấy thóp sau và cằm.
- Cần chẩn đoán phân biệt với ngôi mặt và ngôi chỏm.

b) Xử trí

- Theo dõi sát các cuộc chuyển dạ để phát hiện sớm.
- Phẫu thuật lấy thai khi có chẩn đoán xác định.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

III. NGÔI MÔNG

Là một loại ngôi dọc, đầu thai nằm ở đáy tử cung, mông trình diện trước eo trên.

Là một ngôi sinh khó do đầu là phần to và cứng nhất lại sinh ra sau cùng, nguy cơ kẹt đầu hậu có thể làm cho thai chết hoặc sang chấn.

a) Chẩn đoán

- Lâm sàng:

+ Ngôi dọc, đầu ở đáy tử cung.

+ Khám âm đạo sờ thấy xương cùng, lỗ hậu môn và hai mông thai nhi, có thể một hoặc hai bàn chân cùng với mông.

+ Có thể thấy phân su nhưng không đánh giá là thai suy.

+ Chẩn đoán phân biệt với: ngôi mặt, ngôi vai, ngôi đầu sa chi.

- Cận lâm sàng: siêu âm giúp chẩn đoán và ước lượng cân thai.

b) Xử trí

- Đỡ sinh đường âm đạo khi có những điều kiện thuận lợi:

+ Ngôi mông đủ hoặc thiếu kiểu mông.

+ Khung chậu bình thường.

+ Thai nhi không quá lớn, ước lượng cân thai ≤ 3200 g.

+ Đầu thai cúi tốt.

- Chỉ định mổ lấy thai: khi có kết hợp với bất kỳ một yếu tố nguy cơ

+ Chuyển dạ kéo dài.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Ngôi mông thiếu kiểu chân.

+ Khung chậu giới hạn, hẹp, biến dạng.

+ Con so, thai > 3000 g.

+ Thai to, ước lượng cân thai > 3200 g.

+ Đầu không cúi tốt.

+ Vết mổ cũ trên TC.

IV. NGÔI VAI

Trong ngôi vai thai không nằm theo trục của tử cung mà nằm ngang hoặc chếch, trục của thai không trùng với trục của tử cung.

Mốc của ngôi là mỏm vai, ngôi vai không có cơ chế sinh nên hầu hết các trường hợp đều phải phẫu thuật lấy thai. Chỉ làm nội xoay thai cho thai thứ 2 trong song thai.

a) Chẩn đoán

- Tử cung bè ngang, nắn thấy đầu ở hạ sườn hoặc hố chậu.
- Chiều cao tử cung thấp hơn so với tuổi thai.
- Khám âm đạo thấy tiểu khung rỗng, ối phồng.
- Khi có chuyển dạ, nếu ối vỡ, CTC mở, có thể sờ thấy mỏm vai hoặc tay thai nhi ở trong âm đạo.
- Có thể dùng siêu âm để chẩn đoán.
- Chẩn đoán phân biệt với ngôi mông.

b) Xử trí

- Phẫu thuật lấy thai khi thai đủ trưởng thành.
- Nội xoay thai cho thai thứ hai ngôi vai trong trường hợp sinh đôi, đủ điều kiện nội xoay.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

V. NGÔI PHỨC TẠP

Là khi tay thai nhi sa xuống sát bên ngôi thai hay phần trình diện của thai.

a) Chẩn đoán

- Cả tay sa xuống và đầu thai cùng đồng thời trình diện trong khung chậu khi khám âm đạo.
- Có thể phát hiện khi ối còn hoặc đã vỡ.

b) Xử trí

- Sinh tự nhiên chỉ có thể xảy ra khi thai rất nhỏ hoặc chết lưu.
- Có thể đặt lại vị trí của tay thai nhi như sau

+ Đẩy tay thai lên trên tiểu khung và giữ cho đến khi cơn co tử cung đẩy đầu thai vào tiểu khung.

+ Nếu đầu thai giữ được trong tiểu khung và không sờ thấy tay thai nữa thì có thể theo dõi chuyển dạ tự nhiên.

+ Phẫu thuật lấy thai khi đẩy tay thất bại, hoặc kèm sa dây rốn.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

16 CON TO

I. ĐỊNH NGHĨA

Khi ước lượng cân thai (ULCT) > 3500 g bất kể tuổi thai.

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Yếu tố dịch tễ: đặc điểm gia đình, giới tính, chủng tộc, hội chứng (HC) di truyền. HC di truyền đặc trưng bởi sự tăng trưởng quá sớm của thai dẫn đến con to: HC Beckwith-Wiedeman, HC Simpson-Golabi-Behmel, HC Sotos, HC Weaver,...
- Chủng tộc: người da trắng, người Mỹ có tỷ lệ sinh con to cao hơn.
- Yếu tố môi trường: mẹ đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) hoặc đái tháo đường (ĐTĐ) trước mang thai, tăng cân trong thai kỳ nhiều, mẹ béo phì.

  + Mẹ bị ĐTĐ nhất là ĐTĐ không kiểm soát tốt, dẫn đến tăng đường huyết thai nhi, tăng Insulin, tăng trưởng không cân xứng, giảm tỷ lệ đầu/vai, mỡ cơ thể nhiều hơn nên ước lượng cân thai bằng siêu âm thường cao hơn trọng lượng thật khi sinh vì công thức tính nhạy cảm dựa vào chu vi bụng (AC). Theo Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ khuyến cáo khi chỉ số AC > bách phân vị 75% là dự báo kiểm soát đường huyết kém của thai phụ và tăng nguy cơ con to.

  + Mẹ béo phì hay tăng cân nhiều trong thai kỳ ảnh hưởng tỷ lệ con to nhiều hơn mẹ ĐTĐ.

- Trường hợp đa thai: Tình trạng con to hiếm xảy ra ở đa thai, ULCT trên siêu âm thường cao hơn cân nặng thật sự, đặc biệt là thai < 2500 g.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Khám lâm sàng: thành bụng sản phụ, tư thế tử cung, bề cao tử cung, AC. Tuy nhiên phương pháp này phụ thuộc nhiều vào vị trí thai, lượng nước ối và kinh nghiệm của người đỡ sinh.

3.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm 2D: phương tiện tốt nhất được sử dụng để ước lượng cân thai, với sai số khoảng 10-15%. Thường dựa vào đường kính lưỡng đỉnh (BPD), chu vi đầu (HC), chu vi bụng (AC), chiều dài xương đùi (FL).

IV. HẬU QUẢ, DỰ HẬU

- Mẹ
  + Chuyển dạ kéo dài hay ngưng tiến triển
  + Tỷ lệ sinh thủ thuật cao
  + Tăng tỷ lệ mổ lấy thai
  + Tổn thương đường sinh dục (rách tầng sinh môn độ III hay IV)
  + Băng huyết sau sinh
  + Vỡ tử cung
- Thai
  + Ngạt
  + Chấn thương (tổn thương đám rối cánh tay, kẹt vai, gãy xương đòn,...)
  + Hạ đường huyết
  + Vấn đề hô hấp (hội chứng suy hô hấp, thở nhanh thoáng qua, hít phân su)

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Bệnh đa hồng cầu (polycythemia): do tăng sản xuất erythropoietin, kết quả từ tình trạng thiếu oxy huyết bào thai do tăng nhu cầu oxy hóa liên quan đến tăng đường huyết và tăng Insulin.

+ Dị tật bẩm sinh: chèn ép thai do thai to, tăng giữ nước và tăng sinh mạch máu do trọng lượng thai to, rối loạn sắc tố do đường huyết cao.

- Trẻ nhỏ (hậu quả lâu dài)

+ Béo phì

+ Giảm dung nạp glucose

+ HC chuyển hóa

+ Bệnh lý tim mạch

V. XỬ TRÍ

- ULCT > 3500-4000 g

+ Kèm theo 1 bất thường về sản phụ khoa (ví dụ sẹo mổ trên cơ tử cung): chỉ định mổ lấy thai

+ Không kèm theo bất thường về sản phụ khoa: nghiệm pháp lọt khi đủ điều kiện.

- ULCT > 4000 g

+ Chỉ định mổ lấy thai (MLT).

+ Chỉ định sinh ngả âm đạo: cân nhắc và cá thể hóa từng trường hợp, đặc biệt với những trường hợp có tiền sử sinh con ≥ 4000 g.

+ Tư vấn cho sản phụ các nguy cơ khi mổ lấy thai hoặc sinh ngả âm đạo.

VI. DỰ PHÒNG

- Kiểm soát đường huyết tốt đối với thai phụ bị ĐTĐ.
- Đối với phụ nữ béo phì, cần giảm cân trước khi có thai.
- Tránh tăng cân quá mức trong thai kỳ.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (2016), Practice Bulletin No. 173, Fetal Macrosomia, Obstet Gynecol, 128:e195.
3. Hadlock FP, Harrist RB, Sharman RS et al (1985), Estimation of fetal weight with the use of head, body, and femur measurements-a prospective study, Am J Obstet Gynecol, 151:333.
4. Medscape (2017), Macrosomia.
5. RCOG (2014), Induction of labour for macrosomia.
6. Uptodate (2017), Fetal macrosomia.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

17 QUẢN LÝ THAI KỲ SONG THAI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Chẩn đoán đa thai: phải ghi số thai - số nhau - số ối.
- Ngày dự sinh: tính theo số đo thai lớn.
- Đặt tên cho thai, dựa trên:

+ Vị trí của thai (trái/phải, trên/dưới so với mẹ).

+ Dấu hiệu khác biệt (lưu ý kiểu hình cơ quan sinh dục ngoài, bất thường đi kèm: ví dụ bàng quang to, vị trí bánh nhau, nơi bám dây rốn).

+ Thai "I" là thai gần cổ tử cung hơn.

+ Mô tả nhiều chi tiết khác biệt nhất có thể để dán nhãn cho thai và theo dõi diễn tiến chính xác hơn.

Ví dụ:

- Song thai hai nhau hai ối, thai A bên (P) có nhau bám mặt trước, thai B bên (T) có nhau bám mặt sau.
- Song thai một nhau hai ối, thai A bên (P) có dây rốn bám màng và thai nhỏ, thai B bên (T).

II. SONG THAI MỘT NHAU

2.1. Song thai 1 nhau 2 ối

- Mục tiêu quản lý thai kỳ

+ Sàng lọc bất thường (lệch bội nhiễm sắc thể và bất thường cấu trúc).

+ Phát hiện sớm biến chứng song thai một nhau: TTTS (hội chứng truyền máu song thai), sIUGR (thai chậm tăng trưởng chọn lọc), TRAPs (bơm máu đảo ngược trong song thai), TAPs (thiếu máu - đa hồng cầu).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Sàng lọc nguy cơ sinh non.

- **Siêu âm cho song thai 1 nhau 2 ối**

+ Đo tất cả các kích thước của thai, tính toán ước lượng cân nặng thai, xoang ối lớn nhất, MCA-PSV (Middle Cerebral Artery - Peak Systolic Velocity: vận tốc đỉnh tâm thu của động mạch não giữa) thường quy từ 24 tuần.

+ Trong trường hợp có bất cân xứng nước ối, làm thường quy

  - Doppler cho cả hai thai: động mạch (ĐM) rốn, ĐM não giữa, ống tĩnh mạch khi cần
  - Tìm các dấu hiệu bù trừ của tim phải ở thai nhận (trào ngược van 3 lá, hẹp phổi chức năng)
  - Nơi cắm dây rốn
  - Đo chiều dài CTC lúc 16-17 tuần:
    - ✓ chiều dài CTC > 25 mm: theo dõi
    - ✓ chiều dài CTC ≤ 25 mm: khuyến cáo sử dụng các biện pháp không xâm lấn: Progesterone hoặc đặt Pessary.

+ Chênh lệch CRL (crown rump length) ≥ 10%; NT (nuchal translucency) ≥ 20%, nguy cơ cao TTTS, sIUGR, bất thường thai, thai lưu.

+ Siêu âm tim thai chuyên khoa thường quy: vì bất thường tim tăng 9 lần ở song thai 1 nhau 2 ối, 14 lần ở truyền máu song thai.

+ Không phải bất cân xứng nước ối nào cũng là TTTS và không phải bất cân xứng trọng lượng nào cũng là sIUGR.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ TTTS có thể làm nặng lên sIUGR.

- **Thủ thuật xâm lấn chẩn đoán** (khi XN sàng lọc bất thường)

+ Sinh thiết gai nhau/chọc ối (ưu tiên chọc ối): lấy 1 mẫu mô nhau hoặc 1 mẫu ở túi ối.

+ Chọc ối: cân nhắc lấy 2 mẫu ở cả 2 túi ối nếu không chắc chắn về số bánh nhau (ưu tiên thai bình thường), bất tương xứng về cấu trúc giải phẫu sau 14 tuần.

+ Nguy cơ thủ thuật cộng dồn 1%.

2.1.1. Song thai 1 nhau 2 ối không biến chứng

Lịch khám và đánh giá như sau:

- Từ 11-14 tuần

+ Tính ngày dự sinh

+ Dán nhãn

+ Số nhau

+ Sàng lọc Trisomy 21

- Từ 16-20 tuần: đánh giá mỗi 2 tuần (16, 18 và 20 tuần):

+ Tăng trưởng thai

+ Xoang ối lớn nhất

+ Đo chiều dài CTC (thường quy ở đa thai lúc 16-17 tuần)

- Lúc 20 tuần

+ Siêu âm tiền sản: cấu trúc giải phẫu chi tiết

+ Siêu âm tim thai chuyên khoa

- Từ 24-36 tuần

+ Đánh giá tăng trưởng thai

+ Xoang ối lớn nhất

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ MCA - PSV

+ Um, MCA Doppler

- Chấm dứt thai kỳ ở 37 tuần

2.1.2. Song thai một nhau 2 ối có biến chứng

a) Hội chứng truyền máu song thai

(TTTS: Twin twin transfusion syndrome) hay TOPs: Twin Oligo - Polyhydramnios sequence)

- Chẩn đoán

+ Song thai một nhau, và

+ Thiểu ối: xoang ối lớn nhất ≤ 2 cm ở thai cho và đa ối ở thai nhận ≥ 8 cm nếu thai ≤ 20 tuần, ≥ 10 cm nếu thai > 20 tuần và không kèm dị tật thai gây thiểu ối hoặc đa ối.

- Phân độ (Quintero)

+ Độ I: chỉ thiểu ối/đa ối

+ Độ II: I + không thấy bàng quang ở thai cho

+ Độ III: bất thường Doppler (mất/đảo ngược sóng tâm trương ĐM rốn, đảo ngược sóng a ống tĩnh mạch)

+ Độ IV: phù thai

+ Độ V: một thai lưu

- Điều trị

+ Độ I: theo dõi, cân nhắc giảm ối tùy trường hợp.

+ Độ > I

• Chọn lựa 1: nội soi thai đốt thông nối mạch máu.
• Chọn lựa 2: giảm ối hàng loạt.

+ Thời điểm điều trị tối ưu: trước 26 tuần

+ Chấm dứt thai kỳ: 34-36 tuần, hoặc sớm hơn tùy diễn tiến.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Bất cứ thủ thuật can thiệp nào trước nội soi thai đều có thể làm giảm khả thi tỷ lệ thành công của laser do chảy máu, tách rời khoang ối - đệm, vô tình phá màng ối giữa hai thai, hoặc làm ối vỡ non.

Sau laser vẫn có tỷ lệ 30-50% tử vong chu sinh, 5-20% tổn thương thần kinh về lâu dài.

b) Thai chậm tăng trưởng chọn lọc: sIUGR (selective Intra Uterine Growth Restriction)

- Chẩn đoán
  + Ước lượng cân nặng thai nhỏ ≤ BPV thứ 10, và
  + Chênh lệch trọng lượng thai ≥ 25 %.
- Phân loại (Gratacos)
  + Type I: Doppler bình thường. Tiên lượng tốt
  + Type II: mất hoặc đảo ngược sóng tâm trương ĐM rốn
  + Type III: mất xen kẽ với đảo ngược sóng tâm trương ĐM rốn
- Tiên lượng nặng khi có các dấu hiệu
  + Type II và type III: nguy cơ cao thai lưu và tổn thương thần kinh
  + Chênh lệch trọng lượng > 30%
  + Bất thường Doppler ống tĩnh mạch
  + Xuất hiện sớm (< 20 tuần).
- Điều trị
  + Mục tiêu: cố gắng kéo dài thai kỳ đến 32-34 tuần và tránh để một thai lưu.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Týp	I	II	III
Nguy cơ	Thai lưu 2-4% Biến chứng thần kinh 0-4% Nặng thêm TTTS 10%	Thai lưu: thai nhỏ: 30%, thai lớn 20% Tổn thương thần kinh thai nhỏ: 15% Nặng thêm TTTS: 30%	Thai lưu: thai nhỏ: 15% Tổn thương thần kinh thai lớn: 20-30% Nặng thêm TTTS 10%
Theo dõi	2 tuần	1 tuần	1 tuần
Điều trị	Không can thiệp	Không can thiệp Can thiệp: kẹp tắc dây rốn/laser	Không can thiệp Can thiệp: kẹp tắc dây rốn/laser
Chấm dứt thai kỳ	34-35 tuần	30-32 tuần	30-32 tuần

c) Thiếu máu - đa hồng cầu trong song thai: TAPs (Twin Anemia Polycythemia sequence)

- Chẩn đoán
  + Bất tương xứng MCA-PSV (vận tốc đỉnh tâm thu của ĐMNG): >1,5 MoM ở thai cho và < 1 MoM ở thai nhận
  + Chẩn đoán sau sinh: chênh lệch Hb > 0,8 g/dL và một trong số các dấu hiệu sau: tỷ lệ hồng cầu lưới > 1,7; bánh nhau với các mạch máu thông nối nhỏ (đường kính < 1 mm)
- Phân độ
  + Độ I: MCA-PSV >1,5 MoM và MCA-PSV < 1 MoM
  + Độ II: MCA-PSV >1,7 MoM và MCA-PSV < 0,8 MoM

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Độ III: bất thường Doppler ĐM rốn thai nhận: mất hoặc đảo ngược sóng tâm trương ĐM rốn, tăng PI hoặc sóng a đảo ngược ống tĩnh mạch

+ Độ IV: thai nhận phù

+ Độ V: 1 hoặc 2 thai lưu

- Điều trị

Chọn lựa điều trị tùy vào tuần tuổi thai, khả năng can thiệp tại chỗ và mức độ nặng của bệnh, cá thể hóa từng trường hợp.

+ Không can thiệp

+ Laser: qua nội soi thai đốt thông nối mạch máu

+ Truyền máu bào thai (IUT) ± trao đổi máu một phần (PET: partial exchange transfusion)

+ Kẹp tắc dây rốn qua nội soi thai (hủy thai chọn lọc).

+ Chấm dứt thai kỳ ở tuổi thai: 34-36 tuần

d) Hội chứng bơm máu động mạch đảo ngược trong song thai: TRAPs (Twin Reversed Arterial Perfusion sequence)

- Chẩn đoán

+ Dựa vào siêu âm: một khối thai không tim có mạch máu nuôi từ một thai bình thường, qua một thông nối động - động mạch lớn trên bề mặt bánh nhau

Trong song thai 1 thai lưu ở ba tháng đầu, siêu âm phải phổ Doppler màu để phát hiện dòng chảy bên trong khối thai không tim giúp chẩn đoán TRAPs.

- Điều trị

+ Chọn lựa phương pháp điều trị tùy vào kích thước khối không tim và nguy cơ tim mạch của thai bơm.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Không can thiệp
- Cắt đứt nguồn máu nuôi khối thai không tim: bằng kẹp tắc dây rốn với kẹp đốt lưỡng cực (bipolar forceps), sóng điện từ (radiofrequency ablation)

+ Chấm dứt thai kỳ ở 36-37 tuần nếu có can thiệp thành công. Thời điểm chấm dứt thai kỳ có thể sớm hơn tùy vào nguy cơ tim mạch của thai bơm.

e) Song thai với 1 thai lưu

Tỷ lệ thai còn lại bị chết lưu hoặc sống nhưng có tổn thương thần kinh: 15-26%

- Chẩn đoán

+ Xác định nếu được thời điểm thai chết trong tử cung vì ảnh hưởng đến tiên lượng thai còn lại.

+ Theo dõi tình trạng thiếu máu của thai còn lại (chẩn đoán thiếu máu khi: MCA-PSV > 1,5 MoM)

+ MRI 4 tuần sau thời điểm thai lưu tìm tổn thương não.

- Điều trị

+ Khi xác định được thai mới chết (trong vòng 12-24 giờ): trong trường hợp thai mới chết, và tuổi thai nuôi sống được (≥ 28 tuần), hỗ trợ phổi tức thì và mổ lấy thai cấp cứu.

+ Không xác định được thời điểm thai chết:

- Nếu có tổn thương thần kinh, tư vấn chấm dứt thai kỳ.
- Chấm dứt thai kỳ ở 36-37 tuần trong trường hợp không có biến chứng.
- Cân nhắc truyền máu bào thai (IUT).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

2.2. Song thai một nhau một ối

- Siêu âm tìm dấu hiệu xoắn dây rốn từ ba tháng giữa.
- Nguy cơ cao thai lưu và nên chấm dứt thai kỳ bằng mổ lấy thai từ 32-34 tuần vì gần như luôn có xoắn dây rốn.

III. SONG THAI HAI NHAU

- Siêu âm độ mờ da gáy: 11-13 tuần: tính sinh tồn, tính chất bánh nhau, độ mờ da gáy, bất tương xứng về bất thường cấu trúc.
- Sàng lọc lệch bội nhiễm sắc thể kết hợp quý I.
- Đo thường quy độ dài CTC ở 16-17 tuần.
- Siêu âm đánh giá bất thường giải phẫu ở 20-22 tuần.
- Kiểm tra tăng trưởng ở tuần 24, 28, 32 và sau đó là mỗi 2 tuần.
- Phát hiện các biến chứng liên quan đến đa thai: tiền sản giật, đái tháo đường, sinh non.
- 34-36 tuần: thảo luận với người nhà, khám và tiên lượng cuộc sinh, cách thức sinh.
- Chấm dứt thai kỳ chủ động ở 37-38 tuần.

IV. CÁC PHƯƠNG PHÁP CHẤM DỨT THAI KỲ TRONG SONG THAI

4.1. Theo dõi sinh ngả âm đạo

- Có chuyển dạ tự nhiên hoặc có chỉ định khởi phát chuyển dạ và cần khi đủ các điều kiện sau:
  + Song thai 2 nhau 2 ối hoặc 1 nhau 2 ối không biến chứng.
  + Ngôi thứ nhất là ngôi đầu.
  + Cân nặng mỗi thai không quá 3000 g.
  + Khung chậu bình thường hoặc tương xứng thai.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Khởi phát chuyển dạ khi ≥ 38 tuần với tách ối, Foley, Oxytocin (Bishop ≥ 4 điểm), nếu thất bại chuyển mổ lấy thai.

Nguy cơ tai biến cho thai thứ 2 là 15-25%, nên cần tư vấn cho sản phụ và gia đình trước khi quyết định cách sinh.

4.2. Mổ lấy thai: khi có chỉ định chấm dứt thai kỳ mà kèm theo một trong những lý do sau:

- Song thai 1 nhau 1 ối.
- Song thai 1 nhau 2 ối có biến chứng.
- Chênh lệch cân nặng giữa 2 thai > 20%.
- Thai non tháng < 28 tuần hoặc ULCT < 1.500 g.
- Có vết mổ cũ trên tử cung: mổ lấy thai, bóc u xơ cơ tử cung, xén góc tử cung.
- Tử cung dị dạng.
- Chuyển dạ/ thai trình ngưng tiến triển.
- Chuyển dạ giai đoạn 2 kéo dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. E. Gratacos (2007), A classification system for selective intrauterine growth restriction in monochorionic pregnancies according to umbilical artery Doppler flow in the smaller twin, Ultrasound Obstet Gynecol, 30, 28-34.
2. G.E.Chalouhi (2013), Active management of selective intrauterine growth restriction with abnormal Doppler in monochorionic diamniotic twin pregnancies diagnosed in the second trimester of pregnancy, Prenatal Diagnosis, 33, 109-115.
3. ISUOG (2016), Practice Guidelines: role of ultrasound in twin pregnancy, Ultrasound Obstet Gynecol, 47, 247-263.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

4. Lisanne S. A. Tollenaar, et al (2016), Twin Anemia Polycythemia Sequence: Current Views on Pathogenesis, Diagnostic Criteria, Perinatal Management, and Outcome, Twin Research and Human Genetics, Volume 19, Number 3, pp. 222-233.
5. RCOG (2016), Management of Monochorionic Twin Pregnancy, Green top Guideline No.51, November 2016.
6. Slaghekke, F. (2014), TAPS and TOPS: Two Distinct Forms of Feto-fetal Transfusion in Monochorionic Twins, Laser surgery as a management option for twin anemia-polycythemia sequence, Ultrasound Obstet Gynecol, 44, 304-310.
7. Sueters, Marieke et al (2016), Diagnosis of twin-to-twin transfusion syndrome, selective fetal growth restriction, twin anaemia-polycythaemia sequence, and twin reversed arterial perfusion sequence, Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, Volume 28, Issue 2, 215-226.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

I. ĐẠI CƯƠNG

Tăng huyết áp (THA) là biến chứng nội khoa thường gặp nhất ở phụ nữ mang thai, chiếm khoảng 10% tổng số thai kỳ, là 1 trong 3 nguyên nhân quan trọng gây tử vong mẹ trên toàn thế giới.

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Con so
- Đa thai
- Tiền căn tiền sản giật
- Tăng huyết áp mạn
- Đái tháo đường trước khi mang thai
- Đái tháo đường thai kỳ
- Bệnh lý huyết khối
- Lupus ban đỏ hệ thống
- BMI trước khi mang thai > 30
- Hội chứng kháng phospholipid
- Mẹ ≥ 35 tuổi
- Bệnh lý thận
- Hỗ trợ sinh sản
- Khó thở khi ngủ

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

III. PHÂN LOẠI

Gồm 4 nhóm:

3.1. Tiền sản giật - Sản giật

Tiêu chuẩn chẩn đoán tiền sản giật (TSG	
Huyết áp	- Huyết áp (HA) tâm thu ≥ 140 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 90 mmHg trong hai lần đo cách nhau ít nhất 4 giờ, ở thai > 20 tuần trên phụ nữ có huyết áp bình thường trước đó. - HA tâm thu ≥ 160 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 110 mmHg, THA có thể được xác nhận trong một khoảng thời gian ngắn (15 phút) để tạo điều kiện điều trị hạ áp kịp thời.
Và	
Protein niệu	- ≥ 300 mg/24 giờ. hoặc - Tỷ lệ protein/creatinine ≥ 0,3 (mg/dL mỗi giá trị). - Dipstick 2+ (chỉ được sử dụng nếu phương pháp định lượng khác không có sẵn).
Hoặc trong trường hợp protein niệu âm tính, THA mới khởi phát kèm theo với bất kỳ dấu hiệu nào mới khởi phát sau đây:	
Giảm tiểu cầu	- < 100.000/mm^3.
Suy thận	- Nồng độ creatinine/huyết thanh > 1,1 mg/dL hoặc tăng gấp đôi nồng độ creatinine huyết thanh trong trường hợp không có bệnh thận khác.
Suy chức năng gan	- Men gan tăng ≥ 2 lần giá trị bình thường.
Phù phổi	
Triệu chứng não hoặc thị giác	- Nhức đầu mới khởi phát không đáp ứng với điều trị nội khoa, không có nguyên nhân khác, có triệu chứng thị giác.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

a) Tiêu chuẩn chẩn đoán tiền sản giật nặng (bất kỳ dấu hiệu nào):

- THA trầm trọng: HA tâm thu ≥ 160 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 110 mmHg qua 2 lần đo cách nhau 4 giờ có nghỉ ngơi tại giường (ngoại trừ đã sử dụng thuốc chống THA trước đó).
- Tiểu cầu < 100.000/mm^3.
- Suy chức năng gan: men gan tăng gấp đôi bình thường. Đau hạ sườn phải và/hoặc thượng vị kéo dài không đáp ứng với thuốc và không có chẩn đoán thay thế.
- Suy thận tiến triển (nồng độ creatinine huyết thanh >1,1 mg/dL hoặc tăng gấp đôi nồng độ creatinine huyết thanh trong trường hợp không có bệnh thận khác).
- Phù phổi
- Rối loạn não hoặc thị giác (triệu chứng thần kinh trung ương): rối loạn thị giác (hoa mắt, ám điểm, mù vỏ não, co thắt mạch máu võng mạc); nhức đầu nhiều, nhức đầu dai dẳng, tăng lên, không đáp ứng thuốc giảm đau; thay đổi tri giác.

b) Sản giật: đây là biến chứng nặng. Cơn co giật có thể xảy ra trước sinh, trong khi chuyển dạ, hoặc sau sinh 48-72 giờ.

Sản giật thường xảy ra sau các dấu hiệu kích thích não như đau đầu nhiều và liên tục vùng chẩm hoặc trán, mờ tầm nhìn, sợ ánh sáng và thay đổi trạng thái tinh thần. Tuy nhiên, sản giật có thể xảy ra trong trường hợp không có dấu hiệu cảnh báo nào.

Lưu ý: 20-38% sản phụ không có các dấu hiệu TSG cổ điển (THA hoặc protein niệu) trước khi xảy ra co giật.

Nhức đầu phản ánh tình trạng tăng áp lực tưới máu não, phù não và bệnh não do THA.

c) Hội chứng HELLP

- Gồm 2 loại: hội chứng HELLP điển hình và HELLP không điển hình (có 1 hoặc 2 dấu hiệu của hội chứng HELLP điển hình).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Lâm sàng: đau vùng thượng vị hoặc hạ sườn phải, nhìn mờ, nhức đầu, vàng da, buồn nôn, nôn.
- Cận lâm sàng: dấu hiệu tán huyết (LDH tăng ≥ 600 IU/L), tăng men gan (gấp đôi giá trị bình thường) và giảm tiểu cầu < 100.000/mm^3.
- 15-20% hội chứng này không có THA, không có protein niệu.

3.2. Tăng huyết áp mạn: HA tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc HA tâm trương ≥ 90 mmHg trước khi có thai hoặc trước tuần lễ 20 của thai kỳ và kéo dài sau 12 tuần hậu sản.

3.3. Tiền sản giật trên nền tăng huyết áp mạn: người bệnh có THA trước tuần lễ 20 của thai kỳ, protein niệu (+) trước hoặc sau tuần lễ 20 của thai kỳ, cần phải tăng liều thuốc điều trị HA, tăng men gan đột ngột, giảm tiểu cầu, đau 1/4 trên phải vùng bụng, sung huyết phổi hoặc phù phổi, giảm chức năng thận hoặc đột ngột tăng tiểu đạm.

3.4. Tăng huyết áp trong thai kỳ: HA tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc HA tâm trương ≥ 90 mmHg trong hai lần đo cách nhau ít nhất 4 giờ, ở thai > 20 tuần và sản phụ có HA bình thường trước đó, đạm niệu (-) và không có các triệu chứng nặng khác, HA sẽ trở về bình thường sau sinh.

IV. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Bệnh thận mạn tiến triển
- Hội chứng kháng phospholipid
- Gan nhiễm mỡ cấp trong thai kỳ
- Xuất huyết giảm tiểu cầu
- Hội chứng tán huyết do tăng ure máu
- Lupus ban đỏ hệ thống
- Hội chứng Mirror

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

V. TẦM SOÁT VÀ DỰ PHÒNG TRONG TAM CÁ NGUYỆT 1

5.1. Tầm soát

Tầm soát sớm trong tam cá nguyệt 1: ở tuổi thai từ 11 tuần đến 13 tuần 6 ngày, kết hợp nhiều yếu tố như: đặc điểm thai phụ, các yếu tố nguy cơ về bệnh lý nội khoa, bệnh lý miễn dịch, tiền căn sản khoa, cùng các chỉ số sinh lý, sinh hóa và siêu âm Doppler động mạch tử cung để dự báo nguy cơ bị TSG.

- Các dấu ấn sinh hóa sử dụng trong mô hình này bao gồm: PAPP-A, PlGF.
- Xác định đặc tính của mẹ:
  + Tuổi mẹ: tính đến ngày sinh.
  + Chiều cao (cm), cân nặng (kg), BMI.
  + Chủng tộc: da trắng, da đen, Đông Nam Á, hỗn hợp.
  + Cách thức thụ thai: thai kỳ tự nhiên, có dùng thuốc kích thích rụng trứng, thụ tinh trong ống nghiệm.
  + Hút thuốc lá trong thai kỳ.
  + Mẹ thai phụ có THA.
- Tiền căn nội khoa:
  + THA mạn.
  + Đái tháo đường loại 1.
  + Đái tháo đường loại 2.
  + Lupus ban đỏ hệ thống.
  + Hội chứng kháng phospholipid.
- Tiền căn sản khoa: con so (không có lần nào sinh mà tuổi thai > 24 tuần), hoặc con rạ (ít nhất một lần sinh ở tuổi thai > 24 tuần).
- Tuổi thai: 11 tuần đến 13 tuần 6 ngày (tính theo chiều dài đầu mông từ 45-84 mm).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Đo các chỉ số

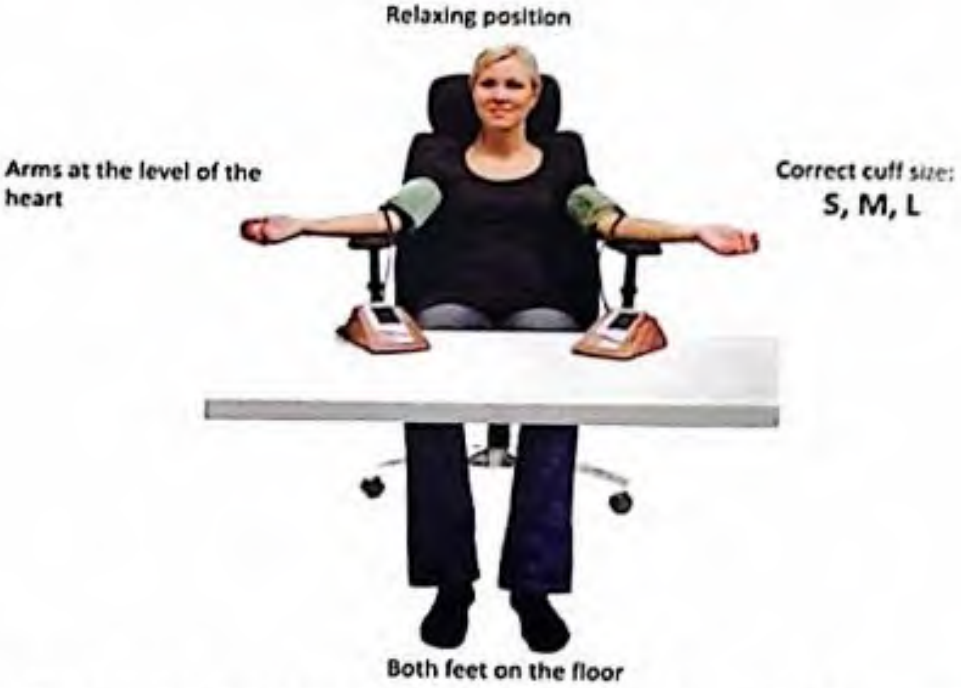
- Đo huyết áp động mạch (HAĐM) trung bình của sản phụ. Cách đo như sau:

+ Sản phụ nghỉ ngơi từ 3-5 phút, ngồi đúng tư thế, 2 cánh tay được đặt ngang tim, hai bàn chân chạm đất, tâm lý và tư thế ngồi thoải mái.

+ Sử dụng máy đo HA tự động, đo cả 2 tay cùng một lúc, với kích cỡ bao quấn tay phù hợp. Đo 2 lần và lấy giá trị trung bình cho mỗi tay và cả 2 tay. Kích cỡ bao quấn tay dựa vào chu vi cánh tay ở vị trí giữa xương cánh tay (cỡ nhỏ: < 22 cm; cỡ trung bình: 22-32 cm; cỡ lớn: 33-42 cm).

Công thức tính HAĐM trung bình

$$\text{HAĐM trung bình} = \frac{\text{HA tâm thu} + 2 \times \text{HA tâm trương}}{3}$$



+ Siêu âm đo chỉ số xung (Pulsative Index) động mạch tử cung 2 bên.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Đo các dấu ấn sinh hóa: ghi nhận PAPP-A, PIGF cùng ngày thực hiện với siêu âm độ mờ da gáy và làm xét nghiệm sàng lọc kết hợp (combined test).
- Tính nguy cơ TSG: dùng thuật toán tính nguy cơ TSG của FMF (The Fetal Medicine Foundation).
- Xác định nguy cơ cao TSG: khi nguy cơ tính toán theo thuật toán của FMF được xác định > 1/100.

5.2. Dự phòng

- Aspirin 81-162 mg, từ 1-2 viên (hàm lượng 81 mg)/ngày hoặc 1,5 gói hàm lượng 100 mg (uống một lần trước khi đi ngủ, sau ăn 15-30 phút).
- Bắt đầu điều trị: ngay sau khi tính nguy cơ TSG theo phần mềm FMF > 1/100.
- Thời điểm ngưng sử dụng Aspirin: thai 36 tuần.
- Lưu ý về sự tuân thủ thuốc của người bệnh.

LƯU ĐỒ TẦM SOÁT VÀ DỰ PHÒNG TSG TRONG 3 THÁNG ĐẦU

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

5.3. Vấn đề sử dụng Aspirin dựa vào lâm sàng

Thời điểm sử dụng: Aspirin 81 mg/ngày bắt đầu khi thai 12-28 tuần (tốt nhất trước 16 tuần) đến khi thai 36 tuần.

Nguy cơ	Yếu tố nguy cơ	Khuyến cáo
Cao Tỷ lệ mắc TSG khoảng ≥ 8% ở sản phụ có ≥ 1 yếu tố nguy cơ này.	Tiền căn TSG, cần lưu ý nếu có kết cục thai kỳ xấu Đa thai THA mạn Đái tháo đường loại 1 hoặc 2 Bệnh lý thận Bệnh tự miễn (lupus ban đỏ hệ thống, hội chứng kháng phospholipid...)	Sử dụng Aspirin liều thấp nếu sản phụ có 1 trong các yếu tố nguy cơ cao
Trung bình	Con so Béo phì (BMI > 30) Tiền căn gia đình bị TSG (mẹ hoặc chị, em gái ruột) Đặc điểm xã hội (chủng tộc Phi-Mỹ, điều kiện kinh tế xã hội thấp) Mẹ ≥ 35 tuổi Tiền căn cá nhân (tiền căn sinh con nhỏ, kết cục thai kỳ xấu, khoảng cách mang thai > 10 năm)	Cân nhắc sử dụng Aspirin liều thấp nếu sản phụ có > 1 yếu tố nguy cơ trung bình
Thấp	Tiền căn sinh con đủ tháng không biến chứng	Không khuyến cáo sử dụng Aspirin liều thấp

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

VI. XỬ TRÍ

Theo dõi sát HA đến 72 giờ sau sinh cho tất cả trường hợp THA trong thai kỳ và theo dõi HA 7-10 ngày sau sinh tại địa phương.

6.1. TSG không dấu hiệu nặng

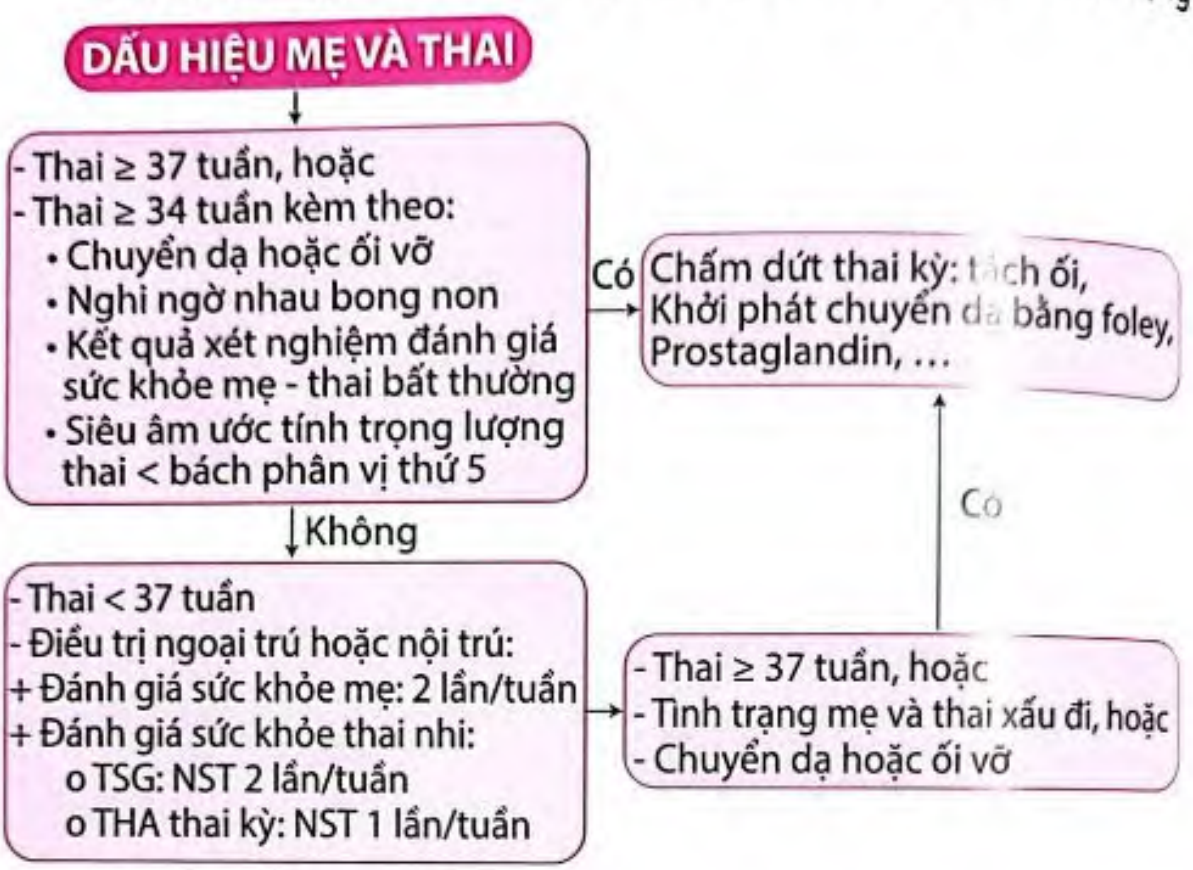
- Có thể theo dõi, điều trị ngoại trú.
- Nhập viện, chấm dứt thai kỳ khi:
  + Thai ≥ 37 tuần, hoặc
  + Nghi ngờ nhau bong non, hoặc
  + Thai ≥ 34 tuần và có bất kỳ triệu chứng sau:
    - Chuyển dạ hoặc vỡ ối.
    - Siêu âm ước lượng trọng lượng thai nhỏ hơn bách phân vị thứ 5.
    - Thiểu ối AFI < 5 cm ở 2 lần siêu âm liên tiếp cách nhau 24 giờ.
- Nếu chưa có chỉ định chấm dứt thai kỳ, có thể theo dõi ngoại trú hoặc nội trú:
  + Thai:
    - Đếm cử động thai.
    - Siêu âm Doppler: đánh giá tăng trưởng thai và lượng ối 1 lần/tuần.
    - Non-stress test (NST): 1 lần/tuần nếu mẹ bị THA thai kỳ, 2 lần/tuần nếu mẹ bị TSG.
  + Mẹ:
    - Theo dõi HA 2 lần/tuần.
    - Xét nghiệm (công thức máu, creatinine huyết thanh, LDH, AST, ALT) 1-2 lần/tuần. Nếu THA thai kỳ: cần xét nghiệm thêm đạm niệu.
  + Chế độ ăn hợp lý (nhiều đạm, rau xanh, trái cây).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Tư vấn các dấu hiệu nặng: nhức đầu nhiều, nhìn mờ, đau thượng vị...

Lưu đồ hướng xử trí THA trong thai kỳ, TSG không dấu hiệu nặng



6.2. Tiền sản giật nặng

- Chấm dứt thai kỳ khi TSG nặng xuất hiện sớm trước 25 tuần hoặc bất cứ tuổi thai nào khi có:

+ Phù phổi

+ Suy thận

+ Nhau bong non

+ Giảm tiểu cầu nặng

+ Đông máu nội mạch lan tỏa

+ Các triệu chứng não dai dẳng

+ NST không đáp ứng (2 lần liên tiếp cách 4-6 giờ ở tuổi thai 28-32 tuần).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Siêu âm Doppler động mạch rốn: mất hoặc đảo ngược sóng tâm trương.

+ Thai lưu.

- Điều trị mong đợi: thai < 34 tuần với tình trạng mẹ và thai ổn định, tiếp tục theo dõi thai được tiến hành tại các cơ sở có nguồn lực chăm sóc đặc biệt cho mẹ và trẻ sơ sinh đầy đủ.

- Liệu pháp Corticosteroids trước sinh khi thai ≤ 34 tuần. Tuy nhiên không chờ đợi đủ thời gian trưởng thành phổi mà phải chấm dứt thai kỳ ngay khi có bất kỳ dấu hiệu sau:

+ THA không kiểm soát được

+ Sản giật

+ Phù phổi

+ Nhau bong non

+ Đông máu nội mạch lan tỏa (DIC)

+ NST không đáp ứng

+ Thai lưu

+ Hội chứng HELLP

- Nếu tình trạng mẹ - thai ổn định, trong vòng 48 giờ sẽ chấm dứt thai kỳ khi có bất kỳ dấu hiệu sau:

+ Vỡ ối

+ Chuyển dạ

+ Tiểu cầu < 100.000/mm^3

+ Men gan tăng kéo dài (≥ 2 lần giá trị bình thường)

+ Thai chậm tăng trưởng trong tử cung (ước lượng cân nặng nhỏ hơn bách phân vị thứ 5)

+ Thiểu ối (AFI < 5 cm) (siêu âm 2 lần cách nhau 24 giờ)

+ Bắt đầu suy thận hoặc nặng thêm tình trạng suy thận

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Đánh giá chuyển dạ sinh trong 24-48 giờ
- Corticosteroids, ngừa co giật, thuốc chống THA
- Siêu âm, biểu đồ tim thai, lâm sàng và các xét nghiệm

↓

Chống chỉ định tiếp tục điều trị mong đợi
- Sản giật
- Phù phổi
- DIC
- THA không đáp ứng điều trị nội
- Hội chứng HELLP
- Thai chết trong chuyển dạ
- Thai lưu
- Bất thường biểu đồ tim thai
- Nhau bong non

← Chấm dứt thai kỳ khi tình trạng mẹ ổn định

↓

Có thêm những biến chứng của điều trị mong đợi không?
- Tuổi thai ≥ 33 tuần 6 ngày
- Các triệu chứng của TSG tồn tại
- Thai chậm tăng trưởng trong tử cung (< bách phân vị thứ 5)
- Thiểu ối nặng
- Đảo ngược sóng tâm trương động mạch rốn
- Chuyển dạ hoặc vỡ ối
- Rối loạn chức năng thận
- Hội chứng HELLP không điển hình

← Corticosteroids để trưởng thành phổi thai nhi thường quy cho thai 28-33 tuần 6 ngày. Tuổi thai 24-27 tuần 6 ngày: cân nhắc tùy trường hợp Chấm dứt thai kỳ sau 48 giờ

↓

Điều trị mong đợi
- Theo dõi và điều trị tại cơ sở y tế đủ nguồn lực
- Tuổi thai có thể sống được cho tới 33 tuần 6 ngày
- Điều trị nội trú và ngưng sử dụng Magnesium sulfate khi đủ điều kiện, đánh giá sức khỏe mẹ - thai mỗi ngày (theo dõi sinh hiệu, các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng)
- Dùng thuốc chống THA đường uống
- Trong theo dõi ngoại trú:
  + Khi đã được tư vấn và đồng thuận của sản phụ và gia đình
  + Khi đủ điều kiện (tình trạng mẹ và thai ổn định)
  + Theo dõi HA mỗi ngày, tái khám mỗi 3 ngày, nhập viện ngay khi có dấu hiệu TSG nặng

↓

- Tuổi thai đủ 34 tuần
- Xuất hiện những chống chỉ định của điều trị mong đợi
- Các khảo sát sức khỏe mẹ và thai bất thường
- Chuyển dạ hoặc vỡ ối

← Chấm dứt thai kỳ

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Một số lưu ý:

- Quyết định chấm dứt thai kỳ không dựa vào yếu tố đạm niệu.
- Chỉ định dùng thuốc chống THA khi HA tâm thu ≥ 150 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 100 mmHg.
- Theo dõi

+ Mẹ:

- Sinh hiệu mỗi giờ/lần.
- Bilan dịch vào và ra mỗi 8 giờ/lần.
- Dấu hiệu chuyển dạ.
- Xét nghiệm bilan TSG mỗi 1-2 ngày hoặc sớm hơn tùy tình trạng diễn tiến nặng của TSG.

+ Thai:

- Đếm cử động thai mỗi ngày, NST mỗi 3 ngày.
- Theo dõi biểu đồ cân nặng thai và Doppler động mạch rốn mỗi tuần.
- Phương pháp chấm dứt thai kỳ: tùy tuổi thai, ngôi thai, cổ tử cung, tình trạng mẹ - thai.

6.3. Các trường hợp không điều trị mong đợi

Mẹ	THA nặng không kiểm soát được (HA tâm thu không đạt mục tiêu điều trị kéo dài, không đáp ứng với thuốc chống THA)
	Đau đầu dai dẳng, không đáp ứng với thuốc giảm đau
	Đau thượng vị hoặc hạ sườn (P) không đáp ứng với thuốc giảm đau
	Rối loạn thị giác, suy giảm vận động hoặc thay đổi cảm giác
	Đột quỵ
	Nhồi máu cơ tim
	Hội chứng HELLP

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

	Giảm chức năng thận mới khởi phát hoặc trầm trọng hơn (nồng độ creatinine/huyết thanh > 1,1 mg/dL hoặc tăng gấp đôi nồng độ creatinine huyết thanh)
	Phù phổi
	Sản giật
	Nghi ngờ nhau bong non hoặc ra huyết âm đạo nhiều ở những trường hợp không có nhau tiền đạo
Thai	Đánh giá sức khỏe thai bất thường
	Thai lưu
	Thai không có khả năng sống tại thời điểm mẹ được chẩn đoán TSG (dị tật bẩm sinh, thai cực non...)
	Đảo ngược sóng tâm trương động mạch rốn kéo dài

Lưu ý: trong một số trường hợp, cân nhắc sử dụng Corticosteroids trước sinh tùy thuộc vào tuổi thai và tình trạng mẹ.

6.4. Ứng dụng tỷ số sFlt-1/PlGF trong TSG

- Tỷ số sFlt-1/PlGF có giá trị tham khảo trong phối hợp với các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của TSG để:
  + Tiên lượng khả năng dưỡng thai trong các trường hợp TSG nặng điều trị mong đợi.
  + Tiên lượng khả năng chuyển theo dõi và điều trị ngoại trú.
- Đánh giá kết quả tỷ số sFlt-1/PlGF
  + sFlt-1/PlGF < 38: khả năng không bị TSG trong vòng 1-4 tuần
  + 38 ≤ sFlt-1/PlGF < 85 với thai < 34 tuần, 38 ≤ sFlt-1/PlGF < 110 với thai ≥ 34 tuần: dự đoán TSG trong 4 tuần tới, có thể lặp lại xét nghiệm sau 2 tuần.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ 85 ≤ sFlt-1/PlGF ≤ 655 với thai < 34 tuần, 110 ≤ sFlt-1/PlGF ≤ 201 với thai ≥ 34 tuần: để tiên lượng diễn tiến bệnh có thể lặp lại xét nghiệm mỗi 2-4 ngày, nếu tỉ số ổn định thì có thể lặp lại sau 1 tuần. Quyết định điều trị dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng khác.

+ sFlt-1/PlGF > 655 với thai < 34 tuần, sFlt-1/PlGF > 201 với thai ≥ 34 tuần: tiên lượng khả năng xảy ra kết cục xấu cho mẹ và bé, cần theo dõi dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng khác.

6.5. Sản giật

- Nguyên tắc điều trị:

  + Phòng ngừa thiếu oxy và chấn thương (té ngã, cắn lưỡi...) cho sản phụ.

  + Điều trị THA hoặc TSG nặng (nếu có).

  + Phòng ngừa co giật tái phát.

  + Cân nhắc các phương pháp chấm dứt thai kỳ.

- Đặt sản phụ nằm đầu nghiêng, thở Oxy 6-8 L/phút.

- Magnesium sulfate: liều tấn công 4,5 g (liều 4-6 g) tiêm tĩnh mạch chậm, sau đó duy trì truyền tĩnh mạch 1 g/giờ (liều 1-2 g/giờ) ít nhất đến 24 giờ sau sinh.

- Nếu co giật tái phát: lặp lại liều 2-4 g Magnesium sulfate tiêm tĩnh mạch chậm > 5 phút. Nếu không đáp ứng với Magnesium sulfate (vẫn co giật sau 20 phút tiêm liều tải Magnesium sulfate, sản giật tái phát ≥ 2 lần), có thể sử dụng Midazolam 1-2 mg (TMC) hoặc Lorazepam 4 mg (TMC) trong 2-5 phút, đặt nội khí quản và hỗ trợ thông khí.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Trong các trường hợp co giật không đáp ứng với Magnesium sulfate, cân nhắc chụp CT Scan hoặc MRI não vì đa số các trường hợp này sẽ có bất thường hình ảnh não.
- Chấm dứt thai kỳ khi tình trạng nội khoa ổn định, không chờ đợi đủ thời gian tác dụng của liệu pháp Corticosteroids trước sinh.
- Nhịp tim thai chậm kéo dài 3-5 phút thường xảy trong và sau cơn giật, nếu tim thai chậm kéo dài > 5 phút cần mổ lấy thai cấp cứu.
- Sản giật không phải là chỉ định mổ lấy thai tuyệt đối, phương thức chấm dứt thai kỳ sau cơn sản giật phụ thuộc vào tuổi thai, kiểu thế, tình trạng cổ tử cung, chỉ số Bishop...

6.6. Hội chứng HELLP

Chấm dứt thai kỳ ngay khi có chẩn đoán xác định là hội chứng HELLP, không chờ đợi đủ thời gian tác dụng của liệu pháp Corticosteroids trước sinh

VII. THUỐC ĐIỀU TRỊ

7.1. Magnesium sulfate

a) Chỉ định: dự phòng và chống co giật trong TSG nặng, hội chứng HELLP, sản giật.

b) Cách dùng: truyền tĩnh mạch (TM) liên tục, tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp (ít sử dụng).

c) Liều dùng:

- Liều tấn công: 4,5 g (liều 4-6 g) Magnesium sulfate 15%/50 mL dung dịch tiêm tĩnh mạch chậm từ 15-20 phút (tùy thuộc cân nặng của thai phụ, tiền căn sử dụng Magnesium sulfate).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Duy trì 1 g/giờ (liều 1-2 g/giờ) truyền TM.

  + Pha 6 g Magnesium sulfate 15% vào chai Glucose 5% 500 mL truyền TM XXX giọt/phút hoặc

  + Bơm tiêm điện: pha 6 g Magnesium sulfate 15% bơm tiêm điện 6,7 mL/giờ.

c) Các lưu ý:

- Theo dõi các dấu hiệu: phản xạ gân xương (có), nhịp thở (> 16 lần/phút), lượng nước tiểu (> 100 mL/4 giờ).

- Đo nồng độ Magnesium huyết thanh khi cần thiết và điều chỉnh liều duy trì để giữ được nồng độ Magnesium 4-7 mEq/L (5-9 mg/dL; 2-3,5 mmol/L).

- Người bệnh suy thận mức độ trung bình (creatinine huyết thanh 1-1,5 mg/dL) hoặc thiểu niệu (< 30 mL nước tiểu/giờ trong 4 giờ): sau khi dùng liều tải 4-6 g Magnesium sulfate 15%, cần duy trì ở liều thấp 1 g/giờ.

- Người bệnh suy thận cần được định lượng Magnesium huyết thanh mỗi 4 giờ, nếu nồng độ Magnesium huyết thanh > 9,6 mg/dL (8 mEq/L), cần ngừng truyền Magnesium sulfate và định lượng nồng độ Magnesium huyết thanh mỗi 2 giờ, tái sử dụng Magnesium sulfate khi nồng độ Magnesium huyết thanh < 8,4 mg/dL (7 mEq/L).

- Khi có chỉ định, Magnesium sulfate cần được dùng trước, trong và duy trì tối thiểu 24 giờ sau sinh/sau mổ, nếu người bệnh có chỉ định mổ lấy thai, cần duy trì Magnesium sulfate trong lúc mổ.

- Nguy cơ: băng huyết sau sinh, giảm dao động nội tại tim thai.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

d) Ngộ độc Magnesium sulfate: liên quan nồng độ Magnesium/huyết thanh.

Nồng độ Magnesium/huyết thanh			
mmol/L	mEq/L	mg/dL	Tác dụng
2-3,5	4-7	5-9	Ngưỡng điều trị
> 3,5	> 7	> 9	Mất phản xạ gân xương
> 5	> 10	> 12	Liệt cơ hô hấp
> 12,5	> 25	> 30	Ngưng tim

Xử trí ngộ độc Magnesium sulfate:

- Ngừng Magnesium sulfate.
- Thuốc đối kháng: Calcium gluconate 10% 10 mL, tiêm TM 1 g trong 10 phút.
- Cân nhắc sử dụng Furosemide 80 mg 01 ống (TMC) để tăng đào thải Magnesium sulfate.
- Đặt nội khí quản và thông khí để cứu sống người bệnh nếu có suy hô hấp, ngừng thở.

7.2. Thuốc chống THA

- Chỉ định:

  + Khi HA tâm thu ≥ 150 mmHg hoặc

  + HA tâm trương ≥ 100 mmHg.

- HA đạt sau điều trị:

  + HA trung bình sau 2 giờ không giảm quá 25% so với HA ban đầu.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ HA tâm thu ở mức 130-150 mmHg.

+ HA tâm trương ở mức 80-100 mmHg.

- Chống chỉ định trong thai kỳ:

+ Nitroprusside.

+ Thuốc ức chế men chuyển.

- Các loại thuốc hạ HA dùng trong thai kỳ

+ Labetalol.

+ Hydralazine.

+ Ức chế Calcium như Nifedipine, Nicardipine.

+ Methyldopa

- Tóm tắt các loại thuốc chống THA sử dụng khẩn khi THA:

Loại thuốc	Liều dùng	Ghi chú	Khởi phát tác dụng
Labetalol	10-20 mg (TMC), sau đó 20-80 mg mỗi 10-30 phút đến khi đạt tổng liều 300 mg; hoặc truyền TM 1-2 mg/phút	Ít gây mạch nhanh và ít tác dụng phụ. Chống chỉ định: hen phế quản, bệnh lý cơ tim, suy tim mất bù, block, nhịp tim chậm	1-2 phút
Hydralazine	5 mg (TMC/TB), sau đó 5-10 mg (TMC) mỗi 20-40 phút đến khi đạt tổng liều 20 mg; hoặc truyền TM 0,5-10 mg/giờ	Gây hạ huyết áp mẹ, đau đầu, bất thường nhịp tim thai.	10-20 phút

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Loại thuốc	Liều dùng	Ghi chú	Khởi phát tác dụng
Nifedipine (loại tác dụng nhanh)	10-20 mg (uống), lặp lại sau 20 phút nếu cần; sau đó 10-20 mg mỗi 2-6 giờ, liều tối đa 180 mg/ngày	Nhịp tim nhanh và nhức đầu	5-10 phút
Nicardipine	+ Ống 10 mg/10mL pha với 40 mL Glucose 5% + Khởi đầu: 0,5-1 mg (2,5-5 mL) tiêm tĩnh mạch chậm. + Duy trì bơm tiêm điện 1-3 mg/giờ (5-15 mL/giờ). Nếu không đáp ứng sau 15 phút tăng 0,5 mg/giờ tối đa 15 mg/giờ.		

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Tóm tắt các loại thuốc chống THA đường uống

Loại thuốc	Liều dùng	Ghi chú
Labetalol	200-2400 mg chia 2-3 lần/ngày. Thường khởi đầu với liều 100-200 mg x 2 lần/ngày	Gây co thắt khí phế quản Chống chỉ định: hen phế quản, bệnh lý cơ tim, suy tim mất bù, block, nhịp tim chậm
Nifedipine (loại tác dụng kéo dài)	30-120 mg/ ngày. Thường khởi đầu với liều 30-60 mg x 1 lần/ngày	Không dùng ngậm dưới lưỡi Tránh dùng trong các trường hợp có nhịp tim nhanh
Methyldopa	500-3000 mg chia 2-4 lần/ngày. Thường khởi đầu với liều 250 mg x 2-3 lần/ngày	Không hiệu quả khi cần hạ áp cấp cứu. Tác dụng phụ: an thần, chóng mặt, trầm cảm.
Hydrochlorothiazide	12,5-50 mg/ngày	Là lựa chọn thứ 2, 3

- Thuốc lợi tiểu

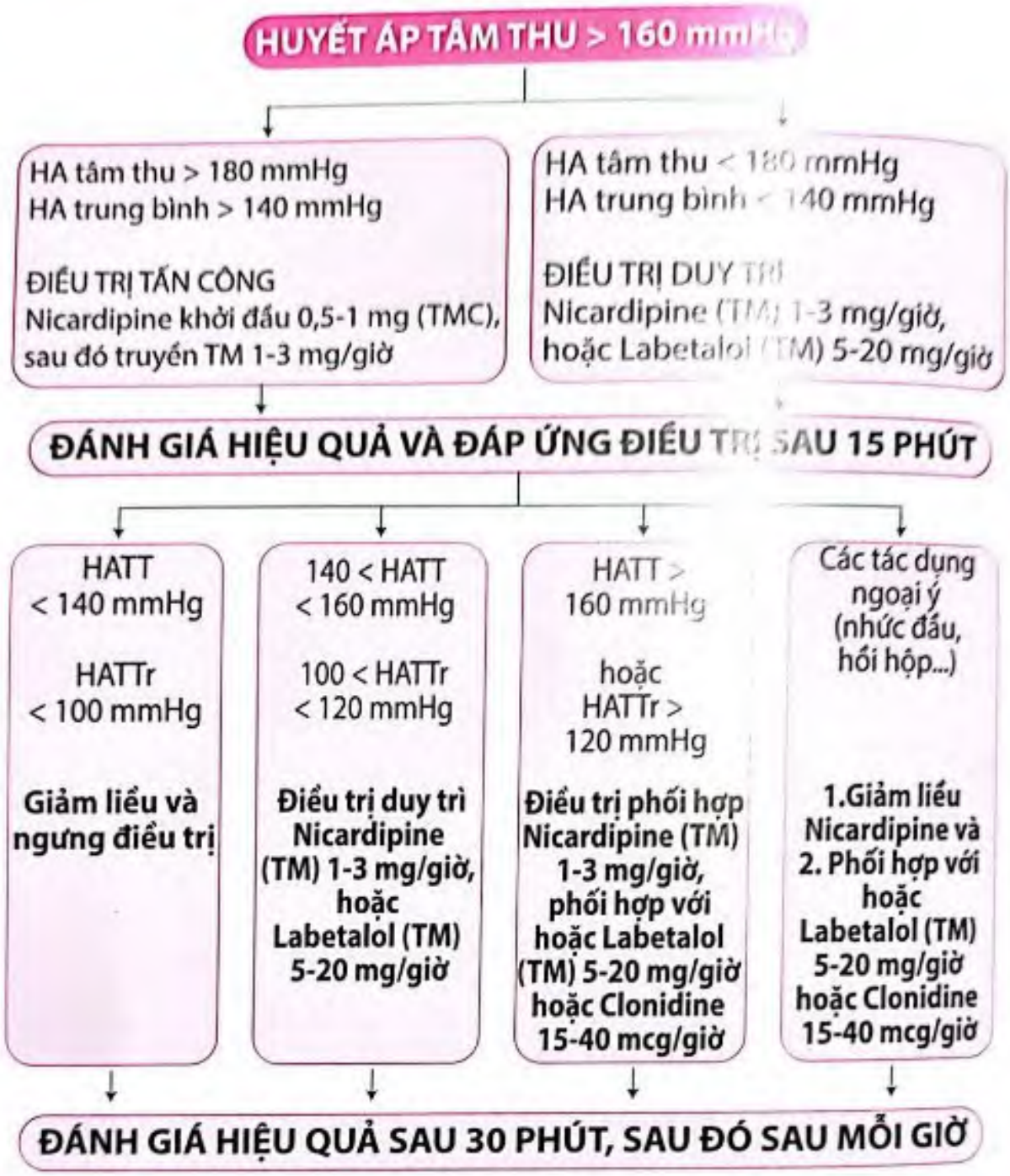
Dùng khi có triệu chứng dọa phù phổi cấp và phù phổi cấp.

Furosemide 1 ống 20 mg x 8 ống, tiêm tĩnh mạch chậm.

Không dùng dung dịch ưu trương

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner



VIII. TIÊN LƯỢNG LÂU DÀI

- Theo dõi HA 12 tuần sau sinh, tư vấn nguy cơ TSG cho các lần có thai sau, cảnh báo nguy cơ bệnh tim mạch trong tương lai.
- THA tồn tại càng lâu sau sinh, nguy cơ THA mạn càng cao.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Sản Phụ khoa (2007) tập 1, Nhà xuất bản Y học TP.HCM, trang 462-479.
2. ACOG practice bulletin (2019), Gestational Hypertension and Preeclampsia, number 202, Vol 133, No 1.
3. ACOG practice bulletin (2019), Chronic Hypertension in pregnancy, number 203, Vol 133, No 1.
4. ACOG practice bulletin (2019), Emergent therapy for acute-onset, severe hypertension during pregnancy and the pospartum peroid, number 767, Vol 133, No 1.
5. Meher S; Abalos E; Carroli G; Meher S (2005), Bed rest with or without hospitalisation for hypertension during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev; (4): CD003514.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

I. ĐỊNH NGHĨA

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là đái tháo đường (ĐTĐ) được chẩn đoán trong tam cá nguyệt thứ 2 hoặc thứ 3 của thai kỳ, loại trừ các trường hợp rõ ràng típ 1 hoặc típ 2.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Tầm soát ĐTĐ sớm khi mang thai

Dựa vào đường huyết (ĐH) bất kỳ, ĐH đói hoặc HbA1c

Bảng 1. Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ và thai kỳ, ĐTĐTK trong lần khám trước sinh đầu tiên (trước 13 tuần hoặc sớm hơn) trên các thai phụ chưa có tiền sử ĐTĐ (*).

Chẩn đoán	ĐH đói (mmol/L) (**)	ĐH bất kỳ (mmol/L) (**)	HbA1c (%) (***)
ĐTĐ và thai kỳ (típ 1, típ 2 hay khác ...)	≥ 7,0 (126 mg/dL)	≥ 11,1 (200 mg/dL)	≥ 6,5%
ĐTĐ thai kỳ	5,1-6,9 (92-125 mg/dL)	Không áp dụng	Không áp dụng

(*) Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ và thai kỳ sớm khi mang thai phù hợp với tiêu chuẩn của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (American Diabetes Association - ADA) và có khác biệt với Nhóm nghiên cứu quốc tế về ĐTĐ và thai kỳ (International Association of Diabetes and Pregnancy Study Group - IADPSG).

(**) Xét nghiệm phải sử dụng mẫu máu tĩnh mạch, không sử dụng ĐH mao mạch.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

(***) Sử dụng các phương pháp được chứng nhận theo tiêu chuẩn của chương trình Chuẩn hóa Quốc gia về thai kỳ (National Gestation Standards Program - NGSP). Tại Việt Nam, phương pháp này chưa được phổ biến rộng rãi vì vậy khuyến cáo chưa sử dụng tiêu chí này.

2.2. Chẩn đoán ĐTĐTK từ 24-28 tuần thai

Dựa vào nghiệm pháp dung nạp glucose (NPDNG) đường uống tiến hành trong 2 giờ sau uống 75 g glucose khan vào thời điểm từ 24-28 tuần.

Bảng 2. Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ và thai kỳ, ĐTĐTK sử dụng NPDNG đường uống với 75 g glucose sau 2 giờ ở tuần thai 24-28 (*).

Chẩn đoán	ĐH đói (mmol/L) (**)	ĐH sau 1 giờ (mmol/L)	ĐH sau 2 giờ (mmol/L)
ĐTĐ và thai kỳ (típ 1, típ 2 hay khác)	≥ 7,0 (126 mg/dL)	Không áp dụng	≥ 11,1 (200 mg/dL)
ĐTĐ thai kỳ	5,1-6,9 (92-125 mg/dL)	≥ 10,0 (180 mg/dL)	8,5-11,0 (153-199 mg/dL)

(*) Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ và thai kỳ dựa trên NPDNG ở tuần thai 24-28 có khác biệt đôi chút so với tiêu chuẩn của ADA và IADPSG.

(**) Xét nghiệm phải sử dụng mẫu máu tĩnh mạch, không sử dụng ĐH mao mạch.

III. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc quản lý ĐTĐTK

- Khuyến cáo phụ nữ bị ĐTĐTK kiểm soát ĐH đạt mục tiêu hoặc càng gần bình thường càng tốt nhưng không có nguy cơ hoặc không gây hạ ĐH.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Khuyến cáo xử trí ban đầu ĐTĐTK nên bao gồm điều chỉnh chế độ ăn và tập luyện mức vừa phải trong 30 phút/ngày hoặc hơn.
- Khuyến cáo dùng các biện pháp làm hạ ĐH nếu việc thay đổi lối sống không đủ để duy trì ĐH đạt mục tiêu ở các phụ nữ bị ĐTĐTK.
- Thai phụ cần được theo dõi bởi các bác sĩ chuyên khoa Nội tiết - Đái tháo đường, nhưng phối hợp với các bác sĩ Sản khoa để hội chẩn khi cần thiết.

3.2. Mục tiêu điều trị

Mục tiêu ĐH đói, trước ăn và sau ăn.

Bảng 3. Các mục tiêu ĐH đối với phụ nữ bị ĐTĐTK hay ĐTĐ và thai kỳ (*)

	Mục tiêu ĐH (mmol/L)
ĐH trước ăn	≤ 5,3 (95 mg/dL) (**)
ĐH sau ăn 1 giờ	≤ 7,8 (140 mg/dL)
ĐH sau ăn 2 giờ	≤ 6,7 (120 mg/dL)

(*) Có thể sử dụng ĐH mao mạch nhưng phương tiện đo phải cho ra kết quả gần tương đương với máu tĩnh mạch.

(**) Mục tiêu có thể thấp hơn (< 5,0 mmol/L hoặc 90 mg/dL) miễn là có thể đạt được một cách an toàn và không gây hạ ĐH.

3.3. Vận động

- Tập thể dục mức độ trung bình 30 phút/ngày. Các hoạt động thích hợp sao cho nhịp tim tăng từ 10-20% nhịp tim cơ bản của thai phụ.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Do ĐH có xu hướng tăng cao sau ăn, các thai phụ bị ĐTĐ nên đi bộ nhẹ nhàng khoảng 15-20 phút sau ăn 1 giờ nếu không có chống chỉ định hoặc lựa chọn các bài tập nửa trên cơ thể tùy theo tình trạng của thai phụ.
- Chống chỉ định vận động: dọa sanh non, ối vỡ sớm, hở eo tử cung, xuất huyết âm đạo 3 tháng giữa và 3 tháng cuối thai kỳ, nhau tiền đạo, tiền sản giật.

3.4. Dinh dưỡng

- Đối với các thai phụ bị ĐTĐTK 80% thai phụ có thể kiểm soát ĐH bằng chế độ ăn và tập luyện.
- Tổng số calo được phân phối như sau:

+ Carbohydrate: 35-45%.

+ Protid: 20-25%.

+ Lipid: 35-40%.

- Tổng số năng lượng được chia đều cho 3 bữa ăn chính và 2-4 bữa ăn phụ bao gồm cả bữa ăn đêm. Năng lượng phân phối trong bữa ăn cũng tùy thuộc hoạt động và nhu cầu của từng thai phụ. Ưu tiên sử dụng các loại thực phẩm có chỉ số ĐH thấp (≤ 55) hay trung bình (56-69). Tăng cường protein và chất béo trong thức ăn thường ít ảnh hưởng tới ĐH sau ăn và góp phần làm giảm cảm giác thèm ăn cho thai phụ.

3.5. Sử dụng Insulin

- Các loại Insulin được sử dụng trong điều trị ĐTĐTK là những Human Insulin (Regular, NPH). Gần đây các Insulin analog được chỉ định điều trị cho ĐTĐTK đã được FDA (Food and Drug Administration) chấp nhận như Insulin Aspart, Lispro, Determir.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Tùy thời điểm ĐH cao là sau ăn hoặc lúc đói có thể lựa chọn sử dụng Human Insulin tác dụng thường hoặc Insulin analog tác dụng nhanh hoặc Insulin NPH hoặc Detemir.
- Các loại thuốc hạ ĐH uống chưa được Bộ Y tế Việt Nam chấp thuận.

3.5.1. Chỉ định dùng Insulin

- ĐTĐ trước khi có thai
- ĐTĐ và thai kỳ khi có thai:
  + Chẩn đoán ĐTĐTK trước 24 tuần
  + ĐH bất kỳ ≥ 200 mg/dL
  + ĐH đói khi làm NPDNG ≥ 126 mg/dL
  + Bất kỳ trị số nào của NPDNG ≥ 200 mg/dL

3.5.2. Liều lượng

- Liều khởi đầu trung bình là 0,7 đơn vị/kg, điều chỉnh liều theo mức ĐH và tình trạng người bệnh (NB). Nhu cầu Insulin sẽ tăng dần trong thai kỳ do tình trạng đề kháng Insulin.
- Có thể ước lượng nhu cầu tổng liều theo tam cá nguyệt như sau:
  + 3 tháng đầu thai kỳ: cân nặng x 0,7 đơn vị
  + 3 tháng giữa thai kỳ: cân nặng x 0,8 đơn vị
  + 3 tháng cuối thai kỳ: cân nặng x 0,9 đơn vị
- Tổng liều theo tuổi thai tính theo tuần:
  + < 18 tuần: 0,7 đơn vị/kg/ngày
  + 18-26 tuần: 0,8 đơn vị/kg/ngày
  + > 26-36 tuần: 0,9 đơn vị/kg/ngày
  + > 36 tuần: 1 đơn vị/kg/ngày

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3.5.3. Số lần tiêm thuốc trong ngày: 2-3 lần, trước ăn, thường chia 2 lần sáng và chiều

- Nếu dùng loại Insulin trộn, hỗn hợp:

  + Sáng: 2/3 tổng liều, tiêm trước ăn sáng, trong đó 2/3 NPH, 1/3 Regular

  + Chiều: 1/3 tổng liều, tiêm trước ăn chiều, trong đó 1/2 NPH, 1/2 Regular

3.5.4. Điều chỉnh liều Insulin

- Nếu tiên lượng chưa vào chuyển dạ:

  + Tăng liều 2 đơn vị mỗi 3 ngày cho đến khi đạt ĐH mục tiêu nếu điều trị ngoại trú.

  + Trường hợp nội trú sẽ được đánh giá và chỉnh liều dựa trên xét nghiệm ĐH mỗi ngày. Tập trung chỉnh liều vào thời điểm mà sản phụ có chỉ số ĐH cao nhất và dựa trên tiên lượng khả năng có vào chuyển dạ hay không.

  + Mọi người bệnh nếu ĐH > 10 mmol/L (> 180 mg/dL) tăng liều 4 đơn vị mỗi 3 ngày và hội chẩn chuyên khoa Nội tiết.

- Vào chuyển dạ sẽ xử trí theo hướng dẫn riêng.

3.5.5. Biến chứng của Insulin

- Hạ ĐH do quá liều, ăn chậm sau tiêm Insulin, do bỏ bữa ăn, do vận động quá mức, do rối loạn tiêu hóa.

- Loạn dưỡng mỡ do Insulin.

- Kháng Insulin.

- Dị ứng tại chỗ tiêm (đỏ và đau), ít khi bị dị ứng toàn thể như phù Quincke, mẩn đỏ.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3.5.6. Phương pháp chấm dứt thai kỳ

- Chọn mổ lấy thai (MLT) khi ước lượng cân thai (ULCT) ≥ 4000 g hoặc khi có chỉ định sản khoa.
- Khi có chỉ định chấm dứt thai kỳ (CDTK) và cân nặng < 4000 g, có thể khởi phát chuyển dạ.

IV. ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ SẢN PHỤ ĐTĐ

4.1. Đái tháo đường thai kỳ điều trị tiết chế

- Điều trị bệnh là lý do nhập viện chính.
- Hướng dẫn sản phụ cách đếm và theo dõi cử động thai.
- Nonstress test (NST) mỗi tuần 2 lần nếu có đáp ứng.
- Dinh dưỡng và vận động theo chế độ ĐTĐTK do bệnh viện cung cấp.
- Xét nghiệm ĐH đói, sau ăn 2 giờ, lặp lại mỗi 3 ngày nếu chưa vào chuyển dạ.
- CDTK ở 40 tuần hoặc do chỉ định sản khoa.

4.2. ĐTĐTK hoặc ĐTĐ và thai kỳ điều trị Insulin không biến chứng cấp

- Thường đã được điều trị Insulin theo chuyên khoa Nội tiết (toa).
- Sử dụng liều Insulin theo toa chuyên khoa Nội tiết.
- Xét nghiệm ĐH đói, sau ăn 2 giờ, lặp lại mỗi ngày nếu chưa vào chuyển dạ.
- Chỉnh liều Insulin sao cho đạt ĐH mục tiêu và duy trì.
- Hội chẩn chuyên khoa Nội tiết khi ĐH không ổn định.
- Hướng dẫn sản phụ cách đếm và theo dõi cử động thai.
- NST mỗi 2 ngày nếu thai cử động đều hoặc khi thai cử động yếu.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Dinh dưỡng và vận động theo chế độ ĐTĐTK do bệnh viện cung cấp.
- Nếu ĐH ổn định: CDTK ở 39 tuần hoặc khi có chỉ định sản khoa.
- Nếu ĐH không ổn định: CDTK ở 38 tuần hoặc khi có chỉ định sản khoa.
- Sau liệu pháp Corticosteroids, lưu ý có thể làm tăng ĐH và cần chỉnh liều Insulin phù hợp.

4.3. ĐTĐTK hoặc ĐTĐ và thai kỳ điều trị Insulin có biến chứng cấp

- Biến chứng có thể được chẩn đoán trước khi nhập viện hoặc trong quá trình theo dõi tại khoa.
- Sử dụng liều Insulin theo toa chuyên khoa Nội tiết.
- Hội chẩn chuyên khoa Nội tiết.
- Xét nghiệm ĐH đói, sau ăn 1 giờ, sau ăn 2 giờ hay số lần do bác sĩ chuyên khoa Nội tiết quyết định, lặp lại mỗi ngày.
- Chỉnh liều Insulin sao cho đạt ĐH mục tiêu và duy trì.
- Hướng dẫn sản phụ cách đếm và theo dõi cử động thai.
- NST mỗi ngày nếu thai cử động đều hoặc khi sản phụ ghi nhận thai cử động yếu.
- Dinh dưỡng và vận động theo chế độ ĐTĐTK do bệnh viện cung cấp.
- CDTK ở 36 tuần hoặc khi có chỉ định sản khoa.
- Sau liệu pháp Corticosteroids trước sinh, lưu ý có thể làm tăng ĐH và cần chỉnh liều Insulin phù hợp.

4.4. Sử dụng Insulin khi chuyển dạ

- Đo ĐH và tổng phân tích nước tiểu khi nhập khoa Sanh.
- Đường huyết mục tiêu: 4,0-7,0 mmol/L.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Trường hợp ĐTĐ và thai, không nhịn: giảm 1/2 liều Insulin đang dùng. Đo ĐH khi nhập khoa Sanh, sau ăn 2 giờ và khi có dấu hiệu nghi ngờ hạ ĐH.
- Trường hợp ĐTĐTK điều trị Insulin có ăn uống bình thường
  + Nếu chuyển dạ buổi sáng và có ăn sáng: dùng Insulin tác dụng nhanh, ngưng Insulin tác dụng trung bình và kéo dài.
  + Nếu chuyển dạ tự nhiên vào buổi chiều: sử dụng Insulin cữ chiều và tối bình thường.
- Trường hợp ĐTĐTK điều trị Insulin và không ăn:
  + Đo ĐH mỗi giờ.
  + Truyền dung dịch Glucose 5%: 500 mL (25 g) pha 1 g KCl qua bơm tiêm điện với tốc độ 100 mL/giờ. Xét nghiệm điện giải trước và sau khi truyền.
  + Insulin: 50 đơn vị Insulin tác dụng nhanh, ngắn + dung dịch muối đẳng trương vừa đủ 50 mL truyền tĩnh mạch bơm tiêm điện, chỉnh liều theo mức ĐH:

ĐH (mmol/L)	Đơn vị Insulin (U/giờ)
< 3,9	Không truyền
3,9-5,0	0,5
5,1-6,1	1
6,2-7,2	2
7,3-8,3	3
8,4-9,4	4
9,5-10,6	5
> 10,6	6+ (Hội chẩn bác sĩ Gây mê Hồi sức)

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Hội chẩn bác sĩ Gây mê Hồi sức khi: ĐH > 10,6 mmol/L và nghi ngờ có nhiễm cetone máu: nôn ói nhiều, thở nhanh ≥ 40 lần/phút, mạch > 120 lần/phút, cetone niệu (+).

+ Hội chẩn chuyên khoa Nội tiết khi ĐH không ổn định.

+ Theo dõi chuyển dạ với monitoring sản khoa.

4.5. Sử dụng Insulin khi mổ lấy thai

- Ngày trước phẫu thuật: dùng Insulin cữ tối (Insulin nền) bình thường (nếu có).
- Ngày mổ: nhịn ăn từ 0 giờ, thử ĐH đói, ngưng mũi Insulin cữ sáng (Insulin tác dụng nhanh, ngắn). Trường hợp dùng Insulin trộn, hỗn hợp thì giảm 1/2 liều.
- Nên mổ trong buổi sáng ngày mổ. Nếu 12 giờ chưa được mổ, thử ĐH mao mạch và xử trí tùy kết quả. Nếu có dấu hiệu của hạ ĐH thì xử trí phù hợp.

V. CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ HẠ ĐƯỜNG HUYẾT

5.1. Lâm sàng

- Người bệnh thấy mệt đột ngột, đói cồn cào, chóng mặt, đau đầu, tay chân nặng.
- Nặng hơn: da xanh tái, vã mồ hôi, hồi hộp, hốt hoảng hoặc kích động.
- Nhịp tim nhanh, tăng huyết áp tâm thu, cơn đau thắt ngực hoặc nặng ngực.
- Babinski (+) cả 2 bên, giảm phản xạ gân xương, co giật, tăng trương lực cơ…
- Hôn mê hạ ĐH:

  + Là giai đoạn nặng, xuất hiện đột ngột không có dấu hiệu báo trước.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Thường xuất hiện sau khi hạ ĐH không điều trị kịp thời.

+ Thường là hôn mê yên lặng và sâu.

5.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm ĐH mao mạch và ĐH tĩnh mạch.
- ĐH < 3,9 mmol/L (70 mg/dL).

5.3. Chẩn đoán độ nặng

- Hạ ĐH nhẹ (3,3-3,6 mmol/L): bệnh nhân tỉnh, run tay, cồn cào, hoa mắt, nhịp tim nhanh, trống ngực, vã mồ hôi.
- Hạ ĐH trung bình (2,8-3,3 mmol/L): cơn hạ ĐH có biểu hiện thần kinh như nhìn mờ, giảm khả năng tập trung, lơ mơ, có thể rối loạn định hướng.
- Hạ ĐH nặng (< 2,8 mmol/L): có thể mất định hướng, cơn loạn thần, co giật, rối loạn ý thức, hôn mê.

5.4. Xử trí hạ đường huyết

- Ngừng các thuốc nghi ngờ liên quan đến hạ ĐH
- XN ĐH mao mạch và ĐH tĩnh mạch
- Nếu NB tỉnh (mức độ nhẹ và trung bình):

  + Cho uống nước đường, hoặc thức uống chứa đường (không dùng đường dành cho người ĐTĐ).

  + Cho ăn ngay (bánh ngọt, sữa, kẹo).
- Nếu NB hôn mê (mức độ nặng):

  + Truyền tĩnh mạch nhanh 50 mL dung dịch Glucose ưu trương 20% hoặc 30%. Có thể lặp lại nếu NB chưa tỉnh. Nếu NB tỉnh lại, chỉnh liều theo kết quả ĐH.

  + Sau đó truyền dung dịch Glucose 5% để duy trì ĐH từ 5,5-7 mmol/L.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

VI. THEO DÕI SAU SINH HOẶC SAU MỔ

6.1. Trẻ sơ sinh: Ngay sau khi sinh, trẻ được chăm sóc và theo dõi tại khoa Sơ sinh.

- Theo dõi tim mạch, tình trạng hô hấp: phát hiện kịp thời hội chứng suy hô hấp cấp (đánh giá bởi bác sĩ Sơ sinh).
- Trong trường hợp sản phụ bị ĐTĐTK không kiểm soát ĐH tốt, áp dụng phác đồ kiểm soát ĐH cho đối tượng nguy cơ cao và phác đồ hạ ĐH trẻ sơ sinh.

6.2. Theo dõi và chỉnh liều Insulin cho mẹ

- Ngay sau sinh, nếu là ĐTĐTK thì không cần dùng Insulin vì ĐH thường trở về bình thường. Kiểm tra ĐH đói ngày hôm sau.
- Trường hợp ĐTĐ thực sự, sau sinh nếu ĐH ≥ 11,1 mmol/L thì phải dùng Insulin cho mẹ. Liều Insulin giảm một nửa so với liều trong thời gian mang thai ngay sau khi sinh nhưng sẽ tăng trở về gần bình thường sau khoảng 4-5 ngày.

6.3. Cho con bú và hậu sản

- Sớm nhất có thể, tốt nhất là cho con bú ngay trong vòng 1 giờ đầu sau sinh.
- Ấp da kề da ít nhất 1 ngày đầu sau sinh.
- Cho bú sữa non mỗi 2-3 giờ/lần.
- Ngừa thai hậu sản: bao cao su, dụng cụ tử cung, viên thuốc ngừa thai kết hợp hàm lượng thấp.
- Tầm soát sớm ĐTĐ típ 2 cho các phụ nữ có ĐTĐTK: sau sinh 6-12 tuần nên làm lại NPDNG. Nếu kết quả NPDNG bình thường sau sinh nên tầm soát định kỳ 1 năm/lần.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

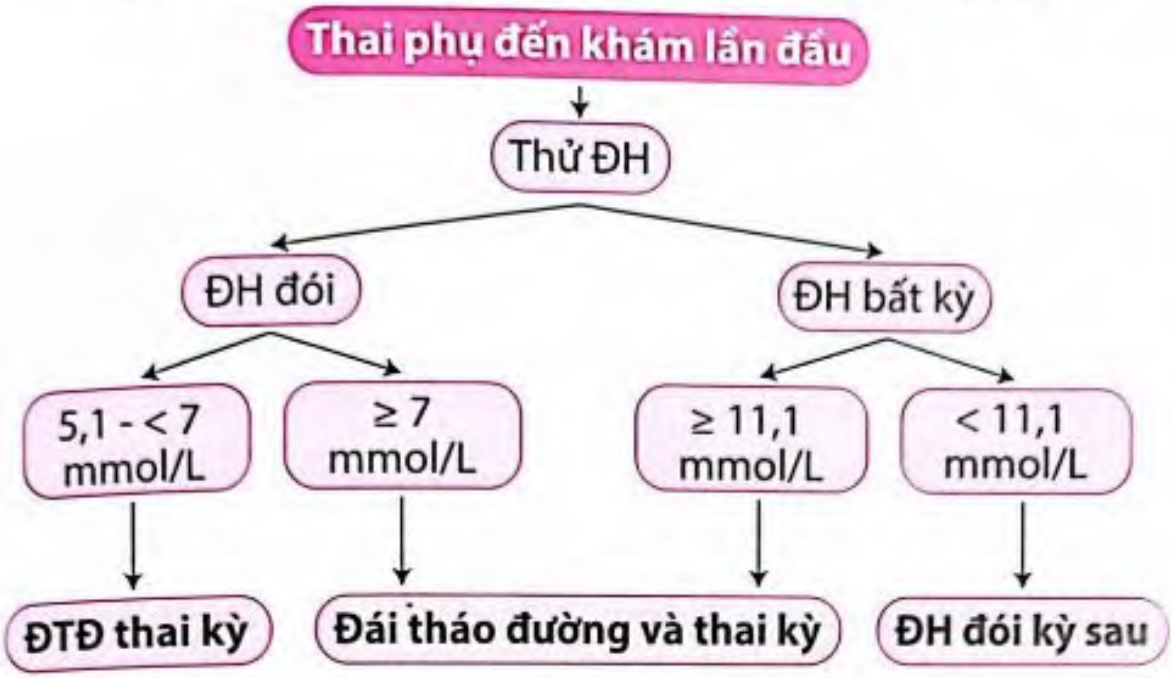
TÀI LIỆU THAM KHẢO

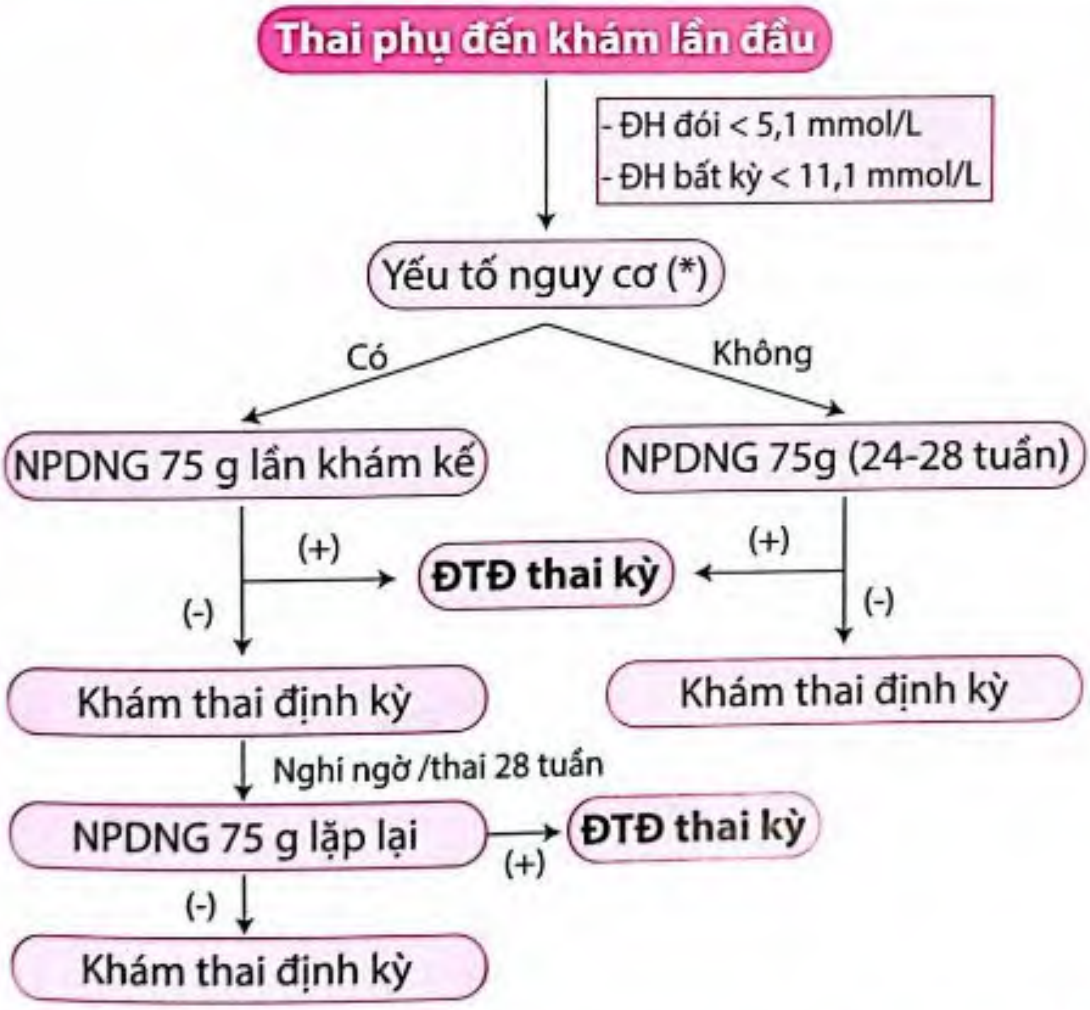
1. Bệnh viện Chợ Rẫy (2013), Đái tháo đường thai kỳ, Phác đồ điều trị, 609-612.
2. Hội Nội tiết - Đái tháo đường Việt Nam (2016), Đái tháo đường thai kỳ, Khuyến cáo về bệnh nội tiết và chuyển hóa, Nhà xuất bản Y học.
3. American Diabetes Association (2016), Standards of Medical care in Diabetes 2016, Diabetes care, vol 39, s72-s74.
4. Blumer et al. (2013), Diabetes and pregnancy: an endocrine society clinical practice guideline, J Clin Endocrinol Metab, 98 (11), 4227-4249.
5. David R. McCance, Michael Maresh, David A (2010). Sacks, A Practical manual of Diabetes in Pregnancy.
6. Endocrine Society (2013), Diabetes and Pregnancy: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline, 19.
7. Javonoric, Lois & Peterson, Charles M (1982), Optimal Insulin Delivery for the Pregnancy Diabetic Patient, Diabetes Care, 24-37.
8. Luis Sobrevia (2013), Gestational diabetes - Cause, diagnosis and treatment, 17-27.
9. Metzger BE, Gabbe SG, Persson et al (2010), International association of diabetes and pregnancy study groups recommendationz on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy, Diabetes Care, 33, 676-682.
10. Miroslav Radenkovic (2011), Gestational diabetes, 91-110.
11. World Health Organization (2013), Diagnosis Criteria and Classification of Hyperglycemia First Detected in Pregnancy, In WHO/NMH/MND/13.2.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

QUẢN LÝ NGOẠI TRÚ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

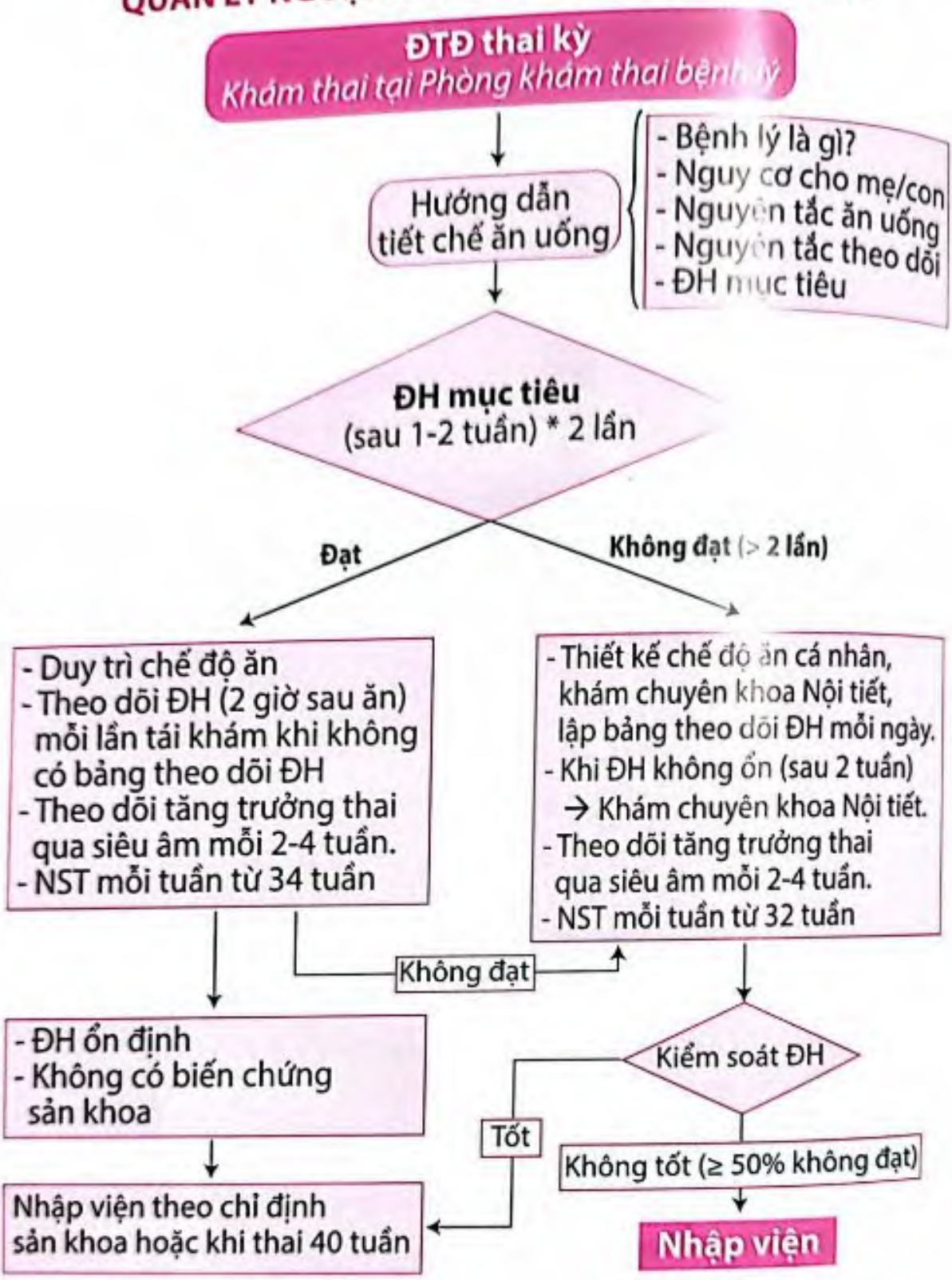




Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

QUẢN LÝ NGOẠI TRÚ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ



ĐH: Đường huyết
ĐTĐ: Đái tháo đường
NPDNG: Nghiệp pháp dung nạp glucose
NST: Nonstress test

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

(*) Yếu tố nguy cơ

- Ít hoạt động thể lực.
- Béo phì BMI > 30 kg/m^2
- Thai phụ trên 40 tuổi.
- Có người thân trực hệ thế hệ 1 bị ĐTĐ.
- Tiền căn sản khoa: sẩy thai liên tiếp, thai lưu lớn không rõ lý do, sinh con > 4 kg, ĐTĐ thai kỳ.
- Tiền căn: hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS), rối loạn chuyển hóa, rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, tiền căn bệnh lý tim mạch, đang sử dụng thuốc corticoids, thuốc chống loạn thần.
- Đa thai

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ADIPS Consensus Guidelines for the Testing and Diagnosis of Gestational Diabetes Mellitus in Australia (2013).
2. American Diabetes Association Standards of Medical Care in Diabetes (2016).
3. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) (2015), Initiative on Gestational Diabetes Mellitus: A Pragmatic Guide for Diagnosis, Management.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

20 THAI CHẬM TĂNG TRƯỞNG TRONG TỬ CUNG

I. ĐỊNH NGHĨA

- Các thuật ngữ:

  + Fetal growth restriction (FGR)/ Intrauterine growth restriction (IUGR): thai chậm tăng trưởng trong tử cung

  + Small for gestational age (SGA): thai nhỏ so với tuổi thai

  + Appriopriate for gestational age (AGA): thai có cân nặng phù hợp với tuổi thai

- Định nghĩa:

Thai gọi là chậm tăng trưởng trong tử cung (FGR) khi cân nặng dưới bách phân vị (BPV) thứ 10 theo tuổi thai trên siêu âm.

II. NGUYÊN NHÂN

2.1. Do mẹ

- Bệnh lý nội khoa (bệnh lý thận, tim mạch, nội tiết, huyết học, ...)

- Hội chứng kháng phospholipid

- Hút thuốc lá, nghiện rượu, thiếu dinh dưỡng,...

2.2. Từ phần phụ của thai: bệnh lý bánh nhau, dây rốn

2.3. Từ thai: đa thai, nhiễm trùng bào thai, các rối loạn di truyền,...

Tuy nhiên, nguyên nhân FGR đôi khi khó xác định và có thể do một hoặc nhiều nguyên nhân.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

III. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI

1. Xác định tuổi thai chính xác đối với FGR theo thứ tự ưu tiên: siêu âm 3 tháng đầu, ngày chuyển phôi trong hỗ trợ sinh sản (nếu có), kinh chót.

2. Tiêu chuẩn chẩn đoán FGR: ước lượng cân nặng thai (Estimated Fetal Weight - EFW) < bách phân vị thứ 3 theo tuổi thai hoặc EFW < BPV 10 kèm bất thường Doppler.

   Nếu đủ tiêu chuẩn chẩn đoán theo siêu âm, thai phụ sẽ được theo dõi chu vi vòng bụng và trọng lượng thai bằng biểu đồ Hadlock.

3. Siêu âm Doppler (xem thêm phần phụ lục):
   - Đánh giá chức năng bánh nhau: Doppler động mạch rốn (ĐMR) và động mạch tử cung (ĐMTC).
   - Đánh giá tình trạng sức khỏe thai: Doppler động mạch não giữa (ĐMNG) và ống tĩnh mạch.

Bảng 1. Phân loại FGR theo tuổi thai tại thời điểm chẩn đoán (Đồng thuận Delphi)

FGR khởi phát sớm Thai < 32 tuần, không có bất thường bẩm sinh	FGR khởi phát muộn Thai ≥ 32 tuần, không có bất thường bẩm sinh
AC/EFW < BPV 3 hoặc mất sóng tâm trương ĐMR Hoặc AC/EFW < BPV 10 kèm với 1. Trở kháng ĐMTC > BPV 95 và/hoặc 2. Trở kháng ĐMR > BPV 95	AC/EFW < BPV 3 Hoặc ít nhất 2/3 yếu tố sau đây: 1. AC/EFW < BPV 10 2. Đường biểu diễn của AC/EFW giảm > 2 tứ phân vị trên biểu đồ tăng trưởng 3. CPR < BPV 5 hoặc trở kháng ĐMR > BPV 95

AC (Abdominal circumference): chu vi vòng bụng
CPR (Cerebroplacental ratio): chỉ số não nhau

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Bảng 2. Phân loại giai đoạn FGR

Giai đoạn	Sinh bệnh học liên quan	Tiêu chuẩn (có bất kỳ 1 trong các tiêu chuẩn sau)
I	Rối loạn chức năng bánh nhau nhẹ	EFW < BPV 3 Tăng trở kháng ĐMR Giảm trở kháng ĐMNG CPR < BPV 5
II	Thiếu oxy	Mất sóng tâm trương ĐMR ± Đảo ngược sóng ở eo ĐMC
III	Các dấu hiệu toan hóa máu thai nhi	Đảo ngược sóng tâm trương ĐMR PI ống tĩnh mạch > BPV 95
IV	Tổn thương hệ thần kinh trung ương và nguy cơ cao thai tử vong	Đảo ngược sóng a ống tĩnh mạch cCTG: STV < 3 ms Nhịp giảm trên biểu đồ tim thai

IV. XỬ TRÍ

1. Mục tiêu: chấm dứt thai kỳ đúng thời điểm.
2. Thời điểm chấm dứt thai kỳ: khi nguy cơ thai chết trong tử cung lớn hơn nguy cơ chết sau sinh.
3. Nguyên tắc tiếp cận các trường hợp FGR

   a) Nhận dạng thai nhỏ

   b) Phân biệt SGA và FGR

   c) Xử trí

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

EFW < BPV 10

↓

Bất thường Doppler hoặc EFW < BPV 3

↓Không

SGA	
Theo dõi	Chấm dứt thai kỳ
TCN II: mỗi 2-4 tuần TCN III: mỗi 1-2 tuần	38 tuần - 39 tuần 6 ngày

Có↓

FGR		
Giai đoạn	Theo dõi	Chấm dứt thai kỳ
I	TCN II: mỗi 2-4 tuần TCN III: mỗi 1-2 tuần	37 tuần KPCD
II	2 lần/tuần	32 tuần MLT (*)
III	Mỗi 1-2 ngày	30 tuần MLT (*)
IV	Mỗi 12 giờ	28 tuần MLT (*)

(*): MLT cấp cứu hoặc bán cấp trong vòng 12-24 giờ để chờ liệu pháp Corticosteroids trước sinh

- Lưu ý:

+ Sử dụng liệu pháp Corticosteroids trước sinh đến khi thai 24 tuần đến 33 tuần 6 ngày (thường quy đối với thai từ 28 tuần đến 33 tuần 6 ngày, cân nhắc đối với thai từ 24 tuần đến 27 tuần 6 ngày), có thể cân nhắc sử dụng Corticosteroids đến khi thai 35 tuần 6 ngày đối với các trường hợp FGR.

+ Sử dụng Magnesium sulfate khi thai 24-32 tuần (thường quy đối với thai từ 28 tuần đến 31 tuần 6 ngày, cân nhắc đối với thai từ 24 tuần đến 27 tuần 6 ngày) nếu có chỉ định chấm dứt thai kỳ, tối thiểu 2 giờ trước khi chấm dứt thai kỳ.

+ Đây là khuyến cáo khoảng cách giữa các lần theo dõi trong trường hợp không kèm với tiền sản giật nặng.

+ Theo dõi gồm: siêu âm Doppler và cCTG.

+ Cần tư vấn gia đình về khả năng nuôi sống và nguy cơ của thai, nguy cơ và lợi ích của phương pháp chấm dứt thai kỳ.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Chỉ định nhập viện khi có chỉ định chấm dứt thai kỳ.

+ Đối với các trường hợp FGR khởi phát muộn, chấm dứt thai kỳ khi thai ≥ 36 tuần khi có kèm các đặc điểm sau: thiểu ối (xoang ối lớn nhất < 2 cm); EFW < BPV 3 và PI ĐMR > BPV 95 hoặc CPR < BPV 5; EFW trong khoảng BPV 3 đến BPV 10, PI ĐMR > BPV 95 và CPR < BPV 5.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ACOG (2019), ACOG practice bulletin number 204: Fetal growth restriction, vol 133, no 2, pp 97-108.
2. Ahmand A, Noor S (2018), Fetal growth restriction: An update on recent trends in Management, Pan Asian J Obs Gyn, vol 1, issue 1, pp 21-26.
3. Francesc Figueras, Eduard Gratacós (2014), Update on the Diagnosis and Classification of Fetal Growth Restriction and Proposal of a Stage-Based Management Protocol, Fetal Diagn Ther 2014; 36:86-98.
4. Henry L. Galan (2015), "Fetal growth restriction", Protocols for high risk pregnancy: an evidence - based approach, 6th edition, chapter 40, Wiley Blackwell, pp 340-351.
5. Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal college of physicians of Ireland (2017), Clinical practice guideline: fetal growth restriction - recognition, diagnosis and management no28.
6. Lesley M. McCowan, Francesc Figueras, Ngaire H. Anderson (2018), Evidence - based national guidelines for the management of suspected fetal growth restriction: cmparison, consensus, and controversy, AJOG, pp855-868.
7. New Zealand Obstetrics Doppler Guideline (2014), NZMFMN, p. 9.
8. RCOG (2013), The investigation and management of the small for gestational age fetus, Green top guideline no31.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

PHỤ LỤC 1
GIÁ TRỊ CỦA SIÊU ÂM DOPPLER VÀ CTG ĐIỆN TOÁN TRONG THAI CHẬM TĂNG TRƯỞNG TRONG TỬ CUNG

1. Doppler ĐMR

Thể hiện sự thiếu dinh dưỡng của bánh nhau giai đoạn sớm.

Trong giai đoạn muộn, Doppler ĐMR chỉ trở nên bất thường khi một phần rộng của bánh nhau bị ảnh hưởng.

Siêu âm Doppler ĐMR trong thai kỳ nguy cơ cao giúp cải thiện kết cục chu sinh, giảm 29% tỷ lệ tử vong chu sinh.

Mất hoặc đảo ngược sóng cuối tâm trương hiện diện trung bình 1 tuần trước khi suy thai cấp xảy ra và đi kèm với kết cục chu sinh bất lợi.

Sau 30 tuần tuổi thai, nguy cơ thai lưu của thai nhi với đảo ngược sóng cuối tâm trương động mạch rốn đơn thuần vượt quá nguy cơ của thai non tháng, vì vậy, cần chấm dứt thai kỳ.

2. Doppler ĐMNG

Báo hiệu có sự giãn mạch não, dấu hiệu của sự thiếu oxy, có liên quan đến kết cục chu sinh và thần kinh bất lợi, đặc biệt có giá trị để xác định và tiên lượng kết cục thai nhi bất lợi trong FGR khởi phát muộn.

3. Chỉ số não nhau (CPR)

Phản ánh sự tái phân bố cung cấp máu về não, có độ nhạy cao hơn so với Doppler ĐMR và ĐMNG. Trong FGR khởi phát muộn, bất thường CPR chiếm 25% các trường hợp và kèm với kết cục chu sinh bất thường. CPR nên là công cụ theo dõi đầu tay trong thai kỳ FGR muộn.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

4. Doppler ống tĩnh mạch

Ống tĩnh mạch là thông số đơn lẻ mạnh nhất để dự đoán nguy cơ tử vong ngắn hạn trong trường hợp FGR khởi phát sớm.

Ống tĩnh mạch chỉ trở nên bất thường khi ở giai đoạn thai suy tiến triển, mất/đảo ngược sóng a liên quan đến tử vong chu sinh với 40-100% nguy cơ thai tử vong trong FGR khởi phát sớm. Do đó, thông số này là đủ để khuyến cáo chấm dứt thai kỳ vào bất kỳ tuổi thai nào sau khi đủ liệu pháp Corticosteroids trước sinh

5. Doppler eo động mạch chủ (AoI)

Eo động mạch chủ phản ánh sự cân bằng giữa trở kháng của mạch não và tuần hoàn hệ thống, đại diện cho bước tiếp theo của chuỗi bắt đầu với bất thường Doppler ĐMR và ĐMNG. Bất thường Doppler eo động mạch chủ có liên quan đến cả kết cục chu sinh và thần kinh bất lợi, xảy ra trước bất thường ống tĩnh mạch khoảng 1 tuần. Do đó, khả năng dự đoán chính xác của Doppler eo động mạch chủ không cao hơn so với ống tĩnh mạch về tử vong ngắn hạn.

6. Giá trị của CTG điện toán

Đánh giá được dao động nội tại ngắn hạn của nhịp tim thai và có độ nhạy đủ để phát hiện thai suy với giá trị tương đương với Doppler ống tĩnh mạch đảo ngược sóng a.

7. Nước ối

Một nghiên cứu ngẫu nhiên có nhóm chứng lớn năm 2010 (DIGITAT) cho thấy 1/3 SGA muộn có thiểu ối (AFI < 5 cm). Chỉ số ối (AFI) chẩn đoán quá mức thiểu ối so với khoang ối lớn nhất. Một phân tích gộp gồm 18 nghiên cứu (1999) cho thấy mối liên quan thiểu ối với Apgar 5 phút, không liên quan đến toan hóa máu hay tử vong sơ sinh. Không đủ bằng chứng để đưa tiêu chuẩn nước ối vào lưu đồ đánh giá và xử trí SGA/FGR.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

PHỤ LỤC 2

Các điểm khác biệt chính giữa thai chậm tăng trưởng trong tử cung khởi phát sớm và muộn

FGR khởi phát sớm	FGR khởi phát muộn
THÁCH THỨC: ĐIỀU TRỊ	THÁCH THỨC: CHẨN ĐOÁN
Tỷ suất: #1%	Tỷ suất: 3-5%
Bệnh lý bánh nhau nặng: Doppler ĐMR bất thường, thường kết hợp với tiền sản giật	Bệnh lý bánh nhau nhẹ: Doppler ĐMR bình thường, ít kết hợp với tiền sản giật
Thiếu oxy nặng (++)	Thiếu oxy nhẹ
Bệnh suất và tử suất cao	Tử suất thấp (nhưng là nguyên nhân thường gặp gây thai lưu)

SẢN KHOA

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

21 THIỂU ỐI

I. ĐỊNH NGHĨA

- Thiểu ối là tình trạng dịch ối ít hơn so với tuổi thai tương ứng và được chẩn đoán qua siêu âm.
- Thiểu ối nguồn gốc do thai chỉ xuất hiện sau 17-20 tuần.

II. NGUYÊN NHÂN

2.1. Do mẹ

- Bệnh lý nội khoa hoặc sản khoa ảnh hưởng tuần hoàn nhau thai (động kinh, tăng huyết áp mạn tính, bệnh lý collagen mạch máu, bệnh lý thận, rối loạn đông máu...)
- Thuốc (thuốc ức chế men chuyển, thuốc ức chế tổng hợp Prostaglandin, Trastuzumab...)

2.2. Nhau

- Nhau bong non
- Truyền máu song thai (song thai đa ối - thiểu ối)
- Nhồi máu hoặc thuyên tắc nhau

2.3. Thai

- Bất thường nhiễm sắc thể
- Bất thường bẩm sinh, đặc biệt rối loạn đường tiết niệu
- Thai chậm tăng trưởng
- Thai lưu
- Thai quá ngày
- Ối vỡ sớm, ối vỡ non

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Bề cao tử cung nhỏ hơn tuổi thai.
- Đánh giá dấu hiệu ối rỉ, ối vỡ (xem phác đồ "Ối vỡ non").

3.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm
  + Chỉ số ối (AFI: Amniotic fluid index) ≤ 5 cm hoặc xoang ối lớn nhất (XOLN) ≤ 2 cm. Đối với song thai, XOLN ≤ 2 cm được xem là thiểu ối.
  + XOLN ≤ 1 cm: thiểu ối nặng.
  + Bất thường thai và phần phụ thai: truyền ối nếu có chỉ định.
  + Siêu âm Doppler màu: nếu nghi ngờ thai chậm tăng trưởng trong tử cung từ tuần 20 trở lên.
- Nitrazine test.
- Xét nghiệm máu mẹ: nhóm bệnh nhiễm trùng gồm *Toxoplasma gondii*, Rubella, *Cytomegalovirus* (CMV), *Herpes simplex virus* (HSV) (xét nghiệm TORCH).
- Xét nghiệm thai: karyotype thai, TORCH...

IV. XỬ TRÍ

4.1. Ba tháng đầu

- Tư vấn nguy cơ thai chết lưu.
- Tái khám 1-2 tuần sau.

4.2. Ba tháng giữa

- Tư vấn tình trạng thai

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Truyền ối (khi có chỉ định):
  + Có thể thực hiện tuổi thai > 16 tuần.
  + Lấy dịch ối làm xét nghiệm nhiễm sắc thể, TORCH...
  + Hỗ trợ siêu âm hình thái học thai nhi.
- Xử trí dựa vào kết quả xét nghiệm mẹ và thai nhi.

4.3. Ba tháng cuối

- Tư vấn tình trạng thai.
- Tùy theo tình trạng thai, ối... sẽ cho nhập viện hay tư vấn tiền sản.
- Chấm dứt thai kỳ khi:
  + XOLN ≤ 1 cm:
    - ≥ 34 tuần: mổ lấy thai.
    - < 34 tuần: điều trị mong đợi.
  + 1 < XOLN ≤ 2 cm: thai ≥ 37 tuần: sinh ngả âm đạo hoặc mổ lấy thai tùy tình trạng sức khỏe thai nhi và mẹ.
- Liệu pháp Corticosteroids trước sinh:
  + Thường quy thai 28 tuần đến 33 tuần 6 ngày.
  + Cân nhắc trong trường hợp thai 24 tuần đến 27 tuần 6 ngày.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

THÁI ĐỘ XỬ TRÍ TRONG TRƯỜNG HỢP THIỂU ỐI ĐƠN THUẦN

Thiểu ối (AFI < 5cm) < 36 0/7 tuần

→ Đánh giá tăng trưởng thai (nếu không thực hiện trong vòng 3 tuần)

- Thai chậm tăng trưởng trong tử cung (ƯLCN< BPV 10) → Khám thai 2 lần/tuần + Doppler ĐMR (*)
- Không chậm tăng trưởng trong tử cung → Đánh giá sức khoẻ thai mỗi tuần (BPP hoặc NST/AFI (*)) (khi AFI trở về bình thường, đánh giá sức khỏe thai mỗi 2 tuần)

Thiểu ối (AFI < 5cm) 36 0/7 tuần - 37 6/7 tuần

- XOLN ≥ 2 cm → Đánh giá sức khoẻ thai 2 lần/tuần (chỉ số Manning/ BPP hoặc NST/ AFI) → KPCD lúc 38 tuần (có thể trì hoãn nếu chỉ số Bishop không thuận lợi hoặc người bệnh từ chối)
- XOLN < 2 cm → KPCD (**)

Thiểu ối (AFI < 5cm) ≥ 38 0/7 tuần

→ KPCD (**)

→ Có thể trì hoãn nếu chỉ số Bishop không thuận lợi hoặc người bệnh từ chối và XOLN ≥ 2 cm
Tiếp tục kiểm tra thai 2 lần/ tuần

AFI giới hạn (5-8cm): bất kể tuổi thai → Khuyến khích uống nhiều nước và đánh giá AFI lại 01 tuần sau. Nếu còn tồn tại, đánh giá AFI mỗi tuần

(*) Nếu xoang ối lớn nhất < 2 cm: cân nhắc hội chẩn tiền sản
(**) Cân nhắc biện pháp uống nước nhiều và đánh giá AFI lại 4-6 giờ sau
BPP: biophysical Profile
ĐMR: động mạch rốn
KPCD: khởi phát chuyển dạ
NST: nonstress test
XOLN: xoang ối lớn nhất
ƯLCN: ước lượng cân nặng

Được quét bằng CamScanner
Được quét bằng CamScanner

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brace RA (1997), Physiology of amniotic fluid volume regulation, Clin Obstet Gynecol, 40:280.
2. Chamberlain P.F, et al(1984), Ultrasound evaluation of amniotic fluid volume, The relationship of marginal and decreased amniotic fluid volumes to perinatal outcome, American journal of obstetrics and gynecology, 150(3) p. 245-9.
3. D. Carol, F. Goffinet et al (2008) Protocoles cliniques en Obstétriques, Abreges de Périnatalité, 3e edition.
4. Kozinszky Z, Pasztor N, Vanya M, Sikovanyecz J, Pal A (2013), Management of severe idiopathic oligohydramnios: is antepartum transabdominal amnioinfusion really a treatment option, J Matern Fetal Neonatal Med, 26(4):383-7, IF: 1.518
5. Magann E.F, et al.(2004), Biophysical profile with amniotic fluid volume assessments, Obstetrics and gynecology, 104(1) p. 5-10.
6. Melamed N, et al (2011), Perinatal outcome in pregnancies complicated by isolated oligohydramnios diagnosed before 37 weeks of gestation, American journal of obstetrics and gynecology, 205(3): p. 241 e1-6.
7. Michael P. Smrtka MD et al (2014), Oligohydramnios: measurement & management, Publication of Northwest Perinatal Center, Portland.
8. Muller J, Giovangrandi Y, Cabrol D, Uzan M, Brauner M, Santarelli J, Sureau C (1987), Improvement in the prenatal etiologic diagnosis of severe second trimester oligoamnios by intraamniotic injection of physiologic solution, Rev, Fr. Gynecol. Obstet, 82 (6), 419–421.
9. Phélan JP, Ahn MO, Smith CV(1987), Amniotic fluid index measurements during pregnancy, J. Reprod, Med, 32, 601–604.
10. Phelan, J. P. et al (1987), Amniotic fluid volume assessment with the four-quadrant technique at 36-42 weeks gestation, The Journal of reproductive medicine, 32(7) p. 540-2.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

I. ĐẠI CƯƠNG

Đa ối gặp ở 0,5-3% thai phụ, chẩn đoán dựa vào lâm sàng và siêu âm.

II. NGUYÊN NHÂN

2.1. Do mẹ

- Đái tháo đường thai kỳ (20%)
- Bất đồng nhóm máu Rhesus (10%)

2.2. Do thai

- Bất thường nhiễm sắc thể (13, 18, 21...)
- Nhiễm trùng bào thai (TORCH)
- Thiếu máu thai
- Bất thường hình thái thai
  + Bất thường hệ thần kinh trung ương: não úng thủy, vô sọ, chẻ đôi đốt sống
  + Bất thường thần kinh - cơ: bệnh nhược cơ, bệnh Steinert, rối loạn nuốt (Pierre Robin, sứt môi chẻ vòm...)
  +Bất thường vùng cổ - lồng ngực: tăng sinh tuyến dạng nang ở phổi, phổi biệt trí
  + Bệnh tim bẩm sinh
  + Bất thường hệ tiêu hóa: hẹp thực quản, hẹp tá tràng
  + Bất thường thành bụng: thoát vị rốn
  + Thoát vị hoành
  + Bất thường thận: hội chứng Bartter

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Bất thường hệ xương

+ Shunt: phình tĩnh mạch Galien, bướu quái cùng cụt, bướu máu...

+ Các hội chứng đa dị tật

+ Song thai: hội chứng truyền máu song thai, TRAPs

+ Phù nhau thai

+ Vô căn (30%)

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Dấu hiệu quá tải của sản phụ: khó thở, tim nhanh...
- Bề cao tử cung tăng nhanh, có thể kèm thành bụng căng bóng
- Sờ nắn bụng: dấu hiệu "sóng vỗ"
- Khám âm đạo: dấu hiệu "cục đá"

3.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm

+ Chỉ số ối (AFI: Amniotic fluid index) 3 tháng giữa: ≥ 22 cm, 3 tháng cuối: ≥ 25 cm

+ Hoặc xoang ối lớn nhất ≥ 8 cm

+ Xoang ối lớn nhất ≥ 16 cm: mức độ nặng

Mức độ	Nhẹ	Trung bình	Nặng
AFI	25-30 cm	30,1-35 cm	> 35 cm
Xoang ối lớn nhất	8-11,9 cm	12-15,9 cm	≥ 16 cm

- Siêu âm tiền sản: tìm bất thường hình thái liên quan đa ối.
- Siêu âm đo chiều dài kênh cổ tử cung.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Xét nghiệm 75 gram glucose.
- Xét nghiệm nhóm bệnh nhiễm trùng gồm *Toxoplasma gondii*, Rubella, *Cytomegalovirus* (CMV), *Herpes simplex virus* (HSV) (xét nghiệm TORCH).
- Cân nhắc chọc ối xét nghiệm karyotype, TORCH, thalassemia ...

IV. XỬ TRÍ

- Điều trị ngoại trú:
  + < 34 tuần: tái khám mỗi 2 tuần + đo chiều dài kênh cổ tử cung + cân nhắc liệu pháp Corticosteroids trước sinh.
  + ≥ 34 tuần: tái khám, siêu âm Doppler màu và nonstress test (NST) mỗi tuần.
- Tiêu chuẩn nhập viện:
  + Xuất hiện dấu hiệu quá tải.
  + Dấu hiệu dọa sinh non.
  + Thai ≥ 39 tuần.
  + CTG nhóm II trở lên hoặc siêu âm Doppler màu bất thường.
- Điều trị nguyên nhân (nếu có).
- Điều trị triệu chứng:
  + Giảm ối: nếu có triệu chứng quá tải ở sản phụ (khó thở, nhịp tim nhanh, đau bụng...), tốc độ < 1 lít/20 phút. Thủ thuật có thể lặp lại tùy thuộc tốc độ tái lập ối.
  + Indomethacine: khi đủ điều kiện theo dõi.
    - Chỉ định: đa ối vô căn và khi tuổi thai chưa đủ trưởng thành.
    - Liều khởi đầu 25 mg (uống), 4 lần/ngày, nếu thể tích ối (AFV) không giảm trong 2-3 ngày điều trị có thể tăng liều đến 3 mg/kg/ngày. Giảm liều hoặc ngưng điều trị khi AFV giảm, hướng ngưng điều trị trước 34 tuần.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Tác dụng phụ đáng lo ngại nhất của Indomethacin là nguy cơ đóng ống động mạch sớm ở thai nhi. Do đó, nếu thời gian điều trị trên 48 giờ và thai trên 24 tuần khuyến cáo nên theo dõi Doppler thai mỗi 2 ngày đến mỗi tuần, kèm với siêu âm tìm dấu hiệu hẹp ống động mạch (ĐM) (phổ ngược dòng ở van 3 lá, thất phải mất chức năng). Nguy cơ đóng ống ĐM tăng 50% từ 32 tuần trở lên, đóng ống ĐM sẽ cải thiện ngay sau khi ngưng điều trị 24 giờ. Chỉ định: đa ối vô căn và khi tuổi thai chưa đủ trưởng thành.
- Tác dụng phụ khác ở mẹ: trào ngược, nôn ói, viêm dạ dày ...

- Liệu pháp Corticosteroids trước sinh: thường quy đối với thai từ 28 tuần đến 33 tuần 6 ngày, cân nhắc đối với thai từ 24 tuần đến 27 tuần 6 ngày.
- Chỉ định chấm dứt thai kỳ:
  + Thai ≥ 39 tuần có đa ối nhẹ đến trung bình, NST bình thường
  + Thai ≥ 37 tuần có đa ối nặng.
  + Thai 34-37 tuần có triệu chứng quá tải nặng ở mẹ và đã có liệu pháp Corticosteroids trước sinh.

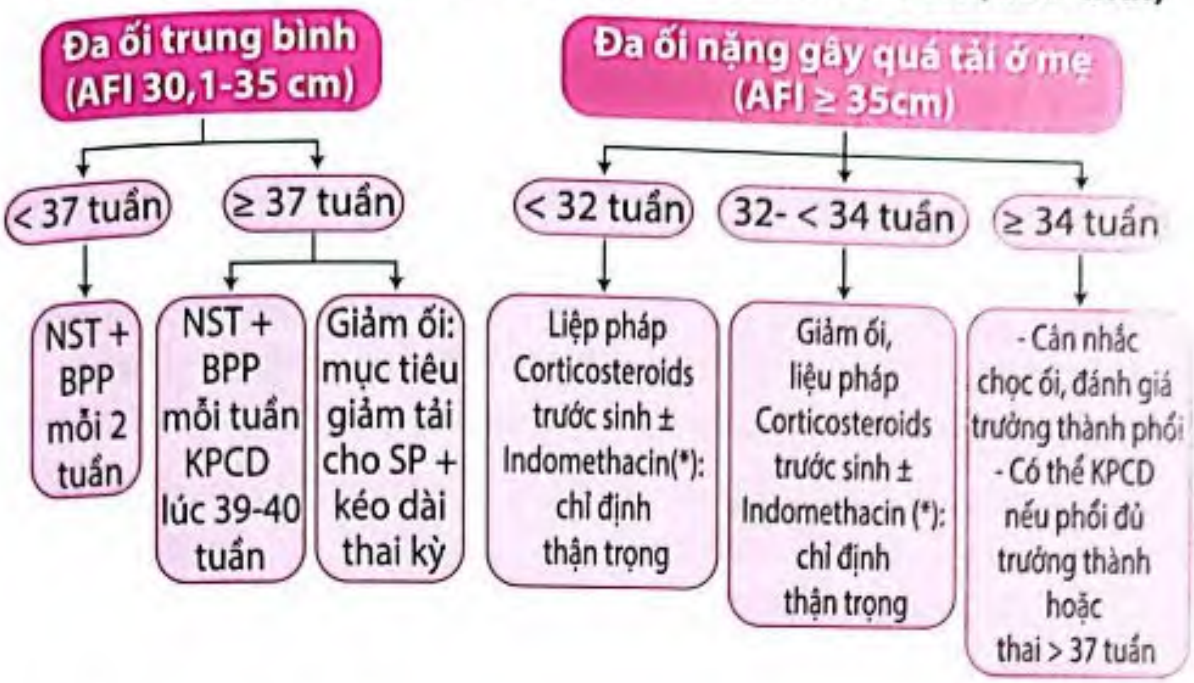
V. BIẾN CHỨNG SẢN KHOA

- Sanh non
- Ối vỡ non
- Sa dây rốn
- Ngôi bất thường
- Băng huyết sau sanh do đờ tử cung.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Thái độ xử trí trong trường hợp đa ối đơn thuần (đơn thai)



Indomethacin(*) :

- Chỉnh liều theo thể tích ối, tối đa 3 mg/kg/ngày
- Ngưng khi triệu chứng giảm ± thể tích ối giảm hoặc khi thai đến 32-34 tuần để giảm nguy cơ đóng ống động mạch sớm
- Theo dõi khi điều trị > 48 giờ và thai > 24 tuần: siêu âm Doppler thai mỗi 2 ngày - 1 tuần ± siêu âm tim thai

KPCD: Khởi phát chuyển dạ

BPP: Biophysical profile

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. A. Hamza, D, Herr, E. F. Solomayer, and G. Meyberg Solomayer Polyhydramnios (2013), Causes, Diagnosis and Therapy, Geburtshilfe Frauenheilkd; 73(12), 1241-1246.
2. Cabrol D, Jannet D, Pannier E (1996), Treatment of symtomatic polyhydramnios with indomethacin, Eur. J. Obstet, Gynecol, Reprod, Biol, 66,11-15.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3. Cabrol D, Landesman R, Muller J, Uzan M, Sureau C, Saxena BB (1987). Treatment of polyhydramnios with prostaglandin synthetase inhibitor (indomethacin). Am. J. Obstet. Gynecol, 157(2), 422-426.
4. D. Carol, F. Goffinet et al (2008), Protocoles cliniques en Obstétriques , Abreges de Périnatalité, 3e edition.
5. Desmedt EJ, Henry OA, Beischer NA (1992), Polyhydramnios and associated maternal and fetal complications in singleton pregnancies, Br. J. Obstet. Gynaeco, 97,115-122.
6. Magann EF, Nolan TE, Am J Obstet Gynecol (1992), 167,1533. Hess LW, et al, Measurement of amniotic fluid volume: accuracy of ultrasonography techniques.
7. Ron Belooses MD et al (2015), Polyhydramnios, Uptodate.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

ỐI VỠ NON

I. ĐỊNH NGHĨA

Ối vỡ non: ối vỡ trước khi chuyển dạ (Prelabor rupture of membranes - PROM).

Ối vỡ non ở thai non tháng: ối vỡ non khi thai < 37 tuần (Preterm prelabor rupture of membranes - PPROM).

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

+ Tiền căn ối vỡ non
+ Xuất huyết 3 tháng đầu thai kỳ
+ Mẹ hút thuốc lá
+ Nhiễm trùng đường sinh dục dưới
+ Các yếu tố nguy cơ khác: tương tự yếu tố nguy cơ của chuyển dạ sinh non (xem phác đồ "Chuyển dạ sinh non")

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Ra nước rỉ rả hay đột ngột trong âm đạo.
- Tính chất dịch: đục, lợn cợn, trong, vàng hay xanh sậm.
- Ra nước âm đạo liên tục hay ngắt quãng, đóng băng vệ sinh thấy ướt nước ối.
- Đặt mỏ vịt vô khuẩn: quan sát dịch ối chảy ra từ cổ tử cung (CTC), dịch ối đọng trong túi cùng âm đạo, đánh giá màu sắc, mùi dịch ối, xóa mở cổ tử cung, ngôi thai.
- Nếu không rõ dịch ối, lau sạch âm đạo CTC, sản phụ có để được yêu cầu ho, rặn nhẹ... xem có dịch ối chảy từ cổ tử cung.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3.2. Cận lâm sàng

- Nitrazine test: chỉ thị màu chuyển xanh. Dương tính giả khoảng 19-30%, đặc biệt khi có dấu chuyển dạ, trong trường hợp âm đạo có máu, tinh dịch, xà phòng, hoặc nhiễm trùng tiểu do Proteus species.
- PAMG-1 (placenta alpha microglubulin - 1, Amnisure) là một protein có từ tế bào màng rụng, không ảnh hưởng bởi tinh dịch hay máu, độ nhạy khoảng 94,4-98,9%, độ đặc hiệu khoảng 87,5-100%.
- Siêu âm đánh giá lượng nước ối, ngôi thai, tăng trưởng thai.
- Xét nghiệm huyết đồ, CRP (nếu cần).
- CTG hoặc nonstress test (nếu cần).
- Xét nghiệm tầm soát Liên cầu khuẩn nhóm B (GBS) (nếu cần).

IV. XỬ TRÍ

4.1. Nguyên tắc chung

- Xử trí tùy thuộc: tuổi thai, dấu hiệu chuyển dạ, tình trạng nhiễm trùng, ngôi thai, sức khỏe thai.
- Hạn chế thăm khám âm đạo, chỉ khám âm đạo khi:
  + Có chuyển dạ: cần đánh giá tiến triển CTC và ngôi thai.
  + Cần đánh giá chỉ số Bishop để quyết định phương pháp khởi phát chuyển dạ.
- Đánh giá tình trạng nghi ngờ hoặc nhiễm trùng ối để xử trí kịp thời.
- Theo dõi sát tình trạng thai qua nghe tim thai, siêu âm và CTG hoặc nonstess test.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

4.2. Điều trị mong đợi

- Tuổi thai < 34 tuần không có nhiễm trùng, không dấu hiệu đe dọa mẹ và thai: cần điều trị mong đợi, cần tư vấn về nguy cơ và lợi ích.
- Theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng ối (xem Phác đồ "Nhiễm trùng ối").
- Xét nghiệm huyết đồ mỗi 48 giờ hoặc khi nghi ngờ có dấu hiệu nhiễm trùng.
- Siêu âm kiểm tra chỉ số ối mỗi 48 giờ nếu ối bình thường, mỗi ngày nếu người bệnh thiểu ối hoặc khi người bệnh khai ra nước âm đạo nhiều.
- Khám mỏ vịt đánh giá tính chất ối mỗi 3 ngày.
- Không sử dụng thuốc cắt cơn gò tử cung.
- Liệu pháp Corticosteroids trước sinh:
  + Chỉ định: thai 24 tuần đến 33 tuần 6 ngày có nguy cơ sinh non trong vòng 7 ngày.
    - Thường quy cho thai 28 tuần đến 33 tuần 6 ngày.
    - Cân nhắc sử dụng khi thai 24 tuần đến 27 tuần 6 ngày.
  + Sử dụng liệu pháp Corticosteroids trước sinh ngay cả khi không chắc chắn có đủ thời gian để hoàn thành đủ liều Corticosteroids.
  + Liều dùng:
    - Betamethasone 12 mg tiêm bắp (TB) 2 liều cách nhau 24 giờ.
    - Hoặc Dexamethasone 6 mg TB 4 liều cách nhau 12 giờ
- Kháng sinh dự phòng:

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Lựa chọn 1:

- Azithromycin 1 g (u) thời điểm nhập viện (tại khoa nội trú), và
- Ampicillin 2 g (TMC) mỗi 6 giờ trong 48 giờ, sau đó
- Amoxicillin 500 mg (u) mỗi 8 giờ trong 5 ngày.

+ Lựa chọn 2:

- Ampicillin 2 g (TMC) mỗi 6 giờ + Erythromycin 250 mg (u) mỗi 6 giờ trong 48 giờ, sau đó
- Amoxicillin 250 mg (u) mỗi 8 giờ + Erythromycin 333 mg (u) mỗi 8 giờ trong 5 ngày.

+ Trường hợp có nguy cơ thấp phản ứng phản vệ với Penicillin:

- Azithromycin 1 g (u) thời điểm nhập viện (tại khoa nội trú), và
- Cefazolin 1 g (TMC) mỗi 8 giờ trong 48 giờ, sau đó
- Cephalexin 500 mg (u) mỗi 6 giờ trong 5 ngày.

+ Trường hợp nguy cơ cao phản ứng phản vệ với Penicillin:

- Azithromycin 1 g (u) thời điểm nhập viện (tại khoa nội trú), và
- Clindamycin 900 mg (TTM) mỗi 8 giờ trong 48 giờ + Gentamycin 5 mg/kg (TTM) mỗi 24 giờ trong 48 giờ, sau đó
- Clindamycin 300 mg (u) mỗi 8 giờ trong 5 ngày.

+ Trường hợp dị ứng nặng với Penicillin, GBS (+) kháng Clindamycin hoặc không có kháng sinh đồ:

- Azithromycin 1 g (u) thời điểm nhập viện (tại khoa nội trú), và
- Vancomycin 20 mg/kg (tối đa 2 g) (TTM) mỗi 24 giờ trong 48 giờ

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

* Lưu ý: xét nghiệm creatinine trước khi sử dụng Vancomycin

- Cân nhắc điều trị ngoại trú, tái khám 1 tuần khi:

+ Trường hợp ối vỡ non không ra thêm nước ối sau 7 ngày điều trị kháng sinh dự phòng.

+ Không có dấu hiệu nhiễm trùng theo lâm sàng và cận lâm sàng.

+ Lượng nước ối bình thường qua siêu âm .

+ Sản phụ được ký tư vấn đồng thuận về lợi ích và nguy cơ của việc điều trị mong đợi.

+ Hướng dẫn sản phụ tự đo nhiệt độ 2 lần/ngày, các dấu hiệu cần tái khám ngay: sốt, ra nước âm đạo, dịch âm đạo hôi, thai máy ít...

4.3. Chấm dứt thai kỳ

- Chấm dứt thai kỳ khi:

+ Thai ≥ 34 tuần hoặc thai < 24 tuần

+ Chuyển dạ thật sự

+ Sa dây rốn

+ Nhau bong non

+ Bất thường sức khỏe mẹ và thai có chỉ định chấm dứt thai kỳ

+ Chẩn đoán nghi ngờ hoặc xác định nhiễm trùng ối

- Dùng Magnesium sulfate bảo vệ não ở trẻ sinh non:

+ Chỉ định: thai 24 tuần đến 31 tuần 6 ngày có nguy cơ sắp sinh non trong vòng 24 giờ, áp dụng cho cả đơn thai và đa thai.

- Thường quy cho thai 28 tuần đến 31 tuần 6 ngày.
- Cân nhắc sử dụng khi thai 24 tuần đến 27 tuần 6 ngày.

+ Chống chỉ định: mẹ bị nhược cơ.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Thận trọng: tiền căn mẹ bị thiếu máu cơ tim, rối loạn dẫn truyền tim

+ Trường hợp tăng huyết áp hoặc tiền sản giật (sử dụng theo phác đồ "Tăng huyết áp thai kỳ").

+ Liều lượng: Magnesium sulfate 4,5 g liều duy nhất, truyền tĩnh mạch chậm trong 20-30 phút.

+ Giảm liều ở người bệnh có thiểu niệu hoặc dấu hiệu khác của suy thận.

+ Khi có chỉ định chấm dứt thai kỳ vì nguyên nhân của mẹ hoặc thai, Magnesium sulfate được chỉ định lý tưởng nhất trước sinh 4 giờ.

- Khi có chuyển dạ: đánh giá tiến triển của cuộc chuyển dạ mỗi 4 giờ ở giai đoạn tiềm thời và mỗi 1-2 giờ ở giai đoạn hoạt động, đánh giá các dấu hiệu của nhiễm trùng ối.

- Chỉ định và liều dùng kháng sinh: xem phác đồ "Nhiễm Liên cầu khuẩn nhóm B trong thai kỳ".

- Các phương pháp chấm dứt thai kỳ:

+ Ưu tiên sinh ngả âm đạo, mổ lấy thai khi có chỉ định sản khoa.

