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

Nơi sự sống bắt đầu

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SẢN PHỤ KHOA 2019

NHÀ XUẤT BẢN THANH NIÊN

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

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
SẢN - PHỤ KHOA

Xuất bản lần 4
(có bổ sung và cập nhật)

NHÀ XUẤT BẢN THANH NIÊN - 2019

LỜI MỞ ĐẦU

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

Sau 3 lần phát hành thành công, ấn phẩm đã 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 xử trí. Ở lần xuất bản này, "Phác đồ điều trị sản phụ khoa" đã tiếp tục được cập nhật, bổ sung thêm một số các bệnh lý thường gặp theo mô hình bệnh tật hiện nay. **"Phác đồ điều trị sản phụ khoa 2019"** có 6 chương, bao gồm hầu hết các bệnh lý trong sản 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 chuyên ngành sản phụ khoa.

Ban biên soạn mong 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 hơn trong thời gian tới.

Bệnh viện Từ Dũ xin chân thành cảm ơn toàn thể quý thành viên của ban biên soạn, các khoa, phòng của bệnh viện và công ty Abbott đã hỗ trợ hoàn thành và phát hành thành công ấn phẩm này.

Trân trọng.

Thành phố Hồ Chí Minh, tháng 01 năm 2019

Chủ biên

Giám đốc Bệnh viện Từ Dũ

ThS.BS Lê Quang Thanh

SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH **BỆNH VIỆN TỪ DŨ**	**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** **Độc lập – Tự do – Hạnh phúc**
Số: 3215 /QĐ-BVTD	*Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 22 tháng 10 năm 2018*

QUYẾT ĐỊNH

Ban hành phác đồ điều trị Sản phụ khoa lần thứ IV

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Căn cứ Quyết định số 1507/QĐ-UB ngày 08/04/2004 của UBND TP. HCM về việc cho phép đổi tên Bệnh viện Phụ sản TP. HCM thành Bệnh viện Từ Dũ trực thuộc Sở Y tế TP Hồ Chí Minh và quy định chức năng, nhiệm vụ của bệnh viện Từ Dũ;

Căn cứ Quyết định số 2912/QĐ-SYT ngày 12/9/2014 của Sở Y tế TP.HCM về việc Ban hành Quy chế tổ chức và hoạt động của bệnh viện Từ Dũ;

Căn cứ nội dung các biên bản cuộc họp xét duyệt phác đồ;

Xét đề nghị của Hội đồng chuyên môn và trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp bệnh viện Từ Dũ,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Nay đồng ý ban hành kèm theo quyết định này "Phác đồ điều trị Sản phụ khoa bệnh viện Từ Dũ lần thứ IV" trên cơ sở bổ sung và chỉnh sửa phác đồ bệnh viện lần thứ III.

Điều 2. Phác đồ điều trị Sản phụ khoa bệnh viện Từ Dũ lần thứ IV là tài liệu tham khảo chính của bệnh viện trong công tác điều trị và quản lý chuyên môn.

Điều 3. Phác đồ điều trị Sản phụ khoa lần thứ IV có hiệu lực thay thế phác đồ điều trị Sản phụ khoa lần thứ III kể từ ngay ban hành.

Điều 4. Các Ông (Bà) Trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp, phòng Tổ chức Cán bộ, phòng Hành chính Quản trị, Trưởng khoa lâm sàng, Trưởng khoa Dược và các nhân viên y tế công tác tại bệnh viện Từ Dũ có trách nhiệm thi hành Quyết định này kể từ ngày ký./.

Nơi nhận:
- Như Điều 4;
- Lưu: VT, KHTH.

GIÁM ĐỐC

SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH BỆNH VIỆN TỪ DŨ

ThS.BS Lê Quang Thanh

Ban biên soạn

BS.CK2	Vương Đình Bảo Anh
ThS.DS	Nguyễn Thị Thúy Anh
ThS.BS	Phan Thanh Bình
ThS.BS	Lê Thị Minh Châu
ThS.BS	Lê Tự Phương Chi
BS.CK2	Hồng Công Danh
ThS.BS	Nguyễn Điền
BS.CK2	Bùi Trúc Giang
TS.BS	Lê Thị Thu Hà
BS.CK1	Phạm Thanh Hải
BS.CK2	Trần Ngọc Hải
BS.CK1	Hồ Thị Hoa
TS.BS	Phan Trung Hòa
BS.CK2	Nguyễn Thị Kim Hoàng
BS.CK2	Bùi Văn Hoàng
ThS.BS	Trịnh Nhựt Thư Hương
BS.CK2	Tào Tuấn Kiệt
DS.CK2	Nguyễn Thị Lầu
GS.TS.BS	Trần Thị Lợi
ThS.BS	Điền Đức Thiện Minh
ThS.BS	Hà Tố Nguyên
BS.CK2	Tô Thị Minh Nguyệt
BS.CK2	Võ Thanh Nhân
ThS.BS	Phạm Quang Nhật
BS.CK2	Nguyễn Bá Mỹ Nhi
ThS.BS	Bùi Thị Hồng Nhu
BS.CK2	Nguyễn Bá Mỹ Ngọc
BS.CK2	Nguyễn Thị Minh Tâm
ThS.BS	Nguyễn Thị Thanh Tâm
ThS.BS	Lê Quang Thanh
ThS.BS	Đặng Thị Phương Thảo
BS.CK2	Văn Phụng Thống
ThS.BS	Tô Hoài Thư
ThS.BS	Nguyễn Xuân Trang
BS.CK2	Trần Thị Nhật Thiên Trang
BS.CK2	Tô Thị Thục Trang
BS.CK2	Nguyễn Hữu Trung
ThS.BS	Nguyễn Thị Mộng Tuyền
TS.BS	Ngô Thị Yên

CHƯƠNG 1: SẢN KHOA

01. Khám thai 018
02. Rubella và thai kỳ 024
03. Thai kỳ với mẹ Rhesus âm 028
04. Chẩn đoán trước sinh 033
05. Chỉ định sinh thiết gai nhau/chọc ối 035
06. Chỉ định chấm dứt thai kỳ những thai DTBS nặng 038
07. Tắc mạch ối 043
08. Vỡ tử cung 047
09. Băng huyết sau sinh 051
10. Nhau bong non 056
11. Sa dây rốn 059
12. Suy thai: chẩn đoán và xử trí ..... 06[illegible]
13. Ngôi mông ..... 06[illegible]
14. Ngôi bất thường ..... 07[illegible]
15. Con to ..... 07[illegible]
16. Quản lý thai kỳ song thai ..... 08[illegible]
17. Tăng huyết áp thai kỳ ..... 0[illegible]
18. Đái tháo đường trong thai kỳ ..... 1[illegible]
19. Thai chậm tăng trưởng trong tử cung ..... 1[illegible]
20. Thiểu ối ..... 1[illegible]
21. Đa ối ..... 1[illegible]
22. Ối vỡ non ..... 1[illegible]
23. Nhau tiền đạo ..... 12[illegible]
24. Nhau cài răng lược 131
25. Hở eo tử cung 136
26. Chuyển dạ sinh non 140

MỤC LỤC

27. Khởi phát chuyển dạ 148
28. Nghiệm pháp sinh ngả âm đạo trên sản phụ có sẹo mổ lấy thai 153
29. Nghiệm pháp lọt ngôi chỏm 155
30. Sinh khó do vai 157
31. Xử trí thai thứ hai trong song thai 159
32. Sử dụng oxytocin trong chuyển dạ 160
33. Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ 163
34. Giảm đau sau sinh ngả âm đạo 165

CHƯƠNG 2: PHỤ KHOA

35. Nhiễm khuẩn âm đạo 172
36. Viêm âm đạo do nấm 174
37. Viêm âm đạo do trichomonas 176
38. Viêm âm đạo do thiếu nội tiết 177
39. Viêm cổ tử cung 178
40. Sơ đồ hướng dẫn xử trí tiết dịch âm đạo 180
41. Viêm sinh dục do herpes 181
42. Viêm sinh dục do giang mai 183
43. Bệnh hạ cam (chancroid) 185
44. Sùi mào gà sinh dục (mụn cóc sinh dục) 186
45. Viêm vùng chậu 187
46. Áp xe phần phụ 193
47. Nhiễm trùng tiểu ở phụ nữ 198
48. Dọa sẩy thai, sẩy thai 3 tháng đầu thai kỳ 202
49. Sẩy thai liên tiếp 205
50. Thai ngoài tử cung 209

51. Thai ở sẹo mổ lấy thai 216
52. Rong kinh - rong huyết 228
53. Tăng sinh nội mạc tử cung 231
54. U xơ tử cung 236
55. U phần phụ 240
56. Bệnh lý lạc nội mạc tử cung (endometriosis) 242
57. Tầm soát ung thư cổ tử cung 246
58. Xử trí Pap's bất thường và tân sinh trong biểu mô cổ tử cung 251
59. Ung thư cổ tử cung trong thai kỳ 260
60. Rối loạn tiền mãn kinh và mãn kinh 261
61. Sa các tạng vùng chậu 264
62. Bệnh lý tuyến vú lành tính 277
63. Áp xe vú 285
64. Chăm sóc chung hậu phẫu 289
65. Chăm sóc hậu phẫu cắt tử cung ngả âm đạo 292
66. Chăm sóc vết thương sau mổ 293
67. Chăm sóc ống dẫn lưu 294
68. Sốt sau mổ lấy thai 295
69. Bí tiểu sau sinh mổ 297
70. Tiểu tồn lưu sau sanh, sau mổ 298
71. Tắc ruột sau mổ 305
72. Viêm phúc mạc sau phẫu thuật sản phụ khoa 307
73. Nhiễm khuẩn hậu sản 315

CHƯƠNG 3: UNG THƯ PHỤ KHOA

74. Bệnh nguyên bào nuôi 326
75. Ung thư buồng trứng 343
76. Ung thư nội mạc tử cung 366

CHƯƠNG 4: GÂY MÊ HỒI SỨC

77. Chẩn đoán và xử trí phản vệ 380
78. Gây tê tủy sống trong mổ lấy thai 391
79. Gây mê nội khí quản trong mổ lấy thai 394
80. Phương pháp vô cảm đối với sản phụ bị bệnh hẹp van hai lá 399