+ Khi theo dõi sinh ngả âm đạo: không dấu hiệu nhiễm trùng, không dấu hiệu đe dọa mẹ và thai, có thể theo dõi sau 12 giờ nếu không vào chuyển dạ tự nhiên, khởi phát chuyển dạ dựa trên chỉ số Bishop:

- Chỉ số Bishop ≥ 6: khởi phát chuyển dạ bằng Oxytocin
- Chỉ số Bishop < 6: gây chín muồi CTC bằng PGE2 trước khi dùng Oxytocin

V. DỰ PHÒNG

Sản phụ mang đơn thai có tiền căn sinh non (có kèm hoặc không kèm ối vỡ non) có thể bổ sung liệu pháp progesterone bắt đầu từ khi thai 16 tuần đến khi thai 20 tuần.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017), Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, trang 123.
2. ACOG (2020), Prelabor rupture of membranes, vol 135.
3. ACOG (2010), Committee opinion number 455, Magnesium sulfate before anticipated preterm birth for neuroprotection.
4. Patrick Duff (2021), Preterm prelabor rupture of membranes: Management and outcome, Uptodate.
5. Patrick Duff (2021), Preterm prelabor rupture of membranes: Clinical manifestations and diagnosis, Uptodate.
6. WHO (2015), WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

24 NHIỄM TRÙNG ỐI

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm trùng ối (intra-amniotic infection - IAI) được xác định khi có nhiễm trùng một trong các yếu tố: dịch ối, thai, dây rốn, bánh nhau, màng ối và màng đệm.

II. NGUYÊN NHÂN - YẾU TỐ NGUY CƠ

2.1. Nguyên nhân

Thường do đa vi khuẩn gây ra bao gồm cả vi khuẩn hiếu khí và kỵ khí, thường do hệ vi khuẩn âm đạo và đường sinh dục dưới đi lên buồng ối. Nhiễm trùng ối cũng có thể gặp khi thực hiện các thủ thuật xâm lấn (chọc ối hoặc sinh thiết gai nhau, nội soi bào thai) hoặc nhiễm thứ phát từ đường máu khi sản phụ bị nhiễm trùng hệ thống (thường do *Listeria monocytogenes*).

Các tác nhân thường gặp: *Ureaplasma urealyticum*, các vi khuẩn kỵ khí Gram âm, *Mycoplasma hominis*, *Bacteroids bivius*, *Gardnerella vaginalis*, Liên cầu khuẩn nhóm B (GBS)...

2.2. Yếu tố nguy cơ

- Ối vỡ non
- Chuyển dạ kéo dài, ối vỡ lâu, con so
- Sử dụng đầu dò đo tim thai trong tử cung
- Các trường hợp ối vỡ được thăm khám âm đạo nhiều, nhiễm phân su trong nước ối
- Hở eo tử cung
- Nhiễm trùng đường sinh dục như GBS, bệnh lây qua đường tình dục
- Hút thuốc lá, uống rượu
- Tiền căn nhiễm trùng ối

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

III. CHẨN ĐOÁN

Mẹ sốt đơn thuần	Nhiệt độ mẹ sốt từ 38°C - 38,9°C không có nguyên nhân khác, tình trạng sốt có thể kéo dài hoặc không.
Nghi ngờ nhiễm trùng ối	Sốt không có nguyên nhân cụ thể, kết hợp 1 hoặc các yếu tố sau: 1. Tim thai cơ bản > 160 lần/phút trong ≥ 10 phút 2. Bạch cầu máu mẹ > 15.000/mm^3, không điều trị Corticosteroids, công thức bạch cầu chuyển trái (Trường hợp dùng Corticosteroids liều cao có thể xét nghiệm lại 48 giờ sau liều cuối cùng) 3. Dịch đục chảy ra từ lỗ ngoài cổ tử cung qua đặt mỏ vịt
Xác định nhiễm trùng ối	Dấu hiệu nghi ngờ nhiễm trùng ối kết hợp với 1 hoặc nhiều kết quả xét nghiệm dịch ối sau: 1. Nhuộm Gram dịch ối có vi khuẩn 2. Giảm nồng độ glucose ≤ 14 mg/dL 3. Tăng bạch cầu dịch ối > 30 tế bào/mm^3 (không lẫn máu) 4. Cấy dịch ối có vi khuẩn 5. Bằng chứng mô bệnh học nhiễm trùng và/hoặc viêm của: nhau, màng thai hoặc mạch máu dây rốn

- Lưu ý: Trong thực hành lâm sàng, chẩn đoán nhiễm trùng ối chủ yếu dựa trên lâm sàng để từ đó xử trí tích cực, tiêu chuẩn chọc ối/giải phẫu bệnh chỉ có giá trị nghiên cứu và không giúp cải thiện xử trí trong và sau sinh.

IV. XỬ TRÍ

4.1. Nguyên tắc

- Cần sử dụng kháng sinh khi chẩn đoán mẹ sốt đơn thuần trong quá trình chuyển dạ và không tìm được nguyên nhân khác gây sốt (xem phác đồ "Liên cầu khuẩn nhóm B và thai kỳ").

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Điều trị kháng sinh ngay khi có chẩn đoán nghi ngờ hoặc xác định nhiễm trùng ối với 3 nguyên tắc:
  + Kháng sinh phổ rộng và sử dụng đường tĩnh mạch là chỉ định ngay khi có chẩn đoán.
  + Kháng sinh phải có hoạt tính với GBS và E. Coli.
  + Điều trị ngay trong quá trình mang thai không chờ sau sinh.
- Chấm dứt thai kỳ khi chẩn đoán nghi ngờ hoặc xác định nhiễm trùng ối, ưu tiên sinh ngả âm đạo.
- Khởi phát chuyển dạ hoặc can thiệp phù hợp để rút ngắn thời chuyển dạ (thời gian từ lúc chẩn đoán nghi ngờ hoặc xác định nhiễm trùng ối đến lúc sinh không kéo dài quá 12 giờ).
- Mổ lấy thai chỉ khi có chỉ định sản khoa.
- Mổ lấy thai làm tăng nguy cơ nhiễm trùng vết thương, viêm nội mạc tử cung, huyết khối mạch máu...
- Duy trì kháng sinh sau sinh/sau mổ đến khi sản phụ hết sốt ít nhất 24 giờ.
- Xác định tình trạng nhiễm trùng lan rộng bao gồm: nhiễm trùng vùng chậu, nhiễm trùng huyết hay toàn thân... Khi có tình trạng nhiễm trùng lan rộng, cần điều trị tích cực phù hợp theo mức độ nhiễm trùng.

4.2. Kháng sinh

- Lựa chọn 1

Chọn một trong các kháng sinh sau đây:

+ Ampicillin 2 g tiêm tĩnh mạch (TM) mỗi 6 giờ + Gentamicin 5 mg/kg truyền TM mỗi 24 giờ (sau mổ lấy thai, thêm Clindamycin 900 mg hoặc Metronidazole 500 mg truyền TM mỗi 8 giờ), hoặc

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Ampicillin - sulbactam 3 g tiêm TM mỗi 6 giờ, hoặc

+ Cefoxitin 2 g tiêm TM mỗi 8 giờ, hoặc

+ Cefotetan 2 g tiêm TM mỗi 12 giờ, hoặc

+ Mezlocillin 4 g tiêm TM mỗi 6 giờ.

- Lựa chọn 2: Nếu dị ứng nhẹ với Penicillin:

Cefazolin 2 g tiêm TM mỗi 8 giờ + Gentamicin 5 mg/kg truyền TM mỗi 24 giờ (sau mổ lấy thai, thêm Clindamycin 900 mg hoặc Metronidazole 500 mg truyền TM mỗi 8 giờ).

- Lựa chọn 3: Nếu dị ứng nặng với Penicillin:

Clindamycin 900 mg truyền TM mỗi 8 giờ hoặc Vancomycin 1 g truyền TM mỗi 12 giờ và Gentamicin truyền TM 5 mg/kg truyền TM mỗi 24 giờ.

Lưu ý: Vancomycin chỉ nên sử dụng trong trường hợp:

+ Người bệnh bị nhiễm GBS và đề kháng với Clindamycin hoặc Erythromycin, hoặc

+ Người bệnh nhiễm GBS và không có kết quả kháng sinh đồ.

- Nếu không đáp ứng với những kháng sinh trên:

+ Piperacillin-Tazobactam 4,5 g truyền TM mỗi 8 giờ, hoặc

+ Ertapenem 1 g truyền TM mỗi 24 giờ.

4.3. Thuốc hạ sốt: dùng theo chỉ định.

V. BIẾN CHỨNG

5.1. Trẻ sơ sinh

- Cấp: viêm phổi sơ sinh, viêm màng não, nhiễm trùng huyết, tử vong.
- Lâu dài: loạn sản phế quản phổi, bại não.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

5.2. Biến chứng mẹ

- Bất thường về chuyển dạ: nhiễm trùng ối làm tăng nguy cơ chuyển dạ bất thường, tăng tỷ lệ mổ lấy thai, đờ tử cung, băng huyết sau sinh, cần truyền máu.
- Nhiễm trùng tại chỗ: tăng nguy cơ viêm nội mạc tử cung, nhiễm trùng vùng chậu, nhiễm trùng vết mổ.
- Nhiễm trùng huyết, rối loạn đông máu, hội chứng suy hô hấp (ít gặp nếu điều trị kịp thời), tử vong.

Lưu ý: cần thảo luận với bác sĩ sơ sinh để đánh giá và điều trị trẻ sơ sinh khi chẩn đoán nghi ngờ/xác định nhiễm trùng ối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alan Thevenet N Tita (2020), Intraamniotic infection (clinical chorioamnionitis or Triple I), Uptodate.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (2017), Intrapartum management of intraamniotic infection.
3. Conde-agudelo A, Romero R, Jung EJ, Garcia Sanchez AJ (2020), Management of Clinical Chorioamnionitis: An Evidence-Based Approach, American Journal of Obstetrics and Gynecology.
4. Michael G. Gravett (2021), Intra-amniotic and Postpartum Infections, FIGO.
5. R. D. Higgins, G. Saade, et al (2016), Evaluation and Management of Women and Newborns With a Maternal Diagnosis of Chorioamnionitis: Summary of a Workshop, Obstet Gynecol, 127, (3), 426-436.
6. Teresa Cobo, Victoria Aldecoa, et al. (2020), Development and validation of a multivariable prediction model of spontaneous preterm delivery and microbial invasion of the amniotic cavity in women with preterm labor, American Journal of Obstetrics & Gynecology, 223, (3), 421.e1-421.e14.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Phụ lục
LƯU ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ NHIỄM TRÙNG ỐI

Được quét bằng CamScanner
Được quét bằng CamScanner

25 DÂY RỐN BÁM RÌA BÁNH NHAU, DÂY RỐN BÁM MÀNG NHAU VÀ MẠCH MÁU TIỀN ĐẠO

I. ĐỊNH NGHĨA

1.1. Dây rốn bám rìa bánh nhau

Dây rốn bám rìa bánh nhau thường được định nghĩa là dây rốn bám ở bánh nhau trong vòng 20 mm tính từ rìa bánh nhau, gặp trong khoảng 7% trường hợp đơn thai, 25% các trường hợp song thai (thường gặp trong song thai một bánh nhau).

1.2. Dây rốn bám màng nhau

Dây rốn bám màng nhau được định nghĩa khi mạch máu rốn bám trên màng nhau, do đó các mạch máu đi qua màng đệm và màng ối trước khi đến bánh nhau. Dây rốn bám màng nhau gặp ở 1% các trường hợp đơn thai, gặp trong 15% các trường hợp song thai một bánh nhau và thường gặp ở các trường hợp nhau tiền đạo hơn so với trường hợp bánh nhau ở vị trí bình thường.

1.3. Mạch máu tiền đạo

Là trường hợp các mạch máu rốn không có màng nhau thai và thạch Wharton bảo vệ, đi qua màng ối và đi qua cổ tử cung. Tần suất xuất hiện mạch máu tiền đạo trong thai kỳ là 1/2.500 và tần suất này tăng lên 1/202 ở các thai kỳ được can thiệp hỗ trợ sinh sản.

Mạch máu tiền đạo được chia thành hai type:

- Type I: dây rốn bám màng nhau và mạch máu thai nhi chạy tự do trong màng ối phía trên cổ tử cung (CTC) hoặc cách lỗ trong CTC ≤ 2 cm, hay gặp trong nhau tiền đạo hoặc nhau bám thấp.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Type II: gặp trong bánh nhau phụ hay bánh nhau nhiều thùy, mạch máu của thai nhi nối giữa hai thùy bánh nhau đi qua hoặc gần CTC (cách lỗ trong CTC ≤ 2 cm).

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

Yếu tố nguy cơ thường gặp của mạch máu tiền đạo:

- Dây rốn bám màng nhau, dây rốn bám rìa bánh nhau cực dưới
- Bánh nhau phụ hoặc bánh nhau nhiều thùy
- Nhau bám thấp hoặc nhau tiền đạo ghi nhận qua siêu âm trong tam cá nguyệt 2
- Hỗ trợ sinh sản
- Đa thai

III. CHẨN ĐOÁN

- Trước sinh: thường chẩn đoán qua siêu âm.
- Sau sinh: chẩn đoán xác định dựa vào kiểm tra toàn diện bánh nhau, màng nhau và dây rốn sau sinh.
- Lưu ý tầm soát mạch máu tiền đạo trong quá trình khám thai, đặc biệt đối với những trường hợp nguy cơ cao.
- Kết hợp cả siêu âm màu đường bụng và đường âm đạo.
- Trong tam cá nguyệt thứ 2 và 3, cần siêu âm kiểm tra vị trí nhau bám, khoảng cách từ bánh nhau đến lỗ trong cổ tử cung, vị trí cắm của dây rốn, nếu dây rốn bám rìa cực dưới bánh nhau cần đánh giá có kèm mạch máu tiền đạo hay không, ghi nhận số lượng mạch máu trong dây rốn. Siêu âm có độ nhạy 67% và độ đặc hiệu 100% khi chẩn đoán các bất thường dây rốn trong tam cá nguyệt thứ 2.
- Thời điểm đánh giá mạch máu tiền đạo: đánh giá từ 18-26 tuần và đánh giá lại lúc 32 tuần.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

IV. BIẾN CHỨNG

4.1. Dây rốn bám rìa bánh nhau

Có thể gây các biến chứng như thai chậm tăng trưởng trong tử cung, sinh non,...

4.2. Dây rốn bám màng nhau

- Trong dây rốn bám màng nhau, mạch máu rốn dễ bị chèn ép hoặc vỡ do không có thạch Wharton bảo vệ và có thể gây giảm lưu lượng máu đến thai, gây bất thường nhịp tim thai, tăng nguy cơ nhau bong non, tử vong chu sinh, sinh non hoặc thai chậm tăng trưởng trong tử cung, thai nhỏ.
- Một số trường hợp chèn ép dây rốn dẫn đến việc hình thành huyết khối gây nhồi máu bánh nhau, hoại tử các chi của thai hoặc ban xuất huyết ở trẻ sơ sinh.
- Trong song thai một bánh nhau, dây rốn bám màng nhau thường kèm với tình trạng thai chậm tăng trưởng có chọn lọc trong tử cung và hội chứng truyền máu trong song thai.
- Mẹ: tăng nguy cơ bóc nhau nhân tạo khi sinh ngả âm đạo và tăng nguy cơ mổ lấy thai.

4.3. Mạch máu tiền đạo

Khi màng ối vỡ có thể làm vỡ mạch máu, tăng nguy cơ tử vong thai nhi.

V. QUẢN LÝ THAI KỲ

5.1. Dây rốn bám rìa bánh nhau - dây rốn bám màng nhau

- Đánh giá về giải phẫu thai nhi và xem có mạch máu tiền đạo không
- Đánh giá tốc độ tăng trưởng và thể tích nước ối mỗi 4 tuần. Nếu thai chậm tăng trưởng trong tử cung hoặc thiểu ối, quản lý thai kỳ theo phác đồ thai chậm tăng trưởng trong tử cung hoặc phác đồ thiểu ối.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Hướng dẫn người bệnh cách đếm cử động thai.
- Tư vấn người bệnh cần nhập viện ngay khi có dấu hiệu chuyển dạ
- Chấm dứt thai kỳ lúc 39-40 tuần nếu không có biến chứng (thai nhỏ, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, thiểu ối...). Nếu không kèm mạch máu tiền đạo: không chống chỉ định khởi phát chuyển dạ hoặc sinh ngả âm đạo.
- Đối với dây rốn bám màng nhau: có thể theo dõi sinh ngả âm đạo, cân nhắc mổ lấy thai khi có kèm yếu tố nguy cơ (dây rốn bám màng cực dưới bánh nhau, ra huyết âm đạo bất thường,...).
- Theo dõi tim thai liên tục trong quá trình chuyển dạ giai đoạn hoạt động để phát hiện các biến chứng như vỡ mạch máu hoặc chèn ép dây rốn, nhau bong non...
- Kéo dây rốn nhẹ nhàng sau sinh để tránh đứt dây rốn gây sót nhau.

5.2. Mạch máu tiền đạo

- Liệu pháp Corticosteroids trước sinh khi thai 26-32 tuần
- Đo nonstess test mỗi tuần bắt đầu từ 32 tuần.
- Nhập viện theo dõi nên cá thể hóa từng trường hợp dựa trên các triệu chứng như cơn gò chuyển dạ, ra huyết âm đạo, tiền sử sinh non, khoảng cách từ nhà đến bệnh viện.
- Cân bằng giữa việc nghỉ ngơi tại giường, hạn chế vận động với nguy cơ huyết khối.
- Mổ lấy thai khi thai 34-36 tuần.
- Khi thai có khả năng nuôi được mà ối vỡ non, chuyển dạ: chấm dứt thai kỳ bằng cách mổ lấy thai.
- Mổ lấy thai cấp cứu khi có xuất huyết âm đạo kèm nhịp tim thai nhanh, biểu đồ tim thai hình sin, có bằng chứng thiếu máu thai nhi.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Đối với những trường hợp có xuất huyết âm đạo và biểu đồ tim thai hình sin nên nghĩ đến mạch máu tiền đạo, cần mổ lấy thai cấp cứu và hồi sức sơ sinh bao gồm truyền máu (nếu cần).
- Đối với trường hợp thai chết lưu hoặc tổn thương thai nhi cấp tính: sau sinh nên kiểm tra có bất thường bánh nhau không.
- Đối với trường hợp thai chết lưu: cân nhắc khởi phát chuyển dạ nếu không có chống chỉ định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. AIUM-ACR-ACOG-SMFM-SRU (2018), Practice Parameter for the Performance of Standard Diagnostic Obstetric Ultrasound Examinations. J Ultrasound Med, 37(11): p. E13-e24.
2. ACOG (2019), Committee Opinion No. 764: Medically Indicated Late-Preterm and Early-Term Deliveries. Obstet Gynecol, 133(2): p. e151-e155.
3. Buchanan-Hughes A., et al. (2020), Velamentous cord insertion: results from a rapid review of incidence, risk factors, adverse outcomes and screening. Syst Rev, 9(1): p. 147.
4. Charles J Lockwood, Karen Russo-Stieglitz (2020), Velamentous umbilical cord insertion and vasa previa, Uptodate.
5. Ismail K.I., et al. (2017), Abnormal placental cord insertion and adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. Syst Rev, 6(1): p. 242.
6. Kalafat E., et al. (2018), Significance of placental cord insertion site in twin pregnancy. Ultrasound Obstet Gynecol, 52(3): p. 378-384.
7. Kent E.M., et al. (2011), Placental cord insertion and birthweight discordance in twin pregnancies: results of the national prospective ESPRiT Study. Am J Obstet Gynecol, 205(4): p. 376.e1-7.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

8. Lopriore E., et al. (2007), Velamentous cord insertion and unequal placental territories in monochorionic twins with and without twin-to-twin-transfusion syndrome. Am J Obstet Gynecol, 196(2): p. 159.e1-5.

9. Sepulveda W., et al. (2003), Prenatal detection of velamentous insertion of the umbilical cord: a prospective color Doppler ultrasound study. Ultrasound Obstet Gynecol, 21(6): p. 564-9.

10. Sinkey R.G., A.O. Odibo, and J.S. Dashe (2015), Diagnosis and management of vasa previa. Am J Obstet Gynecol, 213(5): p. 615-9.

11. Swank M.L., et al. (2016), Vasa previa: diagnosis and management. Am J Obstet Gynecol, 215(2): p. 223.e1-6.

12. The Fetal Medicine Foundation (2020), Vasa previa.

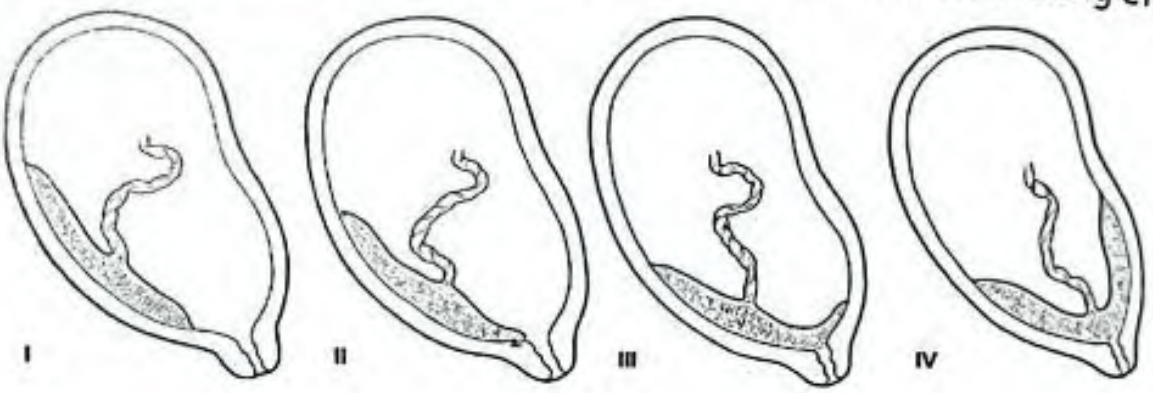
Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

26 NHAU TIỀN ĐẠO

I. ĐỊNH NGHĨA

- Nhau tiền đạo (NTĐ) là bánh nhau không bám đáy ở tử cung (TC) mà một phần hay toàn bộ bánh nhau bám ở vùng đoạn dưới TC và cổ tử cung (CTC), làm cản trở đường đi của thai nhi khi chuyển dạ.
- Có 4 loại nhau tiền đạo:
  + Nhau bám thấp: bờ bánh nhau bám ở đoạn dưới TC, chưa đến lỗ trong CTC.
  + Nhau bám mép: bờ bánh nhau bám đến bờ lỗ trong CTC.
  + NTĐ bán trung tâm: bánh nhau che kín một phần lỗ trong CTC.
  + NTĐ trung tâm: bánh nhau che kín hoàn toàn lỗ trong CTC.



II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

a) Cơ năng

- Có khi không có triệu chứng gì, chỉ phát hiện được NTĐ qua siêu âm.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Ra huyết âm đạo đột ngột, lượng thay đổi, không kèm đau bụng khi thai gần cuối 3 tháng giữa hoặc đầu 3 tháng cuối.
- TC mềm, không căng đau.

b) Thực thể

- Ngôi thai bất thường (ngôi ngang, ngôi mông), ngôi đầu cao.
- Tim thai: không thay đổi, xuất hiện bất thường khi có biến chứng như choáng mất máu, bóc tách bánh nhau, hay biến chứng dây rốn.
- Đặt mỏ vịt: máu đỏ tươi từ lỗ trong CTC chảy ra.
- Khám âm đạo: thực hiện tại phòng mổ khi có ra huyết âm đạo lượng nhiều hoặc khi cần chấm dứt thai kỳ.

c) Toàn thân

Dấu hiệu sinh tồn tương xứng với lượng máu mất ra ngoài.

2.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: xác định vị trí nhau bám.
- Cộng hưởng từ: không thể thay thế siêu âm trong chẩn đoán NTĐ. Có giá trị trong chẩn đoán nhau cài răng lược (NCRL)/NTĐ, đặc biệt nhau bám mặt sau tử cung.
- Soi bàng quang: khi nghi ngờ NCRL xâm lấn bàng quang qua chẩn đoán hình ảnh, kèm tiểu máu.

III. XỬ TRÍ

3.1. Nhau tiền đạo không triệu chứng

- Theo dõi điều trị ngoại trú: ngoài khám lâm sàng cần siêu âm xác định vị trí nhau bám.
- Giảm nguy cơ chảy máu:
  + Kiêng giao hợp, không làm nặng, không tập thể dục sau 20 tuần.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Không khám âm đạo.

+ Nếu có cơn gò TC hoặc ra huyết âm đạo cần nhập viện ngay.

- Giảm nguy cơ cho bé:

+ Liệu pháp Corticosteroids trước sinh cho thai từ 28 tuần đến 33 tuần 6 ngày.

+ Xác định thời điểm sinh mổ chủ động: khi thai 36-37 tuần.

3.2. Nhau tiền đạo đang ra huyết: là cấp cứu sản khoa, cần điều trị tại bệnh viện.

a) Nhau tiền đạo ra huyết âm đạo ít, thai chưa trưởng thành

- Xác định độ trưởng thành của phổi

- Cố gắng dưỡng thai đến 32-34 tuần. Sau tuần 34, cân nhắc giữa lợi ích cho mẹ và thai với nguy cơ mất máu ồ ạt.

- Liệu pháp Corticosteroids trước sinh: khi thai 28 tuần đến 33 tuần 6 ngày

- Truyền máu: khi Hb <10 g/dL.

- Có thể xuất viện khi không còn ra huyết trong vòng 48 giờ và không kèm bất kỳ yếu tố nguy cơ khác.

- Chọn lựa cách chấm dứt thai kỳ:

+ Sinh ngả âm đạo: nếu là nhau bám thấp và ngôi đầu.

+ Thai dễ bị thiếu oxy do bánh nhau có thể bong non hay do biến chứng của dây rốn như sa dây rốn hay chèn ép dây rốn. Do đó, nếu biểu đồ tim thai bất thường thì mổ lấy thai ngay, ngoại trừ đang rặn sinh.

- Mổ lấy thai là cách chọn lựa cho những thể NTĐ khác.

+ May cầm máu vị trí nhau bám. Dùng thuốc co hồi TC: Oxytocin, Carbetocin, Methylergotamine (maleat), Prostaglandin.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Thắt động mạch TC: khi cần.

+ Có thể cắt TC toàn phần, đặc biệt khi có nhau cài răng lược.

b) NTĐ ra huyết âm đạo nhiều

- Là cấp cứu sản khoa. Cần mổ lấy thai cấp cứu.
- Lập 1 hay 2 đường truyền tĩnh mạch. Truyền dung dịch Lactated Ringer's hay dung dịch muối sinh lý, dung dịch cao phân tử (Gelatin succinyl + Natri Clorid + Natri hydroxyd hoặc tinh bột este hóa (Hydroxyethyl starch)) nhằm ổn định huyết động học và duy trì có nước tiểu, ít nhất 30 mL/giờ.
- Xét nghiệm nhóm máu, chuẩn bị máu truyền, có thể 2-4 đơn vị máu. Truyền khi lượng máu mất vượt quá 30% thể tích máu (xuất huyết độ III) hoặc khi Hb < 10 g/dL.
- Theo dõi huyết áp của mẹ bằng monitor. Đánh giá lượng nước tiểu mỗi giờ bằng sonde tiểu lưu. Ước lượng máu mất qua ngả âm đạo bằng cân hay bằng lượng băng vệ sinh.

IV. BIẾN CHỨNG

NTĐ thường được chẩn đoán trước khi xuất huyết xảy ra. Theo dõi sát sản phụ và thai nhi có thể ngăn ngừa những biến chứng quan trọng.

- Biến chứng mẹ

  + Mất máu nhiều, choáng, tử vong.

  + Cắt TC, tổn thương hệ niệu.

  + Tăng nguy cơ nhiễm trùng, rối loạn đông máu, phải truyền máu.

- Biến chứng con: tình trạng non tháng gây tử vong chu sinh. Trẻ sơ sinh bị thiếu máu.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bose P, Regan F, Paterson-Brown S (2006), Improving the accuracy of estimated blood loss at obstetric haemorrhage using clinical reconstructions. BJOG, 113:919.
2. Chou MM, Ho ES, Lee YH (2000), Prenatal diagnosis of placenta previa accreta by transabdominal color Doppler ultrasound, Ultrasound Obstet Gynecol, 15:28.
3. Comstock CH (2005), Antenatal diagnosis of placenta accreta: a review, Ultrasound Obstet Gynecol, 26:89.
4. Comstock CH, Love JJ Jr, Bronsteen RA, et al (2004), Sonographic detection of placenta accreta in the second and third trimesters of pregnancy, Am J Obstet Gynecol, 190:1135.
5. Dinsmoor MJ, Hogg BB (1995), Autologous blood donation with placenta previa: is it feasible? Am J Perinatol, 12:382.
6. Dwyer BK, Belogolovkin V, Tran L, et al (2008), Prenatal diagnosis of placenta accreta: sonography or magnetic resonance imaging? J Ultrasound Med 2008, 27:1275.
7. Esakoff TF, Sparks TN, Kaimal AJ, et al (2011), Diagnosis and morbidity of placenta accreta. Ultrasound Obstet Gynecol, 37:324.
8. Finberg HJ, Williams JW (1992), Placenta accreta: prospective sonographic diagnosis in patients with placenta previa and prior cesarean section, J Ultrasound Med 1992, 11:333.
9. Halperin R, Vaknin Z, Langer R, et al (2003), Late midtrimester pregnancy termination in the presence of placenta previa, J Reprod Med, 48:175.
10. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM (1997), Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta, Am J Obstet Gynecol, 177:210.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

11. Ravelli AC, Jager KJ, de Groot MH, et al (2011), Travel time from home to hospital and adverse perinatal outcomes in women at term in the Netherlands, BJOG 2011, 118:457.

12. Spong CY, Mercer BM, D'alton M, et al (2011), Timing of indicated late-preterm and early-term birth, Obstet Gynecol, 118:323.

13. Toedt ME (1999), Feasibility of autologous blood donation in patients with placenta previa. J Fam Pract 1999, 48:219.

14. Warshak CR, Eskander R, Hull AD et al (2006), Accuracy of ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of placenta accreta, Obstet Gynecol 2006, 108:573.

15. Yamada T, Mori H, Ueki M (2005), Autologous blood transfusion in patients with placenta previa. Acta Obstet Gynecol Scand 2005, 84:255.

16. Yang JI, Lim YK, Kim HS, et al (2006), Sonographic findings of placental lacunae and the prediction of adherent placenta in women with placenta previa totalis and prior Cesarean section, Ultrasound Obstet Gynecol, 28:178.

17. Yoong W, Karavolos S, Damodaram M et al (2010), Observer accuracy and reproducibility of visual estimation of blood loss in obstetrics: how accurate and consistent are health-care professionals? Arch Gynecol Obstet, 281:207.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

27 NHAU CÀI RĂNG LƯỢC

I. ĐỊNH NGHĨA

Nhau cài răng lược (NCRL) là phổ bệnh lý do các nguyên bào nuôi bám bất thường vào cơ tử cung và các cơ quan lân cận. Do tổn thương ở mặt phân cách nội mạc tử cung và tử cung nên sự màng rụng hóa như bình thường không xảy ra ở vùng sẹo mổ lấy thai và gai nhau xâm lấn trực tiếp lên cơ tử cung.

II. PHÂN LOẠI VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ

2.1. Phân loại (theo FIGO 2019)

	Tiêu chuẩn lâm sàng	Tiêu chuẩn mô học
Độ 1: Nhau bám chặt bất thường (thể adherenta hoặc creta)	*a) Khi sinh ngả âm đạo:* - Nhau không bong khi xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ. - Khi bóc nhau nhân tạo gây chảy máu ồ ạt từ vị trí nhau bám và cần can thiệp cầm máu bằng phương pháp cơ học hoặc phẫu thuật. *b) Khi mở bụng:* - Nhau không bong khi sử dụng oxytocin và kéo dây rốn có kiểm soát. - Khi bóc nhau bằng tay gây chảy máu ồ ạt từ vị trí nhau bám. - Về đại thể, tử cung tại vị trí nhau bám không phình căng, không quan sát thấy mô nhau xâm lấn tử cung, không/ít tăng sinh mạch máu.	- Về vi thể: qua mẫu cắt tử cung ghi nhận tại vị trí nhau bám không có màng rụng giữa gai nhau và cơ tử cung, gai nhau trực tiếp bám chặt vào bề mặt cơ tử cung. - Chẩn đoán không nên chỉ căn cứ đơn thuần trên mô nhau đã sổ hoặc sinh thiết ngẫu nhiên tại nơi nhau bám.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Phân loại	Tiêu chuẩn lâm sàng	Tiêu chuẩn mô học
Độ 2: Nhau xâm lấn bất thường (thể increta)	Khi mở bụng: - Về đại thể: có các bất thường tử cung tại vị trí nhau bám như màu xanh/tím, phồng căng. - Tăng sinh mạch máu nhiều: các mạch máu tăng sinh dày đặc hoặc nhiều mạch máu chạy song song theo chiều dọc thanh mạc tử cung. - Không quan sát thấy mô nhau xâm lấn xuyên qua tử cung. - Kéo nhẹ dây rốn làm tử cung bị co lại và nhau không bong (dấu hiệu "lúm đồng tiền" - "dimple sign").	Mẫu bệnh phẩm cắt tử cung hoặc 1 phần cơ tử cung vùng nhau xâm lấn ghi nhận gai nhau xuyên các sợi cơ tử cung hoặc trong lòng các mạch máu ở cơ tử cung
Độ 3: Nhau xâm lấn bất thường (thể percreta) Độ 3a: Giới hạn đến thanh mạc tử cung	Khi mở bụng: - Về đại thể: có các bất thường tử cung tại vị trí nhau bám như màu xanh/tím, phồng căng. - Tăng sinh mạch máu nhiều: các mạch máu tăng sinh dày đặc hoặc nhiều mạch máu chạy song song theo chiều dọc thanh mạc tử cung. - Mô nhau xâm lấn qua thanh mạc tử cung. - Không xâm lấn đến các cơ quan khác bao gồm thành sau bàng quang (có thể dễ dàng bóc tách bàng quang và tử cung).	Mẫu bệnh phẩm cắt tử cung ghi nhận gai nhau xâm lấn đến/ xuyên qua thanh mạc tử cung.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Phân loại	Tiêu chuẩn lâm sàng	Tiêu chuẩn mô học
Độ 3b: Xâm lấn bàng quang	Khi mở bụng: - Tương tự độ 3a. - Gai nhau chỉ xâm lấn đến bàng quang, không xâm lấn các cơ quan khác. - Không thể bóc tách dễ dàng bàng quang và tử cung.	Mẫu bệnh phẩm cắt tử cung ghi nhận gai nhau xâm lấn xuyên qua thanh mạc tử cung và xâm lấm thành bàng quang hoặc niêm mạc bàng quang.
Độ 3c: Xâm lấn vùng chậu/các cơ quan	Khi mở bụng: - Tương tự độ 3a. - Gai nhau xâm lấn dây chằng rộng, thành âm đạo, vách chậu hoặc các cơ quan khác (kèm/không kèm xâm lấn bàng quang).	Mẫu bệnh phẩm cắt tử cung ghi nhận gai nhau xuyên qua thanh mạc tử cung và xâm lấm vùng chậu/các cơ quan.

2.2. Yếu tố nguy cơ

- Vết mổ cũ (VMC) mổ lấy thai: tần số NCRL tăng lên theo số lần mổ lấy thai, đặc biệt VMC lấy thai kèm nhau tiền đạo (NTĐ).
- Tiền căn nạo buồng TC: nong nạo hút hoặc thủ thuật buồng tử cung gây khiếm khuyết nội mạc tử cung là yếu tố nguy cơ của NCRL.
- Vết mổ bóc u xơ cơ tử cung.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng (không đặc hiệu)

- Ra huyết âm đạo.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Tiểu máu (khi có xâm lấn bàng quang).
- Nhau không bong sau sinh, không bóc nhau được hoặc bóc nhau khó khăn và gây chảy máu ồ ạt.

3.2. Cận lâm sàng

a) Siêu âm

- Tam cá nguyệt 1: Ngày càng có nhiều báo cáo về các dấu hiệu của NCRL trên siêu âm quý 1 với tần suất và hình ảnh khác nhau tùy giai đoạn sớm (6-9 tuần) hay muộn (11-14 tuần).
  + Túi thai bám thấp là dấu hiệu thường gặp ở giai đoạn sớm nhưng chỉ gặp < 1/3 trường hợp ở giai đoạn muộn. Túi thai bám thấp được định nghĩa là túi thai làm tổ ở đoạn dưới tử cung, trong hay gần khuyết sẹo mổ lấy thai.
  + Túi thai nằm thấp và làm tổ ở thành trước đoạn dưới TC, cơ TC đoạn dưới thành trước mỏng < 3 mm so với thành sau.
  + Ở giai đoạn muộn của quý 1, thai bám sẹo mổ lấy thai có xu hướng di chuyển lên đáy TC nên dấu hiệu túi thai bám thấp sẽ không còn nhưng nhau vẫn còn ở khuyết sẹo mổ lấy thai ("placental in the niche"). Các dấu hiệu mà kinh điển chỉ được mô tả ở quý 2 và 3 như lacunae, bất thường mặt phân cách tử cung - bàng quang, mất vùng phản âm kém sau nhau... cũng được ghi nhận ở cuối quý 1.
- Tam cá nguyệt 2, 3: cần kết hợp siêu âm ngả bụng và ngả âm đạo. Siêu âm ngả bụng cần có nước tiểu đầy 1 phần.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Lacunae: bánh nhau có nhiều xoang mạch máu đa hình dạng nên hình ảnh bánh nhau không đồng nhất, có dạng "moth-eaten".

+ Cơ TC vùng đoạn dưới VMC mỏng hoặc biến mất và được thay thế bằng các mạch máu mới tân sinh.

+ Bất thường mặt phân cách tử cung - nhau: mất đường echo kém ranh giới giữa cơ TC và bánh nhau (clear zone), cơ tử cùng vùng sau nhau mỏng < 1 mm.

+ Thành bàng quang: mất liên tục do sự xâm lấn của các chồi nhau và các mạch máu mới tân sinh.

+ Bất thường bờ tử cung - lồi nhau: mô nhau xâm lấn làm cơ tử cung yếu và bờ ngoài tử cung bị biến dạng tạo nên hình ảnh lồi nhau ("placental bulge"), thanh mạc tử cung và bàng quang nguyên vẹn.

+ Chồi nhau: mô nhau phá vỡ lớp thanh mạc tử cung và xâm lấn ra ngoài, đặc hiệu của thể percreta.

+ Cầu mạch máu: mạch máu từ nhau xuyên qua cơ tử cung và ra khỏi thanh mạc tử cung, thường đi kèm với dấu hiệu lồi nhau.

+ Các dấu hiệu khác: bánh nhau dày, dấu đường ray xe lửa (rail sign), xâm lấn cổ tử cung.

+ Doppler: tăng sinh mạch máu trên Doppler màu, các dòng chảy với vận tốc cao (alizing) ở trong nhau, cơ TC và bàng quang.

b) Cộng hưởng từ (MRI):

- Chỉ định MRI khi siêu âm không phù hợp với lâm sàng hoặc/và siêu âm không thể chẩn đoán chắc chắn, đặc biệt khi nhau bám mặt sau.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Đánh giá mức độ xâm lấn của bánh nhau khi cần thiết.

IV. XỬ TRÍ

4.1. Thời điểm chấm dứt thai kỳ

- Cá thể từng trường hợp dựa trên lợi ích giữa mẹ và thai.
- Khuyến cáo chấm dứt thai kỳ ở tuổi thai 34-36 tuần sau liệu pháp Corticosteroids trước sinh.

4.2. Chuẩn bị trước phẫu thuật

- Khi có chẩn đoán nghi ngờ NCRL: tư vấn cho sản phụ và người nhà nguy cơ của NCRL, phương pháp mổ và các nguy cơ như: thai non tháng, băng huyết sau sinh, truyền máu, cắt TC, nhiễm trùng, chăm sóc đặc biệt do tổn thương đường niệu, ruột, có khả năng phẫu thuật nhiều lần, thậm chí tử vong mẹ.
- Điều trị thiếu máu thiếu sắt (nếu có). Duy trì Hb > 11 g/dL trước phẫu thuật (trừ cấp cứu).
- Liệu pháp Corticosteroids trước sinh khi thai từ 28 tuần đến 33 tuần 6 ngày.
- Tùy vào tình trạng của người bệnh để xác định thời điểm nhập viện (tối thiểu 1 tuần trước thời điểm chấm dứt thai kỳ).
- Người bệnh phải được điều trị tại cơ sở y tế có đầy đủ phương tiện hồi sức mẹ và sơ sinh, có ngân hàng máu.
- Người bệnh phải được phẫu thuật bởi các phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm trong phẫu thuật vùng chậu, bóc tách rộng đoạn dưới TC, chu cung và bàng quang.
- Khi cần thiết có thể phối hợp thêm các chuyên khoa như mạch máu, niệu khoa, ngoại khoa, gây mê hồi sức, huyết

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

học, sơ sinh và chẩn đoán hình ảnh để được chẩn đoán và lên kế hoạch can thiệp một cách tích cực và an toàn cho sản phụ.

- Chuẩn bị đầy đủ máu và chế phẩm của máu tại thời điểm phẫu thuật.
- Đặt thông tiểu với ống thông Foley niệu đạo số 18-20 Fr; đặt thông niệu quản 2 bên (ureteral stents, JJ) trước mổ đối với NCRL độ 3 (cần cá thể hóa từng trường hợp).

8.2. Nguyên tắc phẫu thuật trong NCRL

- Cá thể hóa từng trường hợp.
- Phẫu thuật trong NCRL gồm:

+ Phẫu thuật mổ lấy thai, tránh bánh nhau + cắt TC toàn phần trong trường hợp: NCRL thể nặng, phức tạp hoặc huyết động người bệnh không ổn định, chảy máu nhiều.

+ Phẫu thuật mổ lấy thai + bảo tồn TC theo quy trình kỹ thuật trong các trường hợp: sản phụ trẻ tuổi và/hoặc có mong muốn giữ TC, không xuất huyết nhiều trước phẫu thuật, huyết động ổn định.

- Nắm rõ phân bố mạch máu TC và các nhánh nối liên quan, cấu trúc giải phẫu và các mạch máu vùng chậu để giảm mất máu và tránh tổn thương và biến chứng trong phẫu thuật.
- Dự đoán và đánh giá được những khó khăn trước và trong lúc phẫu thuật, đặc biệt là đánh giá vị trí và mức độ xâm lấn của bánh nhau.
- Phương pháp phẫu thuật: xem quy trình kỹ thuật trong phẫu thuật NCRL.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Adhikari S et al (2016), Int J Res Med Sci, (1),317-321.
2. AJOG (2010), Placenta accreta.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists (2013), Obstet Gynecol Committee Opinion No. 560, Medically indicated late-preterm and early-term deliveries, 121:908.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists (2017), ACOG Committee opinion #529, Placenta accreta, Obstet Gynecol 2012, 120:207.
5. Belfort MA (2010), Society for Maternal-Fetal Medicine, Placenta accreta, Am J Obstet Gynecol, 203:430.
6. Comstock CH, Love JJ Jr, Bronsteen RA, et al (2004), Sonographic detection of placenta accreta in the second and third trimesters of pregnancy, Am J Obstet Gynecol, 190:1135.
7. Comstock CH (2005), Antenatal diagnosis of placenta accreta: a review, Ultrasound Obstet Gynecol, 26:89.
8. Eric Jauniaux, Diogo Ayres-de-Campos, Jens Langhoff-Roos, Karin A Fox, Sally Collins (2019), FIGO classification for the clinical diagnosis of placenta accreta spectrum disorders.
9. Gary Cunningham (2014), Placenta accreta syndrome in Obstetrical Hemorrhage Chappter 41, William Obstetrics 24th.
10. J.M. Palacios-Jaraquemada (2012), One-Step Conservative Surgery for Abnormal Invasive Placenta (Placenta Accreta–Increta–Percreta), A comprehensive textbook of Postpartum hemorrhage An essential clinical reference for effective management 2nd edition, Chapter 31.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

11. M. Karoshi, J. M. Palacios-jaraquemada, L. G. Keith (2012), Managing the ten most common life-threatening scenarios associated with postpartum hemorrhage, A comprehensive textbook of Postpartum hemorrhage An essential clinical reference for effective management 2nd edition, Chapter 1.

12. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement (2010), NIH Consensus Development Conference: Vaginal Birth After Cesarean: New Insights.

13. RCOG (2011), Placenta Praevia, Placenta Praevia Accreta and Vasa Praevia: Diagnosis and Management.Green- top Guideline.

14. Robert Resnik, Charles J Lockwood, Deborah Levine (2013), Clinical features and diagnosis and management of placenta accreta, increta, and percreta, Uptodate.

15. Robinson BK, Grobman WA (2010), Effectiveness of timing strategies for delivery of individuals with placenta previa and accreta. Obstet Gynecol 2010; 116:835.

16. Scott A. Shainker, Beverly Coleman, Ilan E. Timor-Tritsch et al (2021), Special Report of the Society for MaternalFetal Medicine Placenta Accreta Spectrum Ultrasound Marker Task Force: Consensus on definition of markers and approach to the ultrasound examination in pregnancies at risk for placenta accreta spectrum

17. SOGC (2007), Placenta praevia.

18. Warshak CR, Eskander R, Hull AD et al (2006), Accuracy of ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of placenta accreta, Obstet Gynecol 2006, 108:573.

19. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU (2005), Abnormal placentation: twenty-year analysis, Am J Obstet Gynecol, 192:1458.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

HỞ EO TỬ CUNG 22

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng cổ tử cung (CTC) suy yếu không thể giữ được thai trong buồng tử cung (TC).

II. CHẨN ĐOÁN

- Dựa vào tiền sử sản khoa đơn thuần hoặc kết hợp siêu âm đường âm đạo đo chiều dài CTC. Một trong những tiêu chuẩn sau:

  + Tiền sử sản khoa đơn thuần: sẩy thai to hoặc sinh non (trước 28 tuần) ≥ 2 lần liên tiếp với đặc điểm chuyển dạ nhanh không đau.

  + Có tiền sử sẩy thai hoặc sinh non (từ 14-36 tuần) với đặc điểm chuyển dạ nhanh không đau, kèm yếu tố nguy cơ hở eo TC: nong nạo, khoét chóp, cắt đoạn CTC, rách CTC, bệnh lý collagen, bất thường ở TC/CTC.

  + Đo chiều dài CTC qua siêu âm đường âm đạo < 25 mm và/hoặc có sự thay đổi CTC qua thăm khám ở tuổi thai trước 24 tuần kèm yếu tố nguy cơ hở eoTC.

- Một số hình ảnh/siêu âm CTC đường âm đạo:

  + Lỗ trong CTC hình phễu (khảo sát ở 2 trạng thái có và không có áp lực lên buồng TC).

  + Sự tương quan giữa chiều dài CTC và hình dạng lỗ trong CTC: với các dạng T, Y, V, U.

  + Chiều dài CTC < 25 mm.

  + Đầu ối thành lập.

  + Hiện diện phần thai ở CTC hoặc âm đạo.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

III. ĐIỀU TRỊ

Khâu vòng CTC là phương pháp điều trị chính trong hở eo TC.

3.1. Chỉ định khâu vòng CTC

- Chẩn đoán hở eo TC
- Có tiền sử khâu CTC

3.2. Chống chỉ định khâu vòng CTC

- TC có cơn co
- Chảy máu từ TC
- Viêm màng ối
- Ối vỡ non
- Bất thường thai nhi
- Viêm sinh dục cấp

3.3. Kỹ thuật khâu vòng CTC dự phòng

- Thời điểm: thực hiện ở tuổi thai 14-18 tuần (13 đến < 20 tuần).
- Đánh giá trước thủ thuật
  + Siêu âm đánh giá tình trạng CTC.
  + Đánh giá tình trạng viêm nhiễm âm đạo. Phải điều trị nếu có viêm nhiễm.
- Phương pháp khâu CTC:
  + Có 5 kỹ thuật khác nhau:
    - Mc Donald
    - Shirodkar
    - Wurm
    - Khâu ngả bụng
    - Lash
  + Phương pháp thường dùng nhất là Mc Donald:
    - Dùng một loại chỉ không tan, bản rộng 5 mm (Mercilene)

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Mũi khâu nằm sâu trong mô CTC, ở vị trí ngang mức lỗ trong CTC, tránh xuyên qua đầu ối và bàng quang
- CTC được đóng lại bởi 4 mũi kim làm thành một vòng chỉ thắt quanh CTC
- Khi cột chỉ khâu nên để ngón tay vào kênh CTC để tránh siết chỉ quá mức

- Chăm sóc sau thủ thuật

+ Người bệnh sau khâu vòng CTC phải được theo dõi cẩn thận: cơn gò, tình trạng đau bụng, ra huyết, ra nước âm đạo.

+ Nghỉ ngơi tại giường 12-24 giờ.

+ Xuất viện nếu người bệnh không có cơn co TC trong thời gian 24 giờ sau thủ thuật, không ra huyết âm đạo, không có vỡ ối trong quá trình theo dõi.

+ Chế độ ăn uống hợp lý.

+ Tránh giao hợp, đứng lâu, mang vật nặng.

+ Siêu âm đo chiều dài CTC định kỳ khi khám.

+ Dùng Progesterone liên tục đến 36 tuần thai kỳ.

+ Cắt chỉ khâu khi thai ≥ 38 tuần hoặc khi có chuyển dạ.

+ Không bắt buộc sử dụng thuốc giảm co.

+ Dùng kháng sinh dự phòng.

IV. TAI BIẾN CỦA KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG

- Ối vỡ non
- Viêm màng ối
- Chuyển dạ sinh non
- Rách CTC
- Tổn thương bàng quang
- Xuất huyết
- Sinh khó do CTC
- Vỡ TC

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andrews WW, Copper R, Hauth JC, et al (2000), Second-trimester cervical ultrasound: associations with increased risk for recurrent early spontaneous delivery, Obstet Gynecol, 95:222.
2. Berghella V, Mackeen AD (2011), Cervical length screening with ultrasound-indicated cerclage compared with history-indicated cerclage for prevention of preterm birth: a meta-analysis, Obstet Gynecol, 118:148.
3. Berghella V, Rafael TJ, Szychowski JM, et al (2011), Cerclage for short cervix on ultrasonography in women with singleton gestations and previous preterm birth: a meta-analysis, Obstet Gynecol, 117:663.
4. Committee opinion no 522 (2012): incidentally detected short cervical length, Obstet Gynecol 2012, 119:679.
5. Crane JM, Hutchens D (2008), Transvaginal sonographic measurement of cervical length to predict preterm birth in asymptomatic women at increased risk: a systematic review, Ultrasound Obstet Gynecol, 31:579.
6. Daya S (1989), Efficacy of progesterone support for pregnancy in women with recurrent miscarriage, A meta-analysis of controlled trials, Br J Obstet Gynaecol 1989, 96:275.
7. Macdonald R, Smith P, Vyas S (2001), Cervical incompetence: the use of transvaginal sonography to provide an objective diagnosis, Ultrasound Obstet Gynecol, 18:211.
8. Owen J, Hankins G, Iams JD, et al (2009), Multicenter randomized trial of cerclage for preterm birth prevention in high-risk women with shortened midtrimester cervical length, Am J Obstet Gynecol, 201:375.e1.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

9. Owen J, Yost N, Berghella V, et al (2001), Mid-trimester endovaginal sonography in women at high risk for spontaneous preterm birth. JAMA, 286:1340.

10. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Final report of the Medical Research Council/Royal College of Obstetricians and Gynaecologists multicentre randomised trial of cervical cerclage, MRC/RCOG Working Party on Cervical Cerclage. Br J Obstet Gynaecol, 100:516.

11. Society for Maternal - Fetal Medicine Publications Committee, with the assistance of Vincenzo Berghella (2012), Progesterone and preterm birth prevention: translating clinical trials data into clinical practice, Am J Obstet Gynecol 206:376.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

29 CHUYỂN DẠ SINH NON

I. ĐỊNH NGHĨA

Sinh non là khi trẻ được sinh ra ở tuổi thai từ hết 22 tuần đến trước 37 tuần.

II. PHÂN LOẠI - YẾU TỐ NGUY CƠ

2.1. Phân loại (theo WHO 2014)

- Sinh cực non: < 28 tuần.
- Sinh rất non: từ 28 - 31 tuần 6 ngày.
- Sinh non trung bình: từ 32 - 33 tuần 6 ngày.
- Sinh non muộn: từ 34 - 36 tuần 6 ngày.
- Thai gần đủ tháng: từ 37 - 38 tuần 6 ngày.
- Thai đủ tháng: từ 39 - 41 tuần.

2.2. Yếu tố nguy cơ

- Từ mẹ:
  + Tiền căn sinh non
  + Hở eo tử cung, chiều dài cổ tử cung (CTC) ngắn, tiền căn chấn thương CTC (như khoét chóp CTC), tiền căn phá thai to
  + Bất thường tử cung: tử cung dị dạng bẩm sinh, u xơ cơ tử cung
  + Tình trạng viêm nhiễm: viêm âm đạo, viêm nha chu, nhiễm trùng tiểu không triệu chứng
  + Thời gian giữa 2 lần mang thai quá ngắn (< 6 tháng)
  + Tuổi mẹ < 17 hay > 35

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Tình trạng kinh tế xã hội thấp

+ Suy dinh dưỡng (BMI < 19 kg/m^2), cân nặng trước khi mang thai < 50 kg

+ Làm việc quá mức (> 80 giờ/tuần), công việc phải đứng > 8 giờ/ngày

+ Hút thuốc, uống rượu

+ Bệnh lý mẹ: hen phế quản, tăng huyết áp, đái tháo đường...

+ Mẹ được can thiệp phẫu thuật trong thai kỳ

- Từ thai và phần phụ:

+ Đa thai

+ Đa ối, thiểu ối

+ Nhiễm trùng ối, ối vỡ non

+ Thai dị tật

+ Nhau tiền đạo, nhau bong non

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

Dựa vào các tiêu chuẩn sau:

- Đối với đơn thai:

Có cơn gò tử cung đều đặn (4 cơn gò tử cung trong 20 phút hay 8 cơn trong 60 phút) và:

+ CTC mở ≥ 3 cm, hoặc

+ Chiều dài kênh CTC < 20 mm (siêu âm ngả âm đạo), hoặc

+ Chiều dài kênh CTC từ 20 mm đến < 30 mm (siêu âm ngả âm đạo) và xét nghiệm fetal fibronectin (+).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Đối với song thai:

Có cơn gò tử cung đều đặn (4 cơn gò tử cung trong 20 phút hay 8 cơn trong 60 phút) và:

+ CTC mở ≥ 3 cm, hoặc

+ Chiều dài kênh CTC < 25 mm (siêu âm ngả âm đạo), hoặc

+ Chiều dài kênh CTC từ 25 mm đến < 35 mm (siêu âm ngả âm đạo) và xét nghiệm fetal fibronectin (+).

- Có thể kèm các dấu hiệu khác: ra nhớt hồng hoặc dịch nhầy CTC, đau thắt lưng, trằn nặng bụng.

- Nếu có vỡ ối: xem phác đồ "Ối vỡ non".

3.2. Cận lâm sàng

- CTG: theo dõi tim thai, cơn gò tử cung.

- Siêu âm ngả âm đạo đo chiều dài kênh cổ tử cung.

- Xét nghiệm fetal fibronectin (fFN).

- Partosure: xét nghiệm sự hiện diện của placental alpha microglobulin-1 (PAMG-1) đã được Cục quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration - FDA) cho phép để đánh giá nguy cơ sinh non trong vòng 7 ngày ở phụ nữ mang đơn thai có triệu chứng nghi ngờ sinh non, từ 24 tuần đến 34 tuần 6 ngày, ối còn và CTC < 3 cm.

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Mục tiêu: giảm bệnh suất và tử suất do sinh non.

4.2. Nguyên tắc điều trị

- Hạn chế nhập viện các thai kỳ không có nguy cơ sinh non cao.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Tránh lao động nặng, không kích thích đầu vú và kiêng giao hợp.
- Nghỉ ngơi tại giường hiện không được khuyến cáo thường quy do chưa có bằng chứng cho thấy có lợi. Ngược lại còn cho thấy một số tác động bất lợi như: tăng nguy cơ thuyên tắc mạch, giảm mật độ xương.
- Ăn uống hợp lý đầy đủ dinh dưỡng, ăn nhiều trái cây, rau xanh, ngũ cốc để tránh táo bón.
- Liệu pháp Corticosteroids trước sinh.
- Dùng thuốc cắt cơn gò ngắn hạn để đủ thời gian Liệu pháp Corticosteroids trước sinh.
- Dùng Magnesium sulfate bảo vệ não ở trẻ sinh non.
- Kháng sinh dự phòng Liên cầu khuẩn nhóm B (GBS) (khi có chỉ định).
- Phối hợp với bác sĩ Sơ sinh chuẩn bị phương tiện hồi sức và chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng.

4.3. Điều trị cắt cơn gò bằng thuốc

- Không sử dụng thuốc cắt cơn gò với mục đích kéo dài thai kỳ dài hạn do không hiệu quả và không cải thiện kết cục sơ sinh .
- Không phối hợp nhiều loại thuốc cắt cơn gò cùng lúc.
- Không sử dụng thuốc cắt cơn gò cho thai trên 34 tuần.
- Chống chỉ định tuyệt đối:

  + Thai chết lưu trong tử cung

  + Thai dị tật bẩm sinh nặng

  + Thai suy cấp

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Tiền sản giật nặng hay sản giật

+ Nhiễm trùng ối

+ Mẹ chảy máu nhiều, huyết động học không ổn định

- Chống chỉ định tương đối

+ Thai suy dinh dưỡng nặng trong tử cung

+ Đái tháo đường phụ thuộc Insulin (có thể dùng Atosiban)

+ Đa thai (tăng thể tích huyết tương, cường aldosteron) nguy cơ thuốc tác động nặng lên tim mạch, phù phổi cấp nên không sử dụng Nifedipine, có thể sử dụng Atosiban

+ Ối vỡ non ở thai non tháng

Thuốc	Chống chỉ định	Liều dùng	Tác dụng phụ	Theo dõi
Nifedipine	Huyết áp (HA) mẹ < 90/50 mmHg, bệnh tim (thiếu máu cơ tim, suy thất trái), rối loạn chức năng gan, bệnh lý thận, đang dùng thuốc hạ áp khác. - Đa thai	- Liều tấn công uống 20-30 mg (dùng viên tác dụng nhanh) hiệu quả tác dụng giảm gò sau 20-30 phút. - Sau đó 10-20 mg mỗi 3-8 giờ trong tối đa 48 giờ. Liều tối đa: 180 mg/ngày.	- Hạ HA đặc biệt ở người bệnh tăng HA gây thiếu oxy cho thai nhi. - Nhịp tim nhanh, đánh trống ngực. - Nóng bừng mặt. Nhức đầu, chóng mặt. - Buồn nôn. - Thai suy.	- Theo dõi mạch, HA mẹ sau dùng thuốc mỗi 30 phút trong giờ đầu và 30 phút sau mỗi liều kế tiếp. - Theo dõi tim thai - cơn gò trên monitor trong 1 giờ sau liều đầu và mỗi 6 giờ trong thời gian điều trị.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Thuốc	Chống chỉ định	Liều dùng	Tác dụng phụ	Theo dõi
Salbutamol	- Mẹ hoặc thai bị bệnh tim nặng, mẹ bị đái tháo đường đang điều trị Insulin, bệnh tuyến giáp, dị ứng với thuốc. - Song thai, đa thai	- Truyền TM 5 mg/5 mL pha trong Glucose 5% (nồng độ 10 mcg/mL), TTM: 60 mL/giờ (20 giọt/phút, 10 mcg/phút), tăng thêm 20 mL/giờ (7 giọt/phút, 3,3 mcg/phút) mỗi 30 phút đến khi hết cơn gò hoặc nhịp tim mẹ ≥ 120 nhịp/phút hoặc tốc độ truyền đạt tối đa 180 mL/giờ (60 giọt/phút, 30 mcg/phút). - Dùng bơm tiêm điện: Pha Salbutamol 5 mg/5 mL trong 95 mL NaCl 0,9% (dd 50 mcg/mL Salbutamol), BTĐ 12 mL/giờ (10 mcg/phút), tăng 4 mL/giờ (3,3 mcg/phút) mỗi 30 phút cho đến khi hết cơn gò hoặc nhịp tim mẹ ≥ 120 nhịp/phút hoặc tốc độ truyền tối đa 36 mL/giờ (30 mcg/phút).	- Mẹ: tăng nhịp tim, hạ HA, run hoặc phù phổi cấp (3%), tăng đường huyết và hạ kali máu. - Thai: tim thai nhanh, hạ đường huyết và kali máu.	- Theo dõi mạch, HA mẹ mỗi 15 phút trong giờ đầu sau đó mỗi 4 giờ. Xét nghiệm ure, điện giải, Hct mỗi 24 giờ. Đo đường huyết mỗi 4 giờ. - Theo dõi tim thai - cơn gò trên monitor trong 1 giờ đầu và mỗi 6 giờ trong thời gian điều trị.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Thuốc	Chống chỉ định	Liều dùng	Tác dụng phụ	Theo dõi
Atosiban	Mẹ dị ứng với các thành phần của thuốc	-**Bước 1:** Liều tấn công: lọ 1 (37,5 mg/5 mL) lấy 6,75 mg Atosiban (0,9 mL) pha 10 mL Lactated Ringer's tiêm tĩnh mạch chậm > 1 phút (còn 4,1 mL) -**Bước 2:** Liều duy trì: lọ 1 còn 30,75 mg (4,1 mL) Atosiban pha 36,9 mL Lactated Ringer's, truyền bơm tiêm điện (BTĐ) 24 mL/giờ. Sau đó pha lọ 2 (37,5 mg/5 mL) trong 45 mL Lactated Ringer's truyền BTĐ 24 mL/giờ trong 3 giờ đầu -**Bước 3:** Lọ 2 còn 19 mL ở bước 2 truyền BTĐ 8 mL/giờ. Từ lọ 3: pha với 45 mL Lactated Ringer's được 50 mL dung dịch truyền với tốc độ 8 mL/giờ. Thời gian dùng thuốc tối đa là 45 giờ.	Thường nhẹ: buồn nôn, nhức đầu, chóng mặt, bừng nóng, nôn, nhịp tim nhanh… phản ứng dị ứng thuốc	Theo dõi tim thai - cơn gò trên monitor trong 1 giờ đầu điều trị.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

4.4. Liệu pháp Corticosteroids trước sinh

- Chỉ định: thai 24 tuần đến 33 tuần 6 ngày có nguy cơ sinh non trong vòng 7 ngày

  + Thường quy cho thai 28 tuần đến 33 tuần 6 ngày.

  + Cân nhắc sử dụng khi thai 24 tuần đến 27 tuần 6 ngày.

  + Cân nhắc lặp lại 1 đợt Corticosteroids khi thai < 34 tuần, có nguy cơ sinh non trong vòng 7 ngày và cách đợt hỗ trợ phổi đầu tiên trên 7-14 ngày.

  + Sử dụng liệu pháp Corticosteroids ngay cả khi không chắc chắn có đủ thời gian để hoàn thành đủ liều Corticosteroids.

- Liều dùng:

  + Betamethasone 12 mg tiêm bắp (TB) 2 liều cách nhau 24 giờ.

  + Hoặc Dexamethasone 6 mg TB 4 liều cách nhau 12 giờ.

4.5. Dùng Magnesium sulfate bảo vệ não ở trẻ sinh non

- Chỉ định: thai 24 tuần đến 31 tuần 6 ngày có nguy cơ sắp sinh non trong vòng 24 giờ (bao gồm cả những trường hợp đã vỡ ối), áp dụng cho cả đơn thai và đa thai

  + Thường quy cho thai 28 tuần đến 31 tuần 6 ngày.

  + Cân nhắc sử dụng khi thai 24 tuần đến 27 tuần 6 ngày.

- Chống chỉ định: mẹ bị nhược cơ.

- Thận trọng: tiền căn mẹ bị thiếu máu cơ tim, rối loạn dẫn truyền tim.

- Trường hợp tăng huyết áp hoặc tiền sản giật: sử dụng theo phác đồ "Tăng huyết áp thai kỳ".

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Liều lượng: Magnesium sulfate 4,5 g liều duy nhất, truyền tĩnh mạch chậm trong 20-30 phút.
- Giảm liều ở người bệnh có thiểu niệu hoặc dấu hiệu khác của suy thận.
- Khi đã chỉ định dùng Magnesium sulfate, không tiếp tục dùng thuốc cắt cơn gò tử cung.
- Khi có chỉ định chấm dứt thai kỳ vì nguyên nhân của mẹ hoặc thai, Magnesium sulfate được chỉ định lý tưởng nhất trước sinh 4 giờ.

4.6. Dùng kháng sinh dự phòng GBS khi có chỉ định

Xem phác đồ "Nhiễm Liên cầu khuẩn nhóm B và thai kỳ".

V. DỰ PHÒNG

- Xác định nhóm người bệnh có nguy cơ cao.
- Hướng dẫn sản phụ các yếu tố nguy cơ và khám thai định kỳ theo lịch hẹn.
- Chế độ ăn uống hợp lý, đầy đủ dinh dưỡng.
- Không hút thuốc, uống rượu, nghỉ ngơi, giảm vận động nặng.
- Hạn chế số lượng phôi chuyển ở những phụ nữ có hỗ trợ sinh sản nhằm hạn chế đa thai.
- Điều trị sớm tình trạng viêm nhiễm trước và trong thai kỳ.
- Khâu vòng CTC hoặc đặt pessary dự phòng sinh non hoặc khi sản phụ bị hở eo tử cung.

5.1 Đặt vòng pessary âm đạo dự phòng sẩy thai to, sinh non

- Chỉ định: Khi có chỉ định khâu vòng CTC nhưng không thỏa điều kiện khâu (nhau tiền đạo không chảy máu, thai phụ từ chối thủ thuật, thai > 20 tuần).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Chống chỉ định:

+ Viêm nhiễm sinh dục tiến triển

+ Đang ra huyết âm đạo

+ Có dấu hiệu chuyển dạ: ối rỉ hoặc vỡ, CTC đã xóa và mở ≥ 3 cm, có cơn gò tử cung đều đặn ≥ 2 cơn/10 phút, đầu ối sa vào âm đạo

- Thời điểm đặt pessary:

+ Từ 14-32 tuần.

+ Hoặc 2 tuần trước thời điểm sẩy thai to hoặc sinh non lần trước

- Biến chứng

+ Tiêu/ tiểu khó

+ Đau cộm trong âm đạo

+ Viêm âm đạo

+ Xuất huyết âm đạo do viêm trợt, xói mòn

- Theo dõi:

+ Không cần kháng sinh dự phòng.

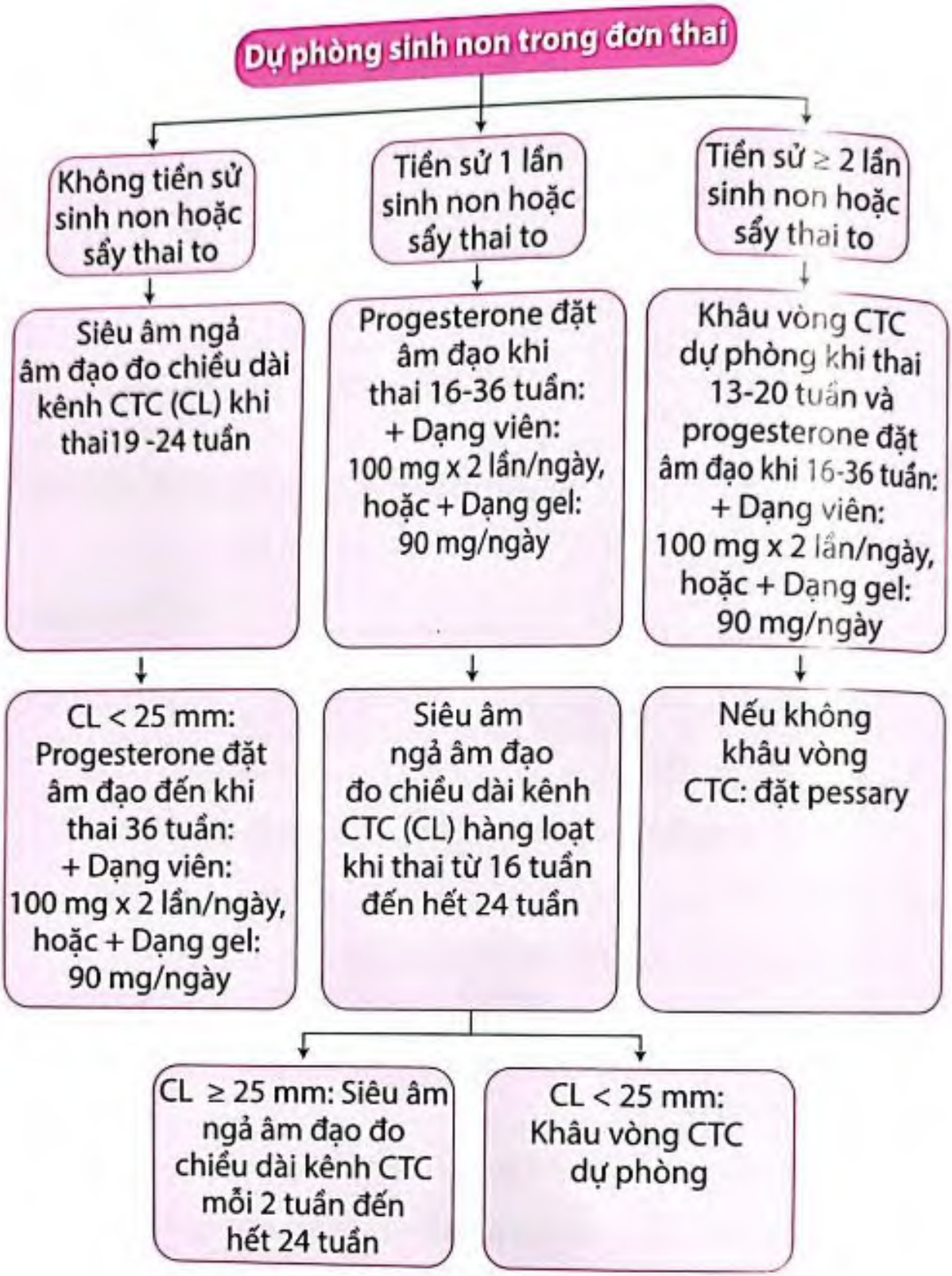
+ Khám thai định kỳ: kiểm tra tình trạng tiêu/tiểu, khám mỏ vịt kiểm tra viêm nhiễm sinh dục, ra huyết âm đạo, vị trí vòng pessary.

+ Lấy vòng pessary: sau 37 tuần hoặc khi chuyển dạ, ối rỉ/vỡ.

+ Sử dụng tiếp Progesterone đến hết 36 tuần.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner



Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017), Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, trang 119-121.
2. ACOG (2010), Committee opinion number 455, Magnesium sulfate before anticipated preterm birth for neuroprotection.
3. ACOG (2016), Practice bulletin No 171: management of preterm labor.
4. Charles J Lockwood (2021), Preterm labor: Clinical findings, diagnostic evaluation, and initial treatment, Uptodate.
5. F. Gary Cunningham, (2014), William obstetrics 24th, McGraw-Hill Education, US, page 829-861.
6. NICE (2019), Guideline: preterm labour and birth.
7. SOGC clinical pratice guideline (2011), No258, Magnesium sulphate for fetal neuroprotection.
8. WHO (2015), WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

30 KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Khởi phát chuyển dạ (KPCD) là gây ra cơn co tử cung trước khi bắt đầu chuyển dạ tự nhiên bằng các phương tiện nội khoa và/hoặc ngoại khoa nhằm mục đích gây chuyển dạ.
- KPCD thành công:
  + Điểm Bishop tăng ≥ 3 điểm sau KPCD (12 giờ).
  + Sinh ngả âm đạo trong vòng 24-48 giờ.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

KPCD được chỉ định khi lợi ích đối với mẹ và/hoặc đối với thai nhi nếu được sinh ra thì lớn hơn các nguy cơ tiềm tàng của việc tiếp tục kéo dài thai kỳ.

2.1. Chỉ định

- Tăng huyết áp thai kỳ, sản giật, tiền sản giật
- Đái tháo đường thai kỳ
- Bệnh lý mẹ (đái tháo đường, tăng huyết áp mạn, bệnh lý thận, hội chứng kháng phospholipid, bệnh lý tim, bệnh lý phổi nặng)
- Thai quá ngày dự sinh (≥ 40 tuần)
- Thiểu ối
- Thai chậm tăng trưởng trong tử cung
- Thai chết lưu trong tử cung
- Thai dị tật bẩm sinh
- Ối vỡ non
- Song thai ngôi 1 ngôi đầu

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

2.2. Chống chỉ định

- Tiền căn mổ dọc thân tử cung, mổ bóc u xơ tử cung, vỡ tử cung, xén góc tử cung
- Nhau tiền đạo hoặc mạch máu tiền đạo (nhau tiền đạo loại II-III: cân nhắc tùy trường hợp đối với nhóm thai không có khả năng nuôi sống)
- Sa dây rốn
- Herpes sinh dục, mụn cóc sinh dục đang tiến triển
- Ung thư cổ tử cung (CTC)
- Bất tương xứng giữa thai và khung chậu
- Ngôi bất thường: ngôi ngang, ngôi mông
- Biểu đồ tim thai - cơn gò (CTG) nhóm 3, CTG nhóm 2 lặp lại

III. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KPCD

- Bước 1: xác định tuổi thai.
- Bước 2: đánh giá sức khỏe thai.
- Bước 3: đánh giá chỉ định và chống chỉ định sinh ngả âm đạo.
- Bước 4: đánh giá chỉ số Bishop:

Điểm / Đánh giá	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Độ mở cổ tử cung (cm)	0	1-2	3-4	5-6
Độ xóa cổ tử cung (%)	0-30	40-50	60-70	≥ 80
Độ lọt của thai	-3	-2	-1 đến 0	+1 đến +2
Mật độ cổ tử cung	Chắc	Vừa	Mềm	
Hướng cổ tử cung	Sau	Trung gian	Trước	

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Dựa vào chỉ số Bishop để lựa chọn biện pháp KPCD:

- Bishop < 5 (CTC không thuận lợi): CTC không thuận lợi, cần làm chín muồi CTC trước khi KPCD: Prostaglandin, foley, CRB (cervical ripening balloon), lóc ối, laminaria.
- Bishop ≥ 5 (CTC thuận lợi): Oxytocin hoặc Oxytocin kết hợp bấm ối.

IV. CÁC PHƯƠNG PHÁP KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ

4.1. Phương pháp cơ học

- Kích thích núm vú
- Lóc ối
- Nong cơ học: laminaria, foley, CRB
- Bấm ối

4.2. Phương pháp hóa học

4.2.1. Prostaglandin E2

- Dinoprostone là dạng Prostaglandin E2 tổng hợp, sử dụng để KPCD trên những sản phụ ối vỡ non, hoặc thai quá ngày nhưng không có vết mổ cũ.
- Dinoprostone có 3 dạng: dạng gel, dạng hệ phân phối thuốc đặt âm đạo, dạng viên đạn.
  + Gel Dinoprostone chứa 0,5 mg Dinoprostone/3 g (2,5 mL) gel. Liều có thể được lặp lại mỗi 6 giờ, với tối đa 3 liều trong 24 giờ.
  + Hệ phân phối thuốc đặt âm đạo Dinoprostone 10 mg phóng thích thuốc 0,3 mg/giờ trong 10 giờ, sử dụng liều duy nhất.
    - Sản phụ nên nằm ít nhất 30 phút sau khi đặt Dinoprostone 10 mg để đo tim thai.
    - Hệ phân phối thuốc đặt âm đạo Dinoprostone 10 mg được lấy ra sau 24 giờ hoặc khi chuyển dạ bắt đầu.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Viên đạn Dinoprostone 20 mg thường được sử dụng cho những trường hợp thai 12-20 tuần.

- Theo dõi

+ Theo dõi tim thai và cơn gò bằng monitor sau khi sử dụng Prostaglandin E2.

+ Sử dụng Oxytocin sau khi làm chín muồi CTC bằng Prostaglandin E2 ít nhất 6-12 giờ đối với gel 0,5 mg Dinoprostone và ít nhất 30 phút sau khi lấy hệ phân phối thuốc đặt âm đạo Dinoprostone 10 mg.

- Chống chỉ định

+ Hen phế quản nặng

+ Tăng nhãn áp, hoặc tăng áp lực nội nhãn

4.2.2. Prostaglandin E1: (xem thêm phác đồ "Chấm dứt thai kỳ từ 13-22 tuần", "Chấm dứt thai kỳ từ 23-27 tuần")

- Thai ≥ 28 tuần và không có khả năng nuôi được (thai lưu, thai bị dị tật bẩm sinh, thai chậm tăng trưởng nặng trong tử cung): Misoprostol 25 mcg, đặt âm đạo mỗi 6 giờ hoặc uống mỗi 2 giờ.

- Nếu sử dụng Oxytocin phải sau ít nhất 4 giờ sau khi sử dụng liều Misoprostol cuối cùng (không sử dụng Oxytocin sau khi sử dụng Misoprostol nếu sản phụ có vết mổ cũ).

- Trong trường hợp cần KPCD ngay (tiền sản giật nặng, nhiễm trùng ối): có thể không sử dụng Mifepristone.

- Tác dụng ngoại ý:

+ Gò cường tính, vỡ tử cung, ảnh hưởng tim thai, hít nước ối phân su

+ Sốt, rét run

+ Nôn, buồn nôn, tiêu chảy

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Chống chỉ định:
  + Tiền căn hen phế quản nặng, tiền sử có rối loạn đông máu, tình trạng dị ứng mạn hoặc cấp tính.
  + Trường hợp sản phụ có vết mổ cũ và thai sống ≥ 28 tuần, có khả năng nuôi.

4.2.3. Oxytocin

- Có 2 cách sử dụng
  + Phác đồ "liều thấp": liều khởi đầu thấp, tăng liều chậm, liều tối đa 30 mIU/phút
  + Phác đồ "liều cao": liều khởi đầu cao, tăng liều nhanh, liều tối đa 30 mIU/phút
- Cách sử dụng Oxytocin: sử dụng bơm tiêm điện.
  + Phác đồ liều thấp: pha 5 đơn vị Oxytocin trong 49 mL Glucose 5%
    - Khởi đầu: 0,5-2 mIU/phút (0,3-1,2 mL/giờ)
    - Tăng liều: 1-2 mIU/phút (0,6-1,2 mL/giờ)
    - Liều tối ưu: 8-12 mIU/ phút (4,8-7,2 mL/giờ)
    - Tối đa: 30 mIU/ phút (18 mL/giờ)
    - Khoảng cách tăng liều: mỗi 15 - 30 phút
  + Phác đồ liều cao: pha 5 đơn vị trong 49 mL Glucose 5%
    - Khởi đầu: 4 mIU/ phút (2,4 mL/giờ)
    - Tăng liều: 4-6 mIU/ phút (2,4-3,6 mL/giờ)
    - Liều tối ưu: 8-12 mIU/phút (4,8-7,2 mL/giờ)
    - Tối đa: 30 mIU/phút (18 mL/giờ)
    - Khoảng cách tăng liều: mỗi 15-30 phút
- Thời gian theo dõi từ 12-24 giờ tính từ khi đạt 3 cơn gò/10 phút. Gọi là thất bại khi sau 12-24 giờ mà không đạt được

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3 cơn gò/10 phút hoặc CTC không thay đổi, chỉ số Bishop không tiến triển.

- Tác dụng ngoại ý:

+ Cơn gò cường tính, có thể gây vỡ tử cung

+ Ảnh hưởng tim thai

+ Ngộ độc nước

+ Ảnh hưởng tim mạch: tụt huyết áp, giảm tưới máu động mạch vành, ngưng tim

V. CHỌN LỰA PHƯƠNG PHÁP KPCD TRÊN [illegible] HỢP ĐẶC BIỆT

- Trường hợp có vết mổ cũ:

+ KPCD trên vết mổ cũ mổ lấy thai 1 lần: ưu tiên chọn KPCD bằng foley hoặc/và phác đồ Oxytocin liều thấp với bơm tiêm điện.

+ Cân nhắc sử dụng Prostaglandin E1 liều thấp và Prostaglandin E2 trên những trường hợp sản phụ có vết mổ cũ và thai ≥ 28 tuần + có chỉ định chấm dứt thai kỳ mà thai không có khả năng nuôi được.

- Ối vỡ ≥ 12 giờ, thai ≥ 34 tuần, chưa vào chuyển dạ: KPCD bằng Oxytocin hoặc Prostaglandin E2.

- Song thai, ngôi 1 là ngôi đầu, không có chống chỉ định KPCD có thể KPCD bằng Oxytocin và/hoặc kết hợp với các phương pháp làm chín muồi CTC.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2009), Practice Bulletin, Induction of Labor, Number 107.
2. WHO, Recommendations for induction labor.
3. Williams Obstetrics 24th, Induction and Augmentation of Labor.
4. Society of Obstetrics and Gynaecologists of Canada (SOGC), Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth.
5. Society of Obstetrics and Gynaecologists of Canada (SOGC) (2013), Guidelines for induction of labor.
6. High risk pregnancy (2015), Induction labor
7. National Institute for Health and Cara Exellance (NICE) (2008), Clinical guideline, nice.org.uk/guidance/cg70
8. American College of Obstricians and Gynecologists (ACOG) (2010), Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery, Number 115.
9. American College of Obstricians and Gynecologists (2008), Management of postterm pregnancy, ACOG Pratice Bulletin, Number 55.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

NGHIỆM PHÁP SINH NGẢ ÂM ĐẠO TRÊN SẢN PHỤ CÓ SẸO MỔ LẤY THAI

I. ĐIỀU KIỆN

- Sẹo mổ ngang đoạn dưới tử cung (TC)
- Chỉ định mổ lấy thai lần trước không tồn tại
- Ngôi chẩm
- Khung chậu và trọng lượng thai nhi tương xứng
- Không kèm biến chứng nội khoa hay sản khoa
- Đủ điều kiện phẫu thuật cấp cứu
- Vết mổ cũ (VMC) > 18 tháng.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chỉ định mổ lấy thai lần trước tồn tại
- Số lần mổ ≥ 2 lần
- Sẹo mổ dọc thân TC hay chữ T, bóc u xơ cơ tử cung, xén góc TC (thai ngoài tử cung đoạn kẽ)
- Tiền căn vỡ TC
- Ngôi bất thường (mông, ngang…)
- Nghi ngờ bất xứng đầu chậu
- Dị dạng TC
- Con to
- Song thai đủ tháng
- Chống chỉ định sinh ngả âm đạo (nhau tiền đạo,…)
- Không đủ điều kiện phẫu thuật cấp cứu

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

III. XỬ TRÍ

- Lý tưởng là chờ chuyển dạ tự nhiên (không can thiệp < 40 tuần nếu không có chỉ định)
- Nếu có chỉ định khởi phát chuyển dạ nên dùng biện pháp cơ học: lóc ối, foley. Chống chỉ định Misoprostol.
- Nhập viện khi có dấu chuyển dạ
- Tại khoa Sanh:

+ Đánh giá tình trạng mẹ và thai

+ Khi vào chuyển dạ giai đoạn hoạt động, lập đường truyền tĩnh mạch

+ Theo dõi tim thai và cơn gò bằng monitor

+ Theo dõi sinh hiệu mỗi 2 giờ trong giai đoạn tiềm thời, mỗi 1 giờ trong giai đoạn hoạt động

+ Nếu cơn gò TC không đủ, chỉnh gò bằng Oxytocin (bơm tiêm điện): Oxytocin 5 IU 1 ống 1 mL pha với 49 mL nước cất hoặc Glucose 5% bơm tiêm điện 0,6 mL/giờ (tương ứng với liều 1 mIU Oxytocin/phút). Sau 15-30 phút, nếu gò không đủ, chỉnh liều tăng mỗi 1 mIU Oxytocin, liều tối đa không quá 36 mIU Oxytocin/phút.

+ Giảm đau ngoài màng cứng có thể được sử dụng an toàn trong suốt nghiệm pháp sinh ngả âm đạo.

+ Diễn tiến thuận lợi: có thể sinh tự nhiên hoặc giúp sinh khi đủ điều kiện.

+ Việc soát lòng TC kiểm tra vết mổ chỉ cần thiết khi có dấu hiệu nghi ngờ nứt vết mổ.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

IV. CHỈ ĐỊNH NGƯNG LÀM NGHIỆM PHÁP SINH NGẢ ÂM ĐẠO VÀ THỰC HIỆN MỔ LẤY THAI

- Thai trình ngưng tiến triển
- Tim thai bất thường
- Nghi ngờ nứt vết mổ

V. DẤU HIỆU CỦA NỨT VẾT MỔ HOẶC VỠ TỬ CUNG

- Nhịp tim thai bất thường
- Xuất huyết âm đạo
- Tiểu máu
- Giảm cường độ cơn gò
- Có thể sờ bằng tay thấy khuyết nơi vết mổ cũ
- Các dấu hiệu của sốc giảm thể tích

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

32 NGHIỆM PHÁP LỌT NGÔI CHỎM

Nghiệm pháp lọt ngôi chỏm là phương pháp đánh giá cuộc sinh khi khung chậu giới hạn, trọng lượng thai nhi bình thường hoặc khi khung chậu bình thường nhưng thai nhi lại khá to, nhằm đưa đến quyết định là thai nhi có thể sinh được qua đường âm đạo hay phải phẫu thuật lấy thai.

I. CHỈ ĐỊNH

- Khung chậu giới hạn, thai bình thường.
- Khung chậu bình thường, thai to.
- Khung chậu hẹp, thai nhỏ.

II. ĐIỀU KIỆN

- Phải là ngôi chỏm.
- Có chuyển dạ thật sự.
- Cổ tử cung (CTC) xóa và mở ≥ 4 cm.
- Cơn co tử cung (TC) tốt (4-5 cơn co/10 phút). Nếu cơn co không tốt phải tăng co bằng Oxytocin, nhỏ giọt tĩnh mạch.
- Phải theo dõi cẩn thận để phát hiện kịp thời những biến chứng xảy ra trong khi làm nghiệm pháp lọt như sa dây rốn, thai suy, cơn co TC dồn dập (> 5 cơn co/10 phút), dọa vỡ TC.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thai suy.
- Các ngôi không phải là ngôi chỏm.
- Có sẹo mổ cũ ở TC.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bước 1: sản phụ nằm ở tư thế sản khoa.
- Bước 2: khám đánh giá tình trạng tim thai, cơn co TC, ngôi thai.
- Bước 3: bấm ối khi có cơn co TC và xé rộng màng ối để cho ngôi tì vào CTC. Nếu ngôi thai còn cao phải đề phòng sa dây rốn.
- Bước 4: ghi rõ giờ bắt đầu bấm ối và diễn biến của tim thai, cơn co TC, ngôi thai.
- Bước 5: đánh giá độ lọt của ngôi thai mỗi giờ trong 2 giờ.

V. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

- Phẫu thuật cấp cứu lấy thai ngay trong các trường hợp:
  + Cơn co TC dồn dập, liên tục dù đã ngừng Oxytocin và cho thuốc giảm co.
  + Thai suy.
  + Sa dây rốn.
  + Sau 2 giờ làm nghiệm pháp, CTC không mở thêm hoặc rắn hơn hoặc phù nề, ngôi thai vẫn cao, không lọt và bắt đầu có bướu huyết thanh.
- Theo dõi thêm chuyển dạ :

Nếu sau 2 giờ làm nghiệm pháp lọt mà CTC mở thêm ≥ 2 cm, tim thai trong giới hạn bình thường, ngôi thai lọt xuống sâu hơn trong tiểu khung, có thể quyết định cho theo dõi thêm; khi CTC mở hết, đầu lọt thấp, có thể cho sản phụ sinh thường hay giúp sinh bằng dụng cụ.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

33 SINH KHÓ DO VAI

Sinh khó do vai là sau khi đầu sổ, vai trước của thai không thể vượt qua bờ dưới xương vệ hoặc cần phải can thiệp thủ thuật để đưa vai vượt qua bờ dưới xương vệ, được chẩn đoán khi vai không thể sổ sau khi đầu đã sổ.

Trường hợp kẹt vai, cằm của thai bị đè ép vào tầng sinh môn. Đây là một cấp cứu sản khoa, thai có thể chết nếu không được sinh ra do chèn ép dây rốn.

I. THỦ THUẬT

Các thủ thuật chính giúp cho việc sổ thai dễ hơn, thuận tiện hơn:

- Thủ thuật McRoberts: gập đùi sản phụ tối đa vào bụng sản phụ, giúp làm mở rộng khung chậu, làm phẳng bớt mỏm nhô. Nếu không thành công, hỗ trợ thêm đè ép lên phần dưới bụng và kéo nhẹ nhàng đầu thai ra. Kỹ thuật này giúp thành công trong 42% trường hợp.
- Thủ thuật Rubin I: đè ép trên xương vệ.
- Thủ thuật Rubin II: đè ép phía sau của vai trước, giúp đưa trục vai thai theo vị trí đường kính chéo và mặt thai hướng về phía âm đạo.
- Thủ thuật xoay Woods: giúp đưa vai trước thành vai sau, đôi khi làm ngược với thủ thuật Rubin II.
- Thủ thuật Jacquemier hay Barnum: sinh vai sau trước, tìm cẳng tay và cánh tay trong âm đạo và kéo nhẹ nhàng ra khỏi âm đạo.
- Bẻ xương đòn: giúp giảm đường kính vai.
- Thủ thuật Gaskin: xoay thai theo nhiều hướng.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

II. XỬ TRÍ

Các bước chính:

- Kêu gọi sự hỗ trợ của bác sĩ Sản khoa, hộ sinh, bác sĩ Gây mê Hồi sức và bác sĩ Sơ sinh.
- Cắt rộng tầng sinh môn.
- Gập chân.
- Kéo nhẹ đầu thai.
- Đè ép trên xương vệ.
- Các thủ thuật trong âm đạo.
- Sổ vai sau trước.
- Xoay thai theo nhiều hướng.

III. BIẾN CHỨNG

- Tổn thương cho mẹ:
  + Tổn thương đường sinh dục, trực tràng.
  + Gãy khớp xương vệ.
  + Băng huyết sau sinh.
- Tổn thương cho con:
  + Liệt đám rối thần kinh cánh tay do các dây thần kinh bị kéo căng.
  + Gãy xương đòn.
  + Ngạt nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2003), Xử trí biến chứng trong khi mang thai và sau sinh, Nhà xuất bản Y học.
2. Bộ Y tế, Vụ Sức khỏe Bà mẹ và trẻ em (2016), Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.
3. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (2004), Thực hành sản phụ khoa, Nhà xuất bản Y học.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

34 XỬ TRÍ THAI THỨ HAI TRONG SONG THAI

Trong song thai sau khi thai thứ nhất sổ, thường có biến cố xảy ra với thai thứ hai. Thai thứ hai có thể xoay trong tử cung (TC), cơn co TC thưa, mẹ mệt mỏi vì đã gắng sức sinh thai thứ nhất. Vì thế, cần phải biết xử lý để bảo đảm an toàn cho mẹ và thai.

I. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Khám âm đạo kiểm ngay sau sổ thai thứ nhất kiểm tra độ xóa mở cổ tử cung (CTC), ngôi, thế, kiểu thế của thai thứ hai.
- Nếu ngôi chỏm thì chờ đợi có cơn co TC rồi bấm ối và đỡ sinh như các trường hợp sinh ngôi chỏm.
- Ngôi bất thường (ngôi vai, ngôi trán, thai nhỏ) nội xoay thai và đại kéo thai. Sau đó, đỡ sinh ngôi mông hoặc đại kéo thai ngay.
- Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ để lấy nhau, nếu chảy máu có thể bóc nhau nhân tạo và soát lòng TC.
- Kiểm tra bánh nhau và màng nhau.
- Đề phòng băng huyết sau sinh (BHSS).

II. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nếu buồng ối thứ hai bị vỡ đột ngột, thai trở thành ngôi vai, TC siết chặt vào thai, không thể làm thủ thuật nội xoay: phải phẫu thuật lấy thai.
- BHSS: xử trí theo phác đồ BHSS.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

SỬ DỤNG OXYTOCIN TRONG CHUYỂN DẠ

Thuốc Oxytocin là thuốc gây co bóp tử cung cả về tần số và cường độ.

I. CHỈ ĐỊNH

- Sử dụng Oxytocin để gây cơn co tử cung trong trường hợp khởi phát chuyển dạ hoặc đã chuyển dạ nhưng cơn co thưa, yếu.
- Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ.
- Để phòng và xử trí băng huyết sau sinh.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

2.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Bất tương xứng đầu - chậu.
- Ngôi không có chỉ định sinh đường âm đạo.
- Nhau tiền đạo trung tâm.
- Nhau bong non thể nặng.
- Suy thai cấp.
- Không có phòng phẫu thuật, phẫu thuật viên và phương tiện phẫu thuật.
- Mẹ bị bệnh lý tim mạch gây rối loạn cung lượng tim.

2.2. Chống chỉ định tương đối

- Vết mổ cũ lấy thai.
- Đa thai, đa ối.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

III. CÁCH DÙNG

3.1. Trước sinh

a) Cách thực hiện

- Bơm tiêm điện có điều khiển tốc độ truyền là cách sử dụng tốt nhất với liều ban đầu là 4 mUI/phút. Hoặc có thể:
- Truyền tĩnh mạch dung dịch Glucose 5 % x 500 mL nhỏ giọt tĩnh mạch với tốc độ VIII giọt/phút.
  + Pha Oxytocin 5 đơn vị (1 ống) vào chai Glucose 5 % đang TTM VIII giọt/phút.
  + Lắc đều chai Glucose 5% đã có Oxytocin cho thuốc pha đều.
- Theo dõi sát chuyển dạ bằng monitor sản khoa, đặc biệt theo dõi tim thai và cơn gò TC.
- Phải ghi diễn tiến chuyển dạ trên biểu đồ chuyển dạ.

b) Theo dõi

- Theo dõi trong 20-30 phút, nếu cơn gò chưa đạt 3 cơn gò/10 phút (khởi phát chuyển dạ) hoặc chưa đạt số cơn gò theo độ mở CTC thì chỉnh giọt tăng VIII giọt/phút (4 mUI/phút) sao cho đạt được tần số cơn gò phù hợp. Liều tối đa là XL giọt/phút (20 mUI/phút).
- Khám ngoài: mỗi 15 phút/lần đều đặn theo dõi cơn co tử cung, nhịp tim thai, độ lọt của ngôi mỗi giờ.
- Khi đã đạt được số cơn gò phù hợp giai đoạn chuyển dạ và độ mở cổ tử cung, đánh giá sự tiến triển của CD bằng độ mở CTC và ngôi thai theo quy định Hướng dẫn quốc gia tùy giai đoạn của cuộc chuyển dạ.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Khi phát hiện chuyển dạ ngưng tiến triển (theo dõi tối đa 2 giờ).

+ Cân nhắc việc có tiếp tục sử dụng Oxytocin liều cao hơn, hoặc

+ Phối hợp thuốc mềm cổ tử cung, hoặc

+ Mổ lấy thai.

3.2. Sau sinh

- Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ (xem phác đồ "Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ").

- Để phòng và điều trị băng huyết do đờ tử cung (xem phác đồ "Băng huyết sau sinh").

IV. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

4.1. Cơn gò cường tính

- Khi có nhiều hơn 5 cơn co trong 10 phút và mỗi cơn co kéo dài trên 90 giây.

- Xử trí:

+ Ngưng truyền Oxytocin.

+ Theo dõi sát tần số cơn gò và tình trạng tim thai trong 30-45 phút. Sau 45 phút cơn gò tử cung không giảm phải phẫu thuật lấy thai ngay hoặc giúp sinh bằng dụng cụ nếu đủ điều kiện.

4.2. Dọa vỡ - vỡ TC: tham khảo phác đồ "Vỡ tử cung".

4.3. Thai suy cấp trong chuyển dạ

- Nếu có dấu hiệu suy thai phải ngừng truyền Oxytocin: tham khảo phác đồ "Suy thai"

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Sau khi ngưng truyền Oxytocin 15 phút không có kết quả, phải phẫu thuật lấy thai ngay hoặc giúp sinh nếu đủ điều kiện.

4.4. Nhau bong non: tham khảo phác đồ "Nhau bong non".

4.5. Ngộ độc nước: khi truyền liều cao trong thời gian dài.

4.6. Ảnh hưởng tim mạch

- Khi dùng liều cao > 45 mUI/phút hay khi tiêm tĩnh mạch trực tiếp.
- Gây tụt huyết áp, giảm tưới máu động mạch vành, ngưng tim.

4.7. Dãn cơ trơn

- Khi dùng liều cao trực tiếp.
- Thường gặp đi kèm sản phụ được gây tê hay gây mê.

4.8. Dị ứng: ít thấy.

4.9. Ảnh hưởng lên thai: suy thai, ngạt sau sinh, tăng bilirubin/máu gây tăng mức độ vàng da sơ sinh.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN 3 CHUYỂN DẠ

I. ĐỊNH NGHĨA

Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ là các thao tác chủ động của người đỡ sinh tác động ở giai đoạn sau khi sổ thai để giúp nhau bong và sổ ra ngoài nhanh hơn, nhằm phòng ngừa băng huyết sau sinh.

II. CHỈ ĐỊNH

Cho mọi trường hợp sinh đường âm đạo, khi thai vừa mới sổ ra ngoài và chắc chắn không còn thai nào trong tử cung.

III. KỸ THUẬT

Các bước chính được Tổ chức Y tế thế giới (WHO), Liên đoàn Sản Phụ khoa quốc tế (FIGO), Liên đoàn Hộ sinh quốc tế (ICM) và Bộ Y tế (BYT) thống nhất khuyến cáo gồm:

- Ngay sau sổ thai hoặc sau cắt dây rốn hoặc sau sổ nhau: tiêm bắp 10 UI Oxytocin. Nếu người bệnh đang được truyền dịch, có thể sử dụng Oxytocin 20 UI truyền tĩnh mạch XXX giọt/phút.
- Giải thích những việc sẽ làm cho sản phụ.
- Kiểm tra tử cung (TC) co hồi chưa, không có cầu bàng quang.
- Kéo dây rốn có kiểm soát: một tay chặn trên xương vệ, đẩy nhẹ TC lên trên, một tay kéo nhẹ dây rốn xuống.
- Đỡ nhau và màng nhau.
- Xoa đáy TC kích thích TC co hồi tốt.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

IV. KHÓ KHĂN VÀ XỬ TRÍ

- Nhau không bong:

  + Sau khi kéo dây rốn lần 1 khoảng 15-30 giây mà dây rốn không xuống thêm, ngưng kéo dây rốn, chờ cơn gò TC sau, khi TC gò tốt sẽ thực hiện lần 2.

  + Tối đa có thể làm 05 lần. Nếu không được sẽ chuyển bóc nhau bằng tay theo "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản".

- Đứt dây rốn:

  + Có thể chờ sổ nhau tự nhiên như bình thường nếu không chảy máu nhiều vì máu chảy từ bánh nhau qua chỗ dây rốn đứt không phải là máu mẹ.

  + Nếu sau 30-45 phút nhau không sổ sẽ thực hiện bóc nhau bằng tay theo "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản".

- Lộn tử cung:

  + Do kéo quá mạnh và khi TC chưa gò tốt hoặc TC bị dị dạng.

  + Xử trí theo "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản".

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

GIẢM ĐAU SAU SINH NGẢ ÂM ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tần suất, mức độ và thời gian đau liên quan đến độ sang chấn tầng sinh môn (TSM) xảy ra trong quá trình sinh, do cắt may TSM, sinh thủ thuật.
- Đau thay đổi theo mức độ sang chấn TSM:
  + TSM nguyên vẹn: 75% đau ngày đầu, 38% đau sau 7 ngày.
  + TSM rách độ 1-2: 95% đau ngày đầu, 60% đau sau 7 ngày.
  + Cắt TSM: 97% đau ngày đầu, 71% đau sau 7 ngày.
  + Rách độ 3-4: 100% đau ngày đầu, 91% đau sau 7 ngày.

II. NGUYÊN NHÂN

- Đau cơ vùng chân, tay hoặc thắt lưng:
  + Do trong quá trình chuyển dạ, sản phụ dùng sức rặn, căng cơ quá mức.
  + Xử trí: thả lỏng người, mát xa nhẹ nhàng vùng cơ bị ảnh hưởng, tắm nước ấm, chườm ấm. Chườm ấm khoảng 10-15 phút, mỗi ngày 4-5 lần, mỗi lần cách nhau 2-3 giờ.
- Đau đầu
  + Do thay đổi nội tiết sau sinh, do rỉ dịch não tủy sau gây tê tủy sống.
  + Xử trí: nằm nghỉ thẳng lưng, dùng caffeine, thuốc giảm đau.
- Đau tử cung:
  + Do co hồi cơ tử cung, đặc biệt ở người sinh con rạ, xảy ra trong vòng 24 giờ đầu sau sinh.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Đau vú:

+ Do căng sữa.

+ Xử trí cho bé bú, vắt sữa.

- Đau tầng sinh môn:

+ Tổn thương mô do căng giãn quá mức hoặc vết khâu TSM, đặc biệt sau sinh giúp hoặc rách phức tạp.

III. XỬ TRÍ

Kết hợp 2 phương pháp dùng thuốc và không dùng thuốc.

3.1. Phương pháp dùng thuốc

- Thuốc sử dụng: Paracetamol hoặc thuốc chống viêm không steroid (Diclofenac hoặc Ibuprofen) hoặc Paracetamol + Ibuprofen.

- Paracetamol:

+ Chỉ định: các trường hợp sau sinh ngả âm đạo.

+ Chống chỉ định: quá mẫn với thuốc, suy gan nặng.

+ Liều dùng: Paracetamol 500 mg, 1-2 viên uống sau sinh (khi chuyển hậu sản), lặp lại mỗi 4-6 giờ khi cần thiết, không vượt quá 4 g/24 giờ

+ Liều độc đối với gan: > 4 g/24 giờ.

- Thuốc kháng viêm không steroid:

+ Ibuprofen uống 600-1200 mg/ngày, chia 2-4 lần/ngày, hoặc

+ Diclofenac 100 mg, đặt hậu môn, mỗi 12-24 giờ, hoặc

+ Diclofenac 50 mg, uống 1 viên x 2-3 lần/ngày.

+ Tác dụng phụ: Nhức đầu, chóng mặt, đau vùng thượng vị, buồn nôn, tăng các transaminase, mẩn ngứa...

- Paracetamol + Ibuprofen (325 mg + 200 mg) uống 1-2 viên x 3 lần/ngày.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Có thể dùng Tramadol 100 mg (truyền tĩnh mạch) hoặc Nefopam (tiêm bắp hoặc truyền tĩnh mạch chậm) trong trường hợp người bệnh dị ứng với Paracetamol và thuốc kháng viêm không steroid.
- Thời gian dùng thuốc giảm đau: sử dụng trong 1-2 ngày đầu sau sinh. Có thể sử dụng thêm nếu cần.

3.2. Phương pháp không dùng thuốc

- Vận động sớm.
- Giữ khô sạch vùng TSM.
- Uống nhiều nước, ăn nhiều rau củ.
- Nên mặc quần áo rộng, thoáng.
- Khuyến khích tập thể dục vùng đáy chậu.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

38 DỰ PHÒNG THUYÊN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH TRONG THAI KỲ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Phụ nữ mang thai hoặc trong thời kỳ hậu sản có nguy cơ mắc bệnh huyết khối cao gấp 4-5 lần so với phụ nữ không mang thai. Khoảng 80% các trường hợp huyết khối trong thai kỳ là huyết khối tĩnh mạch, chiếm tỷ lệ 0,5-2,0/1.000 sản phụ. Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (venous thromboembolism - VTE) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ tại Hoa Kỳ, chiếm 9,3% tổng số ca tử vong mẹ.
- Nguyên nhân VTE trong thai kỳ: huyết khối tĩnh mạch sâu (deep vein thrombosis - DVT) chiếm 75-80%, tắc mạch phổi (pulmonary embolism - PE) chiếm 20-25%.
- Nguy cơ VTE xuất hiện từ đầu thai kỳ và tăng lên vào tam cá nguyệt 3. Nguy cơ VTE trong giai đoạn hậu sản cao hơn trong thai kỳ, đặc biệt trong tuần 1 giai đoạn hậu sản.
- DVT trong thai kỳ thường liên quan đến chi dưới bên trái nhiều hơn so với bên phải.

II. SINH LÝ BỆNH

Cơ chế hình thành huyết khối tĩnh mạch là do sự phối hợp của 3 yếu tố (tam giác Virchow): ứ trệ tuần hoàn tĩnh mạch, rối loạn quá trình đông máu gây tăng đông và tổn thương thành mạch.

III. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Tiền căn bị huyết khối: đây là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất, nguy cơ VTE tái phát trong thai kỳ tăng 3-4 lần. 15-25% các trường hợp VTE trong thai kỳ là do tái phát.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Bệnh lý tăng đông mắc phải hoặc di truyền: chiếm 20-25% các trường hợp VTE trong thai kỳ và giai đoạn hậu sản.
- Các thay đổi sinh lý và giải phẫu trong thai kỳ làm tăng nguy cơ VTE bao gồm tăng đông máu, tăng ứ trệ tĩnh mạch, giảm lưu lượng tĩnh mạch, đè ép tĩnh mạch chủ dưới và tĩnh mạch chậu do sự lớn lên của tử cung và giảm khả năng vận động của sản phụ. Thai kỳ cũng làm thay đổi nồng độ của các yếu tố đông máu.
- Các yếu tố nguy cơ khác: bệnh tim, bệnh lý Hemoglobin, tăng huyết áp, tiền sản giật, hội chứng thận hư, lupus ban đỏ hệ thống, mổ lấy thai, băng huyết sau sinh, nghén nặng, truyền máu, thai lưu, nhiễm trùng hậu sản, hỗ trợ sinh sản, đa thai, sinh non, tuổi > 35, béo phì (BMI > 30 kg/m^2), hút thuốc lá (> 10 điếu/ngày), bất động thời gian dài...

IV. DỰ PHÒNG THUYÊN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH

4.1. Thuốc kháng đông

4.1.1. Chống chỉ định của thuốc kháng đông

Bảng 1. Chống chỉ định, thận trọng khi dùng thuốc kháng đông

Chống chỉ định tuyệt đối	Chống chỉ định tương đối (thận trọng)
Suy thận nặng	Chọc dò tủy sống
Suy gan nặng	Đang dùng các thuốc chống kết tập tiểu cầu (Aspirin, Clopidogrel...)
Xuất huyết não	Số lượng tiểu cầu < 100.000/mm^3
Tình trạng xuất huyết đang tiến triển (VD: xuất huyết do loét dạ dày tá tràng)	Tăng huyết áp nặng chưa được kiểm soát (huyết áp tâm thu > 180 mmHg và/hoặc huyết áp
Tiền sử xuất huyết giảm tiểu	

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Chống chỉ định tuyệt đối	Chống chỉ định tương đối (thận trọng)
cầu, nhất là biến chứng giảm tiểu cầu do Heparin Dị ứng thuốc kháng đông Rối loạn đông máu bẩm sinh hay mắc phải	tâm trương > 110 mmHg) Mới phẫu thuật sọ não, phẫu thuật tủy sống hay có xuất huyết nội nhãn cầu Phụ nữ ở giai đoạn chuẩn bị chuyển dạ với nguy cơ chảy máu cao (VD: nhau tiền đạo...)
Xử trí: không dùng thuốc kháng đông khi có 1 trong các yếu tố trên. Nên lựa chọn phương pháp dự phòng cơ học	Xử trí: trì hoãn sử dụng thuốc kháng đông cho đến khi nguy cơ xuất huyết đã giảm

4.1.2. Các loại thuốc kháng đông

a) Heparin trọng lượng phân tử thấp (Low Molecular Weight Heparin - LMWH):

Bảng 2. Liều dự phòng VTE của LMWH

Cân nặng hiện tại (kg)	Enoxaparin (LMWH) (tiêm dưới da)
< 50	20 mg x 1 lần /ngày
50-90	40 mg x 1 lần /ngày
91-130	60 mg x 1 lần /ngày
131-170	80 mg x 1 lần /ngày
> 170	0,6 mg/kg x 1 lần /ngày

Theo dõi:

+ Đánh giá tiểu cầu và creatinine huyết thanh trước điều trị.

+ Không theo dõi anti-Xa thường quy trừ các trường hợp

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

cân nặng < 50 kg hoặc > 90 kg. Mục tiêu: nồng độ anti-Xa đạt 0,6-1,0 đv/mL thời điểm 4 giờ sau mũi tiêm cuối.

+ Xét nghiệm tiểu cầu mỗi lần khám thai.

+ Trường hợp người bệnh suy thận: cần giảm liều LMWH 30 mg x 1 lần/ngày TDD (với cân nặng 50-90 kg và mức lọc cầu thận 30-50 mL/phút) hoặc chuyển sang UFH (cần hội chẩn chuyên khoa).

b) Heparin không phân đoạn (Unfractionnated Heparin - UFH):

Bảng 3. Liều dùng dự phòng UFH

Cân nặng hiện tại (kg)	UFH (tiêm dưới da)
< 50	Cân nhắc giảm liều
50-90	5.000 đv mỗi 12 giờ
> 90	7.500 đv mỗi 12 giờ

Theo dõi:

- Cần theo dõi nội trú.
- Cần theo dõi tiểu cầu mỗi 2-3 ngày từ ngày 4-14 đến khi ngừng sử dụng Heparin.

c) Fondaparinux

- Không đủ dữ liệu dùng trong thai kỳ vì thuốc qua được nhau thai và bài tiết qua sữa mẹ, chỉ dùng trong trường hợp sản phụ dị ứng nặng với Heparin.
- Thời gian bán hủy dài và không có thuốc đối kháng.

4.2. Các biện pháp dự phòng VTE không dùng thuốc

4.2.1. Tránh mất nước

Nhu cầu lượng dịch vào:

- Đối với phụ nữ mang thai: ≥ 2,3 lít/ngày.
- Đối với phụ nữ cho cho con bú: ≥ 2,6 lít/ngày.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

4.2.2. Vận động thể lực phù hợp

4.2.3. Các biện pháp cơ học

a) Chỉ định cho người bệnh cần dự phòng VTE nhưng có nguy cơ chảy máu cao hoặc chống chỉ định dùng kháng đông. Cần phối hợp hoặc chuyển sang các biện pháp dược lý ngay khi nguy cơ chảy máu giảm.

Các biện pháp cơ học gồm:

- Vớ, băng chun áp lực y khoa.
- Máy bơm hơi áp lực ngắt quãng.

b) Chống chỉ định của các biện pháp cơ học

- Bệnh lý mạch máu ngoại biên nghiêm trọng hoặc loét
- Mới phẫu thuật ghép da
- Phẫu thuật bắc cầu mạch máu ngoại biên
- Phù chân nặng hoặc phù phổi do suy tim sung huyết
- Dị ứng với các vật liệu cơ học
- Các vấn đề tại chỗ ở chân: hoại thư, viêm da, vết thương nhiễm trùng chưa điều trị...

c) Chống chỉ định của vớ áp lực y khoa

- Nhập viện do đột quỵ
- Biến dạng chân nghiêm trọng hoặc béo phì nặng không thể dùng vớ áp lực
- Bệnh thần kinh ngoại biên nghiêm trọng

4.3. Điều trị khi sinh

- Chuyển đổi từ LMWH sang UFH khi sản phụ nhập viện và chờ chấm dứt thai kỳ.
- Ngừng thuốc kháng đông dự phòng ít nhất 12 giờ trước khi khởi phát chuyển dạ nếu lâm sàng cho phép. Nếu thời gian sử dụng Heparin ≥ 4 ngày, xét nghiệm tiểu cầu trước khi khởi phát chuyển dạ hoặc khi sản phụ chuyển dạ.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Nếu sản phụ đã ngừng Heparin, cần sử dụng máy bơm hơi áp lực ngắt quãng.
- Cần đề phòng băng huyết sau sinh.
- Dừng sử dụng thuốc kháng đông (nếu lâm sàng cho phép) khi sản phụ có dấu hiệu chuyển dạ hoặc ra huyết âm đạo.

4.4. Mổ lấy thai

- Ngừng thuốc kháng đông 24 giờ trước khi mổ lấy thai nếu lâm sàng cho phép.
- Nếu sản phụ đang dùng liều kháng đông điều trị và cần mổ lấy thai, cân nhắc đặt dẫn lưu sau mổ.
- Khuyến cáo sử dụng máy bơm hơi áp lực ngắt quãng trước khi mổ lấy thai và cần vận động sớm sau mổ.

4.5. Phương pháp vô cảm

Bảng 4. Khoảng cách thời gian giữa việc dùng thuốc kháng đông và tê tủy sống/tê ngoài màng cứng

	Khoảng cách thời gian	
	LMWH	UFH (*)
Liều thuốc kháng đông gần nhất và tê tủy sống/tê ngoài màng cứng hoặc rút catheter ngoài màng cứng	12 giờ	4 giờ
Tê tủy sống/tê ngoài màng cứng hoặc rút catheter ngoài màng cứng và tái sử dụng thuốc kháng đông	4 giờ	1 giờ

(*) Lưu ý: Khoảng cách thời gian trên chỉ áp dụng khi sản phụ dự phòng VTE bằng UFH với liều 5.000 đv UFH 2 lần/ngày, cần xét nghiệm aPTT 3-4 giờ sau liều UFH cuối.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Cần theo dõi biến chứng máu tụ trong vòng 24 giờ sau tủy sống/tê ngoài màng cứng hoặc sau khi rút catheter ngoài màng cứng.

4.6. Giai đoạn hậu sản

- Để hạn chế biến chứng chảy máu sau sinh, thuốc kháng đông nên được tiếp tục sử dụng sớm nhất là 4-6 giờ nếu sinh ngả âm đạo và 6-12 giờ sau mổ lấy thai.
- Thận trọng khi dùng thuốc kháng viêm non-steroids do tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa.
- Nếu có chỉ định tiếp tục sử dụng thuốc kháng đông sau sinh, sản phụ nên được sử dụng máy bơm hơi áp lực ngắt quãng tại chỗ đến khi có thể đi lại và dùng kháng đông.

4.7. Vấn đề ngừa thai

- Nguy cơ VTE tăng 35-99 lần ở phụ nữ có đồng hợp tử yếu tố V Leiden, tăng 16 lần ở phụ nữ bị đột biến prothrombin G20210A khi dùng thuốc ngừa thai phối hợp có estrogen.
- Các biện pháp tránh thai thay thế: dụng cụ tử cung, thuốc viên tránh thai chỉ chứa progestin, DMPA, que cấy tránh thai, dụng cụ tử cung, bao cao su.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hội Tim mạch học quốc gia Việt Nam (2016), Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch
2. ACCP (2012), VTE, Thrombophilia, Antithrombotic Therapy, and Pregnancy.
3. ACOG (2018), Thromboembolism in pregnancy, Practice Bulletin number 196, vol.132, No1.
4. Queensland Clinical Guidelines (2020), Venous thromboembolism (VTE) prophylaxis in pregnancy and the puerperium
5. RCOG (2015), Throboembolic disease in pregnancy and the puerperium: acute management

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Phụ lục 1
THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ THUYÊN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH TRƯỚC VÀ SAU SINH

Loại nguy cơ	Nguy cơ	Điểm
Đã tồn tại từ trước	Tiền căn thuyên tắc huyết khối	4
	Nguy cơ cao bệnh lý tăng đông (**)	3
	Bệnh lý kèm theo: bệnh lý ác tính, suy tim, lupus ban đỏ hệ thống đang hoạt động, lao phổi đang hoạt động, hội chứng thận hư, đái tháo đường biến chứng thận, thalassemie thể nặng hoặc trung bình sau cắt lách	3
	Béo phì	
	BMI ≥ 40 kg/m^2	2
	BMI ≥ 30-39 kg/m^2	1
	Hút thuốc lá (≥ 10 điếu/ngày)	1
	Tiền căn gia đình bị VTE	1
	Nguy cơ thấp bệnh lý tăng đông (*)	1
Nguy cơ sản khoa	Mổ lấy thai (chủ động hoặc cấp cứu)	2
	Tiền sản giật	1
	Giúp sanh	1
	Chuyển dạ kéo dài (>24 giờ)	1
	Băng huyết sau sinh (≥ 1.000 mL máu) hoặc cần truyền máu	1
	Thai lưu (hiện tại)	1
	Thụ tinh trong ống nghiệm (chỉ tính nguy cơ trong TCN 1)	1

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Loại nguy cơ	Nguy cơ	Điểm
Nguy cơ ngắn hạn	Can thiệp thủ thuật/phẫu thuật (ngoại trừ cắt tầng sinh môn, may phục hồi tầng sinh môn rách độ 1-2, hút buồng tử cung do sót nhau)	4
	Nghén nặng/quá kích buồng trứng	4
	Bất động(***)/mất nước > 3 ngày	1
	Nhiễm trùng toàn thân, nhiễm trùng hậu sản	1
	Di chuyển đường xa (> 4 giờ)	1

Lưu ý:

- Khuyến cáo sử dụng kháng đông dự phòng huyết khối trong giai đoạn sản phụ có các nguy cơ ngắn hạn, cân nhắc dừng thuốc khi không còn các nguy cơ này.
- Các thời điểm cần đánh giá nguy cơ: trước khi mang thai, khi mang thai, lúc nhập viện hoặc khi xuất hiện bệnh lý kèm theo, ngay sau sinh.

(*) Nguy cơ thấp bệnh lý tăng đông: yếu tố dị hợp V Leiden; đột biến dị hợp tử prothrombin gen G20210A, kháng thể kháng phospholipid.

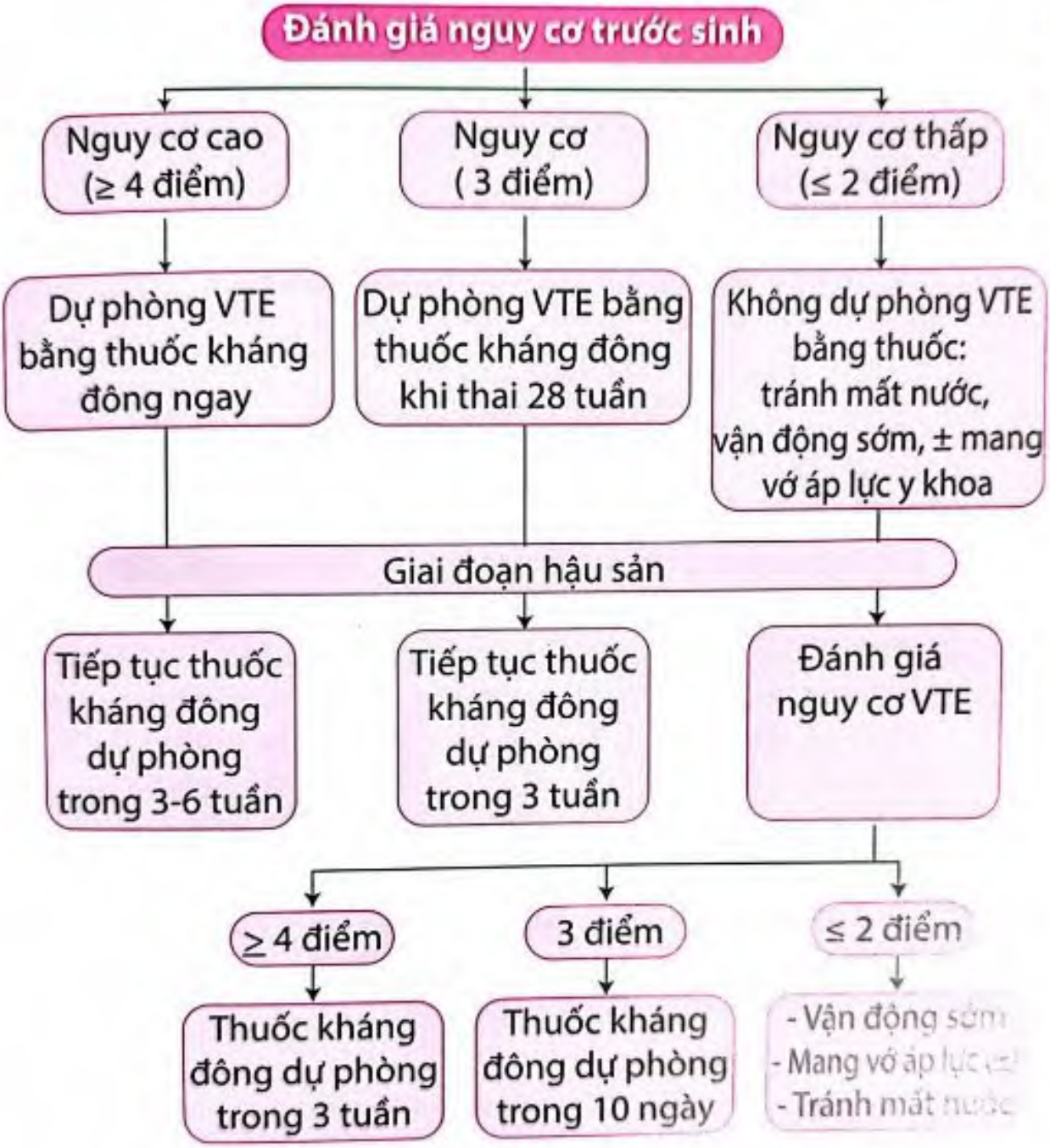
(**) Nguy cơ cao bệnh lý tăng đông: ≥ 1 xét nghiệm có tình trạng tăng đông, hội chứng kháng phospholipid, đồng hợp tử yếu tố V Leiden; đột biến đồng hợp tử prothrombin gen G20210A; dị hợp tử yếu tố V Leiden và đột biến prothrombin G20210A, thiếu antithrombin, thiếu hụt protein C hoặc protein S.

(***) Bất động: đa số thời gian nằm tại giường (≥ 24 giờ) hoặc có các yếu tố khác như: liệt 2 chi dưới.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Phụ lục 2
LƯỢC ĐỒ DỰ PHÒNG THUYÊN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH TRƯỚC VÀ SAU SINH



VTE: thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (venous thromboembolism)

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

39 CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ COVID-19 DO CHỦNG VIRUS CORONA MỚI (SARS-COV-2) TRONG THAI KỲ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Chủng virus SARS-CoV-2 gây ra đại dịch trên thế giới từ năm 2019 với khả năng lây lan ngày càng tăng với những biến chủng mới.
- Ngày 26/11/2021, biến thể mới omicron chính thức được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đặt tên theo bảng chữ cái Hy Lạp, hiện vẫn chưa rõ biến thể mới omicron có khiến bệnh nặng hơn hay không.
- Các bằng chứng cho thấy rằng mang thai không làm tăng nguy cơ nhiễm SARS-CoV-2 nhưng làm trầm trọng thêm diễn biến lâm sàng của COVID-19 so với phụ nữ không mang thai ở cùng độ tuổi. Sản phụ nhiễm SARS-CoV-2 sẽ tăng nhẹ nguy cơ diễn tiến nặng, tăng nguy cơ viêm phổi, nguy cơ suy hô hấp và nguy cơ nhập khoa Hồi sức tích cực (ICU), tăng các nguy cơ các biến chứng thai kỳ đặc biệt trong 3 tháng cuối thai kỳ như tăng nguy cơ sinh non. Một nghiên cứu gần đây cũng đã phát hiện ra rằng những phụ nữ mang thai có kết quả xét nghiệm SARS-CoV-2 dương tính tại thời điểm chuyển dạ dễ bị tiền sản giật, nhiều khả năng phải mổ lấy thai khẩn cấp và tăng nguy cơ thai chết lưu...
- Tỷ lệ tử vong do COVID-19 của sản phụ nhiễm SARS-CoV-2 từ 0,14-0,80%.

II. YẾU TỐ NGUY CƠ DIỄN TIẾN NẶNG CỦA SẢN PHỤ NHIỄM SARS-COV-2

- Chủng tộc: da đen, châu Á
- Tuổi > 35

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Chỉ số khối cơ thể BMI ≥ 25 kg/m^2
- Bệnh lý kèm theo: tăng huyết áp, tiền sản giật, đái tháo đường...
- Điều kiện kinh tế - xã hội thấp

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng của phụ nữ mang thai không khác biệt so với người không mang thai.

a) Thời gian ủ bệnh: từ 2-14 ngày, trung bình từ 5-7 ngày, thể delta có thời gian ủ bệnh ngắn hơn.

b) Khởi phát:

- Chủng alpha: sốt, ho khan, mệt mỏi, đau họng, đau đầu. Một số trường hợp bị nghẹt mũi, chảy nước mũi, mất vị giác và khứu giác, buồn nôn, tiêu chảy, đau bụng...
- Chủng delta: đau đầu, đau họng, chảy nước mũi, ho, sốt, tiêu chảy, khó thở, đau cơ.
- Chủng omicron: các triệu chứng hiện ghi nhận nhẹ, không ghi nhận triệu chứng mất vị giác và khứu giác.
- *Diễn biến:*
  + Đối với thể alpha: 80% có triệu chứng nhẹ, 20% người bệnh diễn biến nặng và 5% cần phải điều trị tại các đơn vị hồi sức tích cực (ICU).
  + Đối với thể delta: tỷ lệ nhập viện cấp cứu 5,7%,tỷ lệ nhập viện, nhập ICU và tử vong tăng hơn trước.
- Lưu ý: một số biểu hiện lâm sàng của bệnh COVID-19 trùng lặp với các triệu chứng của thai kỳ bình thường

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

(như mệt mỏi, khó thở, nghẹt mũi, buồn nôn/nôn), cần được xem xét khi đánh giá những người mang thai có triệu chứng bất thường.

c) Giai đoạn toàn phát

Sau 4-5 ngày.

- Hô hấp

+ Ho nhiều hơn, đau ngực, cảm giác ngạt thở, thở sâu, phổi thường không ran, mạch thường không nhanh. Khoảng 5-10% người bệnh có thể giảm oxy máu thầm lặng. Những trường hợp này người bệnh không có cảm giác khó thở nhưng SpO_2 giảm rất dễ bị bỏ qua. Thể nặng của bệnh có biểu hiện giống ARDS.

+ Một số ít khác có thể có: ho ra máu, tràn khí, tràn dịch màng phổi (do hoại tử nhu mô).

- Tuần hoàn: đau ngực, mệt mỏi, khó thở, ho, sốc tim, rối loạn nhịp chậm hoặc nhanh, suy tim cấp.

- Thận: tổn thương thận cấp (AKI), biểu hiện lâm sàng: thiểu niệu hoặc tiểu nhiều, nước tiểu có protein, tiểu máu vi thể hoặc đại thể, các biểu hiện của hội chứng ure máu cao (ít gặp), nhưng thường nặng trên người bệnh đã có suy thận từ trước.

- Thần kinh: nhồi máu não cấp, lâm sàng:

+ Rối loạn ý thức theo các mức độ

+ Hội chứng liệt nửa người: liệt vận động có hoặc không tê bì, dị cảm.

+ Thất ngôn.

+ Mất thị lực, bán manh, góc manh.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Liệt dây thần kinh sọ.

+ Rối loạn cơ tròn.

+ Giảm hoặc mất khứu giác.

+ Viêm não màng não, thoái hóa não, viêm đa rễ và dây thần kinh như hội chứng Guillain Barré, bệnh não do COVID-19.

- Dạ dày - ruột: tiêu chảy

- Gan mật: vàng da, suy gan, tăng men gan, suy gan cấp, hôn mê gan.

- Nội tiết: tăng đường huyết.

- Huyết học: tăng đông, rối loạn đông máu do nhiễm trùng (SIC) và đông máu nội mạch (DIC), hội chứng thực bào máu/hội chứng hoạt hoá đại thực bào, bệnh vi mạch huyết khối (TMA) với ban giảm tiểu cầu huyết khối (TTP) và hội chứng tăng ure huyết tán huyết (HUS), giảm tiểu cầu do heparin (HIT); mạch máu: có thể gặp huyết khối gây tắc động mạch hoặc tĩnh mạch chi 2 bên.

- Da: Biểu hiện với ngứa, đau/bỏng rát ở da với hình thái bao gồm các ban dạng mề đay, các ban dạng hồng ban, phát ban dạng mụn nước mụn mủ, phát ban giống dạng cước ở đầu ngón tay chân...

d) Giai đoạn hồi phục

- Đối với trường hợp nhẹ và trung bình, sau 7-10 ngày, người bệnh hết sốt, toàn trạng khá lên, tổn thương phổi tự hồi phục, có thể gặp mệt mỏi kéo dài.

- Những trường hợp nặng: biểu hiện lâm sàng kéo dài, hồi phục từ 2-3 tuần, mệt mỏi kéo dài đến hàng tháng.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Những trường hợp nguy kịch có thể phải nằm hồi sức kéo dài nhiều tháng, có thể tiến triển xơ phổi, ảnh hưởng tâm lý, yếu cơ kéo dài.

- Một số trường hợp sau nhiễm SARS-CoV-2, gặp các rối loạn kéo dài: bệnh lý tự miễn, hội chứng thực bào...

3.2. Xét nghiệm cận lâm sàng

- Các xét nghiệm huyết học, sinh hóa máu thay đổi không đặc hiệu.

- Tăng đông và tắc mạch: tăng đông D- dimer tăng cao gấp 4-5 lần, tiểu cầu < 150.000/mm^3, DIC hoặc SIC (sepsis induced coagulopathy).

- Các xét nghiệm bilan viêm:

  + Bạch cầu giảm, đặc biệt bạch cầu Lympho (< 800). Giảm CD4, CD8, Th17, tiểu cầu.

  + Cytokin tăng cao: TNF α, IL-1β, IL6, IFNs, GCSF, IP-10.

  + Ferritin, CRP, LDH tăng.

- Trong các trường hợp diễn biến nặng có các biểu hiện suy chức năng các cơ quan, rối loạn đông máu, rối loạn điện giải và toan kiềm.

3.3. X quang và chụp cắt lớp (CT) phổi

- Việc sử dụng X quang tim phổi và chụp cắt lớp vi tính ngực cần được chỉ định thận trọng và hạn chế tối đa nhằm bảo vệ an toàn cho sự phát triển của thai, đặc biệt trong 3 tháng đầu thai kỳ. Trong tam cá nguyệt 1, ưu tiên chỉ định X quang (nếu cần), chỉ chụp CT Scan khi không thể chẩn đoán qua hình ảnh X quang. Trong tam cá nguyệt 2 và 3, có thể chỉ định chụp CT Scan liều thấp ngay từ đầu (nếu cần).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Chỉ sử dụng phương tiện chẩn đoán hình ảnh này khi thật cần thiết với bức xạ liều thấp. Liều tiếp xúc bức xạ tối đa cho phép là dưới 50 mGy ở phụ nữ có thai. Liều bức xạ hấp thụ đối với thai nhi mà mẹ được chụp X quang và CT ngực lần lượt khoảng 0,002 mGy và 0,2 mGy, không liên quan đến các tác dụng phụ đối với sức khỏe thai nhi và do đó an toàn trong thai kỳ.

- Bắt buộc phải có phương tiện bảo vệ thai: tấm chắn chì ở bụng sản phụ.

3.4. Xét nghiệm chẩn đoán căn nguyên

- Kỹ thuật real-time RT-PCR
- Xét nghiệm nhanh để tìm kháng nguyên SARS-CoV-2

3.5. Chẩn đoán xác định

Khi có xét nghiệm dương tính với virus SARS-CoV-2 bằng kỹ thuật real-time RT-PCR.

IV. PHÂN LOẠI MỨC ĐỘ LÂM SÀNG

Mức độ	Lâm sàng	Cận lâm sàng
Nhẹ	- Các triệu chứng không đặc hiệu: sốt, ho khan, đau họng, nghẹt mũi, mệt mỏi, đau đầu, đau mỏi cơ, mất vị giác, khứu giác, tiêu chảy… - Nhịp thở < 20 lần/phút, SpO_2 > 96% khi thở khí trời. - Tỉnh táo, người bệnh tự phục vụ được.	X quang phổi bình thường hoặc có tổn thương ít

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Mức độ	Lâm sàng	Cận lâm sàng
Trung bình	- Toàn trạng: các triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu như mức độ nhẹ. - Hô hấp: dấu hiệu viêm phổi với khó thở, thở nhanh 20-25 lần/phút, phổi có ran nổ và không có dấu hiệu suy hô hấp nặng, SpO_2 94-96% khi thở khí phòng. Người bệnh có thể khó thở khi gắng sức (đi lại trong nhà, lên cầu thang). - Tuần hoàn: mạch nhanh hoặc chậm, da khô, nhịp tim nhanh, huyết áp bình thường. - Ý thức: tỉnh táo.	- X quang ngực và cắt lớp vi tính ngực: có tổn thương, tổn thương < 50%. - Siêu âm: hình ảnh sóng B. - Khí máu động mạch: PaO_2/FiO_2 > 300.
Nặng	- Hô hấp: có dấu hiệu viêm phổi kèm theo bất kỳ một trong các dấu hiệu sau: nhịp thở > 25 lần/phút; khó thở nặng, co kéo cơ hô hấp phụ; SpO_2 < 94% khi thở khí phòng. - Tuần hoàn: nhịp tim nhanh hoặc có thể nhịp tim chậm, huyết áp bình thường hay tăng. - Thần kinh: có thể bứt rứt hoặc đừ, mệt.	- X quang ngực và cắt lớp vi tính ngực: có tổn thương, tổn thương > 50%. - Khí máu động mạch: PaO2/FiO2 200-30[illegible] - Siêu [illegible] hình ảnh sóng [illegible]ều.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Mức độ	Lâm sàng	Cận lâm sàng
Nguy kịch	- Hô hấp: thở nhanh > 30 lần/phút hoặc < 10 lần/phút, có dấu hiệu suy hô hấp nặng với thở gắng sức nhiều, thở bất thường. - Thần kinh: ý thức giảm hoặc hôn mê. - Tuần hoàn: nhịp tim nhanh, có thể nhịp tim chậm, huyết áp tụt. - Thận: tiểu ít hoặc vô niệu	- X quang ngực và cắt lớp vi tính ngực: có tổn thương, tổn thương > 50%. - Khí máu động mạch: PaO_2/FiO_2 < 200, toan hô hấp, lactat máu > 2 mmol/L. - Siêu âm: hình ảnh sóng B nhiều.

V. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Các bệnh nhiễm trùng khác: bệnh lý đường hô hấp do virus và vi khuẩn khác như cúm, *Adenovirus*, viêm phổi do *Haemophilus influenzae*, viêm phổi do *Mycoplasma pneumoniae*...
- Hội chứng HELLP.

VI. ĐIỀU TRỊ

6.1. Nguyên tắc điều trị chung

- Ưu tiên các điều trị nội khoa trước
- Phân loại người bệnh và xác định nơi điều trị theo các mức độ nghiêm trọng của bệnh.
- Hạn chế các can thiệp sản khoa trong thời gian nghi nhiễm/nhiễm COVID-19, trừ khi có chỉ định cần can thiệp

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

cấp cứu (nhau tiền đạo/nhau cài răng lược có chảy máu nhiều, nhau bong non, thai suy...) hoặc bán cấp (vỡ ối, chuyển dạ...), hoặc khi mẹ có dấu hiệu trở nặng.

- Cân nhắc lợi ích giữa điều trị suy hô hấp mẹ và can thiệp sản khoa trong thời gian sản phụ nhiễm COVID-19: độ nặng của bệnh, tuổi thai, tình trạng thai, các chỉ định can thiệp cấp cứu sản khoa.

6.2. Chăm sóc trước sinh

- Hướng dẫn sản phụ tuân thủ Thông điệp 5K, tư vấn các nguy cơ cho mẹ và thai nhi.
- Hạn chế số lần thăm khám, hạn chế số nhân viên y tế tiếp xúc người bệnh, rút ngắn thời gian thăm khám và xét nghiệm, sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân khi thăm khám người bệnh, hạn chế số người khám ngồi trong phòng chờ, giữ khoảng cách 2 mét giữa các sản phụ.
- Lịch khám thai có thể thay đổi tùy tình trạng thai, sức khỏe sản phụ và bệnh lý kèm theo của họ. Thai phụ nhiễm COVID-19 (kể cả đã khỏi) cần được quản lý thai mỗi 2-4 tuần/lần nhằm phát hiện sớm những trường hợp tiền sản giật, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, dọa sinh non...
- Đánh giá tình trạng hô hấp, các triệu chứng COVID-19 nặng mỗi lần khám thai
- Phát hiện, hỗ trợ các vấn đề tâm lý của sản phụ mỗi lần khám thai
- Tư vấn cho sản phụ và người nhà các dấu hiệu nặng cần đến khám:
  + Nhịp thở ≥ 20 lần/phút, mạch > 100 lần/phút, SpO_2 < 95%

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Khó thở (khi không thể hít sâu và nín thở đủ 10 giây)

+ Sốt > 38°C mặc dù đã sử dụng Acetaminophen

+ Không thể ăn uống và dùng thuốc

+ Đau ngực dai dẳng

+ Lú lẫn, li bì, lừ đừ

+ Tím tái môi, đầu chi

+ Có các vấn đề sản khoa: chảy máu âm đạo, vỡ ối, giảm/không có cử động thai,...

6.3. Tiêu chuẩn nhập viện

Khi có chỉ định can thiệp sản khoa.

6.4. Điều trị nguyên nhân

a) Thuốc kháng virus

Chỉ định	Chống chỉ định	Liều dùng	Chú ý
Remdesivir			
- Người bệnh nội trú mức độ trung bình và nặng khởi phát bệnh chưa quá 10 ngày có suy hô hấp phải thở oxy, thở oxy lưu lượng dòng cao (HFNC), hoặc thở máy không xâm nhập - Nên phối hợp với Corticoid (ưu tiên Dexamethason).	- Tiền sử quá mẫn với bất kỳ thành phần nào của thuốc. - Suy giảm chức năng thận (eGFR < 30 mL/phút).	- Người ≥ 12 tuổi và CN > 40 kg: ngày đầu 200 mg, những ngày sau 100 mg/ngày, TTM 1 lần trong 30-120 phút.	- Không dùng đơn độc, cần phối hợp thêm với Corticoid.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Chỉ định	Chống chỉ định	Liều dùng	Chú ý
- Ưu tiên sử dụng thuốc cho nhóm nguy cơ cao: > 65 tuổi, có bệnh nền, bệnh béo phì (BMI > 25). - Không nên bắt đầu sử dụng cho người bệnh COVID-19 cần thở máy xâm nhập, chạy ECMO. Nếu đã được điều trị bằng Remdesivir trước khi thở máy xâm nhập hoặc ECMO thì có thể tiếp tục dùng Remdesivir đủ liệu trình.	- Tăng ALT > 5 lần giá trị giới hạn trên của khoảng giá trị bình thường.	- Người < 12 tuổi hoặc CN 3,5-40 kg (EUA): ngày đầu 5 mg/kg, các ngày sau 2,5 mg/kg, TTM 1 lần trong 30-120 phút. - Thời gian điều trị: 5-7 ngày.	- Phụ nữ có thai và nuôi con bằng sữa mẹ: chưa có dữ liệu đầy đủ. Không khuyến cáo trừ trường hợp lợi ích vượt trội so với nguy cơ. - Không nên sử dụng cho phụ nữ có thai cho chỉ định khác. - Thông tin chi tiết thêm về thuốc thực hiện theo hướng dẫn sử dụng thuốc.
Molnupiravir 400 mg: sử dụng theo thuyết minh đề cương thử nghiệm lâm sàng đã được phê duyệt.			