81. Gây tê ngoài màng cứng giảm đau trong chuyển dạ 402
82. Gây tê tủy sống trong phẫu thuật cắt tử cung ngả âm đạo 406
83. Giảm đau trong chuyển dạ bằng phương pháp gây tê tủy sống - ngoài màng cứng kết hợp 409
84. Kiểm soát đau sau phẫu thuật - thủ thuật 413

CHƯƠNG 5: HIẾM MUỘN

85. Khám và điều trị một cặp vợ chồng vô sinh 422
86. Các phác đồ kích thích buồng trứng 426
87. Hội chứng quá kích buồng trứng 431
88. Giảm thai 435
89. Hướng dẫn thực hành lâm sàng bổ sung LH trong kích thích buồng trứng thụ tinh trong ống nghiệm 437

CHƯƠNG 6: KẾ HOẠCH GIA ĐÌNH

90. Tư vấn về phá thai 446
91. Phá thai bằng thuốc đến hết 12 tuần 450
92. Phá thai bằng thuốc từ tuần 13 đến hết 22 tuần 454
93. Phá thai đến hết 12 tuần bằng phương pháp hút chân không 458
94. Phá thai từ tuần thứ 13 đến hết tuần thứ 18 bằng phương pháp nong và gắp 462
95. Sơ đồ chấm dứt thai kỳ thai từ 13 - 18 tuần bằng phương pháp nong gắp 466
96. Sơ đồ chấm dứt thai kỳ tuổi thai từ 13 - 22 tuần 467
97. Sơ đồ chấm dứt thai kỳ tuổi thai từ 23 - 27 tuần 468
98. Xử trí thai lưu đến hết 12 tuần 469
99. Xử trí sẩy thai đang tiến triển 472
100. Xử trí sót nhau / sót thai 474
101. Xử trí băng huyết trong và sau khi hút thai 476
102. Xử trí thủng tử cung trong khi hút thai hoặc nạo sinh thiết 480
103. Đặt và tháo dụng cụ tử cung 482
104. Thuốc cấy tránh thai 485
105. Thuốc tiêm tránh thai DMPA 490
106. Triệt sản nam bằng phương pháp thắt và cắt ống dẫn tinh 492

TIẾNG VIỆT

Chữ viết tắt	Diễn giải
AĐ	Âm đạo
BHSS	Băng huyết sau sinh
BN	Bệnh nhân
BPTT	Biện pháp tránh thai
BT	Buồng trứng
BTC	Buồng tử cung
BV	Bệnh viện
BVP	Bách phân vị
BCTC	Bề cao tử cung
BS	Bác sĩ
BLQĐTD	Bệnh lây qua đường tình dục
CD	Chuyển dạ
CDTK	Chấm dứt thai kỳ
CLS	Cận lâm sàng
CTC	Cổ tử cung
CTM	Công thức máu
CĐ	Chỉ định
DCTC	Dụng cụ tử cung
DTBS	Dị tật bẩm sinh
ĐK	Điều kiện
ĐT	Điều trị
ĐMDG	Độ mờ da gáy
ĐMTB	Đông máu toàn bộ
ĐKNB	Đường kính ngang bụng
BCĐNTT	Bạch cầu đa nhân trung tính
ĐTĐ	Đái tháo đường
ĐH	Đường huyết
GPB	Giải phẫu bệnh
HA	Huyết áp
HC	Hội chứng
ICM	Liên đoàn NHS quốc tế
KHGĐ	Kế hoạch gia đình
KQ	Kết quả
KS	Kháng sinh
LS	Lâm sàng

Chữ viết tắt	Diễn giải
MK	Mãn kinh
MLT	Mổ lấy thai
NBN	Nhau bong non
NC	Nguy cơ
NMTC	Nội mạc tử cung
NST	Nhiễm sắc thể
NXTC	Nhân xơ tử cung
PTBT	Phá thai bằng thuốc
PT	Phẫu thuật
PTV	Phậu thuật viên
QHTD	Quan hệ tình dục
RLKN	Rối loạn kinh nguyệt
SÂ	Siêu âm
SG	Sản giật
SP	Sản phụ
SSD	Sa sinh dục
STGN	Sinh thiết gai nhau
Sa SD	Sa sinh dục
TB	Tiêm bắp
TC	Tử cung
TCN	Tam cá nguyệt
TD	Theo dõi
THA	Tăng huyết áp
TM	Tĩnh mạch
TNTC	Thai ngoài tử cung
TSG	Tiền sản giật
TPTTBM	Tổng phân tích tế bào máu
TS NMTC	Tăng sản nội mạc tử cung
TSM	Tầng sinh môn
UBT	U buồng trứng
UNBT	U nang buồng trứng
XN	Xét nghiệm
XT	Xử trí
XHTCBT	Xuất huyết tử cung bất thường
RLTMK	Rối loạn tiền mãn kinh