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

b) Kháng thể kháng virus

Chỉ định	Chống chỉ định	Liều dùng	Chú ý
Bamlanivimab 700 mg + Etesevimab 1400 mg			
- Chỉ định: bệnh khởi phát < 10 ngày với mức độ bệnh nhẹ đến trung bình và có nguy cơ tiến triển lên mức độ nặng.	- Trẻ em < 12 tuổi - CN < 40 kg	- Thời gian điều trị: dùng một liều duy nhất	Theo dõi 1 giờ sau khi kết thúc truyền
Sotrovimab			
- Chỉ định: bệnh khởi phát dưới 10 ngày với mức độ bệnh nhẹ đến trung bình và có nguy cơ tiến triển lên mức độ nặng.	- Trẻ em < 12 tuổi - CN < 40 kg	- Sotrovimab 500 mg TTM 1 lần trong 30 phút. - Thời gian điều trị: dùng một liều duy nhất	Theo dõi 1 giờ sau khi kết thúc truyền

c) Thuốc ức chế Interleukin-6: Tocilizumab

- Chỉ định: người bệnh COVID-19 điều trị nội trú nhập viện trong vòng 3 ngày, có suy hô hấp phải thở máy không xâm nhập và có CRP ≥ 75 mg/L.
- Chống chỉ định:
  + Suy giảm miễn dịch, bạch cầu trung tính < 0,5 G/L
  + Tăng ALT > 5 lần giá trị giới hạn trên của khoảng giá trị bình thường
  + Tiểu cầu < 50 G/L.
- Liều dùng:
  + Cân nặng ≥ 30 kg: 8 mg/kg TTM 1 lần trong 60 phút, liều tối đa 800 mg.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Cân nặng < 30 kg: 12 mg/kg TTM 1 lần trong 6 phút.

+ Sau 8 giờ, nếu không cải thiện triệu chứng có thể dùng liều 2

- Lưu ý: không dùng Tocilizumab đơn độc, kết hợp Dexamethasone hoặc Corticoid khác.

6.5. Hỗ trợ hô hấp

Trong thời kỳ mang thai, SpO_2 của mẹ nên được duy trì ở mức ≥ 95%. Nếu SpO_2 giảm < 95%, xét nghiệm khí máu động mạch để đo PaO_2. Hỗ trợ hô hấp với mục tiêu đảm bảo PaO_2 của mẹ > 70 mmHg để duy trì gradient khuếch tán oxy thuận lợi từ mẹ sang thai.

6.6. Dự phòng thuyên tắc huyết khối

Xem xét phối hợp thêm Aspirin.

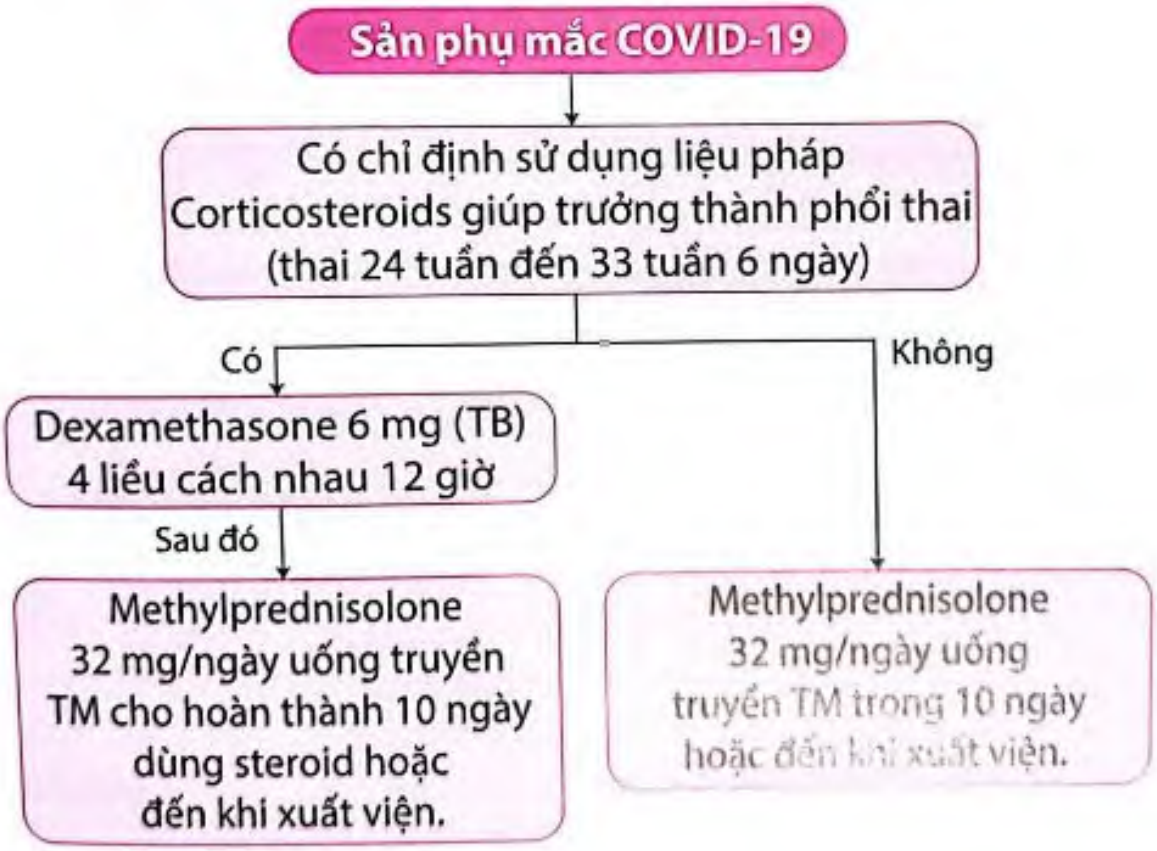
Mức D-dimer	CrCl (mL/phút)	Chỉ định Aspirin	BMI ≤ 40 kg/m²	BMI > 40 kg/m²
Mắc COVID-19 và/hoặc D-dimer tăng < 7 lần so với ngưỡng bình thường: dùng liều dự phòng chuẩn	≥ 30	có thể	Enoxaparin 40 mg TDD hàng ngày	Enoxaparin 40 mg TDD mỗi 12 giờ
	< 30	có thể	Enoxaparin 30 mg TDD hàng ngày	Enoxaparin 40 mg TDD hàng ngày
Mắc COVID-19 và/hoặc D-dimer tăng 7-10 lần: dùng liều dự phòng tăng cường	≥ 30	có thể	Enoxaparin 0,5 mg/kg TDD mỗi 12 giờ	
	< 30	có thể		

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Nếu can thiệp sản khoa cần dừng kháng đông trước tối thiểu 12 giờ hoặc dùng chất trung hòa.
- Nếu tiên lượng người bệnh có thể sinh thường hoặc can thiệp sản khoa thì không dùng Aspirin.
- Theo dõi sau dùng kháng đông: không khuyến cáo theo dõi anti-Xa với liều UFH hoặc LMWH dự phòng. Tuy nhiên, với người bệnh có ClCr < 30 mL/phút cần xét nghiệm sau 10 liều. Người bệnh có cân nặng < 50 kg: theo dõi sau tiêm 10 liều, cân nặng > 120 kg: theo dõi sau tiêm 3 liều. Mục tiêu anti-Xa: 0,1-0,4 UI/mL.

6.7. Corticoid



Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Trường hợp không có Methylprednisolone: thay thế Prednisolone 40 mg/ngày đường uống hoặc Hydrocortisone 80 mg x 2 lần/ngày đường tĩnh mạch.
- Lưu ý theo dõi đường huyết ở sản phụ sau khi dùng Corticoid, đặc biệt các trường hợp đái tháo đường, có thể sử dụng Insulin (nếu cần).

6.8. Hạ sốt

- Sử dụng Acetaminophen trong thai kỳ có thể làm giảm nguy cơ thai kỳ liên quan đến sốt.
- Tăng thân nhiệt thường gặp ở COVID-19 cần được lưu ý vì sự gia tăng nhiệt độ của người mẹ trong trong ba tháng đầu có thể liên quan đến tăng nguy cơ thai bị dị tật bẩm sinh, đặc biệt là khuyết tật ống thần kinh, sẩy thai.

6.9. Vấn đề sử dụng Magnesium sulfate

- Magnesium sulfate để điều trị dự phòng sản giật và/hoặc bảo vệ thần kinh trẻ sơ sinh cần được theo dõi thận trọng (nồng độ magnesium/huyết thanh, nhịp thở, phản xạ gân xương, nước tiểu) vì nồng độ magnesium cao (10-13 mEq/L hoặc 12-16 mg/dL hoặc 5,0-6,5 mmol/L) có thể gây liệt hô hấp.
- Ở những người bệnh bị tổn thương thận cấp liên quan đến COVID-19, cần giảm liều Magnesium sulfate.
- Lưu ý: ở những người bệnh được đặt nội khí quản, thở máy, các dấu hiệu hô hấp của ngộ độc magnesium sẽ không được quan sát thấy; rối loạn nhịp tim hoặc ngừng tim có thể là dấu hiệu đầu tiên của ngộ độc magnesium nghiêm trọng.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

6.10. Kháng sinh

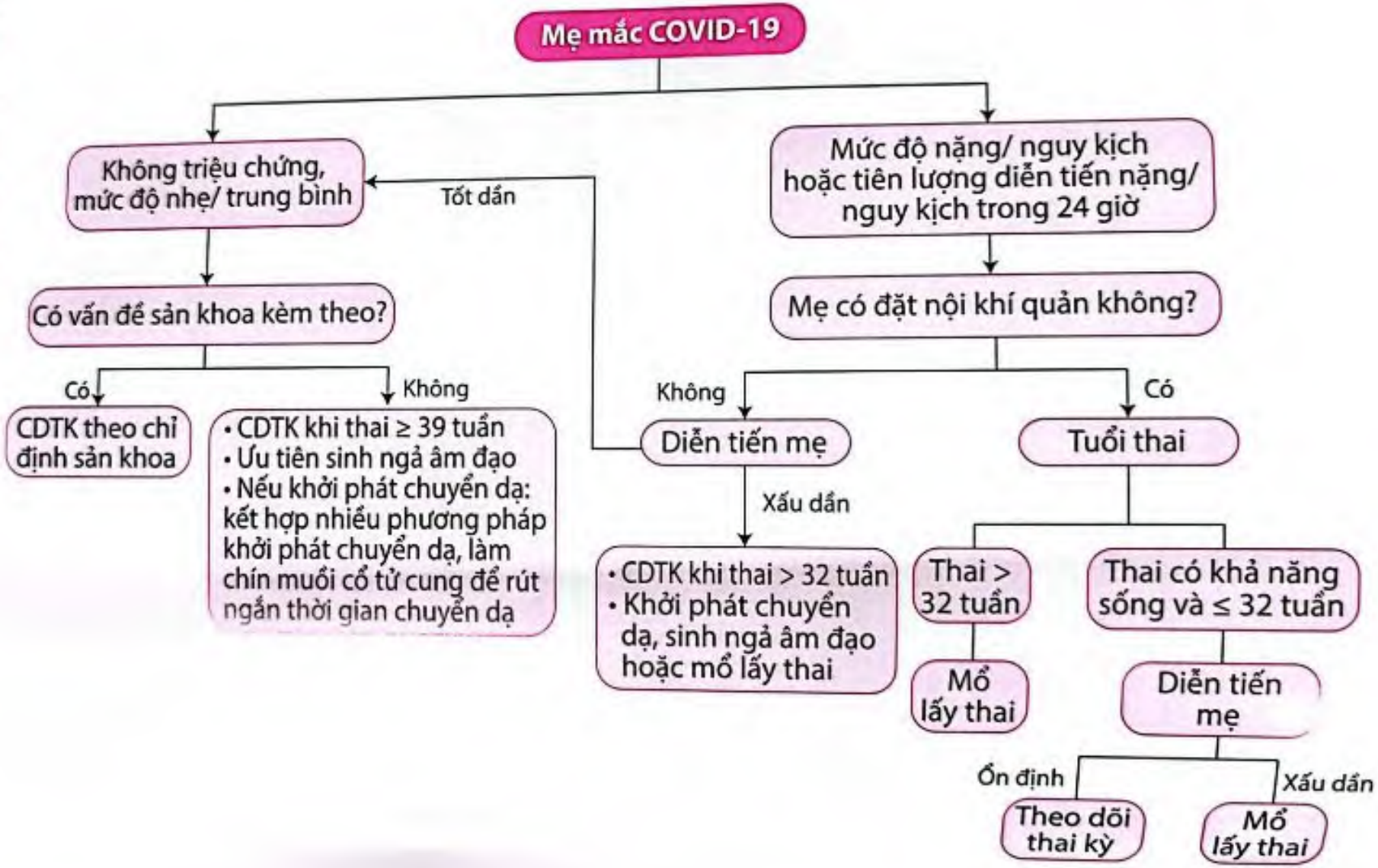
- Khi có biểu hiện nghi ngờ nhiễm khuẩn, cần làm xét nghiệm công thức máu, bilan viêm (CRP hoặc tốt hơn là procalcitonin - PCT), chẩn đoán hình ảnh (X quang) trước khi sử dụng kháng sinh.
- Khuyến khích lấy mẫu bệnh phẩm (máu, đờm, dịch tiết phế quản, và/hoặc các bệnh phẩm khác tùy theo vị trí nhiễm trùng nghi ngờ) để tìm tác nhân gây bệnh trước hoặc trong vòng 24 giờ sau khi sử dụng kháng sinh nhưng tránh làm trì hoãn việc sử dụng kháng sinh, nuôi cấy, định danh và làm kháng sinh đồ.
- Khi kết quả CRP > 10 mg/dL hoặc PCT > 0,5 ng/mL cần kết hợp với tình trạng lâm sàng để sử dụng kháng sinh.

6.11. Thời điểm và phương pháp chấm dứt thai kỳ

- Dựa vào tình trạng mẹ và thai, tuổi thai, sau khi hội chẩn các chuyên khoa và thảo luận với sản phụ, người nhà.
- Không có chống chỉ định giảm đau bằng gây tê tủy sống hay gây tê ngoài màng cứng đối với sản phụ mắc COVID-19.
- Khi cần phẫu thuật, ưu tiên tê tủy sống nếu không có chống chỉ định, chỉ gây mê toàn thân khi thật cần thiết.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner



Được quét bằng CamScanner
Được quét bằng CamScanner

6.12. Sau sinh

- Theo dõi sản phụ sau sinh:
  + Trường hợp mắc COVID-19 không triệu chứng/có triệu chứng nhẹ: theo dõi các dấu hiệu sinh tồn và theo dõi lượng dịch vào và ra sau mỗi 4 giờ trong 24 giờ sau khi sinh ngả âm đạo và trong 48 giờ sau khi mổ lấy thai.
  + Trường hợp mắc COVID-19 mức độ trung bình: theo dõi các dấu hiệu sinh tồn và theo dõi lượng dịch vào và ra sau mỗi 4 giờ trong 24 giờ sau khi sinh ngả âm đạo và trong 48 giờ sau khi mổ lấy thai, theo dõi SpO_2 trong 24 giờ đầu tiên hoặc cho đến khi cải thiện các dấu hiệu và triệu chứng (tùy theo thời gian nào lâu hơn).
  + Trường hợp mắc COVID-19 mức độ nặng/nguy kịch: theo dõi và chăm sóc người bệnh tại phòng Hồi sức.
- Giảm đau: ưu tiên sử dụng Acetaminophen
- Sốt: cần chẩn đoán phân biệt sốt sau sinh ở người bệnh COVID-19 với các tình trạng nhiễm trùng như viêm nội mạc tử cung sau sinh, nhiễm trùng vết mổ, viêm hoặc áp xe vú... Ưu tiên hạ sốt bằng Acetaminophen.
- Tư vấn hỗ trợ, xử trí các rối loạn tâm lý của người bệnh.

VII. BIẾN CHỨNG

7.1. Đối với mẹ

- Rối loạn hô hấp: viêm phổi, suy hô hấp, ARDS
- Rối loạn tuần hoàn: loạn nhịp tim, tổn thương tim cấp tính
- Biến chứng tắc mạch do huyết khối
- Nhiễm trùng thứ phát
- Suy thận cấp
- Rối loạn thần kinh: nhức đầu, chóng mặt, đau cơ, thay đổi ý thức, rối loạn khứu giác và vị giác, suy nhược, đột quỵ, co giật...

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Vấn đề về da: phát ban dạng sởi; mày đay; tổn thương mạch máu...
- Rối loạn tiêu hóa và chức năng gan
- Bệnh tâm thần: rối loạn lo âu, rối loạn trầm cảm, rối loạn mất ngủ, rối loạn căng thẳng sau chấn thương...
- Tử vong

7.2. Đối với trẻ sơ sinh

- Hơn 95% trẻ sơ sinh của các sản phụ nhiễm SARS-CoV-2 có tình trạng tốt khi sinh. Hầu hết là không có triệu chứng.
- Nhiễm SARS-CoV-2 không triệu chứng hoặc có triệu chứng nhẹ, không cần hỗ trợ hô hấp chủ yếu do lây truyền sau khi sinh.
- Nguy cơ của trẻ non tháng (thở máy, nhiễm trùng sơ sinh, bệnh màng trong...) chủ yếu liên quan đến việc chấm dứt thai kỳ sớm ở các sản phụ bị COVID-19 mức độ nặng, nguy kịch.

VIII. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN

8.1. Tiêu chuẩn xuất viện

- Áp dụng các tiêu chuẩn xuất viện theo các Hướng dẫn hiện hành của Bộ Y tế, Sở Y tế địa phương và các văn bản hướng dẫn khác (nếu có).
- Lưu ý: nếu tình trạng sản khoa ổn, cân nhắc chuyển người bệnh đến các bệnh viện thuộc tầng 2 để tiếp tục theo dõi, điều trị (bệnh viện dã chiến thu dung điều trị).

8.2. Theo dõi sau xuất viện

- Sau sinh, sau mổ: không tái khám sau sinh, sau mổ thường quy, hướng dẫn sản phụ các dấu hiệu cần đi khám lại ở giai đoạn hậu sản.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Sản phụ nhiễm COVID-19 trong 3 tháng đầu và 3 tháng giữa thai kỳ, cần lưu ý siêu âm hình thái/4D khi thai 18-23 tuần.
- Sản phụ nhiễm COVID-19 trong 3 tháng cuối thai kỳ, cần siêu âm đánh giá tăng trưởng thai, lượng nước ối tại thời điểm ≥ 14 ngày sau xuất viện hoặc > 21 ngày sau lần siêu âm trước đó.

I LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2021), Quyết định số 5666/QĐ-BYT về việc sửa đổi, bổ sung một số điểm của Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 ngày 12/12/2021.
2. Bộ Y tế (2021), Quyết định số 4689/QĐ-BYT về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 ngày 06/10/2021.
3. Bộ Y tế (2021), Quyết định số 3982/QĐ-BYT về việc ban hành Hướng dẫn tạm thời dự phòng và xử trí COVID-19 do chủng virus SARS-CoV-2 ở phụ nữ mang thai và trẻ sơ sinh ngày 18/8/2021.
4. Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Bệnh viện Hùng Vương, Bệnh viện Từ Dũ (2021), Đồng thuận sử dụng Glucocorticosteroid trên thai phụ nhiễm SARS-CoV-2.
5. ACOG (2020), Examples of Alternate or Reduced Prenatal Care Schedules.
6. Mohammad Ali Karimi et al (2020), Proposed Imaging Guidelines For Pregnant Women Suspected Of Having Covid-19, Acad Radiol, 27(6): 902–90.
7. RCOG (2021), Coronavirus Infection And Pregnancy.
8. Vincenzo Berghella, Brenna Hughes (2021), COVID-19: labor, birth, and postpartum issues and care, Uptodate.
9. Vincenzo Berghella, Brenna Hughes (2021), COVID-19: Pregnancy issues and antenatal care, Uptodate.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Chương 2

PHỤ KHOA

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

40 NHIỄM KHUẨN ÂM ĐẠO

Nhiễm khuẩn âm đạo là một hội chứng do rối loạn phổ vi trùng âm đạo: giảm sút nồng độ Lactobacilli và gia tăng vi khuẩn yếm khí.

Nhiễm khuẩn âm đạo do *Gardnerella* làm tăng nguy cơ viêm vùng chậu, mỏm âm đạo sau cắt tử cung. Nếu có thai sẽ dễ bị vỡ ối non, nhiễm trùng ối, sinh non, viêm nội mạc tử cung sau sinh và sau mổ lấy thai.

I. NGUYÊN NHÂN

Thường do vi khuẩn kỵ khí, đặc biệt là *Gardnerella vaginalis*.

II. CHẨN ĐOÁN

Có 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:

- Lâm sàng: huyết trắng nhiều, màu trắng xám, rất hôi, nhất là sau giao hợp.
- Cận lâm sàng
  + Whiff test (+): nhỏ KOH 10% sẽ có mùi hôi như cá ươn.
  + Phết âm đạo: nhiều "Clue cell", nhuộm gram có nhiều Cocobacille nhỏ (Clue cell có > 20% trong quang trường).

III. ĐIỀU TRỊ

Dùng đường uống hay đặt âm đạo

- Metronidazole 500 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống trong bữa ăn), hoặc
- Metronidazole gel 0,75% (5g)/ngày trong 5 ngày (bơm âm đạo), hoặc

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Clindamycin 300 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống), hoặc
- Clindamycin 100 mg x 1 lần/ngày x 3 ngày (đặt âm đạo), hoặc
- Dequalinium clorid 10 mg x 1 lần/ngày x 6 ngày (đặt âm đạo), hoặc
- Policresulen 90 mg x 1 lần/ngày x 6 ngày (đặt âm đạo).

Vệ sinh tại chỗ

- Povidon iodin 10%.
- Acid lactic + Lactoserum atomisat.

Lưu ý: Metronidazole không dùng trong 3 tháng đầu thai kỳ.

IV. THEO DÕI

- Tái khám khi có gì lạ.
- Khám phụ khoa định kỳ.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

41 VIÊM ÂM ĐẠO DO NẤM

I. ĐẠI CƯƠNG

75% phụ nữ bị viêm âm đạo do nấm 1 lần trong đời.

II. NGUYÊN NHÂN - YẾU TỐ THUẬN LỢI

2.1. Yếu tố thuận lợi

Dùng kháng sinh phổ rộng, kéo dài; gia tăng glycogen âm đạo: thai kỳ, đái tháo đường, thuốc ngừa thai chứa estrogen liều cao; suy giảm miễn dịch; môi trường âm đạo ẩm, ướt.

2.2. Nguyên nhân

Nấm *Candida Albicans*.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Ngứa âm hộ, âm đạo.
- Đôi khi có cảm giác nóng, tiểu rát, giao hợp đau.
- Âm hộ và niêm mạc âm đạo viêm đỏ.
- Huyết trắng đục, đặc, lợn cợn thành mảng giống như sữa đông, vôi vữa.

3.2. Cận lâm sàng

Soi nhuộm có sợi tơ nấm hoặc bào tử nấm.

IV. ĐIỀU TRỊ

- Thuốc đặt âm đạo
  + Nystatin 100.000 đv đặt âm đạo 1 viên/ngày x 14 ngày, hoặc
  + Miconazole hay Clotrimazole 100 mg đặt âm đạo 1 lần/ngày x 7 ngày, hoặc

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Miconazole hay Clotrimazole 200 mg đặt âm đạo 1 lần/ngày x 3 ngày, hoặc

+ Clotrimazole 500 mg đặt âm đạo 1 viên duy nhất, hoặc

+ Econazole 150 mg đặt âm đạo 1 viên/ngày x 3 ngày, hoặc

+ Econazole nitrat 150 mg (vi hạt) đặt âm đạo 1 viên/12 giờ x 1 ngày, hoặc

+ Miconazole 1200 mg đặt âm đạo 1 viên duy nhất.

- Thuốc uống

+ Fluconazole 150 mg uống 1 viên duy nhất, hoặc

+ Itraconazole 100 mg uống 2 viên/ngày x 3 ngày.

- Thuốc bôi

+ Bôi thuốc kháng nấm ngoài da (vùng âm hộ) 7 ngày: Clotrimazole.

- Vệ sinh tại chỗ

+ Natri hydrocarbonat 5 g pha rửa âm hộ.

+ Povidon iodin 10%.

Lưu ý:

Chỉ điều trị cho người bạn tình khi có một trong các triệu chứng sau

+ Có triệu chứng viêm ngứa quy đầu.

+ Có nấm trong nước tiểu.

+ Trường hợp người phụ nữ bị tái phát nhiều lần.

V. THEO DÕI

- Tái khám khi có dấu hiệu bất thường.

- Khám phụ khoa định kỳ.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

42 VIÊM ÂM ĐẠO DO TRICHOMONAS

Là một bệnh lây truyền qua đường tình dục và do trùng roi *Trichomonas vaginalis*.

I. NGUYÊN NHÂN

Nhiễm *Trichomonas vaginalis*.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

- Huyết trắng nhiều, màu vàng hay xanh loãng, có bọt, có mùi tanh.
- Có thể ngứa, tiểu rát.
- Trường hợp nặng: có dấu hiệu trái dâu tây: âm đạo và cổ tử cung có những điểm xuất huyết nhỏ, lấm tấm.

2.2. Cận lâm sàng

- Soi tươi: trùng roi di động và nhiều bạch cầu.

III. ĐIỀU TRỊ

- Metronidazole/Secnidazole/Tinidazole 2 g uống 1 liều duy nhất, hoặc
- Metronidazole 500 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống trong bữa ăn).
- *Lưu ý:* luôn luôn điều trị cho bạn tình: Metronidazole 2 g uống 1 liều duy nhất.
- Không dùng trong 3 tháng đầu thai kỳ.

IV. THEO DÕI

- Tái khám khi có gì lạ.
- Khám phụ khoa định kỳ.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

VIÊM ÂM ĐẠO DO THIẾU NỘI TIẾT

43

PHỤ KHOA 2

I. NGUYÊN NHÂN

Thường do thiếu estrogen ở phụ nữ tuổi mãn kinh làm cho niêm mạc âm đạo bị mất lớp bề mặt và trung gian trở nên rất mỏng, dễ tổn thương và nhiễm trùng.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

- Thường là viêm không đặc hiệu, khí hư ít, có mủ, có thể lẫn máu.
- Cảm giác đau trằn, tức hạ vị, nóng rát âm hộ, âm đạo.
- Niêm mạc âm đạo nhợt nhạt, có thể viêm đỏ với nhiều chấm xuất huyết đỏ. Đau âm hộ, âm đạo khi thăm khám.
- Có những rối loạn về đường tiểu như tiểu lắt nhắt, tiểu buốt.

2.2. Cận lâm sàng

- Soi tươi dịch âm đạo thấy tế bào trung gian.

III. ĐIỀU TRỊ

- Tại chỗ:
  + Cream Estrogen bôi âm đạo, hoặc
  + Estriol 0,5 mg đặt âm đạo 1 viên/đêm x 20 đêm
  + Promestrien 10 mg đặt âm đạo 1 viên/ngày x 20 ngày
  + Cream Promestrien bôi âm hộ, âm đạo 1 lần/ngày x 2 tuần.
  + Clorquinaldol + Promestrien (200 mg + 10 mg) đặt âm đạo 1 viên/ngày x 18 ngày.
- Nếu có bội nhiễm sử dụng kháng sinh thích hợp.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

IV. THEO DÕI

- Sau điều trị hết đợt cấp thì phải duy trì.
- Tái khám khi có gì lạ.
- Khám phụ khoa định kỳ.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

NHIỄM CHLAMYDIA TRACHOMATIS 44

I. ĐẠI CƯƠNG

- Nhiễm *Chlamydia* sinh dục - tiết niệu là một trong những nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục hay gặp nhất. Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới, trong năm 2020, thế giới có khoảng 128,5 triệu người mắc bệnh.
- *Chlamydia trachomatis* có 3 biến thể sinh học khác nhau, mỗi biến thể bao gồm nhiều kiểu gen, gây nên nhiễm khuẩn đường sinh dục - tiết niệu, bệnh hột xoài (lymphogranuloma venereum - LGV) và bệnh mắt hột.
- Nhiễm *Chlamydia* sinh dục - tiết niệu nếu không được điều trị có thể gây ra một số biến chứng như viêm phần phụ ở nữ giới, viêm mào tinh hoàn ở nam giới và vô sinh ở cả hai giới. Nhiễm *Chlamydia* ở phụ nữ có thai có thể dẫn đến sinh non và/hoặc trẻ sinh ra thiếu cân. Trẻ sơ sinh có thể bị nhiễm *Chlamydia* từ mẹ trong quá trình chuyển dạ dẫn đến viêm kết mạc, viêm mũi họng, viêm phổi. Nguy cơ biến chứng tăng lên khi tái nhiễm nhiều lần.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng lâm sàng

a) Nhiễm Chlamydia không biến chứng

- Nhiễm *Chlamydia* sinh dục - tiết niệu: 70% nữ giới nhiễm *Chlamydia* sinh dục - tiết niệu không có biểu hiện lâm sàng. Các trường hợp có triệu chứng lâm sàng bao gồm: tiết dịch âm đạo bất thường; tiểu khó; chảy máu khi quan hệ tình dục; viêm, tiết dịch cổ tử cung.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Nhiễm *Chlamydia* ngoài sinh dục:

+ Trực tràng: phần lớn không có biểu hiện lâm sàng, một số trường hợp có tiết dịch, đau và có máu trong phân.

+ Hầu họng: hiếm khi có triệu chứng, có thể viêm họng, đau họng nhẹ.

b) Nhiễm Chlamydia có biến chứng

- Ở nữ giới: viêm tiểu khung, viêm vòi trứng, ống dẫn trứng và có thể dẫn đến vô sinh, thai ngoài tử cung.

- Ở phụ nữ có thai: sinh non và/hoặc trẻ sinh ra thiếu cân.

- Ở trẻ sơ sinh: có thể bị nhiễm *Chlamydia* từ mẹ trong quá trình chuyển dạ dẫn đến viêm kết mạc (tiết dịch, sưng mí mắt), viêm mũi họng, viêm phổi.

c) Biểu hiện lâm sàng của bệnh hột xoài (lymphogranuloma venereum)

- Do các biến thể L1-3 của *C. trachomatis* xâm nhập sâu hơn đến tổ chức dưới niêm mạc và hạch lân cận.

- Tổn thương thường gặp ở hạch bẹn hoặc hạch đùi một bên, hạch mềm và vết loét hoặc sẩn ở bộ phận sinh dục.

- Tổn thương ở hậu môn trực tràng có thể biểu hiện viêm hậu môn trực tràng, tiết dịch, đau, táo bón hoặc mót rặn. Nếu không được điều trị, có thể dẫn đến chít hẹp hoặc rò hậu môn.

2.2. Cận lâm sàng

- Nuôi cấy: là phương pháp có thể dùng để chẩn đoán nhiễm *Chlamydia* nhưng tính ứng dụng không cao vì đắt tiền và đòi hỏi kỹ thuật cao.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Xét nghiệm khuếch đại axit nucleic (Nucleic acid amplification tests - NAATs)

+ Độ nhạy, độ đặc hiệu cao và có thể áp dụng với nhiều loại bệnh phẩm đường sinh dục - tiết niệu như âm hộ, âm đạo, cổ tử cung, niệu đạo và nước tiểu.

+ So với các phương pháp khác như nuôi cấy và phát hiện kháng nguyên, độ nhạy của xét nghiệm khuếch đại gen cao hơn, thu thập mẫu bệnh phẩm không xâm lấn và có thể áp dụng ở các tuyến cơ sở.

+ Một số xét nghiệm có thể thực hiện tại phòng xét nghiệm hoặc tại điểm khám bệnh (POC) như xét nghiệm kép *Chlamydia* - lậu (*C. trachomatis/N. gonorrhoeae*: CT/NG) dựa trên nguyên lý NAATs cho kết quả nhanh trong vòng 90 phút, được FDA chấp thuận cho mẫu bệnh phẩm ở cổ tử cung, âm đạo, nước tiểu.

- Xét nghiệm phát hiện kháng nguyên: Xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang trực tiếp (Direct immunofluorescence assays - DFAs); xét nghiệm miễn dịch gắn men (Enzyme linked immunosorbent assay - ELISA) tại phòng xét nghiệm hoặc tại điểm khám bệnh.

Xét nghiệm khuếch đại gen và xét nghiệm phát hiện kháng nguyên được khuyến cáo do tính thuận tiện và có giá trị chẩn đoán cao.

2.3. Chẩn đoán xác định

- Chẩn đoán xác định nhiễm *Chlamydia* dựa vào xét nghiệm khuếch đại gen hoặc xét nghiệm phát hiện kháng nguyên.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Trong trường hợp hạn chế về nguồn lực có thể chẩn đoán dựa vào xét nghiệm tại điểm khám bệnh (POC) như xét nghiệm kép *Chlamydia* - lậu.

Lưu ý: Nếu không có điều kiện xét nghiệm, hướng tới chẩn đoán nhiễm *Chlamydia* sinh dục - tiết niệu dựa vào các triệu chứng lâm sàng và các yếu tố dịch tễ (người trẻ tuổi, đối tượng nguy cơ cao...).

2.4. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm đường sinh dục - tiết niệu do các tác nhân gây bệnh lây truyền qua đường tình dục khác, bao gồm *N. gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Mycoplasma genitalium*; và các căn nguyên không lây truyền qua đường tình dục.
- Viêm cổ tử cung do các tác nhân khác: lậu, *Herpes simplex, Trichomonas vaginalis*, trực khuẩn lao, Mycoplasma, Ureaplasma, Cytomegalovirus và liên cầu khuẩn tan huyết beta nhóm B... Các tác nhân trên có thể gây bệnh độc lập hoặc phối hợp với nhau.
- Viêm hậu môn - trực tràng do các tác nhân lây truyền qua đường tình dục khác như lậu, *Herpes simplex*, giang mai; và các căn nguyên không lây truyền qua đường tình dục.

Đồng nhiễm lậu và *C. trachomatis* thường gặp trên lâm sàng, vì vậy nên tiến hành xét nghiệm lậu cho tất cả các bệnh nhân nhiễm *Chlamydia*.

III. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Nhiễm *Chlamydia* có thể điều trị khỏi dễ dàng bằng kháng sinh. Nên điều trị sớm, đúng phác đồ, đủ liều để tránh biến chứng.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Điều trị bạn tình để ngăn ngừa tái nhiễm và lây nhiễm cho người khác.
- Tránh quan hệ tình dục trong vòng 7 ngày sau khi bắt đầu điều trị, để tránh lây nhiễm cho bạn tình.
- Nếu các triệu chứng còn tiếp tục sau khi hoàn thành phác đồ điều trị, bệnh nhân nên tái khám để đánh giá lại.

3.2. Điều trị cụ thể

a) Nhiễm Chlamydia sinh dục - tiết niệu không biến chứng

- Có thể lựa chọn một trong những phác đồ ưu tiên sau:
  + Azithromycin 1 g, uống liều duy nhất, hoặc
  + Doxycyclin 100 mg, uống 2 lần/ngày trong 7 ngày.
- Hoặc một trong các phác đồ thay thế sau:
  + Tetracyclin 500 mg, uống 4 lần/ngày trong 7 ngày, hoặc
  + Erythromycin 500 mg, uống 4 lần/ngày trong 7 ngày, hoặc
  + Ofloxacin 200-400 mg, uống 2 lần/ngày trong 7 ngày.

Lưu ý: Không sử dụng Doxycyclin, Tetracyclin, Ofloxacin cho phụ nữ mang thai.

b) Nhiễm Chlamydia hậu môn - trực tràng

- Lựa chọn phác đồ theo thứ tự ưu tiên:
  + Doxycyclin 100 mg, uống 2 lần/ngày trong 7 ngày, hoặc
  + Azithromycin 1 g, uống liều duy nhất.
- Áp dụng cho các trường hợp đã được chẩn đoán xác định nhiễm *Chlamydia* hậu môn - trực tràng và cả những trường hợp nghi ngờ nhiễm *Chlamydia* sinh dục và hậu môn - trực tràng (theo khai thác tiền sử quan hệ tình dục đường hậu môn).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

c) Bệnh hột xoài (LGV)

- Ở người bệnh vị thành niên và người trưởng thành mắc bệnh hột xoài, ưu tiên lựa chọn phác đồ theo thứ tự:

  + Doxycyclin 100 mg uống 2 lần/ngày trong 21 ngày, hoặc

  + Azithromycin 1 g uống 1 lần/tuần trong 3 tuần.

- Khi cả 2 loại trên đều không thể sử dụng thì thay thế bằng Erythromycin 500 mg, uống 4 lần/ngày trong 7 ngày.

3.3. Theo dõi

Nên khám lại sau 3 tháng cho tất cả các trường hợp, bất kể bạn tình của họ đã được điều trị hay không. Nếu không thể khám lại sau 3 tháng, có thể kiểm tra lại bất kỳ thời điểm nào trong khoảng thời gian 3-12 tháng sau điều trị ban đầu.

IV. PHÒNG BỆNH

- Truyền thông, giáo dục cho cộng đồng về nguyên nhân, đường lây, biến chứng và cách phòng bệnh.
- Tập huấn chuyên môn cho các bác sĩ đa khoa, chuyên khoa da liễu và sản phụ khoa để hạn chế tối đa nhiễm *Chlamydia* có biến chứng.
- Thực hành tình dục an toàn.
- Khám sàng lọc định kỳ các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục cho quần thể đích.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2021), Quyết định số 5168/QĐ-BYT ngày 09/11/2021 về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh *Chlamydia trachomatis*.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

BỆNH LẬU 45

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh lậu là một trong những bệnh lây truyền qua đường tình dục hay gặp, do song cầu khuẩn Gram âm *Neisseria gonorrhoeae* gây ra.
- Bệnh lây truyền chủ yếu qua quan hệ tình dục đường âm đạo, đường miệng và đường hậu môn. Ở nữ giới, nhiễm lậu cầu nếu không điều trị có thể dẫn đến viêm tiểu khung, tắc vòi trứng, thai ngoài tử cung và vô sinh. Trẻ sơ sinh có mẹ bị bệnh lậu có thể bị lây nhiễm trong quá trình chuyển dạ, dẫn đến viêm kết mạc mắt.
- Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), trong năm 2020, thế giới có khoảng 82,4 triệu trường hợp lậu mới mắc, trong đó khu vực Tây Thái Bình Dương có 23,2 triệu ca. Đồng nhiễm *Chlamydia trachomatis* được phát hiện ở 10-40% số người mắc bệnh lậu.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng lâm sàng

Ở nữ giới thời gian ủ bệnh thường kéo dài, trung bình 5-7 ngày. Thời gian này người bệnh không có triệu chứng nhưng vẫn có khả năng lây lan cho người khác.

a) Nhiễm lậu cầu không biến chứng

- Thường không có triệu chứng cơ năng, dưới 50% người bệnh có tiết dịch âm đạo bất thường, tiểu buốt, đau vùng bụng dưới và đau khi quan hệ tình dục. Khám thấy dịch âm đạo và viêm cổ tử cung, có thể có mủ. Phần lớn người bệnh không có triệu chứng rõ ràng nên không được phát hiện và điều trị.

Được quét bằng CamScanner

- Lậu trực tràng: phần lớn không có triệu chứng ở cả hai giới; đôi khi có đau hoặc tiết dịch ở hậu môn, trực tràng.
- Lậu hầu họng: chủ yếu không có triệu chứng, có thể đau họng nhẹ và viêm họng.

b) Nhiễm lậu cầu có biến chứng

- Nhiễm lậu cầu không được điều trị có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng như viêm tiểu khung, viêm nội mạc tử cung, viêm vòi trứng và áp xe vòi trứng, thai ngoài tử cung và vô sinh.
- Ở trẻ sơ sinh, viêm kết mạc mắt do lậu có biểu hiện chảy mủ ở mắt và sưng mí mắt, nếu không được điều trị có thể dẫn đến loét, sẹo giác mạc và mù.

2.2. Cận lâm sàng

a) Nhuộm Gram

- Nhuộm Gram thấy song cầu Gram âm hình hạt cà phê nằm trong và ngoài bạch cầu đa nhân trung tính.
- Là xét nghiệm dễ làm, ít tốn kém và có giá trị giúp chẩn đoán sơ bộ bệnh lậu, tuy nhiên, nhuộm Gram âm tính không đủ để loại trừ bệnh.
- Xét nghiệm nhuộm Gram ít tin cậy hơn đối với bệnh phẩm cổ tử cung và trực tràng do độ nhạy thấp (độ nhạy khi soi bệnh phẩm cổ tử cung là 30-50%).

b) Nuôi cấy

- Nuôi cấy phân lập lậu cầu trên môi trường Thayer-Martin chứa Vancomycin là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán bệnh (độ nhạy đối với lậu niệu đạo và cổ tử cung là 85-95%), đồng thời xác định được sự nhạy cảm của vi khuẩn lậu với kháng sinh qua kháng sinh đồ.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Việc phân lập *N. gonorrhoeae* một cách tối ưu đòi hỏi phải lấy bệnh phẩm tốt, cấy kịp thời vào môi trường nuôi cấy thích hợp, vận chuyển đúng cách và ủ trong môi trường thích hợp.
- Vị trí lấy bệnh phẩm có tỷ lệ dương tính cao nhất ở nữ giới là cổ tử cung.

c) Xét nghiệm khuếch đại axit nucleic (Nucleic acid amplification tests - NAATs)

- Xét nghiệm khuếch đại axit nucleic (hay còn gọi là xét nghiệm khuếch đại gen, trong đó có xét nghiệm PCR) để phát hiện axit nucleic của vi khuẩn lậu.
- Độ đặc hiệu và độ nhạy cao (độ nhạy trên 90%), cao hơn so với nuôi cấy, có thể sử dụng nhiều loại bệnh phẩm như nước tiểu, dịch âm đạo, cổ tử cung và dịch niệu đạo. Các kĩ thuật NAATs khác nhau có độ nhạy khác nhau, bệnh phẩm trực tràng và hầu họng thường có độ nhạy thấp.
- Xét nghiệm NAATs phổ biến nhất hiện nay là Real time PCR đa mồi, thường kết hợp chẩn đoán cùng lúc hai bệnh lậu và *Chlamydia*.
- Hạn chế: không cung cấp được thông tin về tính nhạy cảm của vi khuẩn với kháng sinh.

2.3. Chẩn đoán bệnh lậu

a) Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng:
  + Tiết dịch hoặc mủ ở niệu đạo/âm đạo, kèm tiểu buốt.
  + Có tiền sử quan hệ tình dục không an toàn.
- Xét nghiệm:
  + Nhuộm Gram (bệnh phẩm dịch niệu đạo hoặc cổ tử cung) thấy song cầu Gram âm nằm trong và ngoài bạch cầu đa

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

nhân trung tính. Nếu nhuộm Gram âm tính cần thêm ít nhất một trong hai xét nghiệm nuôi cấy hoặc xét nghiệm khuếch đại axit nucleic để khẳng định chẩn đoán.

+ Nuôi cấy: tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán lậu.

+ Xét nghiệm khuếch đại axit nucleic.

- Tại cơ sở không có đủ điều kiện xét nghiệm, chẩn đoán và điều trị có thể dựa vào lâm sàng. Tại cơ sở có điều kiện, chẩn đoán dựa vào lâm sàng và các xét nghiệm.

b) Chẩn đoán phân biệt

- Lậu sinh dục:

+ Nhiễm *Chlamydia trachomatis*

+ Trùng roi âm đạo (*Trichomonas vaginalis*)

+ Nấm Candida âm hộ - âm đạo

+ Viêm niệu đạo - sinh dục do Ureaplasma, Mycoplasma.

+ Viêm niệu đạo, âm đạo do các căn nguyên khác: nhiễm khuẩn (*E. coli*, liên cầu nhóm A, Proteus,...) hoặc không do nhiễm khuẩn (chấn thương, viêm da tiếp xúc kích ứng, các bệnh viêm hệ thống như Behcet,...).

- Lậu hậu môn trực tràng: chẩn đoán phân biệt với viêm trực tràng do các nguyên nhân khác như *Chlamydia trachomatis*, *Herpes simplex*, nấm... và các viêm trực tràng hậu môn không do nhiễm trùng.

- Lậu hầu họng: chẩn đoán phân biệt với viêm họng do nguyên nhân khác như liên cầu nhóm A, Mycoplasma, *Chlamydia trachomatis*, viêm họng do virus...

- Viêm kết mạc mắt do lậu ở trẻ sơ sinh: chẩn đoán phân biệt với viêm kết mạc sơ sinh do nguyên nhân khác như tụ cầu, phế cầu, *Haemophilus influenzae*...

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

III. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị sớm.
- Điều trị đúng phác đồ.
- Điều trị đồng nhiễm *Chlamydia*.
- Điều trị cả bạn tình. Tất cả bạn tình có quan hệ tình dục với người bệnh trong vòng 60 ngày cần được khám và điều trị. Nếu lần quan hệ tình dục gần nhất trên 60 ngày thì điều trị bạn tình của lần quan hệ gần nhất.
- Không quan hệ tình dục, không làm thủ thuật tiết niệu trong thời gian điều trị và trong vòng 7 ngày sau khi kết thúc điều trị.
- Xét nghiệm huyết thanh giang mai và HIV trước và sau khi điều trị.
- Chủ yếu điều trị ngoại trú, chỉ điều trị nội trú trong trường hợp có biến chứng.

3.2. Điều trị cụ thể

a) Nhiễm lậu sinh dục và hậu môn trực tràng

- Tốt nhất là dựa vào kháng sinh đồ.
- Nếu không có kháng sinh đồ, chọn một trong các phác đồ sau:
  + Ceftriaxon 250 mg, tiêm bắp, liều duy nhất, hoặc
  + Spectinomycin 2 g, tiêm bắp liều duy nhất, hoặc
  + Cefixim 400 mg, uống liều duy nhất
- Kết hợp Azithromycin 1 g uống liều duy nhất để điều trị đồng nhiễm *Chlamydia*.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

b) Nhiễm lậu hầu họng

- Tốt nhất là dựa vào kháng sinh đồ.
- Nếu không có kháng sinh đồ, chọn một trong các phác đồ sau:
  + Ceftriaxon 250 mg, tiêm bắp, liều duy nhất
  + Cefixim 400 mg, uống liều duy nhất.
- Kết hợp Azithromycin 1 g uống liều duy nhất để điều trị đồng nhiễm *Chlamydia*.
- Phác đồ này được áp dụng cho cả phụ nữ mang thai, nhưng cần được theo dõi chặt chẽ.

c) Thất bại điều trị

Cần phân biệt thất bại điều trị với tái nhiễm. Xác định thất bại điều trị khi có một trong các tiêu chuẩn sau:

- Không giảm triệu chứng sau 3-5 ngày điều trị mặc dù không quan hệ tình dục.
- Nuôi cấy dương tính sau ≥ 3 ngày điều trị hoặc PCR dương tính sau ≥ 7 ngày điều trị mặc dù không quan hệ tình dục.
- Nuôi cấy dương tính và có giảm nhạy cảm các kháng sinh Cephalosporin trên kháng sinh đồ, bất kể có quan hệ tình dục lại hay không.

Khi xác định thất bại điều trị, sử dụng phác đồ sau:

- Nếu đã được điều trị theo phác đồ được quy định trong hướng dẫn này (mục 3.2.a và 3.2.b) thì chọn một trong các phác đồ sau:
  + Ceftriaxon 500 mg, tiêm bắp liều duy nhất và Azithromycin 2 g, uống liều duy nhất, hoặc
  + Cefixim 800 mg, uống liều duy nhất và Azithromycin 2 g, uống liều duy nhất, hoặc

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Gentamicin 240 mg, tiêm bắp liều duy nhất và Azithromycin 2 g, uống liều duy nhất, hoặc

+ Spectinomycin 2 g, tiêm bắp liều duy nhất (nếu không phải là nhiễm trùng hầu họng) và Azithromycin 2 g, uống liều duy nhất.

- Nếu đã điều trị nhưng không theo phác đồ được quy định trong hướng dẫn này (mục 3.2.a và 3.2.b) thì điều trị lại theo hướng dẫn tại mục 3.2.a và 3.2.b

- Nếu thất bại điều trị và có kháng sinh đồ, điều trị lại dựa vào kết quả kháng sinh đồ.

- Nếu nghi ngờ tái nhiễm, điều trị lại theo mục 3.2.a và 3.2.b và điều trị cho bạn tình...

IV. PHÒNG BỆNH

- Truyền thông, giáo dục cho cộng đồng đặc biệt là các quần thể có nguy cơ cao mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục về nguyên nhân, đường lây truyền, các biến chứng hay gặp và cách phòng bệnh.

- Tập huấn chuyên môn cho các bác sĩ đa khoa, chuyên khoa da liễu và sản phụ khoa để hạn chế tối đa lậu có biến chứng.

- Thực hành tình dục an toàn.

- Khám sàng lọc định kỳ các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục cho các quần thể có nguy cơ cao.

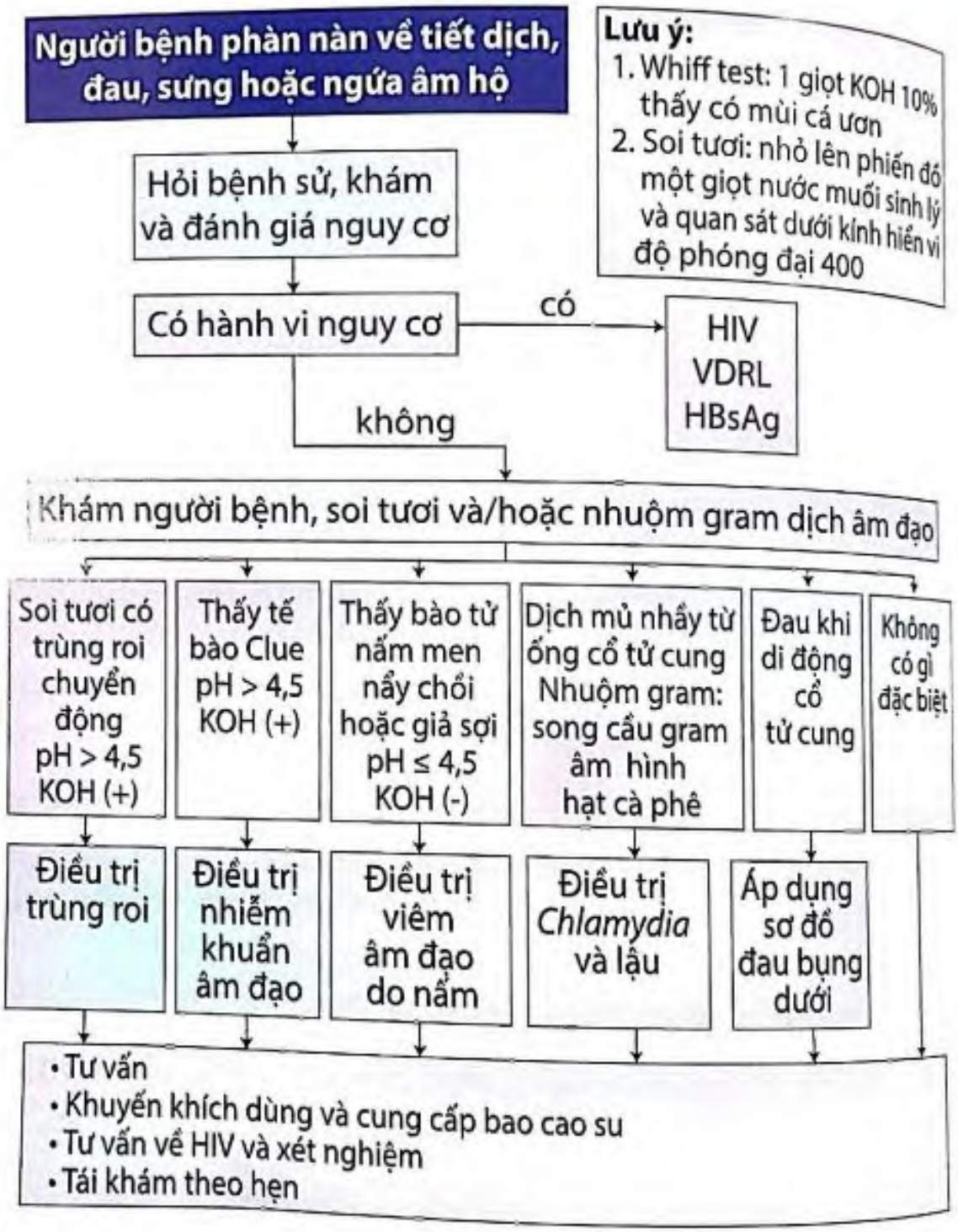
TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2021), Quyết định số 5165/QĐ-BYT ngày 09/11/2021 về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh lậu.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

46 SƠ ĐỒ HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ TIẾT DỊCH ÂM ĐẠO



Được quét bằng CamScanner

VIÊM SINH DỤC DO HERPES

47

I. NGUYÊN NHÂN

- *Herpes simplex virus* (HSV) týp 2, đôi khi có kèm týp 1.
- HSV có ái lực với tổ chức da niêm sinh dục, chui vào hạch bạch huyết vùng chậu, ẩn nấp trong đó và gây tác dụng lâu dài. Thời gian ủ bệnh: 3-7 ngày.

II. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào triệu chứng lâm sàng là chính, xét nghiệm cận lâm sàng ít thực hiện. Nếu cần hội chẩn thêm chuyên khoa.

2.1. Lâm sàng

- Sốt, đau cơ.
- Nhiễm HSV lần đầu tiên có thể có tổn thương tại chỗ và toàn thân (vùng sinh dục, hậu môn).
- Sang thương là những bóng nước, nổi lên từng mảng, sau đó vỡ ra thành một vết loét rộng, nông, đau, bỏng rát, kéo dài 2-3 tuần.
- Khí hư đục như mủ.
- Hạch bẹn (+), một hoặc hai bên, đau.
- Những đợt tái phát: giống tổn thương ban đầu nhưng ngắn hơn, ít triệu chứng toàn thân, thường xuất hiện sau tình trạng stress.

2.2. Cận lâm sàng (nếu có điều kiện)

- Cấy virus.
- Thể vùi trong tế bào (phết tế bào).
- Kỹ thuật miễn dịch huỳnh quang (mẫu ở đáy vết loét).
- Phản ứng huyết thanh: tăng gấp 4 lần (2-3 tuần).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

II. ĐIỀU TRỊ

- Tùy theo giai đoạn bệnh

+ Giai đoạn cấp, dùng một trong các thuốc sau đây:

- Acyclovir 400 mg uống 3 lần/ngày x 7-10 ngày.
- Acyclovir 200 mg uống 5 lần/ngày x 7-10 ngày.
- Famcyclovir 250 mg uống 3 lần/ngày x 7-10 ngày.
- Valacyclovir 1g uống 2 lần/ngày x 7-10 ngày.

+ Giai đoạn tái phát, dùng một trong các thuốc sau đây:

- Acyclovir 400 mg uống 3 lần/ngày x 5 ngày.
- Acyclovir 800 mg uống 2 lần/ngày x 5 ngày.
- Acyclovir 800 mg uống 3 lần/ngày x 2 ngày.
- Famciclovir 125 mg uống 2 lần/ngày x 5 ngày.
- Famciclovir 1000 mg uống 2 lần/ngày x 1 ngày.
- Famciclovir 500 mg uống 2 lần/ngày x 1 ngày.
- Famciclovir 500 mg uống 1 lần, sau đó uống 250 mg 2 lần/ngày x 2 ngày.
- Valacyclovir 500 mg uống 2 lần/ngày x 3 ngày.
- Valacyclovir 1 g uống 1 lần/ngày x 5 ngày.

- Thuốc bôi.
- Kháng sinh nếu bội nhiễm.
- Giảm đau, vệ sinh tại chỗ.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

IV. THEO DÕI

- Tái khám khi có gì lạ.
- Khám phụ khoa định kỳ.
- Lưu ý:
  + Các thuốc điều trị Herpes hiện nay không có khả năng diệt virus mà chỉ làm giảm triệu chứng bệnh và giảm thời gian bị bệnh.
  + Người bệnh có nguy cơ nhiễm HIV rất cao và nguy cơ lây nhiễm cao cho thai nhi (đặc biệt trong giai đoạn chuyển dạ).
  + Khả năng lây cho bạn tình là rất cao trong suốt cuộc đời nên tư vấn phòng lây nhiễm (an toàn tình dục, sử dụng bao cao su đúng cách và thường xuyên) là rất quan trọng.
  + Không điều trị trong 3 tháng đầu thai kỳ.
  + Khi thai đủ trưởng thành nên mổ lấy thai, không nên để sinh đường âm đạo nhằm tránh nguy cơ lây nhiễm cho con.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

48 VIÊM SINH DỤC DO GIANG MAI

I. NGUYÊN NHÂN

- Là bệnh lây qua đường tình dục, đứng thứ hai sau AIDS.
- Do xoắn khuẩn: *Treponema Pallidum*.
- Sau khi bị nhiễm, bệnh trở thành một bệnh toàn thân và vi khuẩn có thể qua nhau lây cho con.

II. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng.

2.1. Lâm sàng

- Dựa vào đặc tính của săng giang mai, vị trí săng thường ở âm hộ, âm đạo, cổ tử cung (CTC).
- Săng giang mai: 6 đặc tính của Alfred Fournier

+ Vết lở tròn hay bầu dục, đường kính 0,5-2 cm.

+ Giới hạn rõ và đều đặn, thường không có bờ.

+ Đáy sạch, trơn, bóng láng, màu đỏ như thịt tươi.

+ Bóp không đau.

+ Nền cứng chắc như bìa hộp.

+ Hạch kèm theo.

Nếu có bội nhiễm săng đau.

2.2. Cận lâm sàng

- Cổ điển: VDRL phản ứng cố định bổ thể BW với kháng nguyên phospholipid.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Hiện đại:

+ Săng xuất hiện < 5 ngày: phản ứng miễn dịch huỳnh quang FTA.

+ Săng xuất hiện < 7 ngày: phản ứng ngưng kết hồng cầu TPHA.

+ Săng xuất hiện >14 ngày: VDRL.

III. ĐIỀU TRỊ

Chuyển điều trị theo chuyên khoa.

IV. PHÒNG BỆNH

- Phòng bệnh cá nhân

+ Trong giao hợp: nên dùng bao cao su.

+ Khi cần tiêm thuốc dùng kim tiêm một lần rồi bỏ, trước truyền máu phải thử VDRL và HIV.

- Truyền thông sức khỏe sinh sản

+ Giáo dục nam nữ thanh niên về tác hại của bệnh.

+ Chống tệ nạn mại dâm.

+ Xây dựng mạng lưới y tế: phát hiện và điều trị.

+ Thử máu trước khi kết hôn.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

49 BỆNH HẠ CAM (CHANCROID)

I. NGUYÊN NHÂN

Bệnh hạ cam là một bệnh lây truyền qua đường tình dục do vi khuẩn *Haemophilus*, là vi khuẩn gram âm, yếm khí, ưa máu.

II. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng.

2.1. Lâm sàng

- Tổn thương là vết loét mềm ở sinh dục xuất hiện 3-5 ngày sau khi lây bệnh.
- Trái với giang mai loét không đau và tự lành sau một thời gian, trong bệnh hạ cam các vết loét tồn tại nhiều tháng.
- Săng là một sẩn mềm bao quanh bằng hồng ban. Sau đó sẩn thành mủ rồi vỡ ra thành vết loét tròn, kích thước 1-2 cm. Bờ vết loét rất rõ, bờ có thể tróc, bờ đôi với 2 viền: trong vàng, ngoài đỏ. Bề mặt vết loét có mủ màu vàng. Nếu rửa sạch mủ sẽ thấy đáy không bằng phẳng, lởm chởm, có những chồi thịt. Săng nằm trên vùng da phù nề mềm, đau nên gọi là hạ cam mềm.
- Hạch: được coi là biến chứng của bệnh. Gặp trong 50% trường hợp. Hạch một bên bẹn sưng to, đỏ và đau. Ít gặp ở nữ.
- Vết loét thường thấy ở môi lớn, môi nhỏ, âm vật, tiền đình âm đạo. Vết loét trong âm đạo không đau mà chỉ có mủ chảy ra.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

2.2. Cận lâm sàng

- Nhuộm gram hoặc giemsa: trực khuẩn gram âm, ngắn, xếp thành chuỗi song song như đàn cá bơi hoặc dài dài như đường tàu.
- Nuôi cấy khó khăn.

2.3. Chẩn đoán phân biệt: với bệnh giang mai và Herpes sinh dục.

III. ĐIỀU TRỊ

Chuyển điều trị theo chuyên khoa.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

50 SÙI MÀO GÀ SINH DỤC (MỤN CÓC SINH DỤC)

I. NGUYÊN NHÂN

- Do *Human Papilloma Virus* (HPV), týp 6, 11.
- Gây ra nhiều tổn thương ở niêm mạc và da.
- Lây qua đường tình dục.
- Thời gian ủ bệnh 6-18 tuần.

II. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào lâm sàng là chính, nếu cần hội chẩn chuyên khoa.

- Lâm sàng:

+ Những nhú nhỏ mọc thành từng đám như mụn có ở âm hộ, âm đạo, hội âm, quanh hậu môn, cổ tử cung.

+ Tổn thương không đau, không gây triệu chứng gì đặc biệt.

+ Phát triển rất nhanh khi mang thai.

III. ĐIỀU TRỊ

Chuyển điều trị theo chuyên khoa.

Lưu ý: làm xét nghiệm tìm các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

VIÊM VÙNG CHẬU 51

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm vùng chậu là viêm nhiễm cấp đường sinh dục trên của phụ nữ, lây lan từ cổ tử cung lên đến tử cung, ống dẫn trứng, buồng trứng và các cơ quan lân cận bao gồm: viêm nội mạc tử cung, viêm ống dẫn trứng, áp xe phần phụ và viêm phúc mạc chậu.

II. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

- Tác nhân gây bệnh chủ yếu trong viêm vùng chậu *là Chlamydia trachomatis* và *Neisseria Gonorrhea.*
- Các tác nhân khác cũng có thể gây bệnh như:

+ *Gardnerella vaginalis, Mycoplasma homonis, Ureaplasma urealyticum*
+ *Streptococcus, Staphylocoques, Haemophilus influenzae*
+ *E. coli, Klebsiella, yếm khí, Bacteroides fragilis*
+ *Cytomegalovirus (CMV), Mycoplasma hominis*

III. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Có nhiều bạn tình.
- Tuổi trẻ dưới 25 tuổi.
- Tiền căn viêm vùng chậu.
- Bạn tình có viêm nhiễm niệu đạo hay nhiễm lậu.
- Đặt vòng.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

IV. CHẨN ĐOÁN

4.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán: theo tiêu chuẩn CDC 2010

- Tiêu chuẩn chính (cần thiết): người bệnh trẻ trong độ tuổi hoạt động tình dục, có nguy cơ mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục, có đau vùng chậu và không tìm được nguyên nhân gây bệnh khác. Khi khám vùng chậu có

  + Đau khi lắc cổ tử cung, hoặc

  + Đau tử cung, hoặc

  + Đau phần phụ.

- Tiêu chuẩn phụ (hỗ trợ, nhưng không nhất thiết phải có)

  + Sốt > 38,3^{0}C (nhiệt độ miệng)

  + Khí hư âm đạo

  + Cổ tử cung bất thường

  + Có nhiều bạch cầu trên phết nhuộm Gram cổ tử cung

  + *Gonorrhea* hay *Chlamydia* (+)

  + Tăng tốc độ lắng máu (VS)

  + Tăng CRP.

Giá trị tiên đoán dương của chẩn đoán lâm sàng 65-90% khi so sánh với nội soi.

4.2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích tế bào máu: bạch cầu tăng
- CRP tăng
- β-hCG
- CA125 tăng
- Tổng phân tích nước tiểu
- Siêu âm

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- MRI (nếu cần thiết)
- Xét nghiệm khí hư âm đạo:
  + Soi tươi tìm *Gardnerella vaginalis*
  + Nhuộm gram tìm vi trùng *Neisseria gonorrheae*
- Test miễn dịch chẩn đoán *Chlamydia trachomatis*
- Tốc độ lắng máu (VS)

V. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Thai ngoài tử cung
- U buồng trứng xoắn, xuất huyết nang buồng trứng
- Lạc nội mạc tử cung
- Ung thư buồng trứng tiến triển cấp
- U xơ cơ tử cung hoại tử
- Viêm ruột thừa cấp
- Viêm bàng quang, viêm đài bể thận, cơn đau quặn thận

VI. ĐIỀU TRỊ

6.1. Nguyên tắc chung

- Tất cả các phác đồ điều trị phải hiệu quả đối với cả *Neisseria gonorrheae, Chlamydia trachomatis* và vi trùng yếm khí.
- Điều trị càng sớm nguy cơ di chứng về sau càng thấp.
- Điều trị những người có quan hệ tình dục với bệnh nhân trong vòng 60 ngày kể từ khi có triệu chứng.
- Thể nhẹ có thể điều trị ngoại trú.
- Bệnh thể nặng phải nhập viện điều trị nội trú.
- Tháo vòng (nếu có).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

6.2. Điều trị nội trú trong các tình huống sau

- Đang mang thai.
- Không đáp ứng hoặc không dung nạp với kháng sinh đường uống.
- Không tuân thủ điều trị.
- Không thể dùng kháng sinh uống do buồn nôn và nôn ói.
- Thể nặng: sốt cao, buồn nôn, nôn, đau vùng chậu nặng.
- Khối áp xe vùng chậu, kể cả áp xe ống dẫn trứng.
- Có thể cần phải phẫu thuật hoặc chưa loại trừ bệnh lý ngoại khoa (như: viêm ruột thừa).
- Nhiễm HIV.

6.3. Điều trị ngoại trú

- **Lựa chọn 1**

- Ceftriaxone 500 mg tiêm bắp (TB) 1 liều duy nhất + Doxycycline 100 mg x 2 lần/ngày (uống) trong 14 ngày

(+/-) Metronidazole 500 mg x 2 lần/ngày (uống) trong 14 ngày.

Hoặc

- Cefoxitin 2 g (TB) liều duy nhất, phối hợp với Probenecid 1 g (uống) cùng lúc liều duy nhất + Doxycycline 100 mg x 2 lần/ngày (uống) trong 14 ngày

(+/-) Metronidazole 500 mg x 2 lần/ngày (uống) trong 14 ngày.

Hoặc

- Cephalosporin thế hệ 3 như Cefotaxim 1 g hoặc Ceftizoxime 1 g (TB) 1 liều duy nhất + Doxycycline 100 mg x 2 lần/ngày (uống) trong 14 ngày

(+/-) Metronidazole 500 mg x 2 lần/ngày (uống) trong 14 ngày.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- **Lựa chọn 2**

  - Ofloxacin 400 mg x 2 lần/ngày (uống) trong 14 ngày, hoặc Levofloxacin 500 mg 1 lần/ngày (uống) trong 14 ngày

  (+/-) Metronidazole 500 mg x 2 lần/ngày (uống) trong 14 ngày.

- **Trường hợp dị ứng với Penicilline**

  - Nhập viện và điều trị với Clindamycin 900 mg truyền tĩnh mạch mỗi 8 giờ + Gentamicin liều đầu tiên 2 mg/kg (tiêm mạch) hoặc (TB) sau đó duy trì 1,5 mg/kg mỗi 8 giờ.

    Sau 24 giờ lâm sàng cải thiện, chuyển sang: Clindamycin 450 mg uống mỗi 6 giờ cho đủ 14 ngày, hoặc

    Doxycycline 100 mg x 2 lần/ngày (uống) trong 14 ngày + Metronidazole 500 mg x 2 lần/ngày (uống) trong 14 ngày.

  - Hoặc điều trị ngoại trú: Ofloxacin 400 mg 2 lần/ngày (uống) trong 14 ngày, hoặc

  - Levofloxacin 500mg 1 lần/ngày (uống) trong 14 ngày

  (+/-) Metronidazole 500mg x 2 lần/ngày (uống) trong 14 ngày.

6.4. Điều trị nội trú

a) Nguyên tắc điều trị nội trú

- Điều trị với kháng sinh đường tĩnh mạch ít nhất 48 giờ
- Chuyển sang kháng sinh đường uống nếu sau 48 giờ triệu chứng lâm sàng cải thiện.

b) Điều trị

Lựa chọn 1

- Cefoxitin 2 g (TM) mỗi 6 giờ, hoặc Cefotetan 2 g (TM) mỗi 12 giờ + Doxycycline 100 mg (uống hay TM) mỗi 12 giờ, hoặc

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Cephalosporine thế hệ III như Ceftriaxone 1-2 g (TM) 1 lần/ngày + Doxycycline 100 mg (uống hay TM) mỗi 12 giờ.

Ngưng kháng sinh đường tĩnh mạch sau 48 giờ nếu tình trạng lâm sàng cải thiện, chuyển sang kháng sinh uống Doxycycline 100 mg 1 viên x 2 lần/ngày (uống) cho đủ 14 ngày.

Lựa chọn 2

- Clindamycin 900 mg (TM) mỗi 8 giờ + Gentamicin liều đầu tiên 2 mg/kg (TM hoặc TB), sau đó duy trì 1,5 mg/kg mỗi 8 giờ.
- Chuyển từ đường tĩnh mạch sang đường uống bắt đầu sau 48 giờ cải thiện các triệu chứng lâm sàng (sốt, buồn nôn, nôn, đau vùng chậu). Dùng Doxycycline 100 mg x 2 lần/ngày (uống) cho đủ 14 ngày hoặc Clindamycin 450 mg x 4 lần/ngày (uống) trong 14 ngày.
- Trường hợp người bệnh không dung nạp với Doxycycline, có thể sử dụng Azithromycin 1 g đơn liều uống 1 lần/tuần x 2 tuần.

Lựa chọn 3

- Ampicillin - Sulbactam 3 g (TM) mỗi 6 giờ + Doxycycline 100 mg (TM hoặc uống) mỗi 12 giờ.
- Hiệu quả trong điều trị *C. trachomatis, N. Gonorrhoeae*, và vi khuẩn kỵ khí trên những bệnh nhân áp xe phần phụ.

VII. XUẤT VIỆN

7.1. Tiêu chuẩn xuất viện: sau khi hết sốt 2 ngày và bạch cầu giảm.

7.2. Theo dõi sau xuất viện:

- Điều trị tiếp tục như bước 2 phần điều trị ngoại trú.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Người bệnh có bằng chứng nhiễm *Chlamydia* hay lậu cầu dễ tái phát trong vòng 6 tháng, cần xét nghiệm kiểm tra sau 3-6 tháng điều trị, khuyến khích điều trị bạn tình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barbara L.H., Karen D.B. (2012), Tuboovarian Abscess, Williams Gynecology, 2nd edition.
2. CDC (2010), Pelvic Inflammatory Disease.
3. Jonathan S.B. (2012), Tubo-Ovarian Abscess, Berek & Novak's Gynecology,15th edition.
4. MMWR (2012), Update to CDC's Sexually Transmitted Diseases Treatment 2010 Guidelines: Oral Cephalosporins No Longer a Recommended Treatment for Gonococcal Infections.
5. Ness RB, Kip KE, Hillier SL, et al (2005), A cluster analysis of bacterial vaginosis-associated microflora and pelvic inflammatory disease, Am J Epidemiol, 162, 585-90.
6. Peipert JF, Ness RB, Blume J, et al (2001), Clinical predictors of endometritis in women with symptoms and signs of pelvic inflammatory disease. Am J Obstet Gynecol, 184, 856-63.
7. Richard H. Beigi (2012), Management and complications of tuboovarian abscess, Uptodate.
8. Wiesenfeld HC, Sweet RL, Ness RB, et al (2005), Comparison of acute and subclinical pelvic inflammatory disease, Sex Transm Dis, 32, 400-5.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

52 ÁP XE PHẦN PHỤ

I. ĐỊNH NGHĨA

Áp xe phần phụ (AXPP) là khối viêm nhiễm tại ống dẫn trứng, buồng trứng, một số trường hợp có cả cơ quan lân cận trong vùng chậu như ruột và bàng quang. Ống dẫn trứng và buồng trứng có thể dính thành 1 khối và chứa mủ.

Áp xe phần phụ thường gặp ở phụ nữ độ tuổi sinh sản và điển hình là do viêm nhiễm đường sinh dục trên.

II. YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ TÁC NHÂN GÂY BỆNH

2.1. Yếu tố nguy cơ

Nhiều bạn tình, độ tuổi từ 15 đến 25, tiền sử bị viêm vùng chậu, bị hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải...

2.2. Tác nhân gây bệnh

Do nhiễm trùng đường sinh dục trên, thường do viêm vùng chậu, lao sinh dục, do lây lan từ các bệnh lý viêm nhiễm không kiểm soát được tại các cơ quan như ruột, viêm ruột thừa, phẫu thuật phần phụ hoặc đôi khi do nhiễm trùng huyết. AXPP vẫn có thể xảy ra ở các trường hợp người bệnh đã cắt tử cung chừa lại 2 phần phụ nhưng hiếm gặp, nguyên nhân có thể do nhiễm từ đường huyết hoặc các cơ quan lân cận.

Do nhiễm trùng từ đường sinh dục dưới do các tác nhân gây bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Thường đa khuẩn (hiếu khí, kỵ khí), tác nhân tương tự như viêm vùng chậu (PID).

Các tác nhân gây bệnh phổ biến bao gồm *Escherichia coli*, Streptococci hiếu khí, *Bacteroides fragilis*, *Prevotella* và các

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

loài vi khuẩn kỵ khí khác như *Peptostreptococcus*. Một số tác nhân gây bệnh có thể được phân lập từ AXPP như các chủng Candida, *Pasteurella multocida*, *Salmonellae* và *Streptococcus pneumoniae*...

Các trường hợp đặc biệt bị AXPP:

+ Suy giảm miễm dịch: phân lập được *Mycobacterium tuberculosis* (hiếm).

+ Người bệnh có đặt dụng cụ tử cung: phân lập được *Actinomyces israelii*.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

AXPP là biến chứng của viêm vùng chậu, có triệu chứng lâm sàng tương tự viêm vùng chậu (xem phác đồ "Viêm vùng chậu").

Triệu chứng có thể không điển hình: không sốt (40%), đau vùng chậu mạn (25%), bạch cầu bình thường (23%), đi kèm các triệu chứng không liên quan như đau bụng trên lan tỏa kéo dài hay thay đổi thói quen đi tiêu. Không có sốt không loại trừ được AXPP.

AXPP vỡ điển hình sẽ có triệu chứng đau bụng cấp và có thể có dấu hiệu nhiễm trùng huyết, phản ứng phúc mạc, tụt huyết áp, nhịp tim nhanh, thở nhanh hoặc các dấu hiệu nhiễm toan. AXPP vỡ có thể đe dọa tính mạng cần phẫu thuật khẩn cấp.

Khám:

+ Đau vùng chậu nhiều.

+ Khối u phần phụ 1 hay 2 bên, căng đau.

3.2. Cận lâm sàng

Xét nghiệm: bạch cầu, CRP tăng.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Siêu âm vùng chậu: độ nhạy 75-82%, giúp chẩn đoán phân biệt các bệnh lý đường sinh dục như: u buồng trứng, thai ngoài tử cung, u xơ cơ tử cung thoái hóa...

Trong trường hợp cần thiết, có thể chỉ định chụp CT Scan hoặc MRI: giúp chẩn đoán phân biệt các bệnh lý liên quan đến đường tiêu hóa như: viêm ruột thừa, viêm hoặc áp xe ruột...

Xét nghiệm trước sử dụng kháng sinh: ure, creatinine, SGOT, SGPT, đông máu toàn bộ, X quang phổi.

IV. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Hệ sinh sản: viêm vùng chậu, u buồng trứng, u buồng trứng xoắn/vỡ, u xơ cơ tử cung thoái hóa, thai ngoài tử cung bội nhiễm, sẩy thai nhiễm trùng...

Hệ tiêu hóa: viêm ruột thừa, viêm dạ dày ruột, viêm ruột, hội chứng ruột kích thích, viêm/áp xe túi thừa, táo bón, viêm túi mật, thủng ruột, ung thư đại trực tràng...

Hệ tiết niệu: viêm bàng quang, viêm bể thận, sỏi thận, viêm niệu đạo...

V. BIẾN CHỨNG

Áp xe vỡ (15%): là một tình trạng khẩn cấp đe dọa tính mạng cần phẫu thuật cấp cứu.

Nhiễm trùng huyết (10-20%): khi có dấu hiệu nhiễm trùng huyết phải can thiệp phẫu thuật ngay.

VI. ĐIỀU TRỊ

AXPP là tình trạng nghiêm trọng có thể đe dọa tính mạng, vỡ khối AXPP có thể dẫn đến tình trạng nhiễm trùng huyết vì vậy, AXPP cần được điều trị nội khoa tích cực hoặc phẫu thuật.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

6.1. Điều trị nội khoa đơn thuần: hiệu quả trong 70% các trường hợp.

a) Tiêu chuẩn điều trị nội khoa

- Tình trạng huyết động ổn định
- Không có dấu hiệu vỡ AXPP (bụng ngoại khoa, nhiễm trùng huyết)
- Kích thước ổ áp xe < 8 cm
- Chưa mãn kinh

Lưu ý: những khối áp xe lớn (≥ 8 cm), có tiền sử phẫu thuật vùng chậu dính nhiều hay mong muốn bảo tồn khả năng sinh sản và tình trạng lâm sàng ổn định có thể điều trị kháng sinh đơn thuần. Trong trường hợp này, cần tư vấn rõ cho người bệnh về nguy cơ thất bại khi điều trị nội khoa đơn thuần và khả năng cần can thiệp phẫu thuật khi thất bại với phương pháp điều trị nội khoa. Các trường hợp này có thể cân nhắc dẫn lưu khối AXPP ngả âm đạo dưới hướng dẫn của siêu âm.

b) Phác đồ điều trị nội khoa

Các trường hợp được chẩn đoán AXPP cần được nhập viện và điều trị bằng kháng sinh đường tĩnh mạch. Điều trị ngoại trú bằng kháng sinh uống được chỉ định để hoàn thành liệu trình kháng sinh và chỉ được chỉ định khi người bệnh đã có những cải thiện lâm sàng đáng kể.

Lựa chọn 1

- Cefotaxime 1 g (TM) mỗi 8 giờ + Doxycycline 100 mg (uống hay TM) mỗi 12 giờ + Metronidazole 500 mg/100 mL (truyền TM) mỗi 8 giờ, hoặc
- Ceftriaxone 1-2 g (TM) 1 lần/ngày + Doxycycline 100 mg (uống hay TM) mỗi 12 giờ + Metronidazole 500 mg/100 mL (truyền TM) mỗi 8 giờ, hoặc

Được quét bằng CamScanner

- Ampicilin 2 g (TM) mỗi 6 giờ + Clindamycin 900 mg (truyền TM) mỗi 8 giờ + Gentamicin 2 mg/kg liều đầu sau đó 1,5 mg/kg mỗi 8 giờ (TM hay TB), hoặc
- Clindamycin 900 mg (truyền TM) mỗi 8 giờ + Gentamicin 2 mg/kg liều đầu, sau đó 1,5 mg/kg mỗi 8 giờ (TM hay TB), hoặc
- Ampicilin + sulbactam 3 g (TM) mỗi 6 giờ + Doxycycline 100 mg (uống hoặc TM) mỗi 12 giờ, hoặc
- Cefoxitin 2 g (TM) mỗi 6 giờ + Doxycycline 100 mg (uống hay TM) mỗi 12 giờ, hoặc
- Cefotetan 2 g (TM) mỗi 12 giờ + Doxycycline 100 mg (uống hay TM) mỗi 12 giờ

Lựa chọn 2

- Levofloxacin 500 mg/100 mL truyền TM 1 lần/ngày + Metronidazole 500 mg/100 mL truyền TM mỗi 8 giờ, hoặc
- Piperacilin + Tazobactam 4,5 g truyền TM mỗi 6 giờ, hoặc
- Ertapenem 1 g truyền TM 1 lần/ngày, hoặc
- Imipenem + Cilastatin 500 mg truyền TM mỗi 6 giờ

Phác đồ kháng sinh uống ngoại trú: tiếp tục để hoàn thành liệu trình kháng sinh sau khi đã sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch.

- Levofloxacin 500 mg 1 viên x 1 lần/ngày (uống) + Metronidazole 250 mg 2 viên x 2 lần/ngày (uống), hoặc
- Ofloxacin 400 mg 1 viên x 1 lần/ngày (uống) + Metronidazole 250 mg 2 viên x 2 lần/ngày (uống), hoặc
- Clindamycin 300 mg 1 viên x 4 lần/ngày (uống) + Doxycycline 100 mg 1 viên x 2 lần/ngày (uống), hoặc
- Metronidazole 250 mg 2 viên x 2 lần/ngày (uống) + Doxycycline 100 mg 1 viên x 2 lần/ngày (uống), hoặc

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Amoxicilin + Acid clavulanic (1000 mg + 62,5 mg) 1 viên x 3 lần/ngày (uống), hoặc
- Amoxicilin + Acid clavulanic (500 mg + 125 mg) 1 viên x 3 lần/ngày (uống)

Lưu ý:

+ Cần chỉnh liều thích hợp ở người bệnh bị suy thận.

+ Gentamicin có thể được dùng 3 đến 5 mg/kg đường tĩnh mạch 1 lần/ ngày.

+ Ampicilin + Sulbactam 3 g tương đương với Ampicilin + Sulbactam (1 g + 0,5 g) x 2 lọ.

+ Cá thể hóa điều trị khi phân lập được các tác nhân gây bệnh hiếm gặp trong AXPP như *Candida spp., Pasteurella multocida, Salmonellae, Actinomyces israelii...*

c) Theo dõi

- Người bệnh cần được điều trị nội trú ít nhất trong vòng 48-72 giờ.
- Theo dõi sát trong 48-72 giờ đầu.
- Lâm sàng: sinh hiệu, dấu hiệu nhiễm trùng (môi khô, lưỡi dơ), sốt, đau bụng, không khám âm đạo nhiều vì nguy cơ vỡ khối AXPP.
- Cận lâm sàng:

+ Theo dõi số lượng bạch cầu mỗi ngày để đánh giá đáp ứng điều trị (trong 72 giờ đầu và ngày 7).

+ Siêu âm bụng mỗi 3 ngày để đánh giá sự cải thiện của tình trạng lâm sàng.

d) Thời gian điều trị nội khoa

Cần sử dụng kháng sinh ít nhất 14 ngày, thời gian điều trị kháng sinh có thể kéo dài hơn tùy từng tình huống lâm sàng cụ thể.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

e) Tiêu chuẩn chuyển sang điều trị ngoại trú bằng kháng sinh uống

- Có sự cải thiện lâm sàng rõ rệt như không sốt trong ít nhất 24-48 giờ, giảm đau bụng, bạch cầu có xu hướng trở về bình thường...
- Có thể dung nạp kháng sinh uống
- Có thể tuân thủ điều trị và tái khám đúng hẹn

f) Tiêu chuẩn điều trị nội khoa không đáp ứng

Sau 48-72 giờ, tình trạng người bệnh không đáp ứng kháng sinh hoặc diễn tiến lâm sàng xấu hơn:

- Sốt không giảm hay tăng
- Đau vùng chậu không giảm hay nặng hơn
- Khối áp xe lớn hơn
- Bạch cầu trong máu không giảm hay tăng nhiều hơn
- Có dấu hiệu nghi ngờ nhiễm trùng huyết

Lưu ý:

+ Đối với những trường hợp diễn tiến lâm sàng không nặng hơn nhưng không cải thiện rõ rệt khi dùng kháng sinh đơn thuần, dẫn lưu khối áp xe ngả âm đạo dưới hướng dẫn siêu âm có thể cân nhắc áp dụng. Nếu không thể dẫn lưu khối áp xe, cần can thiệp phẫu thuật.

+ Đối với những trường hợp diễn tiến lâm sàng nặng hơn với các đặc điểm như trên, cần can thiệp phẫu thuật.

6.2. Điều trị ngoại khoa

a) Chỉ định

- Khi khối áp xe ≥ 8 cm, áp xe vỡ, viêm phúc mạc toàn thể

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Nghi ngờ nhiễm trùng huyết
- Nghi ngờ áp xe vùng chậu không phân biệt được với áp xe ruột thừa
- Điều trị nội khoa sau 48-72 giờ không đáp ứng
- Mãn kinh

Kháng sinh vẫn tiếp tục duy trì trước, trong và sau khi can thiệp ngoại khoa. Nên sử dụng kháng sinh 2 giờ trước phẫu thuật.

Lưu ý:

+ Đối với phụ nữ đã mãn kinh, AXPP cần được phẫu thuật do nguy cơ tiềm ẩn của bệnh lý ác tính của tử cung và phần phụ.

+ Chỉ định dẫn lưu khối áp xe dưới hướng dẫn của siêu âm hay phẫu thuật tùy thuộc vào từng tình huống lâm sàng cụ thể của người bệnh.

b) Nguyên tắc phẫu thuật

- Dẫn lưu các ổ áp xe.
- Rửa kỹ khoang phúc mạc bằng nhiều nước ấm (không pha Povidone iodine) nhằm làm giảm tình trạng viêm và nhiễm trùng của người bệnh nếu vỡ khối AXPP.
- Cắt ống dẫn trứng hoặc phần phụ có khối áp xe.
- Nếu bệnh nhân mãn kinh hoặc lớn tuổi, đủ con: cắt hoàn toàn tử cung + 2 phần phụ + dẫn lưu.
- Phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

Lưu ý: xét nghiệm vi sinh (kỵ khí và hiếu khí) từ dịch trong ổ áp xe và mẫu mô thành ổ áp xe (4 lọ).

6.3. Các trường hợp đặc biệt

- Dụng cụ tử cung và AXPP: phải tháo vòng.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Có thai và AXPP: hiếm gặp. Việc điều trị cũng tương tự như phụ nữ không có thai. Cần lưu ý tránh những thuốc có chống chỉ định trong thai kỳ (như Quinolones). Ngoài ra, quyết định phẫu thuật còn tùy thuộc vào độ an toàn của phẫu thuật và ở những thời điểm tuổi thai thích hợp.
- Đối với các trường hợp bị AXPP có kèm các tác nhân lây truyền qua đường tình dục, cần xem xét vấn đề điều trị cho cả bạn tình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barbara L.H., Karen D.B. (2012), Tuboovarian Abscess. Williams Gynecology, 2nd edition.
2. Jonathan S.B. (2012), Tubo-Ovarian Abscess. Berek & Novak's Gynecology, 15th edition..
3. Ness RB, Kip KE, Hillier SL, et al (2005), A cluster analysis of bacterial vaginosis-associated microflora and pelvic inflammatory disease, Am J Epidemiol, 162,585–90.
4. Peipert JF, Ness RB, Blume J, et al (2001), Clinical predictors of endometritis in women with symptoms and signs of pelvic inflammatory disease, Am J Obstet Gynecol, 184, 856-63.
5. Richard H. Beigi (2019), Management and complications of tubo-ovarian abscess, Uptodate.
6. Richard H. Beigi (2019), Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of tubo-ovarian abscess, Uptodate.
7. Wiesenfeld HC, Sweet RL, Ness RB, et al (2005), Comparison of acute and subclinical pelvic inflammatory disease. Sex Transm Dis, 32,400-5.
8. Workowski KA, Bolan GA (2015), Centers for Disease Control and Prevention, Sexually transmitted diseases treatment guidelines, MMWR Recomm Rep, 64(RR-03):1.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

NHIỄM TRÙNG TIỂU Ở PHỤ NỮ

53

I. ĐẠI CƯƠNG

- Nhiễm trùng đường tiết niệu là bệnh lý thường gặp ở phụ nữ trong đó viêm bàng quang là rối loạn phổ biến nhất. Thống kê tại Mỹ, 25-40% phụ nữ từ 20-40 tuổi có xuất hiện tình trạng nhiễm trùng đường tiết niệu và tỷ lệ này dường như gia tăng theo tuổi.

- Nhiễm trùng tiểu không triệu chứng khi có sự hiện diện của hơn 100.000 vi khuẩn/mL nước tiểu ở 2 mẫu thử liên tục mà không có bất kỳ triệu chứng nào đi kèm. Nhiễm trùng tiểu không triệu chứng xuất hiện ở 5-10% các thai phụ, thời điểm thường gặp nhất từ 9-17 tuần tuổi thai. Nếu không điều trị, nhiễm khuẩn không triệu chứng là một yếu tố nguy cơ gây viêm bàng quang cấp tính (40%) và viêm bể thận (25-30%) trong thai kỳ. Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ khuyến cáo tầm soát nhiễm trùng tiểu không triệu chứng ở lần khám thai đầu tiên và trong suốt tam cá nguyệt thứ 3 của thai kỳ.

- *Escherichia coli* là tác nhân gây bệnh thường gặp ở các trường hợp viêm bàng quang không biến chứng, các vi khuẩn khác gây bệnh với tần suất ít hơn bao gồm: *Staphylococcus saprophyticus, Proteus mirabilis, Klebsiella* và *Enterococcus faecalis*.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

a) Triệu chứng cơ năng

Tiểu gắt, tiểu buốt, tiểu đau và tiểu nhiều lần là các triệu chứng thường gặp, 10% các trường hợp xuất hiện tiểu máu đi kèm.

b) Triệu chứng thực thể

Sốt, mệt mỏi, nôn ói thường gặp trong nhiễm trùng tiểu trên.

2.2. Cận lâm sàng

a) Phân tích nước tiểu

- Nước tiểu có trên 10 bạch cầu/mL được xem là tiểu mủ. Tiểu mủ là dấu hiệu chẩn đoán nhiễm trùng tiểu với độ nhạy 80-95% và độ đặc hiệu 50-76%.
- Dipstick testing (phát hiện glucose, protein, máu, nitrite và leukocyte esterase trong nước tiểu): là xét nghiệm chẩn đoán nhiễm trùng tiểu với độ nhạy 57-96% và độ đặc hiệu 94-98%. Anh quốc khuyến cáo ứng dụng dipstick testing trong sàng lọc và chẩn đoán nhiễm trùng tiểu ở phụ nữ.
- Nitrate test: là xét nghiệm chẩn đoán nhiễm trùng tiểu với độ nhạy 22% và độ đặc hiệu 94-100%.

b) Cấy nước tiểu

- Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ khuyến cáo không cần thiết cấy nước tiểu để quyết định điều trị ban đầu cho các trường hợp nhiễm trùng tiểu có triệu chứng.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

III. KHÁNG SINH TRONG NHIỄM TRÙNG TIỂU

3.1. Chỉ định nhập viện

- Bất thường cấu trúc hệ niệu (sỏi, dị tật, tắc nghẽn...).
- Bệnh chuyển hóa đi kèm (tiểu đường, suy thận...).
- Suy giảm miễn dịch (nhiễm HIV, đang hóa trị...).

3.2. Phụ nữ có thai

- Ưu tiên 1:
  + Nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals 100 mg uống 2 lần/ngày trong 5-7 ngày hoặc
  + Amoxicillin + Clavulanat 500/125 mg uống 2 lần/ngày trong 3-7 ngày hoặc
  + Cefuroxime 250 mg uống 2 lần/ngày trong 3-7 ngày.
- Ưu tiên 2:
  + Fosfomycin 3 g uống liều duy nhất với 100 mL nước hoặc
  + Fosfomycin 500 mg: 2 viên x 3 lần (uống)/ngày.

3.3. Phụ nữ không có thai

a) Nhiễm trùng tiểu dưới đơn giản

- Ưu tiên 1:
  + Trimethoprim/Sulfamethoxazole 160 mg/800 mg 1 viên uống 2 lần/ngày trong 3 ngày hoặc
  + Nitrofurantoin monohydrat/macrocrystals 100 mg uống 2 lần/ngày trong 5-7 ngày hoặc
  + Nitrofurantoin macrocrystals 50-100 mg uống 4 lần/ngày trong 7 ngày hoặc

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Fosfomycin 3 g uống liều duy nhất với 100 mL nước hoặc

+ Fosfomycin 500 mg: 2 viên x 3 lần (uống)/ngày.

- Ưu tiên 2:

+ Levofloxacin 250 mg uống mỗi 24 giờ trong 3 ngày hoặc

+ Ofloxacin 200 mg uống mỗi 12 giờ trong 3 ngày hoặc

+ Ciprofloxacin extended release 500 mg uống 1 lần/ngày trong 3 ngày.

- Lựa chọn thay thế (dị ứng với các thuốc trong lựa chọn ưu tiên):

+ Amoxicillin + Clavulanate 500 mg/125 mg uống 2 lần/ngày trong 3-7 ngày hoặc

+ Cefdinir 300 mg uống 2 lần/ngày trong 7 ngày.

b) Nhiễm trùng tiểu dưới phức tạp

- Người bệnh bị đái tháo đường, triệu chứng xuất hiện kéo dài trên 7 ngày trước khi điều trị, suy thận, bất thường giải phẫu đường tiết niệu, cơ thể có đặt stent hoặc dùng thuốc ức chế miễn dịch.

- Người bệnh có thể hấp thu thuốc qua đường uống

+ Ciprofloxacin 500 mg uống 2 lần/ngày trong 7-14 ngày hoặc

+ Levofloxacin 750 mg uống 1 lần/ngày trong 5 ngày hoặc

+ Ciprofloxacin extended release 1 g uống 1 lần/ngày trong 7-14 ngày.

- Người bệnh không thể hấp thu thuốc qua đường uống

+ Ciprofloxacin 400 mg truyền TM mỗi 12 giờ trong 7-14 ngày hoặc

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Levofloxacin 750 mg TM mỗi ngày trong 5 ngày hoặc

+ Piperacillin + Tazobactam 4,5 g TM mỗi 8 giờ hoặc

+ Cefepime 2 g TM mỗi 12 giờ trong 10 ngày hoặc

+ Ceftazidime 500 mg TM hay TB mỗi 8 hoặc 12 giờ trong 7-14 ngày hoặc

+ Imipenem + Cilastatin 500 mg TM mỗi 6 giờ trong 7-14 ngày hoặc

+ Meropenem 1 g TM mỗi 12 giờ trong 7-14 ngày.

Các phác đồ ngắn (7 ngày) nếu triệu chứng cải thiện nhanh chóng, khi đó phác đồ tiêm có thể chuyển sang phác đồ uống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abrahamian FM, Moran GJ, and Talan DA (2008), Urinary tract infections in the emergency department, Infect Dis Clin North Am, 22(2): p.73-87.

2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2008), Treatment of urinary tract infections in nonpregnant women, Available from: *http://guideline.gov/content*. aspx?id=12628.

3. Emilie Katherine Johnson (2014), Urinary Tract Infections in Pregnancy, Available from: *http://emedicine.medscape.com /article/452604-overview*.

4. John L Brusch (2015), Cystitis in Females, Available from: http://emedicine.medscape.com/article/233101-overview.

5. Little P, et al (2009), Dipsticks and diagnostic algorithms in urinary tract infection: development and validation, randomised trial, economic analysis, observational cohort and qualitative study, Health Technol Assess., 13(19): p. 1-73.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

DỌA SẨY THAI, SẨY THAI 3 THÁNG ĐẦU THAI KỲ

A. DỌA SẨY THAI

I. ĐỊNH NGHĨA

Được gọi là dọa sẩy thai khi có triệu chứng ra máu âm đạo trước tuần lễ thứ 20 của thai kỳ.

Xuất độ xảy ra trong 30-40% thai kỳ.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Triệu chứng cơ năng

- Phụ nữ có thai kèm ra máu âm đạo lượng ít, màu đỏ tươi hoặc bầm đen.
- Có thể có cảm giác trằn bụng dưới, đau âm ỉ vùng hạ vị hoặc đau lưng.

2.1.2. Khám lâm sàng

- Cổ tử cung còn dài, đóng kín.
- Kích thước thân tử cung to tương ứng với tuổi thai.

2.2. Cận lâm sàng

Siêu âm thấy hình ảnh túi ối và thai trong buồng tử cung, có thể có hình ảnh khối máu tụ quanh trứng hay gai nhau.

2.3. Chẩn đoán phân biệt

- Thai ngoài tử cung
- Thai trứng

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

III. XỬ TRÍ

- Nằm nghỉ, ăn nhẹ, tránh táo bón.
- Tư vấn cho người bệnh và gia đình những tiến triển có thể xảy ra, nên tránh lao động nặng, tránh giao hợp ít nhất 2 tuần sau khi hết ra máu âm đạo.
- Progesterone tự nhiên để giảm co thắt tử cung, liều 200-400 mg/ngày (đặt âm đạo hoặc uống), hoặc
- Progesterone tự nhiên tiêm bắp, hoặc
- Dydrogesterone: một liều khởi đầu 40 mg, sau đó duy trì 10 mg x 2-3 lần/ngày (uống), tiếp tục đến khi thai 16 tuần
- Không nên dùng các loại progesterone tổng hợp vì có khả năng gây dị tật thai nhi, nhất là trong giai đoạn tạo phôi 2 tháng đầu thai kỳ.

B. SẨY THAI

I. SẨY THAI KHÓ TRÁNH

1.1. Lâm sàng

- Ra máu âm đạo nhiều, đỏ tươi.
- Đau hạ vị từng cơn, ngày càng tăng.
- Khám âm đạo: cổ tử cung mở, đôi khi có ối vỡ.

1.2. Xử trí

- Kháng sinh dự phòng (thường dùng đường uống).
- Nạo hút thai + gửi giải phẫu bệnh.
- Thuốc gò tử cung.

II. SẨY THAI DIỄN TIẾN

2.1. Lâm sàng

- Ra máu âm đạo nhiều, có máu cục. Người bệnh có thể bị choáng.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Đau quặn từng cơn vùng hạ vị do tử cung co thắt mạnh để tống thai ra.
- Khám âm đạo: đoạn dưới tử cung phình to, cổ tử cung mở, đôi khi có thể thấy khối nhau thai lấp ló ở cổ tử cung.

2.2. Xử trí

- Nếu có choáng, phải hồi sức chống choáng (xem thêm phác đồ hồi sức chống choáng).
- Nạo hút thai nhanh để cầm máu + gửi giải phẫu bệnh.
- Kháng sinh (đường uống).

III. SẨY THAI KHÔNG TRỌN

3.1. Lâm sàng

- Thường đã có triệu chứng dọa sẩy thai trước đó.
- Đau bụng, ra huyết nhiều hơn.
- Có thể ghi nhận có mảnh mô được tống xuất ra khỏi âm đạo. Sau đó vẫn tiếp tục ra máu âm đạo và còn đau bụng lâm râm.
- Khám âm đạo: cổ tử cung còn hé mở hay đóng kín, thân tử cung còn to hơn bình thường.
- Siêu âm: có thể thấy hình ảnh sót nhau trong buồng tử cung.

3.2. Xử trí

- Kháng sinh (đường uống).
- Nạo kiểm tra buồng tử cung để lấy phần nhau sót ra, gửi giải phẫu bệnh.
- Thuốc gò tử cung.
- Máu ra nhiều phải hồi sức, truyền dịch, truyền máu nếu cần.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Cần lưu ý

- Sẩy thai nhiễm khuẩn: chỉ nạo sau khi đã điều trị kháng sinh tiêm phổ rộng.
- Sẩy thai băng huyết, tụt huyết áp: phải hồi sức tích cực, vừa hồi sức vừa nạo thai

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ACOG (2018), Practice Bulletin No. 200: Early Pregnancy Loss.
2. El-Zibdeh MY, Yousef LT (2009), Dydrogesterone support in threatened miscarriage, Maturitas;65(Suppl 1):S43–S46.
3. Howard Carp (2015), A systematic review of dydrogesterone for the treatment of recurrent miscarriage, Gynecol Endocrinol, Early Online: 1-9.
4. Omar MH, et al (2005), Dydrogesterone in threatened abortion: pregnancy outcome, J Steroid Biochem Mol Biol, 97(5):421–425.
5. Pandian RU (2009), Dydrogesterone in threatened miscarriage: a Malaysian experience, Maturitas; 65(Suppl 1):S47–S50.
6. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (2018), Progesterone support of the luteal phase and in the first trimester.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

55 PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ SẨY THAI LIÊN TIẾP

I. ĐỊNH NGHĨA

Sẩy thai là tình trạng thai kỳ ngừng tiến triển, thai chết và được tống xuất khỏi buồng tử cung trước 22 tuần hay cân nặng của thai dưới 500 g.

Sẩy thai liên tiếp (STLT) là thai nhi bị tống xuất khỏi buồng tử cung trước 22 tuần, liên tiếp từ 2 lần trở lên.

II. NGUYÊN NHÂN

Hai nguyên nhân chính gây sẩy thai liên tiếp đó là bất thường nhiễm sắc thể từ bố mẹ và hội chứng kháng phospholipid.

2.1. Bất thường nhiễm sắc thể

- 50-70% sẩy thai ở tam cá nguyệt I do bất thường nhiễm sắc thể (NST).
- Nguyên nhân gây sẩy thai liên tiếp do bất thường NST di truyền từ bố mẹ chiếm tỷ lệ khoảng 4%. Nếu các cặp vợ chồng bị sẩy thai liên tiếp trước đó từng có con bị dị tật bẩm sinh thì tỷ lệ bố mẹ bất thường NST tăng lên 27%.

2.2. Bất thường cấu trúc giải phẫu

- Tử cung dị dạng.
- Dính buồng tử cung (Asherman syndrome).
- U xơ cơ tử cung.
- Lạc nội mạc trong cơ tử cung.
- Hở eo tử cung: thường sẩy thai to.

2.3. Nguyên nhân nội tiết

- Suy hoàng thể.
- Rối loạn hormone tuyến giáp.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Đái tháo đường.
- Hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS).
- Tăng prolactin máu.

2.4. Yếu tố miễn dịch

Hội chứng kháng Phospholipid (Anti Phospholipid Syndrome - APS): hội chứng APS được đề cập lần đầu năm 1983, là tình trạng bệnh lý liên quan tắc mạch, sẩy thai liên tiếp và đi kèm giảm tiểu cầu, tăng kháng thể kháng phospholipids (aPL). Ngày nay, APS là bệnh hệ thống, có tác động đến các cơ quan và các mô trong cơ thể.

2.5. Rối loạn đông máu

2.6. Nhiễm khuẩn

Một số tác nhân thường được đề cập đến là lao, TORCH, *Chlamydia*, giang mai. Trong đó, CMV là loại virus được đề cập nhiều nhất trong các tác nhân gây STLT.

2.7. Môi trường: Thuốc lá, rượu, cà phê, hóa chất, chất độc, tia xạ

2.8. Không rõ nguyên nhân: Khoảng 50% STLT không tìm được nguyên nhân

III. TIẾP CẬN MỘT TRƯỜNG HỢP SẨY THAI LIÊN TIẾP

3.1. Khai thác tiền sử

- Tuổi vợ, chồng
- Lối sống (rượu, thuốc lá, cà phê, stress…)
- Tiền căn bệnh lý nội khoa
- Tiền căn gia đình (chậm phát triển trí tuệ, sẩy thai, bệnh lý tắc mạch…)
- Chi tiết lần sẩy thai trước:

+ Tuổi thai? Có tim thai? Có dọa sẩy thai?

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Sản phụ đã làm gì trong thời gian sẩy thai đó

+ Chẩn đoán và các khảo sát về các lần sẩy thai trước đó

+ Đã điều trị gì?

3.2. Lâm sàng

- Khám tổng quát (loại trừ bệnh lý nội khoa tiềm ẩn), BMI
- Khám và siêu âm phụ khoa (+/- siêu âm bơm nước buồng tử cung, soi buồng tử cung):

+ U xơ cơ tử cung

+ Hở eo tử cung

+ Dính buồng tử cung không hoàn toàn

+ Dị dạng tử cung: tử cung đôi, tử cung một sừng, tử cung nhi hóa

- Các phương tiện khảo sát:

+ Siêu âm, siêu âm bơm nước buồng tử cung

+ HSG

+ Nội soi buồng tử cung

+ MRI

3.3. Cận lâm sàng

- Huyết đồ và nhóm máu 2 vợ chồng
- Xét nghiệm nội tiết:

+ LH, FSH, Progesterone

+ TSH, FT4, TPO antibodies

+ Prolactin (PRL) máu: bình thường ≤ 20 ng/mL

  • Tăng nhẹ: PRL 30-50 ng/mL: phát triển nang noãn kém.

  • Tăng trung bình: PRL 50-100 ng/mL: kinh thưa, mất kinh.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Tăng nặng: PRL ≥100 ng/mL

+ Đường huyết, HbA1C

- Xét nghiệm virus: TORCH, giang mai,...
- Nhiễm sắc thể (karyotype) 2 vợ chồng, Microdeletion, gene
- Kháng thể kháng phospholipid.

+ aCL: antiCardioLipin antibody (độ nhạy: 87%; độ đặc hiệu: 54%).

+ LA: Lupus Anticoagulant antibody: Nhạy cảm với các trường hợp có tiền sử bị huyết khối

+ 2-Gpl: Anti beta 2 Glycoprotein I (độ nhạy 54%, độ đặc hiệu: 98%).

- Các yếu tố đông máu

IV. ĐIỀU TRỊ

Điều trị tùy theo nguyên nhân gây sẩy thai liên tiếp

V. TIÊN LƯỢNG VÀ PHÒNG BỆNH

Tiên lượng và phòng sẩy thai cho lần có thai sau tùy thuộc vào nguyên nhân gây sẩy thai liên tiếp.

- Sẩy thai liên tiếp: Bổ sung Dydrogesterone 10 mg mỗi ngày đến tuần thứ 20 của thai kỳ, trị liệu tốt nhất nên được bắt đầu ngay khi dự đoán thụ thai (không chờ đến khi xác định có thai). Nếu các triệu chứng sẩy thai xuất hiện trong quá trình điều trị: tham khảo phác đồ "Dọa sẩy thai, sẩy thai 3 tháng đầu thai kỳ".
- Hiếm muộn do suy hoàng thể: Bổ sung Dydrogesterone 10 mg mỗi ngày từ ngày thứ 14 đến ngày thứ 25 của chu kỳ, trị liệu nên được duy trì trong ít nhất 6 chu kỳ liên tiếp. Tiếp tục duy trì trong những tháng đầu thai kỳ với liều Dydrogesterone 10 mg mỗi ngày đến tuần thứ 20 của thai kỳ

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Trường hợp cần hỗ trợ hoàng thể trong hỗ trợ sinh sản: Bổ sung Dydrogesterone 10 mg x 3 lần/ngày (uống) bắt đầu từ ngày lấy noãn và tiếp tục sử dụng trong 10 tuần sau khi chắc chắn mang thai.
- Trường hợp thiếu hụt nội tiết: chủ động bổ sung nội tiết ngay khi người bệnh có thai.
- Trường hợp mẹ bị hở eo tử cung: khâu vòng cổ tử cung chủ động ở lần có thai sau.
- Khi mẹ bị APS: dùng Aspirin (Acetylsalicylic acid) liều thấp trước khi có thai, dùng thuốc chống đông khi người bệnh có thai.
- Chủ động điều trị các bệnh lý toàn thân của mẹ (nếu có).
- Với nguyên nhân do rối loạn nhiễm sắc thể: nên tư vấn về di truyền xem có nên có thai nữa không.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017), Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản
2. Howard Carp (2015), A systematic review of dydrogesterone for the treatment of recurrent miscarriage, Gynecol Endocrinol, Early Online: 1-9
3. Gilad Twig et al (2007), Anti Phospholipid Syndrome-pathophysiology. Recurrent Pregnancy Loss - Cause, Controversies and Treatment. Iforma Helth Care, 107-114.
4. Novak's Textbook of Obstetrics, 14th edition.
5. Recurrent Pregnancy loss Causes, Controversies and Treatment Informa, 2007.
6. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (2018), Progesterone support of the luteal phase and in the first trimester
7. Williams Obstetrics, 22nd edition.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

THAI NGOÀI TỬ CUNG 56

I. ĐỊNH NGHĨA

Thai ngoài tử cung (TNTC) là trứng thụ tinh làm tổ và phát triển ở một vị trí ngoài buồng tử cung.

II. YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ PHÂN LOẠI

2.1. Yếu tố nguy cơ

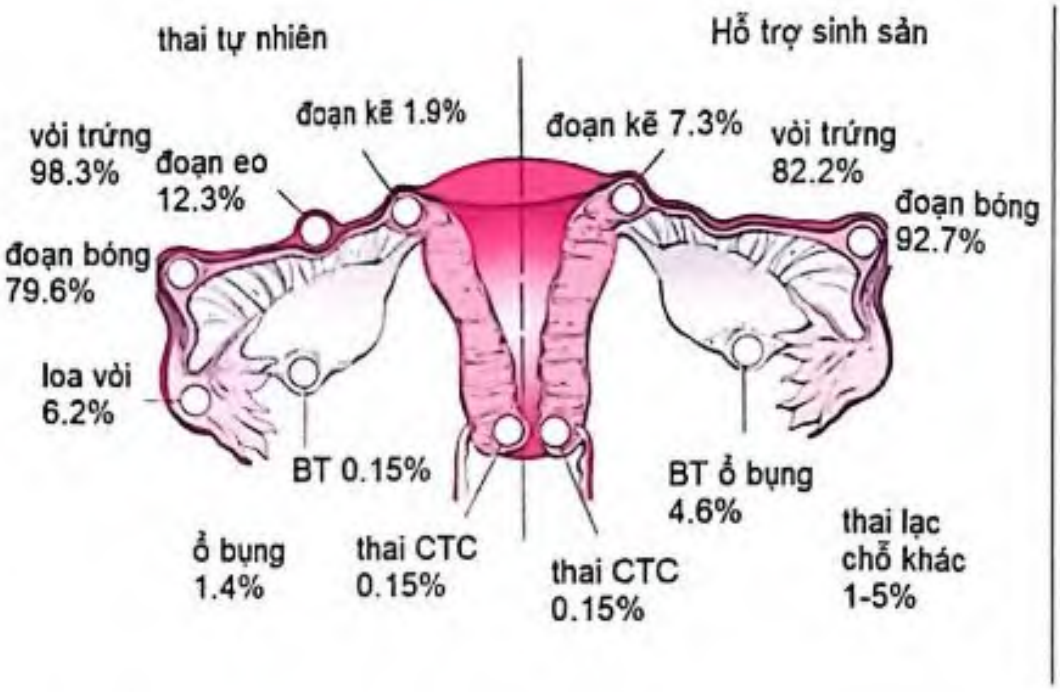
- Viêm sinh dục, đặc biệt do *Chlamydia trachomatis*
- Tiền sử phẫu thuật ống dẫn trứng: tái tạo ống dẫn trứng, nối ống dẫn trứng sau triệt sản
- Tiền sử TNTC
- Hỗ trợ sinh sản: kích thích rụng trứng, thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) và chuyển phôi
- Bất thường giải phẫu ống dẫn trứng: polyp, túi thừa...
- Đặt dụng cụ tử cung ít có nguy cơ TNTC hơn những người không áp dụng phương pháp tránh thai nào.
- Nội tiết tránh thai đường uống, tránh thai khẩn cấp thất bại, tiền căn phá thai, sẩy thai hay mổ lấy thai không làm tăng nguy cơ TNTC.

2.2. Phân loại

- Chiếm 1/80 thai kỳ tự nhiên.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner



Hình 1: Các vị trí TNTC
Nguồn: Danforth's Obstetrics and Gynecology, 10th edition

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Thai ngoài tử cung tại ống dẫn trứng chưa vỡ

a) Cơ năng: tam chứng điển hình gồm trễ kinh, rong huyết, đau bụng.

b) Thực thể

- Không thay đổi sinh hiệu.
- Bụng không căng hay căng nhẹ, có thể có phản ứng phúc mạc
- Âm đạo ra huyết hoặc không
- Tử cung hơi to mềm
- Cổ tử cung tím, mềm
- Có thể sờ được khối cạnh tử cung đau, nề.

Được quét bằng CamScanner
Được quét bằng CamScanner

c) Cận lâm sàng

- Định lượng β-hCG:
  + Thực hiện đo nồng độ β-hCG 2 lần cách nhau mỗi 48 giờ
  + Nếu β-hCG tăng tối thiểu 60%: theo dõi thai trong tử cung
  + Lặp lại β-hCG 2-7 ngày sau đó tùy vào sự thay đổi của β-hCG cách nhau 48 giờ.
- Siêu âm:
  + Siêu âm chẩn đoán xác định TNTC khi có túi thai có yolk sac hoặc phôi hoặc cả hai nằm ở phần phụ và lòng tử cung trống, không có túi thai.
  + β-hCG > 1.500 mIU/mL: siêu âm ngả âm đạo thấy túi thai
  + β-hCG > 6.500 mIU/mL: siêu âm ngả bụng thấy túi thai.
  + Phân biệt với túi thai giả: túi thai thật có hai vòng đồng tâm được chia bởi khoảng echo kém, có viền hồi âm dày (màng rụng bao) và nằm lệch một bên nội mạc tử cung
  + Hình ảnh TNTC điển hình là vòng nhẫn/vòng ống, dấu hiệu vòng tròn lửa ("ring of fire" sign) qua siêu âm Doppler.
  + Nếu siêu âm ngả âm đạo không thấy thai trong tử cung và β-hCG < 1.500 mUI/mL có thể do (1) thai trong tử cung bình thường nhưng quá sớm; (2) thai trong tử cung bất thường; (3) mới sẩy thai; (4) thai ngoài tử cung; (5) thai không xác định vị trí.

d) Nội soi ổ bụng

- Là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán TNTC nhưng nếu thai quá nhỏ có thể bỏ sót khoảng 2-5% trường hợp không phát hiện được vị trí thai.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

e) Hút/nạo sinh thiết buồng tử cung

- Được chỉ định khi thai không phát triển trong lòng tử cung hoặc siêu âm không xác định vị trí thai.
- Chẩn đoán sẩy thai sớm khi hiện diện tế bào lông nhau trong mô bệnh phẩm và β-hCG giảm > 50% sau 12-24 giờ.
- Nếu không thấy tế bào nhau và β-hCG bình nguyên hoặc tăng sau hút buồng tử cung gợi ý còn sót nhau hoặc có TNTC.

3.2. Thai ngoài tử cung ở ống dẫn trứng đã vỡ

- Cơ năng: trễ kinh, rong huyết, đau hạ vị, có thể có các triệu chứng kích thích phúc mạc
- Thực thể:

+ Thay đổi sinh hiệu
+ Chỉ số sốc tăng
+ Bụng căng đau, có phản ứng thành bụng
+ Khám âm đạo: tử cung và phần phụ khó xác định do đau. Cùng đồ sau căng đau.

- Chọc dò cùng đồ: có máu sậm không đông. Cân nhắc tính cần thiết của việc thực hiện chọc dò cùng đồ sau.

3.3. Huyết tụ thành nang

- Triệu chứng: trễ kinh, rong huyết, đau vùng chậu kéo dài
- Có thể có triệu chứng kích thích bàng quang, trực tràng
- Thiếu máu
- Khám âm đạo: khối cạnh tử cung có giới hạn không rõ, căng đau.

3.4. Thai trong ổ bụng

- Xuất độ 1/10.000-1/25.000 trường hợp sinh sống.
- Cơ năng: giống như TNTC ở ống dẫn trứng.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Thực thể:

  + Sờ bụng có thể chạm các phần thai nằm sát thành bụng

  + 50-70% trường hợp có ngôi thai bất thường.

- Khám âm đạo kết hợp khám bụng: phát hiện thai nằm bên ngoài một tử cung kích thước bình thường.

- Siêu âm: thai nằm ngoài tử cung, xen giữa các quai ruột, thai chậm tăng trưởng, kích thước nhỏ hơn tuổi thai

- X quang không chuẩn bị không có bóng mờ, tử cung bao quanh thai. Bóng hơi ruột nằm chồng lên các phần thai. Chụp nghiêng thấy cột sống lưng của mẹ nằm vắt qua các phần thai

- Có thể chụp cắt lớp hoặc cộng hưởng từ giúp chẩn đoán.

3.5. Thai ở cổ tử cung

- Chiếm khoảng 1/9.000-1/12.000 thai kỳ.

- Siêu âm: lòng tử cung trống, cổ tử cung phình tròn, tử cung hình đồng hồ cát, túi thai hiện diện bên dưới chỗ vào của động mạch tử cung. Không có "dấu hiệu trượt" và có thể nhìn thấy mạch máu quanh túi thai. Siêu âm giúp phân biệt TNTC ở cổ tử cung với sẩy thai đang tiến triển.

3.6. Thai ở buồng trứng

- Chiếm 1/7.000-1/40.000 thai kỳ. Triệu chứng giống như TNTC ở những vị trí khác.

IV. ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA

4.1. Điều kiện điều trị Methotrexate (MTX) đơn liều

- Huyết động học ổn định (không sốc)

- β-hCG ≤ 5.000 mUI/mL

- Kích thước khối thai < 4 cm (qua siêu âm)

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Không có phôi thai, tim thai trong khối TNTC (qua siêu âm).

4.2. Điều kiện điều trị MTX liều đôi

- Huyết động học ổn định
- Nồng độ β-hCG từ 3.500 mUI/mL đến ≤ 5.500mUI/mL
- Kích thước khối thai < 4 cm (qua siêu âm)
- Không có phôi thai, tim thai trong khối TNTC (qua siêu âm).

4.3. Điều trị điều trị MTX đa liều cố định

- Huyết động học ổn định
- β-hCG > 5.000 mIU/mL và ≤ 10.000 mIU/mL
- Kích thước khối thai < 5 cm (qua siêu âm)
- TNTC đoạn kẽ < 3 cm.

4.4. Chống chỉ định điều trị nội khoa

- Huyết động học không ổn định, có dấu hiệu choáng, Hb/Hct giảm
- Có dấu hiệu vỡ: đau bụng dưới nhiều và tăng dần, siêu âm lượng dịch ổ bụng ước lượng > 300 mL hay có dịch ổ bụng
- Có phối hợp thêm thai trong tử cung
- Đang cho con bú
- Dị ứng MTX
- Có các bệnh nội khoa: suy gan, suy thận, loét dạ dày, suy giảm miễn dịch, suy tủy…
- Người bệnh từ chối điều trị MTX hoặc không thể theo dõi lâu dài
- Bất thường xét nghiệm tiền hóa trị (bạch cầu < 3.000/mm^3, tiểu cầu < 100.000/mm^3, tăng men gan SGOT, SGPT > 100 UI/L, tăng BUN creatinine, rối loạn đông máu…).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

4.5. Xét nghiệm tiền hóa trị

- Tổng phân tích tế bào máu
- Nhóm máu ABO, Rhesus
- Đông máu toàn bộ
- Chức năng gan, chức năng thận
- X quang tim phổi thẳng
- ECG

4.6. Các phác đồ điều trị TNTC bằng MTX

- Hiệu quả điều trị thành công TNTC bằng MTX đường toàn thân là 70-95%.

a) Phác đồ đơn liều

- Tiêm bắp (TB) MTX 50 mg/m^2 bề mặt da hoặc 1 mg/kg vào ngày thứ 1 (liều 1).
- Định lượng β-hCG các ngày 4 và 7
  + Nếu β-hCG giảm ≥ 15% ngày 7 so với ngày 4: định lượng β-hCG hàng tuần cho đến khi âm tính.
  + Nếu β-hCG giảm < 15% ngày 7 so với ngày 4: MTX 50 mg/m^2 bề mặt da hoặc 1 mg/kg (TB) (liều 2) và định lượng β-hCG vào ngày 14.
- Định lượng β-hCG ngày 14
  + Nếu β-hCG giảm ≥ 15% ngày 14 so với ngày 7: định lượng β-hCG hàng tuần cho đến khi âm tính.
  + Nếu β-hCG giảm < 15% ngày 14 so với ngày 7: MTX 50 mg/m^2 bề mặt da hoặc 1 mg/kg (TB) (liều 3) vào ngày 14 và định lượng β-hCG vào ngày 21.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Sau 3 liều MTX, nếu β-hCG giảm < 15% so với lần xét nghiệm trước chuyển điều trị phẫu thuật.

b) Phác đồ liều đôi

- Liều MTX thứ 1: 50 mg/m^2 bề mặt da hoặc 1 mg/kg (TB) vào ngày thứ 1.
- Liều MTX thứ 2: 50 mg/m^2 bề mặt da hoặc 1 mg/kg (TB) vào ngày thứ 4.
- Định lượng β-hCG ngày 4 và ngày 7:
  + Nếu β-hCG giảm ≥ 15% ngày 7 so với ngày 4: định lượng β-hCG hàng tuần cho đến khi âm tính.
  + Nếu β-hCG giảm < 15% ngày 7 so với ngày 4, MTX 50 mg/m^2 bề mặt da hoặc 1 mg/kg (TB) vào ngày 7 (liều 3) và định lượng β-hCG ngày thứ 11.
- Định lượng β-hCG ngày 11
  + Nếu β-hCG giảm ≥ 15% ngày 11 so với ngày 7, định lượng β-hCG hàng tuần cho đến khi âm tính.
  + Nếu β-hCG giảm < 15% ngày 11 so với ngày 7, MTX 50 mg/m^2 bề mặt da hoặc 1 mg/kg ngày thứ 11 (TB) (liều 4) và định lượng β-hCG ngày thứ 14.
- Nếu β-hCG không giảm sau 4 liều MTX: chuyển điều trị phẫu thuật.

c) Phác đồ đa liều

- MTX liều 1mg/kg (TB) vào các ngày 1, 3, 5, 7.
- Xen kẽ acid folic liều 0,1 mg/kg (TB) vào các ngày 2, 4, 6, 8.
- Định lượng β-hCG vào các ngày tiêm MTX và tiếp tục tiêm MTX cho đến khi β-hCG giảm ≥ 15% so với lần định lượng trước đó.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Nếu β-hCG giảm ≥ 15% so với lần định lượng trước đó: ngừng tiêm MTX và định lượng β-hCG hàng tuần cho đến khi âm tính (có thể cần 1, 2, 3 hay 4 liều).
- Nếu nồng độ β-hCG không giảm sau 4 liều MTX chuyển sang phẫu thuật.

4.7. Tác dụng không mong muốn của MTX

- Triệu chứng đường tiêu hóa: buồn nôn, nôn, viêm niêm mạc miệng thường gặp sau nhiều liều MTX.
- Xuất huyết âm đạo lượng ít.
- Đau bụng thường gặp sau tiêm MTX 2-3 ngày. Nếu loại trừ đau bụng do vỡ ống dẫn trứng và huyết động học ổn định thì theo dõi hemoglobin và lượng dịch ổ bụng qua siêu âm.
- Tăng men gan thường trở về bình thường sau khi ngừng tiêm MTX.
- Rụng tóc: hiếm gặp.
- Viêm phổi: người bệnh cần báo với bác sĩ khi có sốt hoặc bất cứ triệu chứng hô hấp.

4.8. Lưu ý khi điều trị MTX

- Nên tránh các hoạt động thể lực mạnh và không quan hệ tình dục cho đến khi điều trị khỏi vì nguy cơ vỡ TNTC.
- Không nên sử dụng các thực phẩm hoặc thuốc có chứa acid folic, thuốc kháng viêm không steroid trong quá trình điều trị vì có thể làm giảm hiệu quả MTX.
- Tránh tiếp xúc ánh nắng mặt trời trong quá trình điều trị nhằm hạn chế nguy cơ viêm da do MTX.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Khuyến cáo trì hoãn mang thai ít nhất 3 tháng sau liều MTX cuối cùng.
- Siêu âm không được chỉ định thường quy để theo dõi đáp ứng điều trị.

V. ĐIỀU TRỊ TNTC KHÔNG CAN THIỆP

- Cân nhắc theo dõi đối với TNTC khi
  + β-hCG < 200 mUI/mL (88% TNTC sẽ tự thoái triển)
  + β-hCG < 1.000 mUI/mL kèm huyết động học ổn định, kích thước khối TNTC < 2 cm (77% TNTC tự thoái triển).

Tuy nhiên, cần tư vấn nguy cơ có thể vỡ khối TNTC và phải phẫu thuật.

VI. ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA TNTC TẠI ỐNG DẪN TRỨNG

6.1. PTNS bảo tồn ống dẫn trứng: xẻ ống dẫn trứng lấy khối thai, điều kiện:

- β-hCG < 5.000 mUI/mL
- Kích thước túi thai < 4 cm
- Không có tim thai
- Không có tiền sử tạo hình trên ống dẫn trứng

6.2. Phẫu thuật nội soi cắt ống dẫn trứng

- Huyết động không ổn định, có triệu chứng vỡ của khối TNTC hoặc dấu hiệu chảy máu trong ổ bụng: đau bụng nhiều, dịch ổ bụng...
- Có chống chỉ định hoặc thất bại với điều trị nội khoa MTX.
- Có chỉ định phẫu thuật đi kèm như: đoạn sản, cắt ống dẫn trứng bị ứ dịch và chuẩn bị TTTON.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

6.3. Phẫu thuật nội soi lấy khối thai hoặc xẻ/cắt xén góc tử cung trường hợp khối thai ở đoạn kẽ.

6.4. Khi người bệnh có choáng mất máu phải phẫu thuật mổ bụng hở, không thực hiện phẫu thuật nội soi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Từ Dũ (2019), Thai ngoài tử cung, "Phác đồ Bệnh viện Từ Dũ", tr.209-215.
2. ACOG (2018), "Tubal Ectopic Pregnancy, ACOG Practice Bulletin Number 193".
3. Cheng X, Tian X, Yan Z, Jia M, Deng J, Wang Y, et al (2016) "Comparison of the fertility outcome of salpin-gotomy and salpingectomy in women with tubal pregnancy: a systematic review and meta-analysis". PLoS One, 11:e(0152343).
4. Hamed HO, Ahmed SR, Alghasham AA. (2012) "Comparison of double- and single-dose methotrexate protocols for treatment of ectopic pregnancy", Int J Gynaecol Obstet, (116):67-71.
5. Mcgraw - Hill (2009), "Ectopic Pregnancy", Williams Obstetrics, 23th edition, New York.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

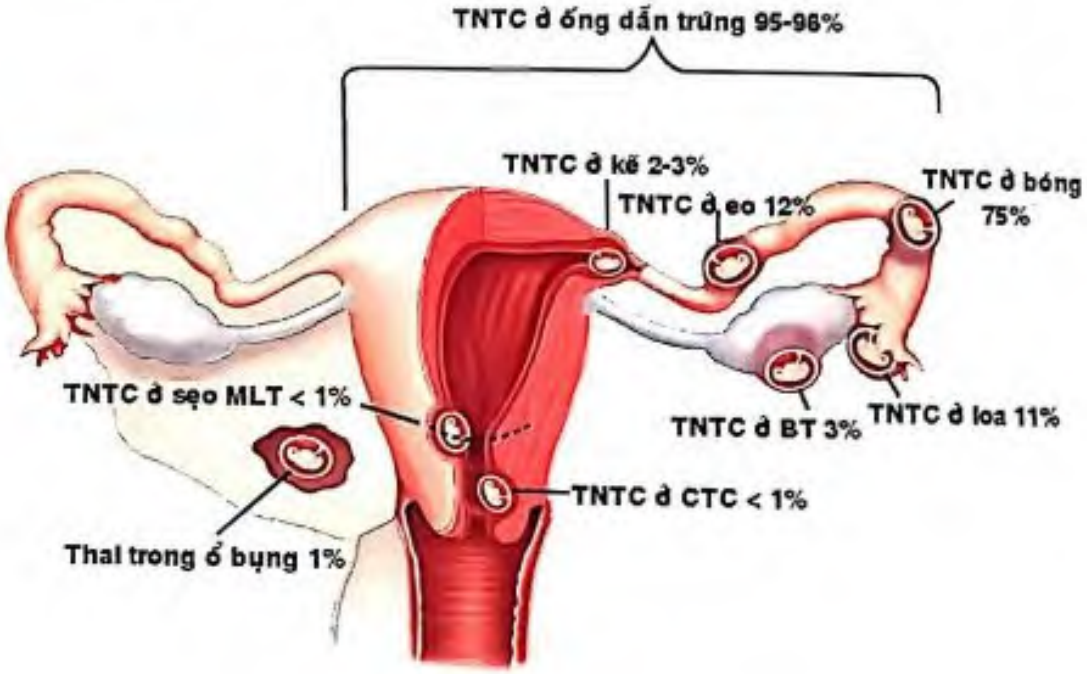
57 THAI Ở SẸO MỔ LẤY THAI

I. ĐỊNH NGHĨA

Thai ở sẹo mổ lấy thai (TOSMLT) là một dạng thai ngoài tử cung do thai làm tổ trong vết sẹo mổ trên cơ tử cung.

II. XUẤT ĐỘ

- Xuất độ: 1/1.800-1/2.500 tổng số sinh. Độ xuất hiện có khuynh hướng tăng dần.
- TOSMLT chiếm tỷ lệ < 1% các trường hợp thai ngoài tử cung (TNTC).



Hình 1. Các vị trí thai ngoài tử cung.
Nguồn Cunningham FG, Leveno KJ. Williams Obstetrics, 23 edition, 2010

Được quét bằng CamScanner

III. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Tiền căn mổ lấy thai
- Tiền sử nhau bám chặt
- Tiền căn phẫu thuật trên cơ tử cung: bóc u xơ cơ tử cung, may tái tạo tử cung, nhau cài răng lược được điều trị bảo tồn ở lần sinh trước
- Thai ngoài tử cung
- Thụ tinh trong ống nghiệm
- Tiền sử nạo phá thai nhiều lần

IV. CHẨN ĐOÁN

Phát hiện sớm thai ở sẹo mổ lấy thai giúp điều trị bảo tồn khả năng sinh sản.

4.1. Lâm sàng

- Tam chứng cổ điển

+ Trễ kinh

+ Ra huyết âm đạo bất thường (33-44%)

+ Đau bụng (25%)

Khoảng 50% người bệnh không có triệu chứng, chỉ phát hiện qua siêu âm.

Do không có triệu chứng và dấu hiệu chuyên biệt báo động nên chẩn đoán có thể chậm trễ, có thể dẫn đến hậu quả phát hiện và xử trí muộn hay thai tiến triển gây vỡ tử cung.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

4.2. Cận lâm sàng

a) Siêu âm ngả âm đạo kết hợp với Doppler

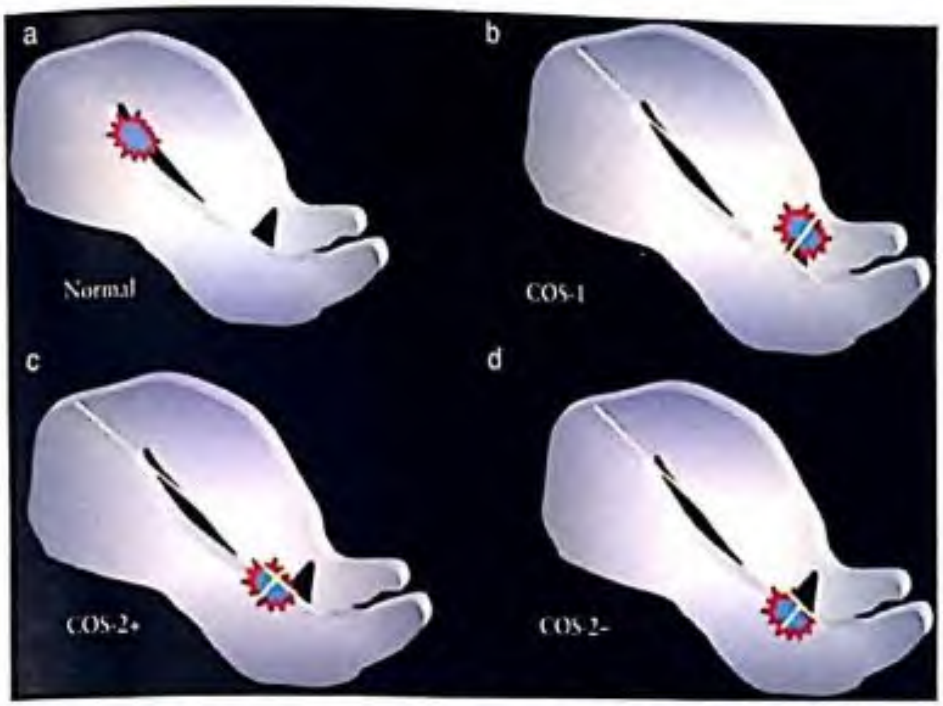
- Túi thai nằm giữa bàng quang và phần trước đoạn eo tử cung, lớp cơ tử cung giữa bàng quang và túi thai không có hay rất mỏng (1-3 mm).
- Với siêu âm 3D Doppler có phình mạch máu quanh túi thai, có hình ảnh mất liên tục của vách trước tử cung trên mặt cắt ngang qua túi ối.
- Buồng tử cung không có hình ảnh túi thai.
- Kênh cổ tử cung không có hình ảnh túi thai.

Để phân nhóm TOSMLT có một khái niệm trong hình ảnh siêu âm tam cá nguyệt đầu đó là Crossover sign (COS). Trong mặt cắt dọc giữa của siêu âm tử cung, so sánh đường thẳng nối từ lỗ trong cổ tử cung đến đáy tử cung chứa nội mạc tử cung và đường kính trước sau túi thai:

+ COS-1: túi thai xâm lấn vào sẹo mổ và mặt trước cơ tử cung, lớn hơn 2/3 đường kính trước sau túi thai nằm phía trên đường nối nội mạc tử cung.
+ COS-2: túi thai xâm lấn vào sẹo mổ và mặt trước cơ tử cung, nhỏ hơn 2/3 đường kính trước sau túi thai nằm phía trên đường nối nội mạc tử cung. Trong đó, lại chia ra:
  - COS-2- có sự giao nhau của đường kính trước sau túi thai và đường nối nội mạc tử cung.
  - COS-2+ không có sự giao nhau của đường kính trước sau túi thai và đường nối nội mạc tử cung.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner



Hình 2. Mô phỏng mối liên hệ giữa túi thai ngoài tử cung, sẹo mổ cũ và nội mạc tử cung mặt trước thân tử cung trong dấu hiệu COS trên siêu âm.

Chẩn đoán chính xác giúp tránh sai sót khi nhầm lẫn với thai trong tử cung dẫn đến can thiệp nong nạo gây xuất huyết ồ ạt cần phẫu thuật khẩn cấp.

b) β-hCG: dương tính (trong trường hợp âm tính cũng không thể loại trừ).

c) Siêu âm 3D và MRI (trong những trường hợp khó).

4.3. Chẩn đoán phân biệt

- Thai trong tử cung
- Sẩy thai và khối thai tụt xuống ngang vết mổ lấy thai (trên siêu âm màu sẩy thai không có mạch máu quanh thai)
- Thai ở cổ tử cung (bảng 1)
- U nguyên bào nuôi (hiếm)

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Bảng 1. Chẩn đoán thai ngoài tử cung ở cổ tử cung

Tiêu chuẩn lâm sàng	Tiêu chuẩn siêu âm
1. Tử cung nhỏ, cổ tử cung phình to.	1. Buồng tử cung trống chỉ có túi thai giả
2. Lỗ trong cổ tử cung không nở to.	2. Nội mạc tử cung giả màng rụng dày
3. Nạo nội mạc tử cung không có mô nhau.	3. Cấu trúc thành tử cung lan tỏa
4. Lỗ ngoài cổ tử cung mở to hơn sẩy thai	4. Tử cung hình đồng hồ cát
	5. Cổ tử cung phình to
	6. Có túi thai trong kênh tử cung
	7. Có mô nhau tại cổ tử cung trong
	8. Lỗ trong cổ tử cung đóng kín

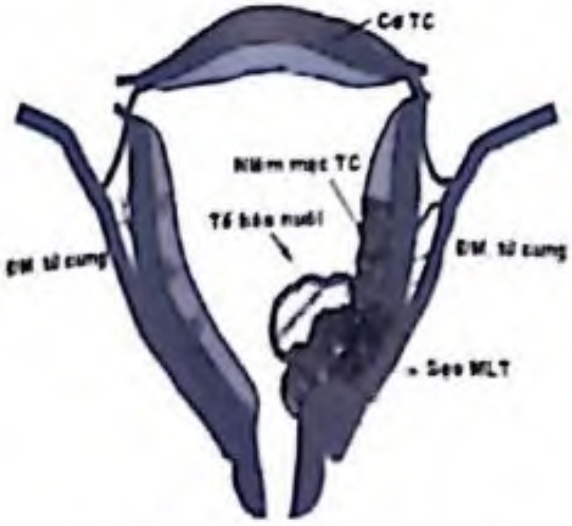
V. DIỄN TIẾN

TOSMLT diễn tiến thành 2 loại:

- Loại I (COS-2): túi thai phát triển hướng vào trong eo tử cung hay buồng tử cung, có thể tiến triển đến sinh sống, nhưng có nguy cơ xuất huyết ồ ạt nơi nhau bám (hình 3).
- Loại II (COS-1): túi thai cắm sâu trong khe hở sẹo mổ lấy thai (MLT) và tiến triển gây vỡ tử cung trong 3 tháng đầu và xuất huyết ồ ạt nguy hiểm tính mạng (hình 4).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner



Hình 3. Thai phát triển vào buồng TC

Hình 4. Túi thai bám sâu trong sẹo MLT, gây vỡ TC sớm

VI. ĐIỀU TRỊ

Khuynh hướng hiện nay là điều trị bảo tồn nội khoa và can thiệp ngoại khoa tối thiểu nhằm kết thúc thai kỳ sớm, nhờ đó tránh phải phẫu thuật lớn và bảo tồn khả năng sinh sản.

6.1. Nguyên tắc điều trị

- Ngưng hoạt động tim thai và loại bỏ túi thai.
- Bảo tồn khả năng sinh sản (nếu đủ điều kiện).
- Tùy theo mức độ khẩn cấp của diễn tiến bệnh mà có biện pháp điều trị phù hợp.
  + Nếu xuất huyết ồ ạt: cần can thiệp phẫu thuật cấp cứu, có khả năng phải cắt tử cung để cầm máu.
  + Nếu tình trạng ổn định, không xuất huyết hay lượng ít: có nhiều phương pháp điều trị.
- Không được can thiệp ban đầu bằng nong và nạo vì nguy cơ xuất huyết ồ ạt.
- Điều trị ban đầu với MTX tại chỗ kết hợp với toàn thân cho kết quả tốt hơn.

Được quét bằng CamScanner
Được quét bằng CamScanner

6.2. Điều trị nội khoa

6.2.1. Điều trị với Methotrexate (MTX)

a) Chỉ định: các trường hợp thai < 14 tuần, huyết động ổn định và không chống chỉ định dùng MTX.