CHỮ VIẾT TẮT

TIẾNG ANH

Chữ viết tắt	Diễn giải
AC	*Abdominal circumference (Chu vi vòng bụng)*
ACOG	*American College of Obstetricians and Gynecologists (Hiệp hội sản phụ khoa Hoa Kỳ)*
AFI	*Amniotic fluid index (Chỉ số ối)*
APS	*Anti-phospholipid syndrome (Hội chứng kháng phospholipid)*
BMI	*Body mass index (Chỉ số khối cơ thể)*
CDC	*Centers for Disease Control and Prevention (Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ)*
CRP	*C-reactive protein*
CTG	*Cardiotocography (Biểu đồ tim thai cơn gò TC)*
DIC	*Disseminated intravascular coagulation (Đông máu nội mạch lan tỏa)*
EFW	*Estimated fetal weight (Trọng lượng thai ước tính)*
fFN	*Fetal fibronectin*
FIGO	*International Federation of Gynecology and Obstetrics (Hiệp hội SPK quốc tế)*
FNA	*Fine-needle aspiration (Chọc hút bằng kim nhỏ)*
HSG	*Hysterosalpingogram (Chụp cản quang tử cung vòi trứng)*
IUGR	*Intrauterine growth restriction (Thai chậm tăng trưởng trong TC)*
MRI	*Magnetic Resonance Imaging (Chụp cộng hưởng từ)*
MTX	*Methotrexate*
N_ST	*Non stress test*
PID	*Pelvic Inflammatory Disease (Viêm vùng chậu)*
RCOG	*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (Hiệp hội sản phụ khoa Anh)*
TORCH	*Toxoplasmosis, Other (syphilis), Rubella, Cytomegalovirus (CMV), HSV*
VS	*Velocity sedimentation (Tốc độ lắng máu)*
WHO	*World health organization (Tổ chức y tế thế giới)*

Chương 1

SẢN KHOA

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): 1 tháng 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.

Chú ý

- Lịch khám thai sẽ thay đổi khi có dấu hiệu bất thường (đau bụng, ra nước, ra huyết...).
- 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 mg – 1500 mg/ngày

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

1.1. 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. (I – A)
  + 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. (III – B)
  + Thai 12 – 14 tuần, CRL và 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. (II – 1A)
  + 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, HC, AC và FL) để xác định tuổi thai. (II – 1A)

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

1.2. Các việc phải làm

- Hỏi bệnh
  - Tiền sử bản thân
    + Sản - phụ khoa, PARA.
    + Nội - ngoại khoa.
  - Tiền sử gia đình.
  - Về lần mang thai này.
- Khám tổng quát: cân nặng – mạch, huyết áp – tim phổi.
- Khám sản phụ khoa: khám âm đạo, đặt mỏ vịt khám âm đạo lần khám đầu tiên, đo bề cao tử cung...
- 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, ...).
- 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 thử thêm: CMV, Toxoplasma.

- Nước tiểu: 10 thông số.
- 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 lưu...
- 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.

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

2.1. Các việc cần làm

- Theo dõi sự phát triển của thai: đo bề cao tử cung, nghe tim thai.
- Phát hiện những bất thường của thai kỳ: đa ối, đa thai, nhau tiền đạo, tiền sản giật...
- 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.

- Phát hiện các bất thường của mẹ
  - Hở eo tử cung: dựa vào tiền căn, lâm sàng và siêu âm.
  - Tiền sản giật: HA cao, Protein niệu.
  - Dọa sẩy thai to hoặc dọa sinh non.
- Hướng dẫn về dinh dưỡng, vệ sinh, sinh hoạt, tái khám và chích ngừa uốn ván rốn.
- Hướng dẫn các sản phụ tham dự lớp "Chăm sóc sức khỏe bà mẹ".

2.2. 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, ...).

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

3.1. Các việc cần làm

1. 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.
- Khung chậu.
- Tiên lượng sinh thường hay sinh khó.

2. 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.

3. Tư vấn thai phụ phù hợp với tình trạng thai.

4. Phân loại thai kỳ nguy cơ cao.

3.2. Cận lâm sàng

1. Tổng phân tích nước tiểu (mỗi lần khám).

2. 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 lập lại mỗi 4 tuần.
- Siêu âm màu (thai ≥ 28 tuần) khi:
  - Nghi ngờ thai chậm tăng trưởng trong tử cung (mẹ tăng cân chậm, BCTC 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.

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

3. Non - stress test: thực hiện khi có chỉ định.

4. Xét nghiệm tầm soát liên cầu khuẩn nhóm B (GBS - Group B streptococcus): đối với thai từ 35 – 37 tuần.

5. Quang kích chậu: khi khám lâm sàng khung chậu nghi ngờ có hẹp, giới hạn, méo..

6. MRI chỉ định khi: 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

1. Sau mỗi lần khám đều phải có chẩn đoán rõ ràng

2. Có thể siêu âm nhiều lần hơn nếu cần

3. Những XN chuyên biệt được chỉ định theo y lệnh bác sĩ: bệnh tim, bệnh thận, tuyến giáp...

4. Khâu vòng cổ tử cung dự phòng: từ 13 – 20 tuần.

5. Hội chẩn viện đối với những trường hợp có U buồng trứng kèm theo khi thai ≥ 15 tuần.

6. Thời điểm nhập viện trong trường hợp thai quá ngày dự sinh:

- Nếu sức khỏe mẹ và thai ổn định: nhập viện khi thai ≥ 41 tuần
- Thai từ 40 tuần 1 ngày → 40 tuần 6 ngày: khám ngoại trú.
  - Tái khám và NST mỗi 3 ngày.
  - Hướng dẫn sản phụ các dấu hiệu cần nhập viện ngay.