- Thai lưu ≤ 8 tuần, β-hCG tăng: MTX 50 mg, tiêm bắp (TB).
- Thai chưa có tim thai: dưới hướng dẫn siêu âm ngả âm đạo hút trọn phôi thai, hút hết nước ối và tiêm MTX 25 mg quanh túi thai và 25 mg TB (tổng liều 50 mg/m^2 diện tích da).
- Thai có hoạt động tim thai: hủy thai bằng hút trọn phôi thai (thai < 9 tuần) hoặc hút mô buồng tim thai (thai > 9 tuần) hoặc tiêm MTX 25 mg (hoặc KCl) vào tim thai, phối hợp MTX 25 mg tiêm vị trí bánh nhau. Sau 60-90 phút siêu âm kiểm tra xác định đã mất tim thai và xem có xuất huyết tại chỗ hay không, tiêm bắp 25 mg MTX (tổng liều 75 mg MTX).

b) Chống chỉ định điều trị MTX (xem phác đồ "Thai ngoài tử cung").

c) Bilan xét nghiệm trước điều trị bằng MTX (xem phác đồ "Thai ngoài tử cung").

d) Sau thủ thuật: cần sử dụng kháng sinh, thuốc gò tử cung, cầm máu:

- Kháng sinh: Ceftriaxone 1 g 1 lọ x 2 tiêm tĩnh mạch trong 2 ngày, sau đó chuyển qua Cephalosporin thế hệ 3 phối hợp với Metronidazole 250 mg 2 viên (uống) x 2 lần/ngày trong 7 ngày.
- Thuốc hỗ trợ:

  + Oxytocin 5 đơn vị (TB 2 lần/ngày đến khi xuất viện).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Thuốc cầm máu: Acid Tranexamic 500 mg 1 viên (uống) x 2 lần/ngày x 5 ngày.

+ Hướng dẫn người bệnh hạn chế vận động, nên nằm nghỉ.

e) Tiêu chuẩn điều trị ngoại trú

Có đầy đủ tiêu chuẩn sau:

- Lâm sàng ổn định, không đau bụng, hết ra huyết âm đạo
- Kích thước khối thai < 5 cm
- β-hCG giảm trên > 30% so với β-hCG trước thủ thuật
- Giảm tăng sinh mạch máu
- Có khả năng theo dõi và người bệnh tuân thủ theo dõi, có thể đến bệnh viện nhanh chóng khi có chảy máu

f) Theo dõi ngoại trú cần lưu ý

Theo dõi β-hCG và siêu âm Doppler.

- β-hCG: giảm > 15%: theo dõi mỗi tuần trong 3 tuần liên tiếp, sau đó mỗi tháng đến khi β-hCG âm tính. Nếu giảm < 15%: nhập viện tiêm MTX liều 2 (1 mg/kg).
- Siêu âm: khối thai và tăng sinh mạch máu mỗi tuần trong 3 tuần, sau đó siêu âm mỗi tháng đến khi: kích thước túi thai không quan sát được và chỉ số tưới máu giảm.

  + Đường kính khối thai < 5-7 cm: theo dõi đến khi không còn.

  + Đường kính khối thai > 7 cm hoặc khối thai tăng: nhập viện phối hợp thuyên tắc chọn lọc động mạch tử cung nuôi khối thai hay phẫu thuật tùy từng trường hợp cụ thể.

  + Nếu tăng sinh mạch máu nhiều: nhập viện phối hợp thuyên tắc động mạch tử cung chọn lọc.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

g) Tư vấn

- Không được vận động mạnh, không quan hệ tình dục, hạn chế đi lại cho đến khi khối TOSMLT bị tiêu hoàn toàn.

- Nhập viện ngay khi có chảy máu trung bình/nhiều, β-hCG tăng, thể tích khối thai tăng hay có gia tăng tưới máu.

h) Thận trọng trong thăm khám, chăm sóc: thăm khám nhẹ nhàng tránh làm vỡ khối thai và gây xuất huyết ồ ạt cần phẫu thuật cấp cứu.

Sau điều trị MTX đa số người bệnh hồi phục hoàn toàn không cần can thiệp thêm và đa số không có tác dụng phụ.

6.2.2. Siêu âm tập trung cường độ cao (high-intensity focused ultrasound - HIFU)

6.3. Điều trị ngoại khoa

6.3.1. Nong nạo

- Chỉ định:

  + Một số ít trường hợp β-hCG < 2.000 mUI/mL sau khi điều trị MTX, chảy máu khối thai sẩy hoặc khối thai không giảm kích thước.

  + Phân độ trên siêu âm là COS-2-

- Nong nạo không nên là điều trị đầu tiên vì có nguy cơ thủng tử cung và xuất huyết ồ ạt cần phẫu thuật cấp cứu cắt tử cung.

- Cần tư vấn nguy cơ thủng tử cung, tổn thương bàng quang, niệu quản phải chuyển phẫu thuật nếu cần thiết, chuẩn bị máu, dịch truyền trước thủ thuật.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Kỹ thuật: sử dụng Karman 1 van, đặt vị trí ống hút số 6 hay số 8 phía trên vết mổ cũ, hút nhẹ nhàng (tránh hút ngay vết mổ cũ vì nguy cơ tổn thương vết mổ cũ vốn rất mỏng và nhau đã xâm lấn nhiều), hút vừa đủ mô (mục tiêu là giảm thể tích khối thai không cố gắng lấy hết toàn bộ).
- Khi có chảy máu trung bình/nhiều đặt bóng chèn bơm 20-30 mL nước muối sinh lý có hiệu quả cầm máu. Rút bóng chèn sau 12-24 giờ.

6.3.2. Đặt foley kết hợp với hút thai

- Chỉ định: TOSMLT có tuổi thai ≤ 8 tuần.
- Đặt foley để đẩy khối thai tách khỏi vết mổ:
  + Thực hiện dưới hướng dẫn siêu âm.
  + Ống foley sử dụng 14 hoặc 16.
  + Bơm 20-25 mL nước cất để đẩy khối thai lên và foley ép vào vết mổ.
  + Nếu foley rơi trước 6 giờ và chưa có dấu hiệu sẩy: đặt lại foley lần 2 và chèn 1 tampon. Nếu foley rơi sau 6 giờ kèm dấu hiệu sẩy thai: tiến hành hút thai
  + Lưu foley 24 giờ
  + Sử dụng kháng sinh ngay sau khi đặt foley.
  + Sau 24 giờ rút foley và hút thai dưới hướng dẫn siêu âm:
    - Sử dụng Karman 1 van và ống hút số 6.
    - Chừa một ít mô nhau ở vị trí vết mổ cũ, không cố gắng lấy hết hay hút sạch vì có nguy cơ tổn thương cơ tử cung gây chảy máu nhiều.
    - Thuốc gò tử cung: Oxytocin 5 đơn vị, 2 ống tiêm bắp và Misoprostol 200 mcg x 3 viên đặt trực tràng.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Nếu tình trạng bệnh ổn sau 48 giờ được xuất viện cho theo dõi ngoại trú

- Theo dõi ngoại trú:

  + Người bệnh được hẹn tái khám mỗi tuần trong 3 tuần đầu, sau đó mỗi tháng cho đến khi mất khối thai, β-hCG âm tính, không có tăng sinh mạch máu.

  + Dặn dò người bệnh không làm việc nặng, không đi lại nhiều, không giao hợp.

  + Tái khám theo hẹn hoặc khi đau bụng nhiều hoặc ra huyết âm đạo nhiều (2 băng vệ sinh mỗi giờ trong 2 giờ).

- Dấu hiệu người bệnh phải nhập viện lại:

  + β-hCG tăng.

  + Kích thước khối echo hỗn hợp ở sẹo mổ lấy thai tăng.

  + Tăng sinh mạch máu nhiều.

6.3.3. Phẫu thuật

- Chỉ định: khi có 1 trong 3 yếu tố:

  + Tuổi thai ≥ 14 tuần

  + Người bệnh > 40 tuổi và không có nguyện vọng sinh sản.

  + Huyết động không ổn định, xuất huyết nhiều, có thể có choáng hay không.

- Phẫu thuật thường khó khăn vì khối nhau có thể xâm lấn bàng quang. Cần tư vấn nguy cơ tổn thương bàng quang, niệu quản. Chuẩn bị máu, dịch truyền trước phẫu thuật.

- Phẫu thuật mở bụng cắt bỏ khối thai và bảo tồn nếu được, hoặc cắt tử cung hoàn toàn. Phẫu thuật phải được thực hiện bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

6.4. Phối hợp nhiều kỹ thuật

Tùy theo mức phức tạp đã có nhiều biện pháp điều trị phối hợp để có kết quả tốt.

6.4.1. MTX tại chỗ + toàn thân và nong nạo

Nong nạo chỉ áp dụng cho các trường hợp ổn định, β-hCG < 2.000 mUI/mL có chảy máu và khối thai sẩy.

6.4.2. MTX tại chỗ/toàn thân + thuyên tắc động mạch tử cung

Có hiệu quả cao trong các trường hợp khối thai to có nhiều mạch máu. Đặc biệt cho các trường hợp rong huyết kéo dài sau điều trị MTX, khối thai đã giảm kích thước và β-hCG giảm về mức bình thường nhưng không hết triệu chứng rong huyết, có thể tồn tại thông nối động tĩnh mạch vùng sẹo.

6.4.3. MTX trong lúc làm thuyên tắc động mạch tử cung

Phương pháp này đã được Shen L. và cộng sự báo cáo có kết quả khả quan, chỉ có 1 ca phải cắt tử cung trên tổng số 45 ca.

6.4.4. Thuyên tắc động mạch tử cung + phẫu thuật

Nhằm hạn chế chảy máu, Yang và Yeng đề xuất kết hợp thuyên tắc động mạch tử cung chọn lọc trước phẫu thuật để giảm tai biến và bảo tồn khả năng sinh sản.

6.4.5. Chờ đợi không can thiệp và theo dõi

Với TOSMLT là thai lưu < 8 tuần, tổng trạng ổn định, β-hCG < 1.000 mUI/mL giảm đều: chỉ cần theo dõi, không cần can thiệp, khối thai sẽ tự hủy theo thời gian vài tuần tới vài tháng.

Nếu β-hCG tăng lại hay không giảm: cần can thiệp nội khoa hay ngoại khoa tùy từng trường hợp. Nếu cần có thể cần nội soi buồng tử cung đánh giá lại sang thương.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

6.5. Ngừa thai sau TOSMLT và khuyến cáo thai kỳ sau

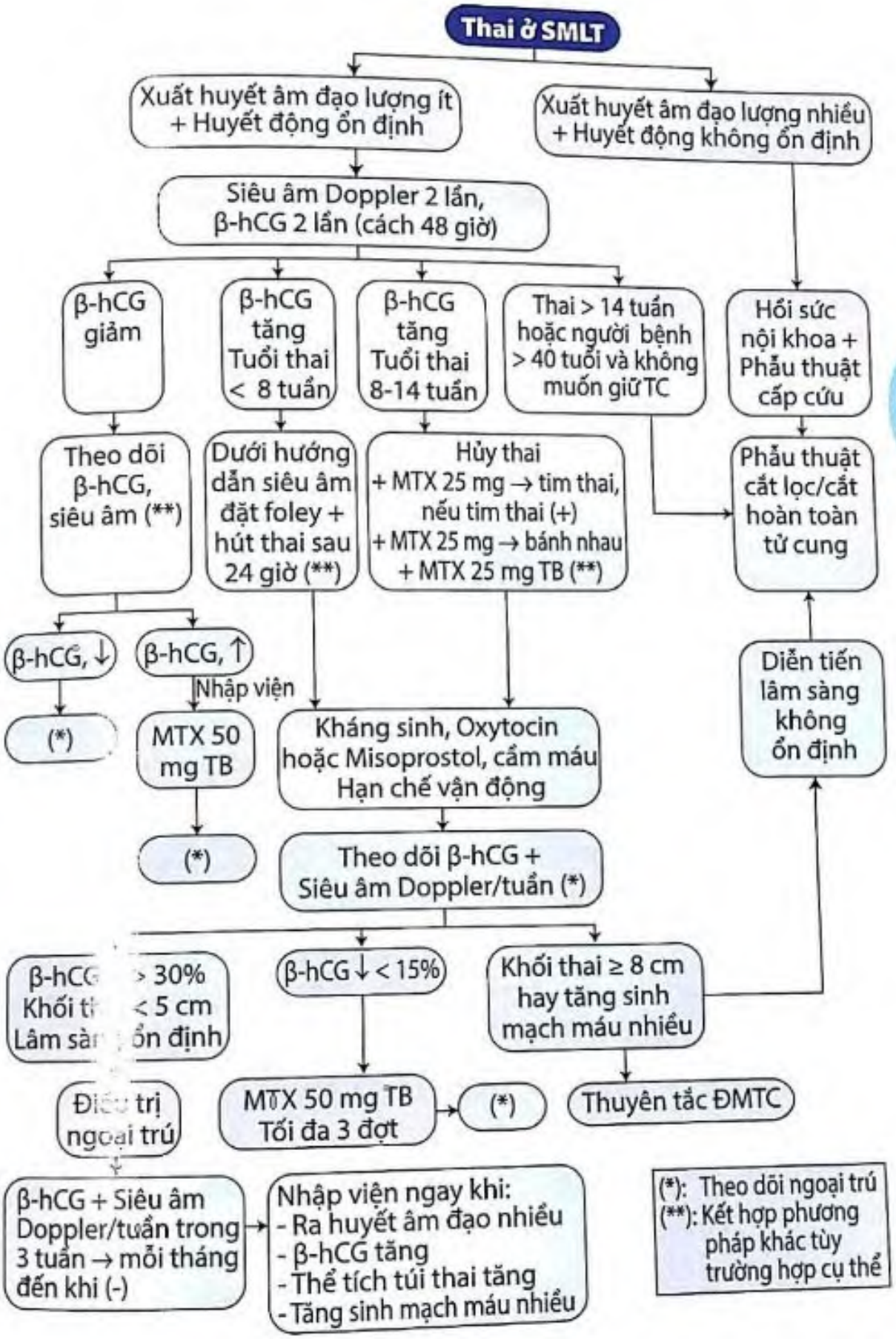
- Ngừa thai ít nhất 12 tới 24 tháng, không sử dụng dụng cụ tử cung
- Ở thai kỳ sau: mổ lấy thai chủ động khi thai đủ trưởng thành.

VII. TAI BIẾN THEO PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

- MTX tiêm bắp (62,1%)
- Nong và nạo (61,9%)
- Thuyên tắc động mạch tử cung (46,9%)
- Soi buồng tử cung (18,4%)
- MTX tại chỗ/vào thai + toàn thân (9,7%)

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner



Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Larsen JV, Solomon MH (1978), Pregnancy in a uterine scar sacculus-an unusual cause of postabortal haemorrhage. A case report. S Afr Med J 53(4):142.
2. Graesslin O, Dedecker F Jr., Quereux C, Gabriel R. (2005), Conservative treatment of ectopic pregnancy in a cesarean scar. Obstet Gynecol 2005; 105:869–871. http://www.jultrasoundmed.org/search?author1=Ron+Maymon&sortspec=date&submit=Submit
3. Maymon, et al (2011), Fertility performance and obstetric outcomes among women with previous cesarean scar pregnancy, J. Ultrasound Med. 2011;30:1179-1184.
4. Timor-Tritsch (2012), Early placenta accreta and cesarean section scar pregnancy: a review. Am J Obstet Gynecol.
5. Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, Lawrence A, Salim R, Elson CJ (2003), First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar. Ultrasound Obstet Gynecol 2003; 21:220–227.
6. Rotas MA, Haberman S, Levgur M (2006), Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. Obstet Gynecol 2006; 107:1373–1381.
7. Ash A, Smith A, Maxwell D (2007), Caesarean scar pregnancy. BJOG 2007; 114:253–263.
8. Seow KM, Huang LW, Lin YH, Lin MY, Tsai YL, Hwang JL (2004), Cesarean scar pregnancy: issues in management. Ultrasound Obstet Gynecol 2004; 23:247–253.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

9. Fylstra DL, Pound-Chang T, Miller MG, Cooper A, Miller KM (2002), Ectopic pregnancy within a cesarean delivery scar: a case report. Am J Obstet Gynecol 2002; 187:302–304.

10. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Santos R, et al (2012), The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2012;207:44.e1-13.

11. Shih JC (2004), Cesarean scar pregnancy: diagnosis with three-dimensional (3D) ultrasound and 3D power Doppler ultrasound. Obstet Gynecol, 2004, 23, 306–307.

12. Williams Obstetrics (2010), 23ed, Ch10. Ectopic Pregnancy

13. Salomon LJ, Fernandez H, Chauveaud A, Doumerc S and Frydman R (2003), Successful management of a heterotopic caesarean scar pregnancy: potassium chloride injection with preservation of the intrauterine gestation: case report. Hum Reprod, 2003, 18, 189–191.

14. Howe RS (1993), Third-trimester uterine rupture following hysteroscopic uterine perforation. Obstet Gynecol 1993; 81:827–829.

15. Vial Y, Petignat P, Hohlfeld P (2000), Pregnancy in a cesarean scar. Ultrasound Obstet Gynecol 2000; 16:592–593. http://www.jultrasoundmed.org/external-ref?access_num=11169360&link_type=MED

16. Godin PA, Bassil S and Donnez J (1997), An ectopic pregnancy developing in a previous caesarian section scar. Fertil Steril, 1997, 67, 398–400.

17. G. Cali et al, (2017). "Natural history of Cesarean scar pregnancy on prenatal ultrasound: the crossover sign". Ultrasound Obstet Gynecol 2017; 50: 100-104.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

18. Jurkovic D, Hillaby K (2003),"First-trimester diagnosis and management of pregnancies im-planted into the lower uterine segment cesarean section scar". Ultrasound Obstet Gynecol;21: pp 220.

19. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A (2016),"A new minimally invasive treatment for cesarean scar pregnancy and cervical pregnancy". Am J Obstet Gynecol. 2016 Mar 12. pii: S0002-9378(16)00472-5.

20. Xiao J, Zhang S, Wang F, Wang Y, Shi Z, Zhou X, et al (2014), Cesarean scar pregnancy: noninvasive and effective treatment with high-intensity focused ultrasound. Am J Obstet Gynecol 2014;211:356.e1–7.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

TIẾP CẬN XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG TRONG ĐỘ TUỔI SINH SẢN

58

PHỤ KHOA 2

I. ĐẠI CƯƠNG

Xuất huyết tử cung bất thường (Abnormal uterine bleeding - AUB) là bệnh lý phụ khoa thường xảy ra độ tuổi sinh sản, chiếm tỷ lệ 3-30%, có thể do nguyên nhân thực thể hay chức năng.

FIGO 2018 có 2 hệ thống phân loại AUB:

+ Hệ thống 1: Định nghĩa xuất huyết tử cung bất thường.

+ Hệ thống 2: Phân loại nguyên nhân gây xuất huyết tử cung bất thường (PALM - COEIN).

II. ĐỊNH NGHĨA XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG

AUB mãn tính: chảy máu trong lòng tử cung trong 6 tháng gần nhất với sự bất thường về số lượng, thời gian ra máu, tần suất và mất tính chu kỳ kinh.

AUB cấp tính: chảy máu ở phụ nữ độ tuổi sinh sản, không có thai, mức độ nặng, cần can thiệp nhanh để hạn chế lượng máu mất.

Đặc điểm	Bình thường	Bất thường
Tần suất	≥ 24 và ≤ 38 ngày	Vô kinh Chảy máu kinh không thường xuyên (> 38 ngày) Chảy máu kinh thường xuyên (< 24 ngày)
Thời gian hành kinh	≤ 8 ngày	Kéo dài > 8 ngày

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Đặc điểm	Bình thường	Bất thường
Sự đều đặn (sự thay đổi về độ dài giữa 2 chu kỳ)	Đều (18-25 tuổi và 42-45 tuổi: ≤ 9 ngày; 26-41 tuổi: ≤ 7 ngày)	Không đều (sự thay đổi ≥ 8-10 ngày)
Thể tích máu (theo đánh giá của người bệnh)	5-80 mL	Ít < 5 mL Nhiều > 80 mL
Xuất huyết giữa chu kỳ	Không có	Chảy máu bất thường giữa 2 chu kỳ (đầu, giữa, cuối chu kỳ)

III. NGUYÊN NHÂN (PHÂN LOẠI PALM - COEIN, FIGO 2018)

Nguyên nhân thuộc về cấu trúc	Nguyên nhân không thuộc cấu trúc
Polyps (AUB - P)	**C**oagulopathy (AUB - C) Bệnh lý về đông máu
Adenomyosis (AUB - A) Bệnh lý lạc tuyến trong cơ tử cung	**O**vulatory dysfuntion (AUB - O) Rối loạn chức năng phóng noãn
Leiomyomas (AUB - L) U xơ cơ tử cung (UXCTC)	**E**ndometrial disorders (AUB - E) Rối loạn chức năng cầm máu nội mạc tử cung
Malignancy & Hyperplasia (AUB -M) Bệnh lý ác tính và tăng sinh nội mạc tử cung	**I**atrogenic (AUB - I) Do thuốc

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Nguyên nhân thuộc về cấu trúc	Nguyên nhân không thuộc cấu trúc
	Not otherwise classified Chưa phân loại

SM-submucous (UXCTC dưới niêm mạc)	0	UXCTC dưới niêm mạc có cuống
	1	< 50% trong cơ
	2	≥ 50% trong cơ
	3	100% trong cơ, có tiếp xúc nội mạc tử cung
O-other (UXCTC ở vị trí khác)	4	UXCTC trong cơ
	5	Dưới thanh mạc ≥ 50% trong cơ
	6	Dưới thanh mạc < 50% trong cơ
	7	Dưới thanh mạc có cuống
	8	Cổ tử cung, dây chằng rộng
H-hybrid	2-5	<50% dưới thanh mạc và <50% dưới niêm mạc

Phân loại u xơ cơ tử cung theo FIGO 2011

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

IV. TIẾP CẬN XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG

Hỏi bệnh sử và khám lâm sàng cẩn thận giúp tìm ra nguyên nhân của AUB và định hướng cho các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán nguyên nhân.

Các xét nghiệm cận lâm sàng:

+ β-hCG để loại trừ có thai.

+ Tổng phân tích tế bào máu (nếu cần).

+ Nội tiết: tùy theo các dấu hiệu tìm thấy thông qua hỏi bệnh sử và khám thực thể, bao gồm: chức năng tuyến giáp, prolactin, testosterone, FSH hay LH, estrogen.

+ Đông máu: khuyến cáo cho các trường hợp có tiền sử AUB nặng lúc mới dậy thì, bản thân hay gia đình có tiền sử chảy máu bất thường.

+ Tầm soát ung thư cổ tử cung.

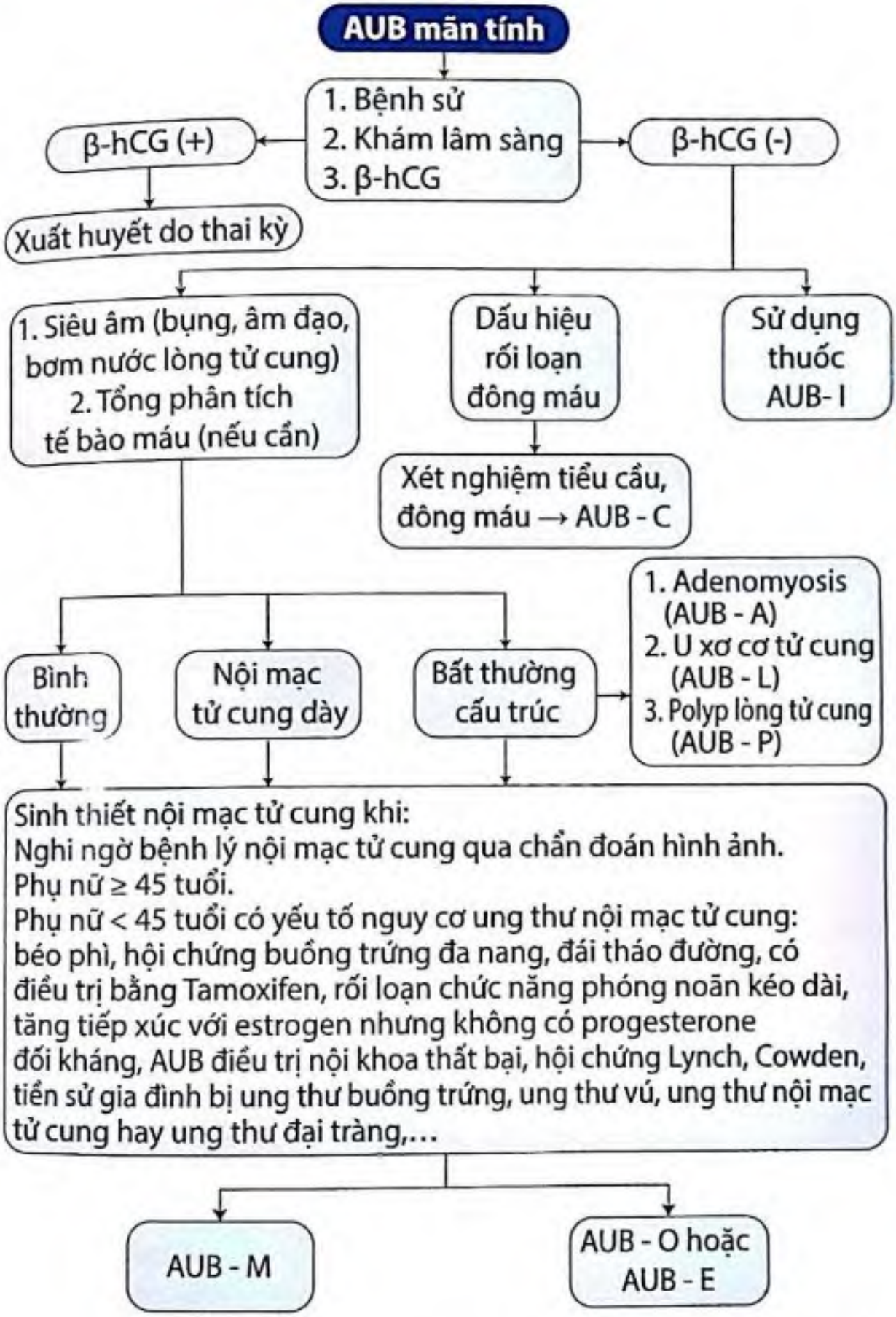
+ Sinh thiết nội mạc tử cung.

+ Xét nghiệm hình ảnh: siêu âm đầu dò bụng - âm đạo, siêu âm bơm nước buồng tử cung, MRI...

+ Nội soi buồng tử cung chẩn đoán.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner



Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

Tăng sinh NMTC gây nên do có sự kích thích của estrogen lên NMTC mà không có tác dụng đối kháng của progesterone. Do đó ta thường gặp tăng sinh NMTC ở các nhóm sau:

2.1. Tuổi dậy thì (do chu kỳ không phóng noãn)

2.2. Phụ nữ trẻ, tiền MK, quanh MK (do suy giảm progesterone của hoàng thể)

- Nội sinh: phụ nữ béo phì, bướu BT sản xuất estrogen, thiểu năng BT, hội chứng BT đa nang.
- Ngoại sinh: điều trị nội tiết estrogen đơn thuần.
- Các bệnh lý đi kèm như tiểu đường, tăng huyết áp.

2.3. Hậu mãn kinh

- Điều trị nội tiết estrogen đơn thuần trong thời kỳ hậu MK.
- Cũng có thể do estrogen nội sinh.
- Do thuốc: Tamoxifen.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Triệu chứng

Xuất huyết tử cung bất thường, thường đi kèm với đau co thắt vùng bụng dưới.

3.2. Khám

- Âm đạo có huyết từ buồng TC.
- Có thể phát hiện đi kèm cùng bướu BT, buồng trứng đa nang, tăng sinh tuyến thượng thận.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3.3. Cận lâm sàng

3.3.1. Siêu âm

- Tăng sinh NMTC tạo ra vùng echo dày, đồng nhất, bờ nhẵn trong buồng tử cung, có độ dày ≥ 4 mm (mãn kinh) và đầu chu kỳ kinh > 9 mm.
- Có thể phát hiện UNBT, BT đa nang.

3.3.2. Nạo sinh thiết

- Tăng sinh NMTC là chẩn đoán của GPB trên vi thể nên nạo sinh thiết giúp chẩn đoán rõ ràng dạng tăng sinh.
- Tuy vậy, nạo sinh thiết (NST) không phải luôn luôn cho chẩn đoán chính xác. Có một số ung thư NMTC biệt hóa cao không chẩn đoán được qua NST (cùng tồn tại với tăng sinh NMTC không điển hình).

3.3.3. Soi buồng tử cung

- Có thể thấy những hình ảnh như NMTC dày lên, có những đường viền, rãnh sung huyết, những nhú nội mạc bờ dày không đều. Tăng sinh NMTC có 2 dạng

  + Tăng sinh khu trú.

  + Tăng sinh toàn diện: toàn bộ NMTC dầy.
- Soi buồng tử cung có thể giúp hướng dẫn việc nạo sinh thiết một cách chính xác.

IV. XỬ TRÍ

Phụ thuộc vào tuổi, giải phẫu bệnh, dấu hiệu lâm sàng, mong muốn có con.

4.1. Mục đích điều trị

- Đối với bệnh lý tăng sinh NMTC đơn giản hay phức tạp, điển hình: kiểm soát xuất huyết bất thường và ngăn ngừa diễn tiến thành ung thư NMTC.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Tăng sinh NMTC không điển hình: cần điều trị triệt để bao gồm phẫu thuật (do nguy cơ ung thư NMTC cao).

Lưu ý

- Nhiều loại tăng sinh khác nhau có thể cùng hiện diện ở nội mạc và cùng đi kèm với ung thư NMTC.
- Điều kiện đầu tiên trong điều trị bảo tồn là mẫu nạo sinh thiết đã được lấy cẩn thận không bỏ sót tổn thương.
- Có thể điều trị ở tất cả thời điểm vì điều trị ở giai đoạn sớm tình trạng tăng sinh không điển hình cũng có thể thoái triển.

4.2. Nhóm trẻ tuổi và chưa mãn kinh

a) Tăng sinh điển hình

- Thuốc ngừa thai phối hợp chu kỳ ít nhất 6 chu kỳ/6 tháng.
- Progestins nên liên tục ít nhất 12-14 ngày/tháng x 3-6 tháng.
  + MPA (Medroxyprogesterone acetate) 10 mg/ ngày.
  + Micronized progesterone 200 mg/ngày.
  + Norethindrone acetate 5-15 mg/ ngày.
  + Depot medroxyprogesterone acetate 150 mg TB mỗi 3 tháng.
  + Đặt dụng cụ tử cung chứa nội tiết (Levonorgestrel) đối với người bệnh muốn ngừa thai.
- Sau đó
  + Theo dõi các biểu hiện trở lại bình thường của chu kỳ kinh nguyệt và rụng trứng.
  + Nếu muốn có thai → kích thích phóng noãn.
  + Sinh thiết NMTC khi có xuất huyết tử cung bất thường.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

b) Tăng sinh không điển hình

- Người bệnh còn muốn sinh
  + Thuốc ngừa thai phối hợp.
  + Progestins: Megestrol (80-160 mg/ngày), MPA, Depot medroxyprogesterone acetate 150 mg tiêm bắp hoặc vòng tránh thai chứa progestin.
  + Sinh thiết NMTC đánh giá điều trị sau 3 tháng, nếu bệnh lý còn tồn tại → tăng liều cao hơn. Thời gian thoái triển trung bình khi điều trị progestin được ghi nhận khoảng 9 tháng. Nếu bệnh lý vẫn còn tồn tại sau 7-9 tháng điều trị → tiên lượng điều trị nội khoa thất bại cao (có chỉ định cắt tử cung).
- Khi mẫu sinh thiết không còn dấu hiệu bệnh, khuyên người bệnh có thai sớm. Nếu chưa muốn có thai cần tiếp tục duy trì điều trị và sinh thiết NMTC mỗi 6-12 tháng.
- Cắt tử cung có chỉ định đối với
  + Người bệnh đủ con không muốn sinh thêm.
  + Người bệnh không muốn hoặc không thể theo dõi bằng phương pháp nội khoa và sinh thiết NMTC theo lịch hẹn.
  + Xuất huyết tử cung trầm trọng.

4.3. Nhóm tuổi mãn kinh

a) Tăng sinh điển hình

- Đang điều trị nội tiết thay thế thì chỉ cần ngưng thuốc.
- Có bướu buồng trứng → phẫu thuật.
- Điều trị progestin liên tục 3 tháng, sau đó sinh thiết NMTC đánh giá điều trị ngay khi ngưng thuốc và lặp lại sau 6-12 tháng.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Người bệnh còn ra huyết bất thường và kết quả nạo sinh thiết còn tồn tại bệnh → cắt tử cung.
- Người bệnh bị các vấn đề nội khoa nặng không thể phẫu thuật cũng có thể điều trị với Progestins.

b) Tăng sinh không điển hình

- Phương pháp điều trị thích hợp nhất là cắt tử cung.
- Nếu chưa thực hiện được phẫu thuật có thể điều trị progestin liên tục hoặc đặt dụng cụ tử cung chứa progestin sau khi sinh thiết NMTC cẩn thận dưới nội soi BTC để loại trừ ung thư NMTC.
- Mẫu sinh thiết cần làm lại sau 3 tháng điều trị và sau đó mỗi 6-12 tháng.

c) Các phương pháp khác

- GnRH đồng vận: gây tình trạng mãn kinh giả có hiệu quả với tăng sinh NMTC điển hình sau 6 tháng điều trị nhưng không hiệu quả đối với tăng sinh không điển hình (số liệu còn ít).
- Cắt đốt NMTC tăng sinh qua nội soi BTC: ghi nhận thành công khoảng 68-73% trường hợp nhưng còn theo dõi các di chứng lâu dài.
- Danazol cũng được ghi nhận điều trị thành công (khoảng 83% phụ nữ mãn kinh) nhưng tác dụng phụ nhiều.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

U XƠ CƠ TỬ CUNG 60

I. ĐẠI CƯƠNG

U xơ cơ tử cung (leiomyoma - UXCTC), trước đây thường được gọi u xơ tử cung, là khối u lành tính không rõ nguyên nhân do sự phát triển quá mức của sợi cơ trơn và mô liên kết ở tử cung.

II. YẾU TỐ NGUY CƠ - PHÂN LOẠI

2.1. Yếu tố nguy cơ

Các yếu tố nguy cơ làm gia tăng tỷ lệ phát sinh UXCTC:

- Tuổi người phụ nữ: tần suất xuất hiện UXCTC tăng theo tuổi, tỷ lệ mắc UXCTC sẽ giảm ở nhóm phụ nữ tuổi mãn kinh
- Tiền sử gia đình bị UXCTC
- Các yếu tố di truyền: một số gen (như MED12, HMGA2, CYP1A1, và CYP1B1) và các bất thường nhiễm sắc thể (trisomy 12; đảo đoạn 12q, 6p, 10q, 13q; và mất đoạn 7q, 3q, 1p)
- Khoảng cách giữa 2 lần sinh con ≥ 5 năm
- Giai đoạn tiền mãn kinh có nguy cơ bị UXCTC cao hơn đến 10 lần giai đoạn mãn kinh
- Rối loạn chuyển hóa: béo phì, kháng insulin, hội chứng buồng trứng đa nang, tăng lipid máu, tăng huyết áp...

2.2. Yếu tố bảo vệ

- Mang thai và sinh con nhiều lần
- Hoạt động thể chất thường xuyên
- Ăn nhiều cá và rau xanh, trái cây, vitamin A có nguồn gốc động vật

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

2.3. Phân loại (theo FIGO 2011)

SM-submucous (UXCTC dưới niêm mạc)	0	UXCTC dưới niêm mạc có cuống
	1	< 50% trong cơ
	2	≥ 50% trong cơ
O-other (UXCTC ở vị trí khác)	3	100% trong cơ, có tiếp xúc nội mạc tử cung
	4	UXCTC trong cơ
	5	Dưới thanh mạc ≥ 50% trong cơ
	6	Dưới thanh mạc < 50% trong cơ
	7	Dưới thanh mạc có cuống
	8	Vị trí khác (cổ tử cung, các cơ quan khác quanh tử cung...)
H-hybrid (UXCTC tiếp xúc niêm mạc và thanh mạc tử cung)	Nếu UXCTC nằm trọn trong cơ và lồi ra dưới niêm mạc và dưới thanh mạc, có thể có 2 số chỉ vị trí khối u, 2-5, cách nhau bằng 1 gạch nối. Theo quy ước, số đầu chỉ khối u gần niêm mạc, số sau chỉ khối u gần thanh mạc	
	2-5	Dưới niêm và dưới thanh mạc (< 50% nằm trong lòng tử cung và < 50% lồi ra dưới thanh mạc, hướng vào ổ bụng)

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

a) Triệu chứng cơ năng

- Bụng to lên, tự sờ thấy u trên bụng
- Xuất huyết tử cung bất thường: tùy theo vị trí của UXCTC, thường gặp là cường kinh, rong kinh
- Triệu chứng do chèn ép: cảm giác khó chịu hay đau vùng chậu, thận ứ nước (nếu chèn ép niệu quản), bí tiểu hoặc đi tiểu khó (nếu chèn ép bàng quang hay cổ bàng quang), táo bón (nếu chèn ép trực tràng), chèn ép tĩnh mạch chủ dưới và tăng nguy cơ thuyên tắc tĩnh mạch do huyết khối.
- Triệu chứng trằn nặng, đau vùng chậu âm ỉ thường gặp ở phụ nữ bị UXCTC to
- Thống kinh
- Đau khi giao hợp thường gặp khi UXCTC nằm ở thành trước, ở cổ tử cung hoặc ở vùng đáy tử cung
- Đau lưng (lưu ý cần loại trừ các nhóm bệnh lý khác có thể gây ra các triệu chứng này)

b) Triệu chứng thực thể

- Thiếu máu do hậu quả của xuất huyết tử cung bất thường
- Sốt gặp trong trường hợp UXCTC thoái hóa, nhiễm trùng
- Khám: cần đánh giá kích thước, vị trí, độ di động của khối UXCTC
- Khám mỏ vịt: có thể thấy khối UXCTC tại cổ ngoài cổ tử cung hoặc thấy UXCTC dưới niêm mạc lòi ra ngoài cổ tử cung
- UXCTC thoái hóa hoặc xoắn (thường là UXCTC L7): đau bụng vùng chậu do UXCTC thoái hóa có thể xuất hiện kèm sốt nhẹ, tử cung đau khi sờ chạm, tăng bạch cầu, hoặc dấu hiệu cảm ứng phúc mạc.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3.2. Chẩn đoán hình ảnh

- Siêu âm ngả âm đạo, siêu âm ngả bụng: đánh giá tổng quát vùng chậu, đánh giá biến chứng chèn ép niệu quản, bàng quang, trực tràng
- Siêu âm Doppler: đánh giá phân bố mạch máu trong UXCTC
- Siêu âm bơm nước buồng tử cung: chẩn đoán UXCTC dưới niêm mạc
- Trong trường hợp UXCTC không điển hình, không thể chẩn đoán xác định hoặc cần chẩn đoán phân biệt với bệnh tuyến cơ tử cung có thể sử dụng cộng hưởng từ (MRI). MRI còn có ưu điểm là giúp đánh giá tổng quát các cơ quan vùng chậu, phát hiện bệnh lý đi kèm hoặc biến chứng.

3.3. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt UXCTC kèm các bệnh lý sau:

- Bệnh tuyến cơ tử cung (Adenomyosis)
- Tử cung to do có thai.
- Polyp nội mạc tử cung (trường hợp UXCTC dưới niêm mạc).
- Khối u buồng trứng (trường hợp UXCTC dưới thanh mạc có cuống).
- Leiomyosarcoma: sarcoma tử cung được chẩn đoán xác định dựa trên kết quả giải phẫu bệnh...

IV. BIẾN CHỨNG

- Chèn ép: UXCTC có thể chèn ép niệu quản gây thận ứ nước, chèn ép bàng quang gây rối loạn đi tiểu hoặc chèn ép trực tràng gây táo bón
- Thoái hóa: gây đau, nhiễm trùng
- Hiếm muộn: UXCTC làm giảm khả năng có thai, tăng nguy cơ sẩy thai, sẩy thai liên tiếp

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Biến chứng liên quan đến thai kỳ: UXCTC làm tăng nguy cơ ngôi bất thường, mổ lấy thai, tăng nguy cơ nhau tiền đạo, nhau bong non, vỡ ối sớm, sinh non, thai lưu. Sau khi sinh hoặc mổ lấy thai có thể có biến chứng thoái hóa, nhiễm trùng do thiếu máu nuôi, băng huyết sau sinh.

V. XỬ TRÍ

5.1. Trường hợp UXCTC chưa có chỉ định can thiệp nội - ngoại khoa

Chỉ định điều trị nội khoa hoặc ngoại khoa chỉ đặt ra khi UXCTC có biến chứng gây nên những triệu chứng làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và khả năng sinh sản của phụ nữ.

a) Phụ nữ trong độ tuổi sinh sản

- Theo dõi sự xuất hiện các triệu chứng liên quan đến các biến chứng; khai thác bệnh sử, thăm khám mỗi 6-12 tháng.
- Theo dõi sự phát triển kích thước của khối u qua siêu âm mỗi 6-12 tháng tùy vị trí, kích thước của khối u.

b) Phụ nữ đã mãn kinh

- Theo dõi sự phát triển về kích thước, tính chất của khối u qua khảo sát siêu âm mỗi 3-6 tháng. Chú ý khả năng hóa ác khi khối u to nhanh, hình ảnh hoại tử trong lòng khối u.

5.2. Điều trị nội khoa

5.2.1. Tranexamic acid

- Sử dụng trong các trường hợp cường kinh, kiểm soát chảy máu trong phẫu thuật
- Không sử dụng ở các trường hợp có bệnh lý đông máu bẩm sinh hoặc có tiền căn huyết khối.
- Liều dùng: Transamin 250 mg hoặc 500 mg, 1 viên x 3 lần/ngày đến khi ngưng xuất huyết. Liều tối đa: 750-2000 mg/ngày hoặc 250-500 mg/ngày tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Nếu xuất huyết trong hay sau phẫu thuật: 500-1000 mg/lần tiêm tĩnh mạch hoặc 500-2500 mg pha trong 50 mL dung dịch Glucose 5% hay dung dịch điện giải, truyền nhỏ giọt tĩnh mạch trong 24 giờ
- Tác dụng phụ: thống kinh, nôn ói, buồn nôn

5.2.2. Thuốc viên tránh thai nội tiết kết hợp (TVTTNTKH)

- Chỉ định: điều trị xuất huyết tử cung nặng liên quan đến UXCTC
- Chống chỉ định: người bệnh có nguy cơ thuyên tắc tĩnh mạch, béo phì, tăng huyết áp và hút thuốc.

5.2.3. Progestins

- Chỉ định: UXCTC gây cường kinh
- Gồm: dụng cụ tử cung chứa Levonorgestrel (LNG-IUS), que cấy chứa Etonogestrel
- LNG-IUS được chỉ định điều trị triệu chứng cường kinh và có thể là biện pháp điều trị thay thế để tránh nguy cơ phẫu thuật trong trường hợp cường kinh là triệu chứng chính của người bệnh.
- LNG-IUS không được khuyến cáo cho những bệnh nhân xuất huyết âm đạo bất thường chưa xác định nguyên nhân.
- LNG-IUS làm giảm 80% lượng máu kinh trong 4 tháng đầu tiên, có thể gây vô kinh trong vòng 2 năm.

5.2.4. GnRH đồng vận (Gonadotropin releasing hormone agonist)

- Chỉ định: GnRH đồng vận có thể làm giảm tạm thời kích thước khối u xơ và tử cung, có thể sử dụng trước phẫu thuật 1-3 tháng để giảm lượng máu mất và mổ dễ hơn; ngưng thuốc trong khoảng 2 tuần trước phẫu thuật
- Tác dụng phụ: gây giảm mật độ xương không hồi phục, bốc hỏa, viêm teo âm đạo, vì vậy chỉ nên chỉ định ngắn hạn (dưới 6 tháng) trước phẫu thuật

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- UXCTC có thể tái phát rất nhanh đồng thời kèm theo các triệu chứng liên quan sau khi ngưng điều trị GnRH đồng vận

5.2.5. Thuốc điều hòa chọn lọc thụ thể progesterone (selective progesterone receptor modulators - SPRMS)

a) Ulipristal acetate (UPA)

- Chỉ định:
  + Giảm kích thước khối UXCTC, cải thiện khả năng có thai ở phụ nữ hiếm muộn.
  + Cải thiện triệu chứng gây ra bởi UXCTC cho phụ nữ gần tuổi mãn kinh.
  + Tránh phẫu thuật cho người bệnh mang UXCTC có triệu chứng, do một số UXCTC sẽ giảm kích thước khi được điều trị với UPA.
  + Tránh phẫu thuật cho người bệnh không muốn phẫu thuật.
  + Kiểm soát triệu chứng ở người phụ nữ không đủ điều kiện phẫu thuật.
  + Ngăn ngừa tái phát UXCTC ở phụ nữ đã được phẫu thuật bóc u xơ.
  + Có thể chỉ định trước phẫu thuật để giảm kích thước khối u và tử cung, cải thiện tình trạng thiếu máu.
- Liều dùng: UPA 5 mg 1 viên/ngày trong 3 tháng. Nếu muốn dùng lặp lại phải ngưng 2 tháng rồi dùng đợt thứ hai trong 3 tháng. Có thể dùng tối đa 8 đợt.
- Chống chỉ định: có thai, xuất huyết âm đạo bất thường chưa rõ nguyên nhân và bệnh lý ác tính
- Tác dụng phụ: đau đầu, căng ngực, đau bụng, dày nội mạc tử cung (cần theo dõi nội mạc tử cung khi điều trị thời gian dài)
- Lưu ý khi chỉ định và theo dõi điều trị UPA:

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Thực hiện xét nghiệm chức năng gan

- Trước khi bắt đầu điều trị: nếu AST hoặc ALT tăng > 2 lần giá trị bình thường: không chỉ định UPA.
- Trong 2 đợt điều trị đầu: xét nghiệm 1 lần/tháng.
- Trước khi bắt đầu đợt điều trị tiếp theo hoặc khi lâm sàng có triệu chứng liên quan.
- Sau 2-4 tuần kết thúc mỗi đợt điều trị.
- Ngưng UPA và khám chuyên khoa gan mật nếu men gan tăng gấp 3 lần giới hạn trên.

+ Nội mạc tử cung dày liên quan với UPA được ghi nhận, có thể do dày nang tuyến, ít liên quan đến tăng sinh nội mạc tử cung. Điều trị UPA thời gian dài cần theo dõi độ dày nội mạc tử cung qua siêu âm, đặc biệt ở thời điểm giữa các đợt điều trị.

b) Mifepristone

- Mifepristone được khuyến cáo chỉ định trong trường hợp UXCTC có xuất huyết tử cung bất thường, trần nặng hạ vị, thiếu máu và thống kinh
- Mifepristone chống chỉ định sử dụng trong thai kỳ và người bệnh đã điều trị steroids trong 3 tháng trước đó.
- Cần lưu ý, mifepristone không được đăng ký chính thức để điều trị UXCTC (off-label).

5.3. Điều trị ngoại khoa

5.3.1. Chỉ định điều trị ngoại khoa

- UXCTC to, gây cảm giác khó chịu nhiều cho người bệnh.
- UXCTC gây biến chứng nặng như xuất huyết tử cung bất thường nặng, sẩy thai liên tiếp...
- Điều trị nội khoa thất bại (ít gặp).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

5.3.2. Chuẩn bị người bệnh trước điều trị ngoại khoa UXCTC

- Xét nghiệm thường quy trước mổ theo quy định của bệnh viện.
- Loại trừ các tổn thương ung thư nội mạc tử cung hay cổ tử cung trước phẫu thuật (nạo sinh thiết từng phần, soi cổ tử cung, phết tế bào cổ tử cung, bấm sinh thiết cổ tử cung nếu có chỉ định).
- Cân nhắc làm giảm kích thước khối u trước phẫu thuật: GnRH đồng vận, SPRMs (selective progesterone receptor modulators), cá thể hóa điều trị.
- Cân nhắc đặt sonde JJ đối với các UXCTC có gây biến chứng chèn ép niệu quản, thận ứ nước

5.3.3. Các phương pháp điều trị ngoại khoa

5.3.3.1. Bóc UXCTC

a) Chỉ định

- Có UXCTC gây biến chứng nhưng người bệnh muốn bảo tồn tử cung để có thai.
- Người bệnh trẻ có xuất huyết tử cung nặng gây thiếu máu, có UXCTC làm biến dạng buồng tử cung (L0, L1, L2),
- Người bệnh trẻ có UXCTC gây đau vùng chậu
- UXCTC gây hiếm muộn hoặc sẩy thai liên tiếp
- Người bệnh không muốn cắt tử cung.

b) Lựa chọn phương pháp bóc UXCTC

- Phẫu thuật nội soi buồng tử cung cắt UXCTC: các trường hợp UXCTC dưới niêm L0, L1, L2 có biến chứng gây xuất huyết nặng, vô sinh, sẩy thai liên tiếp, và kích thước khối u < 5 cm
- Phẫu thuật nội soi ổ bụng bóc u xơ cơ tử cung: UXCTC dưới thanh mạc và trong cơ có biến chứng, kích thước nhỏ hơn 10 cm (tùy kinh nghiệm của phẫu thuật viên).
- Phẫu thuật mở bụng bóc UXCTC

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

5.3.3.2. Phẫu thuật cắt tử cung

a) Chỉ định

- Nghi ngờ UXCTC thoái hóa ác tính.
- Đa nhân xơ cơ TC, không còn mô lành, không thể bóc được.
- Trong khi bóc UXCTC mà không kiểm soát được tình trạng chảy máu.
- Phụ nữ lớn tuổi và đủ con.
- Có bệnh lý kèm theo như bệnh tuyến cơ tử cung hoặc bệnh lý cổ tử cung.
- Nên cắt 2 buồng trứng nếu người bệnh trên 50 tuổi (cần tư vấn cho người bệnh)

b) Lựa chọn phương pháp cắt tử cung

- Phẫu thuật cắt tử cung qua mổ mở bụng: khi UXCTC quá lớn, lan tỏa, nhiều nhân, hoặc các trường hợp chống chỉ định phẫu thuật cắt tử cung ngả âm đạo hoặc nội soi ổ bụng.
- Phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt tử cung: thực hiện trên tử cung có kích thước ≤ 16 tuần.
- Phẫu thuật cắt tử cung ngả âm đạo: phương pháp này hiện nay được chỉ định khá hạn chế do sự phổ biến của phẫu thuật nội soi, cần cân nhắc nguy cơ và biến chứng có thể xảy ra.

5.3.3.3. Thuốc hỗ trợ làm giảm máu mất trong phẫu thuật bóc UXCTC

- Tranexamic acid: Với liều 1 g tiêm/truyền tĩnh mạch làm giảm lượng máu mất trong phẫu thuật.
- Xem xét sử dụng các thuốc: Vasopressin, Misoprostol...

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

5.3.4. Các thủ thuật xâm lấn tối thiểu trong điều trị UXCTC:

lựa chọn tùy theo điều kiện

- Tắc động mạch tử cung
- Tiêu hủy UXCTC bằng nhiệt (High-Intensity Focused Ultrasound – HIFU)
- Tiêu hủy UXCTC bằng sóng cao tần (Radiofrequency Myolysis)

5.4. UXCTC và thai

5.4.1. Điều trị đau do UXCTC và thai

- Phụ nữ mang thai có UXCTC gây ra triệu chứng đau có thể cần phải nhập viện để được điều trị phù hợp.
- Điều trị:
  + Ban đầu: Hỗ trợ và giảm đau bằng Acetaminophen
  + Những thuốc giảm đau Opioid với liều chuẩn hoặc giảm đau Non-steroids kéo dài trong 48 giờ có thể được dùng nếu như các biện pháp giảm đau khác không hiệu quả.
  + Giảm đau với Ibuprofen, Indomethacin chỉ nên được sử dụng đối với những thai nhỏ hơn 32 tuần do nguy cơ có thể làm đóng ống động mạch sớm, làm tăng áp phổi sơ sinh, đa ối, và thậm chí là rối loạn chức năng tiểu cầu cho thai
  + Mổ lấy thai (MLT) trên thai phụ có UXCTC chỉ nên thực hiện khi có chỉ định sản khoa (UXCTC tiền đạo) hoặc chỉ định liên quan đến thai (ngôi bất thường, CD ngưng tiến triển, thai suy cấp).

5.4.2. Lựa chọn bóc UXCTC trong mổ lấy thai

- Không nên phẫu thuật bóc UXCTC trong MLT một cách thường quy
- Cần đánh giá kỹ nguy cơ - lợi ích cũng như cân nhắc kỹ năng và kinh nghiệm của phẫu thuật viên, lượng máu dự trù, số lượng, vị trí và kích thước của UXCTC.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Cân nhắc bóc UXCTC ở các trường hợp:
  + UXCTC nằm thấp đoạn dưới có khả năng gây bế sản dịch sau mổ dẫn đến biến chứng viêm nội mạc tử cung
  + UXCTC nằm ở vị trí rạch cơ tử cung khi mổ lấy thai
  + Bóc UXCTC ở vị trí thành trước đoạn dưới tử cung, UXCTC có cuống, dưới thanh mạc (L5-6-7) trong cuộc MLT không liên quan đến các yếu tố bất lợi quanh phẫu thuật và được xem là an toàn.
- Ở những người bệnh đã từng bóc UXCTC đoạn dưới tử cung trong lúc MLT, có thể cho thử sinh ngả âm đạo ở những lần mang thai kế tiếp, nhưng phải theo dõi rất sát.

5.5. UXCTC và hiếm muộn

Quyết định can thiệp tùy theo vị trí, kích thước của UXCTC và xem xét quá trình điều trị hiếm muộn của người bệnh

- UXCTC dưới niêm mạc (FIGO L0, L1, L2) gây biến dạng lòng tử cung làm giảm khả năng có thai.
  + UXCTC (FIGO L0, L1, L2): nội soi buồng tử cung bóc UXCTC dưới niêm trước khi điều trị hỗ trợ sinh sản.
  + UXCTC (FIGO L2), nếu kích thước UXCTC > 3 cm: nội soi ổ bụng để bóc UXCTC.
  + Cần tư vấn cho người bệnh các nguy cơ liên quan đến tổn thương lòng tử cung, dính lòng tử cung trước tiến hành phẫu thuật.
- UXCTC trong cơ tử cung (FIGO L3-5) nếu có:
  + Thất bại chuyển phôi nhiều chu kỳ thụ tinh ống nghiệm mặc dù phôi tốt hay kết cục thai kỳ xấu (sẩy thai, sinh non): bóc UXCTC (nội soi hay mổ mở)
  + UXCTC có kích thước to, vị trí cản trở quá trình chọc hút để điều trị thụ tinh ống nghiệm có thể được xem xét

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

bóc UXCTC trước khi điều trị. Nếu vị trí không gây cản trở việc chọc hút trứng và người bệnh trên 35 tuổi, cân nhắc kích thích buồng trứng, tạo phôi, trữ phôi toàn bộ rồi bóc UXCTC và chờ 1 năm sau chuyển phôi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2019), "Hướng dẫn lâm sàng xử trí u xơ cơ tử cung" kèm theo Quyết định Số 3780/QĐ-BYT ngày 26 tháng 8 năm 2019;
2. Bộ Y tế (2016), "Chăm sóc trước sinh", Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, trang 41-46.
3. Australian Government Deparment of Health (2019), Clinical pratice guidelines pregnancy care, 2019 edition.
4. Dowswell T, Carroli G et al (2015), Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy (review), Cochrane database of systemic reviews 2015, Issue 7, No CD000934.
5. National Institute for health and care experience (NICE) (2019), Antenatal care for uncomplicated pregnancies.
6. The Royal Australian and New Zealand College of obstetricians and gynaecologist (RANZCOG) (2016), Routine antenatal assessment in the absence of pregnancy complications.
7. World Health Organization (WHO) (2016), WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.
8. "The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions", International journal of Gynaecology and Obstetrics 143(2018), 393-408.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

I. ĐẠI CƯƠNG

- 90% u buồng trứng (u BT) là u dạng nang.
- Thường gặp ở tuổi sinh sản.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

- Tiền sử bản thân và gia đình: ung thư vú, ung thư đại tràng, ung thư nội mạc tử cung hay ung thư buồng trứng đang điều trị.
- Bệnh sử
  + Tình trạng kinh nguyệt: thống kinh, rong kinh, rong huyết.
  + Thời điểm phát hiện u buồng trứng.
  + Các triệu chứng liên quan đến u buồng trứng: bụng to, nặng bụng
  + Các triệu chứng chèn ép: rối loạn tiêu hóa (bón), tiết niệu (bí tiểu)
- Thăm khám (phối hợp khám bụng, ngả âm đạo và trực tràng): có khối u, mô tả các đặc tính của u.

2.2. Cận lâm sàng

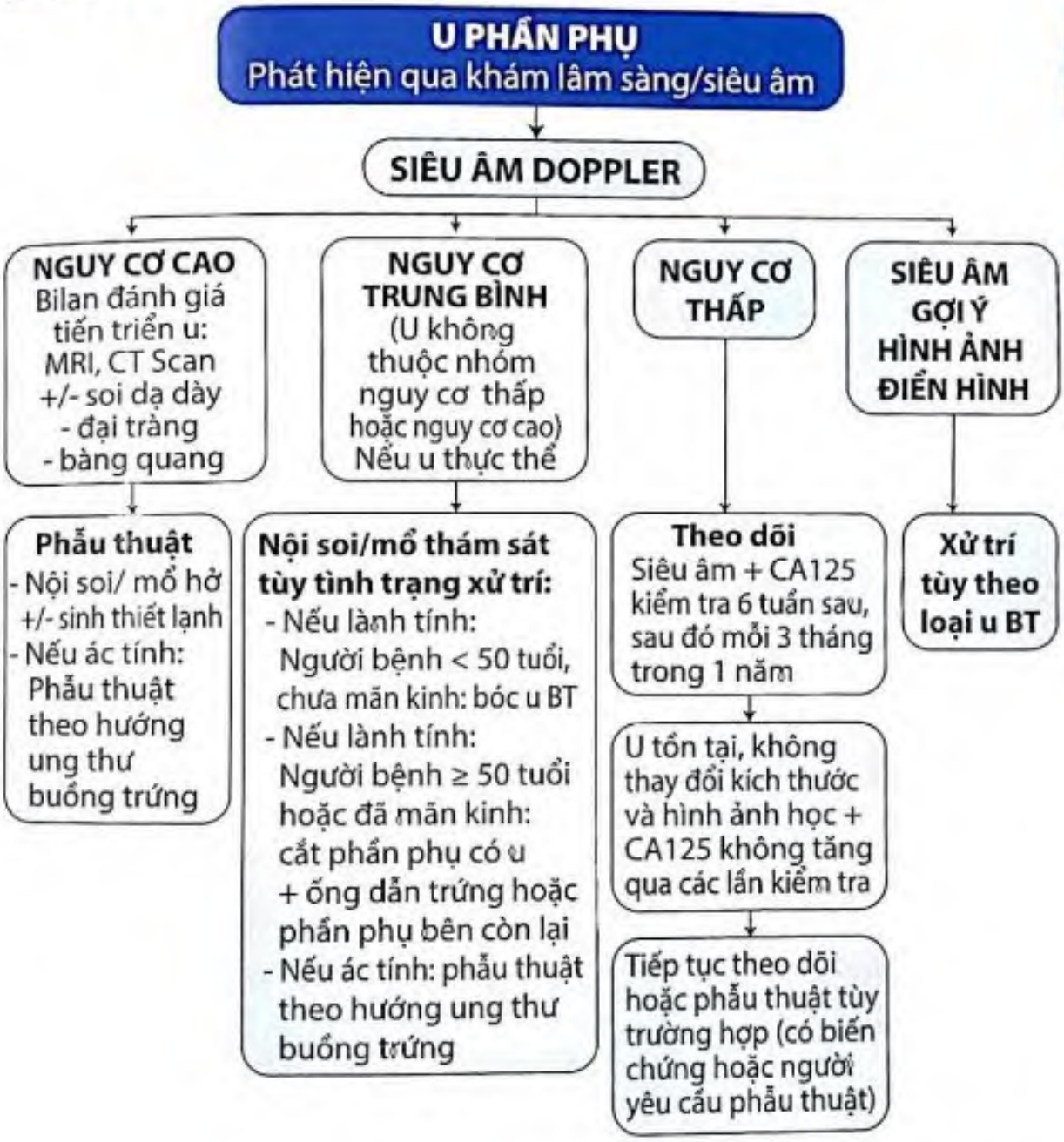
- Siêu âm Doppler: được chỉ định sau khi đã phát hiện u buồng trứng bằng siêu âm trắng đen. Siêu âm sẽ mô tả, chẩn đoán và tính nguy cơ ác tính theo khuyến cáo của Hiệp hội Siêu âm Sản Phụ khoa Thế giới (ISUOG).
- MRI: chỉ định khi cần đánh giá tổn thương xâm lấn vào các cơ quan lân cận.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- CT Scan: chỉ định khi nghi ngờ ung thư có di căn xa hoặc chống chỉ định với MRI.
- Dấu ấn sinh học bướu (tumor markers):
  + CA125, AFP, CEA, β-hCG, HE4, AMH..: chỉ định tùy lâm sàng và cận lâm sàng.
- Các thuật toán ước tính nguy cơ ung thư buồng trứng (ROMA value, RMI): được tham khảo thêm khi cần thiết.

III. XỬ TRÍ



Được quét bằng CamScanner

62 XOẮN PHẦN PHỤ

I. ĐẠI CƯƠNG

Xoắn phần phụ xảy ra khi phần phụ (buồng trứng và/hoặc vòi trứng) xoay một phần hay hoàn toàn quanh cuống mạch máu khiến phần phụ bị thiếu máu cục bộ. Vòi trứng hiếm khi xoắn đơn độc.

Xoắn phần phụ đứng hàng thứ 5 trong số các trường hợp cấp cứu phụ khoa thường gặp, có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, thường gặp ở phụ nữ độ tuổi sinh sản (20-50 tuổi).

Chẩn đoán và xử lý kịp thời xoắn phần phụ rất cần thiết để bảo tồn chức năng buồng trứng và ngăn ngừa biến chứng nặng nề.

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

- U buồng trứng, nang cạnh vòi trứng, nang cạnh buồng trứng (xoắn phần phụ dễ xảy ra khi kích thước u > 5 cm).
- Kích thước buồng trứng lớn (chu kỳ kích thích buồng trứng, buồng trứng đa nang...)
- Các dây chằng buồng trứng quá dài hoặc dãn.
- Có thai
- Tiền căn xoắn phần phụ

III. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định khi quan sát thấy phần phụ bị xoắn qua phẫu thuật.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3.1. Lâm sàng

3.1.1 Hỏi bệnh

- Lý do đến khám thường là đau bụng dưới khởi phát đột ngột (gặp trong khoảng 90% trường hợp). Tính chất cơn đau: đau nhói, đau quặn hoặc đau âm ỉ, ở hạ vị hoặc lệch 1 bên, có thể lan sang mạn sườn, lưng hoặc bẹn. Đau có thể không liên tục trong trường hợp phần phụ bán xoắn và tự tháo xoắn.
- Buồn nôn và nôn có thể gặp ở 60-70% trường hợp.
- Sốt có thể gặp ở 10% bệnh nhân, thường là dấu hiệu xuất hiện trễ, do hoại tử mô.

Lưu ý các yếu tố:

- Tuổi người bệnh
- Tình trạng kinh nguyệt, đang mang thai
- Khối u phần phụ đã được chẩn đoán
- Tiền sử xoắn phần phụ
- Chu kỳ có kích thích buồng trứng

3.1.2. Khám lâm sàng

- Sinh hiệu: tăng nhẹ nhịp tim, huyết áp và nhiệt độ. Hiếm gặp triệu chứng sốc do đau.
- Khám bụng chậu:
  + Ấn đau hạ vị hoặc hố chậu 1 bên. Mức độ đau thường trung bình đến nặng.
  + Sờ được một khối vùng chậu (60-90% người lớn, 20-36% trẻ vị thành niên)
  + Phản ứng phúc mạc là dấu hiệu hiếm gặp, ở giai đoạn muộn; do hoại tử, xuất huyết và viêm phúc mạc.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3.2. Cận lâm sàng

- Thử thai: hCG huyết thanh hoặc nước tiểu để xác định tình trạng có thai hay không
- Siêu âm phụ khoa: có độ nhạy trong chẩn đoán xoắn phần phụ từ 46-75%
  + Dấu hiệu thường gặp nhất trên siêu âm là buồng trứng có khối u hoặc hình ảnh buồng trứng to, phù nề mô đệm với nhiều nang nhỏ (8-12 mm) ở ngoại vi (dấu hiệu chuỗi ngọc trai - string of pearls). Kích thước buồng trứng hai bên không đối xứng, tỷ lệ thể tích 2 buồng trứng chênh lệch > 20 lần có giá trị tiên đoán dương cao với xoắn phần phụ.
  + Giảm hoặc mất dòng chảy khi phổ Doppler (40%). Tuy nhiên dòng máu có thể bình thường nếu buồng trứng được tháo xoắn tạm thời hoặc chỉ xoắn 1 phần hoặc siêu âm được thực hiện sớm trong giai đoạn tưới máu động mạch còn bảo tồn, chỉ có dòng máu tĩnh mạch và hồi lưu bạch huyết bị cản trở.
  + Dấu hiệu xoáy nước (Whirlpool sign).

Dấu hiệu xoáy nước (Whirlpool sign)

Nguồn: Ngo AV, Otjen JP, Parisi MT, Ferguson MR, Otto RK, Stanescu AL. Pediatric ovarian torsion: a pictorial review. Pediatr Radiol 2015;45:1845–55; quiz 1842–4.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Siêu âm ngả âm đạo có giá trị tiên đoán dương (PPV) cao hơn so với siêu âm ngả bụng (94% so với 34%).

- CT Scan/MRI: chỉ định khi đau bụng không điển hình và không tìm thấy dấu hiệu gợi ý trên siêu âm. MRI và CT Scan có thể hữu ích khi cần loại trừ các nguyên nhân khác của đau vùng chậu.

- Lưu ý: chẩn đoán xoắn phần phụ cần có sự phối hợp các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, không chỉ căn cứ đơn thuần vào kết quả chẩn đoán hình ảnh.

- Xét nghiệm chỉ dấu sinh học bướu khi nghi ngờ khi có ung thư buồng trứng

- Công thức máu và điện giải đồ.

- Bạch cầu, CRP: có thể tăng nhẹ trong xoắn phần phụ, tuy nhiên không đặc hiệu. Trong trường hợp tăng nhiều, gợi ý viêm như viêm ruột thừa, viêm vùng chậu hơn là xoắn phần phụ.

- Ngoài ra, có thể thực hiện một số xét nghiệm loại trừ các nguyên nhân đau bụng cấp khác: tổng phân tích nước tiểu, X quang bụng đứng...

3.3. Chẩn đoán phân biệt

- U vùng chậu, không bị xoắn.

- Vỡ nang buồng trứng.

- Viêm vùng chậu, áp xe phần phụ

- Viêm ruột, viêm túi thừa, viêm ruột thừa.

- Ung thư buồng trứng

- Thai ngoài tử cung

- Sỏi đường niệu.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

IV. ĐIỀU TRỊ

Xoắn phần phụ là một cấp cứu ngoại khoa, cần được can thiệp phẫu thuật.

4.1. Tư vấn trước mổ

Bên cạnh tư vấn các nguy cơ của cuộc phẫu thuật, người bệnh cần được tư vấn:

- Khả năng nội soi ổ bụng không có xoắn phần phụ.
- Nguy cơ cắt phần phụ.
- Theo dõi sau phẫu thuật.
- Nguy cơ ác tính và nguy cơ xoắn phần phụ tái phát.

4.2. Phương pháp phẫu thuật

Phẫu thuật nội soi ổ bụng là phương pháp được ưu tiên trong trường hợp xoắn phần phụ. Tuy nhiên, nếu nghi ngờ ung thư nên phẫu thuật mở bụng.

Lưu ý:

- Người bệnh có lâm sàng nghi ngờ xoắn phần phụ nên được nội soi ổ bụng cấp cứu để chẩn đoán.
- Thời gian trì hoãn phẫu thuật ảnh hưởng đến tỷ lệ bảo tồn chức năng buồng trứng.
- Màu sắc xanh đen của buồng trứng thường là biểu hiện của ứ trệ tuần hoàn tĩnh mạch và hồi lưu bạch huyết hơn là biểu hiện của thiếu máu, do đó buồng trứng vẫn có khả năng phục hồi.
- Tháo xoắn phần phụ không làm tăng nguy cơ thuyên tắc mạch.
- Phẫu thuật bảo tồn buồng trứng bao gồm tháo xoắn kèm bóc u buồng trứng trong trường hợp xoắn phần phụ nên được thực hiện ngay cả khi buồng trứng có màu xanh đen (trừ trường hợp nghi ngờ ung thư buồng trứng

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

hay người bệnh đã mãn kinh). Hoại tử buồng trứng cần cắt phần phụ khi mô buồng trứng hoại tử, bở và dễ vỡ u (rất hiếm gặp), sau tháo xoắn cần chờ đợi ít nhất 30 phút để đánh giá việc phục hồi tưới máu mô buồng trứng trước khi quyết định cắt phần phụ.

- Nên cắt phần phụ khi xoắn phần phụ ở phụ nữ mãn kinh.

4.3. Theo dõi sau phẫu thuật

Tại viện: Theo dõi dấu hiệu tái xoắn, dấu hiệu viêm phúc mạc và nhiễm trùng huyết (sốt, đau bụng, cảm ứng phúc mạc, sinh hiệu)

V. DỰ PHÒNG

Tỷ lệ tái phát xoắn phần phụ dao động trong khoảng 2-12%. Tỷ lệ này tăng lên khi xoắn xảy ra ở phần phụ bình thường (xoắn nguyên phát).

5.1. Phẫu thuật cố định buồng trứng

Cố định buồng trứng: nên cân nhắc thực hiện trong trường hợp dây chằng buồng trứng dài bẩm sinh, xoắn phần phụ tái phát hoặc xoắn phần phụ không có nguyên nhân do u

Phương pháp cố định buồng trứng gồm: may cố định buồng trứng vào vách chậu hoặc mặt sau tử cung hoặc dây chằng tử cung cùng. Cố định buồng trứng bằng phương pháp này cho thấy giảm khả năng thụ thai trong tương lai.

Trong trường hợp dây chằng (DC) tử cung-buồng trứng dài, dùng kỹ thuật thu ngắn DC bằng cách may hai đầu gần và đầu xa của DC lại với nhau (phương pháp này ít ảnh hưởng đến khả năng sinh sản) hoặc sử dụng một endoloop (lưu ý nguy cơ hoại tử mô).

Chưa có sự đồng thuận về chỉ định và kỹ thuật cố định buồng trứng.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

5.2. Nguy cơ tái phát xoắn phần phụ do nang chức năng buồng trứng

Theo dõi sau phẫu thuật. Dự phòng tái phát nang chức năng bằng thuốc ngừa thai nội tiết phối hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ACOG (2019), Adnexal Torsion in Adolescents, Committee opinion Number 783.
2. Huang C, Hong MK, Ding DC (2017), A review of ovary torsion, Ci Ji Yi Xue Za Zhi, 29(3):143-147.
3. Marc R Laufer (2021), Ovarian and fallopian tube torsion, Uptodate.
4. Ngo AV, Otjen JP, Parisi MT, Ferguson MR, Otto RK, Stanescu AL.(2015), Pediatric ovarian torsion: a pictorial review, Pediatr Radiol, 45,1845-55, quiz 1842-4.
5. Nur Azurah AG, Zainol ZW, Zainuddin AA, Lim PS, Sulaiman AS, Ng BK. (2015), Update on the management of ovarian torsion in children and adolescents. World J Pediatr, 11(1):35-40.
6. Ozcan A, Mumusoglu S, Gokcu M, Caypinar SS, Sagiroglu C, Inan AH, Aktoz F, Biler A, Turan V, Töz E, Ozdemir IA, Bozdag G. (2016), Differentiated therapy in pre- and postmenopausal adnexal torsion based on malignancy rates: A retrospective multicentre study over five years, Int J Surg, 29:95-100.
7. SCOG (2017), Diagnosis and Management of Adnexal Torsion in Children, Adolescents, and Adults, Clinical Practice Guideline No. 341.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Phụ lục

LƯU ĐỒ XỬ TRÍ SAU KHI THÁO XOẮN PHẦN PHỤ

Lưu ý:
- Cố định buồng trứng: nên cân nhắc thực hiện trong trường hợp dây chằng buồng trứng dài bẩm sinh, xoắn phần phụ tái phát hoặc xoắn phần phụ không có nguyên nhân do u
- (*) Buồng trứng sẫm màu và phù nề, có hoặc không có tổn thương xuất huyết có thể vẫn còn có thể phục hồi.
- (**) Hoại tử buồng trứng rất hiếm gặp: mô buồng trứng hoại tử, bở và dễ vỡ u, sau tháo xoắn cần chờ đợi ít nhất 30 phút để đánh giá việc phục hồi tưới máu mô buồng trứng trước khi quyết định cắt phần phụ

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

63 LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Lạc nội mạc tử cung (LNMTC) là bệnh phụ khoa mãn tính, dễ tái phát, trong đó có sự hiện diện của mô giống mô tuyến ở nội mạc tử cung và mô đệm tùy hành nằm ngoài buồng tử cung. Sự hiện diện của mô lạc chỗ này thúc đẩy sự hình thành các phản ứng viêm mãn tính và là bệnh lý phụ thuộc estrogen.

Bệnh LNMTC gồm các thể: LNMTC ở phúc mạc, LNMTC ở buồng trứng, LNMTC sâu, bệnh tuyến cơ tử cung (LNMTC ở cơ tử cung).

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Phụ nữ chưa sinh, chu kỳ kinh ngắn, hành kinh dài ngày, cường kinh, dậy thì sớm
- Tiền sử gia đình có người bị LNMTC
- Tắc nghẽn đường thoát máu kinh
- Chế độ ăn thịt đỏ, chất béo, thuốc lá, thức uống có cồn, caffeine...

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

Có thể không triệu chứng hoặc LNMTC kết hợp hiếm muộn, đau vùng chậu.

a) Triệu chứng cơ năng

- Đau: đau bụng khi hành kinh, có thể đau không liên quan kỳ kinh, đau không có tính chu kỳ, đau sau khi giao hợp, đau khu trú theo kỳ kinh tại thành bụng quanh sẹo mổ lấy thai (MLT) hay vùng tầng sinh môn sau sinh ngả âm đạo...

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Hiếm muộn: chậm hoặc không có thai.
- Triệu chứng chèn ép: các khối LNMTC ở buồng trứng có kích thước lớn có thể gây chèn ép trực tràng hay bàng lắt nhắt, táo bón...
- Xuất huyết tử cung bất thường: rong huyết, cường kinh...
- Các triệu chứng khác: tiểu đau, tiểu ra máu; đi tiêu đau, chảy máu trực tràng, táo bón... xảy ra theo chu kỳ kinh.

b) Triệu chứng thực thể

- Bệnh tuyến cơ tử cung: tử cung kích thước lớn, dày không đều như khối cầu, di động kém.
- LNMTC buồng trứng: khối u ở một hoặc 2 bên cạnh tử cung, di động kém, dính cùng đồ sau hay vách chậu.
- LNMTC sâu: vách âm đạo trực tràng, 2 dây chằng tử cung cùng nề cứng khi khám bằng tay kết hợp khám trực tràng; các nốt xanh tím ở vùng cùng đồ sau khi khám bằng mỏ vịt/van âm đạo, có thể chạm đau.
- Các vị trí khác: sang thương gợi ý LNMTC như các khối sờ cứng, chắc, cương đau theo chu kỳ kinh ở thành bụng quanh vùng sẹo MLT hoặc vùng tầng sinh môn...
- Có thể khám lâm sàng không thấy gì bất thường dù có triệu chứng cơ năng gợi ý LNMTC.
- LNMTC ở phúc mạc được quan sát thấy qua phẫu thuật: sang thương LNMTC nằm trên bề mặt phúc mạc, vách chậu, thanh mạc ruột...

3.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm ngả âm đạo hoặc ngả trực tràng để chẩn đoán.
  + LNMTC ở buồng trứng: phản âm kém dạng kính mờ, có thể một hoặc nhiều thùy, không chồi nhú...

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ LNMTC trong cơ tử cung: toàn bộ cơ tử cung phản âm kém và phản âm sọc trong bệnh tuyến cơ tử cung (thể lan tỏa) hoặc cơ tử cung có vùng phản âm kém khu trú, giới hạn không rõ (thể khu trú).

- Cộng hưởng từ (MRI): trong một số trường hợp cần phân biệt bệnh tuyến cơ tử cung và u xơ cơ tử cung, đánh giá sang thương LNMTC sâu, đánh giá u LNMTC về tính chất, mức độ xâm lấn các cơ quan xung quanh (niệu quản, trực tràng...).
- Các kỹ thuật hỗ trợ chẩn đoán LNMTC sâu, LNMTC ở bàng quang, niệu quản, trực tràng: chụp đường tiêu hóa, tiết niệu có cản quang, nội soi đại trực tràng, bàng quang - niệu quản...
- Dấu ấn sinh học: CA 125 không được sử dụng để chẩn đoán LNMTC.

IV. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Khối u buồng trứng không phải LNMTC.
- Bệnh lý ác tính vùng chậu xâm lấn vách trực tràng - âm đạo, vách bàng quang - âm đạo, cùng đồ sau, vách chậu...
- U xơ cơ tử cung.

V. ĐIỀU TRỊ

5.1. Nguyên tắc điều trị

- Cá thể hóa điều trị (dựa vào tuổi, độ nặng của triệu chứng, số con và các bệnh lý kèm theo) và vấn đề chính của người bệnh.
- Tối ưu hóa điều trị nội khoa, tránh phẫu thuật lặp lại.

5.2. Mục tiêu điều trị

- Cải thiện các triệu chứng bệnh, giảm tiến triển, giảm tái phát bệnh, cải thiện chất lượng cuộc sống.
- Bảo tồn/tăng khả năng sinh sản.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Xác định bệnh LNMTC cần phẫu thuật và lựa chọn thời điểm phẫu thuật phù hợp.
- Có chiến lược theo dõi, điều trị sau phẫu thuật.

5.3. Điều trị LNMTC và đau: cần loại trừ các nguyên nhân gây đau vùng chậu khác trước khi bắt đầu điều trị theo kinh nghiệm (phụ lục 2).

5.4. LNMTC và hiếm muộn: (phụ lục 3).

- Nếu có cả đau và hiếm muộn: ưu tiên điều trị hiếm muộn.
- Nếu phụ nữ bị LNMTC kèm hiếm muộn và có nguyên nhân khác gây hiếm muộn hoặc giảm dự trữ buồng trứng: cân nhắc áp dụng sớm các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.
- Không điều trị nội tiết (nội tiết tránh thai, progestins, GnRH đồng vận hoặc Danazol) ức chế chức năng buồng trứng để cải thiện điều trị hiếm muộn kèm LNMTC tối thiểu hoặc nhẹ.

5.5. Điều trị can thiệp ngoại khoa

5.5.1. Chỉ định phẫu thuật

- Thất bại với các phương pháp điều trị nội khoa.
- LNMTC kèm bệnh lý khác cần can thiệp phẫu thuật.

5.5.2. Phương pháp phẫu thuật

Ưu tiên chọn phẫu thuật nội soi hơn mổ bụng hở.

Xử trí tùy theo vị trí sang thương LNMTC, phân độ LNMTC (phụ lục 4):

a) *LNMTC phúc mạc:* cắt bỏ hoặc đốt hủy sang thương LNMTC

b) *LNMTC ở buồng trứng:* không dẫn lưu hoặc đốt laser hay đốt điện mặt trong nang LNMTC vì khả năng tái phát cao, cần bóc nang LNMTC vì có hiệu quả giảm đau và giảm tỷ lệ tái phát.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

c) *LNMTC sâu:* cần cân nhắc chỉ định phẫu thuật cắt tổn thương LNMTC sâu vì các tai biến và biến chứng phẫu thuật, có thể phối hợp các chuyên khoa liên quan. Tổn thương LNMTC ở ruột: cắt bỏ tổn thương LNMTC sâu trên ruột hoặc cắt đoạn ruột lấy nguyên khối LNMTC. Trường hợp LNMTC gây hẹp niệu quản, thận ứ nước có thể đặt sonde JJ, cắt bỏ sang thương LNMTC và nối lại niệu quản hoặc cắm lại niệu quản vào bàng quang.

d) *LNMTC ở vết mổ lấy thai hoặc vết may tầng sinh môn:* cắt bỏ tổn thương LNMTC, lấy hết phần mô sượng cứng, không điều trị nội tiết trước và sau phẫu thuật.

e) *LNMTC ở cơ tử cung*

- Cắt đốt nội mạc tử cung hay tắc động mạch tử cung (UAE).
  + Chỉ định: phụ nữ tiền mãn kinh có LNMTC trong cơ tử cung, từ chối phẫu thuật cắt tử cung hoặc không thể phẫu thuật cắt tử cung do bệnh lý khác.
  + Chống chỉ định: người bệnh có chống chỉ định chụp động mạch; lạc nội mạc tử cung sâu; có kèm u xơ cơ tử cung dưới thanh mạc, còn mong con, bệnh lý phụ khoa nghi ác tính.
  + Tác dụng phụ, biến chứng: đau, nhiễm trùng, vô kinh.
- Siêu âm hội tụ cường độ cao (HIFU): chỉ định khi đáp ứng đủ các điều kiện sau: phụ nữ tiền mãn kinh có khối LNMTC trong cơ tử cung, đủ con, không nghi ngờ dính vùng chậu, tiền căn không phẫu thuật bụng dưới, cân nặng < 100 kg, thành bụng dày < 5 cm, kích thước sang thương LNMTC trong cơ từ 3-10 cm.
- Phẫu thuật bảo tồn cắt sang thương LNMTC cơ tử cung thể khu trú, tuy nhiên người bệnh có nguy cơ vỡ tử cung trong thai kỳ sau.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Phẫu thuật cắt tử cung: chỉ định khi thất bại với các điều trị bảo tồn, phụ nữ không mong muốn sinh con và LNMTC ở tử cung thể lan tỏa hoặc kết hợp bệnh lý khác cần phẫu thuật.

5.5.3. Điều trị nội tiết trước và sau phẫu thuật đau do LNMTC

- Không chỉ định điều trị nội tiết nhằm chuẩn bị trước phẫu thuật khi có chỉ định điều trị ngoại khoa để giảm đau.
- Không chỉ định điều trị nội tiết trong mục đích hỗ trợ phẫu thuật để cải thiện thêm kết quả phẫu thuật.

5.5.4. Điều trị nội tiết dự phòng tái phát bệnh hoặc tái phát đau do LNMTC ở phụ nữ đã được điều trị phẫu thuật

- Điều trị kéo dài trên 6 tháng nhằm ngăn ngừa tái phát bệnh hay tái phát đau do LNMTC sau phẫu thuật.
- Có thể chọn lựa điều trị: dụng cụ tử cung có nội tiết Levonorgestrel, Dienogest, thuốc viên tránh thai kết hợp... ít nhất 18-24 tháng sau phẫu thuật điều trị đau.

5.5.5. LNMTC phát hiện khi đang thực hiện phẫu thuật khác

Trường hợp LNMTC (u LNMTC ở buồng trứng, khối LNMTC ở thành bụng...) phát hiện khi đang thực hiện phẫu thuật khác: cân nhắc bóc khối LNMTC (nếu được) tùy từng tình huống cụ thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2019), Quyết định số 5306/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị lạc nội mạc tử cung" ngày 07/11/2019.
2. Abigail T. Hoyle; Yana Puckett (2020), "Endometrioma", Bookshelf ID: NBK559230PMID: 32644656, StatPearls Publishing LLC, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559230/.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3. Dessouky, R., Gamil, S. A., Nada et.al (2019), "Management of uterine adenomyosis: current trends and uterine artery embolization as a potential alternative to hysterectomy", Insight into Imaging, pp.2-9.

4. Endo Y, Akatsuka J, Obayashi K, Takeda H, Hayashi T, Nakayama S, Suzuki Y, Hamasaki T, Kondo Y (2020), Efficacy of Laparoscopic Partial Cystectomy with a Transurethral Resectoscope in Patients with Bladder Endometriosis: See-Through Technique, Urol Int,104(7-8):546-550.

5. Feng Y, Hu L, Chen W, et al (2017), Safety of ultrasound-guided high-intensity focused ultrasound ablation for diffuse adenomyosis: A retrospective cohort study, Ultrason Sonochem, 36:139.

6. Hai N, Hou Q, Ding X, et al (2017), Ultrasound-guided transcervical radiofrequency ablation for symptomatic uterine adenomyosis, Br J Radiol, 90:20160119.

7. Kavoussi SK, Esqueda AS, Jukes LM (2020), Elagolix to medically treat a uterine adenomyoma: A case report, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 247:266.

8. Kim MD, Kim S, Kim NK, et al (2007), Long-term results of uterine artery embolization for symptomatic adenomyosis. AJR Am J Roentgenol, 188:176.

9. Kitamura Y, Allison SJ, Jha RC, et al (2006), MRI of adenomyosis: changes with uterine artery embolization, AJR Am J Roentgenol, 186:855.

10. Lam K, Lang E. (2020), Endometriosis as a rare cause of small bowel obstruction. ANZ J Surg, 90(11):E137-E138.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

11. Li J.J., Chung J.P.W., Wang S., Li T. C. & Duan H. (2018). "The Investigation and Management of Adenomyosis in Women Who Wish to Improve or Preserve Fertility", BioMed Research International, Vol 2018, pp.1-13.

12. Margit Dueholm (2018), "Minimally invasive treatment of adenomyosis", Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 51(2018), pp.119-137.

13. Osada H. (2018), Uterine adenomyosis and adenomyoma: the surgical approach, Fertil Steril, 109:406.

14. Osuga Y, Watanabe M, Hagino A. Long-term use of dienogest in the treatment of painful symptoms in adenomyosis (2017), J Obstet Gynaecol Res, 43:1441.

15. Pontis A, D'Alterio M.N, Pirarba S, et al (2016), "Adenomyosis: a systematic review of medical treatment", Gynecol Endocrinol, 32(9), pp.696–700.

16. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, Treatment of pelvic pain associated with endometriosis: a committee opinion, Fertil Steril 2014, 101:927.

17. Practice bulletin no. 114: management of endometriosis, Obstet Gynecol 2010, 116:223.

18. Scarperi S, Pontrelli G, Campana C, et al (2015), Laparoscopic Radiofrequency Thermal Ablation for Uterine Adenomyosis, JSLS, 19.

19. Schlaff WD, Ackerman RT, Al-Hendy A, et al (2020), Elagolix for Heavy Menstrual Bleeding in Women with Uterine Fibroids. N Engl J Med, 382:328.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

20. Silvia Vannuccini, Stefano Luisi, et al (2018), "Role of medical therapy in the management of uterine adenomyosis", Fertility and Sterility, Vol.109, No.3.

21. Sheng J, Zhang WY, Zhang JP, Lu D. (2009), The LNG-IUS study on adenomyosis: a 3-year follow-up study on the efficacy and side effects of the use of levonorgestrel intrauterine system for the treatment of dysmenorrhea associated with adenomyosis, Contraception 2009; 79:189.

22. Vercellini P, DE Matteis S, Somigliana E, Buggio L, Frattaruolo MP, Fedele L. (2013), Long-term adjuvant therapy for the prevention of postoperative endometrioma recurrence: a systematic review and meta-analysis. Acta Obstet Gynecol Scand, 92(1):8-16.

23. Wood C. (1998), Surgical and medical treatment of adenomyosis, Hum Reprod Update, 4:323.

24. Zhou J, He L, Liu P, et al (2016), Outcomes in Adenomyosis Treated with Uterine Artery Embolization Are Associated with Lesion Vascularity: A Long-Term Follow-Up Study of 252 Cases, PLoS One 2016, 11:e0165610.

25. Zhang L, Rao F, Setzen R. (2017), High intensity focused ultrasound for the treatment of adenomyosis: selection criteria, efficacy, safety and fertility, Acta Obstet Gynecol Scand, 96:707.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Phụ lục I
LƯU ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG

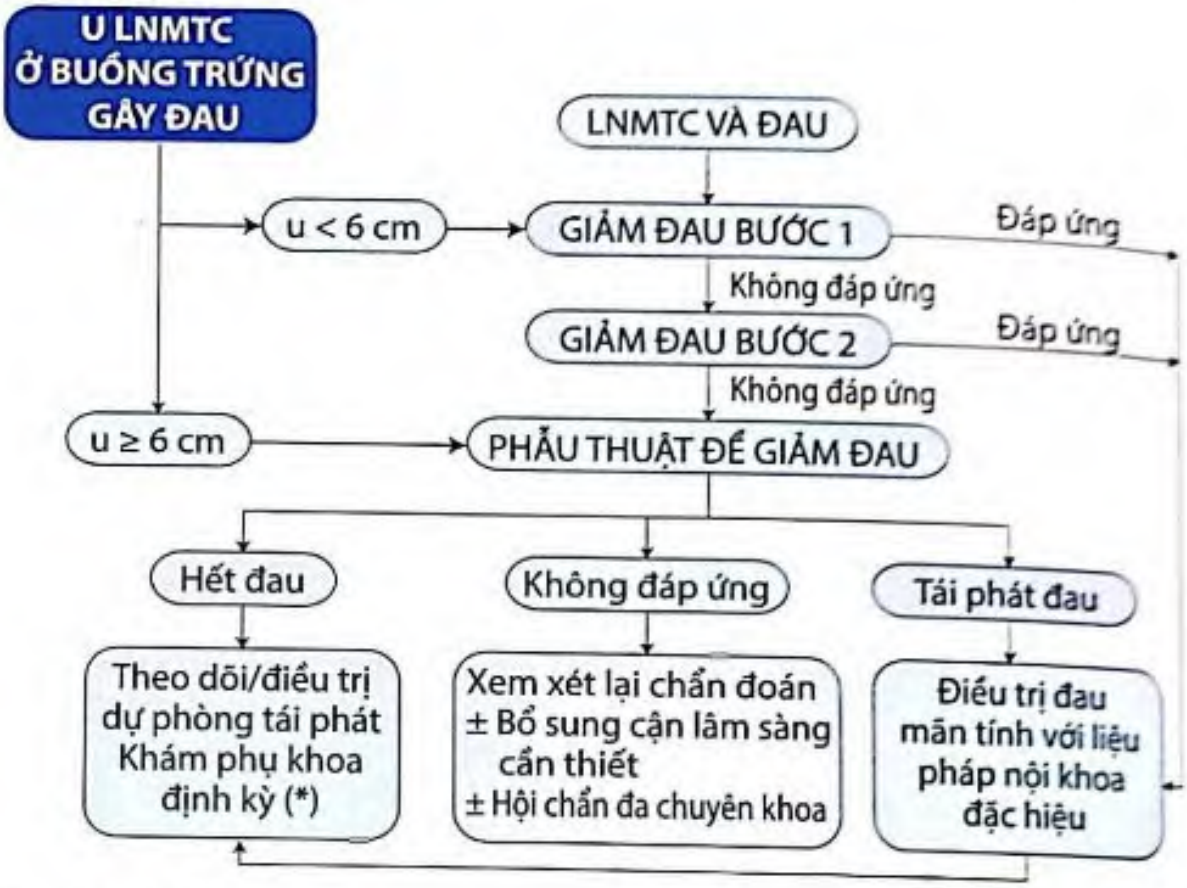
TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG
- Đau.
- Xuất huyết tử cung bất thường (trong bệnh tuyến cơ tử cung).
- Hiếm muộn.
- Chèn ép trực tràng hay bàng quang gây tiểu khó, tiểu lắt nhắt, táo bón....
- Khác: tiểu ra máu, chảy máu trực tràng... xảy ra theo chu kỳ kinh.

CẬN LÂM SÀNG
- Siêu âm ngả âm đạo, ngả trực tràng, ngả bụng.
- MRI.
- Không chỉ định xét nghiệm CA 125.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Phụ lục II
LƯU ĐỒ XỬ TRÍ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG VÀ ĐAU



Nguyên tắc điều trị:

- Cá thể hóa điều trị, không hướng đến mục tiêu loại bỏ sang thương
- Xác định người bệnh và lựa chọn thời điểm phù hợp nhất, tránh phẫu thuật lặp lại

(*): cần tư vấn về nguy cơ tái phát. Đặt dụng cụ tử cung có Levonorgestrel, Dienogest ít nhất 18-24 tháng sau phẫu thuật điều trị đau là biện pháp dự phòng cấp 2 tái phát đau do LNMTC

Được quét bằng CamScanner

GIẢM ĐAU BƯỚC 1

STT	Loại thuốc	Liều dùng	Hiệu quả	Tác dụng phụ/Chống chỉ định
1	Kháng viêm không steroids (NSAIDs)	Ibuprofen 400 mg (u)/mỗi 4-6 giờ Naproxen 250 mg (u)/mỗi 4-6 giờ Diclofenac, liều khởi đầu 75-100 mg, liều duy trì 50 mg (u)/3 lần mỗi ngày Meloxicam 7,5 mg (u)/mỗi ngày Piroxicam 20 mg (u)/mỗi ngày	Ức chế tổng hợp prostaglandin, kháng viêm Giảm thống kinh nguyên phát	Chống chỉ định: tiền sử loét dạ dày tá tràng, bệnh thận, bệnh co thắt phế quản, đột quỵ, thiếu máu cơ tim, suy tim,...
2	Nội tiết tránh thai: thuốc viên tránh thai kết hợp; hoặc miếng dán tránh thai	Thuốc viên tránh thai kết hợp uống theo chu kỳ hoặc liên tục 1 viên/ngày Miếng dán tránh thai (norelgestromin/EE): 1 miếng/tuần	Ức chế chu kỳ kinh nguyệt Giảm thống kinh, giảm giao hợp đau, giảm đau vùng chậu mạn tính và giúp ngừa thai Ít có hiệu quả giảm đau trong LNMTC ở phúc mạc, LNMTC sâu Lưu ý: không dùng quá 3 tháng nếu không giảm đau	Buồn nôn, nôn, căng ngực, rong huyết, tăng cân, mụn, mệt mỏi, tăng huyết áp

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

STT	Loại thuốc	Liều dùng	Hiệu quả	Tác dụng phụ/Chống chỉ định
3	Progestins	Dienogest 2 mg/ngày DMPA 150 mg (TB)/ mỗi 13 tuần hoặc 104 mg (TDD)/ mỗi 12-14 tuần LNG-IUS: 1 lần/ mỗi 5 năm Norethindrone 5-20 mg (u)/ mỗi ngày	Làm teo lớp màng rụng của mô nội mạc tử cung Giảm đau trong LNMTC: đau vùng chậu, thống kinh, giao hợp đau… LNG-IUS: giảm cường kinh, giảm đau, chỉ định trong bệnh tuyến cơ tử cung có triệu chứng	

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

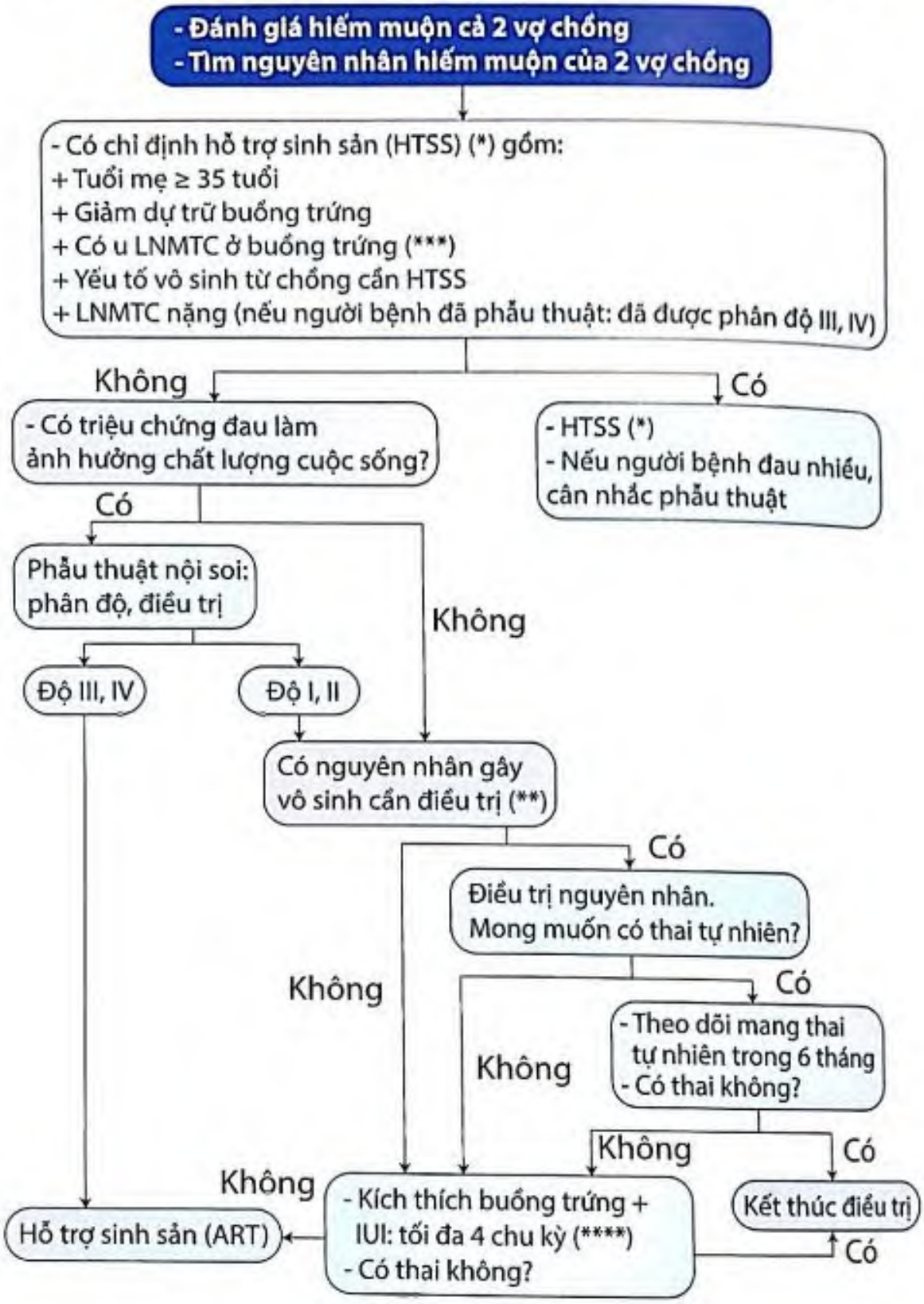
GIẢM ĐAU BƯỚC 2

STT	Loại thuốc	Liều dùng	Hiệu quả	Tác dụng phụ/Chống chỉ định
1	Progestins	Nếu bước 1 chưa áp dụng		
2	GnRH đồng vận	Goserelin: 3,6 mg (TDD)/mỗi tháng Leuprolide: 3,75 mg (TB)/mỗi tháng hoặc 11,25 mg (TB)/mỗi 3 tháng	Ức chế trục hạ đồi - tuyến yên Cần liệu pháp bổ trợ (add - back therapy) Chưa có dữ liệu về hiệu quả và tính an toàn nếu dùng trên 6 tháng Thận trọng khi chỉ định cho phụ nữ trẻ và tuổi vị thành niên	Giảm mật độ xương, thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch, mụn
3	Lựa chọn khác	Danazol: 100-200 mg (u)/2 lần mỗi ngày Anti-progestagens (gestrinone) Medroxyprogest - erone acetat 20-40 mg (u)/mỗi ngày	Danazol: tổng hợp androgen, ức chế trục hạ đồi - tuyến yên Áp dụng khi các liệu pháp trên thất bại	Nhiều tác dụng phụ

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Phụ lục III
LƯU ĐỒ XỬ TRÍ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG VÀ HIẾM MUỘN



Được quét bằng CamScanner

Lưu ý:

- Không điều trị nội tiết sau phẫu thuật để cải thiện tỷ lệ có thai tự nhiên
- (*) Hỗ trợ sinh sản: thụ tinh trong ống nghiệm, tiêm tinh trùng vào bào tương noãn (ICSI)...
- (**) Nguyên nhân vô sinh cần điều trị: sang thương/tổn thương buồng tử cung, rối loạn phóng noãn, bất thường ống dẫn trứng...
- (***) Trường hợp u LNMTC ở BT gây đau, chèn ép cơ quan lân cận ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống hoặc u LNMTC ≥ 8 cm: phẫu thuật nội soi bóc u trước khi HTSS (cần PTV có kinh nghiệm)

  Trường hợp u LNMTC có kích thước từ 6 cm đến < 8 cm: hội chẩn bệnh viện

  Trường hợp u LNMTC có kích thước < 6 cm, không có triệu chứng: HTSS
- (****) Tư vấn về lợi ích của việc IUI và IVF: người bệnh có thể chọn lựa IUI hoặc IVF

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Phụ lục IV

PHÂN ĐỘ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG (THEO ASRM ĐÃ HIỆU CHỈNH)

Độ I (tối thiểu): 1-5

Độ II (nhẹ): 6-15

Độ III (trung bình): 16-40

Độ IV (nặng): > 40

	Lạc nội mạc tử cung		< 1 cm	1-3 cm	> 3cm
Phúc mạc	Nông		1	2	4
	Sâu		2	4	6
Buồng trứng	Bên Phải	Nông	1	2	4
		Sâu	4	16	20
	Bên Trái	Nông	1	2	4
		Sâu	4	16	20
	Mất cùng đồ sau		Bán phần	Toàn phần	
			4	40	
Buồng trứng	Dính		< 1/3 bề mặt	1/3-2/3 bề mặt	> 2/3 bề mặt
	Bên Phải	Màng mỏng	1	2	4
		Dày, chặt	4	8	16
	Bên Trái	Màng mỏng	1	2	4
		Dày, chặt	4	8	16
Vòi trứng	Bên Phải	Màng mỏng	1	2	4
		Dày, chặt	4*	8*	16
	Bên Trái	Màng mỏng	1	2	4
		Dày, chặt	4*	8*	16

* Nếu loa vòi tắc hoàn toàn, chuyển điểm đánh giá sang 16.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

TẦM SOÁT UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

64

Tại Việt Nam, ung thư cổ tử cung (UTCTC) là ung thư phổ biến thứ 4 ở phụ nữ và phổ biến thứ 2 ở phụ nữ trong tuổi sinh sản, sau ung thư vú.

Nhiễm *Human Papillomavirus* (HPV) là nguyên nhân chính của UTCTC gây nên bởi các týp nguy cơ cao bao gồm 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68. Trong đó týp 16, 18 gây nên > 70% các trường hợp UTCTC.

Phần lớn các trường hợp UTCTC có thể được phòng ngừa bằng cách tầm soát phát hiện sớm và điều trị các tổn thương ở giai đoạn tiền ung thư.

I. ĐỐI TƯỢNG TẦM SOÁT

Phụ nữ ≥ 21 tuổi, đã có quan hệ tình dục và mong muốn được tầm soát UTCTC.

II. THỜI ĐIỂM NGƯNG TẦM SOÁT

- ≥ 65 tuổi nếu người phụ nữ có 3 lần Pap's hoặc 2 lần co-testing âm tính.
- Sau cắt tử cung vì bệnh lý lành tính.

III. CÁC PHƯƠNG PHÁP TẦM SOÁT

3.1. Tế bào học

Xét nghiệm tế bào cổ tử cung: cổ điển hoặc nhúng dịch.

3.2. Xét nghiệm HPV

3.3. Quan sát cổ tử cung

- VIA (Visual Inspection using Acetic acid): quan sát cổ tử cung (CTC) với Acid Acetic.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

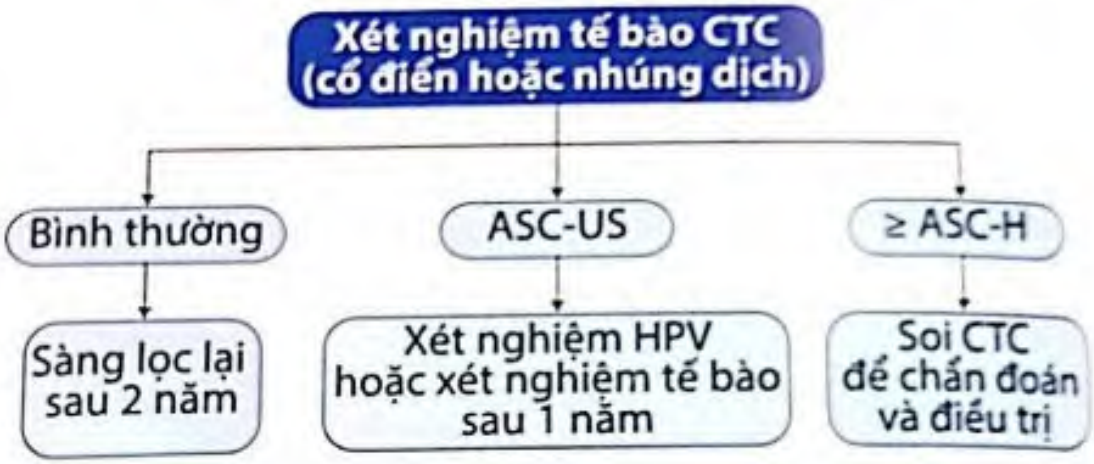
- VILI (Visual Inspection using Lugol's iodine): quan sát CTC với Lugol.

IV. CÁC PHÁC ĐỒ TẦM SOÁT

Tùy điều kiện cơ sở y tế và năng lực, kinh nghiệm chuyên môn tại cơ sở để chọn phác đồ cho phù hợp.

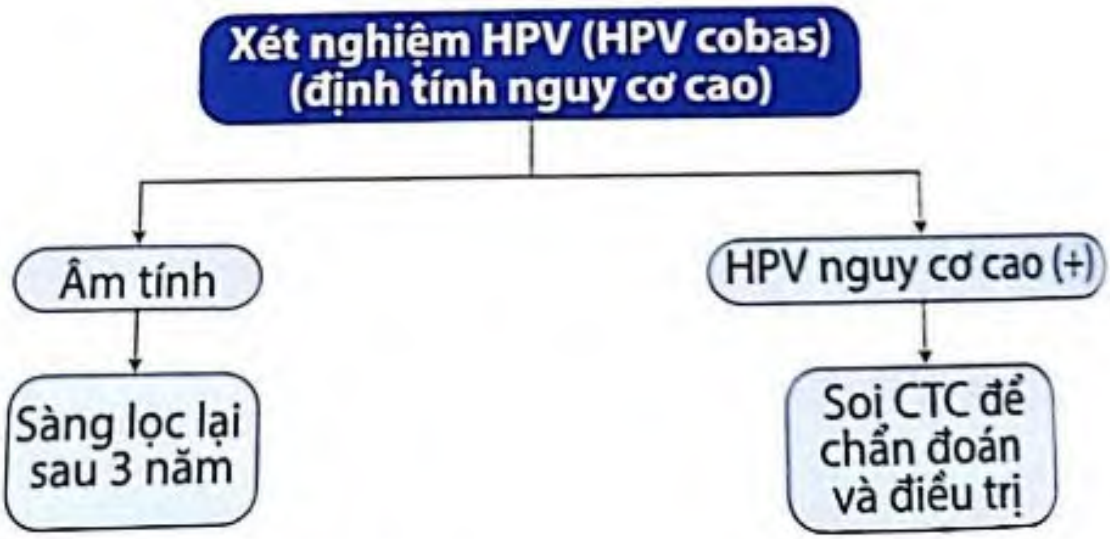
Phác đồ 1: Sàng lọc dựa vào xét nghiệm tế bào cổ tử cung

*Áp dụng cho phụ nữ ≥ 21 tuổi



Phác đồ 2A: Sàng lọc dựa vào xét nghiệm HPV đơn thuần (định tính)

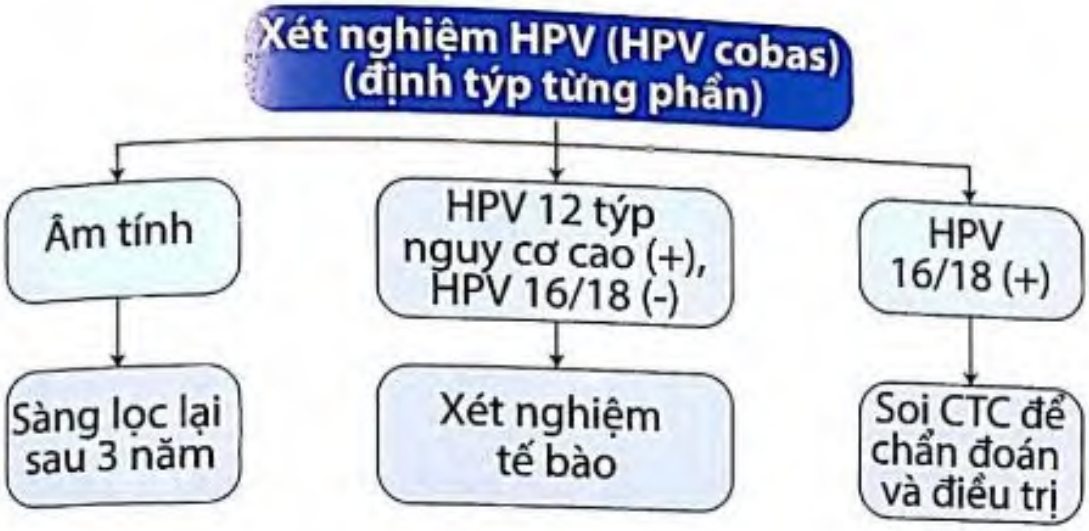
*Áp dụng cho phụ nữ ≥ 25 tuổi



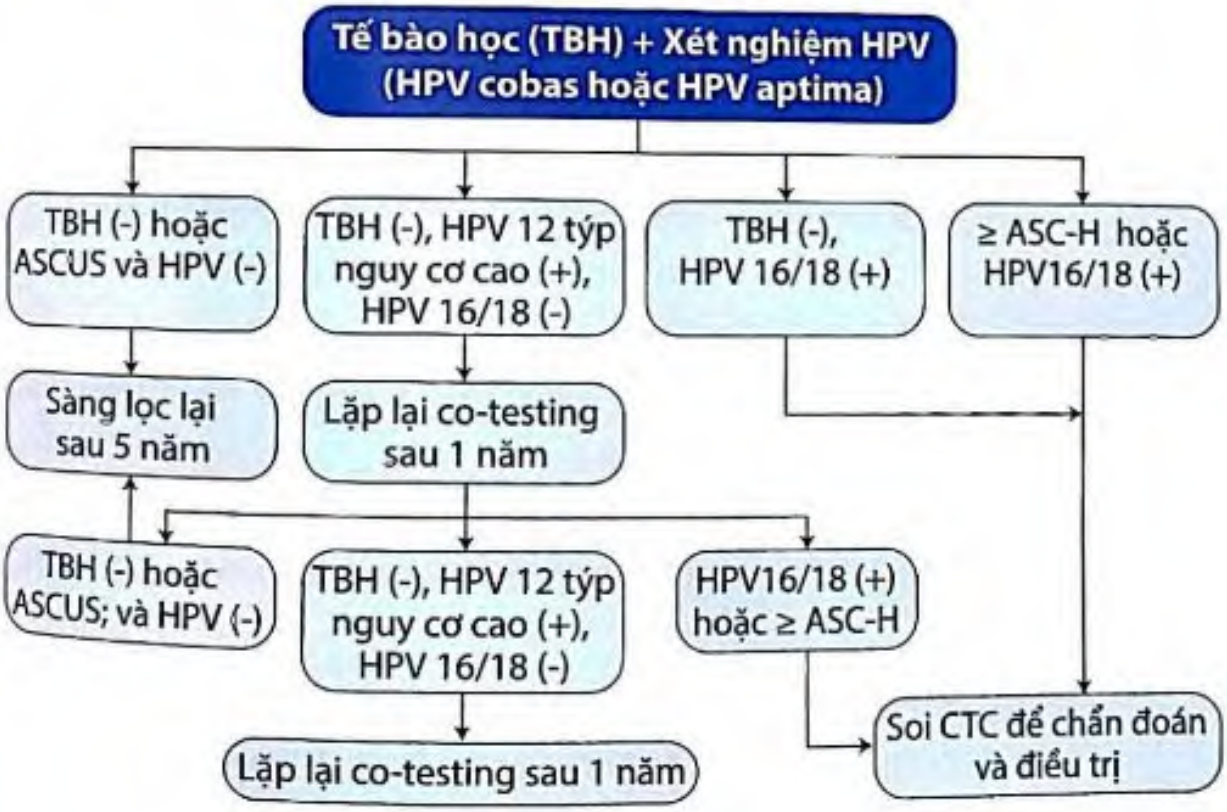
Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Phác đồ 2B: Sàng lọc dựa vào xét nghiệm HPV đơn thuần
(định týp từng phần)
*Áp dụng cho phụ nữ ≥ 25 tuổi



Phác đồ 3: Sàng lọc dựa vào bộ đôi xét nghiệm HPV và tế bào học (Co-testing)
*Áp dụng cho phụ nữ ≥ 30 tuổi



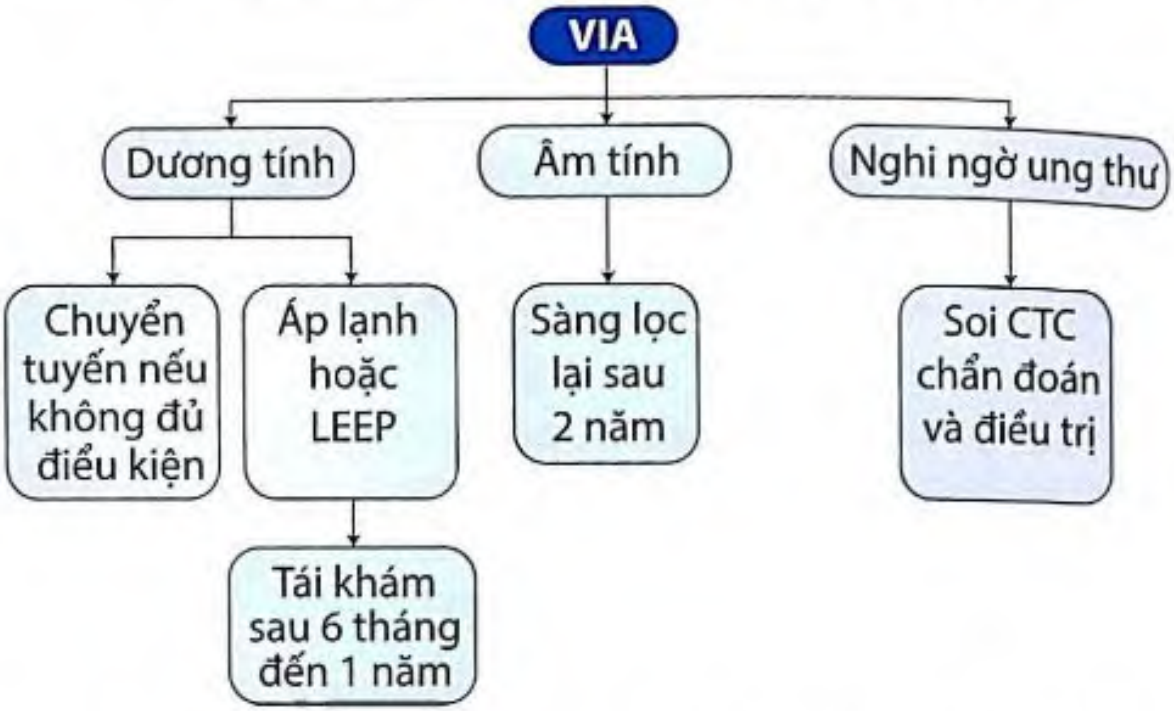
Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Đối với các cơ sở chưa đủ điều kiện xét nghiệm HPV và tế bào học

Có thể lấy bệnh phẩm TBH/HPV và gửi đến nơi có thể xét nghiệm, hoặc sàng lọc dựa vào test quan sát cổ tử cung với Acid Acetic (VIA).

Phác đồ 4: Sàng lọc dựa vào nghiệm pháp VIA



Sàng lọc ung thư cổ tử cung ở đối tượng nhiễm HIV

Tương tự như những phụ nữ không nhiễm HIV nhưng có một số lưu ý sau:

- Tuổi bắt đầu sàng lọc là 1 năm sau lần giao hợp đầu tiên và không trễ hơn 21 tuổi.
- Không xác định độ tuổi kết thúc sàng lọc.
- Sàng lọc bằng xét nghiệm tế bào học cho những phụ nữ < 30 tuổi.
- Sàng lọc bằng co-testing cho những phụ nữ ≥ 30 tuổi.
- Xét nghiệm HPV đơn thuần không được khuyến cáo.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Pap's ASCUS: phụ nữ < 30 tuổi làm tiếp HPV; phụ nữ ≥ 30 tuổi nên soi cổ tử cung ngay.

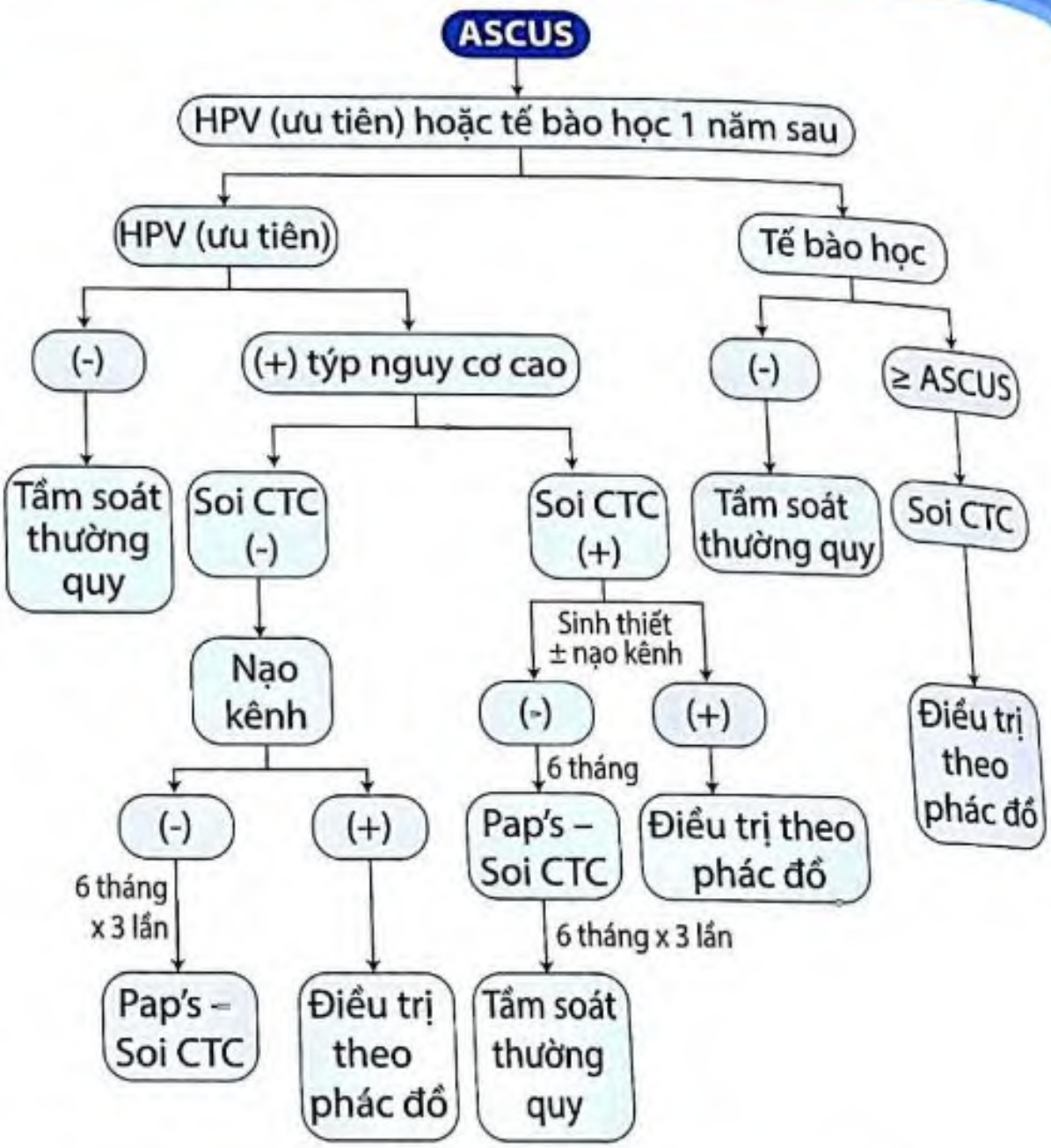
TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Kế hoạch hành động quốc gia 2016-2025.
2. Bộ Y tế (2017), Tài liệu đào tạo liên tục về "Hướng dẫn dự phòng và kiểm soát ung thư cổ tử cung"
3. ACOG (2016)
4. ASCCP (2014)
5. ASCO (2016)
6. CDC (2015), Guidelines for Prevention and Treatment of Oppotunistic Infections in HIV - infected aldults and adolescents, MMWR.
7. Clinical Gynecology Oncology 9th edition (2018).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

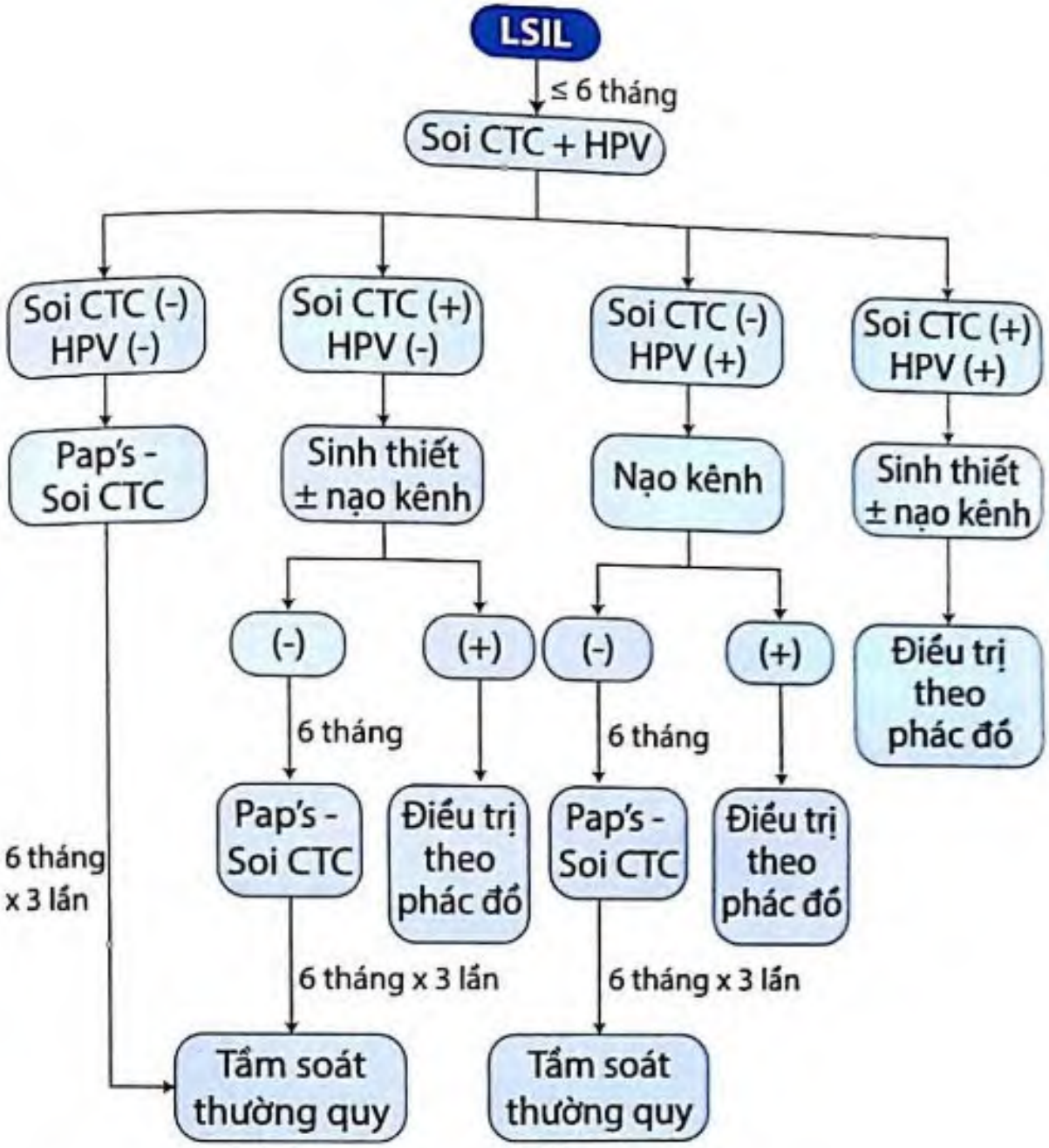
65 XỬ TRÍ PAP'S BẤT THƯỜNG VÀ TÂN SINH TRONG BIỂU MÔ CỔ TỬ CUNG



HPV: *Human Papillomavirus*
CTC: Cổ tử cung
ASCUS: Atypical squamous cells of undetermined significance

Được quét bằng CamScanner

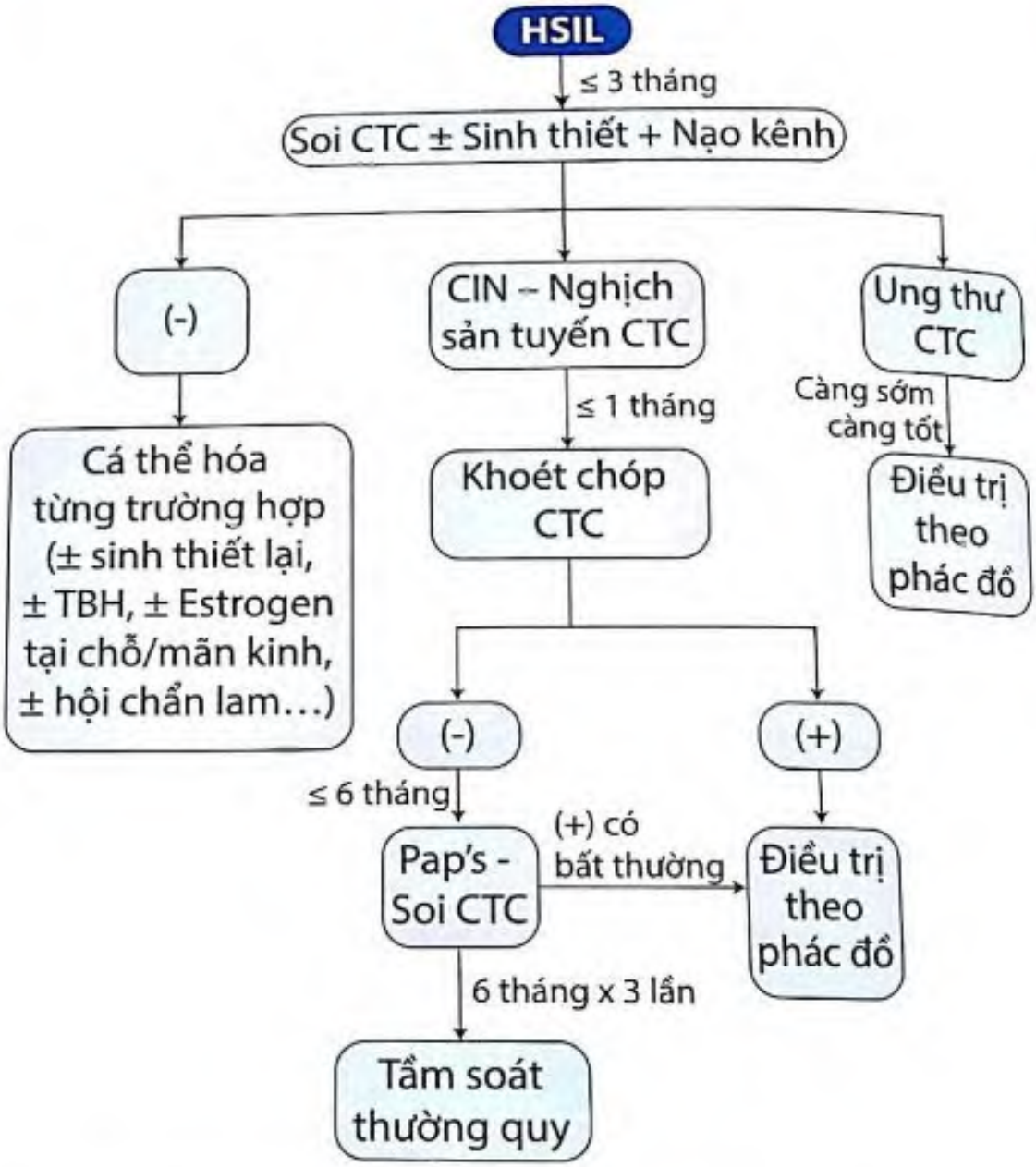
Được quét bằng CamScanner



HPV: *Human Papillomavirus*
CTC: Cổ tử cung
LSIL: Low-grade squamous intraepithelial lesion

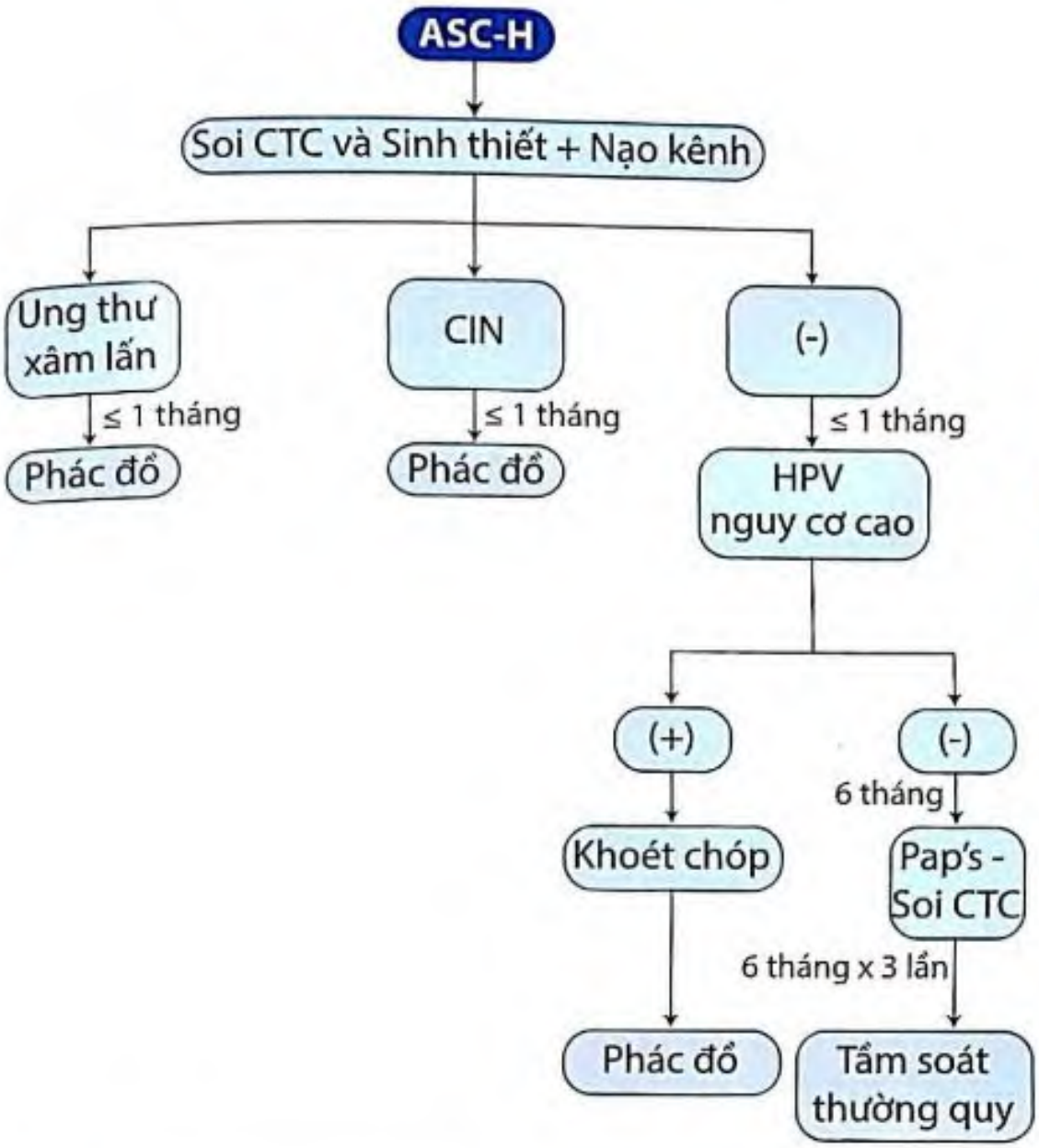
Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner



CTC: Cổ tử cung
HSIL: High-grade squamous intraepithelial lesion
CIN: Cervical intraepithelial neoplasia
TBH: Tế bào học

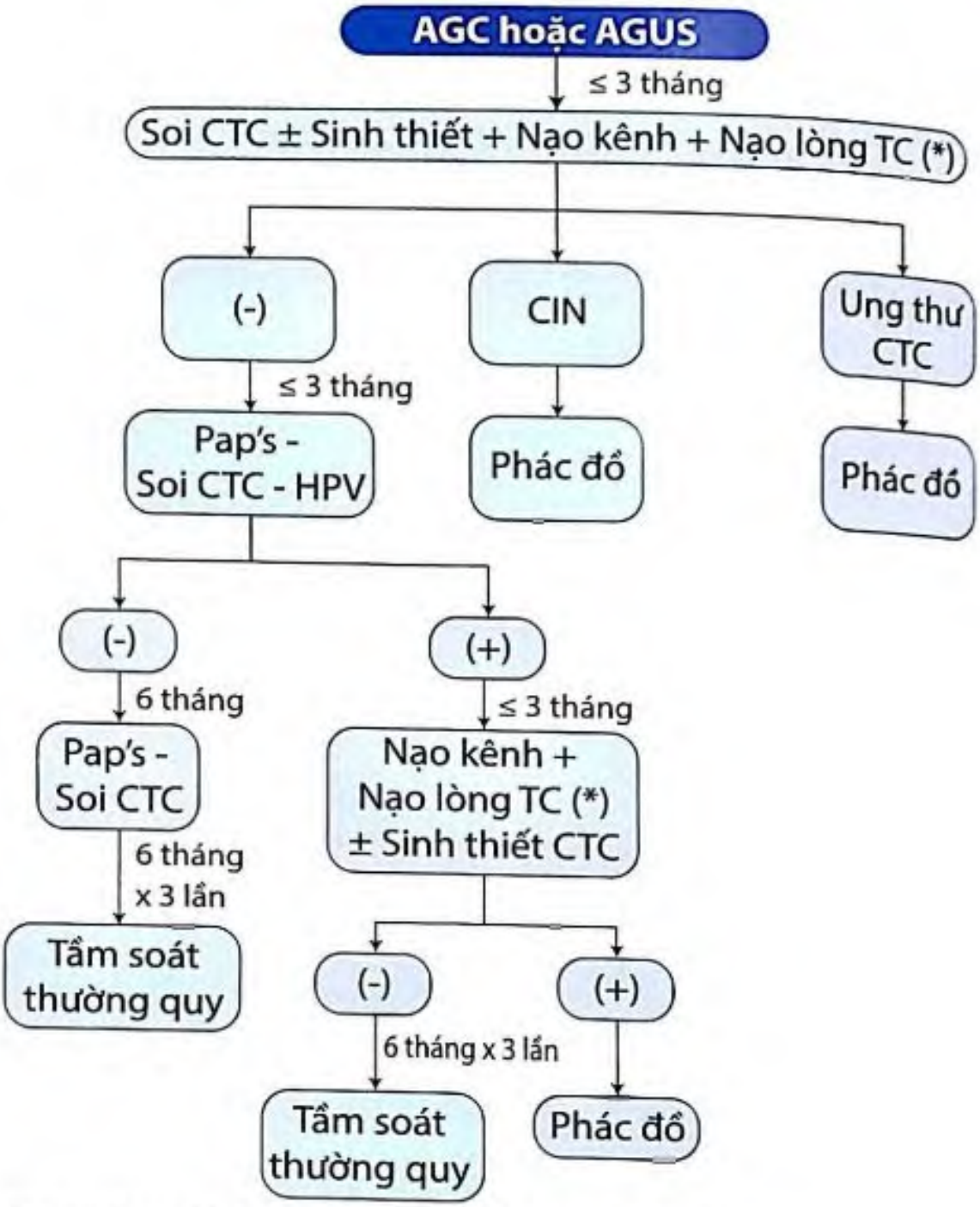
Được quét bằng CamScanner
Được quét bằng CamScanner



CTC: Cổ tử cung
CIN: Cervical intraepithelial neoplasia
HPV: *Human Papillomavirus*

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

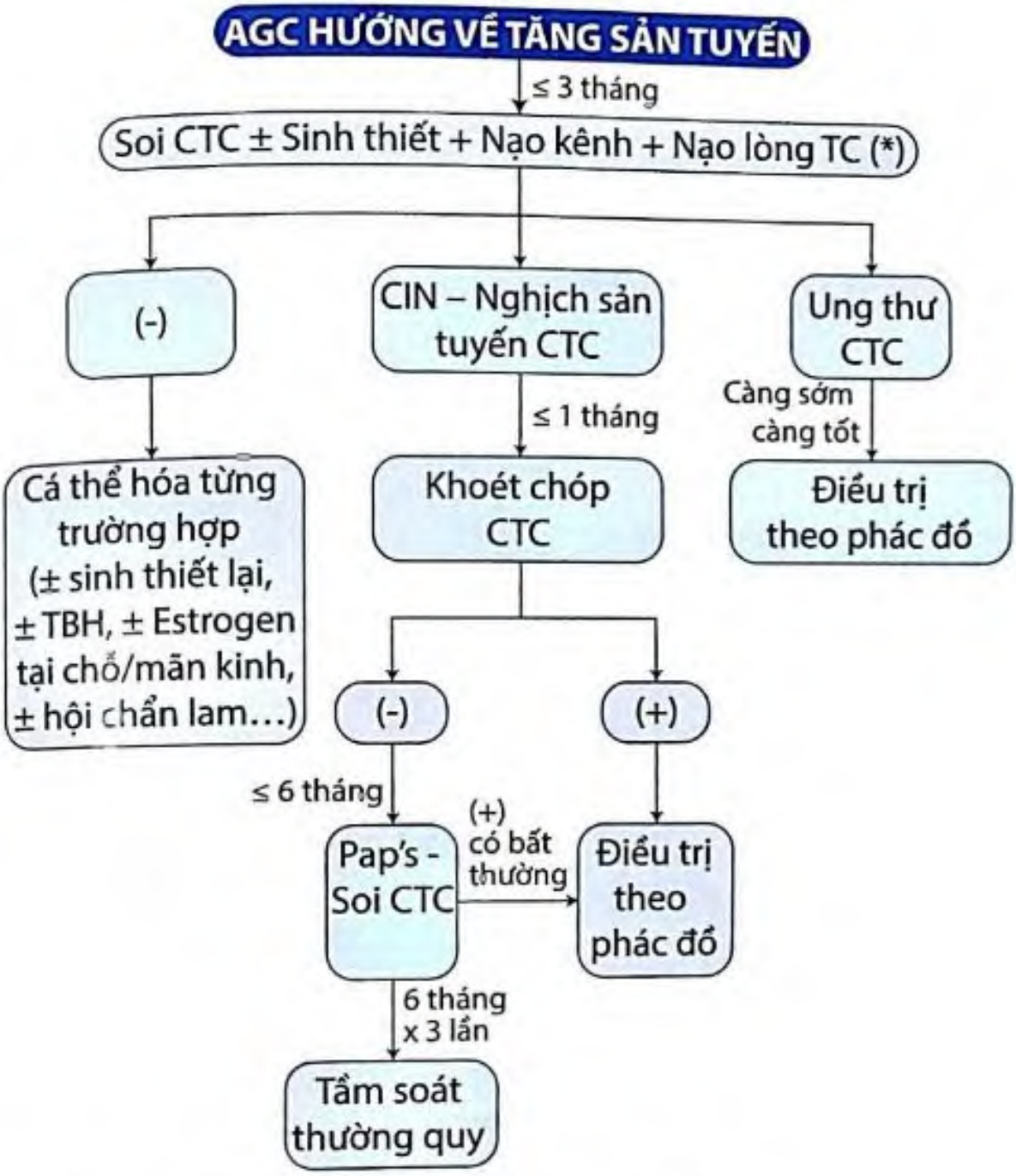


(*) Nạo lòng TC: áp dụng cho người bệnh ≥ 35 tuổi, nguy cơ tăng sinh nội mạc tử cung

CTC: Cổ tử cung
TC: Tử cung
CIN: Cervical intraepithelial neoplasia
HPV: *Human Papillomavirus*

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

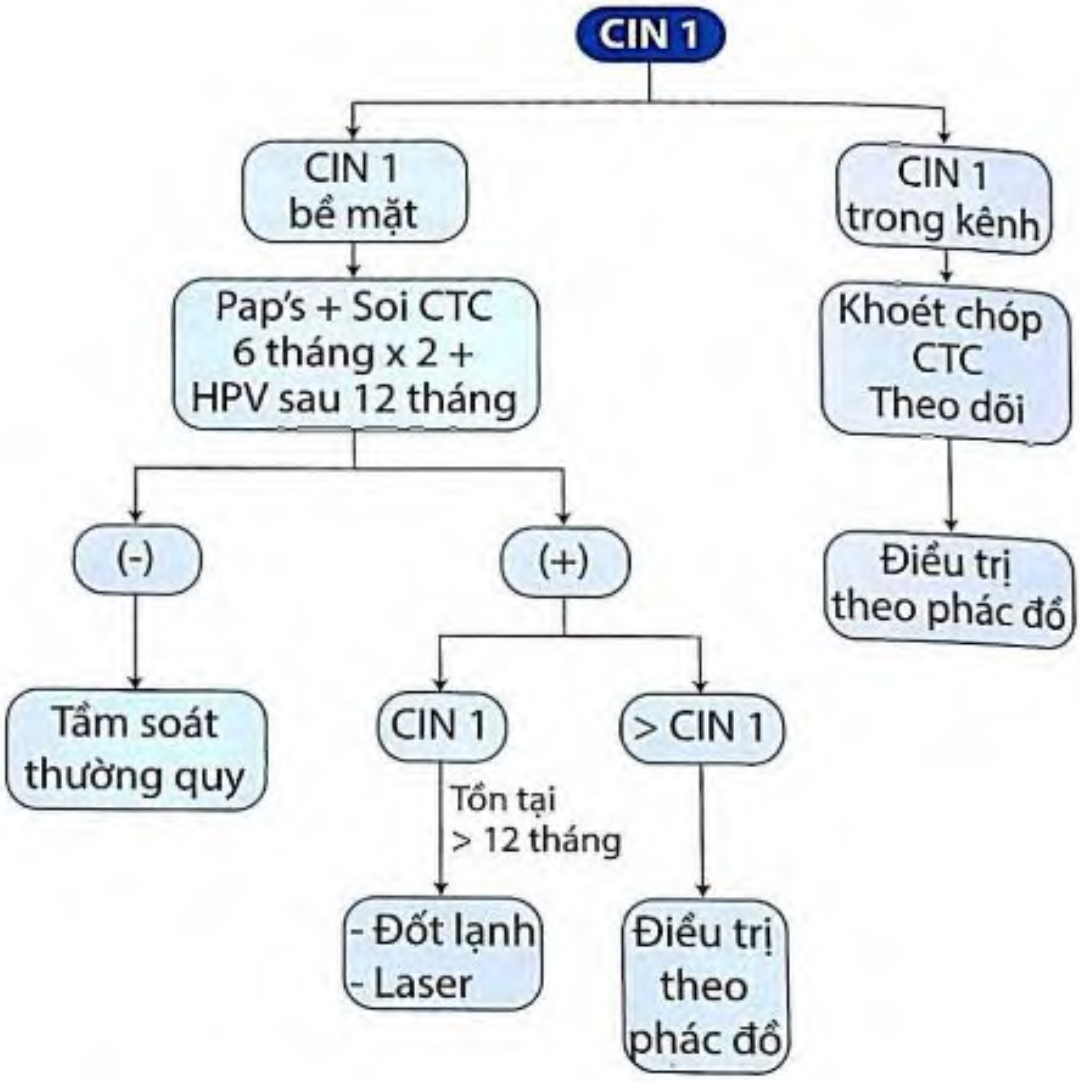


(*) Nạo lòng TC: áp dụng cho người bệnh ≥ 35 tuổi, nguy cơ tăng sinh nội mạc tử cung

CTC: Cổ tử cung
TC: Tử cung
CIN: Cervical intraepithelial neoplasia
TBH: Tế bào học

Được quét bằng CamScanner

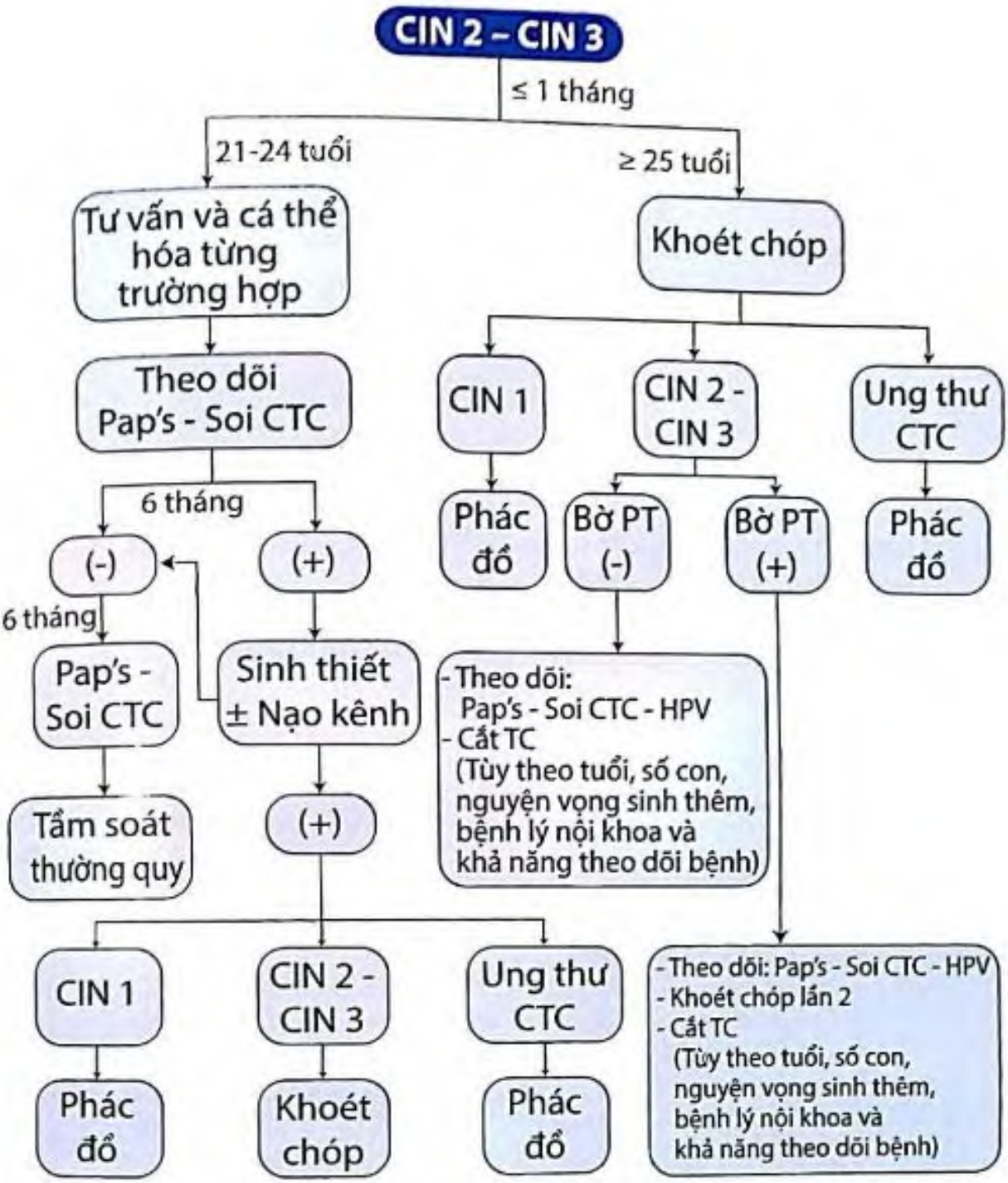
Được quét bằng CamScanner



CTC: Cổ tử cung
CIN: Cervical intraepithelial neoplasia
HPV: *Human Papillomavirus*

Được quét bằng CamScan

Được quét bằng CamScanner



CIN và thai kỳ: Đánh giá lại ở tam cá nguyệt thứ 3 và 6 tuần sau sinh.