- 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.
  Hơn 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 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). • Tiểu đường týp 2.

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 → 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.
  - Phản ứng chéo với B19, 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 XN 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

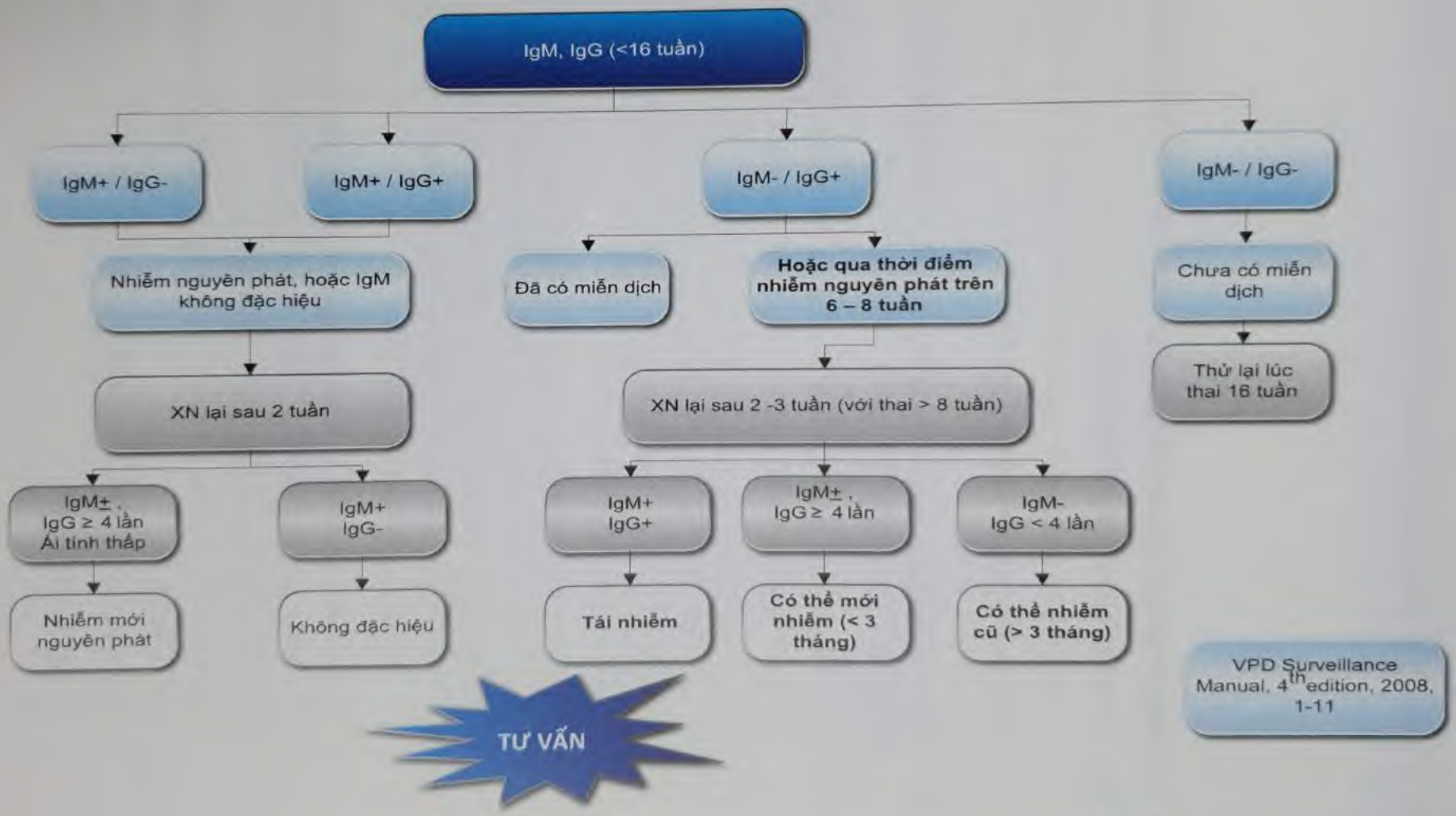
- Chẩn đoán nhiễm Rubella nguyên phát.

- 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 CDTK
  - Có biên bản hội chẩn khoa.
  - Tư vấn nguy cơ của thủ thuật CDTK.
  - 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. *Wandinger K.P. et al. J Virol Methods 174 (2011) 85–93.*
2. *VPD Surveillance Manual, 4th edition, 2008, 1 – 11.*

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



VPD Surveillance Manual, 4th edition, 2008, 1-11

3 THAI KỲ VỚI MẸ RHESUS ÂM

Một thai kỳ với mẹ Rhesus âm cần chuẩn bị dự phòng cho

- Bệnh lý tán huyết ở thai kỳ sau.
- Tình trạng 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: 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 tha 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 Dưỡng nhi 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 Rhesus âm mang thai lần đầu thuộc đối tượng tiêm anti-D (Cha bé Rhesus dương hoặc thai phụ không có kháng thể anti-D)

- Trước tuần lễ 28 thai kỳ không xử trí gì khác ngoài việc khám thai theo quy trình.
- Tuần 28 thai kỳ: tiêm một liều Anti-D Ig.
- 34 tuần nhắc lại.