CTC: Cổ tử cung
CIN: Cervical intraepithelial neoplasia
HPV: *Human Papillomavirus*
PT: Phẫu thuật
TC: Tử cung

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

TÀI LIỆU THAM KHẢO

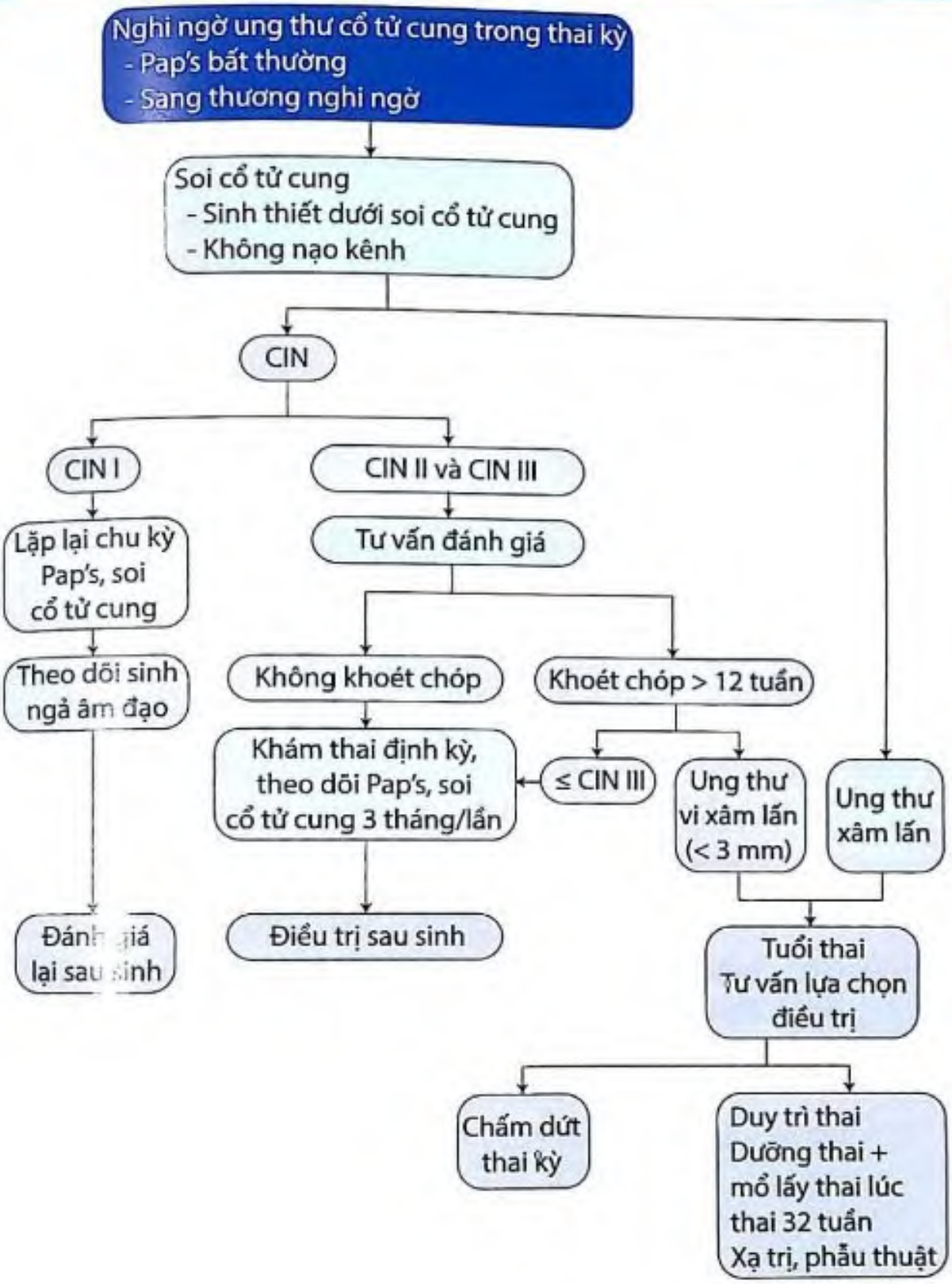
1. Bệnh viện Từ Dũ (2019), Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa
2. Bộ Y tế (2016), Kế hoạch hành động quốc gia ban hành ngày 23/9/2016
3. Bộ y Tế (2017), Tài liệu đào tạo liên tục về "Hướng dẫn dự phòng và kiểm soát ung thư cổ tử cung"
4. ACOG (2016)
5. ASCCP (2014)
6. ASCO (2016)
7. Cervical cancer, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology - Version (2018)
8. Clinical Gynecology Oncology 9th Edition (2018)

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

UNG THƯ CỔ TỬ CUNG TRONG THAI KỲ

66



Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

A. TIỀN MÃN KINH

I. ĐỊNH NGHĨA

- Là giai đoạn kéo dài khoảng 2-5 năm trước khi mãn kinh.
- Đây là giai đoạn đặc trưng của sự suy giảm hoặc thiếu Progesteron, Follicle-stimulating hormone (FSH) và luteinizing hormone (LH) tăng.
- Hậu quả của những chu kỳ không rụng trứng và cơ chế phản hồi ngược âm đưa đến tình trạng cường estrogen tương đối.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

- Tăng tính thấm thành mạch: đau vú, dễ bị phù.
- Chất nhờn cổ tử cung (CTC) trong và lỏng suốt chu kỳ.
- Tăng phân bào ở mô vú và nội mạc tử cung (NMTC): tổn thương dị dưỡng hoặc tăng sinh NMTC.
- Rối loạn kinh nguyệt (RLKN): chu kỳ ngắn hoặc thưa, rong kinh, rong huyết, cường kinh.
- Hội chứng tiền kinh: tăng cân, trướng bụng, trằn bụng dưới, đau vú, lo âu, căng thẳng, bất an.

2.2. Cận lâm sàng

Đo lường nội tiết không có ý nghĩa.

Được quét bằng CamScan

Được quét bằng CamScanner

III. ĐIỀU TRỊ

- Có nhu cầu ngừa thai bằng thuốc: sử dụng thuốc ngừa thai.
- Không có nhu cầu ngừa thai bằng thuốc: điều trị bằng Progesterone.

+ Thuốc ngừa thai thế hệ mới 20 µg Ethinyl Estradiol và 1 mg Desogestrel thích hợp cho những trường hợp có triệu chứng lâm sàng nặng. Có thể sử dụng thuốc ngừa thai cho đến khi mãn kinh ở những phụ nữ không có nguy cơ tim mạch, nhưng tối đa là đến 50 tuổi phải đổi sang nội tiết thay thế.

+ Progestins: được dùng trong 10 ngày mỗi tháng để gây ra kinh khi ngưng thuốc.

B. MÃN KINH

I. ĐỊNH NGHĨA

Mất kinh liên tiếp 12 tháng.

II. CHẨN ĐOÁN

- Xảy ra êm đềm hoặc có xáo trộn: bốc hỏa, chóng mặt, nhức đầu, rối loạn tâm lý, mệt mỏi, tê đầu chi, tăng cân.
- Hoặc không xuất huyết tử cung sau khi ngưng điều trị Progestogen ở những trường hợp rối loạn tiền mãn kinh.

III. ĐIỀU TRỊ

3.1. Mục đích: điều trị các triệu chứng than phiền.

3.2. Chỉ định

- Triệu chứng vận mạch nhẹ.
- Thay đổi lối sống: tập thể dục, yoga, thư giãn.
- Điều trị nội tiết.
- Vitamin E, thuốc bổ.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Khẩu phần ăn có đậu nành và chế phẩm estrogen thực vật.
- Khẩu phần ăn cá ít thịt, nhiều rau quả tươi.

3.3. Chống chỉ định

3.3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Ung thư sinh dục phụ thuộc estrogen: vú, NMTC.
- Thuyên tắc mạch đang diễn tiến.
- Bệnh lý gan, nhất là gan mật đang diễn tiến.

3.3.2. Chống chỉ định tương đối

- Rối loạn mãn tính chức năng gan.
- Tăng huyết áp không kiểm soát.
- Tiền căn thuyên tắc mạch.
- Tiểu porphyrin cấp từng hồi.
- Tiểu đường không kiểm soát được.

3.4. Tác dụng phụ của estrogen thay thế

- Xuất huyết âm đạo.
- Tăng cân, giữ nước, buồn nôn, đau vú, thay đổi tính khí.
- Tăng sinh NMTC, ung thư NMTC, xuất huyết âm đạo bất thường.
- Ung thư vú: estrogen trị liệu làm bộc lộ ung thư vú chưa biểu hiện: tăng xuất độ ung thư vú.

3.5. Thời gian sử dụng

- Liệu pháp hormone thay thế (HRT: Hormone Replacement Therapy) nên dùng ở liều thấp nhất và thời gian ngắn nhất có thể trong điều trị trước mãn kinh, nên bắt đầu điều trị sớm trước khi mãn kinh thật sự.
- Không nên dùng sau 60 tuổi.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3.6. Lựa chọn thuốc

- Chọn thành phần Estrogen: nên chọn loại tự nhiên.
- Nên bổ sung progestin ≥10 ngày/tháng.
- Các loại HRT trên thị trường Việt Nam

+ Estradiol valerate 2 mg Cyproteron acetate 1 mg	(Climen)
+ Estradiol valerate 2 mg Norgestrel 0,5 mg	(Cyclo-Progynova)
+ Tibolone 2,5 mg	(Livial)
+ Estradiol 2 mg Norethisteron acetate 1 mg	(Pausogest)
+ Estradiol valerate 2 mg Norgestrel 0,5 mg	(Progyluton)
+ Estradiol valerate 2 mg	(Progynova)

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

68 TẦM SOÁT, CHẨN ĐOÁN VÀ DỰ PHÒNG LOÃNG XƯƠNG Ở PHỤ NỮ MÃN KINH

I. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Là bệnh hệ thống tiến triển của bộ xương đặc trưng bởi khối lượng xương thấp và sự suy giảm vi cấu trúc xương dẫn tới hậu quả tăng sự suy yếu xương và dễ gãy xương (theo WHO 1994).

1.2. Đặc điểm

- Tăng quá trình hủy xương.
- Quá trình tạo xương bình thường.

1.3. Các yếu tố nguy cơ của bệnh loãng xương

- Tiền sử còi xương, kém phát triển thể chất từ nhỏ, thiếu vitamin D.
- Tiền sử gia đình có cha, mẹ bị loãng xương hoặc gãy xương do xương yếu.
- Ít hoạt động thể lực, hoạt động ngoài trời, bất động quá lâu ngày.
- Thói quen sử dụng nhiều rượu, bia, cà phê, thuốc lá.
- Suy buồng trứng nguyên phát, thứ phát.
- Bệnh nội tiết: tiểu đường, cường/suy tuyến giáp, tuyến cận giáp, tuyến vỏ thượng thận.
- Bệnh mạn tính đường tiêu hoá làm hạn chế hấp thu calci, vitamin D, protein.
- Bệnh suy gan, suy thận mạn hoặc phải chạy thận nhân tạo lâu ngày.
- Các bệnh xương khớp mãn tính.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Sử dụng kéo dài > 3 tháng các thuốc làm giảm mật độ xương: Glucocorticoid tương ứng ≥ 7,5 mg Prednisone/ngày, ức chế aromatase, lợi tiểu, kháng đông, đồng vận GnRH, chống động kinh, kháng virus.

II. TẦM SOÁT LOÃNG XƯƠNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐO MẬT ĐỘ XƯƠNG (DXA)

- Đối tượng tầm soát:
  + Phụ nữ ≥ 50 tuổi
  + Phụ nữ < 50 tuổi và có một trong các yếu tố nguy cơ của bệnh loãng xương
- Khoảng cách giữa các lần tầm soát: dựa vào T-score, khoảng cách đo mật độ xương sẽ là:
  + > -1,5 SD, không có yếu tố nguy cơ gây mất xương (sử dụng Glucocorticoid, bệnh nội tiết: cường tuyến cận giáp, cường giáp...) và nguy cơ gãy xương thấp: đo mật độ xương mỗi 15 năm.
  + Từ -1,99 đến -1,5 SD và không có yếu tố nguy cơ gây mất xương: đo mật độ xương mỗi 5 năm.
  + Từ -2,49 đến -2,00 SD hoặc có nguy cơ gây mất xương: đo mật độ xương mỗi 2 năm.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Đau xương, đau lưng cấp và mạn tính.
- Biến dạng cột sống: gù, vẹo cột sống, giảm chiều cao do thân các đốt sống bị gãy và các biến chứng do chèn ép rễ thần kinh.
- Gãy xương thường gặp: đầu dưới xương quay, cổ xương đùi, các đốt sống lưng và thắt lưng; xuất hiện sau chấn thương rất nhẹ, thậm chí không rõ chấn thương.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3.2. Cận lâm sàng

- Đo mật độ xương (Bone Mineral Density - BMD) bằng phương pháp đo hấp phụ tia X năng lượng kép (Dual Energy Xray Absorptiometry - DXA) ở các vị trí trung tâm như xương vùng khớp háng hoặc cột sống thắt lưng, để chẩn đoán xác định loãng xương và đánh giá mức độ loãng xương dựa trên kết quả T-score, dự báo nguy cơ gãy xương và theo dõi điều trị.
- Khi so sánh BMD của bệnh nhân với BMD trung bình của phụ nữ cùng chủng tộc và độ tuổi, dựa vào Z-score ≤ -2 SD thì cần tìm nguyên nhân gây loãng xương thứ phát: do bệnh nội tiết cường giáp, suy giáp, cường tuyến cận giáp, tiểu đường, do dùng thuốc.
- Các cận lâm sàng khác: X quang quy ước, đo mật độ xương ở ngoại vi (gót chân, ngón tay...) bằng các phương pháp (DXA, siêu âm...), CT Scan hoặc MRI, định lượng các marker hủy xương và tạo xương.

IV. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

- Đo mật độ xương (BMD) 2 vị trí trung tâm: cột sống thắt lưng (L1-L4) và cổ xương đùi.

Nếu kết quả trị số T-score qua đo mật độ xương:

+ ≥ -1 SD: Bình thường

+ Từ > -2,5 đến < -1 SD: Thiếu xương

+ ≤ -2,5 SD: Loãng xương

+ ≤ -2,5 SD kèm tiền sử hoặc hiện tại có gãy xương: Loãng xương nặng

- Phụ nữ mãn kinh: sẽ được chẩn đoán loãng xương nếu có gãy xương hông hoặc cột sống thắt lưng và BMD có kết quả bình thường, hoặc gãy xương đoạn gần xương cánh

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

tay, đoạn xa xương cẳng tay hoặc xương chậu và kết quả BMD thiếu xương.

- Có thể chẩn đoán xác định loãng xương khi đã có biến chứng gãy xương dựa vào triệu chứng lâm sàng và X quang: Đau xương, đau lưng, gãy xương sau chấn thương nhẹ, tuổi cao...

V. CÁC MÔ HÌNH TIÊN LƯỢNG DỰ BÁO NGUY CƠ GÃY XƯƠNG (DỰA TRÊN BMD VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ)

a) Mô hình FRAX của Tổ chức Y tế Thế giới:

- Sử dụng 12 yếu tố nguy cơ: tuổi, giới tính, cân nặng, chiều cao, tiền sử gãy xương, trị số T-score, tiền sử gãy xương của gia đình, hút thuốc lá, uống rượu, viêm khớp dạng thấp, loãng xương thứ phát, sử dụng Glucocorticoid. Nhập số liệu của bệnh nhân, website sẽ cho kết quả tiên lượng xác suất gãy xương trong vòng 10 năm.

b) Mô hình NGUYEN của viện Garvan, Úc:

- Sử dụng các yếu tố nguy cơ: tuổi, giới tính, cân nặng, tiền sử gãy xương, trị số T-score và tiền sử té ngã. Cũng như mô hình trên, mô hình này cho kết quả nguy cơ gãy xương trong vòng 5 năm và 10 năm.

VI. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Bất toàn tạo xương hay xương thủy tinh (Osteogenesis Imperfecta - OI).
- Các loãng xương thứ phát như ung thư di căn xương, các bệnh ác tính của cơ quan tạo máu (đa u tủy xương, bệnh bạch cầu leucemie...).

VII. THEO DÕI, QUẢN LÝ

- Đo mật độ xương (phương pháp DXA) mỗi 1-2 năm để theo dõi và đánh giá kết quả điều trị. Trường hợp người

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

bệnh bỏ dở điều trị trên 18 tháng cũng cần đo lại mật độ xương trước khi điều trị tiếp.

- Thời gian điều trị phải kéo dài từ 3 - 5 năm (tùy mức độ loãng xương), sau đó đánh giá lại tình trạng bệnh và quyết định các trị liệu tiếp theo.

VIII. PHÒNG BỆNH

- Cung cấp đủ calci, vitamin D, các dưỡng chất cần thiết chung cho cơ thể trong suốt cuộc đời...

  Chế độ dinh dưỡng: bổ sung nguồn thực phẩm giàu calci, ăn giảm muối, tránh thừa cân hoặc thiếu cân

  Calci: 500 - 1.500 mg/ngày.

  Vitamin D: 800-1.000 UI/ngày (hoặc Calcitriol 0,25-0,5 mcg, khi xét nghiệm định lượng 25-OH Vitamin D (D3) < 30 ng/mL).

- Sử dụng các dụng cụ, nẹp chỉnh hình (cho cột sống, cho khớp háng) giảm sự tỳ đè lên cột sống, đầu xương, xương vùng hông.
- Duy trì chế độ vận động thường xuyên giúp dự trữ calci cho xương, phòng ngừa nguy cơ té ngã và gãy xương.
- Không hút thuốc lá, hạn chế rượu, cà phê.
- Chỉ định nhóm Bisphosphonates để phòng ngừa loãng xương khi đo mật độ xương T-score từ -1,5 đến -2,49 SD hoặc Z-score ≤ -2 SD (ở phụ nữ trẻ < 50 tuổi, chưa mãn kinh) kèm yếu tố nguy cơ: phải dùng Corticosteroids để điều trị bệnh nền, tiền sử gia đình có gãy xương do loãng xương, nguy cơ té ngã cao... hoặc mô hình FRAX dự đoán nguy cơ gãy xương theo quốc gia trong vòng 10 năm ít nhất là 20% với xương cột sống, hông, vai, eo hoặc 3% với cổ xương đùi.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2016), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp, ban hành kèm theo Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25-1-2014 của Bộ trưởng Bộ Y Tế.
2. Bolland MJ et al (2010), "Effective osteoporosis treatment on mortality in eight randomized placebo – controlled trials". J Clin Endocrinol Metab, 95:1174-1181.
3. Cosman F. et al (2014), "Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis", Osteoporosis International 25.10 (2014): 2359-2381, PMC, Web. 9 Sept. 2018.
4. International Osteoporosis Foundation and National Osteoporosis Foundation (2012), European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women, Garvan Institude https://www.garvan.org.au/promotions/bone-fracture-risk/calculator/
5. IOF guidelines (2010) http://www.osteofound.org/osteoporosis/treatment.html and APLAR guidelines 2010.
6. National Institutes of Health (2011), "Dietary supplement fact sheet: Calcium". http://ods.od.nih.gov/factsheets/Calcium-HealthProfessional (10/9/2013).
7. National Osteoporosis Foundation (2013), "Clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis".
8. Tu, Kristie N. et al (2018), "Osteoporosis: A Review of Treatment Options." Pharmacy and Therapeutics 43,2: 92-104.
9. University of Sheffield (2017), FRAX calculation tool: https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=en.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

69 SA CÁC TẠNG VÙNG CHẬU

I. ĐỊNH NGHĨA

- Sa các tạng trong vùng chậu (POP = pelvic organ prolapse), là sự tụt xuống của tử cung (TC), bàng quang (BQ), trực tràng (TT), thành trước, thành sau âm đạo (ÂĐ)... ra khỏi vị trí giải phẫu bình thường, do sự tổn thương và suy yếu các cấu trúc cân cơ và dây chằng nâng đỡ tại sàn chậu.

- Hệ thống nâng đỡ các cơ quan trong tiểu khung

+ Hệ thống nâng đỡ: cơ nâng hậu môn (HM) và cơ nâng của sàn hội âm.

+ Hệ thống treo: dây chằng mu niệu đạo, mạc mu cổ tử cung (CTC), dây chằng TC cùng, dây chằng ngang CTC, cân Halban, cân TT-ÂĐ.

+ Hệ thống định hướng: dây chằng tròn, dây chằng rộng.

II. PHÂN LOẠI - PHÂN ĐỘ

2.1. Phân loại và phân độ sa tạng vùng chậu

Vị trí giải phẫu so với thành AĐ	Tạng chậu sa và phân loại			Xét nghiệm cần thiết
Thành trước (ngăn trước)	Sa BQ: trung tâm, bên, kết hợp		Sa NĐ	Niệu động học
Vòm âm đạo (ngăn giữa)	Túi sa RN: trước, sau	Sa TC	Sa MC	MRI động ± Niệu động học

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Vị trí giải phẫu so với thành AĐ	Tạng chậu sa và phân loại		Xét nghiệm cần thiết
Thành sau (ngăn sau)	Túi sa TT: cao, giữa, thấp	Sa trực tràng Khối lồng trong TT-HM	MRI động ± Niệu động học
Tổn thương nút SC	Tổn thương cơ thắt trong và ngoài HM		Siêu âm 3D cơ thắt HM ngả TT

Ghi chú viết tắt: NĐ (niệu đạo), RN (ruột non), TC (tử cung), MC (mỏm cắt), SC (sàn chậu).

Phân loại và độ sa tạng vùng chậu theo hệ thống POP-Q

- Giúp phân loại sa tạng chậu tùy theo thành phần bị ảnh hưởng thuộc về:

  + Ngăn trước (sa BQ, sa NĐ)

  + Ngăn giữa (sa RN, CTC-TC, vòm ÂĐ nếu đã cắt TC)

  + Ngăn sau (sa TT)

- Thể hiện một người bệnh có thể sa một hay nhiều các thành phần nêu trên, quyết định điều trị tương ứng theo nguyên tắc phục hồi theo mỗi cấu trúc bị ảnh hưởng.

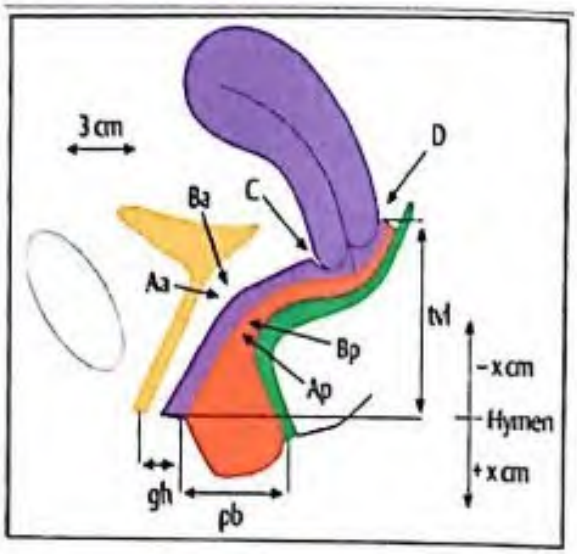
- Phân độ sa tạng chậu khách quan, chính xác giúp theo dõi và đánh giá hiệu quả điều trị do dùng thước đo và thể hiện ra đơn vị cm.

- Quy ước: có 9 mốc cần đo

  + Đơn vị cm, người bệnh ở tư thế sản phụ khoa, đầu cao 45^0, rặn trong quá trình đánh giá.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner



+ Dụng cụ: van ÂĐ, thước đo, kẹp tim, pozzi.

+ Điểm cố định: Aa, Ap cách NĐ, mép màng trinh 3 cm.

+ Điểm thay đổi: Ba, Bp là điểm phồng ra xa nhất của đoạn ÂĐ từ Aa, Ap đến túi cùng trước và sau khi NB rặn ± hỗ trợ kéo CTC ra bằng pozzi hoặc kẹp tim.

+ Cùng đồ: C, D (được tính nếu còn TC).

+ Gh: khe niệu dục

+ Pb: thể sàn chậu (nút sàn chậu)

+ Tvl: chiều dài ÂĐ

+ Trên/dưới mép màng trinh đánh dấu -/+ trước số đo

- Phân độ:

+ Độ 0: không sa tạng chậu

Aa, Ba, Ap, Bp: 3 cm nằm trên màng trinh.

Điểm C hay D: tvl –2 cm < C, D ≤ tvl

+ Độ I: B > 1 cm trên màng trinh

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

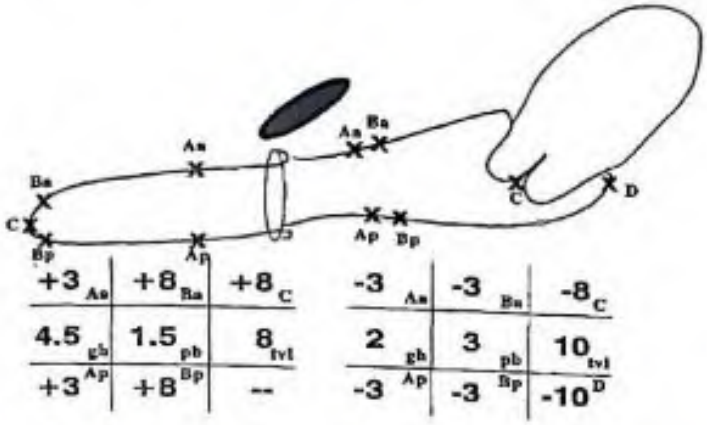
+ Độ II: B trong khoảng ±1cm trên dưới màng trinh

+ Độ III: B >1 cm dưới màng trinh đến < (tvl-2) cm

+ Độ IV: sa toàn bộ, B ≥ (tvl-2) cm

2.2. Trình bày POP-Q theo sơ đồ

B: Sa BQ-TC-TT độ IV (cắt TC, không có điểm D)



A: Không sa tạng chậu

Aa	Ba	C
Gh	Pb	Tvl
Ap	Bp	D

II. XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN VÀ CHUYÊN BIỆT

2.1. Xét nghiệm thường quy (như các bệnh lý phụ khoa khác), lưu ý

- Phát hiện và điều trị các yếu tố nguy cơ có thể ảnh hưởng kết quả phẫu thuật (đang có viêm âm đạo, nhiễm trùng tiểu, tiểu đường, thiếu máu,...).
- Loại trừ bệnh lý phụ khoa (rong cường kinh, rong huyết), bệnh lý CTC, TC, phần phụ để quyết định có cắt TC không.
- Siêu âm bụng tổng quát khi NB có chỉ định mổ hoặc nghi ngờ thận ứ nước do khối sa chèn ép gây bế tắc đường ra đường tiểu dưới.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

2.2. Bilan niệu động học

- Thường quy với NB có bệnh lý các tạng chậu thuộc ngăn trước:

  + Tiểu không kiểm soát khi gắng sức (TKKSKGS), sa BQ

  + Hướng dẫn chỉ định điều trị đối với sa BQ và NĐ

  + Đối chiếu kết quả điều trị trước - sau mổ đối với sa thành trước AĐ

- Ở NB có bệnh lý các tạng chậu thuộc ngăn giữa và dưới, cần làm niệu động học khi NB có triệu chứng rối loạn chức năng đường tiểu dưới hoặc khi nghi ngờ khối sa chèn ép lên BQ và cổ BQ.

2.3. Chụp cộng hưởng từ động học sàn chậu, tống phân (Defecography-MRI)

Khảo sát toàn bộ cấu trúc sàn chậu cùng các tạng chậu kèm động học tống phân.

- Mặc dù kết quả chụp trên MRI động là tiêu chuẩn vàng và là bằng chứng khách quan về phân loại và phân độ các tạng chậu bị sa nhưng cần cân nhắc chỉ định chụp do giá thành cao.

- MRI động cần thiết trong trường hợp NB bị rối loạn chức năng đường tiêu hóa dưới điều trị nội khoa thất bại hoặc bị nặng, kéo dài như: tiêu gấp, tiêu không kiểm soát, táo bón hoặc khi NB bị sa các tạng thuộc tầng giữa và dưới từ độ 3 mà chúng ta không thể đánh giá hết được các tạng thuộc hai tầng này bằng khám lâm sàng.

2.4. Siêu âm 3D ngả TT

Đánh giá cơ thắt trong và ngoài HM: khi NB có tổn thương nút sàn chậu, nghi ngờ tổn thương cơ thắt hậu môn, NB có triệu chứng rối loạn chức năng đường tiêu hóa dưới thất bại điều trị.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

2.5. Đo áp lực ống HM, cơ thắt HM

Chẩn đoán rối loạn chức năng đường tiêu hóa dưới như: tiêu gấp, tiêu không kiểm soát, táo bón. Đánh giá hiệu quả tập vật lý phục hồi sàn chậu.

2.6. Đo điện cơ tầng sinh môn

Có giá trị trong đánh giá cải thiện chức năng các nhóm cơ sàn chậu. Đánh giá hiệu quả tập vật lý phục hồi sàn chậu.

III. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào lâm sàng theo phân loại và phân độ POP-Q và các xét nghiệm cận lâm sàng, từ đó đưa ra chẩn đoán

- Sa tạng nào
- Số lượng tạng bị sa
- Độ sa của tạng đó
- Có rối loạn tiết niệu kèm theo không (TKKSKGS, tiểu tồn lưu, bí tiểu, tiểu không kiểm soát hỗn hợp ....)
- Có rối loạn đi cầu kèm theo không
- Vẽ mô tả phân loại và phân độ sa tạng vùng chậu

Ví dụ chẩn đoán: sa TC độ 3, sa BQ độ 2, sa TT độ 2, TKKSKGS, tổn thương mất nút SC, rách cơ thắt HM diện rộng, táo bón.

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nội khoa

a) Chỉ định

- Trong các trường hợp sa các tạng độ 1-2, chưa có biến chứng hay chưa ảnh hưởng chất lượng sống NB.

b) Điều trị

- Thay đổi thói quen, sinh hoạt phù hợp.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Sử dụng nội tiết estrogen tại chỗ (dạng viên đặt âm đạo hay cream bôi thoa).
- Tập vật lý trị liệu phục hồi sàn chậu: tự tập, tập với máy tập sàn chậu, kích thích điện cơ sàn chậu.
- Vòng nâng BQ, TC, TT ngả âm đạo và điều trị TKKSKGS.

4.2. Ngoại khoa

a) Nguyên tắc

- Phục hồi lại các cấu trúc và chức năng sinh lý cơ quan bị sa của sàn chậu.
- Chỉ định cắt TC khi có bệnh lý tại CTC, TC. Nếu như CTC bình thường và NB có điều kiện theo dõi CTC định kỳ thì nên cắt TC bán phần, giữ lại CTC để tránh phá vỡ cấu trúc nâng đỡ quan trọng của SC (vai trò của vòng xơ quanh CTC) làm phương tiện cố định các hệ thống nâng đỡ được phục hồi trong phẫu thuật như mảnh ghép, may phục hồi bằng chỉ không tan.

b) Lựa chọn phương pháp phẫu thuật tùy thuộc

- Cơ quan bị sa, mức độ sa, có thay đổi chức năng sinh lý sàn chậu
- Tuổi
- Tình trạng kinh tế, lối sống
- Tình trạng sức khỏe người bệnh
- Điều kiện trang thiết bị hiện có
- Khả năng và sở trường của phẫu thuật viên
- Nhu cầu của người bệnh sau khi được tư vấn điều trị cặn kẽ

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

4.3. Chỉ định phẫu thuật điều trị sa tạng vùng chậu

Sa tạng chậu từ độ 2 theo POP-Q, có triệu chứng hay biến chứng, ảnh hưởng chất lượng cuộc sống NB, thất bại điều trị bảo tồn 3-6 tháng (pessary) hoặc NB yêu cầu được phẫu thuật sau khi đã được đánh giá tư vấn đầy đủ.

4.4. Các phương pháp phẫu thuật

a) Sa thành trước

- Sa BQ: Nâng BQ bằng mảnh ghép tổng hợp polypropylene, may phục hồi cân ngang BQ - CTC qua ngả ÂĐ/nội soi ổ bụng/mổ hở (repaire of paravaginal defect) khi sa BQ bên < độ 2, may gấp nếp cân BQ - CTC khi sa BQ thể trung tâm < độ 2.
- Niệu đạo: đặt sling dưới niệu đạo (đặt TOT, mini sling hoặc TVT trong trường hợp TKKSKGS nặng nghi do suy cơ thắt niệu đạo với nghiệm pháp Bonney (-), thất bại với TOT trước đó). Phẫu thuật Burch nội soi/mổ bụng hở trường hợp không thực hiện được hoặc thất bại ≥ 2 lần phẫu thuật đặt sling dưới niệu đạo.

b) Sa thành sau

- Sa TT: nâng TT bằng mảnh ghép tổng hợp polypropylene mesh (cố định vào dây chằng cùng gai hoặc cơ nâng hậu môn và nút sàn chậu), may phục hồi cân TT - ÂĐ bằng chỉ tan hay không tan.
- Khâu phục hồi cơ nâng HM.
- Tái tạo, tạo hình nút SC ± sử dụng mảnh ghép.

c) Sa TC, mỏm cắt

- Cố định TC/MC vào mỏm nhô bằng chỉ không tan hoặc mảnh ghép tổng hợp.

Được quét bằng CamScanner

- Cố định TC/MC vào dây chằng cùng - gai bằng chỉ không tan hoặc mảnh ghép tổng hợp.
- May ngắn dây chằng TC cùng hai bên bằng chỉ không tan (may trong phúc mạc).
- Cố định MC vào dây chằng TC - cùng.
- Cắt tử cung và cố định MC.

4.5. Chỉ định và chống chỉ định đặt mảnh ghép tổng hợp

Phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp là phẫu thuật ưu thế trong việc đạt hiệu quả giải phẫu ngay sau mổ và giữ cho hiệu quả phẫu thuật kéo dài hơn, giảm tỷ lệ tái phát so với phẫu thuật cắt TC hoặc may gấp nếp AĐ sửa hội âm kinh điển.

- Mảnh ghép được chỉ định trong trường hợp: sa tạng chậu nặng từ độ 3, sa tái phát, sa mỏm cắt, tình trạng NB không cho phép phẫu thuật kéo dài hoặc gây mê toàn thân.
- Chống chỉ định tuyệt đối đặt mảnh ghép tổng hợp
  + Bệnh lý rối loạn đông cầm máu, dùng kháng đông kéo dài, xơ gan, suy gan
  + Hiện tại hoặc tiền sử huyết khối/thuyên tắc tĩnh mạch, động mạch
  + Đái tháo đường chưa điều trị ổn, không kiểm soát tốt đường huyết
  + Tình trạng suy giảm miễn dịch, dùng corticoid kéo dài
  + Nghiện thuốc lá nặng
  + Tình trạng teo, khiếm khuyết niêm mạc ÂĐ, hệ thống cân cơ dây chằng quá nhiều
  + Tổn thương tiền ung thư âm hộ, ÂĐ, CTC chưa điều trị dứt

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Tiền căn tổn thương tiền ung thư âm hộ, ÂĐ, CTC đã điều trị dứt kèm nhiễm HPV type nguy cơ ung thư cao kéo dài đến nay đã được xác định

+ Ung thư cơ quan sinh dục, đường tiêu hóa và tiết niệu dưới

+ Hiện tại hoặc tiền sử xạ trị vùng bụng chậu

+ Hiện tại viêm nhiễm sinh dục chưa điều trị

- Chống chỉ định tương đối đặt mảnh ghép tổng hợp đặt ra do nguy cơ lộ mảnh ghép trong các trường hợp sau

+ Cắt TC kèm theo lúc mổ

+ Vết thương ở niệu đạo, bàng quang, trực tràng trong lúc mổ

+ Niêm mạc ÂĐ còn quá ít để che phủ mảnh ghép

+ Chọn lựa phẫu thuật điều trị sa tạng chậu ngả ÂĐ hay ngả bụng

a) Chỉ định phẫu thuật ngả ÂĐ khi

- NB lớn tuổi (> 70)
- Tình trạng NB không cho phép gây mê kéo dài > 2 giờ
- NB có tiền sử vết mổ cũ trên bụng nhiều lần (≥ 2 lần), hoặc tiền sử nhiễm trùng vết mổ
- NB béo phì (BMI ≥ 30 kg/m^2)
- Tiền sử thất bại với các phẫu thuật treo TC ngả bụng

b) Chỉ định phẫu thuật ngả bụng khi

- NB trẻ ≤ 60 tuổi hoặc BN ≤ 70 tuổi mong muốn phẫu thuật ngả bụng

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Sa TC/MC độ 3-4, sa lộn toàn bộ thành trước sau ÂĐ cần phẫu thuật cố định TC/MC/sàn chậu vào mỏm nhô
- Thất bại với phẫu thuật điều trị sa tạng chậu ngả ÂĐ trước đó

c) Chỉ định phẫu thuật kết hợp ngả bụng và ngả ÂĐ khi

- Kỹ năng phẫu thuật viên không thể thực hiện các phẫu thuật phục hồi sa tạng chậu khó qua ngả bụng như nội soi ổ bụng treo TC vào mỏm nhô và đặt mảnh ghép nâng BQ-TT, khi đó cần kết hợp ngả ÂĐ để đặt mảnh ghép nâng BQ-TT, tăng hiệu quả điều trị.
- Sa TC ≥ độ 2 kèm sa các tạng chậu khác nhưng tình trạng NB không cho phép phẫu thuật hoặc gây mê kéo dài > 2 giờ.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

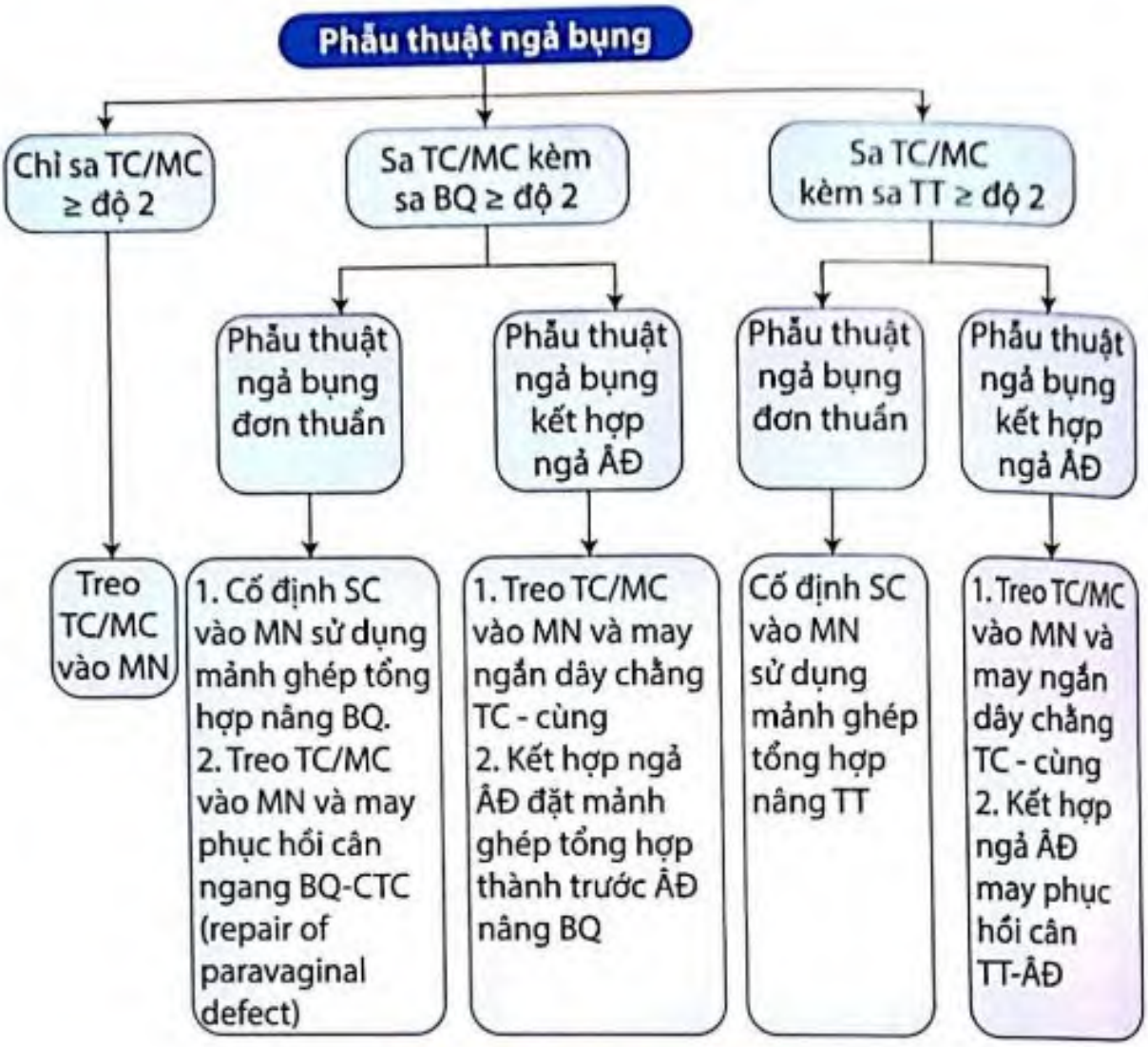
	Thành trước ÂĐ	Vòm ÂĐ	Thành sau ÂĐ
POP-Q	1. Sa BQ: trung tâm, bên, kết hợp 2. TKKSKGS	1. Sa TC, Sa MC 2. Túi sa RN: trước, sau	1. Túi sa TT: cao, giữa, thấp 2. Sa niêm HM –TT, tổn thương nút SC, cơ thắt HM
CLS	Niệu động học (urodynamic) Siêu âm bụng tổng quát	Chụp cộng hưởng từ động học sàn chậu, tống phân (Defecography-MRI) ± Niệu động học	Chụp cộng hưởng từ động học sàn chậu, tống phân (Defecography-MRI) Siêu âm 3D lòng trực tràng Đo áp lực ống HM và cơ thắt HM (Manometry) ± Niệu động học

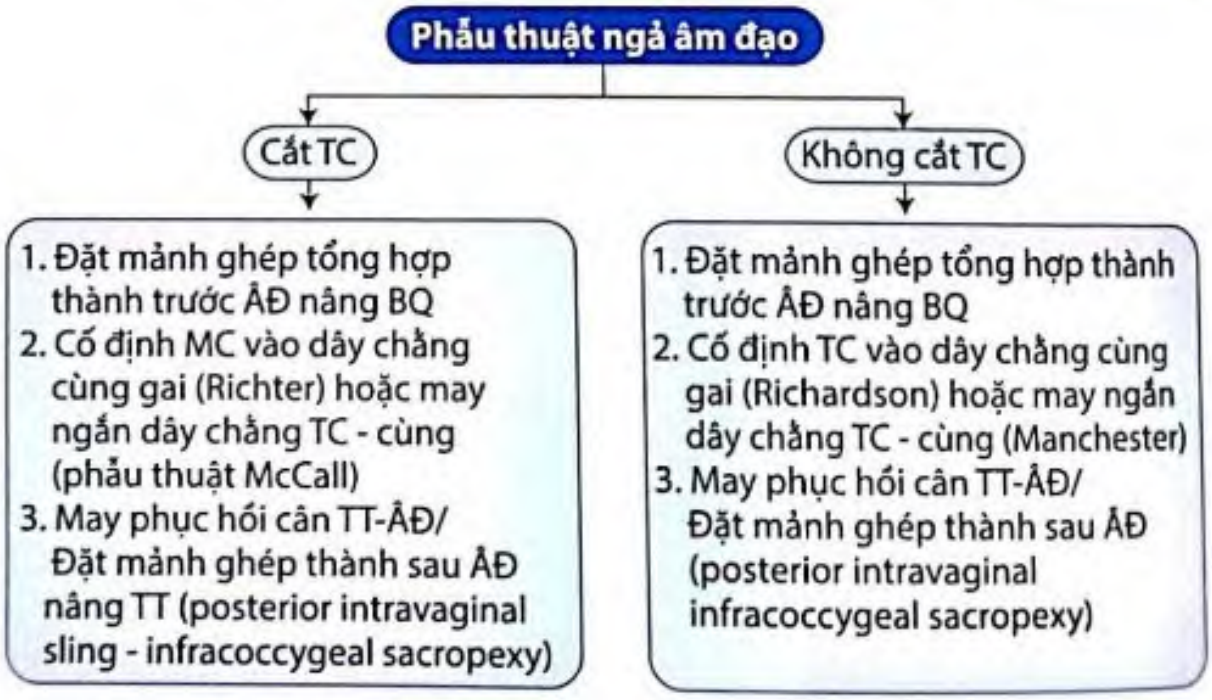
Điều trị

Điều trị nội khoa	
Chỉ định	1. Sa tạng độ I-II 2. Chưa có biến chứng 3. Chưa ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống NB
Các phương pháp	1. Thay đổi thói quen sinh hoạt 2. Vật lý trị liệu ruột, BQ 3. Tập sàn chậu: tự tập, tập với máy 4. Thuốc 5. Kích thích điện cơ SC 6. Mang vòng nâng trong ÂĐ nâng BQ, TT, điều trị TKKSKGS, tiểu không kiểm soát hỗn hợp

Điều trị ngoại khoa	
Chỉ định	1. POP-Q: sa các tạng từ độ II 2. Có biến chứng: tiểu khó, bí tiểu, tiểu tồn lưu, thận chướng, BQ thần kinh, táo bón, tiểu không kiểm soát 3. Ảnh hưởng chất lượng cuộc sống NB
Các phẫu thuật (xem sơ đồ phẫu thuật ngả ÂĐ)	1. Ngả ÂĐ 2. Ngả bụng: mổ hở, nội soi ổ bụng
Chỉ định đặt mảnh ghép tổng hợp	- Sa tạng chậu nâng từ độ III - Sa tái phát - Sa mỏm cắt - Tình trạng NB không cho phép phẫu thuật kéo dài hoặc gây mê toàn thân

Được quét bằng CamScanner





Được quét bằng CamScanner

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abdool, Z., et al. (2011), Prospective evaluation of outcome of vaginal pessaries versus surgery in women with symptomatic pelvic organ prolapse, International Urogynecology Journal,22(3): p. 273-278.
2. B. Deval, et al (2002), Chirurgie de l'allongement hypertrophique du col utérin. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 31(4), p. 343-351.
3. Bharucha, A.E (2008), Anorectal Disorders, in Pathophysiology of the Enteric Nervous System. 2008, Blackwell Publishing Ltd. P, 161-175.
4. Blaivas, J., et al (2008), Atlas of Urodynamics, Available from: http://public.eblib.com/EBLPublic/PublicView.do?ptilD=320043
5. Bo, Berghmans, Morkved, Van Kampe (2007), Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor, 1st ed: Bridging Science and Clinical Practice. Churchill livingstone. 456.
6. Bo K. (2007), Overview of physical therapy for pelvic floor dysfunction in Physical therapy for pelvic floor dysfunction.
7. Cecilia, K.W. (2009), Clinical Approach and Office Evaluation of the Patient with Pelvic Floor Dysfunction, Obstetrics and gynecology clinics of North America, 2009, 36(3), p. 445-462.
8. Chao, F., et al (2012), Does pre-operative traction on the cervix approximate intra-operative uterine prolapse? A randomised controlled trial. International Urogynecology Journal, 2012, p. 1-6.
9. Colaiacomo, M.C., et al (2009), Dynamic MR Imaging of the Pelvic Floor: a Pictorial Review1. 2009. p. e35.
10. Committee Opinion no 513 (2011), Vaginal placement of synthetic mesh for pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol, p. 1459-64.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

11. Cundiff, G.W., et al. (2007), The pessri study: symptom relief outcomes of a randomized crossover trial of the ring and Gellhorn pessaries. Am J Obstet Gynecol, 196(4), p. 405 e1-8.

12. Denoya P., D.R Sands (2008), Anorectal physiologic evaluation of constipation, Clin Colon Rectal Surg, 2008. 21(2), p. 114-21.

13. De Tayrac, R., et al (2007), Prolapse repair by vaginal route using a new protected low-weight polypropylene mesh: 1-year functional and anatomical outcome in a prospective multicentre study. International Urogynecology Journal, 18(3): p. 251-256.

14. Diwan, A., C.R. Rardin, N. Kohli (2004), Uterine preservation during surgery for uterovaginal prolapse: a review. International Urogynecology Journal, 15(4): p. 286-292.

15. Dietz V., S. Koops, C. Van der Vaart (2009), Vaginal surgery for uterine descent; which options do we have? A review of the literature. International Urogynecology Journal, 2009. 20(3), p. 349-356.

16. Farrell, S.A (2006), Pessaries in clinical practice, London, Springer, 98.

17. Feiner, B., J.E. Jelovsek, C. Maher (2009), Efficacy and safety of transvaginal mesh kits in the treatment of prolapse of the vaginal apex: a systematic review, BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 116(1): p. 15-24.

18. Fernando, R.J., et al. (2006), Effect of Vaginal Pessaries on Symptoms Associated With Pelvic Organ Prolapse, p. 93-99 10.1097/01.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

19. Hagen, S., et al. (2009), A randomized controlled trial of pelvic floor muscle training for stages I and II pelvic organ prolapse, International Urogynecology Journal, 20(1), p. 45-51.

20. Haylen, B.T., et al (2010), An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Neurourology and Urodynamics, 29(1), p. 4-20.

21. Jia, X., et al (2008), Efficacy and safety of using mesh or grafts in surgery for anterior and/or posterior vaginal wall prolapse, systematic review and meta-analysis. Bjog,. 115(11), p. 1350-61.

22. G. Vignoli (2009), Advanced diagnostic testing for female pelvic floor dysfunctions. Urogynaecologia international journal, 2009. 23(1): p. 5-43.

23. G.Willy Davila (2006), Section I, Concept of the Pelvic Floor as a Unit, in Pelvic Floor Dysfunction, A Multidisciplinary Approach. 2006, Springer, p. 3-6.

24. Kapoor, D., et al (2009), Conservative versus surgical management of prolapse: what dictates patient choice? International Urogynecology Journal, 2009. 20(10), p. 1157-1161.

25. Lamers, B., B. Broekman, A. Milani (2011), Pessary treatment for pelvic organ prolapse and health-related quality of life: a review. International Urogynecology Journal, 22(6), p. 637-644.

26. Lo T.S., K. Ashok (2011), Combined anterior trans-obturator mesh and sacrospinous ligament fixation in women with severe prolapse-a case series of 30 months follow-up, Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, 2011. 22(3), p. 299-306.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

27. McDermott C.D., D.S. Hale (2009), Abdominal, laparoscopic, and robotic surgery for pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol Clin North Am, 36(3), p. 585-614.
28. Maher, C., et al (2010), Surgical management of pelvic organ prolapse in women, Cochrane Database Syst Rev, 2010(4), p. CD004014.
29. Messelink, B., et al. (2005), Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society, Neurourol Urodyn, 24(4): p. 374-80.
30. Moore R.D., J.R. Miklos (2009), Vaginal repair of cystocele with anterior wall mesh via transobturator route: efficacy and complications with up to 3-year followup. Adv Urol,743831.
31. Murphy M. (2008), the Society of Gynecologic Surgeons Systematic Review, Clinical Practice Guidelines on Vaginal Graft Use From the Society of Gynecologic Surgeons, Obstetrics & Gynecology, 112(5), p. 1123-1130.
32. Niccoló Faccioli, et al (2010), Defecography: a practical approach. Diagnostic and Interventional Radiology, 2010. 16: p. 209-216.
33. Peter L Rosenblatt (2011), Laparoscopic surgery for repair of pelvic floor defects, UpToDate 19.3, Editor.
34. Rosenbaum, T.Y., I. Ben-Dror (2009), The role of physical therapy in the treatment of female sexual dysfunction, Harefuah, 148(9), p. 606-10, 657.
35. Richard reid (2007), Recto enterocele repair : past problems and new horizons. Pelviperineology - A multidisciplinary pelvic floor journal, 26(1).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

36. Rutman, M.P., J.G. Blaivas (2009), Surgery for Stress Urinary Incontinence: Historical Review, in Continence, G.H. Badlani, et al., Editors, Springer London. p. 117-132.

37. Shah, S., A. Sultan, R. Thakar (2006), The history and evolution of pessaries for pelvic organ prolapse. International Urogynecology Journal, 17(2), p. 170-175. Sung, V.W., et al., Graft Use in Transvaginal Pelvic Organ Prolapse Repair: A Systematic Review. Obstetrics & Gynecology, 2008. 112(5): p. 1131-1142.

38. Tejada Cabrera, M., A. Lopez Cano, A. Munoz Benvenuty (2005), Anal incontinence: evaluation of the anal sphincter by endoscopic ultrasound. Rev Esp Enferm Dig, 97(5), p. 375-6.

39. Theobald P., A. Chéret (2004), Laparoscopic sacrocolpopexy: results of a 100-patient series with 8 years follow-up. Gynecological Surgery, 1(1), p. 31-36.

40. Toh, V., V. Bogne, A. Bako (2012), Management of recurrent vault prolapse. International Urogynecology Journal, 23(1): p. 29-34.

41. Uzoma A., K.A. Farag (2009), Vaginal Vault Prolapse, Obstetrics and Gynecology International.

42. Vera, A.J., M. Larkins-Pettigrew (2000), Practical use of the pessary. Am Fam Physician, 61(9), p. 2719-26, 2729.

43. V. Ravikumar (2007), Protocols/Tears 3 & 4 Degree: guidelines for the recognition and management of perineal trauma including third and fourth degree perineal tears, Macclesfield District Hospital. East Cheshire NHS Trust, http://www.eastcheshire.nhs.uk/.

44. Whitcomb E.L., et al (2009), Prevalence of Defecatory Dysfunction in Women With and Without Pelvic Floor Disorders, p. 179-187.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

70 BỆNH LÝ TUYẾN VÚ LÀNH TÍNH

I. PHÂN LOẠI

Phân loại dựa trên triệu chứng lâm sàng:

- Đau vú + Theo chu kỳ + Không theo chu kỳ - Khối u vú + U cục (nodularity) + Nang vú + Bọc sữa + Bướu sợi tuyến + Bệnh tuyến xơ hóa + Bướu mỡ + Hamartoma + Bệnh vú tiểu đường + Bướu diệp thể	- Tiết dịch núm vú + Tiết sữa + Tiết dịch núm vú bất thường - Viêm nhiễm tuyến vú + Viêm vú nội sinh + Sung huyết vú sau sinh + Viêm, áp xe vú giai đoạn cho con bú + Áp xe dưới quầng vú tái phát kinh niên + Viêm vú cấp tính liên quan đến nang vú to + Nhiễm trùng ngoại sinh + Bệnh Mondor

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

- Bệnh sử

+ Khởi phát và tần suất xuất hiện triệu chứng: tiết dịch núm vú, u cục ở vú, đau vú,...

+ Tình trạng kinh nguyệt (còn kinh, mãn kinh).

+ Có sử dụng nội tiết hay không (thuốc ngừa thai, nội tiết thay thế).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Tiền sử

+ Ung thư gia đình.

+ Sinh thiết vú có tăng sản không điển hình, đột biến gen BRCA1, BRCA2.

+ Phẫu thuật vú, xạ trị,...

- Thăm khám

Quan sát

+ Sự đối xứng 2 bên vú.

+ Thay đổi da, núm vú.

+ Co kéo, nhô ra.

Sờ nắn

+ Vú, nếu có u phải ghi nhận các tính chất của u vú.

+ Vùng nách, vùng hạch trên đòn.

Tư thế người bệnh:

- Ngồi với cánh tay thư giãn, 2 tay giơ lên khỏi đầu, 2 tay chống hông.
- Tư thế nằm ngửa.

2.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: cần thực hiện ở tất cả người bệnh (NB).
- Nhũ ảnh:

+ NB ≥ 35 tuổi: thực hiện thường quy.

+ NB < 35 tuổi: chỉ thực hiện khi nghi ngờ có sang thương ác tính.

+ Nhũ ảnh bình thường không thể loại trừ ung thư vú (độ nhạy: 94%, độ đặc hiệu: 55%).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- X quang ống tuyến vú cản quang: tiết dịch núm vú bệnh lý
- Chụp cộng hưởng từ (MRI):
  + Sử dụng cho những trường hợp khó phân biệt lành/ác tính
  + NB có bơm silicon, hoặc vỡ túi ngực
  + Mô vú quá dày đặc
  + Có tiền căn gia đình ung thư vú
  + Đột biến gen BRCA1, BRCA2...
  + Có sinh thiết carcinôm tiểu thùy tại chỗ không điển hình, hoặc sẹo radial
  + Có tiền sử xạ trị vào ngực do bệnh lý Lymphoma Hodgkin
  + Tiết dịch núm vú có máu đã chụp ống tuyến vú cản quang
- Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA)
  + BIRADS ≥ nhóm III
  + Nang vú không điển hình
  + Tình huống lâm sàng cần chẩn đoán tế bào học hỗ trợ hoặc giảm áp nang vú.
- Sinh thiết lõi (core biopsy):
  + Tổn thương dạng đặc cần chẩn đoán mô học, kích thước > 15 mm
  + Khi FNA nghi ngờ ác tính
  + Tình huống lâm sàng cần chẩn đoán mô học hỗ trợ
- Sinh thiết mở (open biopsy)
  + Khi core biopsy không thực hiện được.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Không có sự tương đồng giữa kết quả chẩn đoán hình ảnh và lâm sàng.

- Sinh thiết có định vị: dưới hướng dẫn siêu âm hoặc nhũ ảnh

+ Siêu âm: khi lâm sàng không sờ thấy u nhưng siêu âm thấy u.

+ Nhũ ảnh: khi lâm sàng và siêu âm không thấy u nhưng nhũ ảnh nghi ngờ.

2.3. Đau vú không có tổn thương thực thể đi kèm

a) Chẩn đoán

- Đau theo chu kỳ kinh: đau nhiều trước khi hành kinh, thời gian đau thay đổi và tự hết sau hành kinh.

+ Thường một bên, không rõ vị trí.

+ Cảm giác trì nặng, sưng phồng và căng đau, lan đến cánh tay và nách.

+ Có liên quan đến nội tiết sinh dục.

- Đau không theo chu kỳ kinh: liên quan đến sang chấn tinh thần, chấn thương, xơ sẹo từ những lần sinh thiết vú trước.

+ Thường gặp ở phụ nữ từ 40-50 tuổi có chu kỳ kinh không đều.

+ Thường ở một bên vú.

+ Cảm giác đau nhói, rát bỏng trong vú.

+ Thỉnh thoảng có sự hiện diện của bướu sợi tuyến hay nang vú.

Lưu ý: những trường hợp đau vú trong thai kỳ và thời kỳ hậu sản (tham khảo phác đồ "Áp xe vú").

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

b) Xử trí: khi đau ảnh hưởng đến chất lượng sống.

- Điều trị không dùng thuốc

+ Chế độ ăn uống:

- Hạn chế hay tránh dùng cà phê, trà, ca cao, sô cô la và các chất béo.
- Nên dùng thực phẩm giàu carbohydrates phức hợp (ngũ cốc, rau củ).

+ Bổ sung vitamin E 400 đơn vị/ngày (tối đa 6 tháng).

+ Dầu Evening primrose: 6-8 g/ngày (uống 1-3 lần/ngày), tối đa 6 tháng.

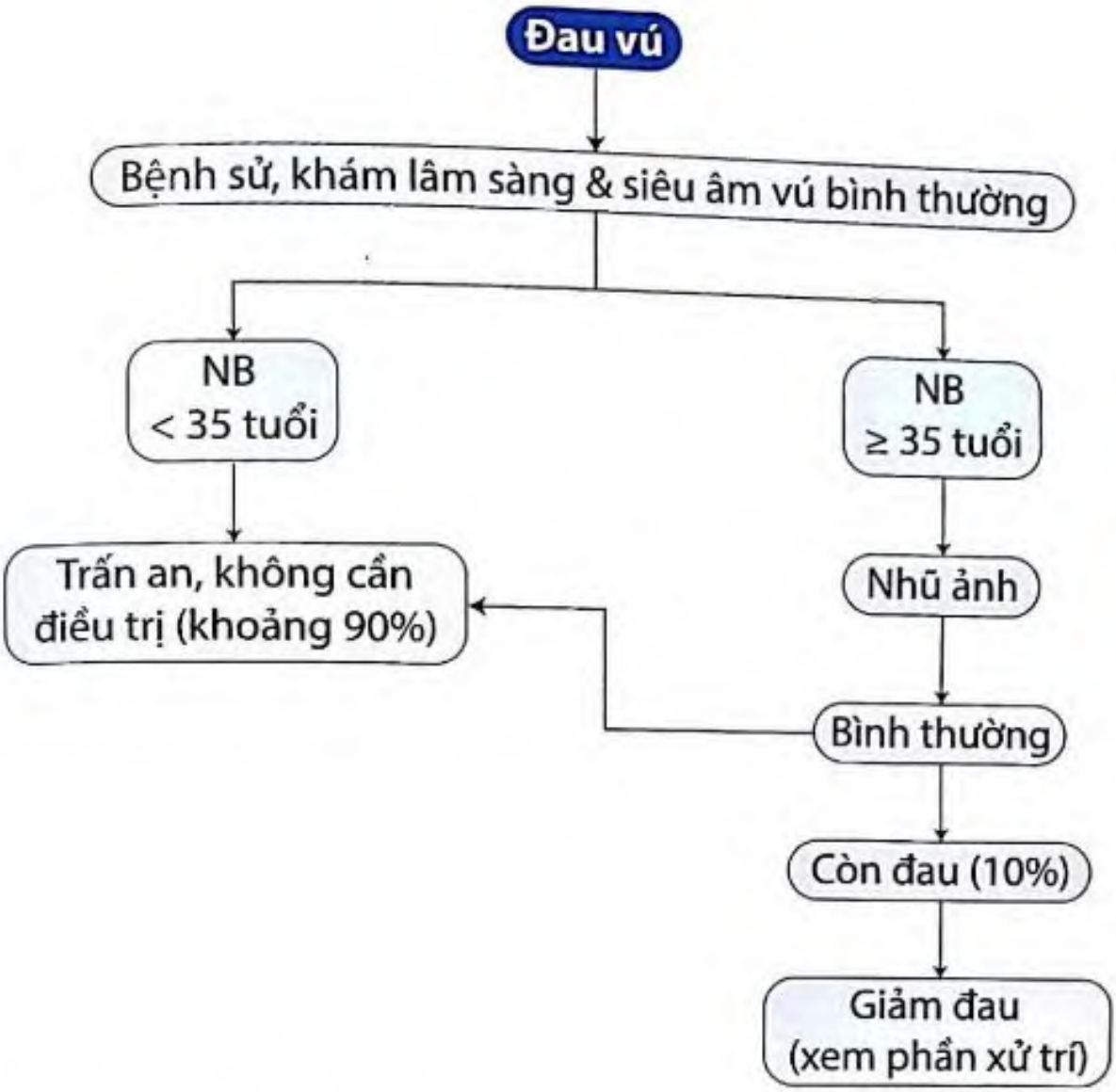
NSAIDS,	NSAIDS: Ibuprofen, Diclofenac, ...
Acetaminophen	Paracetamol, Paracetamol + Ibuprofen
Danazol 200 mg, 100 mg	100-400 mg/ngày x 3-6 tháng
Tamoxifen 10 mg	10 mg/ngày. Tái phát 39-48% sau khi ngưng sử dụng.
Bromocriptine 2,5 mg	Tăng liều dần từ 1,25-5 mg/ngày (tùy đáp ứng của NB)
Nội tiết sinh dục	Viên tránh thai phối hợp hoặc progestin 3-6 tháng

- Điều trị bằng thuốc: theo trình tự ưu tiên

- Cân nhắc hiệu quả và tác dụng phụ của thuốc.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner



2.4. Khối u vú lành tính

a) Chẩn đoán

- Ghi nhận các nguy cơ ung thư vú: tuổi, tiền sử ung thư vú trong gia đình, tiền sử cá nhân bị ung thư vú, sinh thiết có tăng sản không điển hình; tiền căn phẫu thuật tuyến vú.
- Lâm sàng: kích thước, vị trí (so với núm vú), di động, mật độ căng chắc, trơn láng, bờ rõ, dạng đặc hay dạng nang.
- Cận lâm sàng: siêu âm và nhũ ảnh: BIRADS II và III

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

b) Xử trí

- U dạng nang: có thể chọc hút (xem sơ đồ).
- U dạng đặc: (xem sơ đồ)

Xử trí nang vú

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Xử trí khối u vú

2.5. Tiết dịch núm vú

a) Tiết sữa (giai đoạn không cho con bú)

- Là hiện tượng tiết dịch giống sữa, tự phát, thường là hai bên và từ nhiều ống tuyến, do sự tăng nồng độ prolactin.
- Nguyên nhân

+ U tuyến yên (phù gai thị, rối loạn thị giác,...)

+ Chấn thương thành ngực, tổn thương tủy sống, xơ gan, nhược giáp, suy thận,...

+ NB đang sử dụng: estrogen liều cao, thuốc chống trầm cảm 3 vòng và Cimetidine,...

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Cận lâm sàng

+ Tăng prolactine máu.

+ TSH (Thyroid Stimulating Hormone).

+ MRI để đánh giá u tuyến yên khi prolactine tăng cao và/hoặc có triệu chứng thị giác trên lâm sàng.

+ CT Scan nếu NB chống chỉ định chụp MRI.

- Xử trí

+ Tùy theo nguyên nhân.

+ Điều trị tăng prolactin máu bằng Bromocriptine 2,5 mg: liều khởi đầu 1,25-2,5 mg/ngày, sau đó tăng thêm 2,5 mg mỗi 2-7 ngày. Liều duy trì 2,5-15 mg/ngày. Theo dõi trong khoảng 3 tháng, nếu hết tiết sữa thì ngưng thuốc.

b) Tiết dịch núm vú bệnh lý

- Là tình trạng tiết máu, nước, mủ, thanh dịch đục, thường một bên, trên một ống tuyến, xảy ra tự phát.

- Nguyên nhân

+ Thường gặp bướu nhú trong ống và dãn ống tuyến vú.

+ Các nguyên nhân khác: ung thư, viêm vú, thay đổi sợi bọc tuyến vú.

- Cận lâm sàng

+ Prolactin máu

+ Siêu âm

+ Nhũ ảnh

+ Chụp ống tuyến sữa

+ Tế bào học dịch núm vú

- Xử trí: theo sơ đồ

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Xử trí tiết dịch núm vú bệnh lý

2.6. Viêm vú và nhiễm trùng vú (tham khảo phác đồ "Áp xe vú").

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aaron Ndhluni (2009), Benign breast disease tends to take a back seat to breast cancer, The ABC of benign breast cancer, October 2009 Vol.27 No.10 CME, p 453-455.
2. Amda L Amin(2013), Benign breast disease, Surg Clin N Am 93 (2013), p 299-308.
3. Gerald Moss, Standley R.Klein, Benign breast disease, Surgical Oncology. P 267-272.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

4. Hindle H. W, Kefah Mokbel (2009), Diagnosis and management of benign breast disease. Glob. libr. women's med, (ISSN: 1756-2228) 200),DOI 10.3843/GLOWM.10017.

5. Hughes LE (1991), Classification of benign breast disorders, The ANDI classification based on physiological processes within the normal breast, Br Med Bull, 47(2):251-7.

6. Lakshmi Vaidyanathan, Karen Barnard (2002), Benign breast disease: when to treat, when to reassure, when to refer, Cleveland Clinic journal of Medecine Vol.9 No.5, p 425-432.

7. Merih Guray, Aysegul A.Sahin (2006), Benign breast diseases: Classification, diagnosis and management, The Oncologists, 11, p 435-449.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

I. ĐỊNH NGHĨA

- Áp xe vú là tình trạng tụ mủ khu trú ở mô vú.
- Trong giai đoạn tiết sữa, xuất độ viêm vú 1-10%.
- Áp xe vú chiếm 3-11% viêm vú và 0,1-0,3% phụ nữ nuôi con bằng sữa mẹ.

II. PHÂN LOẠI - TÁC NHÂN GÂY BỆNH - YẾU TỐ NGUY CƠ

2.1. Phân loại

- Áp xe vú nguyên phát:
  + Áp xe vú trong giai đoạn tiết sữa.
  + Áp xe vú ngoài giai đoạn tiết sữa.
- Áp xe vú thứ phát:
  + Sau nhiễm trùng vùng dưới da núm vú: viêm tuyến bã, xạ trị.

2.2. Tác nhân gây bệnh

- Giai đoạn tiết sữa: *Staphylococcus aureus* (93%)
- Ngoài giai đoạn tiết sữa: *Staphylococcus aureus* (40%), *Staphylococcus coagulase* (40%)...

2.3. Yếu tố nguy cơ

- Viêm vú hậu sản điều trị không hiệu quả.
- Những nguyên nhân gây tắc tuyến sữa.
- Các tình trạng làm suy giảm miễn dịch.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Toàn thân
  + Biểu hiện nhiễm trùng
  + Sốt
  + Hạch nách cùng bên
- Tại chỗ
  + Khối u vú có thể sưng nóng đỏ đau, có dấu phập phều, chọc ra mủ hoặc có thể chảy mủ qua núm vú
  + Nổi tĩnh mạch dưới da

3.2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích tế bào máu
- CRP
- Siêu âm vú
- Cấy mủ

3.3. Chẩn đoán phân biệt

- Cương tức tuyến vú
- Tắc ống dẫn sữa
- Galactocele (bọc sữa)
- Ung thư vú giai đoạn viêm cấp (bằng FNA hoặc sinh thiết tất cả các trường hợp áp xe vú ngoài thời kỳ hậu sản để loại trừ ung thư).

IV. XỬ TRÍ

4.1. Xử trí tổng quát

- Chườm lạnh
- Tiếp tục nuôi con bằng sữa mẹ hay vắt sữa (cắt sữa trong trường hợp không nuôi con bằng sữa mẹ hay nhiễm trùng nặng, áp xe tái phát nhiều lần).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

4.2. Điều trị nội khoa

- Kháng sinh - kháng viêm - giảm đau
- Nguyên tắc điều trị kháng sinh
  + Điều trị kháng sinh ngay khi có chẩn đoán xác định.
  + Điều chỉnh kháng sinh khi có kết quả kháng sinh đồ.
  + Điều trị kháng sinh trước và duy trì 10-14 ngày sau dẫn lưu ổ mủ.
- Nhiễm trùng nhẹ.
  + Dicloxacillin hoặc Cloxacillin 500 mg 1 viên x 4 lần/ngày, uống trong 10-14 ngày
  + Nếu không đáp ứng trong 24-48 giờ chuyển sang Cephalexin 500 mg 1 viên x 4 lần/ngày, uống trong 10-14 ngày.

    Hoặc Cefadroxyl 500 mg 2 viên x 2 lần/ngày, uống trong 10-14 ngày.

    Hoặc Amoxicillin-clavulanate 625 mg 1 viên x 3 lần/ngày, uống trong 10-14 ngày.
  + Nếu nghi ngờ kỵ khí (áp xe dưới quầng vú) phối hợp thêm: Clindamycin 300 mg 1 viên x 4 lần/ngày uống trong 10-14 ngày.

    Hoặc Metronidazole 250 mg 2 viên x 2 lần/ngày uống trong 10-14 ngày.
  + Nếu nghi ngờ tụ cầu đề kháng Methicillin (MRSA): Trimethoprim/Sulfamethoxazole 160 mg/800 mg 1 viên x 2 lần/ngày, uống trong 10-14 ngày.

    Hoặc Clindamycin 300 mg 1 viên x 4 lần/ngày, uống trong 10-14 ngày

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Nhiễm trùng nặng

  + Vancomycin (15 mg/kg truyền tĩnh mạch mỗi 12 giờ)

  + Có thể phối hợp Cephalosporin thế hệ 3 hoặc beta-lactam/chất ức chế beta-lactamase

4.3. Điều trị ngoại khoa

- Đường kính ổ áp xe < 3 cm: chọc hút bằng kim 18-19G + bơm rửa bằng NaCl 0,9% dưới hướng dẫn của siêu âm. Chọc hút tối đa 3 lần. Nếu không đáp ứng rạch: rạch dẫn lưu.

- Đường kính ổ áp xe từ 3-5 cm: chọc hút + dẫn lưu bằng catheter dưới hướng dẫn của siêu âm.

- Đường kính ổ áp xe > 5 cm: rạch dẫn lưu.

4.4. Theo dõi

- Chăm sóc vết thương hàng ngày: bơm rửa ổ áp xe, dẫn lưu bằng penrose hoặc mèche.

- Nặn hút sữa, nuôi con bằng sữa mẹ.

- Theo dõi 3 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andrew C M (2012), " Breast Abscess and Masses".
2. Isabelle T, Alexandre D (2011), Breast Abscesses: Evidence-based Algorithms for Diagnosis, Management, and Follow-up, RadioGraphics 2011, 31:1683–1699.
3. Michael D, Anees BC (2013), "Breast abscess".
4. Shumaila A, Tamara M, (2015) "Breast abscess", The 5-Minute Clinical Consult Standard 2015 23rd edition.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

CHĂM SÓC CHUNG HẬU PHẪU 72

I. NGÀY 1 (≤ 24 GIỜ SAU MỔ)

1.1. Theo dõi

- Tổng trạng, tri giác.
- Dấu hiệu sinh tồn.
- Nước tiểu mỗi 4-6 giờ.
- Tình trạng bụng mỗi 4-6 giờ: các vết mổ có chảy máu, tụ máu không; bụng có trướng, có phản ứng thành bụng không.
- Âm đạo có ra huyết, ra dịch không.
- Có nhu động ruột và trung tiện chưa.

1.2. Dịch truyền: 2000 mL/ngày (có thể cho NaCl 0,9%, Glucose 5%, Lactated Ringer's).

- Kháng sinh.
- 12 giờ sau mổ cho ăn loãng (nếu không có lưu ý gì từ phẫu thuật viên...) và ăn lại bình thường khi có nhu động ruột.
- Vận động sớm tại chỗ (ngồi dậy, đi quanh giường...).
- Rút sonde tiểu, ống dẫn lưu khi có chỉ định bác sĩ.

II. NGÀY 2 ĐẾN KHI XUẤT VIỆN

2.1. Theo dõi

- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, hô hấp, nước tiểu mỗi 12 giờ.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Tình trạng bụng (trướng, phản ứng thành bụng, vết mổ,...).
- Âm đạo có ra huyết, ra dịch không.
- Có trung tiện lại chưa.
- Khuyến khích ngồi dậy, đi lại nhiều hơn.
- Ngưng dịch truyền hoàn toàn, nếu không có chỉ định đặc biệt.
- Cho ăn uống lại bình thường.
- Khám âm đạo trước khi xuất viện.
- Lấy kết quả giải phẫu bệnh trước khi ra viện nếu có yêu cầu.

2.2. Hướng dẫn khi xuất viện

- Lấy kết quả giải phẫu bệnh 2 tuần sau xuất viện, trừ có yêu cầu đặc biệt từ phẫu thuật viên.
- Hướng dẫn theo dõi 4-6 tuần sau mổ tùy theo tình trạng bệnh.
- Trở lại bệnh viện hoặc cơ sở y tế gần nhất ngay khi có dấu hiệu bất thường (đau bụng, sốt, ra huyết,...).
- Dặn cắt chỉ 5 ngày sau mổ tại bệnh viện hay cơ sở y tế địa phương.
- Tư vấn người bệnh chế độ dinh dưỡng đầy đủ, không ăn kiêng.
- Tư vấn những trường hợp phẫu thuật có tai biến, tái khám khi có triệu chứng bất thường và giới thiệu khám chuyên khoa.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

III. ĐÁNH GIÁ SAU MỔ VÀ TRƯỚC XUẤT VIỆN

3.1. Mổ cắt tử cung

- Mỏm cắt có chảy máu không, nếu chảy máu nhiều: khâu cầm máu mỏm cắt.
- Mỏm cắt có viêm không (sốt, đau bụng, dịch âm đạo hôi, mỏm cắt phù nề, ấn đau nhiều, bạch cầu đa nhân trung tính tăng, CRP tăng, siêu âm phù nề mõm cắt...), nếu có: đổi kháng sinh liều cao, phổ rộng + phối hợp rửa âm đạo hằng ngày với Povidon iodin và đánh giá lại.

  + Diễn tiến tốt: hết sốt, hết đau bụng, bạch cầu giảm, CRP giảm...

  + Nếu diễn tiến không tốt (tụ dịch mỏm cắt): phá mỏm cắt, kháng sinh phổ rộng + phối hợp rửa âm đạo 5 ngày.
- Hẹn tái khám 4-6 tuần sau mổ tại phòng khám phụ khoa hoặc trở lại bệnh viện ngay khi có dấu hiệu bất thường (đau bụng, sốt, ra huyết,...).

3.2. Mổ u buồng trứng ở người bệnh có thai

- Giảm gò tử cung sau mổ: Progesterone 25 mg 2 ống x 2 lần/ngày, tiêm bắp trong 5 ngày hoặc Progesterone 100 mg 1 viên x 2 lần/ngày, đặt âm đạo trong 5 ngày.
- Theo dõi tim thai, tình trạng ra huyết âm đạo.
- Lấy kết quả giải phẫu bệnh sớm nếu có nghi ngờ ung thư.
- Siêu âm kiểm tra tình trạng thai trước khi xuất viện.
- Hẹn tái khám 4 tuần sau mổ hay trở lại bệnh viện ngay khi có dấu hiệu bất thường.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Từ Dũ (2019), Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa.
2. Schwartz's Principles of Surgery 9th ed (2010), Chapter 6, Surgical Infections.
3. W.D. Hager, J.W. Larsen (2008), Postoperative Infections: Prevention and Management, Chapter 11 in Te Linde's Operative Gynecology, 10th edit,190-222.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

CHĂM SÓC HẬU PHẪU CẮT TỬ CUNG NGẢ ÂM ĐẠO

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện sớm những bất thường sau mổ.
- Chảy máu mỏm cắt, âm hộ, tầng sinh môn.
- Tổn thương bàng quang, niệu quản.
- Nhiễm trùng mỏm cắt, viêm phúc mạc khu trú, viêm phúc mạc toàn thể.
- Bán tắc ruột, liệt ruột.

II. THEO DÕI

- Tổng trạng, dấu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.
- Lượng nước vào ra (quan trọng là nước tiểu trong 24 giờ).
- Trung tiện (bình thường người bệnh trung tiện trong vòng 24 giờ - 48 giờ).

III. CHẾ ĐỘ DINH DƯỠNG

- Ngày 1: nước có gaz + dịch truyền.
- Ngày 2: ăn loãng.
- Ngày 3: cháo thịt, cơm nhão, súp.
- Ngày 4: cơm thường.

IV. THUỐC

- Kháng sinh.
- Tập vận động sớm.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

V. LƯU Ý

- Rửa âm đạo khi cần bằng dung dịch Povidon iodin 5% pha loãng.
- Trường hợp có treo cổ bàng quang, chăm sóc hậu phẫu tùy theo phương pháp phẫu thuật mà phẫu thuật viên áp dụng, chủ yếu theo dõi sự đi tiểu, cảm giác mắc tiểu, lượng nước tiểu trong một ngày.
- Dẫn lưu bàng quang trong 24-48 giờ hoặc tùy theo yêu cầu của phẫu thuật viên.
- Theo dõi mỏm cắt (có máu tụ, nhiễm trùng, sót gạc hay không), vết may tầng sinh môn (bầm, tụ dịch, tụ máu, nhiễm trùng).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

W.D. Hager, J.W. Larsen (2008), Postoperative Infections: Prevention and Management, Chapter 11 in Te Linde's Operative Gynecology, 10th edit,190-222.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG SAU MỔ

74

I. VẾT THƯƠNG SẠCH KHÔ

- Không thay băng vết thương.
- Cắt chỉ sau mổ 5 ngày.

II. VẾT THƯƠNG CHẢY MÁU

- Chảy máu ít thấm băng: thay băng và băng ép chặt vết thương.
- Chảy máu nhiều: kiểm tra vết thương, may cầm máu.

PHỤ KHOA 2

III. TỤ MÁU VẾT THƯƠNG

- Thể hiện bằng một đám bầm tím gồ lên vết mổ.
- Xử trí: cắt một mối chỉ lấy hết máu cục, rửa sạch vết thương, băng ép.

IV. NHIỄM TRÙNG VẾT MỔ

- Xảy ra ngày thứ 4-5 sau mổ, vết mổ sưng đau.
- Cắt một mối chỉ để thoát dịch, để hở vết mổ.
- Điều trị kháng sinh và may da thì 2.

V. PHẢN ỨNG CHỈ THÀNH BỤNG

- Trong thời kỳ hậu phẫu, tại một chỗ vết mổ tấy đỏ, chảy một ít dịch đục như mủ. Sau đó tự bít lại, dần dần xuất hiện nhiều lỗ dò khác, chỉ khỏi khi lấy chỉ ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Schwartz's Principles of Surgery 9th ed (2010), Chapter 6, Surgical Infections.
2. W.D. Hager, J.W. Larsen (2008), Postoperative Infections: Prevention and Management, Chapter 11 in Te Linde's Operative Gynecology, 10th edit,190-222.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

75 CHĂM SÓC ỐNG DẪN LƯU

I. CHỈ ĐỊNH ĐẶT ỐNG DẪN LƯU

- Dẫn lưu sau phẫu thuật cắt bỏ khối u hoặc các bộ phận bị dính, hoặc nghi ngờ có thể chảy máu sau mổ.
- Dẫn lưu để thoát dịch tồn đọng sau phẫu thuật nhiễm trùng ổ bụng.

II. CÁC LOẠI DẪN LƯU

- Có rất nhiều loại ống dẫn lưu, trong Sản Phụ khoa thường dùng nhất là dẫn lưu Penrose, Redon, Drain, Sump Drain.

III. VỊ TRÍ ĐẶT DẪN LƯU

- Vùng có ổ mủ.
- Vùng thấp (hai hố chậu, cùng đồ Douglas), rãnh đại tràng và vùng dưới gan.

IV. THỜI GIAN LƯU ỐNG DẪN LƯU

- Ống dẫn lưu thường được giữ cho đến khi thoát hết dịch. Tuy nhiên không nên giữ ống dẫn lưu quá 72 giờ.

V. CHĂM SÓC ỐNG DẪN LƯU

- Theo dõi dịch chảy ra (tính chất, số lượng, màu sắc, mùi...).
- Chăm sóc chân ống dẫn lưu (rửa, thay băng).
- Theo dõi tắc ống dẫn lưu (để tránh tình trạng này khi thay băng mỗi ngày phải di động ống dẫn lưu).
- Thay túi dẫn lưu mỗi ngày.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

TÀI LIỆU THAM KHẢ

1. W.D. Hager, J.W. Larsen (2008), Postoperative Infections: Prevention and Management, Chapter 11 in Te Linde's Operative Gynecology, 10th edit,190-222.
2. Schwartz's Principles of Surgery 9th ed (2010), Chapter 6. Surgical Infections.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

76 SỐT SAU MỔ LẤY THAI

I. ĐỊNH NGHĨA

Sốt sau mổ lấy thai là sốt từ trên 24 giờ sau khi mổ với thân nhiệt từ 38°C trở lên. Đây là triệu chứng do nhiều nguyên nhân khác nhau với mức độ nặng nhẹ khác nhau.

II. CÁC NGUYÊN NHÂN GÂY SỐT SAU MỔ LẤY THAI

Được quét bằng CamScanner

III. CÁC DẤU HIỆU V

3.1. Nhiễm khuẩn vết mổ

- Dấu hiệu chính: vết mổ sưng, có dịch tiết là máu hay mủ, tấy đỏ quanh vết khâu.
- Xử trí: cắt chỉ cách quãng, dẫn lưu thoát dịch. Rửa vết mổ bằng dung dịch sát khuẩn và thay băng tối thiểu 2 lần/ngày.

3.2. Căng tức vú

- Dấu hiệu chính: vú căng đau cả hai bên, xuất hiện muộn 3-5 ngày sau mổ lấy thai.
- Xử trí:
  + Đắp mát, hút sữa, giữ vệ sinh vùng vú.
  + Nếu người mẹ cho con bú, khuyến khích tiếp tục cho con bú.

3.3. Tắc ống dẫn sữa

- Đắp mát, hút sữa.
- Thuốc giảm tiết sữa.

3.4. Áp xe vú

- Kháng sinh, giảm đau.
- Rạch áp xe, dẫn lưu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

W.D. Hager, J.W. Larsen (2008), Postoperative Infections: Prevention and Management, Chapter 11 in Te Linde's Operative Gynecology, 10th edit,190-222.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

77 TIỂU TỒN LƯU SAU SINH, SAU MỔ

I. ĐỊNH NGHĨA

- Tiểu tồn lưu sau sinh, sau mổ là tình trạng người bệnh không có khả năng làm trống hoàn toàn bàng quang (BQ) một cách tự nhiên từ 6 giờ trở lên.
- Có hai dạng tiểu tồn lưu:
  + Có triệu chứng (bí tiểu): người bệnh không thể tiểu tự nhiên trong vòng 6 giờ đầu sau sinh, sau mổ hoặc sau rút thông tiểu.
  + Không triệu chứng: sau tiểu tự nhiên, người bệnh có nước tiểu tồn lưu (NTTL) ≥ 150 mL.

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Phương pháp vô cảm: gây tê, gây mê.
- Sản khoa
  + Giúp sinh
  + Sinh con so
  + Rách tầng sinh môn từ độ 3 trở lên
  + Đau vết may tầng sinh môn nhiều
  + Giai đoạn sổ thai kéo dài > 1 giờ
  + Tổn thương BQ, cổ BQ hoặc BQ không được làm trống thích hợp
  + Tổn thương thần kinh cơ vùng tầng sinh môn do chuyển dạ kéo dài, sinh kiểu thế sau, sinh giúp

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Vận động kém

+ Tình trạng nhiễm trùng tiểu

+ Ảnh hưởng nội tiết tố thai kỳ

- Phẫu thuật vùng chậu

+ Phù nề, chèn ép vùng cổ BQ

+ Các phẫu thuật can thiệp thành trước âm đạo

+ Tổn thương thần kinh chi phối vận động và cảm giác BQ

III. CHẨN ĐOÁN

- Triệu chứng cơ năng: từ 6 giờ sau sinh, sau mổ hoặc sau rút thông tiểu người bệnh thấy:

+ Không tiểu được, tiểu phải rặn hoặc ra rất ít, lắt nhắt nhiều lần

+ Tia nước tiểu chậm, nhỏ giọt hoặc ngắt quãng kéo dài

+ Có cảm giác trằn nặng, căng, đau tức vùng hạ vị

+ Không có cảm giác mắc tiểu, tiểu không hết...

- Triệu chứng thực thể:

+ Có thể có khối cầu BQ

+ Có thể đáy tử cung bị đẩy lên cao

- Xác định chẩn đoán: NTTL ≥ 150 mL bằng các phép đo như:

+ Thông tiểu

+ Siêu âm đo thể tích BQ

+ Máy siêu âm chuyên đo NTTL (Bladder Scan)

+ Xác định nguyên nhân tiểu tồn lưu:

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Do tắc nghẽn đường ra BQ: người bệnh cảm giác căng tức hạ vị dữ dội, muốn đi tiểu mà tiểu không được, tiểu tồn lưu có triệu chứng, có cầu BQ.
- Do BQ co bóp kém: cảm giác mắc tiểu giảm hoặc không có, tiểu phải rặn hỗ trợ, cảm giác tiểu không hết dù có tự tiểu được, tia nước tiểu chậm, có cầu BQ.

IV. BIẾN CHỨNG

- BQ giảm cảm giác, giảm co bóp
- Nhiễm trùng tiểu
- Tiểu không kiểm soát tràn đầy
- Trào ngược BQ niệu quản, thận chướng nước, suy thận
- Vỡ BQ

V. ĐIỀU TRỊ

5.1. Nguyên tắc

- Thông tiểu giải áp khi có cầu BQ
- Kiểm soát tổng nước vào và ra của người bệnh trong 24 giờ
- Hướng dẫn người bệnh vận động sớm, tập tiểu.
- Điều trị nguyên nhân

Lưu ý:

- Không xem việc điều trị tiểu tồn lưu là lý do lưu người bệnh nằm lại viện khi tình trạng hậu sản, hậu phẫu đã ổn.
- Không xem việc lưu thông tiểu hoặc thông tiểu ngắt quãng là chỉ định cho kháng sinh dự phòng nhiễm trùng tiểu, chỉ cần cho thuốc sát khuẩn đường niệu: bột Malva 250 mg + Camphor monobromid 20 mg + Methylene blue 25 mg, uống 2 viên x 2-3 lần/ngày.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

5.2. Điều trị

5.2.1. Do tắc nghẽn đường ra BQ

- Thuốc dãn cổ BQ: Alfuzosin 10 mg, ngày uống 1 lần, lần 1 viên
- Thuốc giảm phù nề vùng cổ BQ:
  + Dexamethasone 0,5 mg, ngày uống 2 lần, lần 2 viên, và/hoặc
  + Alphachymotrypsin 21 microkatal ngậm dưới lưỡi 2 viên x 3 lần/ngày.
- Thuốc giảm đau: Paracetamol hoặc NSAIDs
- Nong niệu đạo trong trường hợp thông tiểu khó khăn nếu người bệnh có phẫu thuật đặt mảnh ghép hoặc may sửa thành trước âm đạo, đặt TOT/TVT: dùng bộ nong cổ tử cung, nong nhẹ nhàng đến số 6.
- Nếu nong niệu đạo 3 lần thất bại (mỗi ngày nong 1 lần): cắt chỉ, cắt mảnh ghép vùng cổ BQ, nếu sau 6 giờ cắt chỉ/mảnh ghép đánh giá có cầu BQ + NTTL ≥ 400 mL thì chuyển Đơn Vị Niệu Phụ Khoa.

5.2.2. Do BQ co bóp kém

a) Vật lý trị liệu BQ

- Hướng dẫn người bệnh tự tập tiểu theo giờ, mỗi 3 giờ ngồi tiểu 1 lần dù có hay không cảm giác mắc tiểu.
- Tăng kích thích cảm giác muốn đi tiểu khi người bệnh tập tự tiểu theo giờ: xông hơi nóng, rửa nước ấm/lạnh vùng hội âm, tạo âm thanh tiếng nước chảy, bơm hậu môn.
- Hướng dẫn người bệnh tư thế ngồi tiểu đúng, hỗ trợ ép BQ trên xương mu khi tiểu, tiểu làm 2 lần.
- Tập mạnh cơ sàn chậu.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

b) Nếu người bệnh không có cảm giác mắc tiểu và NTTL ≥ 1000 mL: lưu thông tiểu liên tục 48 giờ, không kẹp/xả ống luân phiên, để BQ nghỉ ngơi hoàn toàn:

- Vật lý trị liệu BQ ngay sau rút thông tiểu.
- Sau rút thông tiểu 6 giờ, đánh giá lại tình trạng tiểu tồn lưu:
  + Nếu NTTL ≥ 1000 mL và người bệnh vẫn không có cảm giác mắc tiểu: lưu thông tiểu liên tục thêm 48 giờ. NTTL 6 giờ sau rút thông tiểu vẫn ≥ 400 mL thì chuyển Đơn vị Niệu Phụ Khoa đánh giá và điều trị.
  + Nếu NTTL < 1000 mL hoặc người bệnh có lại cảm giác mắc tiểu: thông tiểu ngắt quãng mỗi 6 giờ trong 24 giờ, đánh giá lại mỗi 6 giờ và bất cứ khi nào NTTL:
    - < 400 mL hoặc tiểu bình thường và cầu BQ (-): ngưng thông tiểu ngắt quãng.
    - ≥ 400 mL: chuyển Đơn vị Niệu Phụ Khoa.
  + Nếu NTTL < 400 mL: ngưng theo dõi
  + Thuốc tăng co bóp BQ (cho đến khi NTTL < 400 mL thì ngưng)
    - Neostigmin 0,5 mg x 1 ống tiêm bắp mỗi 6 giờ
    - Pyridostigmin 60 mg 1-3 viên x 2-4 lần/ngày
    - Lưu ý: không cho thuốc tăng co bóp cơ trơn nếu BQ đang tổn thương, liệt, mất cảm giác và đang lưu thông tiểu liên tục để BQ nghỉ ngơi hoàn toàn

c) *Nếu người bệnh có cảm giác mắc tiểu hoặc NTTL < 1000 mL:*

- Vật lý trị liệu BQ

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Thông tiểu ngắt quãng mỗi 6 giờ trong 24 giờ, đánh giá lại mỗi 6 giờ và bất cứ khi nào NTTL:
  + < 400 mL hoặc tiểu bình thường và cầu BQ (-): ngưng thông tiểu ngắt quãng.
  + ≥ 400 mL: chuyển Đơn vị Niệu Phụ Khoa.
- Thuốc tăng co bóp BQ.
- Sau 24 giờ thông tiểu ngắt quãng mà NTTL vẫn ≥ 400 mL: chuyển Đơn vị Niệu Phụ Khoa đánh giá và điều trị.

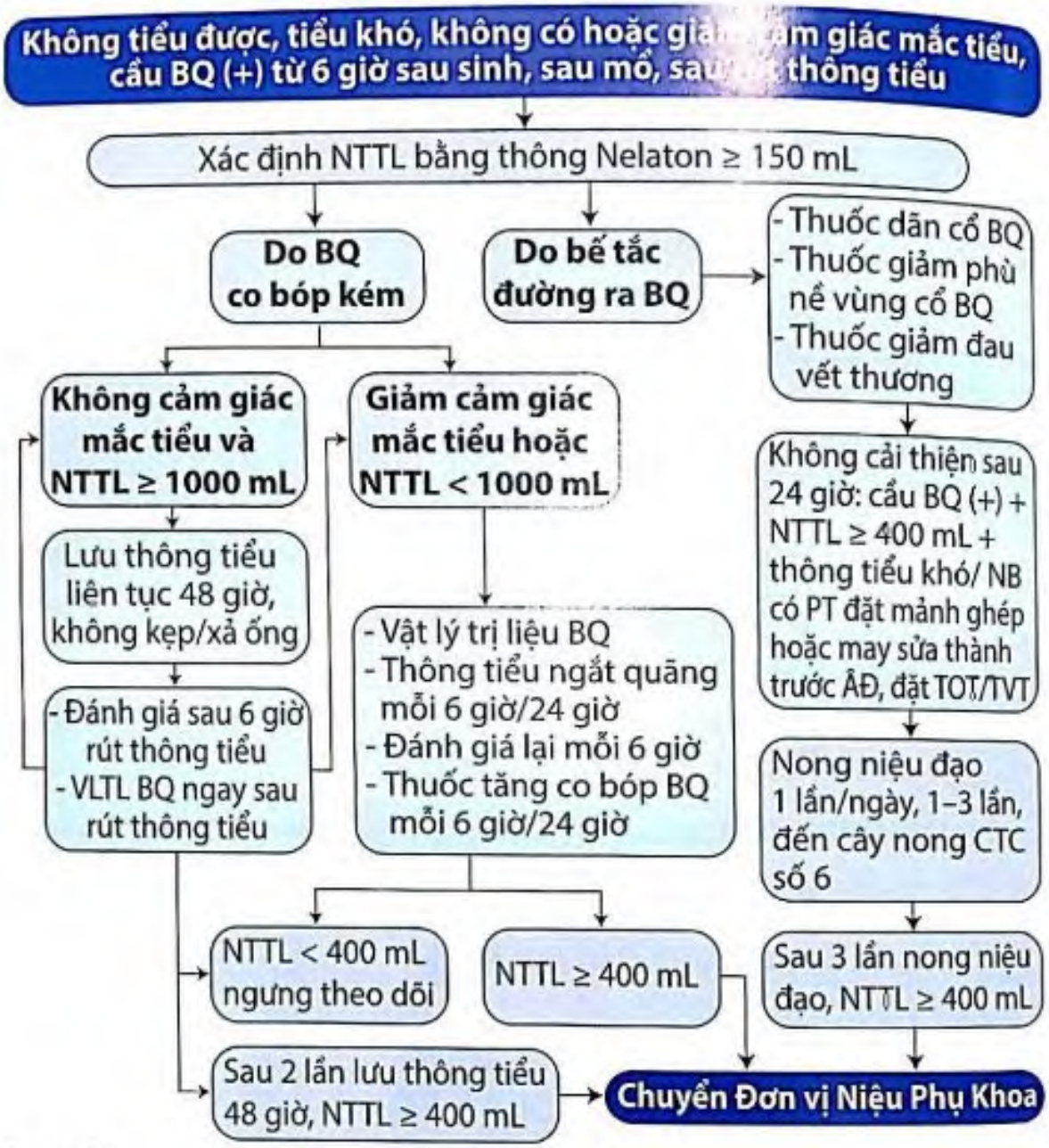
VI. DỰ PHÒNG

- Chú ý làm trống BQ
  + Mỗi 2-3 giờ trong quá trình chuyển dạ: khuyến khích sản phụ đi tiểu
  + Ngay trước khi gây tê ngoài màng cứng, rặn sinh, sinh giúp, nếu đang có thông tiểu lưu thì nên rút thông ra để tránh tổn thương cổ BQ lúc sinh.
- Lưu thông tiểu sau sanh, sau mổ 12 giờ trong các trường hợp
  + Sau mổ: mổ lấy thai, mổ phụ khoa
  + Sinh gây tê giảm đau sản khoa
  + Sinh giúp
  + Bóc nhau bằng tay
  + May phục hồi rách tầng sinh môn độ 3-4
  + Trong trường hợp rút thông tiểu hoặc thực hiện thông tiểu ngắt quãng mà NTTL > 300 mL sau 22 giờ: nên lưu thông tiểu luôn đến 6 giờ sáng hôm sau để tránh làm người bệnh mất ngủ.
- Kiểm soát lượng nước vào và ra của người bệnh trong 24 giờ.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

LƯU ĐỒ ĐIỀU TRỊ TIỂU TỒN LƯU SAU SINH, SAU MỔ



Lưu ý:

- Sau gây tê, gây mê, may rách tầng sinh môn từ độ 3, sinh giúp, nên lưu thông tiểu liên tục 12 giờ mới rút.
- Vật lý trị liệu BQ thực hiện ngay sau sinh, sau mổ, sau rút thông tiểu + người bệnh tự tập tiểu mỗi 3 giờ giữa các khoảng cách đánh giá NTTL mỗi 6 giờ sau tự tiểu.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Không xem việc điều trị tiểu tồn lưu là lý do lưu người bệnh nằm lại viện khi tình trạng hậu sản, hậu phẫu đã ổn.
- Không xem việc lưu thông tiểu hoặc thông tiểu ngắt quãng là chỉ định cho kháng sinh dự phòng nhiễm trùng tiểu, chỉ cần cho thuốc sát khuẩn đường niệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1 Buckley B. S. and M. C. M. Lapitan (2010), "Drugs for treatment of urinary retention after surgery in adults." Cochrane Database of Systematic Reviews(10).

2 Baldini G., et al. (2009), "Postoperative urinary retention: anesthetic and perioperative considerations." Anesthesiology 110(5): 1139-1157.

3 Cavkaytar S., et al. (2014), "Postpartum urinary retention after vaginal delivery: Assessment of risk factors in a case-control study." J Turk Ger Gynecol Assoc 15(3): 140-143

4 Asem Alsheikh Ali (ST7) and D. M. Das (2016), "Guideline for postpartum bladder care." Nottingham University Hospitals NHS Trust.

5 Mulder F. E., et al. (2016), "Delivery-related risk factors for covert postpartum urinary retention after vaginal delivery." Int Urogynecol J 27(1): 55-60.

6 Mulder F, et al. (2012), "Risk factors for postpartum urinary retention: a systematic review and meta-analysis. BJOG 2012;119:1440–1446." BJOG 119: 1440-1446.

7 Hooton T. M., et al. (2010), "Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America." Clin Infect Dis 50(5): 625-663.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

8 Tenke P., et al. (2008). "European and Asian guidelines on management and prevention of catheter-associated urinary tract infections." Int J Antimicrob Agents 31 Suppl 1: S68-78.

9 Groutz A., et al. (2011). "Protracted postpartum urinary retention: the importance of early diagnosis and timely intervention." Neurourol Urodyn 30(1): 83-86.

10 Zaki M. M., et al. (2004). "National survey for intrapartum and postpartum bladder care: assessing the need for guidelines." BJOG 111(8): 874-876.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

TẮC RUỘT SAU MỔ 78

I. TRIỆU CHỨNG

- Ói.
- Bệnh nhân không trung tiện.
- Đau bụng từng cơn, bụng trướng.

II. XỬ TRÍ

- Chụp X quang bụng đứng, không sửa soạn: mực nước hơi (+).
- Siêu âm: các quai ruột dãn chứa nhiều hơi.
- Công thức máu: Hct, có dấu nhiễm trùng, bạch cầu tăng, CRP tăng.
- Ure/máu, ion đồ: có rối loạn nước điện giải.

III. CHẨN ĐOÁN VÀ HƯỚNG XỬ TRÍ

Dấu hiệu lâm sàng	Liệt ruột sau mổ	Tắc ruột sau mổ
Đau bụng	Cảm khó chịu do trướng bụng nhưng không đau nhiều	Đau càng ngày càng nhiều
Thời gian hậu phẫu	Thông thường trong vòng 48-72 giờ	Thường muộn hơn có thể 5-7 ngày
Buồn nôn và nôn	+	+++, càng ngày càng tăng
Trướng bụng	+	+++, càng ngày càng tăng
Nhu động ruột	Mất hay giảm	Dấu rắn bò Tăng nhu động ruột

Được quét bằng CamScanner

Dấu hiệu lâm sàng	Liệt ruột sau mổ	[illegible] ruột sau mổ
Sốt	+/-	+/-
Siêu âm	Các quai ruột giãn	Các quai ruột giãn rộng, có dịch trong ổ bụng, kết hợp với nhiễm trùng trong lòng tử cung hoặc vết mổ
X quang bụng không sửa soạn	Dãn quai ruột non + ruột già Ruột già đầy hơi	Một hoặc nhiều quai ruột dãn (thường là ruột non) với mực nước hơi (+)
Điều trị	Hút dịch dạ dày Đặt sonde trực tràng Điều chỉnh nước, điện giải Thuốc kích thích nhu động ruột	Hút dịch dạ dày liên tục để giảm áp Kháng sinh phối hợp liều cao Điều chỉnh nước điện giải Hội chẩn ngoại tổng quát

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Schwartz's Principles of Surgery 9th ed 2010, Chapter 6. Surgical Infections.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

VIÊM PHÚC MẠC SAU PHẪU THUẬT SẢN PHỤ KHOA

79

- Viêm phúc mạc (VPM) là 1 trong các tai biến nhiễm trùng nặng sau phẫu thuật.
- Tại Bệnh viện Từ Dũ, tỷ lệ VPM sau mổ lấy thai khoảng 1-4/10.000 và sau mổ phụ khoa khoảng 1-3/10.000.

PHỤ KHOA 2

I. PHÂN LOẠI CHUNG

- VPM nguyên phát: không tổn thương tạng, do vi khuẩn từ đường tiêu hóa hay đường máu vào trong ổ bụng mà không có nguồn rõ ràng. Có khoảng 10-30% người bệnh xơ gan cổ trướng bị VPM nguyên phát với tỷ lệ tử vong khoảng 25%.
- VPM thứ phát: là hậu quả của viêm cơ quan nội tạng (như viêm ruột thừa, viêm túi thừa), không thủng tạng <10%, có thủng tạng > 50%, tai biến nhiễm trùng phẫu thuật ổ bụng, phẫu thuật sản phụ khoa,... cần điều trị bằng phẫu thuật.
- VPM tái phát: tái phát nhiễm trùng sau khi điều trị VPM đầy đủ, thường thấy ở những người bệnh có bệnh lý đi kèm hoặc những người đang suy giảm miễn dịch.

Riêng trong lĩnh vực Sản Phụ khoa chúng ta thường gặp 2 loại VPM thứ phát và tái phát.

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

2.1. Do người bệnh

- Suy dinh dưỡng, điều kiện kinh tế thấp.
- Bệnh nội khoa: gan, thận, đái tháo đường...

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Thiếu máu Hb < 12 g%.
- Tuổi > 60, béo phì.
- Có vết mổ cũ.
- Thời gian nằm viện trước mổ càng lâu nguy cơ nhiễm trùng tăng, nằm viện 1 ngày nguy cơ nhiễm trùng 1,1%, nằm viện 1 tuần nguy cơ nhiễm trùng 2%, nằm viện hơn 2 tuần nguy cơ nhiễm trùng 4,3%.
- Thời gian chuyển dạ, vỡ ối kéo dài làm tăng nguy cơ nhiễm trùng.

2.2. Do phẫu thuật (PT)

- PT phức tạp, thời gian PT dài, nguy cơ nhiễm trùng tăng gấp 2 lần sau mỗi giờ PT ngay cả vết mổ sạch.
- PT mất máu nhiều, có máu tụ, nhiều mô hoại tử, nhiều vật lạ.
- Kháng sinh dự phòng thất bại.
- PT trong phòng mổ nhiễm, PT cấp cứu nhiễm trùng tăng gấp 2 lần.

III. NGUYÊN NHÂN

- Các loại vi khuẩn (VK) gây VPM:
  + VK hiếu khí thường gặp: *Lactobacillus, Streptococcus, Diphteroides, Staphylococcus, E.Coli, Enterococcus.*
  + VK kỵ khí thường gặp: *Bacteroides, Clostridia.*
- VPM thứ phát sau mổ do nhiễm trùng trong PT, nhiễm trùng vết mổ lấy thai, mỏm cắt tử cung, tổn thương ruột, bàng quang, niệu quản…
- VPM tái phát thường do: *Enterobacter, Pseudomonas, Enterococcus, Staphylococcus,* và *Candida sp.*

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Viêm phúc mạc sau PT vùng chậu thường do nhiều loại VK, phần lớn (60%) do VK kỵ khí, 20% cầu khuẩn hiếu khí Gram (+), 20% trực khuẩn hiếu khí Gram (-).

- Nhiễm trùng trong 24 giờ đầu sau PT thường do cầu khuẩn Gram (+) hay đôi khi do trực khuẩn Gram (-). Penicillin phổ rộng hay Cephalosporin là lựa chọn tốt nhất trong các nhiễm trùng sớm.

- Nhiễm trùng sau 48 giờ đầu thường do VK kỵ khí.

IV. TRIỆU CHỨNG

4.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau bụng, sốt

Lưu ý: VPM trên người bệnh bị xơ gan giai đoạn muộn hoặc nhiễm trùng huyết nặng có thể chỉ sốt nhẹ.

- Khó thở, buồn nôn/nôn, ớn lạnh, chán ăn, tiểu ít, lo lắng.

4.2. Triệu chứng thực thể

- Mạch nhanh, sốt > 38°C, nhịp thở nhanh, nông.
- Bụng: phản ứng dội, đau, thành bụng cứng, bụng trướng với tiếng ruột giảm hoặc không có. Đau bụng có thể không rõ ở người bệnh sau mổ lấy thai hoặc có cổ trướng do xơ gan.

4.3. Cận lâm sàng

- Huyết đồ, bạch cầu tăng > 11.000/mm^3, bạch cầu đa nhân (BCĐN) tăng.
- Cấy máu, CRP tăng.
- Procalcitonin.
- Phân tích và cấy nước tiểu.
- Chức năng gan, thận.

Được quét bằng CamScanner

- Amylase, lipase.
- Đông máu toàn bộ.
- Ion đồ.

4.4. Chẩn đoán hình ảnh

- Chụp bụng nằm ngửa hay đứng không sửa soạn, có khí trong ổ bụng, ruột non, đại tràng dãn rộng, phù nề thành ruột.
- Siêu âm có thể có khối trong ổ bụng, có dịch ổ bụng.
- CT có cản quang ruột hoặc MRI: có khối trong ổ bụng, có dịch ổ bụng, có dịch cản quang lan vào ổ bụng. Trên hình ảnh CT, MRI thấy được phúc mạc thành bụng dày. Nếu do sót gạc hoặc dị vật có thể thấy trong ổ bụng.

4.5. Chọc rút dịch ổ bụng

- Trong trường hợp khó chẩn đoán, làm các xét nghiệm:
  + Đếm hồng cầu, bạch cầu.
  + Cấy tìm VK (âm tính giả trong 80% trường hợp).
  + Nhuộm Gram.
  + Protein toàn phần, Glucose, Albumin.
  + Lactate dehydrogenase, Amylase, Lipase.
- Trong VPM nguyên phát: thường dịch ổ bụng có nhiều BCĐN ≥ 250/mm^3 (nếu cấy dương tính, có thể gặp 1 loại VK trong 90% trường hợp).
- VPM thứ phát: BCĐN ≥ 250/mm^3 hay ≥ 500/mm^3 (cấy có thể gặp nhiều loại VK).
- VPM thứ phát điển hình có ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:
  + Protein toàn phần trong dịch ổ bụng > 1 g/dL.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Glucose dịch ổ bụng < 50 mg/dL (2,8 mmol/L).

+ Tăng Lactate Dehydrogenase ≥ 225 UI/L.

- Các trường hợp VPM do ung thư, viêm tụy, xuất huyết vào dịch cổ trướng, lao phúc mạc, cũng có BCĐN ≥ 250/mm^3, nhưng tỷ lệ BCĐN thường < 50% tổng số bạch cầu. Thêm vào đó cấy VK thường âm tính.

- Dịch ổ bụng cấy mọc nhiều loại VK nhưng BCĐN < 250/mm^3 thường do VK lan tràn qua lỗ thủng ruột sau chọc rút dịch ổ bụng. Rủi ro này hiếm gặp chiếm tỷ lệ < 0,6% các trường hợp chọc dò ổ bụng và tỷ lệ tử vong thấp.

V. CHẨN ĐOÁN

5.1. Phần lớn căn cứ trên lâm sàng

- Sốt > 38°C kéo dài.
- Đau bụng nhiều.
- Có phản ứng thành bụng (sau mổ lấy thai thành bụng nhão dấu hiệu không rõ).
- Trướng bụng, liệt ruột.
- Dịch ổ bụng.
- Choáng nhiễm trùng, nếu để muộn.

5.2. Phối hợp với các kết quả cận lâm sàng

- Bạch cầu > 11.000/mm^3.
- CRP tăng cao.
- Siêu âm: có dịch ổ bụng, tăng nhanh, dịch không đồng nhất, có echo, thấy tổn thương nơi nguyên phát.
- X quang: liệt ruột, nếu có tổn thương ruột có thể thấy liềm hơi dưới cơ hoành trên phim chụp bụng đứng.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Chọc dò qua thành bụng dưới siêu âm sẽ thấy có dịch đục mủ, xét nghiệm dịch ổ bụng: có BCĐN > 250/mm^3, tế bào mủ. VPM thứ phát điển hình có ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:

+ Protein toàn phần trong dịch ổ bụng > 1 g/dL.

+ Glucose dịch ổ bụng < 50 mg/dL (2,8 mmol/L).

+ Tăng Lactate Dehydrogenase ≥ 225 UI/L.

VI. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Áp xe dưới hoành, dưới gan, trong ổ bụng, vùng chậu, VPM do ruột thừa vỡ.
- Liệt ruột, xoắn ruột, lồng ruột, rối loạn tiêu hóa.
- Viêm hạch mạc treo, viêm ruột thừa, viêm tụy, viêm phần phụ, viêm cầu thận.

VII. ĐIỀU TRỊ

7.1. Nguyên tắc

- Hồi sức tích cực.
- Kháng sinh phổ rộng, phối hợp nhiều kháng sinh.
- PT cấp cứu thám sát, lấy ổ nhiễm trùng, rửa bụng, dẫn lưu.

7.2. Hồi sức

- Đặt thông dạ dày để giảm trướng ruột.
- Thở oxy nếu người bệnh thấy khó thở.
- Bù dịch điện giải, tránh rối loạn hệ thống thứ phát.
- Truyền Albumin 1,5 g/kg truyền tĩnh mạch ngày thứ 1 sau đó 1 g/kg ngày thứ 3 cho VPM thứ phát để ngừa hội chứng gan thận.
- Đặt thông foley theo dõi lượng nước tiểu.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

7.3. Kháng sinh

- Kháng sinh phổ rộng và phối hợp nhiều kháng sinh sử dụng ngay khi nghi ngờ nhiễm trùng, dịch ổ bụng có BCĐN ≥ 250/mm^3. Điều chỉnh kháng sinh theo kết quả kháng sinh đồ.
- Viêm phúc mạc thứ phát: cần kháng sinh bao vây các vi trùng kỵ khí, hiếu khí gram âm và các vi trùng cơ hội khác.
- Các kháng sinh có thể chọn lựa:
  + Cefotaxime 2 g tiêm mạch chậm mỗi 8 giờ × 5-14 ngày, thuốc vào dịch ổ bụng tốt và không hại thận, tác dụng phụ thường gặp là nổi mẩn đỏ.
  + Ceftriaxone 1-2 g/24 giờ x 5-14 ngày.
  + Ampicillin-sulbactam 3 g tiêm mạch chậm mỗi 6 giờ x 5-14 ngày.
  + Quinolones (Ofloxacin, Ciprofloxacin) x 7 ngày.
  + Các kháng sinh có tác dụng trên vi trùng kỵ khí: Metronidazole, Cefotetan, Ticarcillin-Clavulanate, Piperacillin-Tazobactam, Ampicillin-Sulbactam, Imipenem.

7.4. Phẫu thuật

- PT mở bụng khẩn cấp: lấy sạch ổ nhiễm trùng, rửa sạch ổ bụng và dẫn lưu, lưu ý hốc gan lách tránh áp xe tồn lưu sau này.
- Nếu VPM sau mổ lấy thai do nhiễm trùng vết mổ cơ tử cung, cần thận trọng khi quyết định bảo tồn vì nguy cơ tái phát cao.

7.5. Chăm sóc, dinh dưỡng

- Nhịn ăn uống.
- Nuôi ăn qua đường tĩnh mạch.
- Cân bằng nước và điện giải.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Chỉ cho ăn sau khi có tiếng ruột, hay đại tiện được.
- Rút dẫn lưu ≥ 4 ngày sau mổ.

7.6. Dự phòng

- Chuẩn bị tốt người bệnh trước mổ, thực hiện đầy đủ các quy trình vô trùng.
- Kháng sinh dự phòng các PT Sản Phụ khoa.
- Các trường hợp PT khó, dính, có dịch cổ trướng từ trước PT, chảy máu nhiều, khó cầm máu,... nên đặt dẫn lưu mỏm cắt hoặc qua hố chậu.
- Trong PT cẩn thận trọng lúc sử dụng máy đốt điện vì tổn thương có thể xảy ra 1-2 tuần sau mổ.
- Theo dõi hậu phẫu cần lưu ý kỹ các triệu chứng dấu hiệu như sốt, đau bụng. Trong 48 giờ đầu sau mổ phần lớn do chưa bù đủ dịch, nhưng cũng không loại trừ được nhiễm trùng Gram (+), cần đánh giá cẩn thận không để muộn.
- Với các trường hợp sau mổ lấy thai, cần theo dõi kỹ co hồi tử cung, màu sắc, mùi hôi sản dịch nếu có là đã có nhiễm trùng trong tử cung, cần nạo kiểm tra và cho thuốc co tử cung để tránh ứ đọng sản dịch và giảm nguy cơ bung vết mổ lấy thai và VPM.
- Với các trường hợp đã cắt tử cung, nếu có sốt sau mổ cần khám kỹ xem có máu tụ mỏm âm đạo, nếu nghi ngờ kiểm tra bằng siêu âm và nên tháo mỏm vào ngày hậu phẫu thứ 3 để thoát máu, dịch ứ đọng, tránh nhiễm trùng lan rộng gây VPM.

VIII. TIÊN LƯỢNG

- Tỷ lệ tử vong VPM nguyên phát tới 80% nếu người bệnh được PT thám sát không cần thiết.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- VPM thứ phát không biến chứng tỷ lệ tử vong < 5%, VPM thứ phát nặng tử vong 30-50%, với 1/2 do xuất huyết tiêu hóa, suy thận, hay suy gan.
- Nếu VPM thứ phát có suy thận là biểu hiện nặng, nguy cơ tử vong cao nhất.
- Các chỉ số tiên lượng xấu:
  + Bạch cầu cao.
  + Người bệnh lớn tuổi.
  + Liệt ruột kéo dài.
  + Suy kiệt, hoặc ung thư.
- Người bệnh VPM thứ phát do nhiễm trùng trong bệnh viện có nguy cơ tử vong cao.

IX. BIẾN CHỨNG

- Giảm thể tích tuần hoàn.
- Nhiễm trùng huyết, choáng nhiễm trùng.
- Suy thận, suy gan.
- Suy hô hấp.
- Áp xe tồn lưu.
- Tắc ruột.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Frank J. Domino (2012), Acute Peritonitis, 5 Minute Clinical Consult 20th ed.
2. Schwartz's Principles of Surgery 9th ed 2010, Chapter 6, Surgical Infections.
3. W.D. Hager, J.W. Larsen (2008), Postoperative Infections: Prevention and Management, Chapter 11 in Te Linde's Operative Gynecology, 10th ed,190-222.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

80 NHIỄM KHUẨN HẬU SẢN

I. ĐỊNH NGHĨA

Nhiễm khuẩn hậu sản là các nhiễm khuẩn xuất phát từ bộ phận sinh dục trong thời kỳ hậu sản. Đây là một trong những tai biến sản khoa thường gặp và là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ

- Cơ sở vật chất và trang thiết bị không đảm bảo vô khuẩn.
- Các can thiệp làm không đúng chỉ định và điều kiện. Không đảm bảo quy trình chăm sóc trước, trong và sau sinh.
- Điều trị không tốt các nhiễm khuẩn đường sinh dục trước sinh.
- Cơ địa kém, suy giảm miễn dịch, béo phì.
- Bệnh lý tiền sản giật, thiếu máu, chuyển dạ kéo dài, ối vỡ non, vỡ sớm.
- Sót nhau, rách âm đạo, rách cổ tử cung.
- Mầm bệnh hiện diện sẵn: vi khuẩn (tụ cầu vàng, *E. coli*...), nấm *Candida Albican*...

III. CÁC HÌNH THÁI NHIỄM KHUẨN

3.1. Nhiễm khuẩn tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo

- Do rách tầng sinh môn phức tạp, rách hoặc cắt tầng sinh môn mà không khâu hoặc khâu không đúng kỹ thuật, không đảm bảo vô khuẩn khi khâu tầng sinh môn, sót gạc trong âm đạo.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Triệu chứng: sốt nhẹ 38°C-38,5°C, vết khâu tầng sinh môn sưng tấy, đau, trường hợp nặng có mủ. Tử cung co hồi bình thường, sản dịch không hôi.
- Điều trị:
  + Cắt chỉ tầng sinh môn nếu vết khâu tấy đỏ có mủ. Vệ sinh tại chỗ hàng ngày bằng oxy già (nếu vết khâu có mủ), hoặc Povidon iodin.
  + Kháng sinh (uống hoặc tiêm).

3.2. Nhiễm trùng tử cung

- Đây là hình thái hay gặp, nếu không điều trị kịp thời có thể dẫn đến các biến chứng khác nặng hơn như: viêm chu cung, viêm phúc mạc chậu, áp xe vùng chậu, viêm phúc mạc toàn bộ, nhiễm khuẩn huyết...
- Nhiễm trùng tử cung hậu sản bao gồm: viêm nội mạc tử cung (Endometritis), viêm cơ tử cung (Endomyometritis), viêm mô quanh tử cung (Endoparametritis).
- Nhiễm trùng thường từ các vi khuẩn ở đường sinh dục dưới và thường nhiễm nhiều loại vi khuẩn cùng lúc (ái khí lẫn yếm khí). Các loại vi khuẩn thường gặp (tại Bệnh viện Từ Dũ): *Escherichia coli, Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus aureus,...*

3.2.1. Chẩn đoán

- Lâm sàng
  + Triệu chứng cơ năng: sốt, đau hạ vị, có thể xuất huyết âm đạo muộn.
  + Triệu chứng toàn thân:
    - Nhiệt độ ≥ 38°C.
    - Nhức đầu, lạnh run, mệt mỏi, chán ăn.
    - Mạch nhanh.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Triệu chứng thực thể:

- Sản dịch đục hôi.
- Tử cung mềm nhão, ấn đau.
- Xuất huyết từ lòng tử cung.
- Khối cạnh tử cung (viêm chu cung, khối máu tụ).

- Cận lâm sàng

+ Bạch cầu tăng từ 15.000-30.000/mm^3 (tỷ lệ đa nhân trung tính tăng).

+ CRP tăng.

+ Procalcitonin tăng trong các trường hợp có nhiễm trùng huyết.

+ Siêu âm: có thể thấy hình ảnh ứ dịch lòng tử cung, hơi trong lòng tử cung, phù nề vết mổ cơ tử cung, nhưng đôi khi không có hình ảnh đặc hiệu.

+ MRI: có thể thấy hình ảnh phù nề, hoại tử, bung vết mổ cơ tử cung...

+ Cấy máu, sản dịch.

- Chẩn đoán phân biệt

+ Nhiễm trùng vết mổ

+ Viêm vú, áp xe vú

+ Viêm đài bể thận cấp

+ Viêm phổi

+ Viêm tắc tĩnh mạch sâu

+ Các bệnh lý nhiễm trùng không liên quan thai kỳ: viêm ruột thừa, nhiễm siêu vi...

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3.2.2. Xử trí

a) Nguyên tắc xử trí

- Kháng sinh
- Hạ sốt
- Nâng tổng trạng
- Sử dụng thuốc co hồi tử cung (Oxytocin 5 UI x 1-2 ống/ngày, tiêm bắp)
- Hút nạo lòng tử cung, phẫu thuật khi có chỉ định

b) Chọn lựa kháng sinh

- Sử dụng kháng sinh phổ rộng chống cả vi khuẩn kỵ khí sinh β-lactamase.
- Đối với nhiễm trùng tử cung nhẹ/hậu sản sinh ngả âm đạo có thể dùng kháng sinh đường uống.
- Đối với nhiễm trùng hậu sản nặng hay trung bình cần sử dụng kháng sinh phổ rộng, đường tiêm.
- Chọn lựa kháng sinh theo vi khuẩn thường gặp tại Bệnh viện Từ Dũ:

Chọn lựa 1

+ Nhiễm trùng tử cung không nặng (sau sinh ngả âm đạo): Amoxicilin-acid clavulanic 625 mg uống 1 viên x 3 lần/ngày x 5 ngày

+ Nhiễm trùng tử cung sau mổ:

- Amoxicilin-acid clavulanic 1,2 g x 3 lần/ngày (tiêm tĩnh mạch chậm) trong 7 ngày + Gentamicin 80 mg/2 mL, 3-5 mg/kg/ngày (tiêm bắp/truyền tĩnh mạch) trong 7 ngày.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Hoặc Amoxicilin-acid clavulanic 1,2 g x 3 lần/ngày (tiêm tĩnh mạch chậm) trong 7 ngày + Metronidazol 500 mg/100 mL 1 chai x 2-3 lần/ngày (truyền tĩnh mạch) trong 7 ngày
- Hoặc Cephalosporin thế hệ 3 (Cefotaxim hoặc Ceftriaxon hoặc Ceftazidim) (đường tĩnh mạch) + Metronidazol 500 mg/100 mL 1 chai x 2-3 lần/ngày (truyền tĩnh mạch) trong 7 ngày.
- Hoặc Clindamycin 600-900 mg mỗi 8 giờ (tiêm bắp/truyền tĩnh mạch) + Gentamicin 80 mg/2mL 3-5 mg/kg/ngày (tiêm bắp/ truyền tĩnh mạch) trong 7 ngày.

  Clindamycin: các liều tiêm bắp đơn độc không được lớn hơn 600 mg

Chọn lựa 2: nhiễm trùng nặng, kéo dài, không đáp ứng điều trị trên

+ Ticarcillin-acid clavulanic 3,2 g x 3-4 lần/ngày (truyền tĩnh mạch) + Amikacin 500 mg 15 mg/kg/ngày (tiêm bắp/ truyền tĩnh mạch), có thể kết hợp thêm Metronidazol 500 mg/100 mL 1 chai x 2-3 lần/ngày (truyền tĩnh mạch) trong 7 ngày.

+ Hoặc Piperacillin-tazobactam 4,5 g x 3-4 lần/ngày (truyền tĩnh mạch) + Amikacin 500 mg 15 mg/kg/ngày (tiêm bắp/ truyền tĩnh mạch), có thể kết hợp thêm Metronidazol 500 mg/100 mL 1 chai x 2-3 lần/ngày (truyền tĩnh mạch) trong 7 ngày.

- Đánh giá hiệu quả điều trị sau 48-72 giờ.
- Các trường hợp sốt kéo dài, không đáp ứng điều trị , cần cân nhắc điều chỉnh theo kết quả kháng sinh đồ cụ thể từng trường hợp và đánh giá thêm để phát hiện các diễn tiến lâm sàng nặng hơn cần phẫu thuật.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

c) Hút nạo buồng tử cung

- Cần thiết trong các trường hợp sót nhau hoặc cần lấy sạch mô hoại tử trong lòng tử cung để giải quyết tình trạng nhiễm trùng.
- Nên hút nhẹ nhàng lòng tử cung, không nên nạo thô bạo để tránh tai biến thủng tử cung hoặc di chứng dính lòng tử cung sau này

d) Phẫu thuật

- Các trường hợp nhiễm trùng tử cung nặng không đáp ứng điều trị, nhiễm trùng hoại tử vết mổ tử cung: phẫu thuật cắt tử cung, dẫn lưu.

3.3. Viêm dây chằng rộng và phần phụ

- Từ nhiễm khuẩn ở tử cung có thể lan sang các dây chằng (đặc biệt là dây chằng rộng) và các phần phụ như vòi trứng, buồng trứng
- Lâm sàng: xuất hiện muộn sau sinh 8-10 ngày.
  + Nhiễm trùng toàn thân, người mệt mỏi, sốt cao.
  + Sản dịch hôi, tử cung co hồi chậm
  + Thăm âm đạo thấy khối rắn đau, bờ không rõ, ít di động. Nếu là viêm dây chằng rộng ở phần trên hoặc viêm phần phụ thì khối u ở cao, nếu là viêm đáy của dây chằng rộng, nắn và phối hợp thăm âm đạo sẽ thấy khối viêm ở thấp, ngay ở túi cùng, có khi khối viêm dính liền với túi cùng, di động hạn chế. Khó phân biệt với đám quánh ruột thừa.
- Điều trị:
  + Nghỉ ngơi, chườm lạnh, giảm đau, chống viêm.
  + Kháng sinh phổ rộng (dựa vào kháng sinh đồ), phối hợp trong 2 tuần.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Dẫn lưu qua đường cùng đồ nếu áp xe Douglas.

+ Cắt tử cung trong trường hợp nặng.

3.4. Viêm phúc mạc (VPM) tiểu khung

- VPM thứ phát là hình thái nhiễm khuẩn lan từ tử cung, dây chằng rộng, phần phụ, đáy chậu

- VPM nguyên phát là nhiễm khuẩn từ tử cung có thể không qua các bộ phận khác mà đi theo đường bạch mạch hoặc lan trực tiếp đến mặt sau phúc mạc, lan đến túi cùng sau, ruột, bàng quang lan đến đâu sẽ hình thành giả mạc và phúc mạc sẽ dính vào nhau tại đó, phản ứng sinh ra các túi dịch, chất dịch có thể là một chât dịch trong (thể nhẹ), chất dịch có thể đục lẫn mủ hoặc máu (thể nặng).

- Tiến triển có thể khỏi hoặc để lại di chứng dính nếu là thể nhẹ; tiến triển vỡ khối mủ vào âm đạo, bàng quang, trực tràng nếu thể nặng. Nếu mủ vỡ vào ổ bụng sẽ gây VPM toàn bộ.

- Lâm sàng: 3-15 ngày sau sinh, sau các hình thái khác của nhiễm khuẩn hậu sản

+ Sốt cao 39^{0}C - 40°C, rét run, mạch nhanh.

+ Nhiễm trùng, nhiễm độc nặng.

+ Đau hạ vị, tiểu buốt, rát, có hội chứng giả lỵ.

+ Tử cung to, ấn đau, di động kém, túi cùng đau khi khám.

- Điều trị

+ Nội khoa: nâng cao thể trạng, kháng sinh phổ rộng, phối hợp 2-3 loại.

+ Ngoại khoa: chỉ mổ khi có biến chứng, hoặc dẫn lưu mủ qua túi cùng sau.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3.5. Viêm phúc mạc toàn thể

- Không thường gặp sau mổ lấy thai. Rất hiếm gặp sau sanh ngả âm đạo.
- Nguyên nhân:
  + Trong mổ lấy thai do không đảm bảo vô khuẩn, khâu tử cung không tốt, sót nhau, tổn thương ruột, bàng quang, sót gạc trong ổ bụng.
  + Nhiễm khuẩn ối, nhiễm trùng bởi vi khuẩn độc lực cao như *Streptococcus* tán huyết β nhóm A.
  + Có thể là biến chứng của các hình thái nhiễm khuẩn như: viêm tử cung toàn bộ, viêm dây chằng phần phụ có mủ, viêm phúc mạc tiểu khung điều trị không tốt
- Có thể xuất hiện sớm sau mổ lấy thai hoặc muộn 7-10 ngày sau các hình thái nhiễm trùng khác .
  + Sốt cao 39°C - 40°C, rét run, mạch nhanh nhẹ.
  + Nhiễm trùng, nhiễm độc.
  + Nôn và buồn nôn. Bụng trướng, đau, cảm ứng phúc mạc.
  + Phản ứng thành bụng có thể không rõ do bụng mềm nhão sau sinh.
  + Tử cung to ấn đau, túi cùng đầy đau.
- Cận lâm sàng:
  + Bạch cầu tăng, neutrophil tăng, thiếu máu tán huyết, CRP tăng.
  + Rối loạn điện giải và toan chuyển hóa, rối loạn chức năng gan, thận.
  + Cấy sản dịch, cấy máu (làm kháng sinh đồ).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Siêu âm: ổ bụng có dịch, các quai ruột dãn, có thể phát hiện dị vật (sót gạc...).