- Trong vòng 72 giờ sau sinh 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 (200mcg) hoặc 1250 UI (250mcg) Anti-D mỗi lần tiêm, hoặc tiêm 1 liều duy nhất anti-D Ig 300 mg lúc thai 28 - 34 tuần.

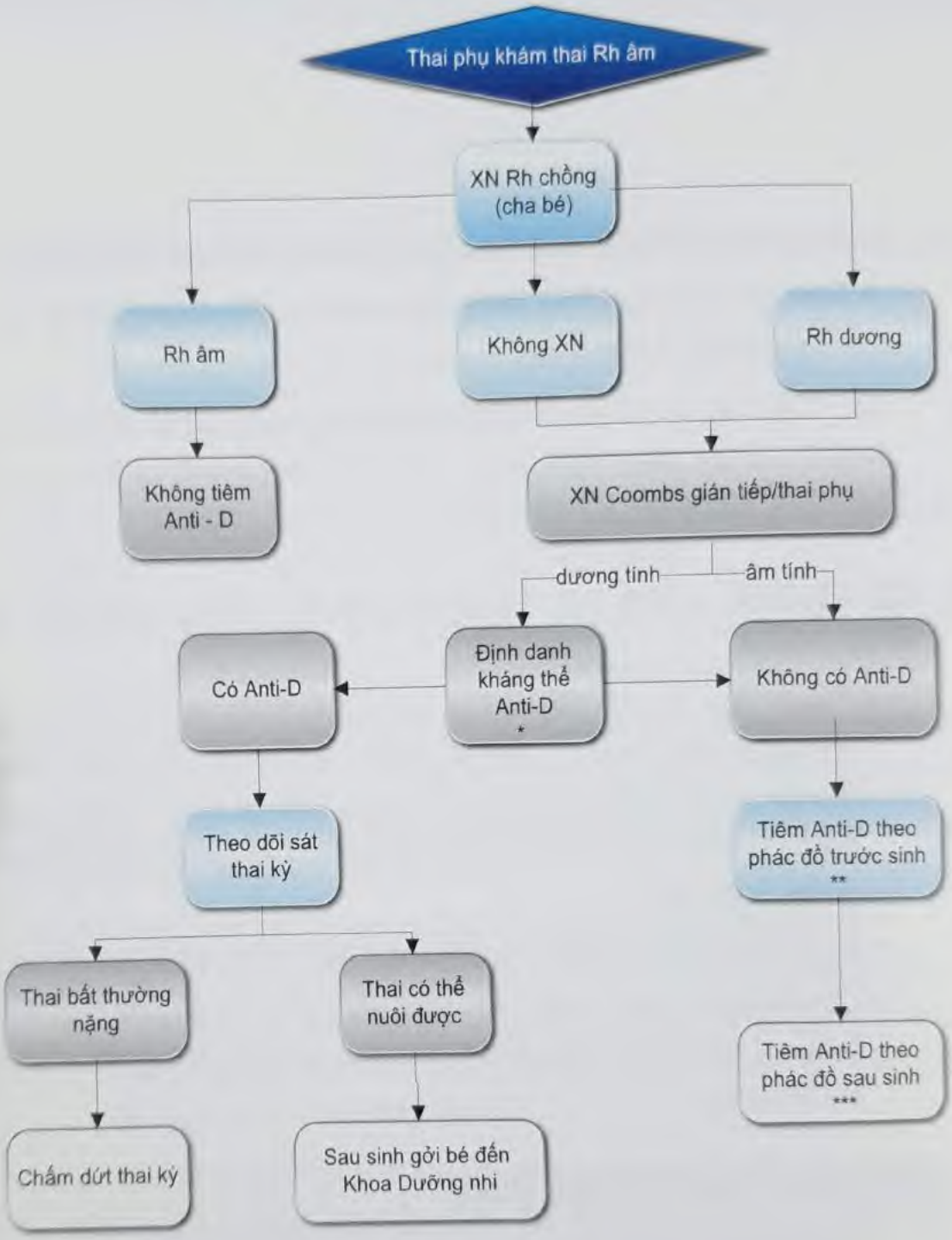
II. DỰ PHÒNG CHO MẸ TRONG CUỘC SINH, CHUẨN BỊ MÁU HIẾM

- 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 Rhesus dương cho người Rhesus âm) sẽ gây nguy hiểm. Vì vậy việc chuẩn bị máu cùng nhóm và cùng yếu tố Rhesus 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 gởi Khoa Dưỡng nhi để theo dõi tình trạng thiếu máu tán huyết.

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ THAI PHỤ RHESUS ÂM



***XN định danh kháng thể anti – D:** thực hiện lúc thai 20 – 28 tuần.

**** 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 nào 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, CVS, 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 vào.
  - Tuần 28 - 34 thai kỳ.
  - Ngay sau sinh (càng sớm càng tốt, nên trước 72 giờ) đối với bé có Rhesus 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 kể trên (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.

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 xét nghiệm nhóm máu ABO và Rhesus. Nếu Rhesus bé dương cần tiêm ngay cho mẹ một liều anti –D. Nếu Rhesus bé âm, không cần tiêm.
- Nên làm xét nghiệm 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. *Joint Working Group of the British Blood Transfusion Society and the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.Recommendations for the use of Anti-d immunoglobulin for Rh Prophylaxis.Transfusion Medicine, 1999, 9: 93-97.*
2. *NICE issues guidance for RhD-negative women during pregnancy. NICE 2002/ 024. Issued:10th May 2002*
3. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 1999.Use of Anti-d mmunoglobulin for Rh prophylaxis.*
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.*

CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH 04

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện sớm những thai kỳ bị 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 βhCG] 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.
- 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 βhCG 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, nhau tiền đạo, nhau cài răng lược, ...

KHẢO SÁT RỐI LOẠN NHIỄM SẮC THỂ VÀ BỆNH LÝ DI TRUYỀN PHÂN TỬ THAI NHI

I. SÀNG LỌC QUÝ I

(Áp dụng cho tất cả thai phụ đến khám thai ở tuổi thai sớm trong 3 tháng đầu thai kỳ)

- Kết quả xét nghiệm phối hợp theo FMF (ĐMDG + PAPP-A và βhCG) ≥1/250.
- Nếu kết quả sàng lọc quý 1 thấp (<1/250) nhưng siêu âm hình thái học quý hai 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: Tỉ số nguy cơ (LR) của dấu chứng đơn độc trên siêu âm

Dấu chứng siêu âm	Tỉ 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

Bảng 2: Tỉ 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 muộn hơn 14- 21 tuần)

- Nguy cơ hội chứng Down kết hợp tuổi 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 tỉ 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.

III. SẢN PHỤ KHÁM THAI SAU 21 TUẦN

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

Tuổi	35	36	37	38	39	40	41	42
Nguy cơ	1/302	1/238	1/185	1/142	1/108	1/82	1/62	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 NST.
- Tiền sử sinh con bị Thalassemia thể nặng.
- XN huyết đồ 2 vợ chồng nghi ngờ Thalassemia.
- Theo yêu cầu của thai phụ và gia đình.

06 CHỈ ĐỊNH CHẤM DỨT THAI KỲ NHỮNG THAI DTBS 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 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 Viện Tim); thiểu sản tim trái.

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 tồn.

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 (Patau).
- Trisomy 18 (Edwards).
- Trisomy 21 (Down).
- HC Turner (monosomy X).
- Thai nhi bị Thalassemia hoặc Thalassemia đồng hợp tử được chẩn đoán qua XN dịch ối.

II. CHỈ ĐỊNH TƯƠNG ĐỐI

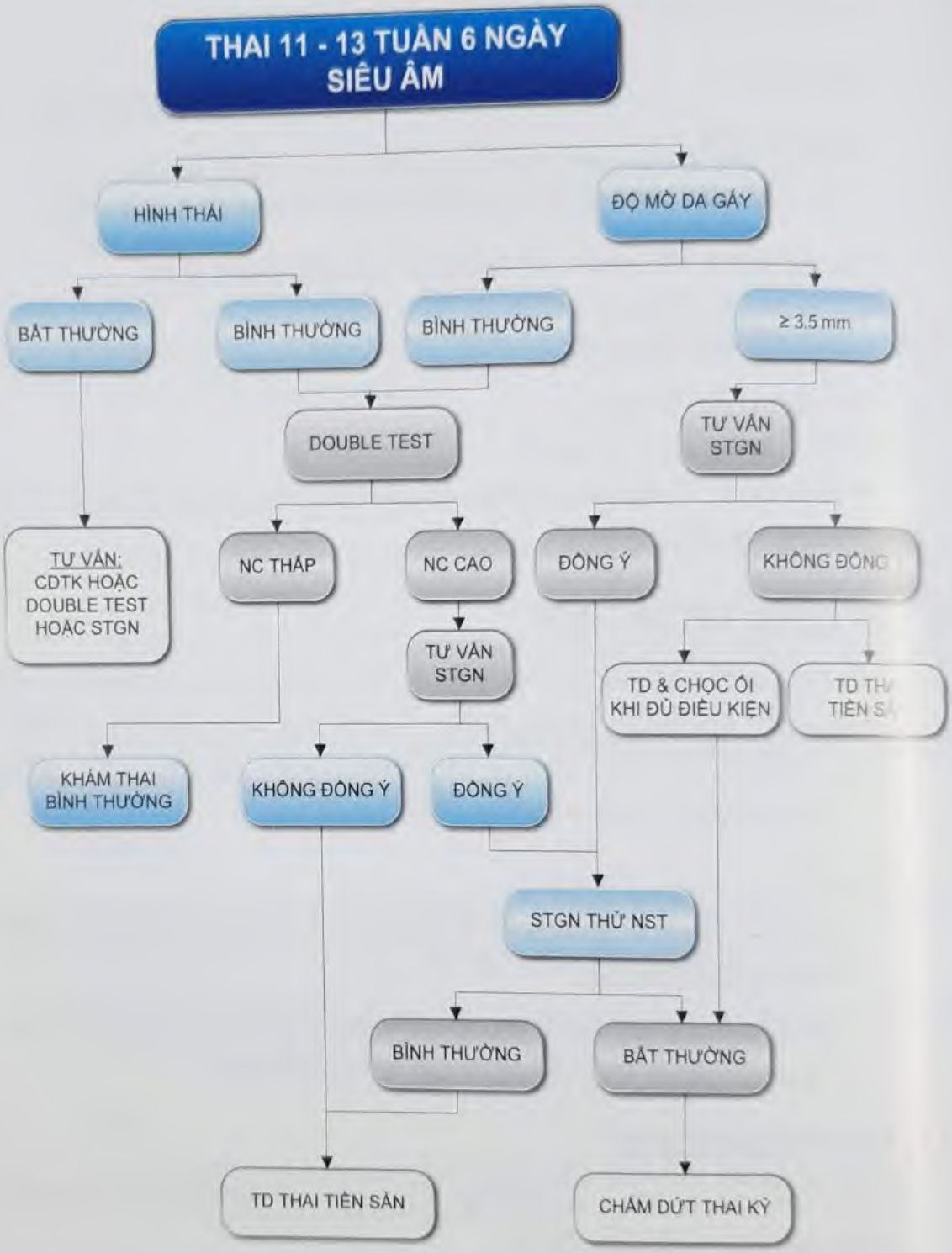
Những dị tật như: sứt môi chẻ vòm, chi ngắn, thoát vị hoành, song thai dính, hở thành bụng chiếm 1/2 thành bụng trước... không gây chết người hoặc không ảnh hưởng nặng nề đến cuộc sống sau này nhưng vì yêu cầu tha thiết của gia đình.