+ X quang bụng không chuẩn bị: tiểu khung mờ, có mực nước hơi.

- Điều trị

+ Nội khoa: nâng thể trạng, bù nước điện giải, kháng sinh liều cao, phổ rộng, phối hợp.

+ Ngoại khoa: phẫu thuật cắt tử cung, rửa ổ bụng và dẫn lưu.

3.6. Nhiễm khuẩn huyết

- Đây là hình thái nặng nhất. Có thể để lại nhiều di chứng thậm chí tử vong.

- Lâm sàng: sau can thiệp thủ thuật từ 24-48 giờ.

+ Hội chứng nhiễm độc nặng, hội chứng thiếu máu, dấu hiệu choáng nhiễm độc, huyết áp tụt, rối loạn vận mạch và tình trạng toan máu.

+ Sản dịch hôi bẩn, cổ tử cung hé mở, tử cung to mềm ấn đau.

+ Có thể xuất hiện nhiễm khuẩn ở các cơ quan khác (phổi, gan, thận).

- Cận lâm sàng: bạch cầu tăng, CRP tăng, Procalcitonin (+), suy giảm chức năng gan, thận, rối loạn các yếu tố đông máu. Cấy máu, cấy sản dịch (+).

- Điều trị:

+ Nội khoa: hồi sức chống choáng, kháng sinh phổ rộng, phối hợp (điều chỉnh theo kháng sinh đồ nếu cần), kéo dài.

+ Ngoại khoa: cắt tử cung (sau điều trị kháng sinh tối thiểu 6-24 giờ), dẫn lưu ổ bụng.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3.7. Viêm tắc tĩnh mạch

- Nguyên nhân: chuyển dạ kéo dài, đẻ khó, chảy máu nhiều, đẻ nhiều lần, lớn tuổi.

  + Máu chảy chậm trong hệ tĩnh mạch, không lưu thông dễ dàng từ dưới lên trên.

  + Máu dễ đông do tăng sinh sợi huyết, tăng số lượng tiểu cầu.

  + Do yếu tố thần kinh giao cảm của hệ tĩnh mạch ở chi dưới hoặc bụng.

- Lâm sàng:

  + Thường xảy ra muộn ngày thứ 12-15 sau sinh, sốt nhẹ, mạch tăng.

  + Tắc tĩnh mạch chân hay gặp: phù trắng, ấn đau, căng, nóng từ đùi trở xuống, gót chân không nhấc được khỏi giường.

  + Tắc động mạch phổi: khó thở đột ngột, đau tức ngực, khạc ra máu.

  + Tắc mạch mạc treo: đau bụng đột ngột, dữ dội, rối loạn tiêu hóa.

- Cận lâm sàng: công thức máu (chú ý tiểu cầu), CRP, các yếu tố đông máu, siêu âm Doppler mạch, chụp mạch, MRI.

- Điều trị:

  + Tắc tĩnh mạch chân: bất động chân 3 tuần sau khi hết sốt, kháng sinh, chống đông (Enoxaparin, Nadroparin calcium), theo dõi yếu tố đông máu và tiểu cầu 1 lần/1 tuần.

  + Tắc mạch các cơ quan khác: xử trí theo từng chuyên khoa.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

IV. DỰ PHÒNG

- Đảm bảo điều kiện vô khuẩn khi đỡ sinh, khi thăm khám, các thủ thuật, phẫu thuật. Đảm bảo không sót nhau trong tử cung, xử trí tốt các tổn thương đường sinh dục khi sinh.
- Thực hiện các thủ thuật, phẫu thuật nhẹ nhàng, hạn chế làm tổn thương mô, cầm máu tốt.
- Phát hiện sớm và điều trị tích cực các trường hợp nhiễm khuẩn đường sinh dục trước, trong và sau sinh.
- Dùng kháng sinh dự phòng đúng nguyên tắc.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Chương 3

UNG THƯ PHỤ KHOA

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

81 SÀNG LỌC VÀ CHẨN ĐOÁN UNG THƯ VÚ

I. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư vú hiện vẫn là ung thư hàng đầu và có tỷ lệ tử vong cao nhất ở nữ giới. Theo Globocan 2020, nước ta có 21.555 ca mắc mới và 9.345 người tử vong vì ung thư vú. Tầm soát phát hiện bệnh giai đoạn sớm là chìa khóa để giảm tỷ lệ tử vong của bệnh lý này.

II. ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ

- Nguy cơ thấp (nguy cơ ung thư vú suốt đời < 15%): không có yếu tố nguy cơ
- Nguy cơ trung bình (nguy cơ ung thư vú suốt đời: 15-20%): phụ nữ ≥ 40 tuổi, có tiền căn gia đình (mẹ, chị em ruột, con) bị ung thư vú nhưng không phải do gen di truyền
- Nguy cơ cao (nguy cơ ung thư vú suốt đời > 20%): phụ nữ có ≥ 1 trong các yếu tố nguy cơ sau đây :

+ Tiền sử bản thân hoặc gia đình (mẹ, chị em ruột, con) bị ung thư vú do gen di truyền, ung thư phúc mạc, ống dẫn trứng, buồng trứng, hội chứng Li-Fraumensi, hội chứng Cowden…

+ Tiền căn bản thân từng xạ trị vùng ngực từ 10-30 tuổi

+ Đột biến gen bản thân hoặc trong gia đình (BRCA1, BRCA2, PTEN, TP53...)

+ Phụ nữ có nguy cơ ung thư vú suốt đời ước tính ≥ 20%, được ước tính bằng cách sử dụng mô hình BRCA-PRO

+ Sinh thiết vú trước đây cho thấy tổn thương có nguy cơ cao (ADH/ALH…)

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Có thể đánh giá nguy cơ theo Gail Model: tham khảo cách tính trên: https://www.mdcalc.com/gail-model-breast-cancer-risk

III. CÁC PHƯƠNG PHÁP TẦM SOÁT

- Nhũ ảnh (mammography)
- Cộng hưởng từ (MRI) vú
- Siêu âm vú
- Khám vú lâm sàng (clinical breast examination)
- Tự khám vú (breast self- examination BSE)

IV. LỊCH TRÌNH TẦM SOÁT

4.1. Các đối tượng nguy cơ thấp và trung bình

a) Tự khám vú mỗi tháng.

b) Khám vú lâm sàng: phụ nữ trong độ tuổi 20-39 cần đi khám vú 1-3 năm/lần, phụ nữ ≥ 40 tuổi cần đi khám vú 1 năm/lần.

c) Siêu âm vú:

- Không nên siêu âm vú đơn thuần để tầm soát ung thư vú.
- Siêu âm được khuyến cáo phối hợp với nhũ ảnh trong trường hợp mô vú đặc.
- Siêu âm vú: khi có triệu chứng bất thường ở vú (sờ thấy khối u ở vú, co kéo da hay núm vú, tiết dịch ở núm vú, màu da vú thay đổi...).

+ < 40 tuổi: cân nhắc chụp nhũ ảnh (nếu cần)

+ ≥ 40 tuổi: luôn phải phối hợp với nhũ ảnh, cân nhắc chụp MRI (nếu cần)

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

d) Nhũ ảnh:

+ 40-74 tuổi: mỗi 1-2 năm

+ ≥ 75 tuổi hoặc khi tiên lượng thời gian sống < 10 năm: ngừng tầm soát

4.2. Các đối tượng nguy cơ cao

	Tiền căn bản thân ung thư vú	> 35 tuổi nguy cơ ung thư vú xâm nhập 5 năm > 1,7%	Nguy cơ ung thư vú > 20% với bệnh sử ADH/ALH (*)	Nguy cơ ung thư vú > 20% với bệnh sử gia đình ung thư vú (**)	Tiền căn xạ trị thành ngực lúc 10-30 tuổi	
					< 25 tuổi	≥ 25 tuổi
Tự khám vú	Mỗi tháng					
Khám vú	Mỗi 6-12 tháng					
Nhũ ảnh	Mỗi năm (vú đối bên)	Mỗi năm				Mỗi năm
MRI	Mỗi năm (nếu cần)					Mỗi năm

- Cộng hưởng từ (MRI) được khuyến cáo thực hiện hàng năm hỗ trợ chẩn đoán với nhũ ảnh.

(*) ADH: atypical ductal hyperplasia

ALH: atypical lobular hyperplasia

(**) Cần tư vấn di truyền

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

V. XỬ TRÍ TỔN THƯƠNG

Khi thực hiện các phương pháp siêu âm, chụp nhũ ảnh hoặc cộng hưởng từ, tất cả các sang thương thấy được trên hình ảnh sẽ được xếp theo phân loại ACR- BI-RADS 2013

BI-RADS	HÌNH ẢNH	KHẢ NĂNG ÁC TÍNH (%)	KHUYẾN CÁO
0	Cần có thêm những kết quả hình ảnh khác		Thực hiện các phương tiện chẩn đoán hình ảnh khác
1	Không tìm thấy bất thường	0	Kiểm tra định kỳ
2	Bất thường lành tính	0	Kiểm tra định kỳ
3	Bất thường có khả năng lành tính	≤ 2	- Nhũ ảnh/siêu âm 6 tháng sau, sau đó mỗi 6-12 tháng/ trong 24-36 tháng + Nếu ổn định thì tầm soát lặp lại + Nếu tăng BIRADS thì xét nghiệm chẩn đoán Lưu ý: nhóm nguy cơ cao: cân nhắc CNB (***)

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

BI-RADS	HÌNH ẢNH	KHẢ NĂNG ÁC TÍNH (%)	KHUYẾN CÁO
4	Bất thường nghi ngờ ác tính	> 2 - < 95	CNB(***)/FNA(****)
4A	Nguy cơ ác tính thấp	>2 - ≤ 10	
4B	Nguy cơ ác tính trung bình	>10 - ≤ 50	
4C	Nguy cơ ác tính cao	> 50 - < 95	
5	Rất nghi ngờ ung thư	≥ 95	CNB(***)/FNA(****)
6	Ung thư đã biết	100	Điều trị

(***) CNB (core needle biopsy): sinh thiết lõi

(****) FNA (fine needle biopsy): sinh thiết bằng kim nhỏ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American College of Radiology Appropriateness Criteria (2016).
2. Breast Cancer Screening (PDQ®)–Health Professional Version.
3. Breast Cancer: Screening. Approved by the Cancer.Net Editorial Board, 10/2018.
4. Canelo-Aybar, C. et al. (2021), Digital breast tomosynthesis compared to diagnostic mammographic projections (including magnification) among women recalled at screening mammography: a systematic review for the European Commission Initiative on Breast Cancer (ECIBC). Cancer Med, 10: 2191-2204

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

5. Erin V Newton, Marie Catherine Leen et al (2018), Breast Cancer Screening. Medscape. Updated.

6. Heather R. Peppard et al. (2015), Digital Breast Tomosynthesis in the Diagnostic Setting: Indications and Clinical Applications, RadioGraphics, 35:4, 975-990.

7. J.M. Seely and T. Alhassan (2018), Screening for breast cancer in 2018 - what should we be doing today? Current Oncology, Vol. 25, Supp. 1.

8. Kevin C. Oeffinger, Elizabeth T. H. Fontham, Ruth Etzioni et al (2016), Breast Cancer Screening for Women at Average Risk 2015 Guideline Update From the American Cancer Society. JAMA. 2015;314(15):1599-1614. doi:10.1001/jama.2015.12783.

9. Wendie A. Berg et al. (2012), Shear-wave Elastography Improves the Specificity of Breast US: The BE1 Multinational Study of 939 Masses, Radiology 262:2, 435-44.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

82 BỆNH NGUYÊN BÀO NUÔI

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh nguyên bào nuôi liên quan đến thai kỳ là tên gọi chung cho các bệnh có sự tăng sinh bất thường của các nguyên bào nuôi kết hợp với thai kỳ. Bệnh nguyên bào nuôi được chia làm hai dạng: thai trứng và u nguyên bào nuôi.

II. PHÂN LOẠI BỆNH NGUYÊN BÀO NUÔI (FIGO – 2002)

2.1. Thai trứng (TT)

- Thai trứng toàn phần (TTTP)
- Thai trứng bán phần (TTBP)

2.2. U nguyên bào nuôi (UNBN)

- Thai trứng xâm lấn (TTXL)
- Ung thư nguyên bào nuôi (UTNBN)
- U nguyên bào nuôi nơi nhau bám
- U nguyên bào nuôi dạng biểu mô

III. THAI TRỨNG

3.1. Thai trứng toàn phần

3.1.1. Định nghĩa: Toàn bộ các gai nhau đều thoái hóa thành các bọc (túi) trứng.

3.1.2. Chẩn đoán

- Siêu âm: hình ảnh bão tuyết hoặc hình chùm nho hoặc các echo trống.
- Định lượng β-hCG/ máu > 1000 mIU/mL.
- Thấy mô trứng được lấy ra từ tử cung.
- Giải phẫu bệnh: thai trứng toàn phần.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3.2. Thai trứng bán phần

3.2.1. Định nghĩa: bên cạnh những bọc trứng còn có các mô nhau thai hoặc có phôi, thai nhi (thường chết, teo đét).

3.2.2. Chẩn đoán

- Siêu âm: bánh nhau to hơn bình thường, có nhiều hình ảnh echo trống trong nhau thai, có túi thai, có thể có hoặc không có thai nhi.
- Định lượng β-hCG/ máu > 100 mIU/mL.
- Thấy mô trứng và nhau thai được lấy ra từ tử cung.
- Giải phẫu bệnh: thai trứng bán phần.

3.3. Những yếu tố tiên lượng của thai trứng có nguy cơ diễn tiến thành u nguyên bào nuôi

Bảng điểm phân loại thai trứng có nguy cơ diễn tiến thành UNBN (Tổ chức Y tế thế giới (WHO) - 1983)

	0	1	2	4
Loại	Bán phần	Toàn phần	Lặp lại	
Kích thước TC so với tuổi thai (theo tháng)	≤ 1	> 1	> 2	> 3
B-hCG (IU/L)	< 50.000	> 50.000 < 100.000	> 100.000	> 1 triệu
Nang hoàng tuyến (cm)		< 6	> 6	> 10
Tuổi (năm)		< 20	> 40	> 50
Yếu tố kết hợp	Không có	> 1 yếu tố		

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Yếu tố kết hợp: nghén nhiều, tiền sản giật, cường giáp, rối loạn đông máu rải rác trong lòng mạch, tắc mạch do nguyên bào nuôi.
- Nếu số điểm < 4: nguy cơ thấp
- Nếu số điểm ≥ 4: nguy cơ cao

Chẩn đoán của thai trứng thường có nguy cơ kèm theo. Ví dụ: thai trứng toàn phần nguy cơ cao hay thai trứng bán phần nguy cơ thấp.

3.4. Điều trị thai trứng

3.4.1. Nguyên tắc điều trị: cần xử trí ngay sau khi đã có chẩn đoán bệnh

3.4.2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích tế bào máu, nhóm máu ABO, Rh
- Chức năng gan, thận, tuyến giáp, điện tâm đồ
- Điện giải
- X quang ngực thẳng
- Tổng phân tích nước tiểu

3.4.3. Chuẩn bị người bệnh

- Tư vấn cho người bệnh và người nhà: tình trạng bệnh, phương pháp điều trị
- Khám chuyên khoa các bệnh lý kèm theo: khám nội tiết nếu có cường giáp, khám tim mạch nếu có tăng huyết áp mãn ...
- Truyền máu: nếu có thiếu máu nặng
- Xét nghiệm tiền hóa trị 1 ngày trước hay vào ngày truyền hóa chất
- Khám tiền mê

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3.4.4. Hút nạo buồng tử cung

- Kháng sinh dự phòng.
- Tiền mê hay gây tê cho người bệnh. Truyền tĩnh mạch Glucose 5% hay Lactated Ringer's hay Natri Clorid 0,9%.
- Nếu cổ tử cung (CTC) đóng, nong CTC bằng que nong đến số 8-12, hút thai trứng bằng ống Karman 1 van hay 2 van. Hút sạch buồng tử cung.
- Sử dụng thuốc co hồi tử cung: truyền tĩnh mạch dung dịch có pha Oxytocin.
- Lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm mô học (giải phẫu bệnh): mô trứng, mô nhau.
- Theo dõi sau hút nạo buồng tử cung: tổng trạng, mạch, huyết áp, co hồi tử cung, huyết âm đạo, đau bụng.
- Nếu 3 ngày sau, khám lại thấy tử cung còn to do ứ dịch lòng tử cung nhiều hay còn mô trứng → nạo kiểm tra lại.

3.4.5. Cắt tử cung

- Người bệnh ≥ 40 tuổi, đủ con, có chẩn đoán thai trứng nguy cơ cao.
- Băng huyết hay không kiểm soát được tình trạng chảy máu nặng từ tử cung.

3.4.6. Xử trí thai trứng nguy cơ cao: tùy tình trạng bệnh.

- Không hóa trị dự phòng.
- Theo dõi tình trạng lâm sàng, diễn tiến β-hCG.
- Hóa trị dự phòng với Methotrexate (MTX) hoặc Dacticin

  + MTX 5 ngày: MTX 0,4 mg/kg/ngày TM hoặc TB trong 5 ngày, không quá 25 mg/ngày. Lặp lại chu kỳ mỗi 14 ngày.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ MTX 8 ngày (MTX/FA): MTX 1 mg/kg hoặc MTX 50 mg/ngày TB ngày 1, 3, 5, 7 + Folinic Acid 0,1 mg/kg TB hoặc uống 15 mg sau liều MTX 24-30 giờ vào ngày 2, 4, 6, 8. Lặp lại chu kỳ mỗi 14 ngày.

+ Dacticin: 12 mcg/kg (10-13 mcg/kg) hoặc 0,5 mg/ngày TM cho 5 ngày liên tục. Thay thế cho phác đồ MTX 5 ngày ở người bệnh có men gan cao. Lặp lại chu kỳ mỗi 14 ngày.

3.4.7. Điều kiện hóa trị

Không sử dụng hóa trị khi:

- Bạch cầu (BC) < 3.000/mm^3, bạch cầu đa nhân trung tính (BCĐNTT) < 1.500/mm^3, tiểu cầu < 100.000/mm^3
- Men gan: SGOT, SGPT > 100 UI/L

3.4.8. Các tác dụng phụ của hóa trị

- Nhiễm độc về huyết học và tủy xương: giảm BC, giảm 3 dòng tế bào máu, thiếu máu.
  + BC giảm: dùng thuốc nâng BC (Filgrastim)
  + Truyền máu: hồng cầu lắng, tiểu cầu
- Nhiễm độc đường tiêu hóa: viêm niêm mạc miệng, viêm dạ dày, viêm ruột hoại tử.
  + Nuôi ăn bằng đường tĩnh mạch, hay ăn thức ăn lỏng nhiều bữa ăn nhỏ trong ngày.
  + Kháng sinh, vitamin.
  + Truyền dịch và bù điện giải (nếu cần).
- Nhiễm độc da: rụng tóc và tăng dị ứng mẫn cảm.
- Sử dụng kháng Histamin và Corticoid nếu có dị ứng
  + Ngưng hóa trị nếu men gan tăng > 100 UI/L
  + Thuốc bảo vệ tế bào gan: Biphenyl dimethyl dicarboxylat

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3.4.9. Theo dõi sau điều trị tại viện

- β-hCG/máu mỗi 2 tuần, cho đến khi β-hCG/máu < 5 mIU/mL 3 lần.
- Sự co hồi tử cung, kích thước nang hoàng tuyến.
- Tình trạng ra huyết âm đạo, kinh nguyệt.

3.4.10. Tiêu chuẩn xuất viện

- β-hCG/máu < 5 mIU/mL 3 lần.
- Tử cung + 2 phần phụ bình thường.
- Không xuất hiện di căn.

3.4.11. Các biện pháp tránh thai sử dụng trong thời gian theo dõi sau thai trứng

- Thuốc viên tránh thai uống dạng phối hợp nếu không có chống chỉ định sử dụng thuốc.
- Bao cao su.
- Triệt sản.

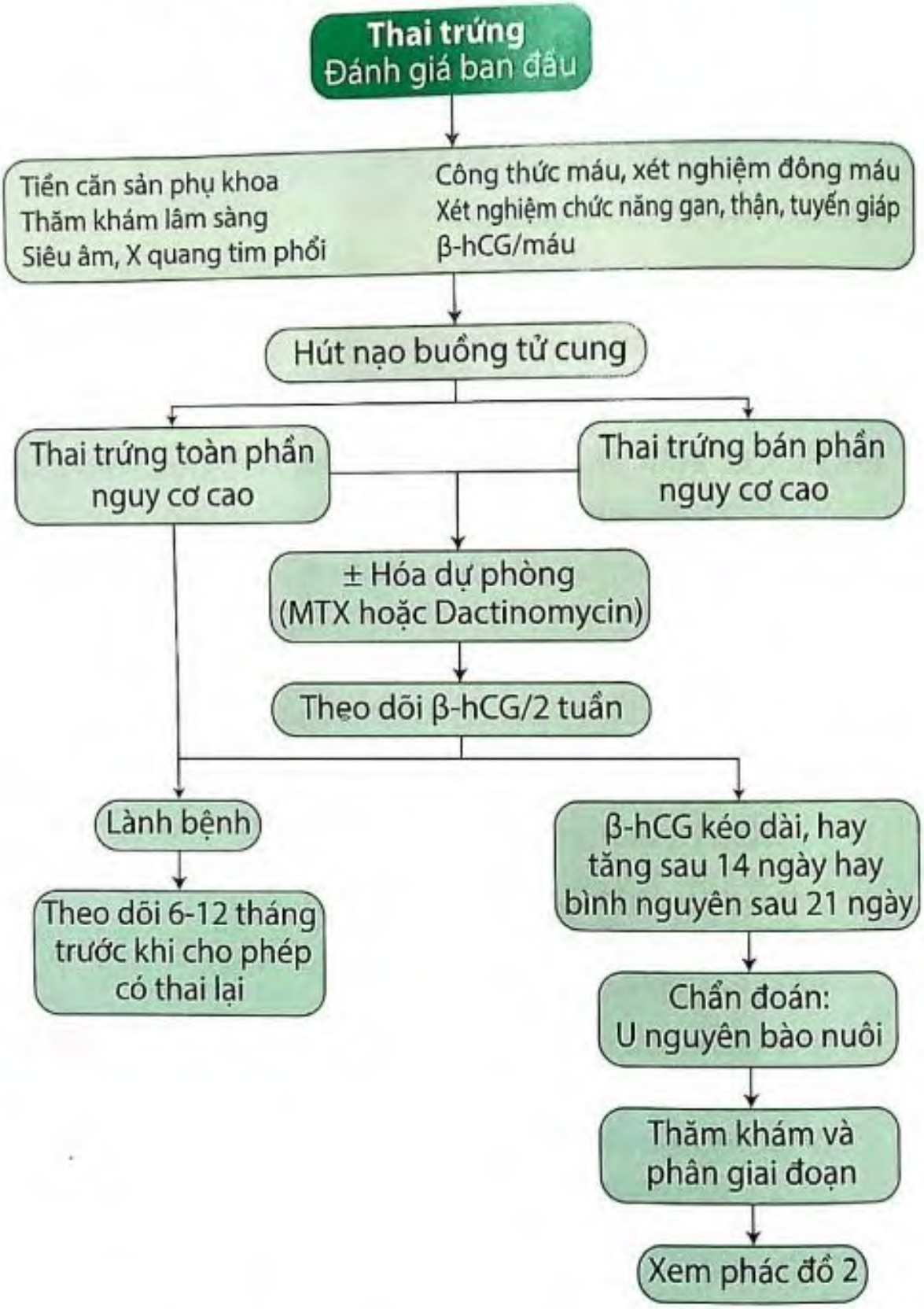
3.4.12. Theo dõi sau khi xuất viện và vấn đề có thai lại sau điều trị thai trứng

- β-hCG/máu một tháng 1 lần trong 6 tháng, sau đó 2 tháng một lần trong 6 tháng tiếp theo và 3 tháng một lần trong vòng 12 tháng.
- Thời gian theo dõi tối thiểu với thai trứng nguy cơ thấp là 6 tháng và thai trứng nguy cơ cao là 12 tháng.
- Sau thời gian theo dõi, người bệnh được có thai trở lại. Khi có dấu hiệu mang thai, cần khám thai ngay, chú ý siêu âm và định lượng β-hCG/máu để phòng bị thai trứng lặp lại.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

PHÁC ĐỒ 1: NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ THAI TRỨNG



Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

IV. U nguyên bào nuôi (GTN)

U nguyên bào nuôi bao (u NBN) gồm: thai trứng xâm lấn, UTNBN, u NBN nơi nhau bám (PSTT), u NBN dạng biểu mô.

Xuất hiện sau thai trứng (60%), thai lưu/sẩy thai (30%), thai đủ tháng hay thai ngoài tử cung (10%). Thường có triệu chứng ra huyết âm đạo kéo dài.

4.1. Định nghĩa

- β-hCG bình nguyên, hoặc tăng, hoặc tồn tại kéo dài sau khi hút nạo thai trứng.
- Có chẩn đoán mô bệnh học của choriocarcinoma, thai trứng xâm lấn hoặc u NBN nơi nhau bám, hoặc xác định di căn.

4.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán u NBN sau TT của FIGO - 2002:

Có ít nhất 1 trong những tiêu chuẩn sau. U NBN nơi nhau bám không xếp vào trong nhóm này.

- U NBN được chẩn đoán khi β-hCG bình nguyên (± 10%) sau 4 lần đo trong ≥ 3 tuần (ngày 1, 7, 14, 21).
- U NBN được chẩn đoán khi β-hCG tăng (> 10%) khi đo 3 lần liên tiếp sau ≥ 2 tuần (ngày 1, 7, 14).
- U NBN được chẩn đoán khi có giải phẫu bệnh là choriocarcinoma.
- U NBN được chẩn đoán khi β-hCG còn tồn tại sau 6 tháng theo dõi.

4.3. Phân giai đoạn u NBN (FIGO - 2002)

- Giai đoạn I: Bệnh khu trú ở tử cung
- Giai đoạn II: Bệnh đã di căn ra ngoài tử cung nhưng vẫn còn giới hạn ở đường sinh dục

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Giai đoạn III: Bệnh di căn đến phổi
- Giai đoạn IV: Tất cả những vị trí di căn khác

4.4 Điều trị

Bảng điểm tiên lượng của UTNBN (theo FIGO và WHO - 2006)

ĐIỂM / YẾU TỐ NGUY CƠ	0	1	2	4
Tuổi	< 40	≥ 40		
Tiền căn thai	thai trứng	bỏ thai	đủ tháng	
Số tháng cách lần có thai trước đó	< 4	4-6	7-12	> 12
β-hCG trước điều trị (mUI/mL)	$< 10^3$	10^3-10^4	$> 10^4$-10^5	$> 10^5$
Kích thước u lớn nhất kể cả tử cung (cm)	-	3-4	≥ 5	
Vị trí những di căn kể cả tử cung	phổi	lách, thận	dạ dày, ruột	não, gan
Số điểm di căn được phát hiện	-	1-4	5-8	> 8
Hóa trị liệu thất bại trước đó	-	-	đơn hóa trị	đa hóa trị

- Nguy cơ thấp: ≤ 6 điểm
  + Giai đoạn I (không di căn)
  + Giai đoạn II và III < 7 điểm
- Nguy cơ cao: ≥ 7 điểm
  + Giai đoạn I và III ≥ 7 điểm
  + Giai đoạn IV

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

4.5. Xử trí u NBN nguy cơ thấp

4.5.1. Đơn hóa trị MTX hoặc Dacticin

a) MTX

- MTX 5 ngày: MTX 0,4 mg/kg/ngày TM hoặc TB trong 5 ngày, không được quá 25 mg/ngày. Lặp lại chu kỳ mỗi 14 ngày.
- MTX 8 ngày (MTX/Folinic acid): MTX 1 mg/kg hoặc MTX 50 mg/ngày TB ngày 1, 3, 5, 7 + Folinic acid 0,1 mg/kg TB hoặc uống 15 mg sau liều MTX 24-30 giờ vào ngày 2, 4, 6, 8. Lặp lại chu kỳ mỗi 14 ngày.
- MTX tuần: MTX 30-50 mg/m^2 da TM/tuần.
- MTX 100 mg/m^2 da TM, sau đó 200 mg/m^2 da pha trong Glucose 5% 500 mL truyền TM trong 12 giờ. 24 giờ sau, Folinic acid 15 mg TM/uống x 4 lần trong 12 giờ. Lặp lại chu kỳ mỗi 18 ngày hoặc khi cần.

b) Dactinomycin (Dacticin)

- Dacticin: 1,25 mg/m^2 da TM mỗi 2 tuần. Thay thế cho MTX tuần.
- Dacticin: 12 mcg/kg (10-13 mcg/kg) hoặc 0,5 mg/ngày TM cho 5 ngày liên tục. Thay thế cho phác đồ MTX 5 ngày trong tổn thương gan. Lặp lại chu kỳ mỗi 14 ngày.
- Lặp lại thêm 2-3 chu kỳ sau khi β-hCG < 5 mUI/mL.

4.5.2. Thất bại hoặc kháng hóa trị: β-hCG bình nguyên hoặc tăng khi đang dùng hóa trị (có hoặc không có thêm di căn mới).

a) Yếu tố liên quan

- Tuổi > 35
- β-hCG trước điều trị > 100.000 mIU/mL
- Số điểm FIGO > 4

Được quét bằng CamScanner

- Không có tiền căn thai trứng
- Có di căn âm đạo lớn
- Giải phẫu bệnh là choriocarcinoma.
- Số điểm FIGO tăng

b) Xử trí khi kháng MTX

- MTX 50 mg/m² da thất bại → MTX 0,4 mg/kg TB 5 ngày hoặc Dacticin 12 mcg/kg TB 5 ngày
- β-hCG < 100 IU/L → Dacticin 5 ngày (87%)
- β-hCG > 100 IU/L → EMA-CO (99%)
- Kháng MTX → Dacticin

4.6. Xử trí u NBN nguy cơ cao

a) Phác đồ EMA-CO

Ngày 1 Etoposide 100 mg/m² da truyền TM trong 30 phút
Dacticin 0, 5 mg TM
MTX 100 mg/m² da TM
MTX 200 mg/m² da truyền TM trong 12 giờ

Ngày 2 Etoposide 100 mg/m² da truyền TM trong 30 phút
Dacticin 0,5mg TM
Folinic acid 15 mg TB 2 lần/ ngày x 2 ngày, sau MTX 24 giờ

Ngày 8 Oncovin (Vincristin) 1 mg/m² da TM, tối đa 2 mg
Cyclophosphamide 600 mg/m² da truyền TM trong 30 phút

Phác đồ này lặp lại mỗi 2 tuần.

Lặp lại thêm 3 hoặc 4 chu kỳ sau khi β-hCG < 5mUI/mL.

Được quét bằng CamScanner

b) Tiêu chuẩn BC để hóa trị

- Ngày 1 và 2: BC ≥ 3.000/mm^3, BCĐNTT ≥ 1.500/mm^3
- Ngày 8 : BC ≥ 2.000/mm^3, BCĐNTT ≥ 1.000/mm^3

c) Nếu kháng EMA-CO

- Phác đồ EMA-EP hoặc EP-EMA: ngày điều trị CO được thay bằng EP

  + Cisplatin 70-80 mg pha trong 1 lít truyền TM hơn 12 giờ.

  + Etoposide 100 mg/m^2 da (150 mg/m^2 da) được truyền TM hơn 1 giờ.

- Phác đồ BEP

  + Cisplastin 20 mg/m^2 da truyền TM

  + Etoposide 100 mg/m^2 da truyền TM vào ngày 1-4

  + Bleomycin 30 đv tiêm TM hàng tuần

- Phác đồ TP/TE

  + Ngày 1

    - Dexamethasone 20 mg uống trước liều Paclitaxel 12 giờ.
    - Dexamethasone 20 mg uống trước liều Paclitaxel 6 giờ.
    - Cimetidine 30 mg + 100 mL Natri Clorid 0,9% truyền trong 30 phút.
    - Chlorphenamine 10 mg TM.
    - Paclitaxel 135 mg/m^2 da + 250 mL Natri Clorid 0,9% truyền trong 3 giờ.
    - Mannitol 10% 500 mL truyền trong 1 giờ.
    - Cisplatin 60 mg/m^2 da pha với 1000 mL Natri Clorid 0,9% truyền trong 3 giờ.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Sau khi truyền thuốc, truyền TM với 1.000 mL Natri Clorid 0,9% + KCl 20 mmol + 1 g $MgSO_4$ trong 2 giờ.

+ Ngày 15

- Dexamethasone 20 mg uống trước liều Paclitacxel 12 giờ.
- Dexamethasone 20 mg uống trước liều Paclitacxel 6 giờ.
- Cimetidine 30 mg pha với 100 mL Natri Clorid 0,9% truyền trong 30 phút.
- Chlorphenamine 10 mg TM.
- Paclitaxel 135 mg/m² da pha với 250 mL Natri Clorid 0,9% truyền trong 3 giờ.
- Etoposide 150 mg/m² da pha với 1000 mL Natriclorua 0,9% truyền trong 1 giờ.

4.7. U NBN di căn não

- Phác đồ EMA-CO với MTX 1 g/m² da. Chu kỳ 14 ngày

Ngày 1 Etoposide 100 mg/m² da truyền TM trong 30 phút
Dacticin 0,5 mg TM
MTX 500 mg/m² da TM
MTX 500 mg/m² da truyền TM trong 12 giờ

Ngày 2 Etoposide 100 mg/m² da truyền TM trong 30 phút
Dacticin 0,5 mg TM
Folinic acid 15 mg TB 2 lần/ngày x 2 ngày, sau MTX 24 giờ

Ngày 8 Oncovin (Vincristin) 1 mg/m² da TM, tối đa 2 mg
Cyclophosphamide 600 mg/m² da truyền TM trong 30 phút

- Kết hợp với xạ trị 3000 cGy

Được quét bằng CamScanner

4.8. U nguyên bào nuôi tái phát: Hóa trị với phác đồ EMA-CO, EMA-EP hoặc EP-EMA.

4.9. Xử trí khối choriocarcinoma di căn âm đạo

- Mổ lấy khối di căn âm đạo: nếu vỡ hoặc dọa vỡ nhân choriocarcinoma, hoặc kháng thuốc.
- Chèn gạc cầm máu khi xuất huyết âm đạo nhiều và không thể mổ lấy khối di căn.

4.10. Điều trị cấp cứu những trường hợp bệnh nặng

3 ngày liên tục, lặp lại mỗi tuần

- Etoposide 100 mg/m^2 da truyền TM 1 giờ.
- Cisplatin 20 mg/m^2 da truyền TM 2 giờ.

4.11. Thai trứng xâm lấn

a) Định nghĩa: là sự xâm lấn của nguyên bào nuôi vào cơ tử cung, có thể gây thủng tử cung hay chảy máu nặng từ tử cung.

b) Chẩn đoán: Sau khi cắt tử cung

- Rong huyết kéo dài.
- Tử cung to.
- β-hCG thường cao, 20.000-30.000 mIU/mL.
- Siêu âm: Khối tăng sinh mạch máu trong cơ tử cung.
- Giải phẫu bệnh: có nhiều nang trứng trong cơ tử cung.

c) Chẩn đoán phân biệt: choriocarcinoma ở tử cung.

d) Xử trí thai trứng xâm lấn, nhân choriocarcinoma ở tử cung

- Mổ bóc nhân choriocarcinoma hoặc lấy khối TTXL: người bệnh trẻ, muốn sinh thêm con, kháng hóa trị, hoặc khối choriocarcinoma dọa vỡ.
- Cắt tử cung toàn phần nếu lớn tuổi, đủ con.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

4.12. U NBN nơi nhau bám (PSTT) và u NBN dạng biểu mô (ETT)

a) Định nghĩa: Xuất phát từ vùng nhau bám, do các NBN trung gian gây nên.

b) Chẩn đoán

- Thường xảy ra sau sinh.
- Rong huyết kéo dài.
- β-hCG thường thấp, 16-400 mIU/mL.
- Giải phẫu bệnh của tử cung sau phẫu thuật cắt tử cung.

c) Điều trị: Phẫu thuật cắt tử cung toàn phần. Nạo hạch (chủ - chậu) nếu có hạch di căn. Thường không nhạy với hóa trị. Hóa trị với phác đồ EP-EMA.

4.13. Phẫu thuật

a) Chỉ định cắt tử cung toàn phần: chủ yếu cho người bệnh không muốn thêm con nữa.

- Tuổi ≥ 40.
- Tuổi < 40 mà có ≥ 3 con, hay không muốn có con.
- Băng huyết.
- Vỡ nhân chorio.
- Cầm máu khó khăn trong phẫu thuật bóc nhân chorio ở tử cung.
- Không đáp ứng hóa trị.

b) Phẫu thuật bảo tồn: cắt khối choriocarcinoma ở tử cung hoặc khối thai trứng xâm lấn cho những người bệnh trẻ (< 40 tuổi), mong có thêm con.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

4.14. Điều trị bằng tia xạ: di căn xa như não, gan và những khối di căn to và sâu trong vùng chậu.

4.15. Theo dõi trong quá trình điều trị

- Các dấu hiệu ra huyết âm đạo, kích thước tử cung, nang hoàng tuyến, nhân di căn âm đạo (nếu có).
- Biểu đồ β-hCG.
- Xét nghiệm huyết đồ, chức năng gan, điện giải: phát hiện nhiễm độc hóa chất.
- Nhiễm độc hóa chất (xem phần thai trứng).

4.16. Tiêu chuẩn xuất viện

- β-hCG/máu < 5 mIU/mL 3 lần liên tiếp.
- Tử cung + 2 phần phụ bình thường.
- Các khối di căn biến mất.

4.17. Các biện pháp tránh thai sử dụng trong thời gian điều trị

- Thuốc viên tránh thai uống dạng phối hợp nếu không có chống chỉ định sử dụng thuốc.
- Bao cao su.

4.18. Theo dõi sau khi xuất viện và vấn đề có thai lại sau điều trị

- Tái khám + theo dõi β-hCG/máu một tháng một lần trong 6 tháng, sau đó 2 tháng một lần trong 6 tháng tiếp theo, và 3 tháng một lần trong vòng 12 tháng, tiếp theo 6 tháng một lần.
- Thời gian theo dõi là 5 năm.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Sau thời gian theo dõi, người bệnh được có thai trở lại, tùy từng trường hợp.
- Yêu cầu người bệnh ít nhất 2 năm sau khi điều trị khỏi u nguyên bào nuôi mới có thai lại.
- Khi có dấu hiệu mang thai, cần đi khám thai ngay, chú ý siêu âm và β-hCG/máu để phòng bệnh tái phát.

4.19. Dặn dò người bệnh khi xuất viện

- Tái khám theo đúng ngày hẹn và nơi tái khám được ghi trong giấy ra viện.
- Tái khám ngay khi có các dấu hiệu sau:

+ Xuất huyết âm đạo bất thường.

+ Đau ngực, khó thở, ho khan dai dẳng hay ho ra máu.

+ Đau bụng nhiều, choáng.

+ Có khối u bất thường ở vùng âm đạo.

+ Có bất thường khác gây lo lắng.

Được quét bằng CamScanner

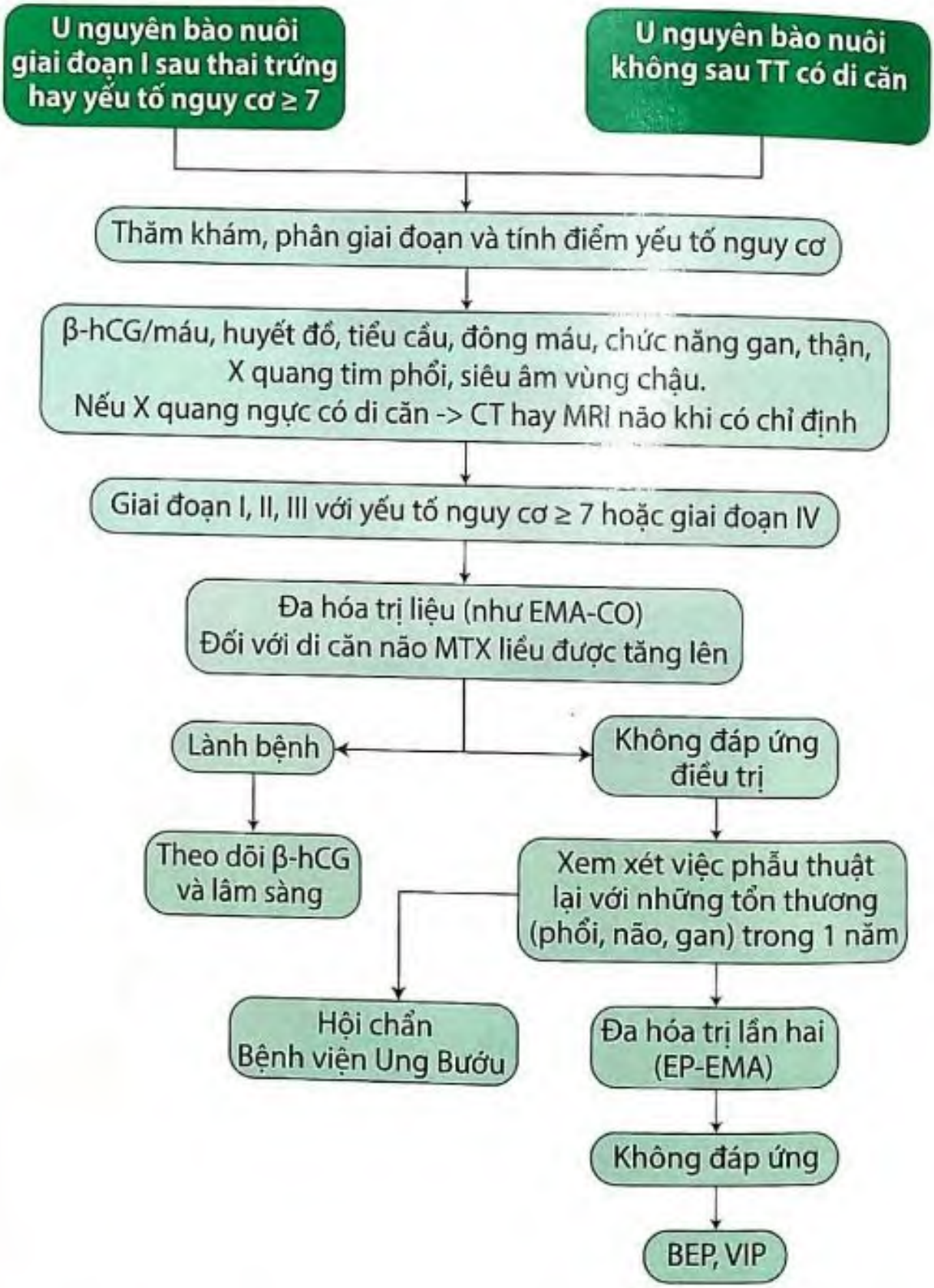
Được quét bằng CamScanner

PHÁC ĐỒ NHỮNG NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ CỦA KHỐI U NGUYÊN BÀO NUÔI

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

PHÁC ĐỒ 3: NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ CỦA U NGUYÊN BÀO NUÔI



Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

PHÁC ĐỒ 4: NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ CỦA U NGUYÊN BÀO NUÔI Ở VỊ TRÍ NHAU BÁM

U nguyên bào nuôi vị trí nhau thai (chẩn đoán bằng giải phẫu bệnh)

- Khu trú ở tử cung
  chỉ cắt tử cung
- Có di căn
  Hóa trị liệu EMA- CO
  hoặc EP, EMA

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

83 UNG THƯ BUỒNG TRỨNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Bướu ác tính có thành phần mô học xuất phát từ buồng trứng.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Phân loại mô học

a) Carcinom biểu mô buồng trứng

- Carcinom tuyến bọc dịch trong.
- Carcinom tuyến bọc dịch nhầy.
- Carcinom dạng nội mạc tử cung.
- U hỗn hợp trung bì (mô liên kết và thượng mô).
- Carcinom tế bào sáng.
- U tế bào chuyển tiếp ác tính (u Brenner).
- Carcinom biểu mô hỗn hợp.
- Carcinom biểu mô không xếp loại.
- Carcinom biểu mô không phân biệt được.
- Carcinom biểu mô giáp biên ác.

b) U mô đệm dây giới bào

- U tế bào hạt.
- U nguyên bào nam (Androblastoma).
- U nguyên bào nam nữ (Gynandroblastoma).
- U tế bào Sertoli và Leydig.
- Sarcom của buồng trứng.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

c) U tế bào mầm

- U nghịch mầm.
- U xoang nội bì.
- Carcinom phôi.
- U đa phôi.
- Carcinom đệm nuôi.
- U quái không trưởng thành.
- U nguyên bào dục (Gonadoblastoma).

d) U lympho

e) Ung thư buồng trứng do di căn.

- Ung thư buồng trứng di căn từ đại tràng, vú, ung thư dạ dày (u Krukenberg).

2.2. Chẩn đoán giai đoạn ung thư buồng trứng (theo FIGO) (trong phẫu thuật 2009)

- Giai đoạn I: ung thư phát triển giới hạn tại buồng trứng.
  + Giai đoạn IA: ung thư chỉ giới hạn ở 1 bên buồng trứng, không có báng bụng, không có chồi sùi trên bề mặt buồng trứng, vỏ buồng trứng còn nguyên.
  + Giai đoạn IB: ung thư phát triển ở 2 buồng trứng, không có báng bụng, không có chồi sùi trên bề mặt buồng trứng, vỏ buồng trứng còn nguyên.
  + Giai đoạn IC: ung thư như IA hoặc IB nhưng có những chồi sùi trên bề mặt của 1 hay 2 buồng trứng, hoặc với vỏ buồng trứng bị vỡ, hoặc với dịch báng bụng có tế bào ác tính, hoặc với mẫu rửa màng bụng dương tính.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Giai đoạn II: ung thư phát triển ở 1 hay 2 buồng trứng lan rộng đến các cơ quan trong tiểu khung.

  + Giai đoạn IIA: lan rộng hoặc/và di căn ra đến tử cung và/hoặc ống dẫn trứng.

  + Giai đoạn IIB: lan rộng ra các mô khác trong tiểu khung.

  + Giai đoạn IIC: ung thư như giai đoạn IIA hoặc IIB, nhưng có chồi sùi trên bề mặt của 1 hay 2 buồng trứng, vỏ buồng trứng bị vỡ hoặc với dịch báng bụng có chứa tế bào ác tính hoặc với mẫu rửa màng bụng dương tính.

- Giai đoạn III: ung thư bao gồm cả 1 hay 2 buồng trứng gieo rắc vào khoang phúc mạc bên ngoài tiểu khung và/hoặc có hạch sau phúc mạc và hạch bẹn. Đặc biệt, di căn bề mặt gan cũng thuộc giai đoạn III. Khối u thực sự giới hạn trong tiểu khung nhưng qua mô học lại xác định được sự lan tràn tế bào ác tính đến ruột non hay mạc nối.

  + Giai đoạn IIIA: ung thư thực sự ở tiểu khung, không có hạch, nhưng bằng xét nghiệm mô học xác định được sự gieo rắc tế bào ung thư trên bề mặt khoang phúc mạc ổ bụng.

  + Giai đoạn IIIB: ung thư ở 1 hay 2 buồng trứng, qua mô học xác định được những gieo rắc tế bào ung thư ở bề mặt khoang phúc mạc ổ bụng, nhưng không vượt quá 2 cm đường kính, không có hạch.

  + Giai đoạn IIIC: có những khối di căn ở ổ bụng >2 cm đường kính và/hoặc có hạch ở khoang phúc mạc sau hay hạch bẹn.

- Giai đoạn IV: ung thư ở 1 hay 2 buồng trứng kèm di căn xa. Nếu có tràn dịch màng phổi thì phải có kết quả XN tế bào học dương tính mới phân vào giai đoạn IV.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

III. CHẨN ĐOÁN CẬN LÂM SÀNG

- Dấu hiệu sinh học bướu: CA125, HE4, β-hCG, AFP... Tùy dạng mô học.
- Chọn lựa các xét nghiệm sinh học bướu theo mô học
  + AFP (Alpha-fetoprotein)
  + hCG (Human Chorionic Gonadotropin)
  + PLAP (Placental Alkaline Phosphatase)
  + LDH (Lactate Dehydrogenase)
  + CA125 (Cancer Antigen 125)
  + AAT (Alpha 1 Anti Trypsine)

Loại bướu	AFP	hCG	LDH	CA125
Ung thư biểu mô	-	-	-	+
Dysgerminoma	-	±	±	±
Bướu xoang nội bì	+	-	±	-
Bướu quái ác	±	-	-	±
Choriocarcinoma	-	+	-	±
Carcinom phôi	+	+	-	±
Bướu hỗn hợp	±	±	-	±

- Bilan tiến triển bướu: X quang ngực, siêu âm, MRI, nội soi (bàng quang, trực tràng và ống tiêu hóa...).
- Xét nghiệm thường quy và xét nghiệm tiền hóa trị (huyết đồ, chức năng gan thận, ion đồ, đường huyết, điện tim và siêu âm tim, chức năng tuyến giáp).
- Xét nghiệm tiền hóa trị, siêu âm và sinh học bướu sẽ lặp lại mỗi đầu chu kỳ hóa trị tiếp theo.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

IV. XỬ TRÍ

Điều trị ung thư biểu mô buồng trứng là điều trị đa mô thức và chăm sóc người bệnh toàn diện, bao gồm: phẫu trị, hóa trị, xạ trị, nội tiết,... Chủ yếu là phẫu trị và hóa trị.

4.1. Phẫu trị

a) Mục đích

Bước đầu tiên điều trị ung thư buồng trứng nhằm 2 mục đích.

- Giảm thiểu tối đa mô bướu không để sót lại hoặc để lại càng ít mô bướu càng tốt tạo điều kiện lý tưởng cho hóa trị.
- Phân giai đoạn.

b) Nguyên tắc trong phẫu thuật ung thư buồng trứng và các khối u buồng trứng nghi ác tính.

- Phẫu thuật mở bụng, dù cho có chỉ định nội soi trước đó.
- Đường rạch da được chọn là đường dọc giữa trên hoặc dưới rốn, có thể kéo dài lên trên rốn.
- Phải che kín thành bụng bằng gạc dầy hoặc băng dán khi phẫu thuật.
- Đầu tiên phải đánh giá khối u và phân giai đoạn theo các trình tự sau:
  + Quan sát ổ bụng, có dịch báng thì lấy thử tế bào. Nếu không có dịch báng thì rửa bằng 50-100 mL dung dịch nước muối sinh lý khoang phúc mạc ở cơ hoành, ở rãnh đại tràng phải và trái, và vùng chậu để tìm tế bào ác tính.
  + Quan sát cẩn thận và sờ nắn toàn bộ bề mặt phúc mạc, kể cả vùng gan và vòm hoành.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Cắt bỏ khối u buồng trứng và tiến hành phẫu thuật phân giai đoạn như trên nếu là khối u buồng trứng nghi ác tính trên người bệnh trẻ tuổi chưa con.

+ Cắt hoàn toàn tử cung, hai phần phụ và toàn bộ khối bướu, mạc nối lớn, nếu đã có giải phẫu bệnh là ung thư buồng trứng từ lần phẫu thuật đầu tiên kết hợp với tuổi, loại mô học, tình trạng sinh sản và giai đoạn bệnh. Nếu nghi ác tính nhiều hoặc có hạch, nạo hạch chọn lọc vùng chậu hay cạnh động mạch chủ.

+ Sinh thiết mọi tổn thương nghi ngờ.

+ Sinh thiết hoặc cắt mạc nối lớn dưới đại tràng hoặc bờ cong lớn dạ dày tùy theo mức độ nghi ác tính ít hay nhiều.

+ Nếu không phát hiện được các tổn thương xâm nhiễm phúc mạc, sinh thiết ngẫu nhiên hoặc sinh thiết phúc mạc lá phúc mạc bàng quang, của túi cùng trước, rãnh đại tràng phải, trái và hai thành chậu.

+ Phẫu thuật có thể kèm thêm cắt ruột thừa nếu đánh giá ruột thừa hoặc 1 đoạn ống tiêu hóa bị xâm nhiễm khi kiểm tra ruột và nghi ngờ bướu có thể gây tắc ruột sau này, nếu cần có thể nạo hoặc sinh thiết hạch chậu/hạch cạnh động mạch chủ.

c) Những lưu ý khi thực hiện phẫu thuật

- Phẫu thuật phải lấy tối đa khối u và những khối di căn (nếu được), (lấy vỏ bướu, chuỗi hạch lympho thành khối, dao mổ phải luôn đi ở mô bình thường ở cả bề mặt lẫn bề sâu, cố gắng cắt bỏ khối u tối ưu (phần còn sót lại phải < 1 cm).
- Phẫu thuật phải được tiến hành gọn, tránh rơi vãi bệnh phẩm vào khoang phúc mạc.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

d) Khi phẫu thuật cần ghi nhận và mô tả trong tường trình phẫu thuật

- Tình trạng dịch ổ bụng, số lượng và màu sắc.
- Tình trạng khối u: kích thước, bề mặt, độ di động, mật độ và vị trí xâm lấn trực tiếp của khối u, khối u có bị vỡ hoặc gieo rắc tế bào trước hoặc trong khi phẫu thuật không.
- Mức độ xâm nhiễm vào các cơ quan khác trong vùng chậu hoặc ổ bụng tầng trên: bàng quang, ruột, dạ dày, bề mặt gan và tình trạng mạc nối lớn.
- Có sự hiện diện của các nốt di căn ở phúc mạc bụng và vùng chậu.
- Tình trạng hạch: hạch vùng chậu, hạch cạnh động mạch chủ, hạch mạc treo ruột.
- Mô tả và ghi lại toàn bộ các bước tiến hành của phẫu thuật phân giai đoạn. Chẩn đoán giai đoạn sau mổ

e) Phẫu thuật nhìn lại

- Những người bệnh được đánh giá đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng là những chọn lựa cho chỉ định phẫu thuật nhìn lại. Thường được tiến hành vào khoảng tháng thứ 9-10 sau điều trị, ở những người bệnh được chẩn đoán từ giai đoạn IC đến IIIC có tình trạng sức khỏe tốt, có thể phẫu thuật nội soi hoặc mở bụng, nhằm:

+ Lấy thêm những bướu còn lại hoặc tái phát mà không phát hiện được trước khi mổ. Phân giai đoạn lại ở những người bệnh đã phân giai đoạn nhưng chưa có phẫu thuật phân giai đoạn tối ưu.

+ Để đánh giá hiệu quả của điều trị trong lâm sàng về giải phẫu bệnh, mức độ thuyên giảm cũng như tiến triển của bướu sau hóa trị, từ đó lựa chọn lại phương pháp điều trị tiếp theo (nếu thấy sự đáp ứng với hóa trị trước đó kém).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Hiện nay với sự tiến bộ của chẩn đoán hình ảnh và các xét nghiệm sinh học bướu, chỉ định phẫu thuật nhìn lại càng ngày càng được hạn chế.

f) Phẫu trị trong ung thư tế bào mầm

- Phẫu thuật lần đầu.
- Ung thư buồng trứng dạng tế bào mầm có thể bảo tồn được tử cung và phần phụ còn lại.
- Tiêu chuẩn điều trị bảo tồn trong xử trí ung thư tế bào mầm buồng trứng.
  + Người bệnh còn trẻ mong muốn bảo tồn nội tiết hoặc chức năng sinh sản.
  + Giai đoạn bệnh được chẩn đoán kỹ lưỡng, không phát hiện hạch vùng bụng, vùng chậu và hạch cạnh động mạch chủ.
  + Bệnh lý ở giai đoạn IA (theo FIGO), hoặc ở những giai đoạn tiến xa trên các dạng mô học bướu tế bào mầm nhạy hóa trị, và có grade mô học thích hợp.
  + Buồng trứng còn lại bình thường.
  + Không có bất thường nhiễm sắc thể (XO, XY).
  + Tuân thủ và có đủ điều kiện hoàn thành kế hoạch và liệu trình điều trị.
  + Có điều kiện theo dõi theo đúng quy trình nhằm phát hiện sớm tái phát.

4.2. Hóa trị

a) Chỉ định

- Giai đoạn sớm, có nguy cơ cao: hóa trị mang tính hỗ trợ sau phẫu thuật tận gốc nhằm giảm thiểu nguy cơ tái phát.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Giai đoạn tiến xa: có nhiều cách phối hợp hóa trị gây đáp ứng với phẫu thuật để tăng thêm thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm không bệnh.

b) *Các phác đồ hóa trị ung thư biểu mô buồng trứng:* Tốt nhất người bệnh đã được chuẩn bị đường truyền tĩnh mạch qua buồng tiêm kín dưới da.

- Carboplatin- Paclitaxel

+ Carboplatin	AUC 6 ngày 1 300 mg/m^2 da
+ Paclitaxel	135-175 mg/m^2 da ngày 1 (truyền tĩnh mạch trong 3 giờ)

- CP

+ Cisplatin	75-100 mg/m^2 da, tĩnh mạch, ngày 1
+ Cyclophosphamid	750 mg/m^2 da, tĩnh mạch, ngày 1

- CEP

+ Cyclophosphamid	600 mg/m^2 da, tĩnh mạch, ngày 1
+ Epirubrin	600 mg/m^2 da, tĩnh mạch, ngày 1
+ Cisplatin	600 mg/m^2 da, tĩnh mạch, ngày 1

- Docetaxel - Carboplatin

+ Docetaxel	75 mg/m^2 da, tĩnh mạch, ngày 1
+ Carboplatin	AUC 5-7, tĩnh mạch, ngày 1 300 mg/m^2 da

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Cisplatin - Ifosfamid

+ Ifosfamid 4000 mg/m^2 da, tĩnh mạch, ngày 1

+ Cisplatin 60 mg/m^2 da, ngày 1

Ghi chú: lặp lại mỗi 4 tuần

- Ifosfamid - Paclitaxel

+ Ifosfamid 1500 mg/m^2 da, ngày 2-5 (truyền trong 1 giờ)

+ Paclitaxel 135-175 mg/m^2 da, ngày 1 (truyền trong 3 giờ)

Ghi chú: lặp lại mỗi 3 tuần

- Gemcitabin: 800-1250 mg/m^2 da, tĩnh mạch, ngày 1, 8, 15

Có thể phối hợp với Paclitaxel và Carboplatin.

- Topotecan: 1,5 mg/m^2 da, tĩnh mạch ngày 1-5 (truyền trong 30 phút)

Ghi chú: lặp lại mỗi 3 tuần

- Liposomal Doxorubicin: 40-50 mg/m^2 da, tĩnh mạch

Ghi chú: lặp lại mỗi 3-4 tuần

Điều trị phối hợp với Liposomal Doxorubicin: tùy phác đồ liều Liposomal Doxorubicin có thể thay đổi từ 25-40 mg/m^2 da/ngày 1.

+ Cyclophosphamide 500-600 mg/m^2 da/ngày 1.

+ Carboplatin AUC 5/ngày 1.

+ Cisplatin 75 mg/m^2 da/ngày 1.

+ Gemcitabin 800-1000 mg/m^2 da/ ngày 1, ngày 8.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Oxaliplatin 70 mg/m^2 da/ngày 2 x 8 chu kỳ.

+ Paclitaxel 70 mg/m^2 da/tuần.

+ Docetaxel 40 mg/m^2 da/tuần.

Phối hợp như Doxorubicin thông thường

+ CAP (Cyclophosphamid, Doxorubicin, Cisplatin).

- Oral Etoposide: 50 mg/m^2, tĩnh mạch, ngày 1-21

Ghi chú: lặp lại mỗi 28 ngày

- Phác đồ VIP

+ Cisplatin 20 mg/m^2 da, tĩnh mạch, ngày 1-5.

+ Etoposide 100 mg/m^2da, ngày 1-5.

+ Ifosfamide 1 g/m^2 da /ngày, ngày 1-2 hay ngày 1-5.

- Docetaxel - Capecitabine.

c) Các phác đồ hóa trị ung thư biểu mô tế bào mầm buồng trứng

- Giai đoạn sớm: hóa trị 3-4 chu kỳ.

- Giai đoạn tiến xa: hóa trị 4-5 chu kỳ.

- Các phác đồ hóa trị: tốt nhất người bệnh đã được chuẩn bị đường truyền tĩnh mạch qua buồng tiêm kín dưới da.

- Phác đồ VAC (chu kỳ 28 ngày)

+ Vincristin 1,5 mg/m^2 (tối đa 2 mg), tĩnh mạch, ngày 1 và 15.

+ Dactinomycin 350 mcg/m^2, tĩnh mạch, ngày 1-5.

+ Cyclophosphamide 150 mg m^2, tĩnh mạch, ngày 1-5.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Phác đồ PVB (chu kỳ 21 ngày).

+ Cisplatin 20 mg/m² da, tĩnh mạch, ngày 1-5.

+ Vinblastine 12 mg/m² da, tĩnh mạch, ngày 1.

+ Bleomycine 20 IU/m² da (tối đa 30 IU), tĩnh mạch, mỗi tuần vào ngày 1.

- Phác đồ BEP (chu kỳ 21 ngày)

+ Cisplatin 20 mg/m² da, tĩnh mạch, ngày 1-5.

+ Etoposide 100 mg/m² da, tĩnh mạch, ngày 1-5.

+ Bleomycine 20 IU/m² da (tối đa 30 IU), tĩnh mạch, mỗi tuần vào ngày 1.

- Phác đồ VIP

+ Cisplatin 20 mg/m² da, tĩnh mạch, ngày 1-5.

+ Etoposide 100 mg/m² da, ngày 1-5.

+ Ifosfamide 1 g/m² da/ngày, ngày 1-2 hay ngày 1-5.

- Phác đồ EP (chu kỳ 21 ngày)

+ Cisplatin 20 mg/m² da, tĩnh mạch, ngày 1-5.

+ Etoposide 100 mg/m² da, tĩnh mạch, ngày 1-5.

- Phác đồ POMB-ACE

+ Ngày 1: Vincristine 1 mg/m² da, tiêm tĩnh mạch.
Methotrexate 300 mg/m², truyền tĩnh mạch trong 12 giờ.

+ Ngày 2: Bleomycin 15 mg, truyền trong 24 giờ,
Folinic acid 15 mg mỗi 12 giờ x 4 liều (dùng sau liều MTX 24 giờ).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Ngày 3: Bleomycin 15 mg, truyền tĩnh mạch trong 24 giờ,

+ Ngày 4: Cisplatin 120 mg/m^2 da, truyền tĩnh mạch trong 12 giờ

Bổ sung thêm dịch truyền và 3 g Magnesium sulfate.

- Phác đồ ACE

+ Ngày 1-5: Etoposide 100 mg/m^2 da, truyền tĩnh mạch.

+ Ngày 3-5: Actinomycin D 0,5 mg, tiêm tĩnh mạch.

+ Ngày 5: Cyclophosphamide 500 mg/m^2 da, truyền tĩnh mạch.

V. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ THEO GIAI ĐOẠN VÀ GRADE MÔ HỌC UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG

5.1. Điều trị bướu giáp biên ác buồng trứng

- Người bệnh u giáp biên đã phẫu thuật chưa phân giai đoạn ở lần đầu:

+ Phẫu thuật phân giai đoạn lại nếu:

• Nghi ngờ bệnh còn tồn tại.

• Nếu người bệnh không muốn thêm con.

+ Theo dõi nếu không nghĩ đến còn bệnh tồn tại và muốn có thêm con.

- Sau khi mổ phân giai đoạn việc điều trị tùy thuộc có hay không di căn xâm lấn. Nếu có di căn xâm lấn việc điều trị giống như ung thư biểu mô buồng trứng.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

5.2. Ung thư buồng trứng giai đoạn sớm: Giai đoạn IA đến IIA

Phác đồ chuẩn

a) Phẫu trị

- Mở bụng đường giữa.
- Cắt hoàn toàn tử cung và 2 phần phụ (người bệnh mãn kinh và phụ nữ không muốn có con).
- Đánh giá giai đoạn:
  + Thử dịch ổ bụng tìm tế bào lạ.
  + Sinh thiết phúc mạc ở nhiều vị trí khác nhau, phúc mạc vòm hoành.
  + Cắt mạc nối đến sát đại tràng ngang.
  + Nạo hạch chậu 2 bên và hạch cạnh động mạch chủ.
  + Cắt ruột thừa nhất là các dạng u nhầy.
  + Nếu nghi ngờ có di căn thành bụng ở lỗ trocar trong lần mổ thám sát lần đầu, nên cắt rộng các vùng di căn tại lỗ trocar.
  + Nếu trong lần mổ đầu không thực hiện nạo hạch chậu và hạch động mạch chủ hai bên thì có thể thực hiện lại ở giai đoạn trên IC, trừ trường hợp u nhầy giai đoạn I (tùy theo tổng trạng người bệnh).

Được quét bằng CamScanner
Được quét bằng CamScanner

+ Nên tìm các u đường tiêu hóa trong trường hợp u nhầy hai bên.

b) Các lựa chọn bổ sung

- Phẫu thuật bảo tồn đối với những người bệnh muốn có con, giai đoạn IA, grade I, ung thư không phải là tế bào sáng và người bệnh chấp nhận theo dõi đều đặn:

+ Cắt phần phụ 1 bên và thám sát phần phụ đối bên, sinh thiết buồng trứng còn lại trong trường hợp có bất thường trên đại thể.

+ Bảo tồn tử cung, buồng tử cung phải được kiểm tra bằng sinh thiết nội mạc tử cung.

+ Theo dõi dựa trên cơ sở khám lâm sàng, dấu hiệu sinh học bướu và chẩn đoán hình ảnh một cách hệ thống đều đặn (siêu âm bụng và MRI).

+ Cắt tử cung và phần phụ đối bên sau khi có con hay sau 40 tuổi mà chưa có con (đã tư vấn người bệnh).

- Trong trường hợp giai đoạn IA grade 2, không phải tế bào sáng, điều trị bảo tồn cần cân nhắc kỹ thêm các yếu tố khác.

c) Sau phẫu trị nếu đánh giá giai đoạn đầy đủ thì bổ túc điều trị

- Điều trị chuẩn

+ Giai đoạn IA hay IB không phải là tế bào sáng: Không điều trị bổ túc với điều kiện là phải xác định grade mô học.

+ Giai đoạn IA hay IB G2: không có điều trị chuẩn, nên chọn lựa thêm các yếu tố khác để quyết định (lâm sàng, diễn biến lâm sàng, kích thước bướu và sinh học bướu).

+ Giai đoạn IA hay IB G3, tế bào sáng hay > IC: hóa trị bằng các phác đồ có Platine trong 3 chu kỳ.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Những lựa chọn bổ sung

+ Giai đoạn IA hay IB không phải là tế bào sáng: xử trí như trên.

+ Giai đoạn IA hay IB G2: theo dõi hay hóa trị liệu trong 3 chu kỳ có thể được đề nghị.

+ Giai đoạn IA hay IB G2 hay G3, tế bào sáng hay > IC: hóa trị thêm 3 chu kỳ (tổng cộng 6 chu kỳ).

d) Sau phẫu trị nếu đánh giá giai đoạn không đầy đủ thì bổ túc điều trị

- Điều trị chuẩn

+ Giai đoạn IA hay IB G2: phẫu thuật đánh giá lại giai đoạn được làm một cách hệ thống.

+ Giai đoạn IA hay IB G3, tế bào sáng hay > IC: phẫu thuật đánh giá lại giai đoạn được làm một cách hệ thống sau đó hóa trị với Platine trong 3 chu kỳ nếu không có thay đổi giai đoạn sau mổ.

+ Trong trường hợp không thể mổ lại nên hoá trị Platine ít nhất 3 chu kỳ.

- Những lựa chọn bổ sung

+ Giai đoạn IA hay IB G2: xử trí như trên.

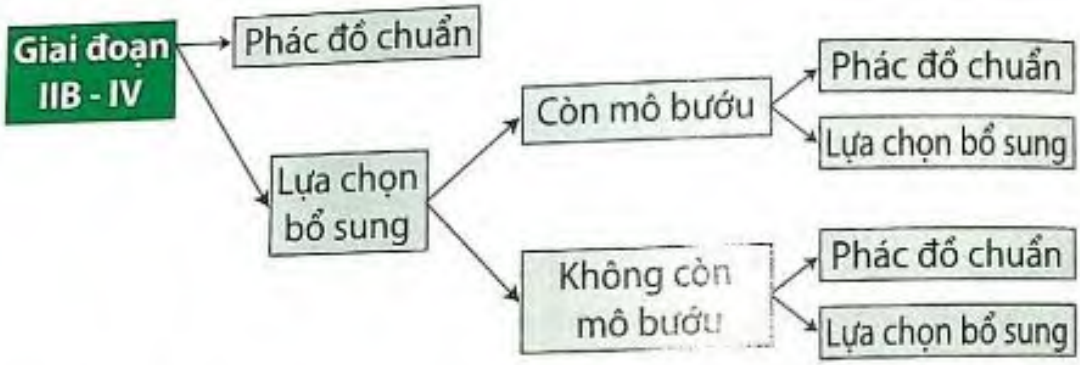
+ Giai đoạn IA hay IB G3, tế bào sáng hay > IC: hóa trị thêm 3 chu kỳ (tổng cộng 6 chu kỳ điều trị).

+ Giai đoạn IA hay IB G2 hay G3, tế bào sáng hay > IC: người bệnh có thể được xử trí tùy trường hợp cụ thể.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

5.3. Ung thư buồng trứng giai đoạn tiến xa: Giai đoạn IIB đến IV



Phác đồ chuẩn

a) Phẫu trị

- Khi còn có thể, cố gắng phẫu thuật lần đầu để có thể loại bỏ tối đa thể tích bướu.
- Giảm thể tích bướu tối đa và đánh giá giai đoạn đầy đủ là điều cần thiết ở người bệnh không có khó khăn trong phẫu thuật (giai đoạn II, IIIA và vài trường hợp IIIB).
- Phẫu thuật không triệt để, cố gắng không để lại mô ung thư trên 1 cm.
- Mổ đường giữa.
- Cắt phần phụ hai bên kèm cắt hoàn toàn dây chằng thắt lưng buồng trứng.
- Cắt hoàn toàn tử cung kèm đóng mỏm cắt âm đạo.
- Cắt hoàn toàn mạc nối đến sát bờ cong lớn dạ dày.
- Cắt ruột thừa.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Các phẫu thuật triệt để có thể bao gồm:

+ Cắt nguyên khối ống sinh dục và trực tràng - đại tràng sigma.

+ Cắt đường tiêu hóa có thâm nhiễm.

+ Cắt phúc mạc thành ± cơ hoành.

+ Cắt lách.

Nếu tổng trạng người bệnh cho phép và cân nhắc lợi ích quan trọng đối với thời gian sống còn, thời gian sống thêm không bệnh, phẫu thuật cho phép làm giảm khối ung thư di căn phúc mạc hoàn toàn; nạo hạch chậu 2 bên và hạch cạnh động mạch chủ.

Cần tìm các u đường tiêu hóa trong trường hợp u nhầy hai bên.

b) Sau phẫu thuật, còn sót mô ung thư trên đại thể thì điều trị bổ túc

- Điều trị chuẩn

+ Giai đoạn từ IIB đến IV: người bệnh phải được điều trị 6 đợt hóa trị kết hợp Platine và Paclitaxel.

+ Xạ trị và hóa trị trong phúc mạc chưa được khuyến cáo.

- Những chọn lựa thêm

+ Giai đoạn từ IIB đến IV: hóa trị kết hợp Carboplatin và Paclitaxel có thể kéo dài thêm 3 chu kỳ.

+ Sự kết hợp giữa Carboplatine và Docetaxel được khuyến cáo ở những người bệnh nguy cơ bệnh thận khi đó có chống chỉ định cho Paclitaxel (bệnh tim, bệnh thần kinh...).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Đơn hóa trị bằng Carboplatine có thể được điều trị ngay từ đầu trong những trường hợp người bệnh có bệnh lý nội khoa nặng hoặc chống chỉ định với đa hóa trị.

+ Nếu phẫu thuật ban đầu không cho phép làm giảm tối đa thể tích bướu, hóa trị 2 hay 3 chu kỳ trước phẫu thuật lần 2 nhằm tạo thuận lợi cho phẫu thuật lần 2 được tối ưu.

+ Phẫu thuật lần 2 sau 6 chu kỳ được chọn lựa nếu thể tích bướu giảm không khả quan cho phẫu thuật lần 2.

c) Sau phẫu thuật, không sót mô ung thư trên đại thể thì cần điều trị bổ túc

- Điều trị chuẩn

+ Giai đoạn từ IIB, IIC: người bệnh được hóa trị 6 chu kỳ với Platine.

+ Giai đoạn từ III, IV: người bệnh được hóa trị phối hợp Carboplatine và Paclitaxel tối thiểu 6 chu kỳ điều trị.

- Những lựa chọn thêm

+ Giai đoạn từ IIB, IIC: NB có thể được đưa vào phác đồ tiếp theo sau điều trị.

+ Giai đoạn từ III, IV: hóa trị trong phúc mạc với Platine. Đường dùng tĩnh mạch được khuyến cáo nếu như thiếu đội ngũ có kinh nghiệm.

+ Khi tình trạng người bệnh không cho phép dùng hóa trị đường tĩnh mạch phác đồ Carboplatine phối hợp Paclitaxel, nên dùng phác đồ đơn hoá trị với Carboplatine.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

5.4. Xử trí sau điều trị dành cho giai đoạn IIB-IV

- Điều trị giảm nhẹ
  + Điều trị giảm đau: với thuốc giảm đau và thuốc opioid
  + Điều trị ngoại khoa: mở niệu quản, mở đại tràng ra da.
  + Điều trị bụng báng: điều chỉnh rối loạn nước điện giải, chọc tháo dịch giải áp nếu có khó thở, hóa trị trong xoang phúc mạc hoặc hóa trị qua đường truyền tĩnh mạch.
- Điều trị nội tiết: (đang được sử dụng tại 1 số trung tâm điều trị)
  + Progestins/Antiprogestins:
    - Medroxyprogesterone acetate trong ung thư dạng LNMTC của buồng trứng.
    - RU 486.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Liệu pháp Estrogen/Estrogen-Progestin phối hợp

- Diethylstillbestrol (DES).
- Tamoxifen.
- Đồng vận GnRH.
- Ức chế men thơm hóa aromatase.
- Liệu pháp Androgen/Anti-androgen.

VI. XỬ TRÍ BƯỚU TẾ BÀO MẦM BUỒNG TRỨNG, BƯỚU TRUNG MÔ VÀ U MÔ ĐỆM DÂY GIỚI BÀO

6.1. U nghịch mầm

- Dấu hiệu sinh học AFP và hCG giúp phân biệt bướu nghịch mầm thật sự và những bướu tế bào mầm hỗn hợp.
- Điều trị bảo tồn chức năng sinh sản đối với những phụ nữ trẻ còn muốn sinh con.
- Phẫu thuật

Điều trị bảo tồn đối với người bệnh trẻ muốn sinh con ngay cả khi bệnh ở giai đoạn tiến xa và đánh giá giai đoạn. Phụ nữ lớn tuổi không mong thêm con thì cắt tử cung toàn bộ 2 phần phụ. Thám sát và sinh thiết sang thương bề mặt phúc mạc. Nạo hạch chậu hoặc thám sát hạch chậu hoặc hạch cạnh động mạch chủ, có thể thám sát qua sờ nắn hoặc lấy đi mô hạch kèm đặt clip để xạ trị bổ túc.

- Hóa trị: phác đồ BEP, VIP, VBP, VAC, EP.

6.2. U quái ác tính

- Bảo tồn đối với phụ nữ trẻ còn muốn sinh con.
- Phẫu thuật cắt phần phụ bên bướu, lấy đi toàn bộ các sang thương nghi ngờ nếu có hoặc sinh thiết bề mặt phúc mạc bụng chậu.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Người bệnh giai đoạn IA, grade 2, grade 3 phải hóa trị. Không hóa trị giai đoạn IA, grade 1. Người bệnh có báng bụng và vỡ bướu phải hóa trị với mọi grade mô học.
- Phác đồ hóa trị: phác đồ BEP, VIP, VAC. Bướu quái ác với thành phần gai điều trị cũng với phác đồ BEP.

6.3. Bướu xoang nội bì

- Phẫu thuật
  + Điều trị bướu xoang nội bì bao gồm mổ thám sát, cắt phần phụ một bên - cắt lạnh để chẩn đoán.
  + Lấy toàn bộ các mô di căn trong ổ bụng và chậu có thể lấy được.
  + Đánh giá giai đoạn lúc phẫu thuật không cần thiết vì tất cả người bệnh đều được hóa trị.
  + Cắt tử cung toàn bộ và phần phụ đối bên cũng không làm thay đổi kết quả.
- Hóa trị
  + Bướu xoang nội bì được hóa trị ở tất cả các người bệnh, với mọi giai đoạn bệnh. Phẫu thuật bảo tồn và hóa trị hỗ trợ giống như đối với các bướu tế bào mầm buồng trứng khác. Phác đồ điều trị bước 1: phác đồ BEP. Có thể củng cố VAC, phác đồ điều trị bước 2: POMB-ACE.
- Phẫu thuật nhìn lại không có vai trò rõ ràng.

6.4. Carcinôm phôi

Điều trị giống bướu xoang nội bì, cắt phần phụ một bên nếu bảo tồn, sau đó hóa trị với BEP.

6.5. Carcinôm đệm nuôi

- Phẫu thuật: cắt hoàn toàn tử cung và 2 phần phụ.
- Hóa trị với các phác đồ; EMA-CO; POMB; ACE; BEP.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

6.6. U tế bào mầm hỗn hợp

Hóa trị là phác đồ BEP hoặc VBP. Những người bệnh giai đoạn tiến xa nên làm (second look) để xác định đáp ứng điều trị.

6.7. Bướu trung mô và mô đệm dây giới bào (bướu tế bào hạt và bướu sertoli leydig - androblastom)

a) Lâm sàng: Chẩn đoán giai đoạn và xếp hạng như bướu biểu mô buồng trứng.

b) Cận lâm sàng: Dấu sinh học bướu

- Oestradiol (BN mãn kinh và không có điều trị nội tiết thay thế).
- Inhibine A và Inhibine B.

c) Phẫu trị: phẫu thuật bảo tồn trên người phụ nữ trẻ, chưa con, nếu người bệnh không được phẫu thuật phân giai đoạn đầy đủ phải mổ phân giai đoạn lại.

d) Sinh thiết buồng tử cung và nội soi buồng tử cung chẩn đoán: đối với những bệnh nhân bảo tồn tử cung hoặc bảo tồn tử cung và phần phụ còn lại.

e) Hóa trị: các phác đồ có phối hợp với Platine hoặc phác đồ BEP hoặc PVB.

f) Sarcom buồng trứng: điều trị giống bướu biểu mô buồng trứng.

VII. THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT VÀ HÓA TRỊ

- Điều trị các tác dụng phụ của hóa trị (độc tính phân từ grade 0 - grade 4).
- Đánh giá đáp ứng (dùng cho hệ bướu đặc của WHO): 4 loại đáp ứng

+ Đáp ứng hoàn toàn.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Đáp ứng một phần.

+ Bệnh không thay đổi.

+ Bệnh tiến triển.

- Hóa trị sớm sau phẫu trị

VIII. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN

- Hoàn thành đầy đủ kế hoạch và liệu trình điều trị.
- Đánh giá đáp ứng điều trị hoàn toàn qua lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và dấu hiệu sinh học bướu.
- Kiểm tra và hoàn tất điều trị các độc tính và tác dụng phụ sớm và muộn của hóa trị (tùy từng phác đồ hóa trị).

IX. TÁI KHÁM VÀ THEO DÕI SAU XUẤT VIỆN

- Trong hai năm đầu: đánh giá tình trạng mỗi 1 đến 3 tháng một lần tùy từng trường hợp, hầu hết ung thư buồng trứng tái phát trong hai năm đầu.
- Từ năm thứ ba đến năm thứ năm: khám - đánh giá mỗi sáu tháng, sau 5 năm thì khám 1 năm một lần.
- Khám theo dõi người bệnh ung thư buồng trứng sau điều trị gồm: khám phụ khoa, tầm soát hạch, làm phết tế bào mõm cắt ở bệnh nhân đã cắt hoàn toàn tử cung và hai phần phụ nếu có nghi ngờ di căn mỏm cắt, theo dõi các dấu sinh học bướu chẩn đoán hình ảnh. Nếu về lâm sàng, dấu sinh học bướu hoặc chẩn đoán hình ảnh nghi ngờ tái phát thì nhập viện, để được theo dõi, đánh giá lại và điều trị tiếp tục.
- Khi người bệnh tử vong hoặc tái phát cần ghi nhận:

+ Thời gian sống còn toàn bộ.

+ Thời gian sống thêm không bệnh.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

X. BẢNG CHỈ SỐ HOẠT ĐỘNG CƠ THỂ VÀ ĐỘC TÍNH HÓA TRỊ

10.1. Bảng chỉ số hoạt động cơ thể (Theo WHO, ECOG và KARNOFSKY)

Theo Karnofsky	Chỉ số	Theo WHO, ECOG	Mức
Hoạt động bình thường, không triệu chứng, không dấu hiệu bệnh.	100	Hoạt động hình thường, không triệu chứng	0
Có ít dấu hiệu hoặc triệu chứng bệnh có thể hoạt động bình thường.	90	Có triệu chứng, giảm sút ít hoạt động cơ thể, tự mình đảm đương duy trì sinh hoạt hàng ngày.	1
Có dấu hiệu hoặc triệu chứng bệnh cản trở gắng sức, giảm sút hoạt động bình thường.	80		
Không thể hoạt động bình thường hay chủ động, tự chăm sóc được cho mình	70	Không thể làm việc, tự mình đảm bảo phần lớn sinh hoạt hàng ngày, cần trợ giúp không thường xuyên, thời gian nằm nghỉ ban ngày ít hơn 50%.	2
Cần trợ giúp không thường xuyên nhưng có thể tự thực hiện phần lớn các nhu cầu cá nhân	60		
Cần trợ giúp chăm sóc và y tế thường xuyên	50	Không tự chăm sóc được, cần trợ giúp thường xuyên hoặc phải nằm bệnh viện, bệnh tiến triển nhanh, thời gian nằm nghỉ ban ngày trên 50%	3
Không hoạt động được, cần trợ giúp chăm sóc đặc biệt	40		

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Theo Karnofsky	Chỉ số	Theo WHO, ECOG	Mức
Mất sức nặng, cần nằm viện và săn sóc đặc biệt	30	Nằm tại chỗ, cần săn sóc tăng cường đặc biệt	4
Rất yếu, đòi hỏi nằm viện và săn sóc tăng cường đặc biệt	20		
Hấp hối	10		
Tử vong	0	Tử vong	5

- Các kiểu hóa trị

+ Hóa trị gây đáp ứng cho các ung thư giai đoạn tiến xa.

+ Hóa trị hỗ trợ sau điều trị tại chỗ tại vùng cho các ung thư giai đoạn sớm.

+ Hóa trị tân hỗ trợ hóa trị trước khi điều trị tại chỗ tại vùng cho các ung thư giai đoạn sớm.

+ Hóa trị tại chỗ: nhằm làm tăng nồng độ thuốc có hiệu quả tại tổn thương bằng nhiều kỹ thuật như: bơm thuốc vào các xoang hốc cơ thể, bơm thuốc vào động mạch...

- Đánh giá đáp ứng

+ Đáp ứng hoàn toàn (Complete reponse)

Không còn biểu hiện của bệnh trong vòng 6 tuần. Thêm vào, tế bào dịch rửa ổ bụng âm tính một cách hằng định. Một người bệnh có đáp ứng hoàn toàn về mặt bệnh học khi không có bằng chứng nào về mô học và tế bào học được tìm thấy lúc mổ bụng thám sát.

+ Đáp ứng một phần (Partial reponse)

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Giảm một phần ≥ 50% đường kính của bướu, không có tăng kích thước của bất kỳ sang thương nào hoặc xuất hiện thêm bất kỳ sang thương nào.

+ Bệnh không thay đổi (Stable disease)

Tình trạng bệnh không thay đổi hoặc giảm bệnh thấp hơn đáp ứng một phần. Không xuất hiện thêm sang thương mới. Triệu chứng lâm sàng không xấu hơn.

+ Bệnh tiến triển (Progression)

Tăng kích thước bướu ít nhất là 25%, xuất hiện sang thương mới.

+ Tái phát (Relapse)

Xuất hiện sang thương mới hoặc tái xuất hiện sang thương cũ ở những người bệnh đã có đáp ứng hoàn toàn. Đối với người bệnh đáp ứng một phần, tái phát được xác định khi tăng kích thước bướu ≥ 50%.

10.2. Độc tính hóa trị (đánh giá theo WHO)

Độc tính	Grad 0	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4
Tim					
Chức năng	Không	Bất thường nhưng không có triệu chứng	Triệu chứng thoáng qua, không cần điều trị	Có triệu chứng, đáp ứng điều trị	Có triệu chứng, không đáp ứng điều trị
Viêm màng ngoài tim	Không	Tràn dịch nhẹ, không triệu chứng	Có triệu chứng, không cần điều trị	Chèn ép tim cần chọc dò màng tim giải áp	Chèn ép tim cần can thiệp phẫu thuật
Nhịp tim	Không	Nhanh nhịp xoang > 110 lần/phút	Ngoại tâm thu thất một ổ, loạn nhịp nhĩ	Ngoại tâm thu thất nhiều ổ	Nhịp nhanh thất

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Độc tính	Grad 0	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4
Da	Không	Đỏ da	Khô tróc da, bóng nước, ngứa	Bong tróc da, loét	Viêm da xuất tiết, hoại tử da cần phẫu thuật
Dị ứng	Không	Phù	Co thắt nhẹ phế quản không cần điều trị	Co thắt phế quản cần điều trị	Sốc phản vệ
Sốt do phản ứng thuốc	Không	Sốt < 38°C	Sốt 38 - 40°C	Sốt >40°C	Sốt kèm hạ huyết áp
Ống tiêu hóa					
Buồn nôn/nôn	Không	Buồn nôn	Nôn thoáng qua	Nôn cần điều trị	Nôn không đáp ứng với điều trị
Tiêu chảy	Không	Thoáng qua < 2 ngày	> 2 ngày nhưng chịu được	Tiêu chảy nhiều không chịu được, phải điều trị	Tiêu chảy gây mất nước
Miệng	Không	Đau, đỏ miệng	Đỏ, loét miệng nhưng có thể ăn đặc	Loét miệng phải ăn lỏng	Không ăn qua đường miệng được
Bilirubin	≤ 1,25 bt	1,26-2,5 bt	2,6-5,0 bt	5,1-10,0 bt	> 10 bt
Alkaline phosphatase	≤ 1,25 bt	1,26-2,5 bt	2,6-5,0 bt	5,1-10,0 bt	> 10 bt
SGOT/SGPT	≤ 1,25 bt	1,26-2,5 bt	2,6-5,0 bt	5,1-10,0 bt	> 10 bt
Huyết học					
Hemoglobin (g/100 mL)	≥ 11,0	9,5-10,9	8,0-9,4	6,5-7,9	< 6,5
Bạch cầu ($x10^3/mm^3$)	≥ 4,0	3,0-3,9	2,0-2,9	1,0-1,9	< 1,0

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Độc tính	Grad 0	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4
Bạch cầu hạt ($x10^3/mm^3$)	≥ 2,0	1,5-1,9	1,0-1,4	0,5-0,9	< 0,5
Tiểu cầu ($x10^4/mm^3$)	≥ 10,0	7,5-9,9	5,0-7,4	2,5-4,9	< 2,5
Xuất huyết	Không	Ban xuất huyết	Xuất huyết nhẹ	Xuất huyết vừa	Xuất huyết nặng gây mất sức
Thần kinh					
Ý thức	Tỉnh táo	Lừ đừ thoáng qua	Buồn ngủ < 50% thời gian thức	Buồn ngủ > 50% thời gian thức	Hôn mê
Táo bón	Không	Nhẹ	Vừa	Trướng bụng	Trướng bụng/nôn
Viêm thần kinh ngoại vi	Không	Dị cảm/ giảm phản xạ gân sâu	Dị cảm nặng/ yếu nhẹ	Dị cảm không chịu được/ mất vận động đáng kể	Liệt
Đau	Không	Ít	Vừa	Nhiều	Không chịu đựng được
Phổi	Không	Triệu chứng nhẹ	Khó thở khi gắng sức	Khó thở khi nghỉ	Phải nằm nghỉ liên tục
Tiết niệu					
Ure/máu	< 1,25 bt	1,26-2,5 bt	2,6-5,0 bt	5,1-10,0 bt	> 10 bt
Creatinine/ máu	< 1,25 bt	1,26-2,5 bt	2,6-5,0 bt	5,1-10,0 bt	> 10 bt
Tiểu máu	Không	Vi thể	Đại thể	Có máu đông	Tắc nghẽn đường tiểu
Tiểu đạm	Không	< 0,3 g/dL (1+)	0,3-1 g/dL (2-3+)	1 g/dL (4+)	Hội chứng thận hư

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

XI. XỬ TRÍ TÁC DỤNG PHỤ CHÍNH CỦA THUỐC CHỐNG UNG THƯ

11.1. Huyết học

- Xuất huyết
  + Truyền máu
  + Truyền tiểu cầu
  + Sử dụng các yếu tố tăng trưởng hệ tạo máu: Erythropoietin.
- Sử dụng yếu tố kích thích dòng bạch cầu hạt G-CSF (Dilgrastim 5 mcg/kg/ngày), yếu tố kích thích dòng bạch cầu hạt và đại thực bào GM-CSF (Sargramostin 250 mcg/m^2/ngày), Filgrastim 5 mcg/m^2/ngày TDD hay truyền TM 7 đến 10 ngày.
- Ngăn ngừa và điều trị giảm tiểu cầu (thrombopoietin) và các steroid.
- Nhiễm trùng: Kháng sinh phổ rộng, phối hợp các kháng sinh kèm kháng nấm.

11.2. Tiêu hóa

a) Chống nôn

- Sử dụng các Steroid.
- Sử dụng 5-HT 3 (Ondansetron 6 mg/m^2 da, Granisetron 0,4 mg/m^2 da uống hoặc tiêm tĩnh mạch)
- Metoclopramide tiêm bắp hoặc tĩnh mạch.
- Các loại an thần.

b) Tiêu chảy

- Kháng sinh nếu có bội nhiễm.
- Bù nước và điện giải.
- Băng niêm mạc.
- Kháng acid.

c) Viêm gan do thuốc

- Giải độc gan (Biphenyl dimethyldicarboxylate).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

84 UNG THƯ NỘI MẠC TỬ CUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Ung thư nội mạc tử cung (UTNMTC) là ung thư xuất phát từ nội mạc tử cung (NMTC).
- Đứng thứ sáu trong các loại ung thư ở nữ giới, thứ hai trong ung thư phụ khoa.
- Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính yếu. Tỷ lệ điều trị khỏi và sống còn rất cao sau phẫu thuật.

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Yếu tố nội tiết: cường estrogen kéo dài, rối loạn phóng noãn, hội chứng buồng trứng đa nang, dậy thì sớm, mãn kinh muộn.
- Sử dụng Tamoxifen.
- Yếu tố di truyền: gia đình có người bị UTNMTC, ung thư vú, ung thư đại tràng (hội chứng Lynch).
- Yếu tố thể trạng: béo phì, tăng huyết áp, đái tháo đường.
- Chế độ ăn: nhiều mỡ động vật và nhiều năng lượng toàn phần.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

a) Triệu chứng cơ năng

- Phụ nữ mãn kinh: xuất huyết âm đạo bất thường khoảng 80-90% trường hợp.
- Phụ nữ còn kinh: rối loạn kinh nguyệt, rong kinh, rong huyết.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Giai đoạn muộn: đau do xâm lấn, chèn ép, tiểu máu, tiêu ra máu, báng bụng…

b) Triệu chứng thực thể

- Khám âm đạo bằng tay và mỏ vịt: ghi nhận kích thước, mật độ, độ xâm lấn, di động, dính…
- Giai đoạn sớm thường triệu chứng ít thay đổi kích thước và mật độ. Giai đoạn muộn tử cung xâm lấn, dính, kém di động, xâm lấn chu cung, âm đạo, trực tràng…

3.2. Cận lâm sàng

a) Siêu âm

- Siêu âm ngả âm đạo: đánh giá độ dày và cấu trúc của NMTC, đánh giá mức độ xâm lấn vào cơ tử cung, loại trừ các bệnh lý khác ở vùng chậu.
- Siêu âm bụng tổng quát: ghi nhận sự lan tràn và di căn của bệnh.

b) Nạo sinh thiết từng phần: lấy bệnh phẩm gửi giải phẫu bệnh

c) Soi buồng tử cung: đánh giá sự lan rộng trên NMTC và sinh thiết đúng vị trí.

d) Chụp cắt lớp vi tính (CT Scan), chụp cộng hưởng từ ổ bụng (MRI) và PET CT: đánh giá mức độ xâm lấn, độ lan rộng của u, tình trạng di căn hạch.

e) Các xét nghiệm khác

- Chụp X quang phổi: tìm di căn phổi.
- CA125: tăng khoảng 50-60% trường hợp.
- β-hCG: loại trừ thai trong buồng tử cung.
- Xạ hình xương: khi nghi ngờ di căn xương.
- Chụp UIV, soi bàng quang, trực tràng: khi nghi ngờ xâm lấn các cơ quan này.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3.3. Giải phẫu bệnh

a) Xác định loại mô học

- Carcinoma dạng NMTC.
- Carcinoma TB sáng, carcinoma tuyến thanh dịch, carcinosarcoma.
- Ít gặp: Carcinoma tuyến nhầy, TB gai, TB nhỏ, TB chuyển tiếp, TB thần kinh nội tiết, ...

b) Xác định grad mô học, độ biệt hóa, xâm lấn mạch máu.

IV. PHÂN LOẠI GIAI ĐOẠN THEO FIGO 2

- Giai đoạn I: bướu khu trú ở thân TC
  + IA: bướu khu trú ở nội mạc tử cung hay xâm lấn < 1/2 bề dày cơ tử cung.
  + IB: bướu xâm lấn ≥ 1/2 bề dày cơ tử cung.
- Giai đoạn II: bướu lan tới mô đệm cổ tử cung*.
- Giai đoạn III: bướu lan rộng tại chỗ và/hoặc tại vùng.
  + IIIA: bướu xâm lấn thanh mạc hoặc các phần phụ.
  + IIIB: bướu xâm lấn âm đạo và/hoặc chu cung.
  + IIIC: di căn hạch chậu hay hạch cạnh động mạch chủ bụng.
    - IIIC1: di căn hạch chậu.
    - IIIC2: di căn hạch cạnh động mạch chủ bụng.
- Giai đoạn IV: bướu xâm lấn vùng chậu hoặc có di căn xa.
  + IVA: bướu xâm lấn niêm mạc bàng quang hay trực tràng.
  + IVB: di căn xa (hạch bẹn, phổi, gan, xương, phúc mạc ổ bụng...).

(*): Bướu lan tới tuyến kênh cổ tử cung chưa xâm lấn mô đệm vẫn là giai đoạn I.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

V. ĐIỀU TRỊ

5.1. Phẫu thuật đánh giá giai đoạn

- Thực hiện qua mổ bụng hở, qua phẫu thuật nội soi.
- Cắt tử cung + 2 phần phụ: điều trị chính trong UTNMTC khu trú ở tử cung.
- Quan sát đánh giá bề mặt phúc mạc, thanh mạc, vòm hoành, sinh thiết những tổn thương nghi ngờ.
- Làm tế bào học ổ bụng (theo FIGO, AJCC).
- Cắt mạc nối lớn: u dạng thanh dịch, tế bào sáng hay carcinosarcoma.
- Lấy những hạch nghi ngờ, hạch lớn ở vùng chậu hay hạch cạnh mạch máu chủ bụng để loại trừ di căn hạch.
- Nạo hạch chậu khi:

  + Bướu xâm lấn > 1/2 lớp cơ.

  + Kích thước bướu > 2 cm.

  + Grad 3.

  + Mô học: tế bào sáng, thanh dịch, carcinosarcoma.
- Nạo hạch cạnh mạch máu chủ bụng từ vùng dưới thận, dưới mạc treo khi:

  + Tổn thương xâm lấn sâu.

  + Grad mô học cao.

  + Carcinoma thanh dịch, tế bào sáng hay carcinosarcoma.

  + Hạch chậu bị di căn.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

5.2. UTNMTC giai đoạn I (dạng NMTC)

- Phẫu thuật cắt tử cung + 2 phần phụ, phẫu thuật đánh giá giai đoạn, điều trị hỗ trợ tùy giai đoạn (xem mục 5).
- Không thể phẫu thuật (do có bệnh lý nội khoa, người bệnh từ chối phẫu thuật...): xạ trị hoặc xem xét điều trị nội tiết chọn lọc.

5.3. UTNMTC giai đoạn II (dạng NMTC)

- Phẫu thuật cắt tử cung tận gốc + 2 phần phụ (cắt rộng tử cung + 2 phần phụ + nạo hạch chậu hai bên) + phẫu thuật đánh giá giai đoạn, điều trị hỗ trợ tùy thuộc giai đoạn.
- Xạ trị tiền phẫu, sau đó phẫu thuật cắt tử cung + 2 phần phụ + phẫu thuật đánh giá giai đoạn.
- Không thể phẫu thuật: xạ trị + hóa trị hoặc hóa trị đơn thuần → xem xét phẫu thuật.

5.4. UTNMTC giai đoạn III - IV (dạng NMTC)

- Bướu ăn lan trong ổ bụng (báng bụng; di căn mạc nối lớn, hạch, buồng trứng, phúc mạc)
- Phẫu thuật cắt tử cung + 2 phần phụ + phẫu thuật đánh giá giai đoạn + phẫu thuật giảm tổng khối bướu → điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật tùy giai đoạn.
- Hóa trị tân hỗ trợ trước phẫu thuật (*) → phẫu thuật cắt tử cung + 2 phần phụ + phẫu thuật đánh giá giai đoạn + phẫu thuật giảm tổng khối bướu → điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật tùy giai đoạn.
- Bướu ăn lan vùng chậu không thể phẫu thuật (âm đạo, bàng quang, trực tràng, ruột, chu cung): xạ trị ngoài + xạ trị trong ± hóa trị hoặc hóa trị đơn thuần → xem xét khả năng phẫu thuật.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Di căn xa ngoài ổ bụng

+ Hóa trị ± xạ trị.

+ Xem xét PT cắt tử cung + 2 phần phụ điều trị triệu chứng.

(*): phẫu thuật lần đầu không thể thực hiện được.

5.5. Điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật (dạng NMTC)

- Yếu tố tiên lượng xấu: > 60 tuổi, xâm lấn mạch máu, kích thước bướu lớn (bướu > 2 cm), xâm lấn > 1/2 lớp cơ, xâm lấn đến đoạn eo tử cung.

- Giai đoạn I-II

Xạ trị bổ túc khi người bệnh

+ Có yếu tố tiên lượng xấu, hoặc

+ Xâm lấn > 1/2 lớp cơ, hoặc

+ Grad cao (grad 2, 3).

- Giai đoạn IIIA

+ Hóa trị, hoặc

+ Xạ trị ± hóa trị, hoặc

+ Xạ trị ngoài ± xạ trị trong.

- Giai đoạn IIIB và IIIC: hóa trị ± xạ trị.

- Giai đoạn IV

+ Phẫu thuật giảm tổng khối bướu.

+ Hóa trị ± xạ trị.

5.6. UTNMTC dạng tế bào sáng, thanh dịch, carcinosarcoma (*)

- Phẫu thuật đánh giá giai đoạn như ung thư BT.

- Phẫu thuật cắt TC + 2 PP + đánh giá giai đoạn + PT giảm tổng khối bướu.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Điều trị hỗ trợ sau PT

+ Giai đoạn IA: theo dõi hoặc hóa trị ± xạ trị trong.

+ Giai đoạn IB, II, III, IV: hóa trị ± xạ trị.

Carcinosarcoma (*): tham khảo phác đồ sarcoma thân tử cung.

5.7. Điều trị bảo tồn tử cung

VI. THEO DÕI SAU ĐIỀU TRỊ

- Tái khám mỗi 3 tháng trong 2 năm đầu, sau đó mỗi 6 tháng cho đến 5 năm, và sau đó tái khám mỗi 6 tháng hoặc mỗi năm tùy trường hợp.
- Xét nghiệm CA125 và siêu âm.
- MRI, CT scan: cân nhắc tùy trường hợp.

VII. ĐIỀU TRỊ TÁI PHÁT

7.1. Tái phát tại chỗ - tại vùng

- Chưa xạ trị ngoài trước hoặc có xạ trị trong trước: xạ trị ngoài + xạ trị trong, hoặc xem xét khả năng phẫu thuật.
- Có xạ trị ngoài trước: xem xét PT, hoặc điều trị nội tiết hoặc hóa trị.

7.2. Di căn khu trú

- Xem xét phẫu thuật ± xạ trị
- Nội tiết
- Hóa trị

7.3. Di căn xa

- Grad thấp, không có triệu chứng, ER (+), PR (+) → điều trị nội tiết, nếu tiến triển → hóa trị.
- Có triệu chứng, grad cao, bướu lớn: hóa trị ± xạ trị nâng đỡ.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

VIII. CÁC PHÁC ĐỒ HÓA TRỊ TRONG UTNMTC

8.1. Phác đồ phối hợp

- Paclitaxel + Carboplatin

+ Paclitaxel 175 mg/m² da, truyền TM trong 3 giờ, vào ngày 1.

+ Carboplatin AUC 5-7, IV, vào ngày 1

+ Lặp lại chu kỳ mỗi 21 ngày

- AC

+ Doxorubicin 60 mg/m² da, IV, vào ngày 1.

+ Cyclophosphamid 500 mg/m² da, IV, vào ngày 1

+ Lặp lại chu kỳ mỗi 21 ngày

- AP

+ Doxorubicin 50 mg/m² da, IV, vào ngày 1

+ Cisplatin 50 mg/m² da, IV, vào ngày 1

+ Lặp lại chu kỳ mỗi 21 ngày

- Doxorubicin + Paclitaxel

+ Doxorubicin 50 mg/m² da, IV, vào ngày 1

+ Paclitaxel 150 mg/m² da, IV, vào ngày 1

+ Lặp lại chu kỳ mỗi 21 ngày

- Cisplatin + Doxorubicin + Paclitaxel

+ Cisplatin 50 mg/m² da, IV, vào ngày 1

+ Doxorubicin 45 mg/m² da, IV, vào ngày 1

+ Paclitaxel 160 mg/m² da, truyền TM trong 3 giờ, vào ngày 2

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Filgrastim 5 mcg/kg, TDD, vào ngày 3-12 hoặc

+ Pegfilgrastim 6 mg (trẻ em < 12 tuổi: 100 mcg/kg) TDD 1 lần
Sau 24-72 giờ mỗi chu kỳ hóa trị.

+ Lặp lại chu kỳ mỗi 21 ngày

- CAP

+ Cyclophosphamid 500 mg/m^2 da, IV, vào ngày 1

+ Doxorubicin 50 mg/m^2 da, IV, vào ngày 1

+ Cisplatin 50 mg/m^2 da, IV, vào ngày 1

+ Lặp lại chu kỳ mỗi 21 ngày

- Carboplatin + Pegylated Liposomal Doxorubicin

+ Carboplatin AUC 5, vào ngày 1

+ Pegylated Liposomal Doxorubicin: 40 mg/m^2 da, IV, vào ngày 1

+ Lặp lại chu kỳ mỗi 28 ngày

- Paclitaxel + Ifosfamide (carcinosarcoma)

+ Paclitaxel 135 mg/m^2 da, truyền TM trong 3 giờ, vào ngày 1

+ Ifosfamid 1.600 mg/m^2 da, TM, vào ngày 1-3

Lặp lại chu kỳ mỗi 21 ngày cho tới 8 chu kỳ. Mesna được sử dụng đường TM. G-CSF hỗ trợ 5 mcg/kg/ngày, TDD, bắt đầu vào ngày 4.

- Gemcitabine + Docetaxel

+ Gemcitabine 900 mg/m^2 da, TM, vào ngày 1 và ngày 8.

+ Docetaxel 100 mg/m^2 da, TM, vào ngày 8.

+ Lặp lại chu kỳ mỗi 21 ngày

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

8.2. Phác đồ đơn chất

- Doxorubicin

+ Doxorubicin 60 mg/m^2 da, IV, vào ngày 1.

+ Lặp lại chu kỳ mỗi 21 ngày.

- Paclitaxel

+ Paclitaxel 200 mg/m^2 da, truyền TM trong 3 giờ vào ngày 1.

+ Lặp lại chu kỳ mỗi 21 ngày. Giảm liều đến 175 mg/m^2 da đối với người bệnh đã xạ trị vào vùng chậu

- Topotecan

+ Topotecan: 1,0 mg/m^2 da, IV, vào ngày 1-5.

+ Lặp lại chu kỳ mỗi 21 ngày. Giảm liều đến 0,8 mg/m^2 da vào ngày 1-3 đối với người bệnh đã xạ trị vào vùng chậu.

IX. ĐIỀU TRỊ NỘI TIẾT TRONG UTNMTC

9.1. Chỉ định: UTNMTC tái phát và di căn, grad thấp, dạng NMTC, có thụ thể ER, PR (+).

9.2. Các thuốc nội tiết

a) Các progestins: nội tiết chính trong điều trị UTNMTC

- Medroxyprogesterone (MPA)

Liều khởi đầu: 400 mg x 3 lần mỗi tuần trong 12 tuần

Liều duy trì: 400 mg x 2 lần mỗi tuần

- Megestrol acetate (MA)

Liều khởi đầu: 160 mg/ngày trong 12 tuần

Liều duy trì: 80-160 mg/ngày

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

b) *Tamoxifen:* có thể dùng đơn lẻ hoặc kết hợp với các progestins.

- Liều dùng: 20-40 mg/ngày.

c) *Các đồng vận LHRH (Luteinizing hormone-releasing hormone agonists):* Goserelin và Leuprolide. Tiêm mỗi 1-3 tháng. Thuốc có tính ức chế sản sinh estrogen từ buồng trứng ở những phụ nữ còn kinh nguyệt.

d) *Các thuốc ức chế aromatase (aromatase inhibitors):* thuốc ngăn cản tạo estrogen từ các mô ngoài buồng trứng.

- Letrozole: 2,5 mg/ngày, hoặc
- Anastrozole: 1 mg/ngày, hoặc
- Exemestane: 25 mg x 1 lần/ngày sau khi ăn.

9.3. Trường hợp UTNMTC được chẩn đoán sau phẫu thuật cắt tử cung, điều trị hỗ trợ cần dựa trên

- Tuổi người bệnh
- Mong con.
- Độ xâm lấn cơ tử cung
- Grad mô học và loại mô học bướu.
- Cân nhắc phẫu thuật đánh giá giai đoạn (cắt 2 phần phụ + nạo hạch chậu,...).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Văn Bùng và cs (2003), Di căn hạch chậu của ung thư nội mạc tử cung, Y học TP. HCM, Số đặc biệt chuyên đề Ung bướu học. Phụ bản số 4, tập 9.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

2. Vũ Ngọc Thành và cs (2005), Xạ trị bổ túc trong ung thư nội mạc tử cung, Y học TP.HCM. Số đặc biệt chuyên đề Ung bướu học. Phụ bản số 4, tập 9.

3. Edward Chu, Vincent T. DeVita, Jr. (2012), Physicians' Cancer Chemotherapy drug manual. Jones & Bartlett Learning India Pvt, Ltd, p 451-453.

4. NCCN (2016), Clinical Practice Guidelines in Oncology, Uterine neoplasms,Version 2.2016, NCCN.org.

5. Mohamed K. Mehasseb và John A. Latimer (2012), Controversies in the Management of Endometrial Carcinoma: An Update, Obstetrics and Gynecology International Volume 2012.

6. Rachel Kupetst et al (2013), The Role of Adjuvant Therapy in Endometrial Cancer, Joint SoGC-GoC-SCC Clinical Practice Guideline. Obstet Gynaecol Can;35(4 eSuppl B): S1–S9.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

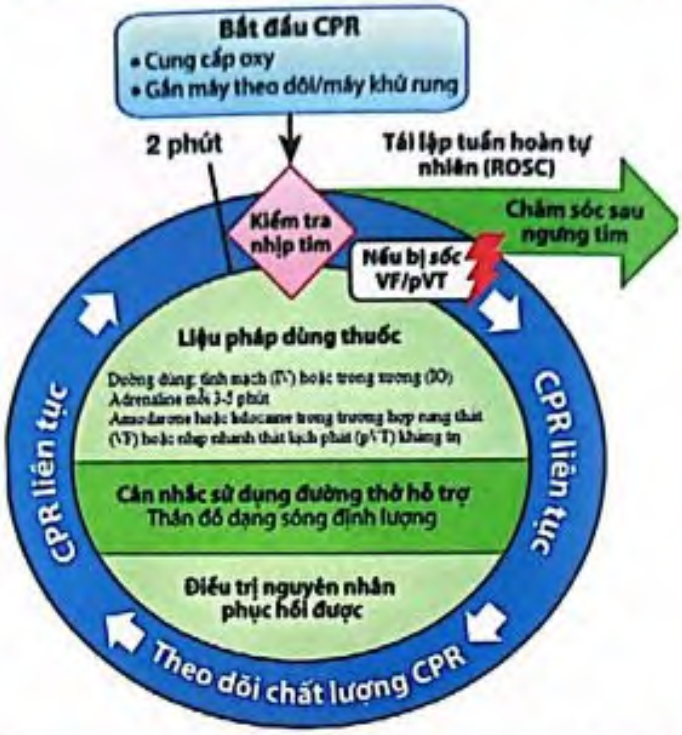
GÂY MÊ HỒI SỨC

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

85 CẤP CỨU NGƯNG HÔ HẤP - TUẦN HOÀN Ở NGƯỜI LỚN VÀ THAI PHỤ

I. NGUYÊN TẮC CẤP CỨU NGƯNG TIM Ở NGƯỜI LỚN



II. NHỮNG ĐIỂM CHÍNH TRONG CẤP CỨU HÔ HẤP TUẦN HOÀN

Chất lượng CPR

- Ấn đủ sâu (5-6 cm) và đủ nhanh (100-120 lần/phút) và cho phép ngực nảy lên hoàn toàn.
- Giảm thiểu gián đoạn khi ấn ngực.
- Tránh thông khí quá mức.
- Thay người ép sau mỗi 2 phút hoặc sớm hơn để ấn tim hiệu quả.
- Nếu không bảo đảm đường thở (nội khí quản hoặc mask thanh quản), tỷ lệ ấn ngực : thông khí là 30 : 2
- Theo dõi thán đồ
  + Nếu P_{ETCO_2} < 10 mmHg, cố gắng cải thiện CPR.
- Áp lực động mạch
  + Nếu huyết áp tâm trương < 20 mmHg, cố gắng cải thiện CPR.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Mức năng lượng khử rung

- Máy khử rung 2 pha: mức ban đầu 120-200 J; nếu không biết, dùng mức tối đa có sẵn. Các lần khử rung sau nên ở mức năng lượng tương đương hoặc cao hơn.
- Máy khử rung 1 pha: 360 J.

Thuốc

- Adrenalin IV/IO: 1mg sau mỗi 3-5 phút.
- Amiodarone IV/IO: liều thứ nhất tiêm nhanh 300 mg. Liều thứ hai 150 mg.

Hoặc

- Lidocaine IV/IO: liều thứ nhất 1-1,5 mg/kg. Liều thứ hai: 0,5-0,75 mg/kg.

Đường thở đã được kiểm soát

- Đặt được nội khí quản hoặc dụng cụ đường thở trên thanh quản.
- Theo dõi dạng sóng của thán đồ để xác nhận và theo dõi việc đặt nội khí quản và hiệu quả của CPR.
- Sau khi đặt xong đường thở được kiểm soát, bóp bóng mỗi 6 giây (10 lần/phút) kèm theo nhấn ngực liên tục.

Tái lập tuần hoàn tự nhiên

- Mạch và huyết áp
- Tăng đột ngột và duy trì P_{ETCO_2} (thường là ≥ 40 mmHg).
- Dạng sóng áp lực động mạch tự nhiên khi theo dõi trên monitor.

Các nguyên nhân có thể phục hồi

- Mất máu
- Giảm oxy máu
- Nhiễm toan
- Giảm/tăng kali máu
- Hạ thân nhiệt
- Tràn khí màng phổi áp lực
- Huyết khối trong tim
- Độc tố
- Huyết khối động mạch phổi
- Huyết khối mạch vành

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

III. NHỮNG LƯU Ý TRÊN BỆNH NHÂN MANG THAI

- Ghi nhận thời điểm ngưng hô hấp - tuần hoàn.
- Cần sự phối hợp giữa chuyên khoa gây mê hồi sức, sản khoa, nhi khoa.
- Nhóm thực hiện tối thiểu gồm: 1 người nhấn ngực, 1 người bóp bóng, 1 người đẩy tử cung sang trái.
- Nếu hồi sức không hiệu quả (quá 4 phút): thảo luận với bác sĩ Sản khoa về cân nhắc chỉ định mổ lấy thai để cứu bé (nếu thai ≥ 24 tuần)
- Vị trí đặt bản điện cực, nhấn ngực: cao hơn so với người không mang thai (do thai nâng cơ hoành và tim lên).
- Khi tiến hành shock điện phải tháo monitor theo dõi tim thai bé để tránh phỏng bé.
- Nếu trước đó sản phụ có sử dụng Magnesium sulfate, phải ngưng ngay lập tức và tiêm Calcium cloride hoặc Calcium gluconate đường tĩnh mạch.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

IV. LƯU ĐỒ XỬ TR

4.1. Lưu đồ cấp cứu ngưng hô hấp – tuần hoàn ở người lớn

Mất ức + ngưng hô hấp > 10 giây

- Hồi sinh tim phổi cơ bản 30/2
- Nhấn tim 100-120 lần/phút trên mặt phẳng cứng
- Giảm thiểu sự gián đoạn
- Đặt máy khử rung

Phân tích nhịp tim

Nếu rung thất/nhanh thất = sốc điện 2 pha 200 J → Lặp lại hồi sinh tim phổi (30/2) trong 2 phút

Nếu vô tâm thu hay hoạt động điện vô mạch → Lặp lại hồi sinh tim phổi (30/2) trong 2 phút

Nguyên nhân
- Giảm oxy
- Giảm thể tích
- Tăng - giảm kali máu
- Hạ thân nhiệt
- Huyết khối (tim, phổi, mạch vành)
- Tràn khí màng phổi
- Chèn ép tim
- Ngộ độc

Trong khi hồi sinh tim phổi
- Adrenalin 1 mg TM mỗi 3-5 phút
- Kiểm soát đường thở, đặt NKQ, tần số thở 10 lần/phút sau đặt NKQ.
- Kiểm tra vị trí điện cực
- Lập đường truyền tĩnh mạch
- Tiếp tục ấn tim sau đặt NKQ
- Monitor theo dõi có thán đồ
- Nhiệt độ, đường huyết
- Amiodarone 300 mg đường tĩnh mạch sau 3 lần sốc điện
- Điều trị nguyên nhân

Xem xét
- Siêu âm chẩn đoán
- Chụp động mạch vành
- Tuần hoàn ngoài cơ thể
- ECMO

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

4.2. Lưu đồ cấp cứu ngưng hô hấp – tuần hoàn ở thai phụ

Mất ý thức + ngừng hô hấp ở phụ nữ mang thai

Xử trí trên người mẹ

- Ghi nhận giờ
- Gọi người giúp đỡ ≥ 3 người
- Đẩy TC nghiêng trái
- Hồi sinh tim phổi cơ bản
  - 30/2
  - Tần số 100-120 lần/phút
  - Khử rung
- Đặt đường truyền tĩnh mạch

↓

- Hồi sinh tim phổi như phác đồ người lớn (Adrenalin, Amiodarone)

↓

- Kiểm soát đường thở, FiO_2 100%, đặt NKQ

↓

- Nếu có truyền $MgSO_4$ trước ngưng tim:
- Ngưng $MgSO_4$ và tiêm $CaCl_2$ hoặc Calci gluconate

↓

Tìm nguyên nhân
- Gây mê hồi sức (gây tê toàn thể, ngộ độc thuốc tê)
- Chảy máu
- Tim mạch
- Thuốc (ngộ độc $MgSO_4$, lỗi dùng thuốc)
- Thuyên tắc (ối, huyết khối)
- Sốt
- Chuyển hóa
- Tăng huyết áp (tiền sản giật)

Xử trí sản khoa

- Gọi nhóm hồi sức sơ sinh
- Chuẩn bị mổ lấy thai tại chỗ

↓

- Nếu không có nhịp tim sau 4 phút hồi sức và thai ≥ 24 tuần → cân nhắc mổ lấy thai cấp cứu ngay tại chỗ.

Bilan xét nghiệm khi sản phụ ngừng tim
- Khí máu động mạch
- Tổng phân tích tế bào máu
- Đông máu toàn bộ
- Ion đồ máu, urea, creatinine
- AST, ALT, bilirubin (TP, TT)
- Troponine, pro - BNP
- Cấy máu
- Siêu âm tim

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cấp cứu ngưng hô hấp – tuần hoàn (Cardiopulmonary Resuscitation – CPR) dựa trên bản cập nhật 2018 của Hội tim mạch Hoa Kỳ (AHA)
2. Protocoles MAPAR 2019

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

THUYÊN TẮC PHỔI 86

I. ĐẠI CƯƠNG

Thuyên tắc phổi là sự tắc nghẽn một phần của hệ thống mạch máu phổi. Thuyên tắc phổi là biến chứng của thuyên tắc tĩnh mạch sâu. Đa số thường bị bỏ sót do các triệu chứng không đặc hiệu, là nguyên nhân tử vong ngoài sản khoa hàng đầu.

Xuất độ thuyên tắc phổi trong thai kỳ từ giữa 0,3-1/1.000 trường hợp. Nguy cơ thuyên tắc phổi xảy ra cao hơn trong giai đoạn hậu sản, đặc biệt sau mổ lấy thai.

Xảy ra ở 60-80% người bệnh có thuyên tắc tĩnh mạch sâu. Có hơn 50% người bệnh không có triệu chứng.

Gần 10% người bệnh bị thuyên tắc phổi tử vong trong vài giờ đầu và 30% tử vong sau đó do thuyên tắc tái phát.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ

2.1. Nguyên nhân

Theo Virchow, 3 yếu tố gây thuyên tắc tĩnh mạch: ứ trệ máu tĩnh mạch (bất động lâu ngày, lớn tuổi, suy tim), tổn thương nội mô thành mạch máu (chấn thương, phẫu thuật, catheter tĩnh mạch trung tâm,...) và tình trạng tăng đông (ung thư, chu sinh,...).

2.2. Sinh lý bệnh

Huyết khối ở tĩnh mạch sâu ở chân phát triển dần do ngưng tập tiểu cầu và fibrin trở thành cục máu đông có fibrin. Huyết khối này có thể vỡ ra và gây tắc mạch hay gây tắc nghẽn hoàn toàn lòng tĩnh mạch.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

2.3. Hậu quả

Phụ thuộc kích thước và số lượng cục [illegible]ết khối, phản ứng của động mạch phổi, khả năng tan huy[illegible]ội tại của cơ thể.

a) Hô hấp

Tăng khoảng chết phế nang, co thắt mạch phổi, thiếu oxy máu động mạch và tăng thông khí → bất thường thông khí - tưới máu, shunt trong phổi, giảm cung lượng tim → thiếu oxy máu động mạch phổi.

b) Tuần hoàn

Giảm lòng động mạch phổi, gây tăng kháng lực mạch máu phổi, đưa đến tăng hậu tải thất phải. Nếu hậu tải tăng quá nhiều có thể gây suy thất phải. Ở người bệnh có tình trạng tim mạch kém trước đó dễ đưa đến trụy mạch nhanh chóng.

2.4. Yếu tố nguy cơ

- Phụ nữ mang thai và trong thời kỳ hậu sản có nguy cơ cao bị huyết khối tĩnh mạch cũng như thuyên tắc phổi so với dân số chung.
- Tuổi: ở người bệnh lớn tuổi, tắc mạch phổi thường bị bỏ sót và thường là nguyên nhân của tử vong.
- Yếu tố nguy cơ khác:
  + Tiền sử thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch
  + Bệnh huyết khối di truyền
  + Bệnh huyết khối mắc phải
  + Thuốc ngừa thai và thuốc thay thế estrogen
  + Ung thư
  + Béo phì
  + Phẫu thuật khi mang thai và mổ lấy thai
  + Tiền sử thuyên tắc huyết khối phổi
  + Gãy xương dài
  + Suy tim ứ huyết

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Triệu chứng đa dạng, không đặc hiệu, rất thay đổi từ suy giảm huyết động đột ngột đến khó thở tăng dần.
- Phải được nghĩ đến và tìm kiếm tích cực khi người bệnh có triệu chứng hô hấp không giải thích được bằng một chẩn đoán khác. Do đó cần nghĩ đến khi người bệnh có yếu tố nguy cơ cao gồm vừa phẫu thuật, bất động hay tăng đông.

3.2. Biểu hiện lâm sàng

- Khó thở/nhịp thở nhanh
- Đau ngực kiểu màng phổi, đau thành ngực khi thở mà không có bệnh sử chấn thương
- Ho/ho ra máu
- Đau chi dưới
- Nhịp tim nhanh
- Ran phổi
- Ngất
- Tĩnh mạch cảnh nhô cao
- Ran, tiếng cọ màng phổi
- Tiếng tim T2 tách đôi, tiếng tim thứ tư, âm thổi tâm thu dọc bờ trái xương ức
- Sốt
- Sốc/tụt huyết áp
- Gan to, báng bụng và phù lõm chân
- Ở người đã được gây mê nội khí quản để kiểm soát đường thở có thể có giảm $EtCO_2$
- Các triệu chứng dễ bị nhầm lẫn, đặc biệt ở các sản phụ

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3.3. Cận lâm sàng

3.3.1. Khí máu động mạch

- Giảm oxy máu (PaO_2)
- Giảm CO_2

3.3.2. ECG

- Không đặc hiệu, thường bình thường.
- Có thể có:
  + Rung nhĩ mới
  + Block nhánh phải mới
  + Sóng T đảo ngược ở V1-V4
  + Thay đổi ST-T thường không đặc hiệu.

3.3.3. BNP

- Giúp loại trừ khó thở do suy tim
- Có giá trị tiên lượng (< 50 tiên lượng tốt)
- Không là tiêu chuẩn chẩn đoán.

3.3.4. X quang

- Không dùng để chẩn đoán xác định hoặc loại trừ thuyên tắc phổi.
- X quang ngực có thể bình thường hoặc bất thường (vòm hoành cao, thâm nhiễm khu trú, xẹp phổi hoặc các dấu Westermark (tắc trung tâm), Hampton's hump (tắc ngoại biên).

3.3.5. Siêu âm tim

- Hầu hết siêu âm tim bình thường.
- Có thể phát hiện chèn ép tim, bóc tách động mạch chủ, bất thường vận động vùng, động mạch phổi dãn rộng, thất phải dãn rộng.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3.3.6. CT Scan

- Độ nhạy và chuyên biệt cao
- Kết quả nhanh
- Giúp củng cố chẩn đoán và loại trừ

3.3.7. Chụp động mạch phổi

- Tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán thuyên tắc phổi
- Nhược điểm:
  + Bơm cản quang tĩnh mạch
  + Xâm lấn.

3.3.8. D-dimer

- Trong quá trình mang thai, D-dimer có thể tăng trong thai kỳ, sau phẫu thuật, chuyển dạ sớm, tiền sản giật và nhau bong non. D-dimer ở dưới ngưỡng có thể loại trừ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch sâu. Tuy nhiên có gần ¼ trường hợp sản phụ có D-dimer cao hơn "ngưỡng" trong tam cá nguyệt ba.
- Ưu điểm
  + Kinh tế
  + Nhanh chóng
  + Độ nhạy cao
  + Là xét nghiệm loại trừ
- Nhược điểm: độ chuyên biệt rất thấp đặc biệt trong trường hợp ung thư, giải phẫu, chấn thương.

3.3.9. Siêu âm đàn hồi chi dưới

- Rất hữu ích nếu dương tính
- 30% thuyên tắc phổi có siêu âm đàn hồi chi dưới âm tính
- Siêu âm âm tính → cần khảo sát thêm.

3.4. Chẩn đoán phân biệt

- Thiếu máu

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim, thiếu máu cơ tim, viêm cơ tim
- Hẹp van động mạch chủ, hẹp van hai lá
- Rung nhĩ
- Sốc tim, sốc nhiễm trùng, sốc mất máu
- COPD, khí phế thủng
- Tâm phế mạn
- *Herpes zoster*
- Viêm phổi do vi khuẩn
- Đột tử do tim
- Ngất
- Sốc do các nguyên nhân khác

IV. XỬ TRÍ

4.1. Xử trí nguyên nhân

- Tiêu sợi huyết
- Phẫu thuật hoặc dùng catheter lấy cục máu đông
- Cắt bỏ nội mạc động mạch phổi (tuần hoàn ngoài cơ thể, hạ thân nhiệt sâu)
- Thứ phát (phòng ngừa)
- Kháng đông: Heparin, Warfarin
- Đặt filter tĩnh mạch chủ dưới

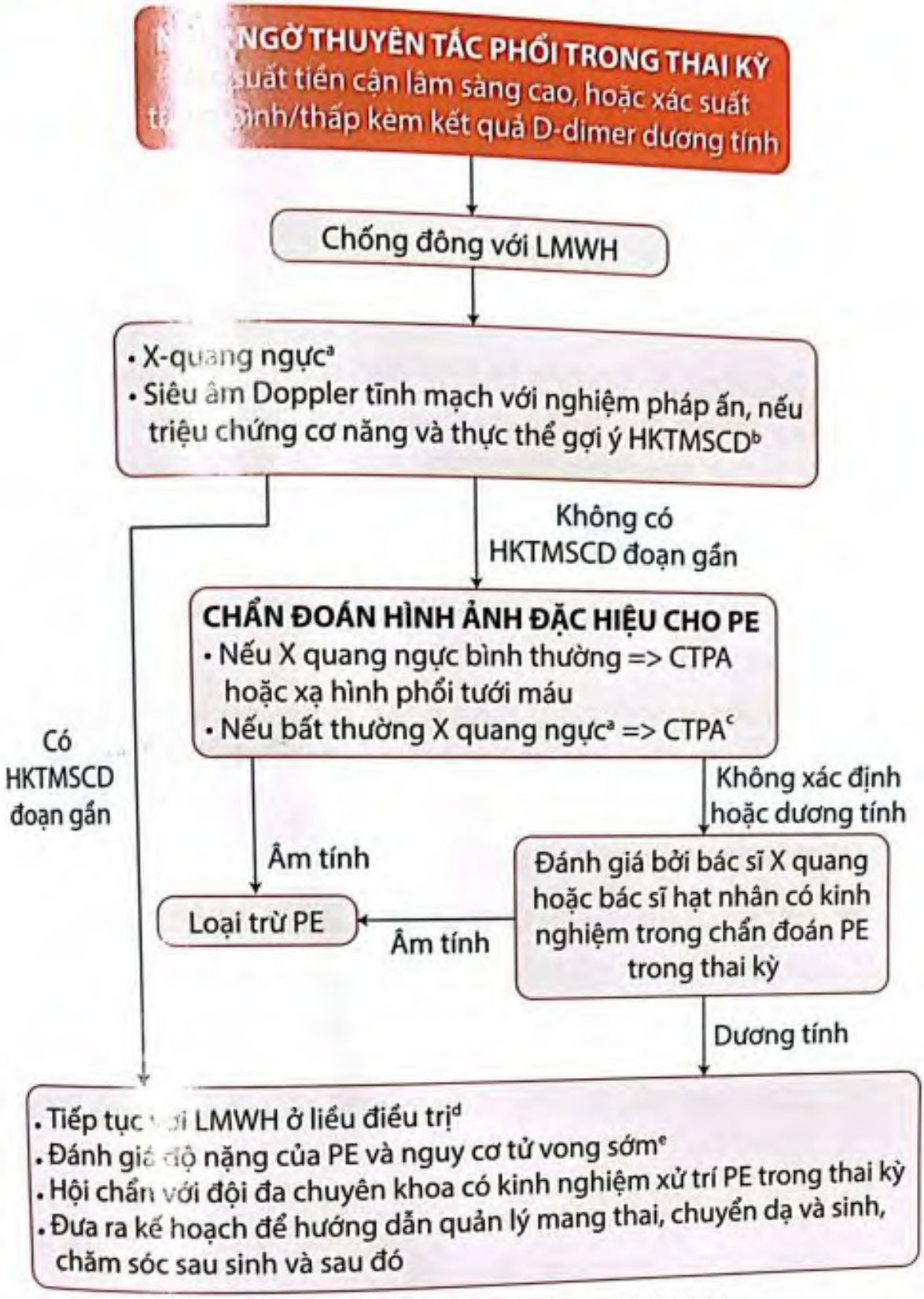
4.2. Điều trị nâng đỡ

- Giảm oxy mô: thở oxy tùy theo nhu cầu người bệnh (cannula mũi, mask, đặt nội khí quản, thở máy, ...)
- Tụt huyết áp: đổ đầy đảm bảo tiền tải, vận mạch
- Giảm chức năng thất trái: inotrope, đổ đầy
- Ngưng tim: hồi sinh tim phổi (CPR)

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

V. DỰ PHÒNG VÀ QUẢN LÝ THUYÊN TẮC PHỔI



Tiến trình chẩn đoán và quản lý khi nghi ngờ thuyên tắc phổi trong thai kỳ và thời kỳ hậu sản.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

[a] Nếu X quang ngực bất thường, xem xét nguyên nhân khác gây triệu chứng ngực.

[b] Huyết khối tĩnh mạch sâu trong tĩnh mạch chậu có thể không được loại trừ bằng CUS. Nếu cả chân đều sưng, hoặc đau mông hoặc những triệu chứng khác gợi ý huyết khối hông, cân nhắc chụp cộng hưởng từ tĩnh mạch để loại trừ huyết khối tĩnh mạch sâu.

[c] CTPA phải đảm bảo phơi nhiễm tia phóng xạ bào thai rất thấp.

[d] Xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu (đo hemoglobin và số lượng tiểu cầu) và tính độ thanh thải creatinine trước khi sử dụng. Đánh giá nguy cơ chảy máu và đảm bảo không có chống chỉ định nào.

[e] Nếu sản phụ có nguy cơ lâm sàng bị thuyên tắc phổi thấp và D-dimer bình thường, không cần làm thêm xét nghiệm chẩn đoán nào khác.

Trong trường hợp nghi ngờ hoặc nguy cơ cao thuyên tắc phổi, siêu âm đàn hồi tĩnh mạch chân tìm huyết khối là đầu tay, D-dimer có thể là lựa chọn.

- Các biện pháp phòng ngừa:
  + Tránh bất động kéo dài (khuyến khích cử động sớm).
  + Kháng đông: cần xem xét và cân bằng giữa nguy cơ chảy máu và thuyên tắc huyết khối, đặc biệt trong giai đoạn chu phẫu. Thai phụ được chẩn đoán tắc mạch phổi hay thuyên tắc tĩnh mạch sâu được điều trị với Heparin không phân đoạn hay LMWH trong suốt thai kỳ vì không qua nhau và không qua sữa mẹ. Thuốc kháng vitamin K bị chống chỉ định vì qua nhau và có thể gây quái thai. Tiếp tục điều trị đến sau sinh vì nguy cơ thuyên tắc vẫn tiếp tục tồn tại đến sau sinh.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Vớ chân: mang vớ chân liên tục giúp tĩnh mạch và cơ chân lưu thông máu dễ dàng hơn. Biện pháp an toàn, đơn giản, dễ dàng kết hợp với các biện pháp khác trong giai đoạn chu phẫu giúp giảm nguy cơ thuyên tắc tĩnh mạch sâu. Cần chọn vớ vừa với người bệnh tránh tổn thương do áp lực (chú ý ở người bệnh đái tháo đường); nên tránh ở người bệnh có bệnh lý động mạch nặng ở chân.

+ Thiết bị bơm nén ngắt quãng: bơm áp lực 35-40 mmHg 10 giây mỗi phút, để thúc đẩy dòng hồi lưu tĩnh mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ESC (2019), Acute pulmonary Embolism.
2. Chestnut's Obstetric Anesthesia Principle and Practice 5th.
3. Khuyến cáo điều trị của Hiệp hội Tim mạch học Việt Nam.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

87 PHÙ PHỔI CẤP TRONG SẢN KHOA

I. ĐẠI CƯƠNG

Phù phổi cấp trong sản khoa thường xảy ra ở các người bệnh

- Bệnh tim
- Tăng huyết áp
- Bệnh thận
- Bệnh nhiễm trùng trong lúc mang thai
- Truyền dịch quá nhiều, quá nhanh...

II. CƠ CHẾ

Tỷ lệ phù phổi cấp chiếm 15% các biến cố tim - sản. Tử vong chiếm 50% các biến cố tim sản.

2.1. Các thay đổi về tuần hoàn khi mang thai có thể làm tăng nguy cơ phù phổi cấp

2.1.1. Trong thai kỳ

- Giữ nước ngoại bào, tăng nhiều trong 10 tuần cuối cho đến khi chuyển dạ và giảm đột ngột sau sinh.
- Thể tích huyết tương tăng.
- Nhịp tim tăng khoảng 15% do nhu cầu oxy của mẹ, thai và phần phụ tăng.
- Thở nhiều hơn, nhịp thở tăng 10%, không khí lưu thông tăng 40%.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

2.1.2. Trong khi chuyển dạ

- Cơn co tử cung làm nhu cầu oxy tăng.
- Tử cung sẽ dồn máu vào tuần hoàn mẹ mỗi cơn gò là 250-350 mL (tối đa 500 mL).

2.1.3. Thời kỳ sổ nhau

Đây là thời kỳ nguy hiểm cho các bệnh nhân tim vì:

- Thiếu hồng cầu vận chuyển oxy do hiện tượng mất máu khi bong nhau.
- Lượng máu lưu thông tăng trong hệ tuần hoàn vì tử cung co đưa đến gánh nặng đột ngột cho tim.
- Lượng máu qua tim tăng khoảng 20% trong thời gian ngắn do sau sinh có hiện tượng giảm áp lực ổ bụng.
- Sự thay đổi đột ngột này dễ gây ngừng tim, phù phổi, suy tim cấp ở các người bệnh tim.

2.1.4. Thời kỳ hậu sản

- Vẫn có nguy cơ do nhu cầu oxy vẫn cao do cho con bú, trên nền một dự trữ năng lực hoạt động của tim bị suy giảm và còn tồn tại ảnh hưởng rối loạn huyết động trong cuộc sinh.

2.2. Các điểm cần lưu ý

- Đau và cơn co tử cung sẽ làm gia tăng cung lượng tim từ 10-15%.
- Trong lúc rặn sinh, cung lượng tim tăng 40-46%.
- Lúc bong nhau và sổ nhau là lúc cung lượng tim tăng cao nhất có thể đến 80% do máu hoàn hồi và lượng máu tĩnh mạch chi dưới trở về tim. Do đó đây là giai đoạn nguy hiểm với nhiều biến cố tim sản.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

III. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Hẹp van 2 lá với biến chứng chủ yếu của nó là phù phổi (70-90%). Hẹp càng khít bệnh càng nặng và biến chứng càng nhiều.
- Tổn thương nhiều van tim.
- Đa sản.
- Tuổi thai: thai càng lớn biến cố tim sản xảy ra càng nhiều.
  + 25% trong thai nghén.
  + 50% xảy ra trong thời kỳ chuyển dạ và sổ nhau.
  + 25% xảy ra ở thời kỳ hậu sản.
- Tăng huyết áp, tiền sản giật.
- Sử dụng Corticoid trong thai kỳ.
- Thiếu máu, suy dinh dưỡng, nhiễm trùng, sốt rét và bệnh thận, ngộ độc thuốc và các độc chất khác...

IV. XỬ TRÍ

Bảng 1. Đánh giá và điều trị phù phổi cấp

Bắt đầu	+ Gọi giúp đỡ + Thở oxy + Lập đường truyền kim 18G nếu có thể + Bắt đầu điều trị trong khi đánh giá người bệnh
Tiền sử	+ Tiền sử tập trung vào bệnh tim - phổi (chú ý: khó thở về đêm hay khó thở phải ngồi đặc hiệu nhưng không nhạy cảm với suy tim) + Xem xét tiền sử, thuốc, tuân thủ điều trị.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Khám	+ 5 dấu sinh hiệu • Nhiệt độ • Mạch • Huyết áp • Hô hấp (tần số thở, kiểu thở) • SpO_2 + Màu sắc da niêm + Đổ mồ hôi + Tĩnh mạch cổ nổi + Mỏm tim + Tiếng tim (gallop?) + Âm thổi (ví dụ hẹp van hai lá, hẹp van động mạch chủ) + Tưới máu ngoại biên và phù + Đánh giá đường thở, ran phổi, tiếng phế quản.
Theo dõi	+ Huyết áp + ECG liên tục (chuyển đạo DII) – nếu có thể + SpO_2 + Đặt sonde tiểu
Xét nghiệm	+ ECG + X quang ngực thẳng + Troponin I + Pro-BNP + Các xét nghiệm khác: ion đồ, chức năng gan, đường huyết, nước tiểu 10 thông số, tổng phân tích tế bào máu, khí máu động mạch + Siêu âm tim sớm nhất có thể (khi hội chẩn bác sĩ tim mạch)
Giải thích tình trạng bệnh	+ Cho người bệnh và thân nhân

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Bảng 2. Điều trị cho phù phổi cấp

Điều trị	Liều	Chú ý
Tư thế	+ Hỗ trợ người bệnh tư thế nằm đầu cao/ngồi.	+ Nằm ngửa nếu không tỉnh táo hoặc sốc tim
Oxygen (điều chỉnh giảm oxy máu)	+ 10-15 L/phút mask có túi dự trữ	+ Khi ổn định, giảm còn 2-6 L/phút qua oxy mũi hoặc 5-10 L/phút mask đơn giản. + Điều chỉnh để đạt được SpO_2 94-96% (không COPD) hoặc 88-92% (COPD)
Nhóm nitrat (thuốc dãn mạch, giảm tiền tải)	+ Truyền tĩnh mạch bắt đầu với liều 10-20 mcg/phút	+ Điều chỉnh liều theo lâm sàng (duy trì huyết áp tâm thu > 90 mmHg)
Thông khí hỗ trợ áp lực dương (CPAP)	+ Áp lực dương đường thở liên tục 10 cmH_2O	Chống chỉ định nếu: + Huyết áp tâm thu < 90 mmHg + Không tỉnh táo

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Điều trị	Liều	Chú ý
Furosemide (lợi tiểu quai, giảm quá tải dịch; có tác dụng giãn mạch)	+ 20-80 mg bolus tĩnh mạch + Sau khi bolus, cân nhắc tiếp tục truyền tĩnh mạch tốc độ 5-10 mg/giờ (tổng liều <100 mg trong 6 giờ đầu, và < 240 mg trong 24 giờ đầu)	+ Cân nhắc lặp lại liều bolus sau 30-60 phút nếu lâm sàng không cải thiện và không có nước tiểu Nguy cơ giảm thể tích; tránh dùng nếu quá tải dịch không rõ ràng.
Morphine (an thần, giảm trương lực giao cảm, dãn tĩnh mạch, giảm tiền tải)	+ 2-5 mg tiêm tĩnh mạch	+ Không cải thiện phù phổi hoặc cung lượng tim + Giảm lo âu + Giảm công hô hấp

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Bảng 3. Phân biệt phù phổi huyết động và phù phổi tổn thương

Đặc điểm	Phù phổi cấp huyết động	Phù phổi cấp do tổn thương
Nguyên nhân	+ Bệnh tim mạch, đặc biệt hẹp van 2 lá có tỷ lệ phù phổi cấp cao 70-90%, hở động mạch chủ, tăng huyết áp nặng trong tiền sản giật. + Các bệnh lý của thận gây rối loạn nước, điện giải và mất protein. + Truyền dịch nhiều và nhanh ở các người bệnh sốc, thiểu niệu hoặc vô niệu.	+ Hít phải dịch dạ dày + Hít phải các khí độc: phốt pho, NO_2 - thuốc trừ sâu, các loại acid bay hơi mạnh. + Nhiễm virus hay vi trùng. + Ngộ độc thuốc: heroin, an thần, Aspirin, toan ceton do đái tháo đường và các chất cản quang.
Thời điểm	+ Mọi giai đoạn của thai nghén	+ Thời điểm xuất hiện: muộn • Tiến triển của bệnh xảy ra từ từ, suy hô hấp cấp nặng dần lên. • Cách điều trị cũng khó hơn tùy thuộc vào nguyên nhân gây bệnh. • Trong quá trình điều trị nếu nghi ngờ cũng nên xử trí như phù phổi cấp.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Đặc điểm	Phù phổi cấp huyết động	Phù phổi cấp do tổn thương
Chẩn đoán	+ Đột ngột khó thở, nhịp thở nhanh. + Ho nhiều, môi và đầu chi tím. + Hốt hoảng lo sợ. + Tức ngực, vã mồ hôi lạnh chân tay. + Ran ẩm nhỏ hạt ở đáy phổi dâng lên nhanh như sóng triều, gõ đục đáy phổi. + Khạc ra đờm bọt hồng ngày càng nhiều. + Nhịp tim nhanh > 100 lần/phút, gallop + Huyết áp tăng cao + Huyết áp hạ do trụy tim mạch, + Áp lực tĩnh mạch trung ương (CVP) thường cao khoảng 15 cmH_2O, với biểu hiện tĩnh mạch cổ nổi. + X quang: Hai phổi mờ thâm nhiễm hai phổi.	+ Bệnh cảnh rất thay đổi tùy thuộc nguyên nhân. + Nhịp thở tăng, khó thở nặng dần, phổi có ran ẩm nhưng không dâng lên nhanh. + Người bệnh vật vã, tím, thở oxy hoặc thông khí hỗ trợ với áp lực dương ngắt quãng vẫn không đỡ. + Mạch nhanh, huyết áp tăng sau đó sẽ trụy mạch. + Các rối loạn nhịp tim có thể xảy ra. + Các chỉ số huyết động không thay đổi: áp lực tĩnh mạch trung ương không cao, có khi thấp, trong khi phù phổi do huyết động các chỉ số này đều cao CVP 15 cmH_2O. + PaO_2 < 60 mmHg, khó tăng dù hỗ trợ hô hấp. + X quang có đám mờ không đều, có thể có xẹp phổi. + Điện tim không thay đổi.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Đặc điểm	Phù phổi cấp huyết động	Phù phổi cấp do tổn thương
Chẩn đoán phân biệt	+ Cơn hen phế quản + Viêm phổi - phế quản + Suy tim do thiếu B1 + Hen tim	+ Đợt cấp của suy hô hấp + Nhồi máu phổi sau sinh + Thuyên tắc ối
Điều trị	**Xử trí nội khoa** + Thở oxy lượng 8-12 L/phút mask có túi. + Morphin 10 mg x 1 ống TDD hay 2-5 mg TMC + Furosemide 20 mg x 1 - 4 ống tiêm tĩnh mạch có thể dùng 20 mg sau mỗi 15 phút. + Nyglyvid khởi đầu với liều 10-20 mcg/phút, có thể tăng đến 200 mcg/phút. + Hạ áp bằng Nicardipin theo phác đồ. + Đặt nội khí quản hút đờm, thở máy với FiO_2 0,6 khi có trụy tim mạch. **Xử trí Sản khoa:** sau khi cơn phù phổi cấp đi qua và ổn định và theo phác đồ của bệnh viện.	**Xử trí nội khoa** + Đặt ống nội khí quản, hút đờm dãi để khai thông hô hấp, thở máy với PEEP+ 5-10 cmH_2O. FiO_2 = 0,6 (60%). + Đảm bảo huyết động bằng cách truyền Dopamin hoặc Dobutamin. Cần theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP: Central Venous Pressure). + Điều trị nguyên nhân gây bệnh. + Kháng sinh mạnh. + Corticoid với Methylprednisolon 30-60 mg mỗi 4 giờ. **Xử trí sản khoa**: theo phác đồ của bệnh viện.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Đặc điểm	Phù phổi cấp huyết động	Phù phổi cấp do tổn thương
Dự phòng	+ Phối hợp cả các biện pháp nội khoa và sản khoa. + Sử dụng thuốc giảm đau, an thần trong khi chuyển dạ, lựa chọn các thuốc không làm tim đập nhanh. + Thở đầy đủ oxy trong chuyển dạ và sau sinh. + Tránh để chảy máu quá mức sau sinh. + Hạn chế sử dụng thuốc co bóp tử cung ở giai đoạn này nếu không có tình trạng chảy máu. + Tránh mổ lấy thai nếu không có chỉ định rõ về lý do sản khoa. + Các người bệnh suy tim độ III và IV không cho con bú. + Giữ người bệnh tại bệnh viện tối thiểu 1 tuần sau sinh, làm tốt công tác tham vấn biện pháp tránh thai.	+ Chuẩn bị tốt người bệnh khi gây mê. + Đề phòng các bệnh nhiễm trùng phổi cấp tính. + Điều trị sớm các trường hợp nhiễm trùng nặng. + Hạn chế đưa một lượng dịch lớn vào cơ thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andrew Baird, Acute pulmonary oedema protocol, Management in general practice .
2. Mark C Norris, bản dịch của BS. Tô Văn Thình, Handbook of Obstetric Anesthesia.
3. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure, page 943.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

I. ĐẠI CƯƠNG

Đường thở khó là những trường hợp bất thường về cấu trúc giải phẫu vùng đầu mặt cổ và hầu họng, khiến cho việc đặt ống nội khí quản (NKQ) vào khí quản rất khó khăn hoặc không thực hiện được với nhiều biện pháp khác nhau như:

+ Được thực hiện bởi chuyên gia gây mê/hồi sức cấp cứu có kinh nghiệm.

+ Đặt thử ≥ 3 lần hoặc thời gian đặt ≥ 10 phút.

II. NGUYÊN NHÂN

- Cấu trúc giải phẫu vùng đầu mặt cổ và hầu họng không bình thường về phát triển cơ thể: miệng há khó, Mallampati III-IV, khoảng cách cằm - giáp ngắn, cổ ngắn, răng trên hô, cằm lẹm, vòng miệng cao, khoang miệng hẹp, lưỡi to, hạn chế vận động khớp thái dương - hàm hoặc cột sống cổ, vẹo cột sống cổ - ngực...

- Bất thường gây biến dạng cấu trúc giải phẫu vùng đầu mặt cổ và hầu họng do bệnh lý hay chấn thương: u vùng vòm miệng - hầu họng - cổ - thanh quản - trung thất, sẹo bỏng gây co rút cơ vùng mặt, cổ, sẹo mở khí quản cũ, thoái hóa hoặc cứng cột sống cổ, chấn thương vùng đầu mặt cổ...

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

III. CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN KHÓ

3.1. Định luật Dr Binnion's LEMON

Nhìn bên ngoài Look Externity (L)	Béo phì Cổ ngắn Răng hô Cằm ngắn Hàm giả Lưỡi phì đại Bỏng Chấn thương mặt
Đánh giá theo nguyên tắc 3-3-2 Evaluate the 3-3-2 rule (E)	3 ngón tay vừa miệng. 3 ngón tay từ cằm tới sụn móng. 2 ngón tay từ sàn miệng tới đỉnh sụn giáp.
Phân độ theo Mallampati Mallampati (M)	Độ I: Thấy toàn bộ lưỡi gà, khẩu cái mềm và thành sau họng. Độ II: Thấy gần trọn lưỡi gà, một phần khẩu cái mềm và thành sau họng. Độ III: Thấy một phần lưỡi gà và khẩu cái mềm. Độ IV: Không thấy lưỡi gà, chỉ thấy khẩu cái cứng.
Có tắc nghẽn đường thở hay không Obstruction (O)	Máu Chất nôn Răng Nắp thanh môn Khối u Dị vật
Hạn chế di động cổ Neck mobility (N)	Đo khoảng cách từ bờ sụn giáp đến cằm ở tư thế ngửa cổ tối đa nếu > 7 cm thường đặt NKQ dễ, < 6 cm thường đặt NKQ khó.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3.2. Tiên lượng khó bóp bóng hoặc thông khí bằng tay (BONES)

Dựa vào các yếu tố:

- Râu (Beard)
- Béo phì (Obesity)
- Móm (Noteeth)
- Người già (Elderly)
- Ngủ ngáy (Snoring)

3.3. Dự báo không thể đặt được NKQ: Quy tắc 4D

- Mất cân xứng (Disproportion): phì đại lưỡi, hàm nhỏ, bất thường đầu mặt cổ bẩm sinh...
- Biến dạng (Distortion): u bì thần kinh, u lympho, bỏng, chấn thương...
- Bất động (Dysmobility): cứng khớp, xơ cứng bì, hạn chế vận động khớp...
- Răng (Dentition): răng móm, răng hô, răng giả...

IV. XỬ TRÍ

4.1. Nguyên tắc

Luôn nhớ rằng người bệnh không chết vì không đặt được NKQ mà sẽ chết vì không được thông khí đủ oxy.

4.2. Xử trí cụ thể

- Trước khi tiến hành đặt NKQ:
  + Chuẩn bị đầy đủ nhất các phương tiện đặt NKQ khó trong điều kiện cho phép như: mask thông khí các cỡ, Fastrack các cỡ, Madrine/Guide, ống nội soi mềm, đèn lưỡi thẳng Miller, đèn Macintosh các loại, kẹp Magill, ống NKQ các cỡ, dụng cụ đặt NKQ ngược dòng, dụng cụ mở khí quản.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Thăm khám kỹ và chuẩn bị các phương án có thể xảy ra, thử cho người bệnh thở qua mask kín (nếu có). Đánh giá tổng trạng và các bệnh lý kèm theo.

+ Nắm vững các kỹ năng, phương tiện và nguồn nhân lực hỗ trợ.

+ Có monitor theo dõi liên tục: mạch, huyết áp, SpO_2, $EtCO_2$, ECG, nhịp thở.

- Khi tiến hành đặt NKQ:

+ Phòng ngừa thiếu oxy: nâng hàm, thông khí với oxy 100%.

+ Phòng ngừa hít sặc: thông khí nhẹ nhàng, nếu cần có thể đặt sonde hút rỗng dạ dày, miệng, mũi trước thủ thuật.

+ Chỉ nên sử dụng các kỹ thuật hoặc dụng cụ đã thành thạo. Không nên cố gắng thực hiện khi chưa quen vì có thể sẽ khiến cơ hội đặt NKQ thành công giảm đi do vùng hầu - họng - thanh môn bị tổn thương, phù nề.

+ Những trường hợp NKQ khó nên sử dụng thuốc dãn cơ khử cực, tác dụng ngắn (Suxamethonium).

- Sử dụng các kỹ thuật cấp cứu đường thở khó bao gồm:

+ Các dụng cụ dẫn đường

+ Nội soi ống cứng

+ Đặt mặt nạ thanh quản

+ Đèn soi thanh quản có gắn camera

+ Nội soi ống mềm

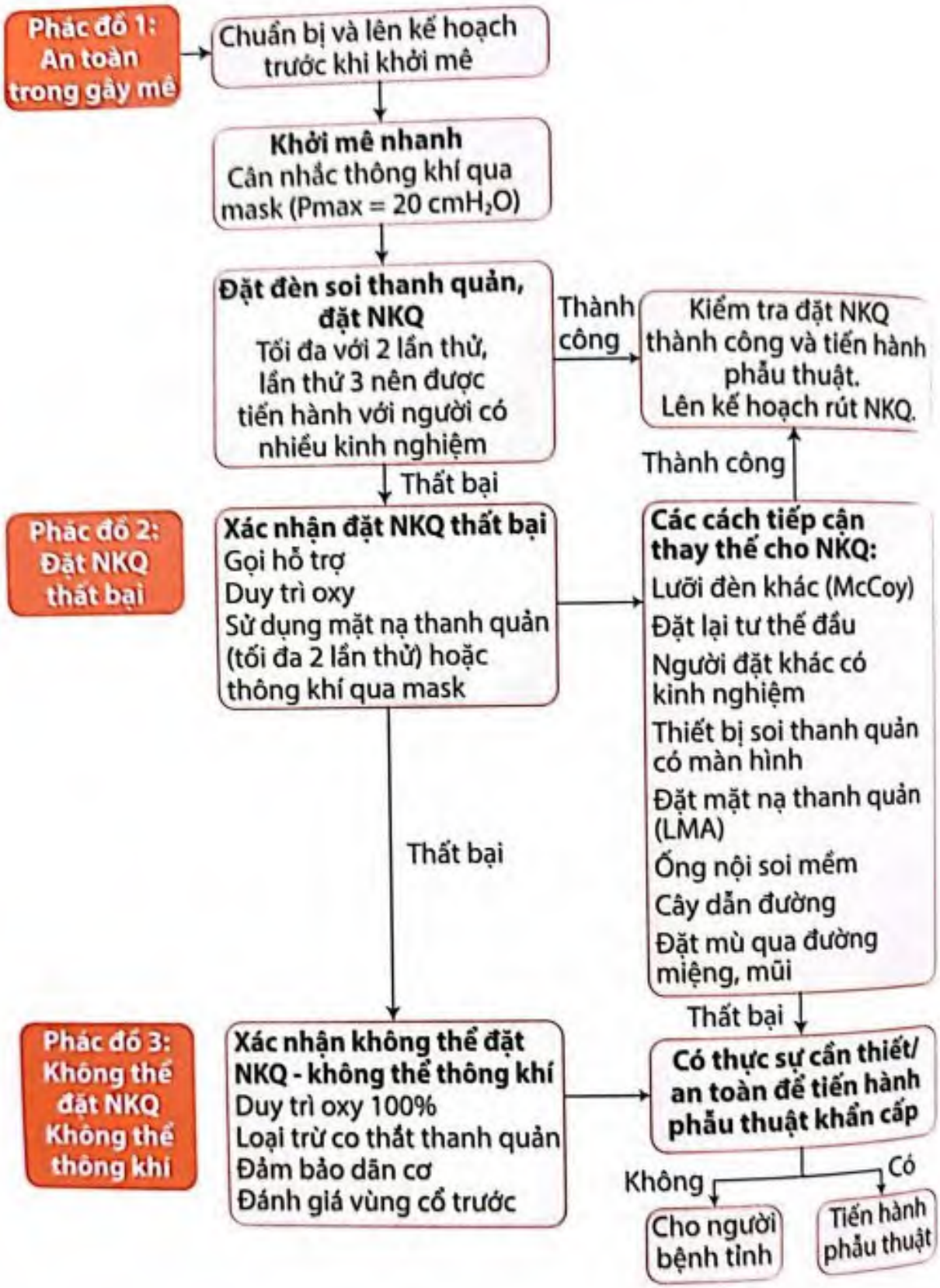
+ Đặt nội khí quản ngược dòng

+ Kỹ thuật chọc can thiệp đường thở cấp cứu

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

XỬ TRÍ CẤP CỨU ĐƯỜNG THỞ KHÓ



Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Society of Anesthesiologists, Inc. Lippincott Williams & Wilkins, Inc.
2. Manual of Emergency Airway Management - 4th edition - Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2012.
3. Ronald D.Miller, Miller's Anesthesia 7th, 2010. Section IV: Anesthesia management, chapter 50: Airway management in the adult.
4. Uptodate: the difficult airway in adult.
5. Walls RM, Murphy MF, The Difficult Airway Course®: Emergency.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

89 CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Phản vệ là một phản ứng dị ứng, có thể xuất hiện ngay lập tức từ vài giây, vài phút đến vài giờ sau khi cơ thể tiếp xúc với dị nguyên gây ra các bệnh cảnh lâm sàng khác nhau, có thể nghiêm trọng dẫn đến tử vong nhanh chóng.
- Dị nguyên là yếu tố lạ khi tiếp xúc có khả năng gây phản ứng dị ứng cho cơ thể, bao gồm thức ăn, thuốc và các yếu tố khác.
- Sốc phản vệ là mức độ nặng nhất của phản vệ do đột ngột dãn toàn bộ hệ thống mạch và co thắt phế quản có thể gây tử vong trong vòng một vài phút.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng gợi ý

Nghĩ đến phản vệ khi xuất hiện ít nhất một trong các triệu chứng sau:

- Mày đay, phù, mạch nhanh.
- Khó thở, tức ngực, thở rít.
- Đau bụng hoặc nôn.
- Tụt huyết áp (HA) hoặc ngất.
- Rối loạn ý thức.

2.2. Các bệnh cảnh lâm sàng

a) Bệnh cảnh lâm sàng 1: các triệu chứng xuất hiện trong vài giây đến vài giờ ở da, niêm mạc (mày đay, phù mạch, ngứa...) và có ít nhất 1 trong 2 triệu chứng sau:

- Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Tụt HA hay các hậu quả của tụt HA (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ...).

b) *Bệnh cảnh lâm sàng 2:* ít nhất 2 trong 4 triệu chứng sau xuất hiện trong vài giây đến vài giờ sau khi người bệnh tiếp xúc với yếu tố nghi ngờ:

- Biểu hiện ở da, niêm mạc: mày đay, phù mạch, ngứa.
- Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít).
- Tụt HA hoặc các hậu quả của tụt HA (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ...).
- Các triệu chứng tiêu hóa (nôn, đau bụng ...).

c) *Bệnh cảnh lâm sàng 3:* tụt HA xuất hiện trong vài giây đến vài giờ sau khi tiếp xúc với yếu tố nghi ngờ mà người bệnh đã từng bị dị ứng:

- Trẻ em: giảm ít nhất 30% HA tâm thu (HA tối đa) hoặc tụt HA tâm thu so với tuổi (HA tâm thu < 70 mmHg).
- Người lớn: HA tâm thu < 90 mmHg hoặc giảm 30% giá trị HA tâm thu nền.

2.3. Chẩn đoán phân biệt

- Các trường hợp sốc: sốc tim, sốc giảm thể tích, sốc nhiễm khuẩn.
- Tai biến mạch máu não.
- Các nguyên nhân đường hô hấp: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), cơn hen phế quản, khó thở thanh quản (do dị vật, viêm).
- Các bệnh lý ở da: mày đay, phù mạch.
- Các bệnh lý nội tiết: cơn bão giáp trạng, hội chứng carcinoid, hạ đường máu.
- Các ngộ độc: rượu, opiat, histamin.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

III. PHÂN ĐỘ

Phản vệ được phân thành 4 mức độ như sau (lưu ý mức độ phản vệ có thể nặng lên rất nhanh và không theo tuần tự):

3.1. Nhẹ (độ I)

- Chỉ có các triệu chứng da, tổ chức dưới da và niêm mạc như mày đay, ngứa, phù mạch.

3.2. Nặng (độ II): có từ 2 biểu hiện ở nhiều cơ quan:

- Mày đay, phù mạch xuất hiện nhanh.
- Khó thở nhanh nông, tức ngực, khàn tiếng, chảy nước mũi.
- Đau bụng, nôn, tiêu chảy.
- HA chưa tụt hoặc tăng, nhịp tim nhanh hoặc loạn nhịp.

3.3. Nguy kịch (độ III): biểu hiện ở nhiều cơ quan với mức độ nặng hơn như sau:

- Đường thở: tiếng rít thanh quản, phù thanh quản.
- Thở: thở nhanh, khò khè, tím tái, rối loạn nhịp thở.
- Rối loạn ý thức: vật vã, hôn mê, co giật, rối loạn cơ tròn.
- Tuần hoàn: sốc, mạch nhanh nhỏ, tụt HA.

3.4. Ngừng tuần hoàn (độ IV): biểu hiện ngừng hô hấp, ngừng tuần hoàn.

IV. XỬ TRÍ

4.1. Nguyên tắc chung

- Tất cả trường hợp phản vệ phải được phát hiện sớm, xử trí khẩn cấp, kịp thời ngay tại chỗ và theo dõi liên tục ít nhất trong vòng 24 giờ.
- Adrenalin là thuốc thiết yếu, quan trọng hàng đầu cứu sống người bệnh bị phản vệ, phải được tiêm bắp ngay khi chẩn đoán phản vệ từ độ II trở lên.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

4.2. Xử trí phản vệ nhẹ (độ 1): dị ứng nhưng có thể chuyển thành nặng hoặc nguy kịch

- Sử dụng thuốc Methylprednisolon hoặc Diphenhydramin uống hoặc tiêm tùy tình trạng người bệnh.
- Diphenhydramin: uống hoặc tiêm 1 mg/kg
- Methylprednisolon: uống hoặc tiêm 1-2 mg/kg (hoặc các thuốc tương tự)
- Tiếp tục theo dõi ít nhất 24 giờ để xử trí kịp thời.

4.3. Xử trí cấp cứu phản vệ mức nặng và nguy kịch (độ II, III)

Phản vệ độ II có thể nhanh chóng chuyển sang độ III, độ IV. Vì vậy, phải khẩn trương, xử trí đồng thời theo diễn biến bệnh:

- Ngừng ngay tiếp xúc với thuốc hoặc dị nguyên (nếu có).
- Tiêm hoặc truyền Adrenalin.
- Cho người bệnh nằm tại chỗ, đầu thấp, nghiêng trái nếu có nôn.
- Thở oxy: người lớn 6-10 lít/phút, trẻ em 2-4 lít/phút qua mặt nạ hở.
- Đánh giá tình trạng hô hấp, tuần hoàn, ý thức và các biểu hiện ở da, niêm mạc của người bệnh.
- Ép tim ngoài lồng ngực và bóp bóng (nếu ngừng hô hấp, tuần hoàn).
- Đặt nội khí quản hoặc mở khí quản cấp cứu (nếu khó thở thanh quản).
- Thiết lập đường truyền Adrenalin tĩnh mạch với dây truyền thông thường nhưng kim tiêm to (cỡ 14 hoặc 16G) hoặc đặt catheter tĩnh mạch và một đường truyền tĩnh mạch thứ hai để truyền dịch nhanh.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

4.4. Sử dụng Adrenalin và truyền dịch

- Mục tiêu: nâng và duy trì ổn định HA tối đa của người lớn lên > 90 mmHg, trẻ em > 70 mmHg và không còn các dấu hiệu về hô hấp như thở rít, khó thở; dấu hiệu về tiêu hóa như nôn, tiêu chảy.
- Thuốc Adrenalin 1mg = 1mL = 1 ống, tiêm bắp
  + Trẻ sơ sinh: hoặc trẻ < 10 kg — 0,2 mL (tương đương 1/5 ống).
  + Trẻ khoảng 10 kg: 0,25 mL (tương đương 1/4 ống).
  + Trẻ khoảng 20 kg: 0,3 mL (tương đương 1/3 ống).
  + Trẻ > 30 kg: 0,5 mL (tương đương 1/2 ống).
  + Người lớn: 0,5-1 mL (tương đương 1/2-1 ống).
- Theo dõi HA 3-5 phút/lần.
- Tiêm nhắc lại Adrenalin liều như trên 3-5 phút/lần cho đến khi HA và mạch ổn định.
- Nếu mạch không bắt được và HA không đo được, các dấu hiệu hô hấp và tiêu hóa nặng lên sau 2-3 lần tiêm bắp hoặc có nguy cơ ngừng tuần hoàn phải:
  + Nếu chưa có đường truyền tĩnh mạch: Tiêm tĩnh mạch chậm dung dịch Adrenalin 1/10.000 (1 ống Adrenalin 1 mg pha với 9 mL nước cất = pha loãng 1/10). Liều Adrenalin tiêm tĩnh mạch chậm trong cấp cứu phản vệ chỉ bằng 1/10 liều Adrenalin tiêm tĩnh mạch trong cấp cứu ngừng tuần hoàn. Liều dùng:
    - Người lớn: 0,5-1 mL (dung dịch pha loãng 1/10.000 = 50-100 mcg) tiêm trong 1-3 phút, sau 3 phút có thể tiêm tiếp lần 2 hoặc lần 3 nếu mạch và HA chưa lên. Chuyển ngay sang truyền tĩnh mạch liên tục khi đã thiết lập được đường truyền.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Trẻ em: Không áp dụng tiêm tĩnh mạch chậm.

+ Nếu đã có đường truyền tĩnh mạch, truyền tĩnh mạch liên tục Adrenalin (pha Adrenalin với dung dịch Natri Clorid 0,9%) cho người bệnh kém đáp ứng với Adrenalin tiêm bắp và đã được truyền đủ dịch. Bắt đầu bằng liều 0,1 pg/kg/phút, cứ 3-5 phút điều chỉnh liều Adrenalin tùy theo đáp ứng của người bệnh.

+ Đồng thời với việc dùng Adrenalin truyền tĩnh mạch liên tục, truyền nhanh dung dịch Natri Clorid 0,9% 1.000-2.000 mL ở người lớn, 10-20 mL/kg trong 10-20 phút ở trẻ em có thể nhắc lại nếu cần thiết.

- Khi đã có đường truyền tĩnh mạch Adrenalin với liều duy trì HA ổn định thì có thể theo dõi mạch và HA 1 giờ/lần đến 24 giờ.

Bảng tham khảo cách pha loãng Adrenalin với dung dịch Natri Clorid 0,9% và tốc độ truyền tĩnh mạch chậm

01 ống Adrenalin 1 mg pha với 250 mL NaCl 0,9%
(như vậy 1 mL dung dịch pha loãng có 4 mcg Adrenalin)

Cân nặng người bệnh (kg)	Liều truyền tĩnh mạch Adrenalin khởi đầu (0,1 mcg/kg/ph)	Tốc độ (giọt/ph) với kim tiêm 1 mL = 20 giọt
Khoảng 80	2,00 mL	40 giọt
Khoảng 70	1,75 mL	35 giọt
Khoảng 60	1,50 mL	30 giọt
Khoảng 50	1,25 mL	25 giọt
Khoảng 40	1,00 mL	20 giọt
Khoảng 30	0,75 mL	15 giọt
Khoảng 20	0,50 mL	10 giọt
Khoảng 10	0,25 mL	5 giọt

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

4.5. Xử trí tiếp theo

a) Hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn: Tùy mức độ suy tuần hoàn, hô hấp có thể sử dụng một hoặc các biện pháp sau đây:

- Thở oxy qua mặt nạ: 6-10 lít/phút cho người lớn, 2-4 lít/phút ở trẻ em.
- Bóp bóng AMBU có oxy.
- Đặt ống nội khí quản thông khí nhân tạo có oxy nếu thở rít tăng lên không đáp ứng với Adrenalin.
- Mở khí quản nếu có phù thanh môn-hạ họng không đặt được nội khí quản.
- Truyền tĩnh mạch chậm: Aminophyllin 1 mg/kg/giờ hoặc Salbutamol 0,1 mcg/kg/phút hoặc Terbutalin 0,1 mcg/kg/phút (tốt nhất là qua bơm tiêm điện hoặc máy truyền dịch).
- Có thể thay thế Aminophyllin bằng Salbutamol 5 mg khí dung qua mặt nạ hoặc xịt họng Salbutamol 100 mcg người lớn 2-4 nhát/lần, trẻ em 2 nhát/lần, 4-6 lần trong ngày.

b) Nếu không nâng được HA theo mục tiêu sau khi đã truyền đủ dịch và Adrenalin: có thể truyền thêm dung dịch keo (huyết tương, albumin hoặc bất kỳ dung dịch cao phân tử nào sẵn có).

c) Thuốc khác

- Methylprednisolon 1-2 mg/kg ở người lớn, tối đa 50 mg ở trẻ em hoặc Hydrocortison 200 mg ở người lớn, tối đa 100 mg ở người lớn, tiêm tĩnh mạch (có thể tiêm bắp ở tuyến cơ sở).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Kháng Histamin H1 như Diphenhydramin tiêm bắp hoặc tĩnh mạch: người lớn 25-50 mg và trẻ em 10-25 mg.
- Kháng Histamin H2 như Ranitidin: ở người lớn 50 mg, ở trẻ em 1 mg/kg pha trong 20 mL Dextrose 5% tiêm tĩnh mạch trong 5 phút.
- Có thể phối hợp thêm các thuốc vận mạch khác: Dopamin, Dobutamin, Noradrenalin truyền tĩnh mạch khi người bệnh có sốc nặng đã được truyền đủ dịch và Adrenalin mà HA không lên.

d) Theo dõi

- Trong giai đoạn cấp: theo dõi mạch, HA, nhịp thở, SpO_2 và tri giác 3-5 phút/lần cho đến khi ổn định.
- Trong giai đoạn ổn định: theo dõi mạch, HA, nhịp thở, SpO_2 và tri giác mỗi 1-2 giờ trong ít nhất 24 giờ tiếp theo.
- Tất cả các người bệnh phản vệ cần được theo dõi đến ít nhất 24 giờ sau khi HA đã ổn định và để phòng phản vệ pha 2.
- Ngừng cấp cứu: nếu sau khi cấp cứu ngừng tuần hoàn tích cực không kết quả.

V. XỬ TRÍ PHẢN VỆ TRONG MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT

5.1. Phản vệ trên đối tượng sử dụng thuốc đặc biệt

a) Phản vệ trên người đang dùng thuốc chẹn thụ thể Beta

- Đáp ứng của người bệnh này với Adrenalin thường kém, làm tăng nguy cơ tử vong.
- Điều trị: về cơ bản giống như phác đồ chung xử trí phản vệ, cần theo dõi sát HA, truyền tĩnh mạch Adrenalin và có thể truyền thêm các thuốc vận mạch khác.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Thuốc dãn phế quản: nếu thuốc cường beta 2 đáp ứng kém, nên dùng thêm kháng cholinergic: Ipratropium (0,5 mg khí dung hoặc 2 nhát đường xịt).

b) Phản vệ trong khi gây mê, gây tê phẫu thuật

- Những trường hợp này thường khó chẩn đoán phản vệ vì người bệnh đã được gây mê, an thần, các biểu hiện ngoài da có thể không xuất hiện nên không đánh giá được các dấu hiệu chủ quan, cần đánh giá kỹ triệu chứng trong khi gây mê, gây tê phẫu thuật như HA tụt, nồng độ oxy máu giảm, mạch nhanh, biến đổi trên monitor theo dõi, ran rít mới xuất hiện.

- Ngay khi nghi ngờ phản vệ, có thể lấy máu định lượng tryptase tại thời điểm chẩn đoán và mức tryptase nền của người bệnh.

- Chú ý khai thác kỹ tiền sử dị ứng trước khi tiến hành gây mê, gây tê phẫu thuật để có biện pháp phòng tránh.

- Lưu ý: một số thuốc gây tê là những hoạt chất ưa mỡ (Lipophilic) có độc tính cao khi vào cơ thể gây nên một tình trạng ngộ độc nặng giống như phản vệ có thể tử vong trong vài phút, cần phải điều trị cấp cứu bằng thuốc kháng độc (nhũ dịch lipid) kết hợp với Adrenalin vì không thể biết được ngay cơ chế phản ứng là nguyên nhân ngộ độc hay dị ứng.

- Dùng thuốc kháng độc là nhũ dịch lipid tiêm tĩnh mạch như Lipofundin 20%, Intralipid 20% tiêm nhanh tĩnh mạch, có tác dụng trung hòa độc chất do thuốc gây tê tan trong mỡ vào tuần hoàn. Liều lượng như sau:

  + Người lớn: tổng liều 10mL/kg, trong đó bolus 100mL, tiếp theo truyền tĩnh mạch 0,2-0,5 mL/kg/phút.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Trẻ em: tổng liều 10 mL/kg, trong đó bolus 2 mL/kg, tiếp theo truyền tĩnh mạch 0,2-0,5 mL/kg/phút.

Trường hợp nặng, nguy kịch có thể tiêm 2 lần bolus cách nhau vài phút.

c) Phản vệ với thuốc cản quang

- Phản vệ với thuốc cản quang xảy ra chủ yếu theo cơ chế không dị ứng.
- Khuyến cáo sử dụng thuốc cản quang có áp lực thẩm thấu thấp và không ion hóa (tỷ lệ phản vệ thấp hơn).

5.2. Các trường hợp đặc biệt khác

a) Phản vệ do gắng sức

- Là dạng phản vệ xuất hiện sau hoạt động gắng sức.
- Triệu chứng điển hình: người bệnh cảm thấy mệt mỏi, kiệt sức, nóng bừng, đỏ da, ngứa, mày đay, có thể phù mạch, khò khè, tắc nghẽn đường hô hấp trên, trụy mạch. Một số người bệnh thường chỉ xuất hiện triệu chứng khi gắng sức có kèm thêm các yếu tố đồng kích thích khác như: thức ăn, thuốc chống viêm giảm đau không steroid, rượu, phấn hoa.
- Người bệnh phải ngừng vận động ngay khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên. Người bệnh nên mang theo người hộp thuốc cấp cứu phản vệ hoặc bơm tiêm Adrenalin định liều chuẩn (EpiPen, AnaPen...). Điều trị theo Mục IV như trên.
- Gửi khám chuyên khoa Dị ứng-miễn dịch lâm sàng sàng lọc nguyên nhân.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

b) Phản vệ vô căn

- Phản vệ vô căn được chẩn đoán khi xuất hiện các triệu chứng phản vệ mà không xác định được nguyên nhân.
- Điều trị theo Mục IV như trên.
- Điều trị dự phòng: được chỉ định cho các người bệnh thường xuyên xuất hiện các đợt phản vệ (> 6 lần/năm hoặc > 2 lần/2 tháng).
- Điều trị dự phòng theo phác đồ:

+ Prednisolon 60-100 mg/ngày x 1 tuần, sau đó
+ Prednisolon 60 mg/cách ngày x 3 tuần, sau đó
+ Giảm dần liều Prednisolon trong vòng 2 tháng
+ Kháng H1: Cetirizin 10 mg/ngày, Loratadin 10 mg/ngày...

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

SƠ ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ

CHẨN ĐOÁN

XÁC ĐỊNH TÌNH TRẠNG PHẢN VỆ

NGỪNG NGA[illegible] XÚC VỚI THUỐC HOẶC DỊ NGUYÊN + GỌI HỖ TRỢ
Đặt người bệnh nằm đầu thấp

PHÂN ĐỘ

Nhẹ (độ I)
Chỉ có triệu chứng da: mày đay, ngứa, phù mạch

Nặng (độ II)
- Mày đay, ngứa, phù mạch xuất hiện nhanh
- Khó thở, tức ngực, thở rít
- Đau bụng quặn, nôn
- HA chưa tụt hoặc tăng
- Không có rối loạn ý thức

Nguy kịch (độ III)
- Đường thở: khàn tiếng, tiếng rít thanh quản
- Thở: thở nhanh, khò khè, tím tái, rối loạn nhịp thở
- Tuần hoàn: da nhợt, lạnh, ẩm, tụt HA
- Rối loạn ý thức, hôn mê, rối loạn cơ tròn

Xử trí ngay bằng ADRENALIN (ống 1 mg/1 mL)
Duy nhất cứu sống người bệnh

XỬ TRÍ CẤP CỨU PHẢN VỆ

- Diphenhydramin: uống hoặc tiêm 1 mg/kg
- Methyprednisolon uống hoặc tiêm 1-2 mg/kg tùy theo mức độ dị ứng (hoặc các thuốc tương tự)

TIÊM BẮP
Người lớn: 1/2 ống
Trẻ em: 1/5-1/3 ống
- Nhắc lại sau mỗi 3-5 phút cho đến khi hết các dấu hiệu về hô hấp
- Thiết lập sẵn đường truyền tĩnh mạch NaCl 0,9%

ĐƯỜNG TĨNH MẠCH
Sau khi tiêm bắp > 2 lần HA không lên, các dấu hiệu hô hấp và tiêu hóa nặng lên:
- Nếu chưa có đường truyền tĩnh mạch: tiêm TM chậm Adrenalin pha loãng 1/10 (0,1 mg = 1 mL), tiêm nhắc lại khi cần.
  + Người lớn: 0,5-1 mL (50-100 mcg)
  + Trẻ em: không áp dụng tiêm tĩnh mạch chậm
- Khi đã có đường truyền: chuyển ngay sang truyền tĩnh mạch chậm liên tục bắt đầu 0,1 mcg/kg/ph, chỉnh liều theo HA

Mục tiêu: duy trì HA tâm thu
- Người lớn: ≥ 90 mmHg
- Trẻ em: ≥ 70 mmHg

XỬ TRÍ TIẾP THEO

Tiếp tục theo dõi mạch, HA, nhịp thở,...

Các biện pháp khác tùy điều kiện *(không thể thay thế được ADRENALIN)*
1. Khai thông đường thở, đảm bảo hô hấp: thở oxy, thông khí
2. Truyền tĩnh mạch Natri Clorid 0,9%
   - Người lớn: truyền nhanh 1-2 lít, có thể nhắc lại nếu cần thiết
   - Trẻ em: truyền nhanh 10-20 mL/kg trong 10-20 phút đầu, có thể nhắc lại nếu HA chưa lên.
3. Diphenhydramin: 10-50 mg
4. Methylprednisolon: 1-2 mg/kg
5. Salbutamol xịt

Chuyển hồi sức nếu huyết động và hô hấp không ổn định

THEO DÕI

THEO DÕI: Mạch, HA 5-10 phút/lần - SpO_2
Khi tình trạng ổn định tiếp tục theo dõi 1-2 giờ/lần trong ít nhất 24 giờ tiếp theo (đề phòng phản vệ 2 pha)

KHUYẾN CÁO

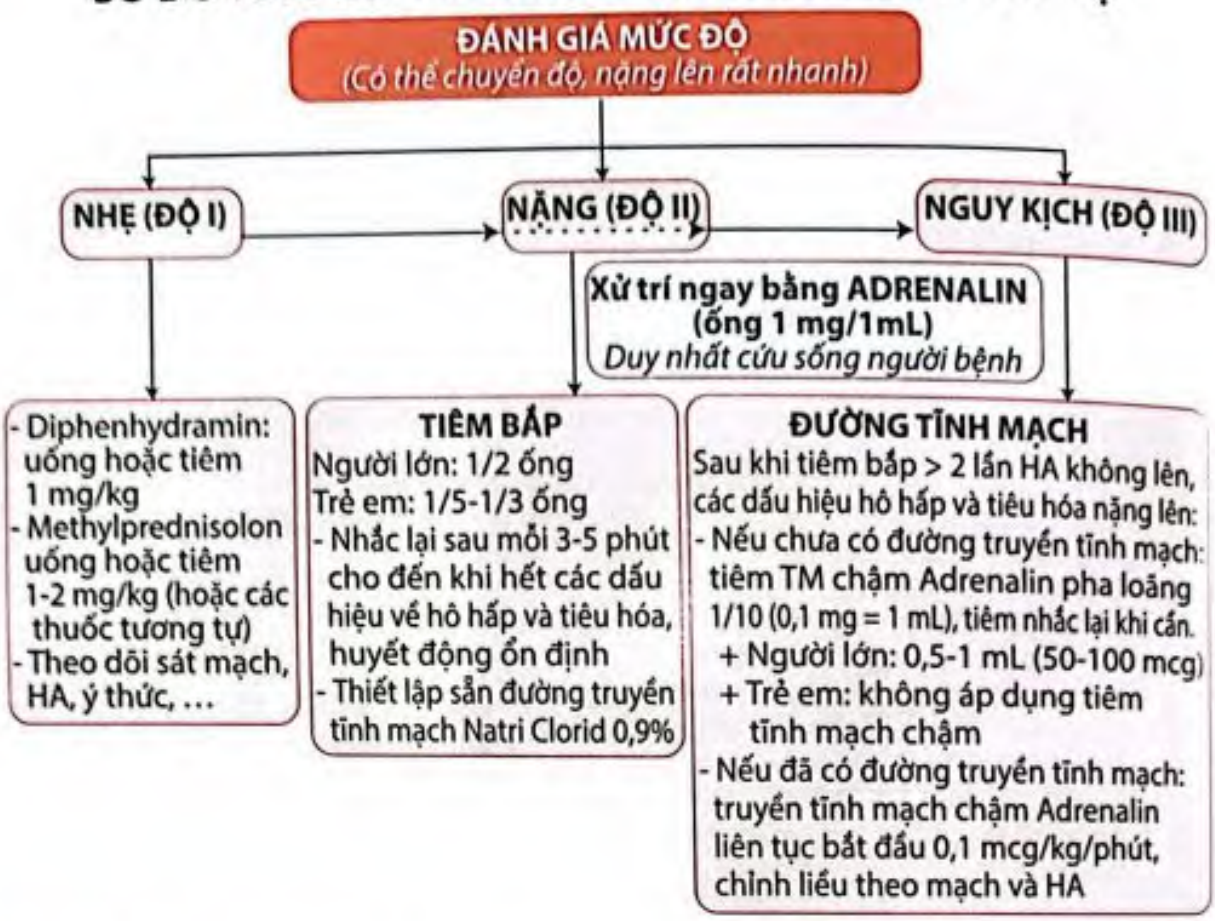
1. **Nhân viên y tế được phép tiêm bắp Adrenalin theo phác đồ khi xảy ra phản vệ.**
2. **Phát thẻ theo dõi dị ứng thuốc - khám lại chuyên khoa dị ứng miễn dịch lâm sàng sau 4-6 tuần.**

Gọi là tụt HA khi HA tâm thu < 90 mmHg hoặc HA tụt > 30% so với HA tâm thu nền của BN.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

SƠ ĐỒ TÓM TẮT VỀ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ



TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017), Thông tư số 51/2017/TT-BYT của Bộ Y tế ngày 29/12/2017 về Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

ĐIỀU TRỊ NGỘ ĐỘC THUỐC TÊ 90

I. ĐẠI CƯƠNG

Ngộ độc thuốc tê (Local Anesthetic Systemic Toxicity - LAST) là phản ứng bất lợi đe dọa tính mạng do thuốc tê đi vào tuần hoàn đạt mức đáng kể. Ngộ độc thuốc tê hiếm gặp và hầu như luôn xảy ra trong vài phút sau khi tiêm thuốc tê.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng

- Cần nghĩ đến ngộ độc thuốc tê khi người bệnh có thay đổi trạng thái tinh thần, triệu chứng thần kinh hoặc bất thường về tim mạch sau gây tê (ví dụ: thay đổi nhịp tim, huyết áp, điện tâm đồ).
- Triệu chứng thần kinh trung ương có thể thoáng qua hoặc không điển hình:
  + Kích thích: kích động, lú lẫn, nói nhảm, run giật cơ, co giật.
  + Ức chế: ngủ lơ mơ, đờ dẫn, hôn mê hoặc ngừng thở.
  + Triệu chứng không đặc hiệu: vị kim loại, tê quanh miệng, ù tai, song thị, chóng mặt.
- Triệu chứng tim mạch: đôi khi là biểu hiện duy nhất của ngộ độc thuốc tê nặng:
  + Giai đoạn đầu: có thể tăng huyết áp, nhịp tim nhanh, loạn nhịp thất.
  + Giai đoạn sau:
    - Tụt huyết áp tiến triển.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Ức chế dẫn truyền, nhịp tim chậm hoặc vô tâm thu.
- Rối loạn nhịp thất như nhịp nhanh thất, rung thất, xoắn đỉnh hoặc vô tâm thu.

- Ngộ độc thuốc tê có thể xảy ra với:

+ Liều nhỏ thuốc tê.

+ Các phương pháp gây tê không truyền thống như: gây tê dưới da, gây tê niêm mạc, gây tê ngoài da.

+ Sau tháo garo chi.

2.2. Lưu ý

- Thuốc an thần có thể làm giảm khả năng nhận biết hoặc biểu hiện triệu chứng của người bệnh.
- Theo dõi người bệnh liên tục trong và sau khi tiêm thuốc. Độc tính lâm sàng của thuốc tê có thể xuất hiện sau 30 phút hoặc lâu hơn.
- Cần thiết sử dụng monitor theo dõi.
- Giao tiếp thường xuyên với người bệnh để phát hiện kịp thời triệu chứng ngộ độc thuốc tê.

III. XỬ TRÍ

3.1. Nguyên tắc

- Ngừng tiêm thuốc tê.
- Gọi hỗ trợ.
- Nhanh chóng kiểm soát đường thở, sử dụng dụng cụ đường thở nâng cao nếu cần thiết.
- Thông khí với oxy 100%, tránh tăng thông khí.
- Chuẩn bị sẵn sàng hộp "Cấp cứu ngộ độc thuốc tê".

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3.2. Xử trí cụ thể

- Điều trị ngưng tim:

  + Thuốc điều trị ngưng tim do ngộ độc thuốc tê khác với điều trị ngưng tim do nguyên nhân khác.

  + Sử dụng liều thấp Adrenalin (Epinephrine) ≤ 1µg/kg.

  + Nếu có loạn nhịp thất ưu tiên sử dụng Amiodarone.

  + Không sử dụng Vasopressin, thuốc chẹn kênh Calci, thuốc ức chế beta hoặc các thuốc tê khác.

- Điều trị co giật:

  + Ưu tiên sử dụng Benzodiazepine, Thiopental.

  + Tránh sử dụng liều cao Propofol, đặc biệt ở những người bệnh huyết động không ổn định.

- Điều trị tụt huyết áp và nhịp tim chậm. Nếu không có mạch, bắt đầu hồi sinh tim phổi (Cardio Pulmonary Resuscitation - CPR).

- Thông báo cho đơn vị tuần hoàn ngoài cơ thể gần nhất, dự kiến và lên kế hoạch hồi sức kéo dài.

- Cân nhắc sử dụng nhũ tương Lipid khi có triệu chứng ngộ độc thuốc tê rõ ràng.

Nhũ tương Lipid 20% (Thể tích và tốc độ truyền không quan trọng)	
Người bệnh > 70 kg	**Người bệnh < 70 kg**
Bolus 100 mL nhũ tương Lipid 20% trong 2-3 phút Truyền nhũ tương Lipid 20% 200-250 mL trong 15-20 phút.	**Bolus 1,5 mL/kg nhũ tương Lipid 20% trong 2-3 phút** Truyền nhũ tương Lipid 20% khoảng 0,25 mL/kg/phút (theo cân nặng lý tưởng)*

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Nhũ tương Lipid 20% (Thể tích và tốc độ truyền không quan trọng)	
Người bệnh > 70 kg	**Người bệnh < 70 kg**
Nếu tình trạng người bệnh vẫn không ổn định	
Tiêm bolus nhắc lại 1 hoặc 2 lần với liều tương tự hoặc gấp đôi tốc độ truyền dịch, cảnh giác với liều tối đa 12 mL/kg. Tổng lượng Lipid sử dụng có thể lên đến 1000 mL trong quá trình hồi sức kéo dài (> 30 phút)	

Phác đồ sử dụng nhũ tương Lipid 20%

* Công thức tính cân nặng lý tưởng (Ideal Body Weight - IBW):

+ Nam: IBW (kg) = 50 + 0,91 x [Chiều cao (cm) – 152].

+ Nữ: IBW (kg) = 45,5 + 0,91 x [Chiều cao (cm) – 152].

- Tiếp tục theo dõi:

+ Ít nhất 4-6 giờ sau biến cố về tim mạch.

+ Ít nhất 2 giờ sau biến cố về thần kinh trung ương.

3.3. Lưu ý:

- Sử dụng nhũ tương Lipid 20% ngay khi có những dấu hiệu ban đầu rõ ràng của ngộ độc thuốc tê.
- Nhũ tương Lipid 20% có thể được sử dụng để điều trị ngộ độc bất kỳ loại thuốc tê nào.
- Liều Adrenalin 1 mg có thể cản trở hồi sức và giảm hiệu quả Lipid trong cấp cứu ngộ độc thuốc tê. Sử dụng liều nhỏ hơn liều thông thường trong hồi sinh tim phổi nâng cao (Advanced Cardiac Life Support - ACLS), ví dụ ≤ 1 µg/kg/bolus, hoặc để điều trị tụt huyết áp.
- Nếu ngộ độc thuốc tê xảy ra trong thời gian ngắn và không có dấu hiệu bất ổn về tim mạch, có thể cân nhắc tiến hành phẫu thuật nếu sau 30 phút người bệnh không có biến cố gì.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

IV. DỰ PHÒNG

Các biện pháp giảm nguy cơ ngộ độc thuốc tê bao gồm:

- Sử dụng thuốc tê liều nhỏ nhất có thể.
- Nồng độ thuốc tê trong máu phụ thuộc vị trí tiêm và liều dùng. Cần xác định đối tượng nguy cơ cao như: trẻ em dưới 6 tháng tuổi, người có thể trạng gầy, người già yếu, suy tim, thiếu máu cơ tim cục bộ, bất thường dẫn truyền hoặc rối loạn nhịp tim, mắc các bệnh chuyển hóa (bệnh lý ty thể), bệnh gan, nồng độ protein huyết tương thấp, nhiễm toan, sử dụng các thuốc ức chế kênh Natri. Người bệnh có phân suất tống máu quá thấp dễ bị ngộ độc thuốc tê và có xu hướng tăng nồng độ thuốc tê trong máu liên quan đến việc dùng thuốc lặp lại.
- Cân nhắc việc sử dụng các thuốc chỉ điểm (marker) và/hoặc dùng liều test như Adrenalin 2,5-5 µg/mL (tổng liều 10-15 µg) để kiểm tra thuốc tê có bị tiêm vào lòng mạch hay không. Khi sử dụng liều test, cần nắm rõ biểu hiện, thời điểm xuất hiện, thời gian diễn biến và các giới hạn khi sử dụng biện pháp này.
- Hút ngược bơm tiêm trước khi tiêm xem có máu trong bơm tiêm hay không.
- Tiêm thuốc tê thành từng liều nhỏ, đồng thời theo dõi, đánh giá các triệu chứng ngộ độc thuốc tê.
- Cân nhắc về liều thuốc tê mỗi lần làm thủ thuật hoặc phẫu thuật.
- Tiêm dưới hướng dẫn siêu âm để giảm nguy cơ đâm vào mạch máu.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Chuẩn bị sẵn hộp "Cấp cứu ngộ độc thuốc tê" với đầy đủ các thành phần sau:

+ Nhũ tương Lipid 20%, tổng dung tích 1000 mL.

+ Ống tiêm và kim tiêm lớn.

+ Bộ dây truyền tĩnh mạch.

+ Bảng "Hướng dẫn xử trí ngộ độc thuốc tê".

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hội gây tê vùng và giảm đau Hoa Kỳ (ARSA) (2019), Hướng dẫn xử trí ngộ độc thuốc tê
2. Hướng dẫn xử trí ngộ độc thuốc tê - Trung tâm DI & ADR Quốc gia năm 2018.
3. Neal J.M, Barrington M.J, Fettiplace M.R, Gitman M, Memtsoudis S.G, Morwald E.E & Weinberg G (2018), The Third American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine: Practice advisory on Local Anesthetic Systemic Toxicity; Executive Summary 2017. Regional Anesthesia and Pain Medicine, 43(2), 113-123.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

SỐC NHIỄM TRÙNG

91

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm trùng huyết: rối loạn đáp ứng của người bệnh với nhiễm trùng gây ra rối loạn chức năng cơ quan đe dọa tính mạng.

Sốc nhiễm trùng: nhiễm trùng huyết mà có hạ huyết áp động mạch kéo dài cần dùng tới thuốc vận mạch để duy trì huyết áp động mạch trung bình (MAP) ≥ 65 mmHg và lactate máu < 2 mmol/L.

II. CHẨN ĐOÁN

- Tiêu chuẩn chẩn đoán: nghi ngờ hoặc xác định nhiễm trùng và qSOFA (quick Sequential Organ Failure Assessment) ≥ 2 điểm.
- Thang điểm qSOFA: mỗi tiêu chuẩn sau được tính 1 điểm:

+ Tần số thở ≥ 22 lần/phút

+ Rối loạn tri giác (GCS < 15)

+ Huyết áp tâm thu ≤ 100 mmHg

III. ĐIỀU TRỊ

3.1. Điều trị nguyên nhân

3.1.1. Kiểm soát ổ nhiễm trùng: điều trị tích cực ổ nhiễm trùng như: rửa ổ bụng và đường tiêu hóa, đặt sonde niệu quản, cắt lọc mô hoại tử,...

3.1.2. Kháng sinh theo kinh nghiệm: kháng sinh phổ rộng bắt đầu trong vòng 1 giờ ngay sau chẩn đoán. Cấy

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

(máu, sản dịch, nước tiểu, đàm,...) tìm vi khuẩn trước khi sử dụng kháng sinh. Đánh giá lại liệu pháp kháng sinh sau 48 giờ để xuống thang điều trị hoặc điều chỉnh theo kết quả vi khuẩn học, dược động học và dược lực học của các thuốc.

3.2. Hỗ trợ huyết động

Hỗ trợ huyết động phải được bắt đầu ngay lập tức. Làm đầy lòng mạch "tối ưu" và duy trì áp lực tưới máu cơ quan là mục tiêu cần đạt được càng sớm càng tốt.

Làm đầy lòng mạch: ít nhất 30 mL/kg dịch tinh thể trong 1 giờ đầu. Ngoài ra, Albumin có thể được xem xét nhưng dung dịch keo sẽ không nên sử dụng. Người bệnh nên được đặt huyết áp động mạch xâm lấn và catheter tĩnh mạch trung tâm.

Mục tiêu ban đầu: MAP ≥ 65 mmHg, nước tiểu > 0,5 mL/kg/giờ, $ScVO_2$ ≥ 70% và giảm lactate máu.

Đánh giá về cung lượng tim là cần thiết. Tùy thuộc vào tình trạng sẵn có tại chỗ: CVP, siêu âm tĩnh mạch chủ dưới, siêu âm tim...

Noradrenalin là thuốc vận mạch được lựa chọn trong trường hợp không có suy tim. Trong trường hợp suy tim, việc bổ sung một thuốc tăng co bóp là cần thiết (Adrenalin, Dobutamine).

3.3. Corticoid

Hydrocortisone không nên được sử dụng ở người lớn nếu có đáp ứng điều trị với truyền dịch và thuốc vận mạch.

Nếu không đáp ứng với vận mạch, Hydrocortisone có thể được sử dụng với liều 200 mg/ngày. Ngưng Hydrocortisone khi ngưng vận mạch hoặc sau 72 giờ nếu không hiệu quả cải thiện huyết động.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3.4. Dinh dưỡng

Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch không nên được sử dụng trong giai đoạn cấp tính của sốc nhiễm trùng.

Một lượng calo tối thiểu (dinh dưỡng cho các mục đích cơ bản/ít calo) sẽ được cho trong 48-72 giờ đầu tiên sau đó tăng dần để đạt được mục tiêu lý tưởng vào những ngày tiếp theo.

3.5. Kiểm soát đường huyết

Duy trì đường huyết < 10 mmol/L bằng cách sử dụng Insulin qua bơm tiêm điện (phác đồ Gây mê và đái tháo đường).

3.6. Dự phòng xuất huyết tiêu hóa

Thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày như Omeprazole, Ranitidine.

3.7. Thở máy

- Mục tiêu: SpO_2 > 92% hoặc PaO_2 > 60 mmHg và pH > 7,15.
- Các biện pháp:
  + Thở CPAP nếu người bệnh tỉnh và hợp tác.
  + Thở máy có sử dụng PEEP.

3.8. Truyền máu và các chế phẩm máu

- Không truyền huyết tương tươi đông lạnh để điều chỉnh các bất thường trên xét nghiệm khi không có nguy cơ chảy máu trên lâm sàng cũng như không có kế hoạch làm thủ thuật.
- Chỉ truyền khối hồng cầu khi hemoglobin < 7 g/L ở các người bệnh trẻ; với các người bệnh có nguy cơ giảm oxy máu cao như người cao tuổi, nhồi máu cơ tim, đột quỵ não... nên duy trì nồng độ hemoglobin 7-9 g/L.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Truyền khối tiểu cầu (KTC) khi số lượng tiểu cầu (SLTC) < 10.000/mm^3 ngay khi lâm sàng không có nguy cơ chảy máu. Truyền KTC khi SLTC < 20.000/mm^3 và có nguy cơ chảy máu trên lâm sàng. Đưa SLTC lên trên 50.000/mm^3 nếu có kế hoạch làm thủ thuật hoặc phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Phác đồ điều trị sốc nhiễm khuẩn.
2. MAPAR protocol (2019), Choc septique.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

KHÁM TIỀN MÊ VÀ CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ

92

I. ĐẠI CƯƠNG

- Khám tiền mê là để chuẩn bị người bệnh trước khi phẫu thuật, thủ thuật.
- Khám tiền mê do bác sĩ Gây mê Hồi sức thực hiện tại bộ phận khám trước gây mê hoặc tại khu phẫu thuật hoặc tại khoa có người bệnh phải phẫu thuật, thủ thuật.
- Khám tiền mê được thực hiện trong khoảng thời gian từ 01 đến 07 ngày trước khi người bệnh được phẫu thuật, thủ thuật (trừ trường hợp cấp cứu).
- Mục tiêu của khám tiền mê:

+ Đánh giá nguy cơ của phẫu thuật và tình trạng bệnh nội khoa đi kèm của người bệnh để từ đó có chỉ định làm thêm các xét nghiệm phụ cần thiết khác và cho phép chọn phương pháp gây mê thích hợp.

+ Quyết định tiếp tục hay dừng một vài thuốc mà người bệnh được dùng để điều trị trong một thời gian dài.

II. KHÁM TIỀN MÊ

2.1. Hỏi bệnh

2.1.1. Tiền sử bệnh

- Bệnh tim mạch (tăng huyết áp, mạch vành...). Nếu có tiền sử nhồi máu cơ tim dưới 06 tháng thì có nguy cơ cao nên trì hoãn nếu có thể.
- Bệnh hô hấp (hen phế quản, COPD, lao phổi...)
- Bệnh tiêu hóa (viêm gan virus B, C...)
- Bệnh nội tiết (bướu cổ, đái tháo đường, u tuyến thượng thận...)

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

2.1.2. Tiền sử dị ứng

- Dị ứng do cơ địa: thay đổi thời tiết bị khó thở (hen phế quản), dị ứng thức ăn (hải sản), dị ứng phấn hoa, lông thú, latex, iode...
- Dị ứng thuốc: kháng sinh, thuốc tê, thuốc mê...

2.1.3. Các thói quen

- Hút thuốc lá, thuốc lào: nên kiêng thuốc 2 đến 4 tuần trước mổ để giảm các biến chứng về hô hấp sau mổ.
- Nghiện thuốc phiện
- Nghiện rượu, bia

2.1.4. Thuốc đã và đang điều trị

- Người bệnh đang điều trị tăng huyết áp bằng thuốc chẹn beta cần tiếp tục duy trì.
- Các thuốc ức chế men chuyển nên ngừng trước mổ 24 giờ để tránh tụt huyết áp và mạch chậm khi khởi mê.
- Các thuốc ức chế canxi (Nicardipine, Nifedipine) dùng điều trị suy vành và tăng huyết áp cần tiếp tục duy trì.
- Thuốc lợi tiểu nên ngừng trước mổ 24 giờ để tránh giảm khối lượng tuần hoàn và hạ kali máu.
- Thuốc điều trị đái tháo đường dạng uống nên dừng trước mổ 24 giờ, sau mổ tiếp tục dùng duy trì đường huyết ổn định. Nếu dùng Insulin cần duy trì trước, trong và sau mổ.
- Các người bệnh đang điều trị Corticoid cần tiếp tục duy trì.
- Thuốc kháng đông loại kháng vitamin K nên ngừng vì có thể gây chảy máu, nếu phải dùng thì nên chuyển sang Heparin và duy trì theo kết quả đông máu.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Không ngưng Aspirin trước mổ.
- Clopidogrel (Plavix) ngưng 5 ngày trước mổ.
- Thuốc chống đông thế hệ mới ví dụ Xarelto, dừng thuốc 1-2 ngày trước phẫu thuật Dabigatran phải dừng từ 2-4 ngày.
- Các thuốc nhóm men IMAO cần phải ngừng để hạn chế tác dụng xấu đến tim mạch vì men này làm mất hoạt tính của Noradrenalin, Dopamin.

2.1.5. Tiền sử gia đình: cần khai thác kỹ các trường hợp

- Sốt cao ác tính.
- Hen phế quản.
- Bệnh về máu.
- Động kinh, tâm thần…

2.2. Thăm khám lâm sàng

2.2.1. Khám toàn thân

- Thể trạng béo, gầy, suy kiệt, sốt…
- Chiều cao, cân nặng, BMI

2.2.2. Thần kinh trung ương

- Ý thức: tỉnh táo, lơ mơ

2.2.3. Khám tim mạch

- Mạch
- Huyết áp
- Có bệnh van tim không?
- Có bệnh lý mạch vành không?

2.2.4. Khám hô hấp

- Nhìn lồng ngực xem có dị dạng không?
- Có khó thở không?

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Có tràn dịch, tràn khí không, đặc biệt ở những người bệnh đa chấn thương.
- Phát hiện những bệnh lý mãn tính (COPD,...).

2.2.5. Tiêu hóa

- Thời gian từ bữa ăn uống cuối cùng đến khi phẫu thuật là bao lâu, đặc biệt ở những người bệnh cấp cứu.
- Khám gan (to không, mật độ thế nào, da vàng không...)

2.2.6. Tiết niệu

- Có suy thận không?
- Chức năng thận

2.2.7. Sinh dục

- Có thai không, nếu có là tháng thứ mấy?

2.2.8. Nội tiết

- Bệnh Basedow
- Đái tháo đường
- U tuyến thượng thận

2.2.9. Cột sống

- Cột sống có bị gù vẹo không, mức độ gù vẹo có ảnh hưởng nặng chức năng hô hấp không?

2.2.10. Đầu, mặt, cổ, răng miệng

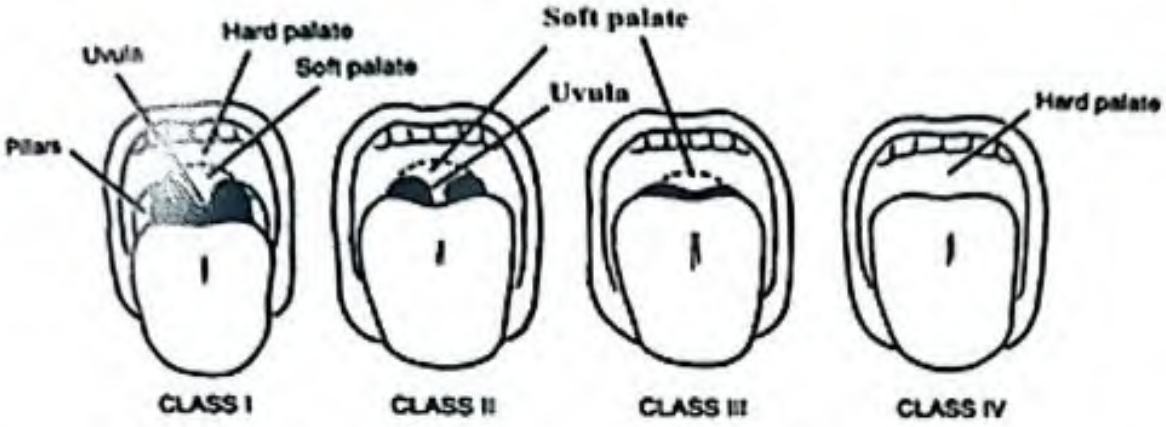
- Răng có lung lay không, có răng giả không?
- Cổ ngắn
- Lưỡi to
- Khám và phân độ Mallampati

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

ĐÁNH GIÁ ĐƯỜNG THỞ

Phân độ Mallampati



2.3. Kiểm tra xét nghiệm có liên quan tới cuộc mổ

2.3.1. Xét nghiệm thường quy

- Huyết học: nhóm máu, Rh, tổng phân tích tế bào máu, TQ, TCK, INR. Riêng xét nghiệm Fibrinogen được thực hiện theo Thông báo 1512/TB-BVTD ban hành ngày 27/9/2021 về chỉ định xét nghiệm Fibrinogen.
- Sinh hóa máu: Đường máu, ure, creatinine, protein, AST, ALT, điện giải đồ (khi có bệnh lý đi kèm: rối loạn nhịp tim, bệnh lý thận, bệnh lý gan, đái tháo đường, Basedow, tiền sản giật, ung thư…)
- Sinh hóa nước tiểu: đường niệu, protein niệu, ceton niệu…
- X quang tim phổi
- Điện tâm đồ

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

2.3.2. Xét nghiệm bổ sung tùy từng trường hợp:

- HIV, HBsAg (trong Sản khoa)
- Sàng lọc kháng thể bất thường: ở người bệnh có tiền sử truyền máu, phụ nữ có tiền sử mang thai, sinh, sẩy thai ≥ 5 lần hoặc trong quá trình điều trị người bệnh cần truyền máu nhiều lần, nhiều ngày phải làm lại xét nghiệm định kỳ không quá 7 ngày một lần.
- Siêu âm tim khi có chỉ định của bác sĩ Gây mê Hồi sức khi thăm khám tiền mê (ở trường hợp người bệnh có tiền sử bệnh lý tim mạch, hoặc triệu chứng lâm sàng, hoặc trên 65 tuổi...)
- Đo chức năng hô hấp đặc biệt khi có bệnh lý phổi nghi ngờ giảm chức năng hô hấp (suyễn, gù vẹo cột sống nặng...)
- Bướu cổ: TSH, FT3, FT4
- Siêu âm ổ bụng
- Và các xét nghiệm chuyên biệt khác tùy tình trạng bệnh lý.

III. XẾP LOẠI SỨC KHỎE NGƯỜI BỆNH THEO ASA (THEO HIỆP HỘI GÂY MÊ HỒI SỨC HOA KỲ)

Phân loại ASA	Định nghĩa	Ví dụ
ASA I	Người bệnh khỏe mạnh bình thường	Khoẻ mạnh, không hút thuốc, không hoặc sử dụng rượu rất ít
ASA II	Người bệnh có bệnh hệ thống nhẹ	Những bệnh lý nhẹ không ảnh hưởng chức năng cơ quan. Ví dụ bao gồm: đang hút thuốc, uống rượu ít, có thai, béo phì (30 < BMI < 40), đái tháo đường hoặc tăng huyết áp kiểm soát tốt, bệnh phổi nhẹ

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Phân loại ASA	Định nghĩa	Ví dụ
ASA III	Người bệnh có bệnh hệ thống nặng	Có ảnh hưởng chức năng cơ quan, 1 hoặc nhiều bệnh lý trung bình đến nặng. Ví dụ: đái tháo đường hoặc tăng huyết áp kiểm soát kém, COPD, béo phì bệnh lý (BMI ≥ 40), viêm gan cấp, lạm dụng hoặc phụ thuộc rượu, đặt máy tạo nhịp, giảm EF mức độ trung bình, bệnh thận giai đoạn cuối cần lọc máu chu kỳ, trẻ sơ sinh non tháng có tuổi thực sự < 60 tuần, tiền sử nhồi máu cơ tim, đột quỵ, thiếu máu não thoáng qua, bệnh mạch vành > 3 tháng.
ASA IV	Người bệnh có bệnh hệ thống nặng mà ảnh hưởng đe dọa tính mạng	Ví dụ: nhồi máu cơ tim, đột quỵ, thiếu máu não thoáng qua, bệnh mạch vành mới < 3 tháng, đang có tình trạng thiếu máu cơ tim, hoặc rối loạn chức năng van tim nặng, giảm nặng EF, nhiễm trùng, DIC, tổn thương thận cấp hoặc bệnh thận giai đoạn cuối mà không được lọc máu thường xuyên.
ASA V	Người bệnh hấp hối mà không thể sống sót nếu không phẫu thuật	Ví dụ: vỡ động mạch chủ bụng, động mạch chủ ngực, đa chấn thương, xuất huyết não lượng nhiều, hoại tử ruột có ảnh hưởng rõ ràng trên tim mạch hoặc gây suy đa tạng.
ASA VI	Người bệnh chết não đang được tiến hành hiến tạng	

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

IV. ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ BUỒN NÔN VÀ NÔN SAU MỔ

Theo thang điểm APFEL, mỗi một yếu tố nguy cơ tính 01 điểm:

- Tiền căn bị nôn và buồn nôn sau mổ.
- Sử dụng thuốc giảm đau nhóm á phiện sau mổ.
- Nữ.
- Không hút thuốc lá.

Dựa vào thang điểm trên, nguy cơ nôn và buồn nôn được tính: < 10% nếu không có yếu tố nguy cơ, 20% nếu có một yếu nguy cơ, 40% nếu có 2 yếu tố, 60% nếu có 3 yếu tố, và 80% nếu có 4 yếu tố.

V. ĐỀ XUẤT ĐIỀU CHỈNH CÁC RỐI LOẠN

- Nếu thiếu máu, suy kiệt: đề nghị cho truyền máu duy trì từ 8-9 g/dL.
- Rối loạn điện giải: chú ý: kali, magnesium
- Kháng sinh dự phòng: theo phác đồ kháng sinh dự phòng của bệnh viện.

VI. DỰ KIẾN PHƯƠNG PHÁP VÔ CẢM

6.1. Những căn cứ đề xuất phương pháp vô cảm:

- Tuổi người bệnh.
- Tình trạng sức khỏe của người bệnh.
- Tính chất và thời gian phẫu thuật.
- Vị trí phẫu thuật.
- Trình độ và kinh nghiệm của bác sĩ gây mê, bác sĩ phẫu thuật.
- Trang thiết bị hiện tại của bệnh viện.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

6.2. Các phương pháp vô cảm

- Gây tê tủy sống, tê ngoài màng cứng, CSE
- Gây mê toàn thân.
- Vô cảm phối hợp.

VII. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ

7.1. Cam kết mổ (theo quy định của bệnh viện)

7.2. Bảng câu hỏi dành cho người bệnh trước thủ thuật, phẫu thuật (có chữ ký): thường quy cho các người bệnh mổ chương trình.

7.3. Chế độ ăn

Thời gian nhịn ăn uống tối thiểu

- Chất lỏng trong > 2 giờ (nước lọc, trà, cà phê đen, nước hoa quả, nước carbonate)
- Sữa công thức > 6 giờ
- Thức ăn lỏng > 6 giờ
- Thức ăn đặc > 8 giờ
- Nếu người bệnh đã ăn trước cuộc mổ cần gây mê toàn diện, nên cân nhắc đặt sonde dạ dày hút sạch thức ăn.

7.4. Tiền mê

- Tư vấn, giải thích cho người bệnh về các vấn đề trong cuộc mổ để người bệnh yên tâm.
- Ngay trước mổ không tiền mê bằng Benzodiazepine thường quy.
- Gabapentine 600-1200 mg (giảm liều ở người bệnh lớn tuổi và suy thận) uống trước phẫu thuật 1 giờ.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Tắm rửa và thay quần áo
- Theo quy định của bệnh viện về chuẩn bị người bệnh trước mổ.
- Lên kế hoạch chống hạ thân nhiệt trong phẫu thuật: sưởi ấm dịch truyền, mền sưởi ấm, drap nóng, đệm sưởi ấm...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012), Thông tư số 13/2012/TT-BYT ngày 20 tháng 8 năm 2012 về việc Hướng dẫn công tác Gây mê - Hồi sức.
2. Đỗ Ngọc Lâm (2002), Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ, Bài giảng Gây mê Hồi sức, tập I, Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 550-559.
3. Phan Thị Hồ Hải (2004), Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ, Gây mê Hồi sức, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Nhà xuất bản Y học, tr. 1-5.
4. Baras. PG (1993), Evaluation of the patient and preoperative preparation. Handbook of clinical anesthesia, 2nd edition, J.B Lippincott company, pp. 3-15.
5. Mary Kraft et al (2007), Evaluating the patient before anesthesia, Clinical anesthesia procedures of the Massachusetts general hospita, 7th edition. Lippincott Williams & Wilkins company, pp. 3-17.
6. Michoel F. Roizen (2005), Preoperative evaluation, Miller's anesthesia. 6th edition, Volume 2, Elservier Inc., pp. 927-998.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

GÂY TÊ TỦY SỐNG TRONG MỔ LẤY THAI

I. CHỈ ĐỊNH

Các sản phụ đạt tiêu chuẩn ASA I-II.

Đánh giá người bệnh trước mổ theo phân loại sức khỏe ASA (Hội Gây mê Hồi sức Hoa Kỳ):

- ASA I: Người bệnh tình trạng sức khỏe bình thường, không mắc bệnh nào khác kèm theo.
- ASA II: Người bệnh mắc bệnh nhẹ, ảnh hưởng nhẹ đến chức năng các cơ quan của cơ thể.
- ASA III: Người bệnh mắc một bệnh trung bình, gây ảnh hưởng nhất định đến chức năng các cơ quan của cơ thể.
- ASA IV: Người bệnh mắc một bệnh nặng, đe dọa thường xuyên đến tính mạng của người bệnh và gây suy sụp chức năng các cơ quan của cơ thể người bệnh.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

2.1. Tuyệt đối

- Nhiễm trùng toàn thân.
- Nhiễm trùng tại nơi đâm kim.
- Rối loạn đông máu.
- Sản phụ trong tình trạng sốc.
- Suy thai cấp.
- Nhau tiền đạo chảy máu, nhau bong non.
- Sản giật hoặc hội chứng HELLP.
- Tăng áp lực nội sọ.
- Tiền sử dị ứng thuốc tê...

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

2.2. Tương đối

- Sản phụ từ chối phương pháp gây tê.
- Bệnh tim (hẹp khít van tim, suy tim mất bù, tăng áp lực động mạch phổi).
- Sản phụ có kèm bệnh thần kinh, tâm thần.
- Bệnh lý cột sống như gù, vẹo cột sống.

III. QUY TRÌNH THỰC HIỆN

3.1. Kỹ thuật

- Đặt một đường truyền tĩnh mạch với kim luồn 18G, truyền dung dịch tinh thể (Lactated Ringer's/Natri Clorid 0,9%/Ringerfundin) truyền tĩnh mạch trung bình 10-15 mL/kg cân nặng.
- Tư thế sản phụ: tư thế ngồi hoặc nằm nghiêng trái
- Kim gây tê tủy sống số 27G hoặc số 29G, vị trí chọc kim là khe giữa đốt sống L3-L4 hoặc L4-L5.
- Thuốc sử dụng:
  + Thuốc tê Bupivacain 0,5% heavy hoặc Levobupivacain 0,5%, liều lượng trung bình 8-10 mg.
  + Phối hợp với nhóm thuốc Opioid: Fentanyl 20-25 mcg hoặc Sufentanil 2,5-5 mcg.
- Ngay sau khi tiêm hỗn hợp thuốc tê và nhóm thuốc Opiod vào tủy sống: đặt sản phụ trở lại tư thế nằm ngửa và nghiêng trái 15^0 và thở oxy 3 lít/phút.

3.2. Đánh giá

- Hiệu quả: tê tốt, sản phụ không đau.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Không hiệu quả: tê kém, sản phụ không chịu được đau cần phải chuyển sang phương pháp gây mê nội khí quản.

3.3. Xử trí tác dụng không mong muốn

- Thất bại: không đâm được kim vào khoang dưới nhện → chuyển gây mê nội khí quản.

- Tụt huyết áp:

Xử trí: Ephedrine 30 mg x 1 ống pha loãng thành 10 mL, tiêm tĩnh mạch mỗi lần 1-2 mL (3-6 mg), lặp lại nếu huyết áp < 100/60 mmHg; hoặc Phenylephrine 50 mcg (1 mL) pha loãng tiêm tĩnh mạch, lặp lại nếu huyết áp < 100/60 mmHg.

Lưu ý: không sử dụng Phenylephrine khi nhịp tim < 60 lần/phút.

- Buồn nôn: kiểm tra huyết áp, nếu huyết áp trong giới hạn bình thường có thể dùng Metoclopramide ống 10 mg tiêm tĩnh mạch.

3.4. Xử trí sau mổ lấy thai

- Ngay sau sổ thai hoặc sau cắt dây rốn hoặc sau sổ nhau: tiêm bắp 10 IU Oxytocin hoặc Oxytocin 15-20 IU pha vào các dung dịch đẳng trương trên truyền tĩnh mạch XXX giọt/phút.

- Xem xét sử dụng những thuốc co tử cung khác, khi tử cung co hồi kém:

  + Methylergotamine ống 0,2 mg tiêm bắp.

  + Prostaglandin E1 (Misoprostol viên 200 mcg, 4-5 viên đặt hậu môn).

  + Prostaglandin F2α (Prostodin ống 250 mcg tiêm bắp).

- Kháng sinh điều trị theo phác đồ.

- An thần nhẹ có thể dùng Midazolam 1-2 mg tiêm mạch.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Trong trường hợp gây tê tủy sống thất bại chuyển gây mê nội khí quản: Lúc đóng phúc mạc có thể sử dụng Paracetamol 1 g/100 mL truyền tĩnh mạch trong 15 phút để giảm đau sau mổ nếu không có chống chỉ định dùng thuốc.

- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn, đánh giá lượng máu mất trong lúc phẫu thuật, đến khi sản phụ ổn định sẽ được chuyển sang phòng hồi sức theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Lam và cộng sự (2017), Đánh giá hiệu quả của Phenylephrine điều trị triệu chứng hạ huyết áp trong gây tê tủy sống để mổ lấy thai, Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

2. American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia, the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology (2016), Pratice Guidelines for Obstetric Anesthesia.

3. S.M. Kinsella, B. Carvallo, R.A. Ryder, R. Fernado, N. McDonnell, F.J. Mercier, A. Palanisamy, A.T.H. Sia, M. Van De Velde, A. Verculei (2017), International consensus statement on the management of hypotension with vasopressor during cesarean section under spinal anesthesia, Anesthesia.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

GÂY MÊ NỘI KHÍ QUẢN TRONG MỔ LẤY THAI

94

I. ĐỐI TƯỢNG

- Sản phụ được chỉ định mổ lấy thai.
- Người thực hiện: bác sĩ Gây mê Hồi sức (GMHS), kỹ thuật viên GMHS, cử nhân GMHS.

II. CHỈ ĐỊNH - CHỐNG CHỈ ĐỊNH

2.1. Chỉ định

Sản phụ từ chối hay không hợp tác với phương pháp gây tê	- Sản phụ từ chối gây tê (không có những yếu tố dự báo đặt nội khí quản khó). - Rối loạn thần kinh nặng. - Chậm phát triển tâm thần.
Chống chỉ định gây tê vùng	- Dị ứng thuốc tê. - Tăng áp lực nội sọ. - Bệnh lý về máu (rối loạn đông máu, giảm tiểu cầu,...). - Bệnh lý tim mạch nặng (hẹp van động mạch chủ (ĐMC) nặng, hẹp van 2 lá nặng, suy tim nặng,...). - Basedow chưa điều trị ổn định hoặc có dấu hiệu của cơn bão giáp trạng. - Nhiễm trùng huyết. - Nhiễm trùng tại vị trí chọc kim. - Trụy tuần hoàn nặng chưa được điều chỉnh (băng huyết sau sinh do sót nhau hay rách tử cung, nhau tiền đạo, nhau cài răng lược, nhau bong non, sản giật, hội chứng HELLP,...).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Cấp cứu sản khoa	- Thai suy. - Sa dây rốn.
Gây tê thất bại	- Thất bại đâm kim ở nhiều vị trí. - Không sờ được khe đốt sống. - Đau xuất hiện trong mổ.

2.2. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Một số chống chỉ định tương đối như:
  + Viêm thanh quản cấp tính.
  + Lao phổi tiến triển.
  + Nhiễm trùng đường tiêu hóa hoặc hô hấp trên.
  + Không đủ trang thiết bị cần thiết và thiếu nhân viên có kinh nghiệm.

III. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

3.1. Chuẩn bị người bệnh

- Hỏi kỹ tiền sử bệnh lý nội khoa – ngoại khoa của sản phụ như:
- Chú ý các bệnh lý tim mạch nặng (hẹp van 2 lá khít, hẹp van ĐMC nặng, tăng áp phổi nặng, suy tim,..); bệnh lý hô hấp (hen phế quản, viêm phổi, lao phổi,...); bệnh lý nội tiết (Basedow, đái tháo đường).
- Tiền căn dị ứng các loại thuốc, thức ăn.
- Tiền căn gây mê, gây tê, phẫu thuật lần trước có tai biến, biến chứng gì không?

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Nhịn ăn trước phẫu thuật theo nguyên tắc sau:

  + Nước sạch trong 2 giờ, thức ăn rắn (kể cả thức ăn có lipid như sữa) trong vòng 6-8 giờ

  + Nếu phẫu thuật cấp cứu mà sản phụ mới ăn thức ăn rắn hoặc uống sữa dưới 6 giờ thì nên đặt sonde dạ dày và hút dịch, sau đó rút sonde ra trước khi đặt nội khí quản (NKQ).

- Thảo luận với bác sĩ sản khoa về chỉ định mổ lấy thai, mức độ khẩn cấp của phẫu thuật, xem lại chẩn đoán trong biên bản mổ lấy thai, các cam kết đồng ý mổ của sản phụ.

- Xem kỹ hồ sơ bệnh án, các xét nghiệm sinh hóa, huyết học. Nếu mổ chương trình cần xem kỹ công thức máu, chú ý số lượng tiểu cầu, TQ, TCK, nhóm máu, chức năng gan (AST, ALT), chức năng thận (ure, creatinine), đường huyết, ECG.

- Đặt đường truyền tĩnh mạch với kim luồn 18G, truyền dịch tinh thể.

- Đặt monitor theo dõi SpO_2, ECG, nhịp thở, tần số tim, huyết áp, đặt thông tiểu.

- Đánh giá các nguy cơ đặt NKQ khó.

- Tháo răng giả (nếu có).

- Xác định chính xác người bệnh đảm bảo an toàn phẫu thuật:

  + Đúng tên, tuổi, địa chỉ, số nhập viện

  + Vị trí phẫu thuật.

- Điều chỉnh bàn mổ cho thích hợp, bàn mổ nghiêng trái 10-15 độ.

- Dự phòng nguy cơ trào ngược dạ dày thực quản (Hội chứng Mendelson).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Có thể cho sản phụ uống Citrate de Sodium 0,3 M (nếu có) hoặc Famotidine 20 mg hoặc Omeprazole 40 mg tiêm tĩnh mạch chậm

+ Metoclopramide 10 mg tiêm tĩnh mạch.

3.2. Chuẩn bị phương tiện

- Bơm thử bóng áp lực NKQ, kiểm tra đèn soi thanh quản phải đủ độ sáng.
- Kiểm tra hoạt động của máy gây mê, nguồn dưỡng khí, máy hút, bình bốc hơi.

3.3. Chuẩn bị thuốc

- Hỏi cân nặng, rút và pha thuốc đúng liều cần sử dụng (Điều chỉnh tùy theo trạng thái bệnh lý của từng người bệnh).

3.4. Tiến hành kỹ thuật

- Cung cấp oxy qua mask với FiO_2 100% trong 3-5 phút hoặc lâu hơn, có thể yêu cầu người bệnh hít sâu thở đều 4-8 nhịp thở trước khi đặt NKQ.
- Đặt NKQ nhanh (RSI - Rapid sequense Intubation) + Nghiệm pháp Sellick (ấn sụn nhẫn với áp lực 10N khi người bệnh tỉnh, tăng lên 30N sau khi người bệnh mất tri giác).
- Khởi mê với một trong các thuốc mê tĩnh mạch sau:

  + Propofol 2-2,5 mg/kg

  + Etomidate 0,2-0,3 mg/kg cho người bệnh có tình trạng huyết động không ổn định hoặc bệnh lý tim mạch nặng.

  + Ketamine 1 mg/kg cho người bệnh có tình trạng giảm khối lượng tuần hoàn.

- Dãn cơ Succinylcholine 1mg/kg hoặc Rocuronium 0,9-1 mg/kg khi có chống chỉ định dùng Succinylcholine.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Đặt NKQ với ống số 7. Sau khi đặt kiểm tra:
  + $EtCO_2$ xuất hiện tối thiểu 3 sóng liên tục đều nhau
  + Nghe phổi ở 4 vị trí và thượng vị
  + Áp lực bóng chèn NKQ
  + Độ sâu ống NKQ
  + Thể tích khí lưu thông (Vt)
- Duy trì mê:
  + Thở máy với $FiO_2 \geq 80\%$, PEEP 5 cmH_2O. Sử dụng thuốc mê bốc hơi Isoflurane, Sevoflurane hoặc Desflurane (khoảng 1 MAC).
  + Có thể duy trì thuốc mê tĩnh mạch (Propofol) khi có chống chỉ định sử dụng thuốc mê bốc hơi qua bơm tiêm điện hoặc TCI.
- Duy trì thuốc dãn cơ:
  + Verocuronium 0,02-0,04 mg/kg
  + Atracurium 0,2 mg/kg
  + Rocuronium 0,15 mg/kg.
- Ổn định huyết động trong mổ: duy trì huyết áp tâm thu > 90 mmHg hoặc 80% trị số huyết áp tâm thu bình thường. Nếu có tụt huyết áp, cần xử trí bằng cách truyền dịch tinh thể, phối hợp thêm thuốc vận mạch như Phenylephrine, Ephedrine.
- Đối với các phẫu thuật kéo dài, cần sưởi ấm người bệnh trong mổ bằng mền sưởi hoặc truyền dịch được làm ấm.
- Sau khi kẹp dây rốn, sử dụng Fentanyl 1-2 mcg/kg hoặc Sufentanil 0,2 mcg/kg đồng thời giảm nồng độ thuốc mê bốc hơi nhóm halogen xuống 0,75 MAC để tránh đờ tử cung.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Sử dụng các thuốc co hồi tử cung:

+ Oxytocine: 10 đơn vị pha trong 100 mL Natri Clorua 0,9% truyền tĩnh mạch nhanh, sau đó 15 đơn vị pha trong 500 mL Lactated Ringer hoặc 500 mL Natri Clorua 0,9% truyền tĩnh mạch XXX giọt/phút.

+ Xem xét sử dụng những thuốc co hồi tử cung khác khi tử cung co hồi kém (có sự thảo luận và yêu cầu của phẫu thuật viên):

- Methylergometrine 0,2 mg tiêm bắp.
- Prostaglandin E1 (Misoprostol 200 mcg) 3-4 viên nhét hậu môn
- Prostagladin F2α (Carboprost) 250 mcg tiêm bắp
- Carbetocine 100 mcg tiêm tĩnh mạch.

3.5. Chống hạ thân nhiệt trong phẫu thuật: sưởi ấm dịch truyền, mền sưởi ấm, drap nóng, đệm sưởi ấm…

3.6. Dự phòng nôn và buồn sau mổ (PONV - Post operative nausea and vomitting)

Đánh giá nguy cơ nôn, buồn nôn sau mổ theo thang điểm Apfel:

Yếu tố nguy cơ	Điểm
Giới tính nữ	1
Không hút thuốc	1
Tiền sử PONV hoặc say tàu xe	1
Sử dụng Opiod trong mổ	1

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Chiến lược chung giảm nguy cơ nôn, buồn nôn sau mổ:

+ Tránh gây mê toàn thân, ưu tiên sử dụng các phương pháp gây tê vùng

+ Lựa chọn gây mê tĩnh mạch với Propofol ở những người bệnh có nguy cơ cao

+ Tránh gây mê hô hấp.

+ Hạn chế sử dụng opiod trong phẫu thuật

+ Truyền dịch đủ.

- Một số thuốc được sử dụng trong điều trị và dự phòng PONV:

+ Chất đối kháng thụ thể 5-HT3: Ondansetron 4 mg tiêm tĩnh mạch trước khi kết thúc phẫu thuật 30 phút.

+ Chất đối kháng thụ thể Dopaminergic: Droperidol tiêm tĩnh mạch 1 mg sau khi gây mê.

+ Corticosteroids: Dexamethasone 4 mg tiêm tĩnh mạch sau khi gây mê.

+ Thuốc kháng Cholinergic: Metoclopramide 10 mg tiêm tĩnh mạch.

+ Propofol liều nhỏ 10-30 mg sử dụng như 1 biện pháp thay thế nếu các biện pháp khác không có hiệu quả.

Điểm Apfel	Dự phòng	Điều trị
1 điểm	Droperidol 1 mg	Ondansetron 4 mg
2 điểm	Droperidol 1 mg + Dexamethason 8 mg	Ondansetron 4 mg
3-4 điểm	Droperidol 1 mg + Dexamethason 8 mg + Ondansetron 4 mg ± TCI propofol	Ondansetron 4 mg Metocloparamide Propofol bolus 10-30 mg

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3.7. Hóa giải dãn cơ sau mổ

- Hóa giải dãn cơ thường quy sau mổ với các thuốc hóa giải dãn cơ như sau:
  + Neostigmin 20-40 mcg/kg + Atropin 10-20 mcg/kg
  + Sugammadex 2-16 mg/kg (chỉ sử dụng để hóa giải dãn cơ với Rocuronium hoặc Vecuronium)
- Chỉ định sử dụng hóa giải dãn cơ Sugammadex:
  + Chống chỉ định Neostigmine, Atropine
  + Béo phì với BMI > 30 kg/m^2
  + Bệnh lý rối loạn thần kinh cơ (nhược cơ)
  + Bệnh lý tim mạch (suy tim, rối loạn nhịp tim, bệnh van tim, bệnh mạch vành)
  + Bệnh lý hô hấp (hen phế quản, COPD)
- Có thể sử dụng máy TOF-Watch để theo dõi độ dãn cơ giúp chỉ định thuốc hóa giải dãn cơ hợp lý theo mức độ hồi phục thần kinh cơ.
- Rút ống NKQ khi thuốc dãn cơ được hóa giải, người bệnh tỉnh, làm theo y lệnh đúng, sinh hiệu ổn định.
- Đánh giá các yếu tố như lượng máu mất, đau sau mổ, buồn nôn, nôn sau mổ, sinh hiệu, tình trạng hô hấp,...
- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn đến khi sản phụ ổn định sẽ được chuyển sang phòng Hồi sức theo dõi.

IV. THEO DÕI HẬU PHẪU

4.1. Giảm đau sau mổ: giảm đau đa mô thức phối hợp nhiều phương pháp giảm đau

- Gây tê vùng: gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng (TAP Block), gây tê cơ vuông thắt lưng, gây tê ngoài màng cứng, gây tê thấm,...

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Morphine tiêm dưới da, tĩnh mạch, PCA Morphine.
- Paracetamol 1g truyền mỗi 6 giờ.
- NSAIDs.
- Nepofam (Acupan).

4.2. Đánh giá tình trạng hậu phẫu

- Tình trạng tri giác, huyết động học.
- Tác dụng phụ của thuốc mê.
- Hiệu quả giảm đau.
- Phát hiện và điều trị các biến chứng nếu có của phẫu thuật (chảy máu, xuất huyết nội, nhiễm trùng,...).
- Ăn uống và vận động sớm sau mổ giúp nhu động ruột phục hồi, tăng tiết sữa, giảm sử dụng thuốc và giảm đau sau mổ.
- Rút sonde tiểu sớm và tập cho người bệnh tự đi tiểu.
- Người bệnh đủ điều kiện có thể chuyển trại theo tiêu chuẩn rời phòng Hồi sức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Từ Dũ (2019), Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa.
2. Mark C. Norris, biên dịch: Tô Văn Thình (2010), Cẩm nang Gây mê Sản khoa, Nhà xuất bản Y học Chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh.
3. Protocoles en anesthesie et analgesie obstetricales - CARO (2018).
4. Protocoles MAPAR (2019)

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

95 GÂY MÊ TRONG PHẪU THUẬT EXIT

I. ĐẠI CƯƠNG

EXIT (Ex Utero Intrapartum Treatment) là một thủ thuật được tiến hành trong quá trình mổ lấy thai với sự bảo tồn tuần hoàn tử cung - nhau cho đến khi kiểm soát an toàn đường thở ở những thai nhi có nguy cơ tắc nghẽn đường thở.

II. NGUYÊN TẮC

- Nguyên tắc chính của EXIT là kiểm soát trương lực cơ tử cung, phải dãn cơ tối đa để bảo tồn tuần hoàn tử cung - nhau từ đó có thể có thêm thời gian để giải phóng sự tắc nghẽn đường thở hoặc thông khí đạo.
- Chỉ định của EXIT ngày càng mở rộng, do nguyên nhân bên ngoài như bướu quái, bướu bạch huyết chèn ép, hoặc do tổn thương bên trong như tổn thương thanh quản trong lồng ngực.
- Những thủ thuật can thiệp trong EXIT bao gồm đặt nội khí quản, mở khí quản, tạo hình khí quản, phẫu thuật giảm khối bướu.

2.1. Mục tiêu của EXIT và khuyến cáo về Gây mê Hồi sức

Mục tiêu của EXIT	Khuyến cáo về Gây mê Hồi sức
Đạt được hiệu quả tối ưu cho cả sản phụ và thai nhi	Cần phối hợp bác sĩ gây mê hồi sức sản khoa và gây mê hồi sức sơ sinh
Giảm các nguy cơ do gây mê toàn thân ở sản phụ	Dự phòng nguy cơ trào ngược Khởi mê nhanh Chuẩn bị sẵn sàng các dụng cụ kiểm soát đường thở khó

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Mục tiêu của EXIT	Khuyến cáo về Gây mê Hồi sức
Bảo tồn tuần hoàn tử cung - nhau	Theo dõi huyết áp liên tục Duy trì huyết áp tâm thu không thay đổi quá 10% huyết áp nền Cân nhắc sử dụng vận mạch
Giảm trương lực cơ tử cung giúp duy trì tuần hoàn tử cung - nhau	Chỉ định thuốc mê bốc hơi liều cao giúp dãn cơ tử cung
Phòng ngừa [illegible] tử cung và băng huyết [illegible] khi lấy thai	Sử dụng các thuốc co hồi tử cung Dự trù máu Theo dõi lượng máu mất
Kiểm soát đường thở của thai nhi	Thiết lập kiểm soát đường thở Sử dụng ống nội khí quản có bóng Xác nhận vị trí của ống nội khí quản

2.2. Chuẩn bị người bệnh trước mổ

- Khám tiền mê trước mổ:
  + Xác định nguy cơ của sản phụ: tăng huyết áp, tiền sản giật, đái tháo đường, béo phì, bệnh lý nội khoa kèm theo như tim mạch, nội tiết, gan, thận,...
  + Xác định nguy cơ trong gây mê hồi sức: đặt nội khí quản khó
- Dự phòng nguy cơ trào ngược: Ranitidine 150 mg x 1 viên uống đêm trước phẫu thuật.
- Dự phòng nguy cơ băng huyết: dự trù 02 khối hồng cầu cùng nhóm 350 mL.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

2.3. Trong mổ

- Lựa chọn phương pháp vô cảm: gây mê sâu toàn diện qua nội khí quản là phương pháp tối ưu nhất.
- Tư thế bàn mổ: nghiêng trái 15^0 nhằm dự phòng hội chứng chèn ép tĩnh mạch chủ dưới (gây tụt huyết áp khi nằm ngửa, ảnh hưởng tới tuần hoàn tử cung - nhau).
- Lập 02 đường truyền tĩnh mạch với kim 16G.
- Phòng ngừa nguy cơ trào ngược (Hội chứng Mendelson): Metoclopramide 10 mg tiêm tĩnh mạch.
- Thở oxy FiO_2 100% trong 3-5 phút trước khi khởi mê.
- Thực hiện khởi mê nhanh với thủ thuật Sellick:
  + Propofol 2,5 mg/kg
  + Suxamethonium 1-1,5 mg/kg
  + Sufentanil 15-20 mcg
- Duy trì mê:
  + Sử dụng thuốc mê bốc hơi: Isoflurane, Sevoflurane, Desflurane với nồng độ 2-2,5 MAC kèm oxy FiO_2 100%.
  + Sufentanil 10 mcg
  + Thuốc dãn cơ: Atracurium 0,2-0,3 mg/kg hoặc Rocuronium 0,3 mg/kg
  + Theo dõi trong mổ:
    • ECG
    • SpO_2, $EtCO_2$
    • Huyết áp động mạch không xâm lấn
    • MAC, F_iO , nồng độ khí mê
- Chuẩn bị đầy đủ thuốc gò tử cung trong mổ lấy thai:

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Lưu ý: Thuốc gò tử cung chỉ được thực hiện sau khi đã kẹp dây rốn (có ý kiến của phẫu thuật viên).

+ Sử dụng 10 UI Oxytocin pha trong chai Natri Clorua 0,9% 100 ml truyền tĩnh mạch nhanh, duy trì tiếp 15 UI Oxytocin pha trong chai Natri Clorua 0,9% 500 mL truyền tĩnh mạch XXX giọt/phút

+ Có thể sử dụng các thuốc co hồi tử cung khác như Methylergometrine, Carboprost, Carbetocin, Misoprostol khi có yêu cầu.

- Điều trị tụt huyết áp do gây mê sâu với bù dịch, thuốc co mạch (Ephedrine, Phenylephrine), cần đánh giá lượng máu mất chính xác để có kế hoạch bù máu phù hợp.

- Chuẩn bị đầy đủ các thuốc hóa giải dãn cơ cần thiết khi kết thúc gây mê: Neostigmin, Sugammadex.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bouchard S, Johnson MP, Flake AW, et al. (2002) The EXIT procedure: Experience and outcome in 31 cases. Journal of Pediatric Surgery, 37, 418-426.
2. Norris MC, Joseph J, Leighton BL (1989), Anesthesia for perinatal surgery. American Journal of Perinatol, 6,39-40.
3. Mychaliska GB, Bealer JK, Graf JL, et al. (1997), Operating on placental support: The ex utero Intrapartum treatment procedure. Journal of Pediatric Surgery, 32(2), 227-331.
4. Skarsgrad ED, Chitkara U, Krane EJ, et al. (1996), The OOPS procedure (operation on placental support): In utero airway management of the fetus with prenatally diagnosed tracheal obstruction, Journal of Pediatric Surgery, 31(6), 826-828.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

96 PHƯƠNG PHÁP VÔ CẢM ĐỐI VỚI SẢN PHỤ BỊ BỆNH HẸP VAN 2 LÁ

I. ĐẠI CƯƠNG

Hẹp van 2 lá là bệnh van tim thường gặp nhất trong thai kỳ và hầu như luôn kết hợp với bệnh tim hậu thấp. Tỷ lệ bệnh tim hậu thấp đã giảm nhiều ở các nước phát triển, tuy nhiên bệnh này vẫn còn là vấn đề rất đáng quan tâm ở những nước đang phát triển.

II. NGUYÊN NHÂN

- Hậu thấp: dính mép van.
- Bẩm sinh: u nhầy nhĩ trái, huyết khối.
- Bệnh tự miễn (lupus ban đỏ).
- Hẹp van 2 lá thứ phát sau vôi hóa vòng van 2 lá.

III. CHẨN ĐOÁN

Diễn tiến bệnh chậm và thường biểu hiện sau một thời gian dài. Khoảng 25% phụ nữ bị bệnh hẹp van 2 lá bắt đầu có triệu chứng biểu hiện trong thai kỳ.

3.1. Lâm sàng

a) Triệu chứng cơ năng

Hẹp van 2 lá nặng bao gồm đau ngực, khó thở, hồi hộp, phù phổi, ho ra máu, huyết khối thuyên tắc.

b) Triệu chứng thực thể

- Âm rung tâm trương âm sắc trầm ở mỏm với nhấn mạnh tiền tâm thu (nếu không có rung nhĩ) nghe rõ nhất khi người bệnh nằm nghiêng trái và khi gắng sức. Mức độ nặng của hẹp van tỷ lệ với độ dài âm rung tâm trương.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Clắc mở van (tiếng có âm sắc cao, đầu tâm trương, nghe rõ nhất ở bờ trái xương ức và mỏm tim).

- T1 đanh.

3.2. Cận lâm sàng

- X quang ngực: nhĩ trái dãn (kéo thẳng bờ trái tim, hình bóng đôi bên phải, góc phế quản bên trái nâng lên).

- ECG cho thấy dày nhĩ trái, dày thất phải, có thể có rung nhĩ.

- Siêu âm tim, thông tim giúp xác định chẩn đoán.

3.3. Phân loại

- Diện tích mở van bình thường là 4-6 cm^2.

- Hẹp van 2 lá thường được định nghĩa là diện tích mở van từ 1,5-3 cm^2.

+ Hẹp van 2 lá trung bình là từ 1,1-1,5 cm^2.

+ Hẹp nặng khi diện tích mở van < 1,0 cm^2.

IV. PHƯƠNG PHÁP VÔ CẢM

4.1. Nguyên tắc

Lựa chọn phương pháp vô cảm phụ thuộc vào độ nặng của tổn thương bao gồm diện tích mở van 2 lá và tình trạng huyết động của người bệnh.

4.2. Phương pháp vô cảm trong chuyển dạ sinh ngả âm đạo

- Gây tê ngoài màng cứng (GTNMC): lý tưởng cho các trường hợp sinh ngả âm đạo với giai đoạn 2 của chuyển dạ kéo dài, cần phải sinh giúp bằng dụng cụ. Thường thì GTNMC trong chuyển dạ giúp giảm đau đủ để đặt forceps. Nếu GTNMC không đủ giảm đau, có thể sử dụng Fentanyl kèm theo với liều nhỏ Lidocaine tiêm vào khoang ngoài màng cứng.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Gây tê tủy sống kết hợp tê ngoài màng cứng (CSE):

+ Tê tủy sống với thuốc nhóm Opioid trong giai đoạn 1 của chuyển dạ, sau đó tiêm dung dịch thuốc tê với nồng độ thấp vào khoang ngoài màng cứng trong giai đoạn 2 của chuyển dạ (đạt T10 đến S4). Với phương pháp này đa số sản phụ có tình trạng huyết động học ổn định.

4.3. Phương pháp vô cảm trong mổ lấy thai (MLT)

a) GTNMC được ưa chuộng nếu thời gian cho phép

- Tiêm vào khoang ngoài màng cứng hỗn hợp.
- Fentanyl: 1-2 mcg/kg cân nặng (hoặc Sufentanyl 5 mcg).
- Lidocaine 2% ống 10 mL/20 mL liều trung bình 18 mL.

b) Gây mê toàn diện

- Dẫn đầu gây mê:

+ Etomidat 0,2-0,3 mg/kg là lựa chọn tốt để dẫn đầu gây mê.

+ Đặt nội khí quản nhanh với Succinylcholin 1 mg/kg cân nặng.

+ Ấn sụn nhẫn cho đến khi xác định đúng vị trí ống nội khí quản.

- Duy trì mê:

+ Sevorane MAC 1 đến 1,5 là lựa chọn tốt để duy trì mê.

+ Nên tránh các thuốc gây nhịp tim nhanh (Atropin, Meperidin, Pancuronium, Ketamin).

+ Phòng ngừa hít sặc cho tất cả các người bệnh gây mê mổ lấy thai.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Thận trọng khi sử dụng Oxytocin và Methylergometrine, Prostaglandine vì các thuốc này có thể làm thay đổi áp lực mạch máu hệ thống và mạch máu phổi dẫn đến mất bù huyết động.

+ Trường hợp gây mê toàn thân khi đóng bụng sử dụng Paracetamol 1 g/100 mL truyền tĩnh mạch XXX giọt/phút để giảm đau sau mổ (nếu người bệnh không có chống chỉ định dùng thuốc).

+ Chuyển sang hồi sức theo dõi.

- Tê tủy sống liều duy nhất không nên dùng cho người bệnh có hẹp van 2 lá trung bình đến nặng do làm thay đổi đột ngột sức cản mạch máu ngoại biên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Từ Dũ (2019), Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa.
2. Chestnut's Obstetric Anesthesia Principles and Pratice 5th edition.
3. Oxford Handbook of Anaesthesia 4th edition.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

97 GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG GIẢM ĐAU TRONG CHUYỂN DẠ

I. CHỈ ĐỊNH

- Các sản phụ đạt tiêu chuẩn ASA I-II, có yêu cầu được thực hiện giảm đau sản khoa.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Tuyệt đối

- Nhiễm trùng toàn thân.
- Nhiễm trùng tại nơi chọc kim.
- Rối loạn đông máu.
- Sản phụ trong tình trạng sốc.
- Suy thai cấp.
- Tiền sản giật nặng, tăng huyết áp không kiểm soát.
- Nhau tiền đạo chảy máu, nhau bong non.
- Sản giật hoặc hội chứng HELLP.
- Tăng áp lực nội sọ.
- Tiền sử dị ứng thuốc tê…

2. Tương đối

- Sản phụ từ chối phương pháp gây tê.
- Bệnh tim nặng: suy tim mất bù, tăng áp lực động mạch phổi nặng.
- Sản phụ có kèm bệnh thần kinh, tâm thần.
- Bệnh lý cột sống như gù, vẹo cột sống.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

III. CHUẨN BỊ

3.1. Người thực hiện

- Bác sĩ (BS) gây mê hồi sức (GMHS) được đào tạo về giảm đau sản khoa.
- Kỹ thuật viên gây mê hỗ trợ.

3.2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ tê ngoài màng cứng (B. Braun).
- Bơm tiêm 3 mL, 5 mL, 10 ml, 50 mL.
- Máy bơm tiêm điện, phương tiện hồi sức cấp cứu, máy đo huyết áp, máy monitor tim mạch, SpO_2.

3.3. Sản phụ

- BS GMHS giải thích cho sản phụ và gia đình về lợi ích và nguy cơ của phương pháp, đảm bảo rằng gia đình và sản phụ tự nguyện muốn được giảm đau.
- Mô tả cho sản phụ về tư thế, trình tự thủ thuật sẽ làm (để sản phụ hợp tác tốt), những cảm nhận sau khi tiêm thuốc và nhấn mạnh rằng phương pháp này chỉ định là để giảm đau.
- Trả lời sản phụ và gia đình những điều chưa hiểu hoặc muốn biết.
- Cung cấp thông tin (bằng văn bản) về gây tê ngoài màng cứng cho sản phụ.

3.4. Hồ sơ bệnh án

- Xét nghiệm bắt buộc: tiểu cầu, PT, APTT. Yêu cầu làm các xét nghiệm hoặc thăm dò khác tùy từng trường hợp cụ thể.
- Giấy cam đoan thủ thuật.
- Tìm hiểu kỹ về tiền sử, chỉ định và các chống chỉ định, thực hiện thăm khám, đánh giá và viết phiếu khám tiền mê.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

4.1. Nguyên tắc

- An toàn cho mẹ và con là ưu tiên hàng đầu.
- Hiệu quả giảm đau là ưu tiên thứ hai.
- Sự hài lòng của sản phụ là ưu tiên thứ ba.

4.2. Kỹ thuật

a) *Thời điểm làm gây tê ngoài màng cứng giảm đau:* khi chuyển dạ vào giai đoạn hoạt động.

b) *Tiến hành*

- Hộ sinh đặt một đường truyền tĩnh mạch kim cỡ 20G ở tay. Truyền Lactated Ringer's hoặc Natri Clorid 0,9% hoặc Ringerfundin liều trung bình 5-8 mL/kg cân nặng (nếu sản phụ có tiền sử bệnh suy tim ứ huyết, tăng huyết áp không kiểm soát hoặc hẹp van hai lá thì không nên truyền quá tốc độ 50 mL/giờ).
- Tư thế: nằm nghiêng hoặc ngồi.
- Xác định khe cột sống
  + Thường là L3-L4 hoặc L4-L5 (Lưu ý: sản phụ béo phì đường Tuffier bị nâng lên).
  + Gây tê tại chỗ với thuốc tê Lidocaine 2%.
- Kỹ thuật xác định khoang ngoài màng cứng
  + Nên dùng kỹ thuật mất sức cản với dung dịch nước muối sinh lý.
- Đặt kim Tuohy vào khoang ngoài màng cứng theo quy ước, và luồn catheter vào khoang ngoài màng cứng khoảng 4 cm. Sau đó, rút kim Tuohy và cố định catheter.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Hút catheter để kiểm tra nếu thấy có máu hay dịch não tủy chảy ra thì tạm ngưng sử dụng phương pháp gây tê này.
- Có thể dùng liều test với Lidocaine 2% 2-3 mL.
- Bơm thuốc tê giảm đau qua catheter ngoài màng cứng:

+ Liều bolus: 10-15mL với hỗn hợp dưới đây (mỗi lần bơm 5 mL xem tình trạng lâm sàng, sau đó bơm tiếp tục đến hết liều bolus).

Hỗn hợp:

- Bupivacain nồng độ 0,0625% đến 0,1% (hoặc Ropivacaine 0,1% hoặc Levobupivacain 0,1%).
- Fentanyl 50-100 mcg hoặc Sufetanil 5-10 mcg.

+ Liều duy trì giảm đau qua catheter ngoài màng cứng:

Duy trì giảm đau bằng bơm thuốc tê liên tục qua bơm tiêm điện:

- Thuốc tê Bupivacain nồng độ 0,0625% đến 0,1% (hoặc Ropivacaine 0,1% hoặc Levobupivacain 0,1%)
- Fentanyl: 2 mcg/mL hoặc Sufetanil 0,25-0,5 mcg/mL.
- Truyền hỗn hợp thuốc tê này qua catheter với tốc độ 5-10 mL/giờ tùy theo tình trạng giảm đau sản phụ.

Hoặc duy trì giảm đau bằng phương pháp sản phụ tự điều khiển (PCEA):

- Truyền hỗn hợp thuốc tê Bupivacaine 0,0625% đến 0,1% hoặc Levobupivacain 0,1% hoặc Ropivacain 0,1% kết hợp với Fentanyl 2 mcg/mL (hoặc Sufetanil 0,25-0,5 mcg/ml) qua catheter ngoài màng cứng với liều nền tốc độ trung bình 5-10 mL/giờ.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Khi còn đau sản phụ bấm nút tự điều khiển để bơm thêm 3 mL hỗn hợp thuốc tê.
- Thời gian khóa nút điều khiển (lock out) khoảng 15 phút.
- Liều tối đa 20 mL/giờ.

- Đánh giá

+ Mức độ ức chế cảm giác đau có thể dùng thước đo đánh dấu từ 1 đến 10

- 1: không đau
- 10: đau không chịu được.

+ Mức độ phong bế vận động theo thang điểm BROMAGE

V. THEO DÕI

- Tại phòng Sanh:

+ Chất lượng giảm đau đến lúc sinh hoặc mổ lấy thai.

+ Theo dõi hô hấp, mạch huyết áp và tiến trình chuyển dạ.

+ Rút catheter ngoài màng cứng sau khi cuộc sinh hoàn tất.

+ Dặn dò sản phụ chỉ nên đi lại sau 6 giờ, lần đầu tiên đặt chân xuống đất cần có người giúp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Từ Dũ (2019), Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa.
2. Hội Gây mê Hồi sức Việt Nam, Hướng dẫn thực hành gây tê ngoài màng cứng để giảm đau cho chuyển dạ.
3. MAPAR 2019

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

GÂY MÊ TOÀN THÂN TRONG PHẪU THUẬT PHỤ KHOA

98

I. ĐẠI CƯƠNG

Gây mê nội khí quản (NKQ) phẫu thuật phụ khoa nói chung và nội soi nói riêng là kỹ thuật gây mê có đặt NKQ để kiểm soát hô hấp trong suốt cuộc phẫu thuật và hồi sức sau phẫu thuật.

II. CHỐNG HỈ ĐỊNH

- Người bệnh không đồng ý
- Không đủ phương tiện gây mê, hồi sức
- Không thành thạo kỹ thuật

III. CHUẨN BỊ

3.1. Người thực hiện

- Bác sĩ, điều dưỡng viên khoa Gây mê Hồi sức

3.2. Phương tiện

- Hệ thống máy gây mê, nguồn oxy bóp tay, monitor theo dõi chức năng sống (ECG, huyết áp động mạch, SpO_2, $EtCO_2$, nhịp thở, nhiệt độ), máy hút,...
- Đèn soi thanh quản, ống NKQ, ống hút, mask, bóng Ambu, Guedel airway.
- Lidocaine 10% dạng xịt hoặc gel
- Salbutamol dạng xịt, chống khô giác mạc: Liposic gel.
- Bộ dụng cụ đặt NKQ khó: que Bougie, que định hình (stylet), mask thanh quản, ống nội soi mềm, bộ mở khí quản, ...

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3.3. Người bệnh

- Bác sĩ gây mê thăm khám tiền mê để đánh giá các nguy cơ chu phẫu, tối ưu tình trạng nội khoa của người bệnh.
- Đánh giá nguy cơ đặt NKQ khó

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

4.1. Chuẩn bị

- Khám tiền mê trước ngày phẫu thuật
  + Hỏi kỹ tiền sử bệnh lý nội - ngoại khoa của người bệnh, chú ý tối ưu các bệnh nền hen phế quản, đái tháo đường, tăng huyết áp, cường giáp, thiếu máu,...
  + Tiền căn dị ứng thuốc hoặc thức ăn.
  + Tiền căn gây mê, gây tê, phẫu thuật trước đây và các tai biến nếu có.
- Nhịn ăn trước phẫu thuật theo nguyên tắc:
  + Nước > 2 giờ
  + Sữa, thức ăn lỏng > 6 giờ
  + Thức ăn đặc > 8 giờ.
  + Nếu người bệnh mới ăn hoặc uống nước, sữa, có thể đặt sonde dạ dày để lấy thức ăn ra + tiến hành gây mê đặt NKQ nhanh với nghiệm pháp Sellick.
- Xem kỹ hồ sơ bệnh án, các xét nghiệm sinh hóa, huyết học, chú ý nhóm máu, hemoglobin, số lượng tiểu cầu, đông máu, chức năng gan, thận, đường huyết, ECG, cân nặng, chiều cao.
- Đặt đường truyền tĩnh mạch với kim luồn 18G, truyền dịch tinh thể.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Gắn monitor theo dõi mạch, huyết áp, điện tim, tần số tim, SpO_2, nhiệt độ, cài đặt máy thở.
- Đánh giá lại nguy cơ đặt NKQ khó.
- Tháo răng giả (nếu có).
- Xác định chính xác người bệnh đảm bảo an toàn phẫu thuật:
  + Đúng tên, tuổi, địa chỉ, số vào viện
  + Vị trí phẫu thuật.
- Tư thế: nằm ngửa, thở oxy 100% 4-10 L/ph trước khởi mê ít nhất 3 phút.
- Chống hạ thân nhiệt trong phẫu thuật: sưởi ấm dịch truyền, mền sưởi ấm, drap nóng, đệm sưởi ấm…
- Không tiền mê với nhóm Benzodiazepine thường quy.

4.2. Khởi mê

- Khởi mê tĩnh mạch với một trong các thuốc sau:
  + Propofol 2-2,5 mg/kg
  + Ketamine 1-2 mg/kg cho người có tình trạng giảm khối lượng tuần hoàn
  + Etomidate 0,2-0,3 mg/kg cho người có huyết động không ổn định hoặc bệnh tim nặng.
- Thuốc dãn cơ:
  + Succinylcholine 1mg/kg
  + Rocuronium 0,6 mg/kg hoặc 1 mg/kg nếu đặt NKQ nhanh.
  + Atracurium 0,5 mg/kg
  + Cis-atracurium 0,1-0,15 mg/kg

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Thuốc giảm đau trong mổ: Fentanyl, Sufentanil, Remifentanyl, ...
- Tiến hành đặt NKQ khi người bệnh đạt đủ độ mê và dãn cơ. Sau khi đặt, tiến hành kiểm tra:
  + $EtCO_2$ xuất hiện tối thiểu 3 sóng liên tục đều nhau.
  + Nghe phổi ở 4 vị trí và thượng vị
  + Áp lực bóng chèn NKQ
  + Độ sâu ống NKQ
  + Thể tích khí lưu thông (Vt), áp lực đường thở.
- Sau khi kiểm tra đúng vị trí, tiến hành cố định ống NKQ, và ghi nhận lại độ sâu của ống NKQ.
- Tiến hành tra mắt bằng Liposic gel và dán mắt người bệnh chống khô giác mạc.
- Tiến hành đặt sonde tiểu.

4.3. Duy trì mê

- Duy trì bằng thuốc mê bốc hơi (Sevoflurane, Isoflurane hoặc Desflurane) hoặc thuốc mê tĩnh mạch (Propofol, Ketamine) đảm bảo mê đủ sâu.
- Khí mới: nồng độ oxy ≥ 80%, lưu lượng 1-2 L/phút.
- Lặp lại dãn cơ, giảm đau khi cần.
- Ổn định huyết động trong mổ: duy trì huyết áp tâm thu > 90 mmHg hoặc 80% trị số huyết áp tâm thu bình thường. Nếu có tụt huyết áp, cần xử trí bằng cách truyền dịch tinh thể, phối hợp thêm thuốc vận mạch như Phenylephrine, Ephedrine.
- Đối với các phẫu thuật kéo dài, cần sưởi ấm người bệnh trong mổ bằng mền sưởi hoặc truyền dịch được làm ấm.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

4.4. Theo dõi trong mổ

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: điện tim, mạch, huyết áp, SpO_2, $EtCO_2$, nhiệt độ.
- Theo dõi độ sâu gây mê
- Kiểm tra ống NKQ (độ sâu, thông khí 2 phổi) sau bơm hơi ổ bụng và khi thay đổi tư thế (đầu thấp,...)
- Điều chỉnh thông khí máy thở, chú ý theo dõi $EtCO_2$
- Đặc biệt chú ý theo dõi người bệnh trong các thì nguy hiểm để phát hiện kịp thời các biến chứng: vào bụng, bơm hơi ổ bụng,... trong phẫu thuật nội soi.

4.5. Dự phòng nôn và buồn sau mổ (PONV - Post operative nausea and vomitting)

- Đánh giá nguy cơ nôn, buồn nôn sau mổ theo thang điểm Apfel:

Yếu tố nguy cơ	Điểm
Giới tính nữ	1
Không hút thuốc	1
Tiền sử PONV hoặc say tàu xe	1
Sử dụng Opiod trong mổ	1

- Chiến lược chung giảm nguy cơ nôn, buồn nôn sau mổ:
  + Tránh gây mê toàn thân, ưu tiên sử dụng các phương pháp gây tê vùng

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Lựa chọn gây mê tĩnh mạch với Propofol ở những người bệnh có nguy cơ cao

+ Tránh gây mê hô hấp

+ Hạn chế sử dụng opiod sau phẫu thuật

+ Truyền dịch đủ

- Một số thuốc được sử dụng trong điều trị và dự phòng PONV:

+ Chất đối kháng thụ thể 5-HT3: Ondansetron 4 mg tiêm tĩnh mạch trước khi kết thúc phẫu thuật 30 phút.

+ Chất đối kháng thụ thể Dopaminergic: Droperidol tiêm tĩnh mạch 1 mg sau khi gây mê.

+ Corticosteroids: Dexamethasone 4 mg tiêm tĩnh mạch sau khi gây mê.

+ Thuốc kháng Cholinergic: Metoclopramide 10 mg tiêm tĩnh mạch.

+ Propofol liều nhỏ 10-30 mg sử dụng như 1 biện pháp thay thế nếu các biện pháp khác không có hiệu quả.

Điểm Apfel	Dự phòng	Điều trị
1 điểm	Droperidol 1mg	Ondansetron 4 mg
2 điểm	Droperidol 1 mg + Dexamethason 8 mg	Ondansetron 4 mg
3-4 điểm	Droperidol 1 mg + Dexamethason 8 mg + Ondansetron 4 mg ± TCI propofol	Ondansetron 4 mg Metocloparamide Propofol bolus 10-30 mg

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

4.6. Hóa giải dãn cơ sau mổ

- Hóa giải dãn cơ thường quy sau mổ với các thuốc hóa giải dãn cơ cơ như sau:
  + Neostigmin 20-40 mcg/kg + Atropin 10-20 mcg/kg
  + Sugammadex 2-16 mg/kg (chỉ sử dụng để hóa giải dãn cơ với Rocuronium hoặc Vecuronium)
- Chỉ định sử dụng hóa giải dãn cơ Sugammadex:
  + Chống chỉ định Neostigmine, Atropin
  + Béo phì với BMI > 30 kg/m^2
  + Bệnh lý rối loạn thần kinh cơ (nhược cơ)
  + Bệnh lý tim mạch (suy tim, rối loạn nhịp tim, bệnh van tim, bệnh mạch vành)
  + Bệnh lý hô hấp (hen phế quản, COPD)
- Có thể sử dụng máy TOF - Watch để theo dõi độ dãn cơ giúp chỉ định thuốc hóa giải dãn cơ hợp lý theo mức độ hồi phục thần kinh cơ.

4.7. Tiêu chuẩn rút NKQ

- Người bệnh tỉnh, làm theo y lệnh
- Có các phản xạ bảo vệ đường thở (nuốt, ho,...)
- Nâng đầu > 5 giây, TOF > 0,9
- Tự thở, tần số, thể tích thường lưu trong giới hạn cho phép
- Sinh hiệu ổn định
- Thân nhiệt > 35^{0}C
  + Đánh giá các yếu tố như lượng máu mất, đau sau mổ, buồn nôn, nôn sau mổ, sinh hiệu, tình trạng hô hấp,...
  + Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn đến khi sản phụ ổn định sẽ được chuyển sang phòng hồi sức theo dõi

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

4.8. Theo dõi hậu phẫu

- Giảm đau sau mổ: giảm đau đa mô thức phối hợp nhiều phương pháp giảm đau như:

  + Gây tê vùng: gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng (TAP Block), gây tê cơ vuông thắt lưng, gây tê ngoài màng cứng, gây tê thấm,...

  + Morphine tiêm dưới da, tĩnh mạch, PCA Morphine.

  + Tramadol truyền tĩnh mạch.

  + Paracetamol 1 g truyền tĩnh mạch mỗi 6 giờ.

  + NSAIDs.

  + Nepofam.

  + Có thể dùng Gabapentin trước và sau phẫu thuật để giảm đau cho người bệnh.

- Đánh giá tình trạng hậu phẫu:

  + Tình trạng tri giác, huyết động học.

  + Tác dụng phụ của thuốc mê.

  + Hiệu quả giảm đau.

  + Phát hiện và điều trị các biến chứng nếu có của phẫu thuật (chảy máu, xuất huyết nội, nhiễm trùng,...).

- Ăn uống và vận động sớm sau mổ giúp nhu động ruột phục hồi, giảm sử dụng thuốc và giảm đau sau mổ.

- Rút sonde tiểu sớm và tập cho người bệnh tự đi tiểu.

- Người bệnh đủ điều kiện có thể chuyển trại theo tiêu chuẩn rời phòng Hồi sức.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

V. TAI BIẾN, XỬ TRÍ VÀ PHÒNG NGỪA

5.1. Hít sặc dịch dạ dày

- Có dịch tiêu hóa trong khoang miệng, đường thở

Xử trí:

- Hút ngay dịch, nằm đầu thấp, nghiêng đầu sang bên
- Đặt ống NKQ và hút sạch dịch trong đường thở
- Theo dõi và để phòng nhiễm trùng phổi sau mổ

Phòng ngừa:

- Nhịn ăn đủ
  + > 8 giờ đối với bữa ăn chính
  + > 6 giờ đối với bữa ăn nhẹ, sữa công thức, sữa bò,...
  + > 4 giờ đối với sữa mẹ
  + > 2 giờ đối với nước (nước lọc, nước đường,...)
- Đặt sonde mũi dạ dày khi cần thiết
- Dùng Metoclopramide 10 mg tĩnh mạch trước đặt NKQ
- Tiến hành đặt NKQ nhanh với ấn sụn nhẫn

5.2. Rối loạn huyết động

- Tăng, hạ huyết áp, rối loạn nhịp
- Xử trí tùy theo nguyên nhân
- Tối ưu tình trạng nội khoa trước khi khởi mê nếu được

5.3. Tai biến, biến chứng do đặt NKQ

- Đặt nhầm vào dạ dày:

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Nghe phổi không có tiếng rì rào phế nang, không có đường biểu diễn $EtCO_2$ trên thán đồ

+ Đặt lại ống NKQ và xác nhận (nghe 5 điểm + ít nhất 3 đường biểu diễn CO_2 trên thán đồ)

- Co thắt thanh - khí - phế quản:

+ Khó hoặc không thể thông khí, nghe phổi có ran rít hoặc không nghe thấy gì.

+ Cung cấp oxy đầy đủ, tăng độ mê, đảm bảo thông khí, dùng các thuốc dãn phế quản, corticoid nếu cần

+ Phòng ngừa: đảm bảo đủ độ mê trước khi đặt NKQ.

5.4. Biến chứng về hô hấp

- Gập ống, tụt ống, bị di lệch sau bơm hơi ổ bụng hoặc thay đổi tư thế,... Xử trí: đảm bảo thông khí và cung cấp oxy 100%, tìm và giải quyết nguyên nhân.

- Vôi soda hết tác dụng:

+ $inCO_2$ tăng, $EtCO_2$ tăng

+ Xử trí: thay vôi

5.5. Biến chứng sau rút ống NKQ

- Suy hô hấp sau rút ống NKQ

+ Thực hiện theo CBA: đảm bảo thông thoáng đường thở (hút đàm nhớt), cho thở oxy 100% ngay lập tức, đặt lại ống nếu cần thiết

+ Hóa giải dãn cơ đầy đủ: Neostigmine 0,04 mg/kg + Atropin 0,015 mg/kg hoặc Bridion 2 mg/kg khi đủ điều kiện

+ Rút ống NKQ khi đủ điều kiện

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Đau họng khàn tiếng
- Co thắt thanh - khí - phế quản
- Viêm đường hô hấp trên
- Hẹp thanh - khí quản

Xử trí tùy triệu chứng và nguyên nhân

5.6. Các tai biến trong nội soi

- Thuyên tắc khí
- Tràn khí dưới da, tràn khí trung thất, tràn khí màng phổi
- Rối loạn nhịp tim
- Tổn thương các tạng trong ổ bụng (gan, lách, dạ dày, ruột,...)
- Tổn thương mạch máu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Từ Dũ (2019), Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa.
2. Oxford handbook of Anaesthesia, 4th edition.
3. Protocoles MAPAR (2019).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

99 GÂY TÊ TỦY SỐNG TRONG PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG NGẢ ÂM ĐẠO

I. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh đạt tiêu chuẩn ASA I-II.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

2.1. Tuyệt đối

- Nhiễm trùng toàn thân.
- Nhiễm trùng tại nơi đâm kim.
- Rối loạn đông máu.
- Người bệnh trong tình trạng huyết động học không ổn định.
- Tăng áp lực nội sọ.
- Tiền sử dị ứng thuốc tê,...

2.2. Tương đối

- Người bệnh từ chối phương pháp gây tê tủy sống.
- Bệnh tim (hẹp khít van tim, suy tim mất bù, tăng áp lực động mạch phổi).
- Người bệnh có kèm bệnh thần kinh, tâm thần.
- Bệnh lý cột sống như gù, vẹo cột sống,...

III. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Người bệnh được uống 150 mg Ranitidine viên sủi bọt với 30 mL nước tại phòng tiền mê hoặc Famotidin 20 mg/5 mL tiêm tĩnh mạch hoặc Ranitidine 50 mg hoặc Omeprazole 40 mg tiêm tĩnh mạch.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Đặt một đường truyền tĩnh mạch với dung dịch Lactated Ringer's trung bình 10 mL/kg cân nặng hoặc dung dịch Hydroxyethyl starch 6% (HES(130/0,4)).
- Tư thế người bệnh: tư thế ngồi hoặc nằm nghiêng trái.
- Kim chọc tủy sống số 27 hoặc số 29 vị trí đâm kim L3-L4 hoặc L4-L5.
- Thuốc tê Bupivacain 0,5% liều lượng trung bình 10-12 mg (hoặc Levobupivacain 0,5% liều lượng trung bình 10-12 mg).

  Phối hợp với: hoặc Fentanyl 20-25 mcg (hoặc Sufentanil 2,5-5 mcg).
- Sau khi gây tê: đặt người bệnh trở lại tư thế nằm ngửa và chuyển người bệnh nhẹ nhàng sang tư thế phụ khoa.
- Dùng thuốc an thần nhóm Midazolam 1-2 mg tiêm mạch.

IV. ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ

- Tê tốt: người bệnh không đau
- Tê kém hoặc không hiệu quả: cần phải chuyển sang phương pháp gây mê nội khí quản

V. XỬ TRÍ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN

- Thất bại: không đâm được kim vào khoang dưới nhện: chuyển gây mê nội khí quản.
- Tụt huyết áp:
  + Dự phòng: Ephedrine ống 30 mg pha vào 500 mL dung dịch đẳng trương (Lactated Ringer's hoặc Natri Clorid 0,9% hoặc Ringer fundin), truyền nhanh hoặc tiêm tĩnh mạch trực tiếp khi huyết áp tụt nhiều.
  + Buồn nôn: kiểm tra huyết áp, nếu huyết áp bình thường thì dùng Metoclopramid ống 10 mg tiêm mạch chậm.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

VI. THEO DÕI

6.1. Trong khi phẫu thuật

- Thở oxy 100% qua mask trung bình 3 lít/phút.
- Theo dõi tri giác, hô hấp, mạch huyết áp và tình trạng của người bệnh trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Lúc sắp kết thúc phẫu thuật sử dụng Paracetamol 1 g/100 mL truyền tĩnh mạch XXX giọt/phút (nếu người bệnh không có chống chỉ định dùng thuốc) để giảm đau sau mổ.
- Đánh giá lượng máu mất để xử trí (cân gạc trước và sau mổ là phương pháp đánh giá tương đối chính xác).
- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn đến khi ổn định người bệnh sẽ được chuyển sang phòng Hồi sức theo dõi.

6.2. Sau phẫu thuật

- Giảm đau sau mổ theo phác đồ.
- Rút sonde tiểu sớm hoặc theo chỉ định của phẫu thuật viên, sau khi rút sonde tập cho người bệnh tự đi tiểu.
- Ăn uống sớm sẽ làm nhu động ruột mau hồi phục, làm giảm sử dụng thuốc và giảm đau sau mổ.

  + Ngày phẫu thuật (N0): uống nước đường, ăn súp hoặc cháo.

  + Ngày hôm sau (N1): tiếp tục ăn súp, cháo đến khi có nhu động ruột thì ăn uống bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Từ Dũ (2019), Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa.
2. Anesthesiologist's Manual Of Surgical Procedure 5th

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

GIẢM ĐAU TRONG CHUYỂN DẠ BẰNG PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ TỦY SỐNG - NGOÀI MÀNG CỨNG KẾT HỢP

100

I. ĐẠI CƯƠNG

Tê tủy sống - ngoài màng cứng kết hợp đã được áp dụng để giảm đau ở sản phụ đang chuyển dạ và nhất là thai bệnh lý như tim mạch, và giảm đau sau mổ.

- Lợi ích

+ Liều lượng thuốc giảm rất nhiều so với tê tủy sống đơn thuần.

+ Tác dụng bắt đầu nhanh (2-3 phút).

+ Tổng liều thuốc so với tê ngoài màng cứng đơn thuần khoảng 1/3 (cho mổ lấy thai).

+ Mức độ phong bế vận động ít nhất.

+ Phong bế giao cảm cũng ít nhất.

- Tình huống áp dụng

+ Giảm đau trong chuyển dạ ở giai đoạn hoạt động hoặc lúc cổ tử cung đã mở > 7 cm.

+ Kỹ thuật chọn lọc cho các trường hợp có thai bình thường hoặc mẹ có bệnh lý cần sự ổn định huyết động học.

- Tuyến áp dụng: tại các tuyến có khoa Sản và Gây mê Hồi sức (chủ yếu các bệnh viện chuyên khoa sản và tuyến thành phố).

II. CHỈ ĐỊNH

Các sản phụ đạt tiêu chuẩn ASA I-II

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Tuyệt đối

- Nhiễm trùng toàn thân.
- Nhiễm trùng tại nơi chọc kim.
- Rối loạn đông máu.
- Sản phụ trong tình trạng sốc.
- Suy thai cấp.
- Nhau tiền đạo chảy máu, nhau bong non.
- Sản giật hoặc hội chứng HELLP.
- Tăng áp lực nội sọ.
- Tiền sử dị ứng thuốc tê…

3.2. Tương đối

- Sản phụ từ chối phương pháp gây tê.
- Bệnh tim (hẹp khít van tim, suy tim mất bù, tăng áp lực động mạch phổi).
- Sản phụ có kèm bệnh thần kinh, tâm thần.
- Bệnh lý cột sống như gù, vẹo cột sống.

IV. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Gây mê Hồi sức (BS GMHS) được huấn luyện thành thạo và am hiểu về tê tủy sống - ngoài màng cứng.

4.2. Chuẩn bị phương tiện

- Bộ kim tê tủy sống - ngoài màng cứng phối hợp (B.Braun).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Kim Tuohy 8, kim tủy sống 26-27 (loại Quincke hoặc Withacre) độ dài 115-120 mm, phần nhô ra khỏi lỗ cạnh Tuohy từ 13-15 mm.

- Bơm tiêm 3 mL, 5 mL, 10 mL, 50mL.

- Máy bơm tiêm điện, phương tiện hồi sức cấp cứu, máy đo huyết áp, máy monitor tim mạch, SpO_2.

4.3. Chuẩn bị sản phụ

- BS GMHS giải thích cho sản phụ những việc bác sĩ và nữ hộ sinh sẽ thực hiện thủ thuật gây tê giảm đau.

- Mô tả cho sản phụ về tư thế, trình tự thủ thuật sẽ làm (để sản phụ hợp tác tốt), những cảm nhận sau khi tiêm thuốc và nhấn mạnh rằng phương pháp này chỉ định là để giảm đau.

- Trả lời sản phụ và gia đình những điều, chưa hiểu hoặc muốn biết.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Xét nghiệm bắt buộc: tiểu cầu, PT, APTT. Yêu cầu làm các xét nghiệm hoặc thăm dò khác tùy từng trường hợp cụ thể.

- Giấy cam đoan thủ thuật.

- Tìm hiểu kỹ về tiền sử, các chống chỉ định, thực hiện thăm khám, đánh giá và viết phiếu khám tiền mê.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt một đường truyền tĩnh mạch với dung dịch Lactated Ringer's trung bình 8-10 mL/kg cân nặng hoặc dung dịch Hydroxyethyl starch 6% (HES(130/0,4)).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Tư thế: nằm hoặc ngồi.

- Xác định khe cột sống

+ Thường là L3-L4 hoặc L4-L5 (Lưu ý: sản phụ béo phì đường Tuffier bị nâng lên).

+ Gây tê tại chỗ với dung dịch Lidocaine 2%.

- Kỹ thuật xác định khoang ngoài màng cứng

+ Nên dùng kỹ thuật mất sức cản với dung dịch nước muối sinh lý.

- Đặt kim Tuohy vào khoang ngoài màng cứng theo quy ước

+ Khi đã vào khoang ngoài màng cứng, sau đó đưa kim tủy sống qua kim Tuohy. Đẩy kim tủy sống qua kim Tuohy đến khi kim tủy sống vào khoang dưới nhện sẽ thấy dịch não tủy chảy ra.

- Giảm đau chuyển dạ

a) Tiêm thuốc vào kim gây tê tủy sống hỗn hợp Bupivacain hoặc Levobupivacain 1,5-2,5 mg phối hợp với Fentanyl 20-25 mcg (hoặc Sufentanil 2,5-5 mcg)

- Rút kim tê tủy sống, sau đó luồn catheter qua kim Tuohy vào khoang ngoài màng cứng.

- Thuận lợi của phương pháp gây tê tủy sống ngoài màng cứng kết hợp:

+ Dùng liều thấp so với tê ngoài màng cứng đơn thuần.

+ Bắt đầu tác dụng nhanh (2-3 phút).

+ Phong bế thần kinh tối thiểu: vận động, giao cảm và sức rặn không mất.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

b) Liều ngoài màng cứng qua bơm tiêm điện ngay sau liều tủy sống với hỗn hợp

- Giảm đau bằng phương pháp bơm thuốc tê qua tiêm điện như sau:

+ Thuốc tê Bupivacain nồng độ 0,0625% đến 0,1%.

+ Fentanyl 2 mcg/mL (hoặc Sufentanil 0,25-0,5 mcg/mL): truyền hỗn hợp thuốc tê qua catheter ngoài màng cứng với tốc độ 5-10 mL/giờ tùy theo tình trạng của sản phụ.

- Hoặc giảm đau bằng phương pháp sản phụ tự điều khiển (PCEA):

+ Truyền hỗn hợp thuốc tê qua catheter ngoài màng cứng tốc độ 5 mL/giờ.

+ Bolus 3 mL do sản phụ bấm nút điều khiển khi đau.

+ Thời gian khóa nút điều khiển (lock out) khoảng 15 phút.

+ Liều tối đa 20 mL/giờ.

VI. THEO DÕI

- Tại phòng Sanh:

+ Chất lượng giảm đau đến lúc sinh hoặc mổ lấy thai.

+ Theo dõi hô hấp, mạch huyết áp và tiến trình chuyển dạ.

+ Rút catheter ngoài màng cứng sau khi cuộc sinh hoàn tất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Từ Dũ (2019), Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa.
2. Chestnut's Obstetric Anesthesia Principles and Pratice 5th edition.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

101 PHÁC ĐỒ KIỂM SOÁT ĐAU SAU PHẪU THUẬT - THỦ THUẬT

I. MỤC ĐÍCH

- Giúp kiểm soát tình trạng đau của người bệnh kịp thời, hiệu quả.
- Giúp các khoa phòng dự trù, sử dụng và quản lý thuốc.
- Giúp bác sĩ cho y lệnh thuốc giảm đau nhanh chóng, nữ hộ sinh và điều dưỡng thực hiện kịp thời, hiệu quả.

II. PHẠM VI ÁP DỤNG:

Người bệnh sau phẫu thuật - thủ thuật.

III. ĐỊNH NGHĨA

3.1. Đau sau phẫu thuật - thủ thuật: là đau cấp tính (acute pain), mới xuất hiện do phẫu thuật - thủ thuật, có cường độ mạnh.

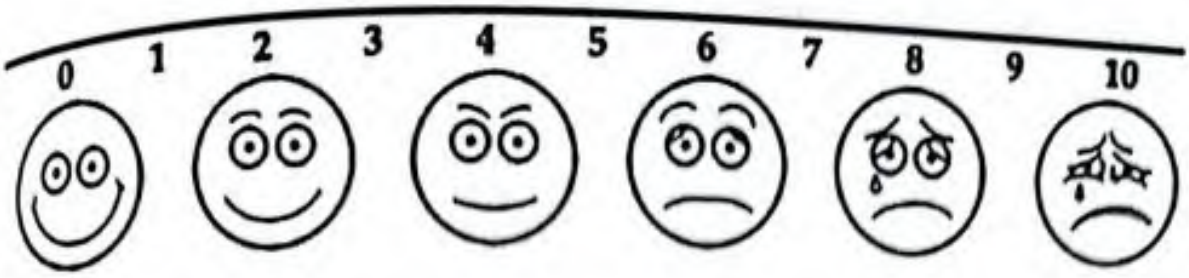
3.2. Kiểm soát đau: là quá trình dự phòng hoặc điều trị đau nhằm cải thiện chức năng, giúp người bệnh được giảm đau, có thể vận động, sinh hoạt bình thường hoặc dễ dàng hơn.

3.3. Đánh giá đau:

a) *Thang điểm đau VAS (Visual Analogue Scale):* cho phép đánh giá mức độ đau nhanh chóng, đơn giản, và được chia làm 6 mức độ. Thước đo có hai mặt, mặt trước dành cho người bệnh có các hình ảnh diễn tả cảm giác đau qua vẻ mặt, hỏi người bệnh chọn hình vẽ nào biểu đạt nhất về cảm giác đau của mình. Mặt sau dành cho thầy thuốc có chia vạch, đánh số từ 0 đến 10 để thầy thuốc lượng giá.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner



- 0-1 điểm: không đau.
- 2-3 điểm: đau ít
- 4-5 điểm: đau vừa
- 6-7 điểm: đau nhiều
- 8-9 điểm: đau rất nhiều
- 10 điểm: đau dữ dội

b) Dựa theo thang điểm của WHO

- Đau nhẹ (1-3 điểm)
- Đau vừa phải hay trung bình (4-6 điểm)
- Đau nhiều hay nặng (7-10 điểm)

IV. NỘI DUNG

4.1. Đánh giá mức độ đau: dựa vào lâm sàng, dùng thang điểm đánh giá VAS hoặc theo WHO (xem phần định nghĩa).

4.2. Điều trị

- Nguyên tắc sử dụng thuốc: tìm liều hiệu quả nhất, dung nạp tốt, an toàn nhất.
- Các phác đồ giảm đau tại Bệnh viện Từ Dũ: giảm đau sau phẫu thuật - thủ thuật (xem phụ lục 2, 3)

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

4.3. Giảm đau không bằng thuốc

- Tập thể dục
- Vật lý trị liệu
- Liệu pháp tâm lý
- Châm cứu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ tiêu chuẩn quốc tế JCI.
2. Bộ Y tế (2011), Thông tư số 23/2011/TT-BYT của Bộ Y tế về việc Hướng dẫn sử dụng thuốc trong các cơ sở y tế có giường bệnh ngày 16/6/2011.
3. Bộ Y tế (2012), Thông tư số 13/2012/TT-BYT về việc Hướng dẫn công tác Gây mê - Hồi sức của Bộ Y tế ngày 20/8/2012.

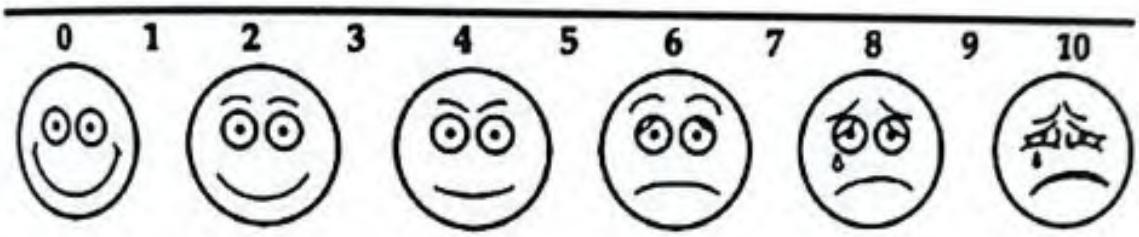
Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Phụ lục 1

ĐÁNH GIÁ U THEO THANG ĐIỂM ĐAU VAS (V AL ANALOGUE SCALE)

Thang điểm đau VAS (Visual Analogue Scale): cho phép đánh giá mức độ đau nhanh chóng, đơn giản, và được chia làm 6 mức độ. Thước đo có hai mặt, mặt trước dành cho người bệnh có các hình ảnh diễn tả cảm giác đau qua vẻ mặt, hỏi người bệnh chọn hình vẽ nào biểu đạt nhất về cảm giác đau của mình. Mặt sau dành cho thầy thuốc có chia vạch, đánh số từ 0 đến 10 để thầy thuốc lượng giá.



- 0-1 điểm: không cảm thấy đau đớn, khó chịu.
- 2-3 điểm: thấy đau ít
- 4-5 điểm: thấy đau vừa
- 6-7 điểm): thấy đau nhiều
- 8-9 điểm: thấy đau rất nhiều
- 10 điểm: thấy đau dữ dội

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Phụ lục 2

PHÁC ĐỒ GIẢM ĐAU SAU MỔ ĐỐI VỚI NGƯỜI [illegible] GÂY MÊ

NGƯỜI BỆNH GÂY MÊ - PHẪU THUẬT

Khi khâu phúc mạc
- Morphin 10 mg x 1/2 ống pha loãng TMC, hoặc
- Tramadol 100 mg x 1 ống pha NaCl 0,9% 100 mL TTM LX g/ph, hoặc
- Pethidin 100 mg 1/2 ống TB

Phẫu thuật xâm lấn nhiều:
mổ lấy thai, cắt tử cung toàn phần, bóc u xơ cơ tử cung, phẫu thuật có tổn thương bàng quang, ruột...

Ngày 0: sau mổ 3 giờ
- Paracetamol 1 g x 3-4 lần TTM/15 phút cách mỗi 6 giờ kết hợp
- Nefopam 20 mg x 2 lần TB mỗi 8 giờ hoặc Ketoprofen 100 mg x 2 lần TB mỗi 12 giờ hoặc Ketorolac 30 mg x 2 lần TB/TMC mỗi 12 giờ hoặc Diclofenac 100 mg đặt HM.

Hậu phẫu ngày 1
- Paracetamol 1 g TTM/15 phút cách mỗi 6-8 giờ ±
- Diclofenac 100 mg đặt HM mỗi 12 giờ hoặc
- Nefopam 20 mg x 2 lần TB cách mỗi 8 giờ hoặc
- Ketoprofen 100 mg x 2 lần TB cách mỗi 12 giờ

Hậu phẫu ngày 2 trở đi
- Paracetamol 1 g uống mỗi 8 giờ
  ± Diclofenac 100 mg đặt HM cách mỗi 12 giờ hoặc
- Thuốc giảm đau kháng viêm không steroid (NSAID)
  + Diclofenac 50 mg 1 viên x 3 lần/ngày, hoặc
  + Ibuprofen 600-1200 mg/ngày, chia 2-3 lần, hoặc
- Paracetamol phối hợp:
  + Paracetamol + Ibuprofen (325 + 200 mg) uống 1 viên x 3 lần/ngày, hoặc
  + Paracetamol + Tramadol (325 mg + 37,5 mg): uống 1 viên mỗi 6 giờ

Phẫu thuật ít xâm lấn:
nội soi bóc u buồng trứng, cắt phần phụ, kiểm tra bơm thông tai vòi...

Ngày 0: sau mổ 3 giờ
- Paracetamol 1 g x 2-3 lần TTM/15 phút mỗi 6 giờ
  ± Nefopam 20 mg TB mỗi 8 giờ hoặc Ketoprofen 100 mg TB hoặc Ketorolac 30 mg TB/TMC

Hậu phẫu ngày 1 trở đi
- Paracetamol 1 g uống mỗi 8 giờ
  ± Diclofenac 100 mg đặt HM cách mỗi 12 giờ, hoặc
- Thuốc giảm đau kháng viêm không steroid (NSAID)
  + Diclofenac 50 mg 1 viên x 3 lần/ngày, hoặc
  + Ibuprofen 600-1200 mg/ngày, chia 2-3 lần, hoặc
- Paracetamol phối hợp:
  + Paracetamol + Ibuprofen (325 + 200 mg): uống 1 viên x 3 lần/ngày, hoặc
  + Paracetamol + Tramadol (325 mg + 37,5 mg): uống 1 viên mỗi 6 giờ

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

LƯU Ý:

1. Các chống chỉ định của thuốc sử dụng.
2. Tùy theo tính chất phẫu thuật, có thể tăng giảm liều thuốc hoặc kết hợp thêm thuốc giảm đau.
3. Người bệnh trên 60 tuổi cân nhắc thuốc gây nghiện khi sử dụng.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Phụ lục 3

PHÁC ĐỒ GIẢM ĐAU SAU MỔ ĐỐI VỚI NGƯỜI [illegible] GÂY TÊ

NGƯỜI BỆNH GÂY TÊ - PHẪU THUẬT

Gây tê tủy sống

Ngày 0:
- Sau mổ 1 giờ: Morphin 10 mg TDD
- Sau mổ 4 giờ: Paracetamol 1 g x 3-4 lần TTM/15 phút mỗi 6 giờ +/-
- Nefopam 20 mg x 2 lần TB mỗi 8 giờ hoặc Ketoprofen 100 mg x 2 lần TB mỗi 12 giờ hoặc Diclofenac 100 mg đặt HM mỗi 12 giờ.

Gây tê ngo[illegible]ng cứng

Ngày [illegible]
- Bupivacain/Ropiva[illegible]/ Levobupivacain 0,1% + Fentanyl 2 mcg/mL NMC 8-10 mL/giờ
- Sau 4-6 giờ: Paracetanol 1 g x 3-4 lần TTM/15 phút mỗi 6 giờ

Hậu phẫu ngày 1
- Paracetamol 1 g TTM/15 phút mỗi 6-8 giờ ±
- Diclofenac 100 mg đặt HM mỗi 12 giờ, hoặc
- Nefopam 20 mg x 2 lần TB mỗi 8 giờ hoặc
- Ketoprofen 100 mg x 2 lần TB mỗi 12 giờ

Hậu phẫu ngày 2 trở đi
- Paracetamol 1g uống mỗi 8 giờ ± Diclofenac 100 mg đặt HM mỗi 12 giờ hoặc
- Thuốc giảm đau kháng viêm không steroid (NSAID)
  + Diclofenac 50 mg 1 viên x 3 lần/ngày, hoặc
  + Ibuprofen 600-1200 mg/ngày, chia 2-3 lần, hoặc
- Paracetamol phối hợp:
  + Paracetamol + Ibuprofen (325 + 200 mg): uống 1 viên x 3 lần/ngày, hoặc
  + Paracetamol + Tramadol (325 mg + 37,5 mg): uống 1 viên mỗi 6 giờ

LƯU Ý:

1. Các chống chỉ định của thuốc sử dụng.
2. Tùy theo tính chất phẫu thuật, có thể tăng giảm liều thuốc hoặc kết hợp thêm thuốc giảm đau.
3. Người bệnh trên 60 tuổi cân nhắc thuốc gây nghiện khi sử dụng.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

102 KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ MỘT CẶP VỢ CHỒNG VÔ SINH

I. ĐỊNH NGHĨA

Các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh sản sau một năm chung sống thực sự và không áp dụng biện pháp tránh thai nào vẫn không có thai được gọi là vô sinh (nếu người vợ > 35 tuổi, thời gian này chỉ tính 6 tháng).

II. PHÂN LOẠI

- Vô sinh nguyên phát là khi người vợ chưa có thai lần nào.
- Vô sinh thứ phát là khi người vợ có ít nhất một lần mang thai trước đây, sau đó tối thiểu 1 năm mong con nhưng chưa thụ thai lần nữa.

III. NGUYÊN NHÂN

3.1. Do vợ

a) Rối loạn phóng noãn

- Bệnh lý trung tâm:
  + Suy hạ đồi, suy tuyến yên.
  + Cường androgen, cường prolactin (do bướu hoặc do thuốc).
- Bệnh lý ngoại biên:
  + Buồng trứng không phóng noãn.
  + Suy buồng trứng sớm.
- Bệnh lý biến dưỡng:
  + Bệnh tuyến giáp, thừa androgen, u thượng thận.
  + Bệnh lý gan thận.
  + Béo phì.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

b) Do vòi trứng, buồng trứng, phúc mạc

- Tắc ống dẫn trứng.
- Nhiễm trùng, viêm phúc mạc ruột thừa, viêm vùng chậu.
- Lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng.

c) Do tử cung

- Dị dạng bẩm sinh: không có tử cung và cổ tử cung.
- U xơ cơ tử cung, lạc nội mạc tử cung trong cơ tử cung.
- Dính buồng tử cung (hội chứng Asherman).
- Nội mạc tử cung không phát triển (< 7 mm).

d) Vô sinh chưa rõ nguyên nhân

3.2. Do chồng

a) Rối loạn chức năng sinh dục

- Xuất tinh ngược dòng.
- Bất lực.
- Giảm libido.

b) Rối loạn nội tiết

- Hội chứng Kaliman (rối loạn chức năng hạ đồi).
- Suy tuyến yên (do bướu, xạ trị hoặc do phẫu thuật).
- Cường Prolactin (do bướu hoặc do thuốc).
- Sử dụng thuốc Androgen.
- Tăng sinh tuyến thượng thận.

c) Bất thường giải phẫu

- Bất sản ống dẫn tinh, tắc ống dẫn tinh
- Bất thường bẩm sinh túi tinh

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

d) Bất thường sinh tinh

- Bất thường nhiễm sắc thể
- Viêm tinh hoàn do quai bị
- Tinh hoàn lạc chỗ
- Xạ, hóa trị
- Dãn tĩnh mạch thừng tinh

e) Bất thường di động:

- Tinh trùng không có đuôi.
- Có kháng thể kháng tinh trùng.

IV. CHẨN ĐOÁN

4.1. Lâm sàng

a) Hỏi tiền sử, bệnh sử

- Chu kỳ kinh, các biện pháp tránh thai áp dụng, các lần mang thai, sẩy thai.
- Các phẫu thuật, xét nghiệm đã thực hiện.
- Các thông tin bệnh nội khoa tổng quát.
- Cần lưu ý đến việc sử dụng rượu, thuốc lá, tiếp xúc với các hóa chất, các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

b) Khám lâm sàng

- Khám vợ
  + Quan sát các đặc điểm: rậm lông, hói đầu, mụn trứng cá hay các biểu hiện thừa Androgen.
  + Khám lượng giá tuyến giáp.
  + Khám vú xem có tiết sữa.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Khám âm đạo đánh giá có bất thường sinh dục, tử cung đôi, bất sản âm đạo, vách ngăn âm đạo.

- Khám chồng

+ Khảo sát dáng đi, chiều dài các chi giúp phát hiện trường hợp bất thường nhiễm sắc thể như Hội chứng Klinefelter.

+ Bất thường của lỗ tiểu

+ Khám bìu, tinh hoàn, mào tinh, ống dẫn tinh

+ Phát hiện xem có dãn tĩnh mạch thừng tinh, thoát vị bẹn khi ở tư thế đứng không

4.2. Cận lâm sàng

a) Xét nghiệm thường quy

- Vợ:

+ HIV, HBsAg, giang mai

+ Pap smear

+ Siêu âm phụ khoa

- Chồng:

+ HIV, HBsAg, giang mai

+ Tinh dịch đồ

+ Nếu kết quả tinh dịch đồ bất thường: xét nghiệm thêm FSH và nhiễm sắc thể đồ

b) Xét nghiệm chọn lọc

- FSH, LH, Estradiol, PRL, Progesterone, Testosterone hoặc AMH

- Hormone tuyến giáp: T3, T4, TSH

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Chụp cản quang tử cung - vòi trứng (HSG)
- Nội soi buồng tử cung, ổ bụng (nếu có chỉ định)
- Xét nghiệm chất nhầy cổ tử cung sau khi giao hợp

V. ĐIỀU TRỊ

- Nếu vô sinh không rõ nguyên nhân
  + Giải thích và làm cho cặp vợ chồng yên tâm. Hướng dẫn thời điểm giao hợp có hiệu quả.
  + Nếu sau giao hợp 6-12 chu kỳ không hiệu quả có thể can thiệp bằng cách kích thích buồng trứng và bơm tinh trùng vào buồng tử cung.
- Nếu tìm được nguyên nhân vô sinh
  + Giải thích cho cặp vợ chồng hiểu và tư vấn phương pháp điều trị. Có thể sử dụng thuốc hoặc can thiệp phẫu thuật giúp họ đạt mong muốn có con. Đồng thời giải thích rõ các bước sẽ tiến hành, khó khăn có thể gặp phải và thời gian cần thiết để có được kết quả mong muốn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. David K Gardner, Ariel Weissman, Colin M Howles, Zeev Shoham (2004), Textbook of Assisted Reproductive techniques, 2nd edition.
2. Marc A. Fritz, Leon Speroff (2011), Clinical gynecologic endocrinology and infertility, 8th edition.
3. Martin H. Johnson (2007), Essential Reproduction, 6th edition.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

CÁC PHÁC ĐỒ KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG

I. TRONG KỸ THUẬT BƠM TINH TRÙNG VÀO BUỒNG TỬ CUNG (IUI)

Kích thích buồng trứng (KTBT) trong IUI nhằm tạo ra từ 2-3 nang noãn trưởng thành và phóng noãn để tăng khả năng có thai.

1.1 Các chỉ định IUI

- Bất thường phóng tinh.
- Yếu tố cổ tử cung.
- Tinh trùng yếu.
- Lạc nội mạc tử cung nhẹ và vừa.
- Rối loạn phóng noãn.
- Phối hợp các bất thường trên.
- Bơm tinh trùng người cho trong trường hợp chồng không có tinh trùng.
- Vô sinh chưa rõ nguyên nhân.

1.2 Các phác đồ kích thích buồng trứng

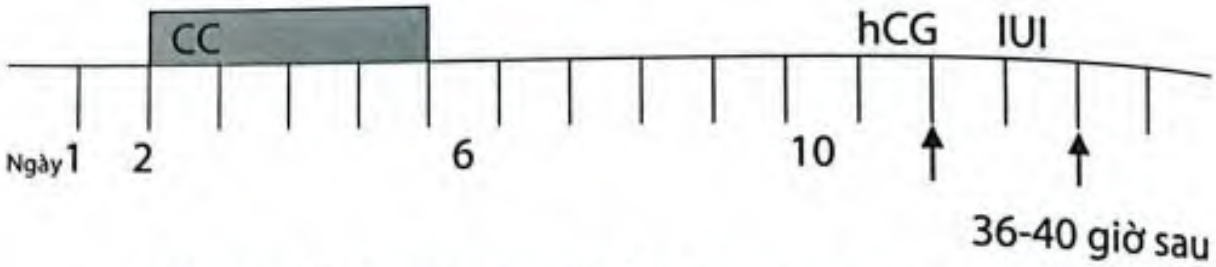
a) Sử dụng Clomiphene Citrate

- Clomiphene Citrate (CC) được sử dụng đường uống với liều 50-100 mg từ ngày 2 đến ngày 6 chu kỳ kinh nguyệt.
- Siêu âm theo dõi nang noãn từ ngày 6 hoặc ngày 7 chu kỳ, sau đó mỗi 2-3 ngày tùy tốc độ phát triển nang noãn.
- Tiêm bắp hCG 5000 IU gây rụng trứng khi ít nhất 1 nang ≥ 18 mm.

Được quét bằng CamScanner

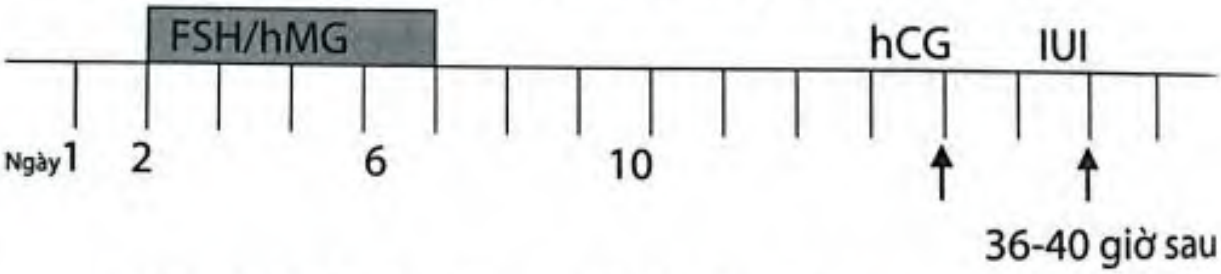
Được quét bằng CamScanner

- Bơm tinh trùng vào buồng tử cung được thực hiện 36-40 giờ sau thời điểm tiêm hCG.



- Hỗ trợ giai đoạn hoàng thể bằng progesterone đặt âm đạo 200 mg/ngày, 2 lần/ngày trong 2 tuần sau bơm tinh trùng.
- Xét nghiệm β-hCG máu thử thai sau bơm tinh trùng 2 tuần.

b) Sử dụng gonadotropins đơn thuần (FSH hoặc hMG)



- Tiêm bắp hoặc tiêm dưới da FSH hoặc HMG mỗi ngày từ ngày 2 hoặc 3 chu kỳ với liều thường dùng là 50-75 IU.
- Liều dùng có thể được điều chỉnh tùy thuộc kết quả siêu âm vào ngày 7 chu kỳ hoặc những lần sau đó.
- Thời điểm tiêm hCG và bơm tinh trùng tương tự trên.

II. TRONG KỸ THUẬT THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM (IVF)

Thụ tinh trong ống nghiệm là một kỹ thuật phức tạp và tốn kém. Để tăng cơ hội có thai, người bệnh cần được KTBT để thu được khoảng 8-10 trứng có chất lượng tốt.

2.1 Các chỉ định IVF

- Tinh trùng chồng yếu nặng.
- Bất sản ống dẫn tinh.

Được quét bằng CamScanner

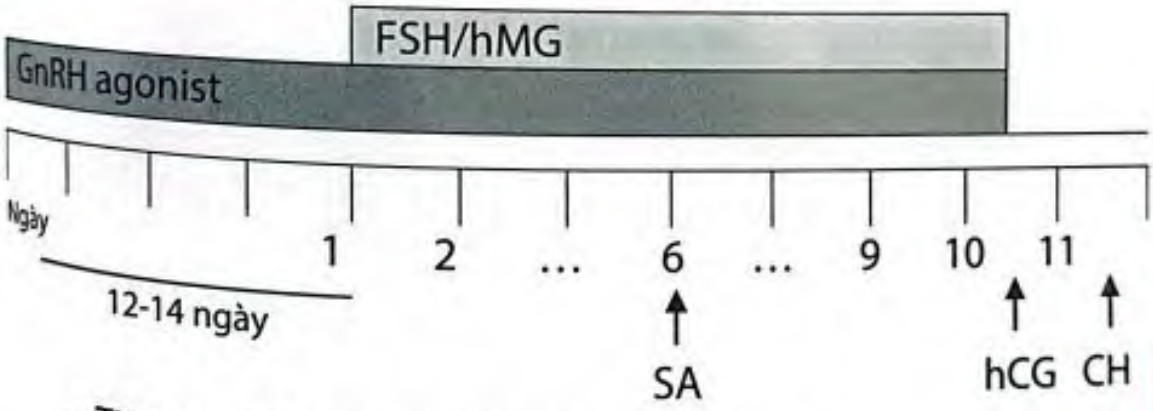
Được quét bằng CamScanner

- Trường hợp xin tinh trùng do chồng không có tinh trùng.
- Yếu tố tai vòi.
- Vợ lớn tuổi.
- Giảm dự trữ buồng trứng.
- Xin trứng do suy buồng trứng sớm.
- Bơm tinh trùng thất bại nhiều lần.

2.2 Các phác đồ kích thích buồng trứng

a) Phác đồ dài (down-regulation)

- Tiêm GnRH đồng vận bắt đầu từ ngày 21 chu kỳ kinh (tiêm liên tục trong 12-14 ngày).
- Sau đó, xét nghiệm LH, Estradiol máu và siêu âm nếu down regulation đạt yêu cầu thì bắt đầu sử dụng gonadotropins. Gonadotropins được tiêm liên tục KTBT cho đến khi nang noãn trưởng thành.



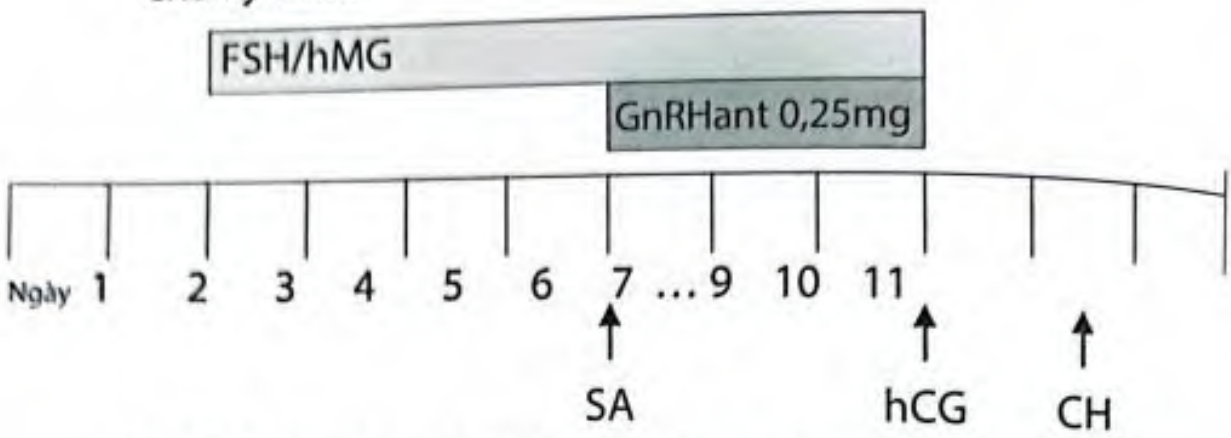
- Tiêm hCG khi có ít nhất 3 nang ≥ 17 mm.
- Chọc hút trứng 36-38 giờ sau tiêm hCG.
- Chuyển phôi được thực hiện ngày 2, ngày 3 hoặc ngày 5 sau chọc hút trứng. Sau chuyển phôi, hỗ trợ hoàng thể với liều 600-800 mg/ngày Progesterone.
- Thử thai 2 tuần sau chuyển phôi.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

b) Phác đồ GnRH antagonist

- Bắt đầu sử dụng Gonadotropins KTBT vào ngày 2 hoặc 3 chu kỳ kinh.



- GnRH antagonist 0,25 mg/ngày được cho liên tục từ ngày thứ 6 chu kỳ hoặc khi đường kính nang lớn nhất đạt 14 mm cho đến khi tiêm hCG gây rụng trứng.
- Thời điểm tiêm hCG, chọc hút trứng và hỗ trợ hoàng thể tương tự như phác đồ dài.
- Trong trường hợp người bệnh có nguy cơ quá kích buồng trứng, có thể gây trưởng thành nang noãn và rụng trứng bằng GnRH agonist thay cho tiêm hCG. Sau đó, phải hỗ trợ giai đoạn hoàng thể tích cực hoặc phải trữ phôi toàn bộ.

III. CÁC VẤN ĐỀ CẦN CHÚ Ý KHI KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG

- Khoảng cách giữa đáp ứng tốt với KTBT và quá kích buồng trứng là rất nhỏ.
- Sự đáp ứng với KTBT ở từng người khác nhau sẽ khác nhau, do đó, việc quyết định loại thuốc, liều thuốc, phác đồ KTBT sử dụng và theo dõi trong quá trình KTBT phải được các bác sĩ có kinh nghiệm về sử dụng thuốc KTBT xem xét kỹ.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Tăng hay giảm liều Gonadotropins cần phải dựa trên siêu âm và nội tiết trong quá trình theo dõi sự phát triển nang noãn và các triệu chứng lâm sàng của người bệnh.

- Ngưng KTBT khi không có nang phát triển hoặc quá nhiều nang phát triển (vì có thể gây nguy cơ quá kích buồng trứng).

- Thời điểm sử dụng hCG gây phóng noãn phù hợp sẽ mang lại hiệu quả cao.

- Nếu chu kỳ điều trị thất bại, số lượng nang noãn kém hay nội mạc tử cung mỏng, thay đổi phác đồ KTBT hiệu quả hơn là thay đổi thuốc KTBT.

IV. CÁC ĐÁP ỨNG BẤT THƯỜNG VÀ BIẾN CHỨNG CỦA KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG

- Đáp ứng kém với KTBT

- Đáp ứng kém với KTBT xảy ra khoảng 9-24% các chu kỳ thực hiện kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Đáp ứng kém được chẩn đoán khi bệnh nhân được KTBT bằng phác đồ chuẩn với liều FSH từ 300 IU trở lên mà có các dấu hiệu sau:

+ Số lượng nang noãn phát triển dưới 3-5 nang.

+ Nồng độ Estradiol vào ngày 6 chu kỳ < 200 pg/mL.

+ Nồng độ Estradiol không tăng hay giảm đi trong quá trình KTBT.

+ Thời gian KTBT quá dài (trên 18 ngày).

+ Quá kích buồng trứng.

+ Đa thai.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. A.Fritz, M. & Speroff, L (2010), Ovulation Induction, Clinical Gynecologic Endocrinology And Infertility, Lippincott Williams and Wilkins.
2. Huirne, J. A. & Schats, R. (2009), The use of GnRH agonists. In: Gardner, D. K., Weissman, A., Howles, C. M. & SHOHAM, Z. (eds.) Textbook of Assisted Reproductive Technologies, Informa Healthcare.
3. Ludwig, M. (2009), GnRH antagonist. In: Gardner, D. K., Weissman, A., Howles, C. M. & Shoham, Z. (eds.) Textbook of Assisted Reproductive Technologies. Informa Healthcare.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

PHÁC ĐỒ KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG ĐÔI

104

I. ĐẠI CƯƠNG

Đối với những đối tượng phụ nữ có dự trữ buồng trứng giảm và tiên lượng đáp ứng kém, phác đồ kích thích buồng trứng đôi (Double ovarian stimulation - DuoStim) là một hướng điều trị mới giúp rút ngắn thời gian điều trị và tận dụng tối đa nguồn dự trữ buồng trứng hiện có của những người bệnh này.

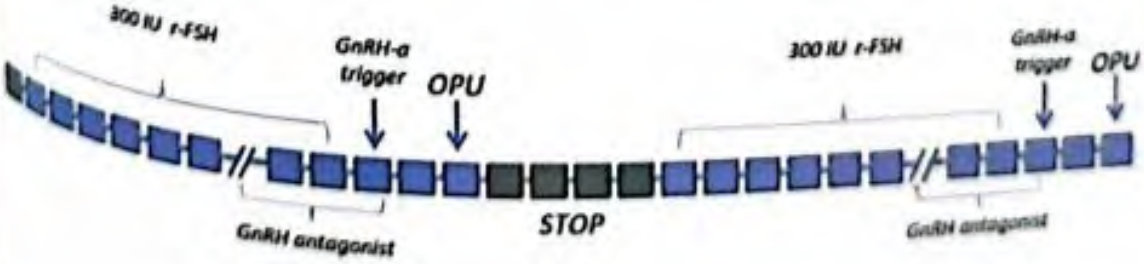
II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có chỉ định thụ tinh trong ống nghiệm với điều kiện:

- AFC (số nang thứ cấp đầu chu kỳ) ≤ 7 hoặc
- AMH ≤ 1,5 ng/mL

III. PHÁC ĐỒ DUOSTIM

- Phác đồ DuoStim kích thích buồng trứng (KTBT) sử dụng GnRH antagonist 2 lần trên cùng 1 chu kỳ kinh nguyệt.
- Theo dõi nồng độ LH, Estradiol và Progesterone trong suốt quá trình KTBT.



Hình ảnh mô tả sơ đồ thực hiện Duostim

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Chú thích:
  + GnRH-a trigger: tiêm mũi gây rụng trứng bằng GnRH đồng vận
  + OPU: thủ thuật chọc hút trứng
  + STOP: thời gian ngưng giữa 2 lần kích thích buồng trứng
  + r-FSH: FSH tái tổ hợp
- Lần kích thích thứ 1:
  + Sử dụng Gonadotropins KTBT vào ngày 2 hoặc ngày 3 chu kỳ kinh.
  + Liều thuốc KTBT là: r-FSH 300 IU, có thể bổ sung LH từ 75-150 IU tùy đáp ứng buồng trứng.
  + GnRH antagonist 0,25 mg/ngày được cho liên tục bắt đầu từ ngày thứ 5 chu kỳ KTBT cho đến khi tiêm mũi gây rụng trứng.
  + Tiêm mũi gây rụng trứng bằng GnRH đồng vận khi có ít nhất 2 nang ≥ 17 mm.
  + Chọc hút trứng 36-38 giờ sau tiêm mũi gây rụng trứng.
  + Tất cả các phôi đều được trữ lạnh.
- Lần kích thích thứ 2:
  + Sau chọc hút trứng lần 1, người bệnh nghỉ ngơi hoàn toàn trong 4 ngày.
  + Sử dụng Gonadotropins KTBT vào ngày thứ 5 sau lần chọc hút trứng đầu tiên.
  + Liều thuốc KTBT là: r-FSH 300 IU, có thể bổ sung LH từ 75-150 IU tùy đáp ứng buồng trứng.
  + GnRH antagonist 0,25 mg/ngày được cho liên tục bắt đầu từ ngày KTBT thứ 5 đến khi tiêm mũi gây rụng trứng.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Tiêm mũi gây rụng trứng bằng GnRH đồng vận khi có ít nhất 2 nang ≥ 17 mm.

+ Chọc hút trứng 36-38 giờ sau tiêm mũi gây rụng trứng.

+ Tất cả các phôi đều được trữ lạnh.

V. CÁC VẤN ĐỀ CẦN LƯU Ý

- Tư vấn kỹ cho người bệnh về nguy cơ không trứng, không phôi nếu đáp ứng buồng trứng quá kém.
- Nếu sau lần KTBT đầu tiên, người bệnh không có trứng hoặc không có phôi, sẽ tư vấn lại lần nữa xem người bệnh có muốn tiếp tục KTBT lần 2 ngay trong cùng chu kỳ hay không.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cardoso MCA, Evangelista A, Sartorio C, Vaz G, Werneck CLV, Guimaraes FM, Gaalo de Sa P, Erthal MC (2017), Can ovarian double-stimulation in the same menstrual cycle improve IVF outcomes?, JBRA Assissted Reproduction, 21(3):217-221.
2. Ubaldi FM, Capalbo A, Vaiarelli A, Cimadomo D, Colamaria S, Alviggi C, Trabucco E, Venturella R, Vajta G, Rienzi L. (2016), Follicular versus luteal phase ovarian stimulation during the same menstrual cycle (DuoStim) in a reduced ovarian reserve population results in a similar euploid blastocyst formation rate: new insight in ovarian reserve exploitation, Fertil Steril, 105(6):1488-1495.
3. Vaiarelli A, Cimadomo D, Trabucco E, Vallefuoco R, Buffo L, Dusi L, Fiorini F, Barnocchi N, Bulletti FM, Rienzi L, Ubaldi FM (2018), Double stimulation in the same ovarian cycle (DuoStim) to maximaize the number of oocytes retrieved from poor prognosis patients: a multicenter experience and SWOT analysis, Front Endocrinol (Lausanne), 9:317.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

105 HỘI CHỨNG QUÁ KÍCH BUỒNG TRỨNG

I. MỞ ĐẦU

Quá kích buồng trứng (OHSS: Ovarian Hyperstimulation Syndrome) là hội chứng có thể gặp trong quá trình sử dụng thuốc kích thích buồng trứng (KTBT) điều trị hiếm muộn với biểu hiện tăng tính thấm thành mạch, tràn dịch đa màng, giảm nồng độ albumin máu và giảm thể tích tuần hoàn.

II. PHÂN LOẠI ĐỘ NẶNG QKBT

TC	Nhẹ	Vừa	Nặng	Rất nặng
Lâm sàng	Căng bụng Đau bụng nhẹ	Đau bụng mức độ trung bình Căng bụng nhiều Buồn nôn, nôn Tiêu chảy Dấu hiệu dịch ổ bụng trên siêu âm	Rối loạn chức năng gan, phù toàn thân Căng bụng rất nhiều Khó thở, thở nhanh (> 20 lần/phút) Đau bụng vùng thấp Hạ huyết áp Thiểu niệu Tràn dịch màng phổi Dấu hiệu dịch ổ bụng trên lâm sàng	Có thể gây nguy hiểm đến tính mạng Dịch ổ bụng, dịch màng phổi rất nhiều Tràn dịch màng tim Suy thận Thuyên tắc mạch (có thể mạch não) Hội chứng suy hô hấp cấp (ARDS) Thiểu niệu hoặc vô niệu Thiếu oxy máu

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

TC	Nhẹ	Vừa	Nặng	Rất nặng
SÂ kích thước BT	≤ 5 cm	5-12 cm	> 12 cm	
Hct	< 41%	41%-<45%	45%-< 55%	≥ 55%
Bạch cầu		10.000-15.000/mm³	15.000-25.000/mm³	> 25.000/mm³
Xét nghiệm khác			Creatinine 1-1,5 mg/dL Thanh thải creatinine ≥ 50 mL/phút (nếu có) Hạ Natri máu Tăng Kali máu	Creatinine >1,5 mg/dL Thanh thải creatinine < 50 mL/phút

* Kích thước buồng trứng có thể không tương ứng với độ nặng của QKBT khi làm thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) vì có chọc hút trứng.

III. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị: điều trị nội khoa chủ yếu (bù dịch, điện giải và giải áp sớm), hạn chế các can thiệp ngoại khoa. Chỉ can thiệp ngoại khoa khi buồng trứng vỡ, xuất huyết nội, buồng trứng bị xoắn. Dự phòng QKBT là quan trọng. Theo dõi điều trị tùy theo mức độ nhẹ, nặng của hội chứng QKBT.

3.1. QKBT nhẹ và vừa: có thể theo dõi điều trị ngoại trú

- Nghỉ ngơi, hạn chế hoạt động.
- Uống nhiều nước.
- Ăn thực phẩm có nhiều chất đạm, ăn mặn.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Theo dõi: đo vòng bụng, cân nặng mỗi ngày, theo dõi lượng nước tiểu mỗi ngày.
- Tái khám ngay khi có dấu hiệu chuyển nặng:
  + Nôn nhiều, không uống được, tiêu chảy.
  + Khó thở.
  + Cân nặng và vòng bụng tiếp tục tăng nhanh.
  + Tiểu ít đi (dưới 500 mL nước tiểu/24 giờ).

Nếu có dịch ổ bụng lượng vừa, tổng trạng mệt, tiên lượng tình trạng có thể nặng thêm: chọc dịch sớm qua đường âm đạo, triệu chứng có thể cải thiện rõ rệt sau khi rút dịch (có thể lặp lại khi cần). Bồi hoàn sớm đạm, điện giải và kháng sinh dự phòng sau khi rút dịch.

3.2. QKBT nặng: nhập viện điều trị

QKBT nặng và rất nặng điều trị tại hồi sức.

a) Chế độ sinh hoạt

- Nghỉ ngơi tuyệt đối.

b) Điều trị

- Tăng áp lực keo nội mạch: có thể dùng Albumin 25% 50-100 mL/ngày.
- Cân bằng nước điện giải:
  + Natri Clorid 0,9% (500-1000 mL/ngày).
  + Glucose 5% (500-1000 mL/ngày).
  + Hạn chế sử dụng Lactated Ringer's vì QKBT có sẵn tình trạng tăng Kali máu.
- Có thể chọc dẫn lưu ổ bụng giải áp khi có các triệu chứng sau:

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Bụng quá căng.

+ Khó thở.

+ Thiểu niệu.

+ Ăn uống kém, suy kiệt do bụng căng.

- Trong trường hợp nặng, khó thở, tràn dịch màng phổi, màng tim: chọc dò, dẫn lưu màng phổi, màng tim để điều trị triệu chứng.

+ Màng phổi: khi có tràn dịch màng phổi nặng gây khó thở do chèn ép nhu mô phổi, giảm chức năng hô hấp, $SpO_2 < 90\%$.

+ Màng tim: khi có tràn dịch màng tim làm suy giảm chức năng co bóp của tim.

- Trường hợp QKBT nặng nguy cơ suy thận: cân nhắc dùng Dopamin liều thấp (0,18 mg/kg/giờ)

- Nếu tình trạng QKBT diễn tiến ngày càng nặng thêm, không đáp ứng với các biện pháp điều trị, suy đa cơ quan đe dọa tính mạng bệnh nhân: cân nhắc chấm dứt thai kỳ.

c) Chế độ theo dõi

- Cân nặng, vòng bụng mỗi 24 giờ. Lưu ý xem lại tình trạng bệnh khi cân nặng tăng ≥ 1 kg/ngày.

- Lượng dịch vào, ra cơ thể mỗi 12 giờ. Theo dõi lượng nước tiểu, điều chỉnh sao cho lượng nước tiểu thu được mỗi ngày phải nhiều hơn tổng lượng nước cho vào cơ thể.

- Dấu hiệu sinh tồn/6 giờ.

- Công thức máu, ion đồ, albumin máu mỗi 24 giờ.

- Chức năng gan, thận, chức năng đông máu mỗi 2 ngày.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

IV. DỰ PHÒNG

4.1. Đối tượng nguy cơ

Chú ý theo dõi những người bệnh thuộc nhóm nguy cơ cao trong quá trình KTBT để có hướng dự phòng và điều trị kịp thời:

- Tuổi dưới 35.
- Hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS).
- Sử dụng FSH trong KTBT.
- Tiền căn QKBT.
- Nồng độ Estradiol trong máu > 6000 pg/mL trước tiêm hCG.
- Nồng độ Estradiol tăng nhanh trong quá trình KTBT.
- Có nhiều nang (> 15 nang) có kích thước trung bình và nhỏ (12-14 mm) ở 2 buồng trứng.

4.2. Dự phòng

- Dự phòng cấp I (ở những đối tượng nguy cơ trước khi KTBT)
  + Sử dụng phác đồ thích hợp với liều thuốc thích hợp đối với cơ thể từng người bệnh.
  + Sử dụng phác đồ Antagonist.
  + Không sử dụng hCG trong hỗ trợ giai đoạn hoàng thể.
  + Nuôi trứng non trong ống nghiệm.
- Dự phòng cấp II (ở những đối tượng đáp ứng quá mức buồng trứng khi KTBT)
  + Giảm liều hCG gây phóng noãn.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Không tiêm hCG, thay kích thích rụng trứng bằng GnRH đồng vận (Triptorelin acetate 0,1 mg x 2 ống tiêm dưới da) 36 giờ trước khi chọc hút trứng.

+ Hủy chu kỳ.

+ Không chuyển phôi, trữ phôi toàn bộ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Royal College of Obstetricians and Gynecologists (2006), Green-top Guideline No.5: The management of ovarian hyperstimulation syndrome.

2. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2008), Ovarian hyperstimulation syndrome, Fertil Steril; 90: S 188-93.

3. Zalman Levine & Navot, D. (2009), Severe Ovarian Hyperstimulation Syndrome, In: David K Gardner, Ariel Weissman, Colin M Howles & Shoham, Z. (eds.) Textbook of Assisted Reproductive Technologies, Informa Healthcare.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

106 GIẢM THAI

I. ĐỊNH NGHĨA

- Giảm thai ở các trường hợp đa thai (đặc biệt từ tam thai trở lên) là thủ thuật can thiệp vào buồng tử cung để giảm số lượng thai trong tử cung còn một hay hai thai mà vẫn đảm bảo các thai còn lại trong tử cung vẫn tiếp tục phát triển. Giảm thai góp phần giảm tỷ lệ nguy cơ và các biến chứng do đa thai.

- Có nhiều phương pháp giảm thai khác nhau tùy theo tuổi thai như hút mô thai ở thai kỳ nhỏ, dùng KCl bơm vào buồng tim thai cho các thai kỳ lớn cuối tam cá nguyệt 1 hay đầu tam cá nguyệt 2... Tuy nhiên, giảm thai không phải là thủ thuật tuyệt đối an toàn. Giảm thai có thể gây sẩy thai hoàn toàn, gây nhiễm trùng, thai chết lưu, sinh non...

II. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp đa thai sống trong tử cung sau khi có thai tự nhiên hay điều trị hiếm muộn, không có chống chỉ định và bệnh nhân muốn giữ lại một hay hai thai để dưỡng.

- Tuổi thai: 6 đến 13 tuần vô kinh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tuyệt đối: thai quá lớn > 13 tuần.

- Tương đối:

+ Thai nhỏ, chưa quan sát thấy hoạt động tim thai.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Động thai.

+ Nhiễm trùng đường sinh dục dưới.

+ Rối loạn đông máu.

IV. QUY RÌNH KỸ THUẬT

- Chuẩn bị người bệnh trước thủ thuật.
- Thực hiện thủ thuật.
- Chăm sóc sau thủ thuật

+ Kháng sinh dự phòng.

+ Giảm gò tử cung: Progesterone 25mg tiêm bắp 1 ống x 2 lần/ngày trong 5 ngày.

+ Nghỉ ngơi tại giường.

+ Theo dõi tình trạng động thai và nhiễm trùng sau thủ thuật.

+ Siêu âm kiểm tra thai sau thủ thuật 3-5 ngày.

+ Tránh giao hợp trong 5 ngày sau giảm thai.

- Xuất viện: thường khoảng 3-5 ngày sau thủ thuật giảm thai khi tình trạng thai ổn định.
- Dùng toa theo phác đồ dưỡng thai thụ tinh ống nghiệm (nếu là thai điều trị) và khám thai định kỳ.

V. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

- Sẩy thai hoàn toàn (tỷ lệ khoảng 1-2%): đa số các trường hợp sẩy thai trọn và không can thiệp. Nếu thai lớn trên 8 tuần thường phải hút kiểm tra buồng tử cung nếu nghi ngờ sót nhau.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Nhiễm trùng: biểu hiện sốt, đau bụng, bạch cầu tă), CRP tăng sau khi làm thủ thuật giảm thai. Các bi hiện thường xảy ra trong vòng 14 ngày sau thủ thuật. N u tình trạng nhiễm trùng không được điều trị hay điều t không hiệu quả, thai có thể sẩy hoàn toàn hoặc phải hút bỏ thai nếu không sẩy tự nhiên.

- Dọa sẩy thai: túi thai bị bóc tách sau thủ thuật giảm thai. Điều trị bằng progesterone đặt âm đạo kết hợp chế độ nghỉ ngơi và sinh hoạt hợp lý.

- Tai biến do gây mê hay gây tê.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

I. ĐẠI CƯƠNG

Sinh lý phát triển nang noãn ở buồng trứng cần thiết cả 2 loại gonadotropin FSH và LH. FSH cần thiết cho quá trình chiêu mộ và phát triển nang noãn cũng như kích thích hoạt động của men thơm hóa, thúc đẩy quá trình tổng hợp estrogen trong tế bào hạt. Ngoài ra, LH cũng có vai trò quan trọng trong sinh lý phát triển nang noãn.

1.1. ai trò LH trong sự phát triển nang noãn chu kỳ tự nhiên

- kích thích sự tổng hợp androgen ở tế bào vỏ, được vận uyển qua tế bào hạt, là tiền chất tổng hợp estrogen ở bào hạt.
- n buồng trứng tăng nhạy cảm với FSH.
- ưởng thành noãn.
- Phóng noãn.
- Gia tăng khả năng hoàng thể hóa của nang noãn khi tiếp xúc với hCG.
- Thụ thể LH còn được tìm thấy trên nội mạc tử cung (NMTC), do đó, có khả năng LH có vai trò trong quá trình làm tổ của phôi.

1.2. Khái niệm về cửa sổ LH trong kích thích buồng trứng thụ tinh trong ống nghiệm

- LH thấp < 1,2 mIU/mL: sự phát triển nang noãn bị giảm, giảm tổng hợp hormone steroid, không có sự trưởng thành noãn hoàn toàn, tỷ lệ có thai thấp.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- LH cao > 5 mIU/mL: thụ thể LH bị mất đi do quá trình điều hòa giảm thụ thể, ức chế sự tăng trưởng của tế bào hạt. Kết quả thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) đưa đến tỷ lệ thụ tinh kém, làm tổ kém và tỷ lệ có thai kém.
- 1,2 mIU/mL< LH <5 mIU/mL: sự phát triển nang noãn tối ưu và trưởng thành noãn hoàn toàn.

Các phác đồ kích thích buồng trứng (KTBT) trong TTTON đều ức chế LH nội sinh, do đó, về mặt lý thuyết, một số trường hợp cần bổ sung LH. Thực tế, có khoảng 10-12% người bệnh đáp ứng không phù hợp với các phác đồ KTBT hiện sử dụng, được cho là do thiếu LH. Vì vậy, bổ sung LH trong KTBT TTTON là cần thiết và được áp dụng ở rất nhiều trung tâm TTTON. Tuy nhiên, trong thực tế, đối tượng nào có ích lợi từ bổ sung LH và cách bổ sung LH như thế nào là các vấn đề còn được tranh luận rất nhiều. Gần đây, các chuyên gia châu Á - Thái Bình Dương đã đưa ra đồng thuận về bổ sung LH trong KTBT TTTON dựa trên các chứng cứ y học hiện có. Hướng dẫn lâm sàng trong bổ sung LH trong KTBT TTTON này được xây dựng dựa trên đồng thuận của các chuyên gia châu Á - Thái Bình Dương nhằm có các hướng dẫn cụ thể cho các bác sĩ trong thực hành lâm sàng.

II. HIỆU QUẢ CỦA BỔ SUNG LH TRONG KTBT TTTON

- Chúng tôi tóm lược một số nghiên cứu có thiết kế chặt chẽ trong đánh giá hiệu quả của bổ sung LH trong KTBT TTTON. Cho đến nay, có 5 nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng (RCT) và 4 phân tích gộp (meta-analysis) được thực hiện về vấn đề này.
- Kết quả từ 4 nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng ghi nhận bổ sung LH giúp tăng tỷ lệ làm tổ của phôi ở bệnh nhân ≥ 35 tuổi. Tuy nhiên, một nghiên cứu lại không ghi nhận điều này.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Hiện có 4 phân tích gộp so sánh 2 phác đồ KTBT: sử dụng FSH tái tổ hợp đơn thuần và FSH tái tổ hợp có bổ sung LH tái tổ hợp.

2.1. Bổ sung LH có ích lợi so với không bổ sung LH

- Số ngày KTBT ngắn hơn.
- Số ống thuốc FSH tái tổ hợp cần sử dụng ít hơn.
- Nồng độ estradiol cao hơn ở ngày tiêm hCG.
- Số noãn trưởng thành nhiều hơn ở những chu kỳ sử dụng phác đồ GnRH antagonist để KTBT.
- Bổ sung LH giúp tăng tỷ lệ có thai ở người bệnh ≥ 35 tuổi.
- Bổ sung LH giúp tăng tỷ lệ có thai ở người bệnh đáp ứng kém với KTBT.

2.2. Bổ sung LH không khác biệt so với không bổ sung LH

- Tỷ lệ làm tổ, tỷ lệ thai lâm sàng, tỷ lệ sẩy thai và tỷ lệ trẻ sinh sống không khác biệt giữa nhóm bệnh nhân có hay không bổ sung LH.
- Tuy nhiên, số người bệnh gộp lại vẫn chưa đủ lớn để đưa đến kết luận. Hơn nữa, không có sự đồng nhất trong đặc điểm của người bệnh được gộp lại từ các nghiên cứu.

III. HƯỚNG DẪN LÂM SÀNG VỀ BỔ SUNG LH TRONG KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM

3.1. Đối tượng cần bổ sung LH

Dựa trên các bằng chứng y học hiện có, bổ sung LH có ích lợi cho các đối tượng sau:

- Người bệnh suy buồng trứng trung tâm (nhóm 1 theo phân loại Không phóng noãn của Tổ chức Y tế Thế giới).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Người bệnh có tiền sử đáp ứng kém với KTBT (< 4 noãn với KTBT tiêu chuẩn, liều FSH tối thiểu 300 IU/ngày).
- Người bệnh có đáp ứng buồng trứng không tối ưu trong chu kỳ đang điều trị: ngày 6 của KTBT (không có nang noãn > 10 mm, E2 < 200 pg/mL, NMTC < 6 mm).
- Người bệnh ≥ 35 tuổi.

3.2. Loại LH bổ sung

LH có thể được bổ sung dưới 2 dạng: LH tái tổ hợp và LH trong hMG.

- LH tái tổ hợp là dạng LH ưu tiên khuyến cáo sử dụng vì tinh khiết, hoạt tính sinh học ổn định và định liều chính xác.
- LH trong hMG.

3.3. Liều lượng và thời điểm bổ sung LH

- Người bệnh suy buồng trứng trung tâm: bổ sung 75 IU LH vào FSH đang sử dụng.
- Người bệnh có tiền sử đáp ứng kém với KTBT hay người bệnh đáp ứng buồng trứng không tối ưu hay người bệnh ≥ 35 tuổi: bổ sung 75 IU LH, có thể lên đến 150 IU LH vào FSH đang sử dụng.
- Thời điểm bắt đầu bổ sung LH: ngày 1 hay ngày 6-8 của KTBT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hội Phụ Sản khoa và sinh đẻ có kế hoạch Việt Nam (VINAGOFA), Chi hội Y học sinh sản Việt Nam (VSRM) (2012), Bổ sung LH trong kích thích buồng trứng thụ tinh trong ống nghiệm.
2. Baruffi, R., Mauri, A.L., Petersen, C., Felipe, V., Martins, A.,Cornicelli, J., Cavagna, M., Oliveira, J., Franco, J. (2007), Recombinant LH supplementation to recombinant FSH

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

during induced ovarian stimulation in the GnRH-antagonist protocol: a meta-analysis. Reprod. BioMed, Online 14, 14-25.

3. Bosch, E., Labarta, E., Crespo, J., Simo´n, C., Remohı´, J., Pellicer, A. (2011), Impact of luteinizing hormone administration on gonadotropin-releasing hormone antagonist cycles: an age-adjusted analysis, Fertil. Steril, 95, 1031-1036.

4. Lahoud, R., Al-Jefout, M., Tyler, J., Ryan, J., Driscoll, G. (2006), A relative reduction in mid-follicular LH concentrations during GnRH agonist IVF/ICSI cycles leads to lower live birth rates. Hum. Reprod, 21, 2645-2649.

5. Marrs, R., Meldrum, D., Muasher, S., Schoolcraft, W., Werlin, L., Kelly, E. (2004), Randomized trial to compare the effect of recombinant human FSH (follitropin alfa) with or without recombinant human LH in women undergoing assisted reproduction treatment, Reprod. BioMed, Online 8, 175-182.

6. Matorras, R., Prieto, B., Exposito, A., Mendoza, R., Crisol, L., Herranz, P., Burgues, S. (2009), Mid-follicular LH supplementation in women 35-39 years undergoing ICSI cycles: a randomized controlled study, Reprod. BioMed, Online 19, 879-887.

7. Menon KMJ, Nair AK, Wang L (2006), A novel post-transcriptional mechanism of regulation of LH receptor expression by an RNA binding protein from the ovary, Molecular and Cell Endocrinology 246: 135-141.

8. Mochtar, M.H., Van Der, V., Ziech, M., Van Wely, M. (2007), Recombinant luteinizing hormone (rLH) for controlled ovarian hyperstimulation in assisted reproductive cycles, Cochrane Database Syst. Rev. 18, CD005070.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

9. Tesarik, J., Mendoza, C. (2002), Effects of exogenous LH administration during ovarian stimulation of pituitary down-regulated young oocyte donors on oocyte yield and developmental competence, Hum. Reprod, 17, 3129-3137.

10. Shemesh, M. (2001), Actions of gonadotrophins on the uterus. Reproduction 121, 835-842.

11. Shoham, Z. (2002), The clinical therapeutic window for luteinizing hormone in controlled ovarian stimulation, Fertil. Steril. 77, 1170-1177.

12. Stanger, J.D., Yovich, J.L. (1985), Reduced in-vitro fertilization of human oocytes from patients with raised basal luteinizing-hormone levels during the follicular phase, Br. J. Obstet. Gynaecol, 92, 385-393.

13. Hill MJ, Levy G, Levens ED (2012), Does exogenous LH in ovarian stimulation improve assisted reproduction success? An appraisal of the literature. RBM Online, article in press.

14. Hillier, S.G. (2001), Gonadotropic control of ovarian follicular growth and development, Mol. Cell. Endocrinol, 179, 39-46.

15. Humaidan, P., Bungum, M., Bungum, L., Andersen, C.Y. (2004). Effects of recombinant LH supplementation in women undergoing assisted reproduction with GnRH agonist down-regulation and stimulation with recombinant FSH: an opening study. Reprod. BioMed. Online 8, 635–643.

16. Kolibianakis, E.M., Kalogeropoulou, L., Griesinger, G., Papanikolaou, E.G., Papadimas, J., Bontis, J., Tarlatzis, B.C. (2007), Among patients treated with FSH and GnRH analogues for in vitro fertilization, is the addition of recombinant LH associated with the probability of live

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

birth? A systematic review and meta-analysis, Hum. Reprod, Update 13, 445-452.

17. Fabregues, F., Creus, M., Penarrubia, J., Manau, D., Vanrell, J.A., Balasch, J. (2006), Effects of recombinant human luteinizing hormone supplementation on ovarian stimulation and the implantation rate in down-regulated women of advanced reproductive age, Fertil. Steril, 85, 925-931.

18. Filicori, M., Cognigni, A.E., Tabarelli C, Pocognoli, P., Taraborelli S, Spettoli D, Ciampaglia, W. (2002), Stimulation and growth of antral ovarian follicles by selective LH activity administration in women, J Clin Endocrinol Metab, 87, 1156-1161.

19. O'dea, L., O'brien, F., Currie, K., Hemsey, G. (2008), Follicular development induced by recombinant luteinizing hormone (LH) and follicle-stimulating hormone (FSH) in anovulatory women with LH and FSH deficiency: evidence of a threshold effect, Curr.Med. Res. Opin, 24, 2785-2793.

20. Oliveira, J.B.A., Mauri, A.L., Petersen, C.G., Martins, A.M.C., Cornicelli, J., Cavanha, M., Pontes, A., Baruffi, R.L.R., Franco, J.G. (2007), Recombinant luteinizing hormone supplementation to recombinant follicle-stimulation hormone during induced ovarian stimulation in the GnRH-agonist protocol: a meta-analysis, J. Assist. Reprod. Genet, 24, 67-75.

21. Wong PC, Qiao J, Ho C, Ramaraju GA, Wiweko B, Takehara Y, Nadkarni PV, Cheng LC, Chen HF, Suwajanakorn S, Vuong TNL (2011), Current opinion on use of luteinizing hormone supplementation in assisted reproduction therapy: an Asian perspective, RMB Online 23:81-90.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Chương 6

KẾ HOẠCH GIA ĐÌNH

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

108 TƯ VẤN VỀ PHÁ THAI

Tư vấn phá thai là giúp khách hàng tự quyết định việc phá thai và lựa chọn phương pháp phá thai phù hợp trên cơ sở nắm được các thông tin về các phương pháp phá thai, quy trình phá thai, các tai biến, nguy cơ có thể gặp, cách tự chăm sóc sau thủ thuật và các biện pháp tránh thai (BPTT) phù hợp áp dụng ngay sau thủ thuật phá thai.

I. YÊU CẦU VỚI NHÂN VIÊN Y TẾ TƯ VẤN

1.1. Về kiến thức

- Nhận thức được nhu cầu và quyền của khách hàng
- Chính sách, pháp luật của Nhà nước về sức khỏe sinh sản và các chuẩn mực xã hội.
- Nắm được 6 bước thực hành tư vấn.
- Kiến thức chung về các phương pháp phá thai: chỉ định, chống chỉ định, quy trình, tai biến và cách chăm sóc sau phá thai.
- Kiến thức chung về các BPTT và các bệnh lây truyền qua đường tình dục.
- Những quy định, thủ tục riêng cho từng đối tượng đặc biệt.

1.2. Về kỹ năng tư vấn

- Kỹ năng tiếp đón.
- Kỹ năng lắng nghe.
- Kỹ năng giao tiếp.
- Kỹ năng giải quyết vấn đề.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

II. QUY TRÌNH TƯ VẤN

- Tư vấn thăm khám

+ Giải thích về quá trình và mục đích thăm khám.

+ Các xét nghiệm cần làm, các thủ tục hành chính.

+ Hỏi tiền sử sản phụ khoa.

+ Hỏi về bạo hành.

+ Hỏi về các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

- Tư vấn về quyết định phá thai: đưa ra 2 lựa chọn cho khách hàng.

+ Tiếp tục mang thai và sinh con.

+ Phá thai.

- Nếu quyết định cuối cùng là phá thai, tư vấn về các phương pháp phá thai sẵn có tại cơ sở, giúp khách hàng tự lựa chọn phương pháp thích hợp và thực hiện các thủ tục hành chính cần thiết.

- Lưu ý với khách hàng phá thai ba tháng giữa.

+ Đặt câu hỏi để phát hiện những trường hợp phá thai vì lựa chọn giới tính.

+ Nếu phát hiện phá thai vì lựa chọn giới tính, tư vấn cho khách hàng và gia đình họ hiểu rằng đây là điều luật pháp cấm để họ thay đổi quyết định.

+ Không cung cấp dịch vụ phá thai nếu biết chắc chắn phá thai vì mục đích lựa chọn giới tính.

2.1. Tư vấn phá thai bằng thủ thuật

- Tư vấn về quá trình thủ thuật

+ Thời gian cần thiết.

+ Phương pháp giảm đau.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Cảm giác đau mà khách hàng phải trải qua.

+ Các bước thủ thuật.

+ Giới thiệu người thực hiện thủ thuật.

+ Thông tin về tác dụng phụ và tai biến có thể gặp.

+ Ký cam kết tự nguyện phá thai.

- Tư vấn về các BPTT sau thủ thuật

+ Khả năng có thai lại sớm, cho nên việc bắt đầu áp dụng một BPTT ngay sau thủ thuật là cần thiết.

+ Giới thiệu các BPTT, giúp khách hàng lựa chọn BPTT phù hợp và hướng dẫn khách hàng sử dụng đúng.

+ Giới thiệu các địa điểm có thể cung cấp các BPTT.

- Tư vấn về chăm sóc và theo dõi sau thủ thuật

+ Dùng thuốc theo chỉ định của bác sĩ.

+ Kiêng giao hợp cho tới khi hết ra máu (thông thường sau 1 tuần).

+ Tư vấn cách tự chăm sóc sau thủ thuật về chế độ vệ sinh, dinh dưỡng và chế độ sinh hoạt.

+ Tự theo dõi các dấu hiệu bình thường.

+ Các dấu hiệu bất thường phải khám lại ngay.

+ Tiếp tục tư vấn nhắc lại các BPTT.

+ Hẹn khám lại.

- Thời điểm tư vấn: tư vấn có thể được tiến hành trong cả 3 giai đoạn trước, trong và sau thủ thuật, nhưng hiệu quả nhất nên tiến hành vào giai đoạn trước và sau thủ thuật.

2.2. Tư vấn phá thai bằng thuốc

- Tư vấn về quyết định chấm dứt thai kỳ.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Giới thiệu hiệu quả của phá thai bằng thuốc và khẳng định khách hàng phải chấp nhận hút thai nếu phá thai bằng thuốc thất bại.
- Giới thiệu quy trình phá thai bằng thuốc: cách uống thuốc và sự xuất hiện của các triệu chứng bình thường sau uống thuốc (ra huyết âm đạo và đau bụng).
- Nhấn mạnh sự cần thiết của việc khám lại theo hẹn.
- Tư vấn cách tự theo dõi và tự chăm sóc sau dùng thuốc phá thai.
- Giới thiệu các tác dụng phụ của thuốc phá thai và cách xử lý.
- Nhấn mạnh các triệu chứng cần trở lại cơ sở y tế ngay.
- Cung cấp thông tin liên lạc khi cần liên lạc trong những tình huống cấp cứu.
- Cung cấp thông tin về khả năng có thai trở lại sau phá thai bằng thuốc.
- Giới thiệu các BPTT, giúp khách hàng lựa chọn BPTT phù hợp và hướng dẫn khách hàng sử dụng đúng.
- Cung cấp BPTT hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp BPTT.
- Ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ).
- Hẹn khách hàng khám lại sau 2 tuần.

III. TƯ VẤN CHO CÁC NHÓM ĐỐI TƯỢNG ĐẶC BIỆT

3.1. Vị thành niên

- Dành đủ thời gian cho vị thành niên hỏi và đưa ra quyết định.
- Đảm bảo tính bí mật.
- Tư vấn kỹ hơn về bao cao su để vừa tránh thai vừa phòng các bệnh lây truyền qua đường tình dục (LTQĐTD).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3.2. Những phụ nữ phải chịu bạo hành

Khi tư vấn về phá thai cho những phụ nữ đã bị bạo hành cần đặc biệt chú ý:

- Thể hiện sự đồng cảm trong tư vấn, ứng xử thích hợp khi khách hàng sợ hãi hoặc buồn bã.
- Tạo mối quan hệ tốt và tin cậy với khách hàng.
- Giới thiệu khách hàng tới những dịch vụ xã hội hiện có để giúp khách hàng vượt qua hoàn cảnh của mình.
- Cung cấp dịch vụ tránh thai sau phá thai mà chính bản thân khách hàng có thể chủ động được.
- Tư vấn các bệnh LTQĐTD.

3.3. Những phụ nữ có HIV

- Khi tư vấn phá thai cho phụ nữ bị HIV/AIDS cần đặc biệt chú ý
- Đặc tính
  + Sang chấn về tâm lý.
  + Ngần ngại chưa quyết định phá thai.
  + Bị gia đình ruồng bỏ, xã hội kỳ thị.
- Khi tư vấn chú ý
  + Chia sẻ, động viên khách hàng.
  + Không tỏ ra kỳ thị, sợ sệt.
  + Tư vấn về khả năng lây truyền từ mẹ sang con.
  + Đặc biệt là giới thiệu về sử dụng bao cao su để tránh thai và phòng lây truyền cho người khác.
- Tư vấn cho người nhà về chăm sóc thể chất, tinh thần và phòng bệnh.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

PHÁ THAI BẰNG THUỐC ĐẾN HẾT 12 TUẦN

Phá thai bằng thuốc (PTBT) là phương pháp chấm dứt thai kỳ bằng cách sử dụng thuốc Mifepristone và Misoprostol đối với thai đến hết 12 tuần (84 ngày) kể từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng.

I. ĐIỀU KIỆN ÁP DỤNG

Khách hàng cần ở gần bệnh viện (BV) (khoảng cách từ nơi ở đến BV không quá 60 phút khi đi bằng bất cứ phương tiện gì).

II. NGƯỜI ĐƯỢC PHÉP THỰC HIỆN

Bác sĩ Sản Phụ khoa được huấn luyện về PTBT và thành thạo kỹ thuật phá thai bằng phương pháp ngoại khoa.

III. CHỈ ĐỊNH

Thai trong tử cung có tuổi thai đến hết 84 ngày (theo siêu âm).

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

4.1. Tuyệt đối

- Hẹp van 2 lá, tắc mạch hoặc có tiền sử tắc mạch
- Bệnh lý tuyến thượng thận
- Rối loạn đông máu, sử dụng thuốc chống đông
- Thiếu máu (nặng và trung bình)
- Dị ứng với Mifepristone hoặc Misoprostol
- Chẩn đoán chắc chắn hoặc nghi ngờ có thai ngoài tử cung (TC)
- Có thai tại vết sẹo mổ cũ ở TC

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

4.2. Tương đối

- Điều trị Corticoid toàn thân lâu ngày
- Tăng huyết áp
- Đang viêm nhiễm sinh dục cấp tính (nên điều trị viêm nhiễm trước khi PTBT)
- Dị dạng sinh dục
- Vết mổ cũ ở TC: cân nhắc rất thận trọng, đồng thời phải giảm liều Misoprostol và tăng khoảng cách thời gian giữa các lần dùng thuốc

V. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

5.1. Tư vấn

- Thảo luận về quyết định chấm dứt thai kỳ
- Tư vấn về các biện pháp phá thai hiện có tại cơ sở
- Tư vấn về phương pháp PTBT
- Tư vấn về các tai biến có thể xảy ra và tác dụng phụ của thuốc
- Tư vấn về theo dõi sau PTBT
- Các dấu hiệu cần khám lại ngay
- Sự cần thiết của việc khám lại sau 2 tuần
- Các dấu hiệu bình thường sau khi dùng thuốc
- Các dấu hiệu phục hồi sức khoẻ và khả năng sinh sản sau phá thai
- Thông tin về các biện pháp tránh thai, hướng dẫn chọn lựa biện pháp thích hợp và sử dụng đúng để tránh phá thai lần nữa

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

5.2. Chuẩn bị khách hàng

- Hỏi tiền sử để loại trừ chống chỉ định
- Khám toàn thân
- Khám phụ khoa
- Siêu âm
- Ký cam kết tự nguyện phá thai

5.3. Phác đồ sử dụng thuốc

a) Thai đến hết 49 ngày

- Uống 1 viên Mifepristone 200 mg tại BV. Theo dõi mạch, huyết áp, tình trạng toàn thân của khách hàng trong vòng 15 phút. Sau đó cho khách hàng về nhà.
- Sau 24-48 giờ, ngậm dưới lưỡi hoặc ngậm bên má 400-800 mcg Misoprostol tại BV hay tại nhà.

b) Thai đến từ 50 ngày đến hết 63 ngày

- Uống 1 viên Mifepristone 200 mg tại BV. Theo dõi mạch, huyết áp, tình trạng toàn thân của khách hàng trong vòng 15 phút. Sau đó cho khách hàng về nhà.
- Sau 24-48 giờ, ngậm dưới lưỡi hoặc ngậm bên má 800 mcg Misoprostol tại BV hay tại nhà. Tuổi thai từ 56 ngày đến hết 63 ngày nên theo dõi sẩy thai tại BV.

c) Thai từ 64 ngày đến hết 84 ngày

- Uống 1 viên Mifepristone 200 mg tại BV.
- Sau 24-48 giờ:
  + Đặt túi cùng âm đạo 800 mcg Misoprostol tại BV.
  + Sau mỗi 3 giờ, ngậm dưới lưỡi 400 mcg Misoprostol, tối đa 4 liều đến khi sẩy thai hoàn toàn.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Nếu sau 3 giờ khi dùng liều Misoprostol thứ 5 mà chưa sẩy thai, uống tiếp 200 mg Mifepristone, nghỉ 9-11 giờ, lặp lại các liều Misoprostol như trên đến khi sẩy thai.

+ Nếu sau 2 lần theo phác đồ trên mà không sẩy thai, chuyển sang phương pháp phá thai khác.

VI. THEO DÕI SAU KHI DÙNG THUỐC

6.1. Theo dõi trong những giờ đầu sau dùng thuốc

- Dấu hiệu sinh tồn mỗi giờ một lần trong 3 giờ đầu.
- Tình trạng ra máu âm đạo, đau bụng (có thể dùng thuốc giảm đau nếu cần) và các tác dụng phụ (nôn, buồn nôn, tiêu chảy, sốt).

6.2. Khám lại sau 2 tuần: để đánh giá hiệu quả điều trị

Khai thác bệnh sử, khám lâm sàng, siêu âm kiểm tra (nếu cần thiết). Nếu:

- Sẩy thai hoàn toàn: kết thúc điều trị.
- Ứ máu nhiều, sót nhau, thai lưu:

  + Ngậm dưới lưỡi 400 mcg Misoprostol hoặc

  + Uống 600 mcg Misoprostol (có thể dùng lặp lại)

  + Hút buồng TC.
- Thai tiếp tục phát triển: hút thai hoặc tiếp tục liệu trình PTBT nếu khách hàng mong muốn và trong giới hạn tuổi thai cho phép.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Chảy máu nhiều: khi ra máu âm đạo ướt đẫm 2 băng vệ sinh dày trong 1 giờ và kéo dài 2 giờ liên tiếp.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Xử trí:

- Khi không ảnh hưởng tổng trạng

+ Nếu thấy sẩy thai đang tiến triển và nhau thập thò cổ tử cung (CTC) thì dùng kềm tim gắp mô nhau ra, và dùng thuốc co hồi TC: Oxytocin, Misoprostol...

+ Nếu ứ dịch buồng TC nhiều thì hút buồng TC cầm máu.

- Khi có ảnh hưởng tổng trạng: vừa hồi sức vừa thực hiện thủ thuật như trên. Có thể nhập viện.

7.2. Rong huyết kéo dài, mệt mỏi, có dấu hiệu thiếu máu: điều trị nội, ngoại khoa tùy tình trạng lâm sàng, có thể nhập viện.

7.3. Nhiễm khuẩn: rất hiếm khi xảy ra

- Triệu chứng: sốt hoặc ớn lạnh, dịch TC có mùi hôi, đau vùng bụng hoặc vùng chậu, ra máu âm đạo kéo dài hoặc ra máu thấm giọt, TC di động đau hoặc lượng bạch cầu, CRP tăng.

- Xử trí:

+ Nhập viện.

+ Kháng sinh liều cao hoặc phối hợp.

+ Điều trị nội hoặc ngoại khoa tùy tình trạng bệnh.

+ Hút buồng TC nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2016), "Phá thai bằng thuốc đến hết 9 tuần và từ tuần thứ 10 đến hết 12 tuần", Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, trang 408-410.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

110 PHÁ THAI BẰNG THUỐC TỪ TUẦN 13 ĐẾN HẾT 22 TUẦN

I. ĐIỀU KIỆN ÁP DỤNG

Thực hiện trong bệnh viện.

II. NGƯỜI ĐƯỢC PHÉP THỰC HIỆN

Bác sĩ Sản Phụ khoa được huấn luyện về phá thai bằng thuốc (PTBT) và thành thạo kỹ thuật phá thai bằng phương pháp ngoại khoa.

III. CHỈ ĐỊNH

Thai từ tuần thứ 13 (tương đương với chiều dài đầu mông 52 mm) đến hết tuần thứ 22 (tương đương với đường kính lưỡng đỉnh 52 mm).

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

4.1. Tuyệt đối

- Hẹp van 2 lá, tắc mạch hoặc có tiền sử tắc mạch.
- Bệnh lý tuyến thượng thận.
- Rối loạn đông máu, sử dụng thuốc chống đông.
- Thiếu máu (nặng và trung bình).
- Dị ứng Mifepristone hay Misoprostol.
- Có sẹo mổ ở thân tử cung.
- Nhau cài răng lược.

4.2. Tương đối

- Điều trị Corticoid toàn thân lâu ngày.
- Tăng huyết áp.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính (nên điều trị viêm nhiễm trước khi PTBT).
- Dị dạng sinh dục.
- Vết mổ cũ ở đoạn dưới tử cung: cân nhắc rất thận trọng, đồng thời phải giảm liều Misoprostol và tăng khoảng cách thời gian giữa các lần dùng thuốc.

V. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

5.1. Chuẩn bị khách hàng

- Hỏi tiền sử bệnh về nội, ngoại, sản phụ khoa và các bệnh lây truyền qua đường tình dục (LTQĐTD).
- Khám toàn thân.
- Khám phụ khoa.
- Siêu âm.
- Xét nghiệm máu: công thức máu, nhóm máu, đông máu toàn bộ hoặc máu chảy, máu đông.
- Khách hàng ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn xin bỏ thai và cam kết của cha hoặc mẹ hoặc người giám hộ).

5.2. Tư vấn

- Thảo luận về quyết định chấm dứt thai nghén.
- Tư vấn về các biện pháp phá thai hiện có tại cơ sở.
- Tư vấn về phương pháp PTBT.
- Tư vấn về các tai biến có thể xảy ra và tác dụng phụ của thuốc.
- Tư vấn về theo dõi sau PTBT.
- Các dấu hiệu cần khám lại ngay.
- Sự cần thiết của việc khám lại sau 2 tuần.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Các dấu hiệu bình thường sau khi dùng thuốc.
- Các dấu hiệu phục hồi sức khỏe và khả năng sinh sản sau phá thai.
- Thông tin về các biện pháp tránh thai, hướng dẫn chọn lựa biện pháp thích hợp và sử dụng đúng để tránh phá thai lần nữa.

5.3. Phác đồ sử dụng thuốc

- Uống 1 viên Mifepristone 200 mg tại bệnh viện.
- Sau 24-48 giờ:
  + Đặt túi cùng âm đạo 400 mcg Misoprostol tại bệnh viện.
  + Sau mỗi 3 giờ, ngậm dưới lưỡi hoặc ngậm bên má 400 mcg Misoprostol đến khi sẩy thai.
  + Nếu sau 5 liều Misoprostol mà chưa sẩy thai, ngày hôm sau ngậm dưới lưỡi hoặc ngậm bên má tiếp 5 liều 400 mcg Misoprostol sau mỗi 3 giờ đến khi sẩy thai.

a) Tuổi thai từ 13 đến hết 18 tuần

Nếu không sẩy thai, dùng tiếp Misoprostol ngày thứ 3 theo phác đồ trên. Nếu sau 3 ngày dùng Misoprostol mà không sẩy thai, chuyển sang phương pháp phá thai khác.

b) Tuổi thai từ 19 đến hết 22 tuần

Nếu không sẩy thai, chuyển sang phương pháp phá thai khác.

5.4. Theo dõi và chăm sóc trong thủ thuật

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, ra máu âm đạo, đau bụng (cơn co tử cung) cứ 3 giờ/lần, khi bắt đầu có cơn co tử cung mạnh cứ 90 phút/lần.
- Thăm âm đạo đánh giá cổ tử cung trước mỗi lần dùng thuốc.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Cho thuốc giảm đau đường uống, tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch nếu cần thiết.

- Nếu diễn tiến thuận lợi: sau khi sẩy thai và nhau, dùng thuốc tăng co tử cung, kiểm soát tử cung bằng dụng cụ (nếu cần). Cho uống kháng sinh trước khi kiểm soát tử cung.

- Nếu thai đã sổ nhưng nhau vẫn nằm trong buồng tử cung, theo dõi thêm 1 giờ, nếu nhau vẫn chưa sổ thì dùng thêm 400 mcg Misoprostol ngậm dưới lưỡi hoặc ngậm bên má để sổ nhau. Nếu nhau không sổ, lấy nhau bằng dụng cụ.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Sau khi thai ra, theo dõi ra máu âm đạo, co hồi tử cung ít nhất 1 giờ/lần, đến khi ra viện.

- Ra viện sau khi ra thai ít nhất 2 giờ nếu sức khỏe của người phụ nữ ổn định với các dấu hiệu sinh tồn bình thường và ra máu âm đạo ở mức độ cho phép.

- Kê đơn kháng sinh (nếu cần).

- Tư vấn sau thủ thuật.

- Hẹn khám lại sau 2 tuần.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Chảy máu nhiều: xử trí tích cực theo nguyên nhân.

7.2. Nhiễm khuẩn

- Kháng sinh liều cao.

- Xử trí tích cực theo nguyên nhân.

7.3. Vỡ tử cung: xem phác đồ "Vỡ tử cung".

7.4. Choáng

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

111 PHÁ THAI ĐẾN HẾT 12 TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT CHÂN KHÔNG

Phá thai bằng phương pháp hút chân không là phương pháp chấm dứt thai kỳ bằng cách dùng bơm hút chân không (bằng tay hoặc bằng hút điện) để hút thai trong tử cung (TC) từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12.

I. CHỈ ĐỊNH

Thai trong TC từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12. (Chẩn đoán tuổi thai dựa theo kinh cuối và siêu âm. Nếu sai lệch giữa 2 cách tính tuổi thai ít hơn 5 ngày thì dựa theo ngày kinh cuối. Nếu sai lệch trên 5 ngày thì tính theo siêu âm)

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối; tuy nhiên, cẩn thận trọng đối với trường hợp đang viêm cấp tính đường sinh dục, cần được điều trị trước (theo phác đồ).

Chú ý: Thận trọng trong những trường hợp sau

- U xơ cơ TC to.
- Vết mổ ở TC.
- Sinh dưới 6 tháng.
- Dị dạng đường sinh dục.
- Các bệnh lý nội - ngoại khoa.

Nhập viện những trường hợp tiên lượng khó khăn và sau khi hội chẩn khoa.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

III. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

3.1. Chuẩn bị khách hàng

- Hỏi tiền sử bệnh về nội, ngoại, sản khoa. Nếu có bệnh nội khoa (tim mạch, tăng huyết áp,...), dị dạng đường sinh dục thì thực hiện thủ thuật này trong bệnh viện.
- Khám toàn thân.
- Khám phụ khoa.
- Siêu âm.

3.2. Tư vấn

- Thảo luận về quyết định chấm dứt thai nghén.
- Tư vấn về các phương pháp phá thai hiện có tại cơ sở.
- Các bước tiến hành hút thai chân không.
- Tai biến có thể xảy ra khi hút thai.
- Tư vấn về theo dõi sau khi hút thai.
- Các dấu hiệu cần khám lại ngay sau khi hút thai.
- Các dấu hiệu hồi phục sức khỏe và khả năng sinh sản sau hút thai.
- Thông tin về các biện pháp tránh thai (BPTT), hướng dẫn chọn lựa BPTT thích hợp và sử dụng đúng để tránh phá thai lặp lại.
- Cung cấp BPTT hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp BPTT.
- Khách hàng ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn xin bỏ thai, cam kết của cha, mẹ hoặc người giám hộ).
- Thai từ 9-12 tuần: chuẩn bị cổ tử cung (CTC) bằng cách cho ngậm dưới lưỡi 400 mcg Misoprostol 3 giờ trước khi làm thủ thuật.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3.3. Người thực hiện thủ thuật

- Rửa tay thường quy bằng dung dịch sát khuẩn tiêu chuẩn.
- Trang phục y tế: áo choàng, quần, mũ, khẩu trang, kính bảo hộ.

3.4. Phương pháp giảm đau - vô cảm

- Uống thuốc giảm đau trước khi làm thủ thuật đối với những trường hợp vô cảm bằng phương pháp gây tê cạnh CTC (Ibuprofen 400 mg hoặc Paracetamol 1 g uống trước khi làm thủ thuật 30 phút).

3.5. Thực hiện thủ thuật

- Khám xác định kích thước và tư thế TC.
- Thay găng vô khuẩn.
- Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông.
- Đặt van, bộc lộ CTC và sát khuẩn CTC, âm đạo.
- Kẹp cổ TC.
- Gây tê cạnh CTC.
- Đo buồng TC bằng ống hút.
- Nong CTC (nếu cần).
- Hút thai.
- Kiểm tra chất hút.
- Đánh giá thủ thuật đã hoàn thành.
- Có thể đặt dụng cụ tử cung ngay sau khi hút thai nếu đảm bảo buồng TC sạch, không có chống chỉ định và khách hàng lựa chọn biện pháp này.
- Xử lý dụng cụ và chất thải theo quy trình.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3.6. Theo dõi

a) Theo dõi ngay sau thủ thuật

- Theo dõi mạch, huyết áp và ra máu âm đạo ít nhất 30 phút sau thủ thuật.
- Kê đơn kháng sinh 5-7 ngày theo thứ tự ưu tiên:
  + Doxycyclin 100 mg.
  + Beta - lactam + Acid clavulanic: Amoxicilin + Acid clavulanic.
  + Fluoroquinolone.
- Tư vấn sau thủ thuật.
- Hẹn khám lại sau 2 tuần.

b) Khám lại sau 2 tuần

- Khám để đánh giá hiệu quả điều trị bằng khám lâm sàng và siêu âm. Nếu:
  + Ứ máu, sót nhau, thai lưu: có thể tiếp tục dùng Misoprostol đơn thuần liều 400-600 mcg uống hay ngậm dưới lưỡi, hoặc hút buồng TC.
  + Thai tiếp tục phát triển: hút thai.

IV. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

4.1. Chảy máu nhiều: xem phác đồ "Xử trí băng huyết trong và sau khi hút thai".

4.2. Rong *huyết kéo dài, mệt mỏi, có triệu chứng mất máu cấp:* khám và siêu âm kiểm tra.

- Xử trí:
  + Khi không ảnh hưởng tổng trạng: hút kiểm tra nếu nghi ngờ còn tổ chức thai và/hoặc nhau thai.
  + Khi có ảnh hưởng tổng trạng: có thể nhập viện.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

4.3. Nhiễm khuẩn: rất hiếm khi xảy ra

- Triệu chứng: sốt hoặc ớn lạnh, dịch tử cung có mùi hôi, đau vùng bụng hoặc vùng chậu, ra máu âm đạo kéo dài hoặc ra máu thấm giọt, tử cung di động đau hoặc lượng bạch cầu, CRP tăng.

- Xử trí:

+ Nếu do sót thai/sót nhau: hút lại.

+ Kháng sinh liều cao.

+ Xem xét nhập viện nếu tình trạng nhiễm khuẩn nặng.

4.4. Thủng TC

4.5. Choáng: rất hiếm xảy ra.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

PHÁ THAI TỪ TUẦN THỨ 13 ĐẾN HẾT TUẦN THỨ 18 BẰNG PHƯƠNG PHÁP NONG VÀ GẮP

Nong và gắp là phương pháp chấm dứt thai kỳ bằng cách sử dụng thuốc Misoprostol và que nong để chuẩn bị cổ tử cung, sau đó dùng bơm hút chân không kết hợp với kẹp gắp thai để lấy thai ra, áp dụng cho tuổi thai từ tuần thứ 13 đến hết tuần thứ 18.

I. ĐIỀU KIỆN ÁP DỤNG

- Thai từ 13 đến 16 tuần: thực hiện tại khoa Kế hoạch gia đình (KHGĐ).
- Thai trên 16 tuần: thực hiện trong bệnh viện.

II. NGƯỜI ĐƯỢC PHÉP THỰC HIỆN

Bác sĩ Sản Phụ khoa đã thành thạo kỹ thuật phá thai 12 tuần bằng phương pháp phá thai ngoại khoa 3 tháng đầu và được đào tạo kỹ thuật phá thai bằng phương pháp nong và gắp.

III. CHỈ ĐỊNH

Thai từ tuần thứ 13 đến hết tuần thứ 18 (theo siêu âm).

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có các bệnh nội ngoại khoa cấp tính.
- Một số dị dạng sinh dục.
- Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính. Những trường hợp này cần được điều trị.
- Tiền sử dị ứng với Misoprostol: thì không sử dụng Misoprostol và cân nhắc biện pháp gắp thai phù hợp.
- Thận trọng: cần thận trọng với những trường hợp có khối u tử cung hoặc sẹo mổ tử cung.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

V. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

5.1. Tư vấn

Được thực hiện 3 giai đoạn: trước, trong và sau thủ thuật với các nội dung như sau:

- Thảo luận về quyết định chấm dứt thai kỳ.
- Sự nguy hiểm, tai biến và hậu quả có thể xảy ra khi phá thai to.
- Các biện pháp phá thai to.
- Các bước nong và gắp.
- Các dấu hiệu cần khám lại ngay sau thủ thuật.
- Hồi phục sức khỏe và khả năng sinh sản sau thủ thuật.
- Thông tin về các biện pháp tránh thai, hướng dẫn chọn lựa biện pháp thích hợp và sử dụng đúng để tránh phá thai lần nữa.
- Các dấu hiệu thai nghén sớm dễ nhận biết để tránh phá thai to.

5.2. Chuẩn bị khách hàng

- Hỏi tiền sử bệnh về nội, ngoại, sản khoa.
- Khám toàn thân.
- Hỏi ngày đầu của kỳ kinh cuối cùng.
- Khám phụ khoa loại trừ chống chỉ định.
- Siêu âm xác định tuổi thai và các bất thường kèm theo.
- Xét nghiệm máu: công thức máu, nhóm máu, TQ, TCK, HIV (có tư vấn xét nghiệm tự nguyện)

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn xin bỏ thai và cam kết của cha, mẹ hoặc người giám hộ).
- Ngậm vào bên má 400 mcg thuốc Misoprostol và đưa vào phòng theo dõi chờ 4-6 giờ (tối đa 3 liều).

5.3. Người thực hiện thủ thuật

- Rửa tay theo quy trình.
- Trang phục y tế: áo choàng, mũ, khẩu trang, đeo kính bảo hộ.

5.4. Các bước tiến hành thủ thuật

- Giảm đau toàn thân.
- Khám xác định kích thước và tư thế tử cung.
- Thay găng vô khuẩn.
- Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông.
- Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo.
- Gây tê cạnh cổ tử cung.
- Kẹp cổ tử cung.
- Nong cổ tử cung.
- Dùng bơm với ống hút để hút nước ối và kéo phần thai xuống thấp.
- Tiến hành gắp thai.
- Nếu gặp khó khăn khi lấy thai thì sử dụng siêu âm để xác định vị trí kích thước của thai.
- Kiểm tra các phần thai và nhau lấy ra để đánh giá thủ thuật hoàn thành hay chưa.
- Xử lý dụng cụ và chất thải (theo quy trình).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, ra máu âm đạo, đau bụng, co hồi tử cung trong vòng 4 giờ sau thủ thuật.
- Kê đơn kháng sinh 5-7 ngày theo thứ tự ưu tiên
  + Doxycyclin 100 mg.
  + Beta - lactam + Acid clavulanic: Amoxicilin + Acid clavulanic.
  + Fluoroquinolone.
- Tư vấn sau thủ thuật.
- Hẹn khám lại sau 2 tuần.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Chảy máu nhiều: xem phác đồ "Xử trí băng huyết trong và sau khi hút thai".

7.2. Rong huyết kéo dài, mệt mỏi, có triệu chứng mất máu cấp: khám và siêu âm kiểm tra.

Xử trí:

- Khi không ảnh hưởng tổng trạng: hút kiểm tra nếu nghi ngờ còn tổ chức thai và/hoặc nhau thai.
- Khi có ảnh hưởng tổng trạng: có thể nhập viện.

7.3. Nhiễm khuẩn

Xử trí: kháng sinh liều cao và xử trí tích cực tùy nguyên nhân.

7.4. Thủng tử cung

7.5. Choáng: rất hiếm xảy ra.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

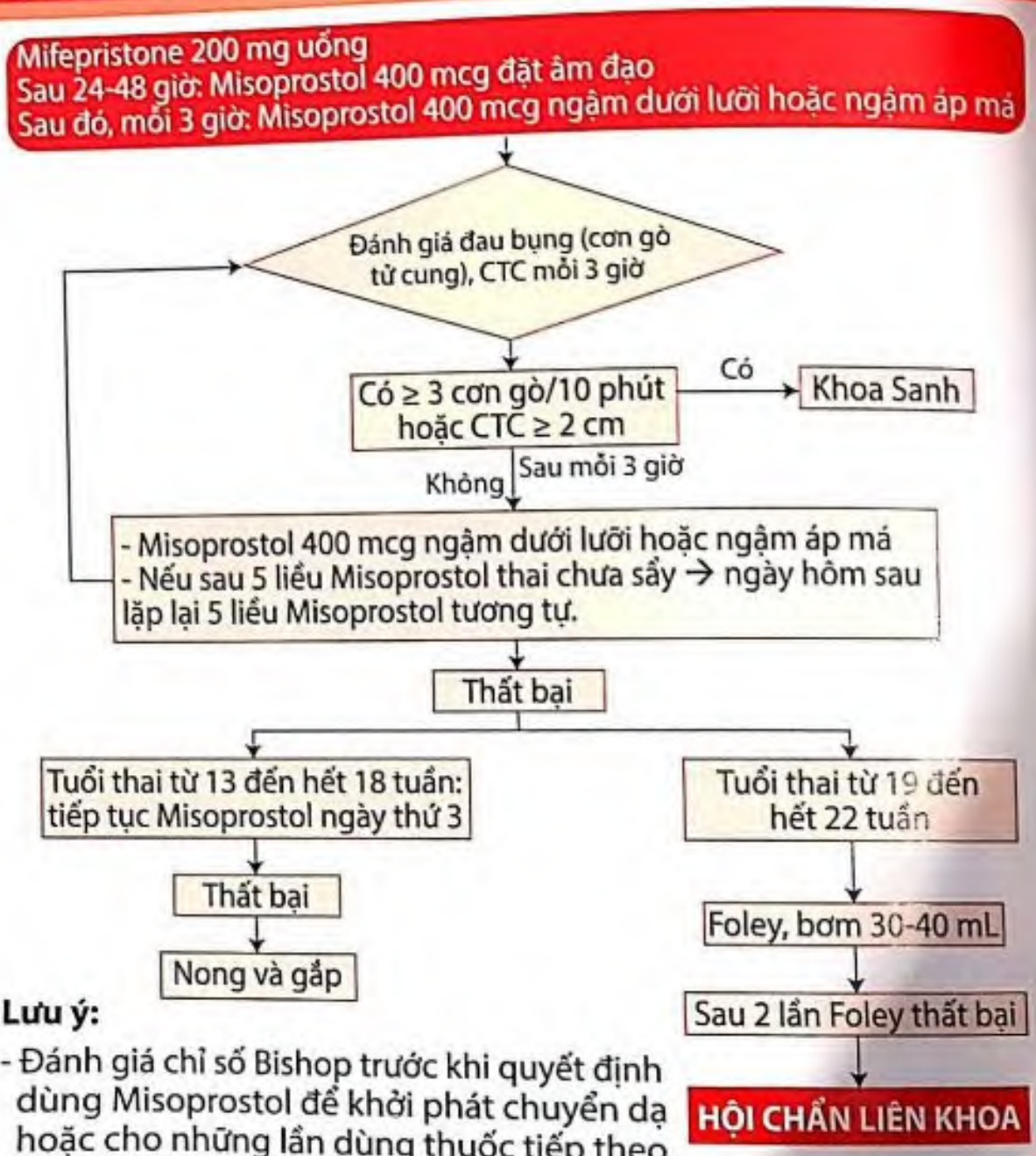
SƠ ĐỒ CHẤM DỨT THAI KỲ TỪ 13-18 TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP NONG GẮP

Nếu không thành công trong 1 đợt dùng thuốc, lặp lại đợt thứ 2 sau 1 tuần

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

114 SƠ ĐỒ CHẤM DỨT THAI KỲ TUỔI THAI TỪ 13-22 TUẦN



Lưu ý:

- Đánh giá chỉ số Bishop trước khi quyết định dùng Misoprostol để khởi phát chuyển dạ hoặc cho những lần dùng thuốc tiếp theo.
- Giảm 1/2 liều Misoprostol đối với sản phụ có vết mổ cũ ở đoạn dưới TC và tăng khoảng cách thời gian giữa các lần dùng thuốc.
- Tạm ngưng Misoprostol liều kế tiếp khi có cơn gò cường tính

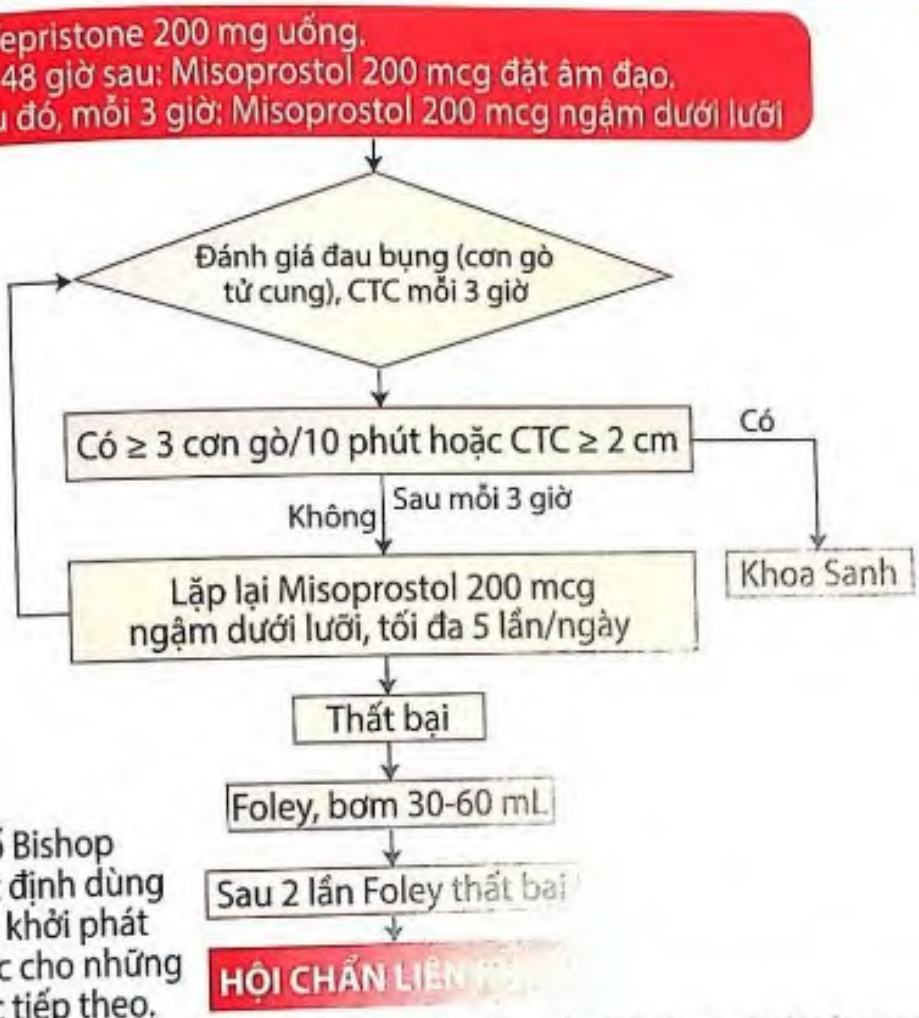
TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2016), "Phá thai bằng thuốc từ tuần 13 đến hết tuần 22", Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, trang 409-411.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

SƠ ĐỒ CHẤM DỨT THAI KỲ TUỔI THAI TỪ 23-27 TUẦN



Lưu ý:

- Đánh giá chỉ số Bishop trước khi quyết định dùng Misoprostol để khởi phát chuyển dạ hoặc cho những lần dùng thuốc tiếp theo.
- Giảm 1/2 liều Misoprostol đối với sản phụ có vết mổ cũ ở đoạn dưới tử cung và tăng khoảng cách thời gian giữa các lần dùng thuốc.
- Tạm ngưng Misoprostol liều kế tiếp khi có cơn gò cường tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (20103), "Second-trimester abortion". (ACOG practice bulletin, no. 135, Obstet Gynecol 2013 Jun,121(6):1394-406.
2. Borgatta L, Kapp N (2011), Society of Family Planning, Clinical guidelines, "Labor induction abortion in the second trimester", Contraception, Jul; 84(1):4-18 Guideline 20111.
3. Brouns JF, van Wely M, Burger MP, van Wijngaarden WJ (2010), "Comparison of two dose regimens of misoprostol for second-trimester pregnancy termination", Contraception Sep,82(3):266-75.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

16 XỬ TRÍ THAI LƯU ĐẾN HẾT 12 TUẦN

I. ĐỊNH NGHĨA

Thai chết lưu là thai đã chết trong tử cung (TC) mà không được tống xuất ra ngoài ngay.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Bệnh sử

- Xác định ngày kinh chót. Tình trạng ra huyết âm đạo, đau bụng.
- Tiền sử sản phụ khoa:
  + Số con đã có - tuổi con nhỏ nhất.
  + Tiền sử thai lưu. Số lần hút thai.
  + Tiền căn mổ lấy thai, bóc u xơ cơ tử cung.
- Tiền căn bệnh nội ngoại khoa: bệnh lý tim mạch, cường giáp, ...

2.2. Khám

- Xác định tư thế TC, tuổi thai.
- Đánh giá tình trạng ra huyết âm đạo.
- Đánh giá các bệnh lý ở đường sinh dục đi kèm nếu có: viêm nhiễm, u xơ cơ tử cung, u nang buồng trứng.

2.3. Xét nghiệm

- Siêu âm: xác định tình trạng thai lưu, tuổi thai vào thời điểm lưu.
- Xét nghiệm máu: đông máu toàn bộ, tổng phân tích tế bào máu, nhóm máu ABO, Rh (khi đủ điều kiện)

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

III. LƯU Ý

Lấy mốc tuổi thai dựa vào ngày kinh chót

- Tuổi thai vào thời điểm siêu âm, chỉ gợi ý tuổi thai vào thời điểm lưu, nhằm tiên lượng nguy cơ rối loạn đông máu.
- Thai lưu tồn tại trong TC trên 6 tuần có thể sẽ xảy ra rối loạn đông máu.

Nhập viện những trường hợp

- Xét nghiệm đông máu toàn bộ bất thường.
- Có bệnh lý nội khoa cần thực hiện thủ thuật tại nơi có điều kiện hồi sức cấp cứu.
- Các trường hợp thai lưu có nguy cơ tai biến cao.

IV. XỬ TRÍ

4.1. Tư vấn

- Nếu khách hàng có Rh (-): tư vấn theo phác đồ xử trí thai phụ Rh (-).
- Tư vấn thủ thuật hút thai (bao gồm các bước thủ thuật, tai biến có thể xảy ra).
- Các dấu hiệu bất thường cần khám ngay.
- Tư vấn các biện pháp tránh thai sau hút thai.
- Tư vấn về khả năng sinh sản sau thủ thuật.
- Nên ngừa thai ít nhất 3 tháng sau thai lưu và kiểm tra sức khỏe trước khi có ý định mang thai trở lại.

4.2. Quy trình kỹ thuật

a) Phương pháp giảm đau - vô cảm

Uống thuốc giảm đau Ibuprofen 400 mg hoặc Paracetamol 1 g trước khi làm thủ thuật 30 phút đối với những trường hợp vô cảm bằng tê cạnh cổ tử cung (CTC).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

b) Thực hiện thủ thuật

- Sát trùng âm hộ (kềm I).
- Sát trùng CTC, âm đạo (kềm II).
- Gây tê mép trước CTC (vị trí 12 giờ với 1 mL Lidocain 1%).
- Kẹp CTC bằng kềm Pozzi.
- Gây tê cạnh CTC với 4 mL Lidocain 1% ở vị trí 4 giờ và 7 giờ hay 5 giờ và 8 giờ.
- Nong CTC bằng ống hút nhựa (nếu trường hợp khó có thể sử dụng bộ nong bằng kim loại Hégar hay Pratt).
- Chọn ống hút thích hợp với tuổi thai.
- Hút thai (bằng máy hay bằng tay), đánh giá hút sạch buồng tử cung.
- Mở kềm Pozzi, lau sạch CTC và âm đạo.
- Kiểm tra mô và tổ chức sau hút thai, gửi giải phẫu bệnh mô nhau.

4.3. Theo dõi sau thủ thuật

- Theo dõi sinh hiệu, huyết âm đạo, đau bụng dưới.
- Hướng dẫn sử dụng toa thuốc sau thủ thuật.
- Hướng dẫn cách chăm sóc sau thủ thuật.
- Hẹn ngày tái khám và các dấu hiệu bất thường cần tái khám ngay, lấy kết quả giải phẫu bệnh.
- Hướng dẫn ngừa thai, tránh mang thai ngoài ý muốn.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

XỬ TRÍ SẨY THAI ĐANG TIẾN TRIỂN

117

I. ĐỊNH NGHĨA

Sẩy thai đang tiến triển là một tình trạng thai dưới 20 tuần, cổ tử cung (CTC) dãn rộng, ra huyết nhiều, phần thai hoặc nhau đang tống xuất qua CTC.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng cơ năng

Trễ kinh, đau bụng, ra huyết âm đạo.

2.2. Triệu chứng thực thể

- Đánh giá tổng trạng, sinh hiệu, lượng máu mất.
- Xác định tư thế tử cung (TC). Xác định tuổi thai.
- Đánh giá tình trạng sẩy thai: độ mở CTC, huyết âm đạo, gò TC.

2.3. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm nước tiểu: QS (+).
- Siêu âm (nếu cần).

III. XỬ TRÍ

3.1. Tư vấn

- Tư vấn trước và sau hút thai.
- Tư vấn các biện pháp tránh thai sau hút thai.
- Tư vấn khả năng sinh sản sau thủ thuật.

+ Thời gian có thể mang thai lại là 10-14 ngày sau hút thai.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Nên có thai lại ít nhất 3-6 tháng sau sẩy thai.

+ Khách hàng được giải thích rõ ràng các nguy cơ của hút thai và tự nguyện ký tên vào tờ cam kết hút thai theo yêu cầu.

+ Uống thuốc giảm đau trước khi làm thủ thuật đối với những trường hợp vô cảm bằng tê cạnh CTC (Paracetamol 1 g hoặc Ibuprofen 400 mg uống 30 phút trước khi làm thủ thuật).

3.2. Quy trình kỹ thuật

- Sát trùng âm hộ (kềm I).
- Sát trùng CTC, âm đạo (kềm II).
- Có thể gây tê mép trước CTC (vị trí 12 giờ với 1 mL Lidocain 1%).
- Kẹp CTC bằng kềm Pozzi.
- Gây tê cạnh CTC với 4 mL Lidocain 1% ở vị trí 4 hoặc 5 giờ và 7 hoặc 8 giờ.
- Nong CTC bằng ống hút nhựa (nếu trường hợp khó có thể sử dụng bộ nong bằng kim loại Hégar hay Pratt). Tuy nhiên, CTC thường mở và không phải nong trong những trường hợp sẩy thai đang tiến triển.
- Chọn ống hút thích hợp với tuổi thai.
- Hút thai (bằng bơm hút chân không bằng tay hay bơm điện), đánh giá hút sạch buồng tử cung.
- Mở kềm Pozzi, lau sạch CTC và âm đạo.
- Kiểm tra mô và tổ chức sau hút thai.
- Chuyển khách hàng sang buồng hồi phục.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3.3. Theo dõi sau thủ thuật

- Theo dõi sinh hiệu, huyết âm đạo, đau bụng dưới.
- Hướng dẫn sử dụng toa thuốc và cách chăm sóc sau thủ thuật.
- Hẹn ngày tái khám và các dấu hiệu bất thường cần tái khám ngay.
- Hướng dẫn ngừa thai tránh mang thai ngoài ý muốn.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

118 XỬ TRÍ SÓT NHAU/SÓT THAI

I. ĐỊNH NGHĨA

Sót nhau/sót thai là tình trạng còn sót lại mô nhau hoặc thai trong tử cung (TC) sau thủ thuật.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

a) Hỏi bệnh

- Thời điểm hút thai lần trước.
- Nơi hút thai lần trước (tại viện hay ngoại viện).
- Tuổi thai lần hút trước.

b) Khám bệnh

- Tổng trạng: đánh giá tình trạng nhiễm trùng (sốt, đau bụng, dịch âm đạo hôi, môi khô, lưỡi dơ,...).
- Xác định tư thế và kích thước TC.
- Xác định độ đau TC.
- Đánh giá độ mở cổ tử cung.
- Đánh giá mức độ ra huyết âm đạo.

2.2. Cận lâm sàng

a) Siêu âm

- Xác định tình trạng sót nhau, sót thai.
- Đánh giá mức độ sót nhau.

b) Xét nghiệm

- Công thức máu, CRP, β-hCG (tùy trường hợp).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

III. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nội khoa

a) Chỉ định

- Ứ dịch lòng TC.
- Nghi sót nhau kích thước nhỏ (dưới 3 x 3 cm).

b) Điều trị

- Oxytocin 5 đơn vị 1-2 ống tiêm bắp x 3 ngày.
- Hoặc Misoprostol 200 mcg ngậm dưới lưỡi 2 viên x 2 lần/ngày x 2-3 ngày.
- Kháng sinh ngừa nhiễm trùng.

3.2. Ngoại khoa

a) Chỉ định

- Sót thai, sót nhau hoặc ứ dịch lòng TC lượng nhiều.

b) Điều trị

- Hút kiểm tra buồng TC (thực hiện các bước như hút thai theo yêu cầu. Nên được thực hiện bởi kỹ thuật viên có kinh nghiệm).
- Gửi giải phẫu bệnh mô sau hút.
- Kháng sinh điều trị.
- Thuốc tăng co hồi TC nếu cần.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

119 XỬ TRÍ BĂNG HUYẾT TRONG VÀ SAU KHI HÚT THAI

I. ĐỊNH NGHĨA

Băng huyết là tình trạng ra huyết âm đạo nhiều ≥ 300 mL trong vòng 24 giờ sau hút thai hoặc ảnh hưởng đến tổng trạng.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Tổng trạng

- Vã mồ hôi, da xanh, niêm nhợt.
- Mạch nhanh trên 90 lần/phút.
- Huyết áp thấp, tụt.

2.2. Khám

- Máu âm đạo ra nhiều, đỏ tươi, có khi có máu cục.
- Băng vệ sinh hoặc quần áo ướt đẫm máu.
- Tử cung (TC) gò kém, có thể do ứ máu trong lòng TC, sót tổ chức thai, mô nhau, do tổn thương ở cổ tử cung (CTC) hoặc thủng TC.

III. XỬ TRÍ

Tùy theo tình trạng lâm sàng mà có hướng xử trí thích hợp.

3.1. Có choáng: HA < 90/60 mmHg hoặc tình trạng ra máu không cải thiện.

- Hồi sức tích cực.
- Chuyển người bệnh lên phòng mổ và xử trí tiếp.
- Lưu ý: Hoàn tất hồ sơ bệnh án, ghi rõ diễn tiến thủ thuật.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3.2. Không choáng: Huyết áp ≥90/60 mmHg.

- Truyền tĩnh mạch, tốt nhất là 2 đường truyền: Glucose 5%, 500 mL pha với 2 ống Oxytocin 5 đơn vị, truyền tĩnh mạch XXX giọt/phút.
- Thở oxy 4 L/ph.
- Nằm đầu thấp.
- Nạo sạch buồng TC, lấy hết mô sót và máu cục.
- Thông tiểu.
- Đánh giá lại tình trạng TC, có thể dùng thêm:

+ Thuốc

- Oxytocin 5 đơn vị x 2 ống pha loãng truyền tĩnh mạch chậm hay tiêm bắp.
- Methylergometrine 0,2 mg, 1 ống pha loãng tiêm tĩnh mạch chậm hay tiêm bắp.
- Misoprostol 200 mcg 04 viên đặt hậu môn.

+ Thắt động mạch CTC.

+ Bóng chèn.

- Tiếp tục theo dõi sinh hiệu và tình trạng ra máu của khách hàng

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

TÓM TẮT CÁC ĐIỀU TRỊ CHỈ SỬ DỤNG MISOPROSTOL

Thai < 13 tuần	
Chấm dứt thai kỳ (1,5)	800 mcg ngậm dưới lưỡi mỗi 3 giờ hoặc đặt âm đạo/ngậm áp má mỗi 3-12 giờ (2-3 liều)
Thai lưu	< 12 tuần: 200 mcg ngậm dưới lưỡi mỗi 4 giờ
Sẩy thai không trọn (2, 3)	400 mcg ngậm dưới lưỡi x 2 lần/ngày x 2-3 ngày
Chuẩn bị cổ tử cung để phá thai ngoại khoa	400 mcg ngậm dưới lưỡi 3 giờ trước thủ thuật
Thai 13-26 tuần	
Chấm dứt thai kỳ (1, 4, 6)	13-24 tuần: 400 mcg đặt âm đạo/ngậm dưới lưỡi/ngậm áp má mỗi 3 giờ 25-26 tuần: 200 mcg đặt âm đạo/ngậm dưới lưỡi/ngậm áp má mỗi 4 giờ
Thai lưu	< 22 tuần: 200 mcg ngậm dưới lưỡi mỗi 6 giờ tối đa 4 lần. Sau 48 giờ, lặp lại đợt 2 với liều tương tự
Chuẩn bị cổ tử cung để phá thai ngoại khoa	13-18 tuần: 400 mcg ngậm áp má (tối đa 3 liều) 4-6 giờ trước thủ thuật

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Băng huyết sau sinh	
Dự phòng	600 mcg uống/đặt hậu môn (x 1 lần)
Dự phòng BHSS thứ phát (máu mất ≥ 350 mL)	800 mcg ngậm dưới lưỡi/đặt hậu môn (x1 lần)
Điều trị	800 mcg ngậm dưới lưỡi/đặt hậu môn (x1 lần)

Ghi chú:

1. Nếu có sẵn Mifepristone, áp dụng phác đồ phối hợp Mifepristone và Misoprostol.
2. Đối với sẩy thai không trọn, cần điều trị dựa vào kích thước tử cung hơn là kinh cuối.
3. Có hiệu quả trong 1-2 tuần trừ khi chảy máu quá nhiều hoặc nhiễm trùng.
4. Cần thêm liều bổ sung nếu nhau không sổ trong vòng 30 phút kể từ khi sổ thai.
5. Xem thêm phác đồ "Phá thai bằng thuốc đến hết 12 tuần".
6. Xem thêm phác đồ "Phá thai bằng thuốc từ tuần 13 đến hết 22 tuần" và "Sơ đồ chấm dứt thai kỳ tuổi thai từ 23 đến 27 tuần".

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. FIGO (2017), Misoprostol - only, recommended regimens.
2. Bộ Y tế (2016), Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

121 XỬ TRÍ THỦNG TỬ CUNG KHI HÚT THAI HOẶC NẠO SINH THIẾT

I. ĐỊNH NGHĨA

Thủng tử cung (TC) là tổn thương đến lớp cơ TC ± phúc mạc TC do đưa dụng cụ vào buồng TC trong khi làm thủ thuật hút thai, đặt hoặc lấy vòng, nạo sinh thiết,...

II. CHẨN ĐOÁN

- Người bệnh có thể đột ngột đau bụng dữ dội khi đang làm thủ thuật.
- Khám:
  + Đau đột ngột, da xanh niêm nhợt.
  + Mạch nhanh, huyết áp tụt (nếu có choáng).
  + Đau vùng hạ vị, có thể có phản ứng phúc mạc hay dấu hiệu kích thích phúc mạc.
  + Đo buồng tử cung không cảm giác chạm đáy tử cung.
  + Hút hay gắp ra mạc nối lớn.
- Cận lâm sàng: siêu âm có thể thấy dịch ổ bụng hoặc tổn thương cơ tử cung.

III. XỬ TRÍ

Trong quá trình làm thủ thuật, nếu có nghi ngờ làm thủng TC

- Ngưng làm thủ thuật ngay lập tức.
- Hồi sức:
  + Xác định tổng trạng người bệnh: mạch, huyết áp, đánh giá tình trạng choáng.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Lấy ngay đường truyền tĩnh mạch: Lactated Ringer's hay Natri Clorid 9‰ 500 mL, truyền TM XXX giọt/phút.

+ Dùng thuốc co hồi TC, kháng sinh và thuốc điều trị choáng (nếu người bệnh có choáng).

- Chuyển người bệnh lên phòng mổ để thực hiện phẫu thuật thám sát (hở hay nội soi), vá lổ thủng (nếu có), giải quyết các tổn thương kèm theo và làm sạch buồng TC.

Lưu ý:

- Trong những trường hợp người bệnh có kèm choáng: nên điều trị choáng tích cực, và chỉ chuyển người bệnh khi tình trạng đã ổn định.
- Tư vấn cho người bệnh và người nhà bệnh nhân hướng xử trí, cho ký cam kết.
- Hoàn tất hồ sơ bệnh án, ghi rõ diễn tiến thủ thuật.
- Khi bàn giao với khoa khác phải rõ ràng và cụ thể để việc theo dõi người bệnh được chặt chẽ hơn.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

122 ĐẶT VÀ THÁO DỤNG CỤ TỬ CUNG

I. ĐẶT DỤNG CỤ TỬ CUNG (DCTC)

1.1. Chuẩn bị khách hàng

- Hỏi tiền sử để loại trừ chống chỉ định.
- Thăm khám để loại trừ có thai hoặc xuất huyết tử cung bất thường chưa rõ nguyên nhân, các bất thường ở đường sinh dục.
- Siêu âm (nếu cần).

1.2. Tư vấn

- Tìm hiểu nhu cầu khách hàng về việc đặt DCTC.
- Giới thiệu các loại DCTC và cách đặt DCTC.
- Tư vấn các thuận lợi và bất lợi của DCTC, các tác dụng ngoài ý thường gặp và cách xử trí, hạn dùng của DCTC.
- Lịch tái khám sau đặt DCTC.
- Ký cam kết.

1.3. Chỉ định đặt vòng

- Các phụ nữ trong tuổi sinh đẻ, đã có con.
- Muốn thực hiện một biện pháp tránh thai (BPTT) tạm thời bằng dụng cụ tử cung.

1.4. Chống chỉ định

- Tuyệt đối

+ Viêm nhiễm cấp tính đường sinh dục.

+ Tử cung dị dạng.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

+ Có thai.

+ Rong kinh rong huyết chưa rõ nguyên nhân.

+ Ung thư đường sinh dục.

+ Sa sinh dục độ II-III.

- Tương đối

+ Tiền căn thai ngoài tử cung.

+ U xơ cơ tử cung.

+ Bệnh lý van tim hậu thấp.

+ Bệnh lý nội khoa mãn tính khác có suy gan, suy thận.

+ Bệnh lý dị ứng với đồng (Hội chứng Wilson).

1.5. Kỹ thuật

- Khám xác định kích thước và tư thế tử cung.
- Sát trùng âm hộ, âm đạo và cổ tử cung (CTC).
- Kẹp CTC. Đo buồng tử cung.
- Chuẩn bị DCTC (cho cành DCTC vào cần đối với vòng TCu, đánh dấu cần DCTC cho phù hợp với kích thước buồng tử cung).
- Đưa DCTC vào buồng tử cung và lấy cần dụng cụ ra.
- Cắt dây vòng khoảng 2 cm.
- Tháo kẹp CTC và lau sạch CTC, âm đạo.

1.6. Thuốc sau đặt vòng

- Kháng sinh uống ngừa nhiễm trùng.
- Giảm co thắt: Alverin citrat 40 mg, 2 viên x 2 lần/ngày x 3 ngày.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

II. THÁO VÒNG

2.1. Chỉ định tháo DCTC

- Vì lý do y tế

+ Có thai (nếu thấy dây DCTC mới được tháo).

+ Ra nhiều máu.

+ Đau bụng dưới nhiều.

+ Nhiễm khuẩn tử cung hoặc tiểu khung.

+ Phát hiện tổn thương ác tính hoặc nghi ngờ ác tính ở tử cung, cổ tử cung.

+ DCTC bị tụt thấp.

+ Đã mãn kinh (sau khi mất kinh 12 tháng trở lên)

+ DCTC đã hết hạn (10 năm với TCu 380-A, 5 năm với Multiload): sau khi tháo có thể đặt ngay DCTC khác (nếu khách hàng muốn).

- Vì lý do cá nhân:

+ Muốn có thai trở lại.

+ Muốn dùng một BPTT khác.

+ Thấy không cần dùng BPTT nào nữa.

2.2. DCTC có dây

- Đặt mỏ vịt bộc lộ CTC.
- Sát trùng âm đạo và CTC bằng Povidon iodin.
- Dùng kềm Kelly dài, kéo nhẹ dây vòng và vòng ra khỏi buồng tử cung.
- Lau sạch âm đạo và lấy mỏ vịt khỏi âm đạo.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

2.3. DCTC không dây

- Khám xác định tư thế tử cung.
- Sát trùng âm hộ, âm đạo và CTC.
- Kẹp CTC, đo buồng tử cung.
- Dùng móc vòng lấy vòng khỏi buồng TC.
- Tháo kẹp CTC, lau sạch âm đạo.

2.4. Thuốc sau tháo DCTC

- Kháng sinh uống dự phòng nhiễm trùng.

Lưu ý: Cần phải tư vấn cho khách hàng sử dụng một BPTT khác sau lấy vòng, nhằm phòng ngừa mang thai ngoài ý muốn.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

THUỐC CẤY TRÁNH THAI

I. CHỈ ĐỊNH

Các phụ nữ trong tuổi sinh đẻ muốn chọn biện pháp tránh thai (BPTT) có hiệu quả trong nhiều năm.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

2.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Có thai.
- Đang bị ung thư vú.

2.2. Chống chỉ định tương đối

- Đang bị thuyên tắc tĩnh mạch sâu, thuyên tắc phổi.
- Đang bị lupus ban đỏ hệ thống và có kháng thể kháng phospholipid (hoặc không làm xét nghiệm).
- Ra máu âm đạo bất thường chưa được chẩn đoán nguyên nhân.
- Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong vòng 5 năm trở lại.
- Xơ gan mất bù có suy giảm chức năng gan trầm trọng, hoặc u gan (ngoại trừ trường hợp tăng sinh lành tính dạng nốt - benign focal nodular hyperplasia).
- Không tiếp tục sử dụng nếu khách hàng:
  + Đã từng hoặc đang bị tai biến mạch máu não hoặc thiếu máu cơ tim.
  + Đau nửa đầu có kèm mờ mắt.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

III. THỜI ĐIỂM CẤY THUỐC TRÁNH THAI

3.1. Khách hàng chưa sử dụng BPTT

- Ngay khi đang có kinh hoặc trong 7 ngày đầu (hoặc trong vòng 5 ngày đầu đối với Etonogestrel implant) của vòng kinh.
- Ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Nếu đã quá 7 ngày (hoặc nếu quá 5 ngày đối với Etonogestrel implant) từ khi bắt đầu hành kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
- Vô kinh: bất kỳ thời điểm nào nếu có thể khẳng định không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
- Sau sinh và cho con bú hoàn toàn hoặc gần như hoàn toàn
  + Trong vòng 6 tuần sau sinh và đang cho con bú: chỉ sử dụng thuốc cấy một khi không còn BPTT nào khác.
  + Từ 6 tuần đến 6 tháng, vô kinh: bất kỳ lúc nào.
  + Nếu có kinh lại sau 6 tuần: như trường hợp hành kinh bình thường.
- Sau sinh cho bú không hoàn toàn
  + Trong vòng 6 tuần sau sinh: chỉ sử dụng một khi không còn BPTT nào khác.
  + Sau 6 tuần:
    - Nếu chưa có kinh lại: bất kỳ lúc nào nếu chắc chắn là không có thai, khách hàng cần sử dụng một BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
    - Nếu đã có kinh lại: như trường hợp hành kinh bình thường.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Sau sinh, không cho con bú
  + Dưới 21 ngày: bất kỳ lúc nào.
  + Từ 21 ngày trở đi và chưa có kinh: bất kỳ thời điểm nào nếu có thể khẳng định không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
  + Nếu đã có kinh lại bình thường: như trường hợp hành kinh bình thường.
- Ngay sau phá thai hoặc sẩy thai
  + Trong vòng 7 ngày sau phá thai, sẩy thai: có thể cấy thuốc ngay lập tức.
  + Sau 7 ngày: bất kỳ thời điểm nào nếu có thể khẳng định không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
- Sau sử dụng thuốc tránh thai khẩn cấp: sử dụng thuốc cấy trong vòng 7 ngày đầu của kỳ kinh kế tiếp (vào trong vòng 5 ngày đối với Etonogestrel implant) hoặc trong bất kỳ thời điểm nào nếu chắc chắn là không có thai. Cung cấp các BPTT hỗ trợ hoặc thuốc tránh thai trong thời gian chờ cấy thuốc.
- Ngay sau khi lấy thuốc cấy nếu muốn cấy tiếp.

3.2. Khách hàng đang sử dụng BPTT nội tiết

- Sẽ được cấy ngay lập tức nếu đang sử dụng liên tục và đúng cách hoặc nếu biết chắc là không có thai, vào thời điểm lặp lại mũi tiêm.

3.3. Khách hàng đang sử dụng BPTT không nội tiết (không phải DCTC) sẽ được cấy thuốc

- Sẽ được cấy ngay lập tức nếu đang sử dụng liên tục và đúng cách hoặc nếu biết chắc là không có thai. Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

3.4. Khách hàng đang sử dụng DCTC (kể cả DCTC giải phóng Levonorgestrel) sẽ được cấy thuốc

- Trong vòng 7 ngày đầu tiên của vòng kinh, có thể lấy DCTC ở thời điểm này.
- Bất kỳ lúc nào nếu biết chắc là không có thai:
  + Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh và đã có giao hợp: cần lấy DCTC vào chu kỳ sau.
  + Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh và không giao hợp: cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp. Nếu DCTC chính là biện pháp hỗ trợ, cần lấy DCTC vào chu kỳ sau.
- Nếu vô kinh hoặc ra máu không theo chu kỳ: xem hướng dẫn dành cho phụ nữ vô kinh.

IV. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

4.1. Tư vấn

- Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu của khách hàng về thuốc cấy tránh thai.
- Hiệu quả, ưu, nhược điểm (có thể khó lấy ra). Biện pháp không có tác dụng phòng tránh nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục và HIV/AIDS.
- Cho khách hàng biết các tác dụng phụ có thể gặp, đặc biệt là ra máu bất thường.
- Khách hàng có thể đến khám lại bất cứ lúc nào khi có vấn đề hoặc muốn tháo que cấy tránh thai.
- Không phải là BPTT vĩnh viễn, Levonorgestrel implant có tác dụng trong 5-7 năm, Etonogestrel implant có tác dụng trong 3 năm.

Được quét bằng CamScanner

4.2. Thăm khám

- Hỏi kỹ tiền sử để phát hiện chống chỉ định (dùng bảng kiểm).
- Khám sức khỏe toàn thân (cân, đo huyết áp, khám vú, khám gan, khám vàng da).
- Khám phụ khoa: phát hiện khối u sinh dục, để loại trừ có thai, ra máu không rõ nguyên nhân. Trong hoàn cảnh xét nghiệm nước tiểu để thử thai không sẵn có, có thể đánh giá là "không có thai" dựa vào những dấu hiệu lâm sàng
- Xét nghiệm: chức năng gan, bilan lipid, Pap smear, siêu âm phụ khoa.

4.3. Kỹ thuật cấy Etonogestrel implant

- Sát khuẩn da vùng định cấy (mặt trong cánh tay không thuận).
- Trải săng vải có lỗ vùng định cấy.
- Gây tê vùng định cấy bằng Lidocain 1% dọc đường cấy.
- Lấy ống cấy vô khuẩn ra khỏi bao bì (tuân thủ nguyên tắc không chạm trong thủ thuật).
- Kiểm tra bằng mắt thường xem que cấy có trong kim không.
- Đặt que cấy bằng cách đâm kim ngay dưới da và vừa đẩy vừa dùng đầu kim nâng mặt da lên.
- Giữ nguyên pít tông tại chỗ và kéo ống cấy về phía ngược lại, que thuốc cấy sẽ nằm lại trong cánh tay.
- Kiểm tra xác định xem que thuốc đã được cấy nằm dưới da.
- Băng ép bằng gạc vô khuẩn. Tháo băng sau 24 giờ.
- Ghi phiếu theo dõi cấy que: ngày cấy, vị trí cấy thuốc, ghi họ tên người cấy.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

4.4. Theo dõi sau cấy que

- Hẹn khách hàng quay trở lại trong vòng tuần lễ đầu xem có nhiễm khuẩn không.
- Sau đó, khách hàng có thể đến khám lại bất cứ lúc nào khi có vấn đề hoặc muốn tháo que cấy tránh thai.

4.5. Kỹ thuật tháo

- Sát khuẩn.
- Trải săng vải.
- Gây tê tại chỗ đầu dưới que cấy.
- Rạch da khoảng 2 mm ngay đầu que nơi đã gây tê.
- Dùng tay nắn cho đầu que lộ ra chỗ rạch.
- Dùng một kẹp nhỏ kẹp đầu que cấy, kéo nhẹ ra.
- Sau khi tháo que xong, sát khuẩn, băng lại. Tháo băng sau 24 giờ.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

21 THUỐC TIÊM TRÁNH THAI (DEPOT MEDROXYPROGESTERONE ACETATE - DMPA)

I. CHỈ ĐỊNH

- Phụ nữ trong tuổi sinh đẻ muốn tránh thai trong thời gian ít nhất hai năm nhưng không thích dùng các biện pháp tránh thai hằng ngày.
- Đang cho con bú (6 tuần sau sinh).
- Bị tác dụng phụ do dùng thuốc có estrogen hoặc chống chỉ định với thuốc có estrogen.
- Muốn dùng một biện pháp tránh thai kín đáo, thuận tiện.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có thai hoặc nghi có thai.
- Dưới 16 tuổi.
- Rong kinh rong huyết chưa rõ nguyên nhân.
- Đang bị hay đã bị u vú, bệnh tim mạch, tiểu đường, bệnh gan (viêm gan, ung thư gan).

III. KHÁM

- Khám sức khỏe toàn thân (cân, đo huyết áp, khám vú, khám vàng da không, khám gan).
- Khám phụ khoa: phát hiện khối u sinh dục, Pap smear.

IV. THỜI ĐIỂM TIÊM DMPA

Mũi đầu tiên

- Trong vòng 7 ngày kể từ ngày kinh đầu tiên, có thể tiêm muộn hơn hoặc bất kỳ ngày nào nếu chắc chắn không có

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

thai và phải dùng bao cao su hoặc kiêng giao hợp trong 2 ngày sau tiêm.

- Sau phá thai: tiêm ngay hoặc trong vòng 7 ngày sau phá thai.
- Sau sinh:

+ Nếu cho con bú: tiêm sau sinh 6 tuần.

+ Nếu không cho con bú: tiêm từ tuần thứ 3 sau sinh.

+ Tiêm ngay sau khi ngừng biện pháp khác.

Các mũi tiêm tiếp theo thực hiện 3 tháng một lần.

V. KỸ THUẬT TIÊM

- Sát khuẩn vùng tiêm: mông hoặc cơ delta.
- Kiểm tra thuốc DMPA 150 mg vẫn còn hạn sử dụng.
- Nhẹ nhàng lắc kỹ thuốc trước khi rút. Dùng bơm kim tiêm rút hết thuốc.
- Đưa kim tiêm vào sâu, kiểm tra xem có máu không. Đẩy bơm tiêm từ từ cho thuốc vào hết.
- Sau khi rút kim, không xoa vùng tiêm để tránh thuốc lan tỏa sớm và nhanh.
- Đưa phiếu tiêm thuốc tiêm tránh thai DMPA có ghi hẹn lần sau cho khách hàng.
- Hẹn khách hàng quay trở lại để tiêm mũi tiếp theo và dặn khách hàng có thể trở lại bất kỳ khi nào họ thấy có điều gì đó bất thường (chảy máu âm đạo nhiều, nhức đầu,...).

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

125 PHÁC ĐỒ HƯỚNG DẪN ÁP DỤNG CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI SAU SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Kế hoạch tránh thai sau khi sinh cần được chuẩn bị ngay trong thai kỳ và áp dụng càng sớm càng tốt sau sinh. Ở phụ nữ không cho con bú liên tục, sự rụng trứng có thể xảy ra từ 3 đến 6 tuần sau sinh, nghĩa là có nguy cơ mang thai lại trước khi xuất hiện chu kỳ kinh đầu tiên. Thời điểm có thể có thai lại thay đổi tùy theo việc người mẹ có cho con bú hay không, trung bình là 3 tuần sau sinh nếu không cho con bú và 3 tháng sau sinh nếu cho con bú hoàn toàn.

Phụ nữ trong giai đoạn 3 tháng đầu sau sinh có nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch cao hơn gấp 5 lần trong thai kỳ, giảm dần sau mỗi tuần. Ngoài ra, nội tiết tố estrogen liên quan đến việc sản xuất sữa mẹ nên thuốc tránh thai nội tiết kết hợp chỉ được xem xét dùng sau khi sinh từ 6 tuần trở lên.

Lựa chọn biện pháp tránh thai (BPTT) sau sinh ngả âm đạo hoặc sau mổ lấy thai hầu như không có sự khác biệt. Việc lựa chọn tùy thuộc vào tình trạng sức khỏe, nhu cầu, điều kiện và sự hài lòng của người phụ nữ đối với các BPTT.

II. THỜI ĐIỂM ÁP DỤNG VÀ CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI

2.1. Ngay sau sinh

- Đặt dụng cụ tử cung chứa đồng: trong vòng 20 phút sau sổ nhau.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Triệt sản nữ: lúc mổ lấy thai hoặc sau sinh ngả âm đạo; đối với phụ nữ đủ con hoặc nguyên nhân y khoa không cho phép có thai nữa. Cần tư vấn kỹ và hai vợ chồng ký giấy đồng thuận áp dụng BPTT này.

2.2. Trước khi xuất viện

- Khuyến khích nuôi con bằng sữa mẹ. Tăng cường tuyên truyền về phương pháp cho con bú vô kinh nếu phụ nữ quan tâm và có thể thực hiện tốt phương pháp này.

- Bao cao su nam/nữ: áp dụng bất kỳ lúc nào, giúp làm giảm nguy cơ mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục (LTQĐTD).

- Các BPTT chỉ có progestin (thuốc tiêm, thuốc viên, que cấy):

  + Không cho con bú: áp dụng bất kỳ lúc nào.

  + Cho con bú: áp dụng 6 tuần sau sinh.

- Các BPTT kết hợp gồm Progestin + Estrogen (thuốc viên, miếng dán, vòng đặt âm đạo):

  + Không cho con bú: bắt đầu áp dụng 4 tuần sau sinh.

  + Cho con bú: áp dụng 6 tháng sau sinh.

- Đặt dụng cụ tử cung chứa đồng: trong vòng 48 giờ sau sinh.

- Thuốc tránh thai khẩn cấp: nên có sẵn nếu chưa áp dụng BPTT nào khác.

- Xuất tinh ngoài âm đạo: bất kỳ lúc nào

- Triệt sản nữ: trong vòng 7 ngày đầu.

- Triệt sản nam: bất kỳ lúc nào.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

2.3. Lúc tái khám sau sinh 2-4 tuần

- Thời điểm tốt nhất là 2 tuần sau sinh. Tại thời điểm 6 tuần sau sinh, có thể người mẹ đã có giao hợp lại sau sinh, đang trầm cảm sau sinh, gặp các vấn đề liên quan đến việc bú mẹ và không quan tâm việc tránh thai.
- Hỏi khách hàng xem họ đã quan hệ tình dục lại chưa?
- Ủng hộ việc cho bú sữa mẹ liên tục nếu có thể thực hiện.
- Quan tâm về thời gian vô kinh do cho con bú.
- Nội tiết tránh thai chỉ có Progestin (thuốc tiêm, thuốc viên, que cấy) (xem mục 2.2)
- Nội tiết tránh thai kết hợp gồm Progestin + Estrogen (thuốc viên, miếng dán, vòng âm đạo) (xem mục 2.2)
- Đặt dụng cụ tử cung (chứa đồng/chứa Levonorgestrel): 4 tuần sau sinh
- Bao cao su nam/nữ: áp dụng bất kỳ lúc nào
- Màng ngăn âm đạo, mũ chụp cổ tử cung: áp dụng 6 tuần sau sinh
- Có thể dùng BPTT khẩn cấp
- Xuất tinh ngoài âm đạo: bất kỳ lúc nào
- Các phương pháp tự nhiên và các phương pháp nhận biết thời điểm thụ thai: chờ có kinh trở lại.
- Triệt sản nữ: áp dụng 6 tuần sau sinh
- Triệt sản nam: áp dụng bất kỳ lúc nào

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

Tóm tắt lựa chọn tránh thai sau sinh - phụ nữ cho con bú

TỐT NHẤT BPTT không nội tiết	XEM XÉT LỰA CHỌN Nội tiết chỉ có progestin	CÂN NHẮC Nội tiết phối hợp
Cho bú vô kinh Tính ngày rụng trứng Bao cao su nam /nữ Thuốc diệt tinh trùng Dụng cụ tử cung Triệt sản nam/ nữ Xuất tinh ngoài Kiêng quan hệ tình dục	Viên thuốc chỉ chứa progestin Thuốc tiêm DMPA Que cấy progestin Dụng cụ tử cung progestin	Viên tránh thai Phối hợp Lưu ý: dùng khi sữa mẹ không phải là nguồn thức ăn chính của bé trong 6 tháng đầu sau sinh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017), Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, Kế hoạch hóa gia đình, tr. 279-328.
2. Hội nội tiết sinh sản và vô sinh TP. HCM (2017), Hướng dẫn ngừa thai, Nhà xuất bản Phương Đông, Tránh thai thời kỳ hậu sản, tr. 132-142.
3. Engenderhealth (2013), Comprehensive Counseling for Reproductive Health - An integrated curriculum, Trainer's Manual.
4. Sarita Sonalkar, Sheila K Mody (2020), Uptodate, Postpartum contraception: Counseling and methods.
5. World Health Organization (2018), Family Planning - A Global handbook for providers.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

126 TRIỆT SẢN NAM BẰNG PHƯƠNG PHÁP THẮT VÀ CẮT ỐNG DẪN TINH

I. CHỈ ĐỊNH

Nam giới đang ở trong độ tuổi sinh sản đã có đủ số con mong muốn, các con khỏe mạnh, tự nguyện dùng một biện pháp tránh thai vĩnh viễn và không hồi phục.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang nhiễm khuẩn tại chỗ vùng bìu, bệnh lây truyền qua đường tình dục, viêm tinh hoàn, viêm mào tinh.
- Tràn dịch màng tinh.
- Các bệnh lý tại chỗ: thoát vị bẹn, có khối u trong bìu, dãn tĩnh mạch vùng bìu.
- Rối loạn đông máu.

III. KHÁM

- Tìm hiểu kỹ xem khách hàng có đúng chỉ định không.
- Hỏi tiền sử bệnh tật nội ngoại khoa, khám toàn thân.
- Khám vùng sinh dục ngoài (bìu, tinh hoàn, mào tinh).
- Có đơn tình nguyện triệt sản có chữ ký cả hai vợ chồng.

IV. THỜI ĐIỂM THỰC HIỆN

Có thể thực hiện triệt sản nam ở bất kỳ thời gian nào thuận tiện

V. KỸ THUẬT TRIỆT SẢN NAM KHÔNG DÙNG DAO

- Rửa sạch và sát khuẩn vùng sẽ thực hiện thủ thuật.
- Trải săng vải có lỗ để hở vùng bìu.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

- Gây tê tại chỗ bằng Lidocain 1%.
- Dùng kỹ thuật ba ngón tay để xác định và cố định ống dẫn tinh.
- Đặt kẹp ôm ống dẫn tinh qua cả da bìu.
- Chọc kìm chuyên dụng qua da.
- Bộc lộ và nâng cao ống dẫn tinh.
- Cặp để cố định ống dẫn tinh bằng kẹp vòng tròn.
- Bóc tách cân tinh.
- Thắt và cắt đoạn ống dẫn tinh.
- Đặt một mảnh cân để cách ly đầu xa của ống dẫn tinh.
- Thực hiện các bước kỹ thuật tương tự để thắt và cắt ống dẫn tinh bên đối diện.
- Băng ép lỗ mở da bìu.

VI. THEO DÕI

- Hướng dẫn khách hàng tự chăm sóc
  + Khách hàng có thể có cảm giác tức nặng ở bìu nhưng không đau (nên mặc quần lót chật trong vài ngày đầu giúp có cảm giác thoải mái).
  + Tránh lao động nặng trong 1-2 ngày đầu.
- Theo dõi các dấu hiệu viêm nhiễm tại chỗ.
- Sau 1 tuần có thể sinh hoạt tình dục nhưng phải dùng bao cao su trong 20 lần xuất tinh đầu hoặc trong vòng 3 tháng đầu tiên sau khi triệt sản.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế - Vụ sức khỏe Bà mẹ và trẻ em (2010), Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.
2. Pathfinder International-Ipas-EngenderHealth, Reproductive Health Projects (2008), Giáo trình chăm sóc sức khỏe sinh sản, Module 11: Phá thai an toàn
3. Tổ chức Y tế Thế giới (2003), Phá thai an toàn: Hướng dẫn kỹ thuật và chính sách cho hệ thống y tế.
4. WHO, USAID, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Family Planning, A global handbook for providers, Chapter 12, p.183-198.

Được quét bằng CamScanner

Được quét bằng CamScanner