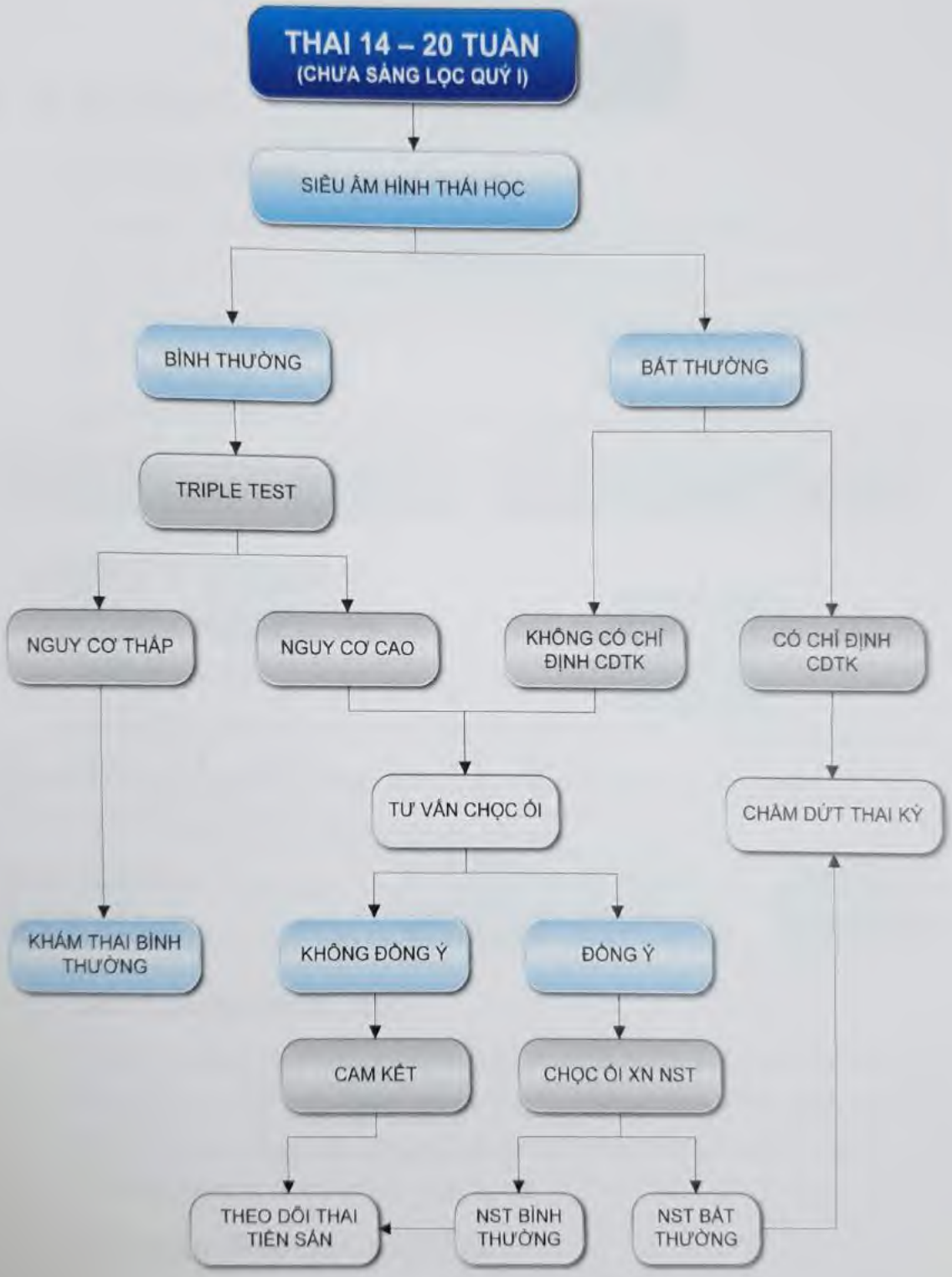
Quy ước

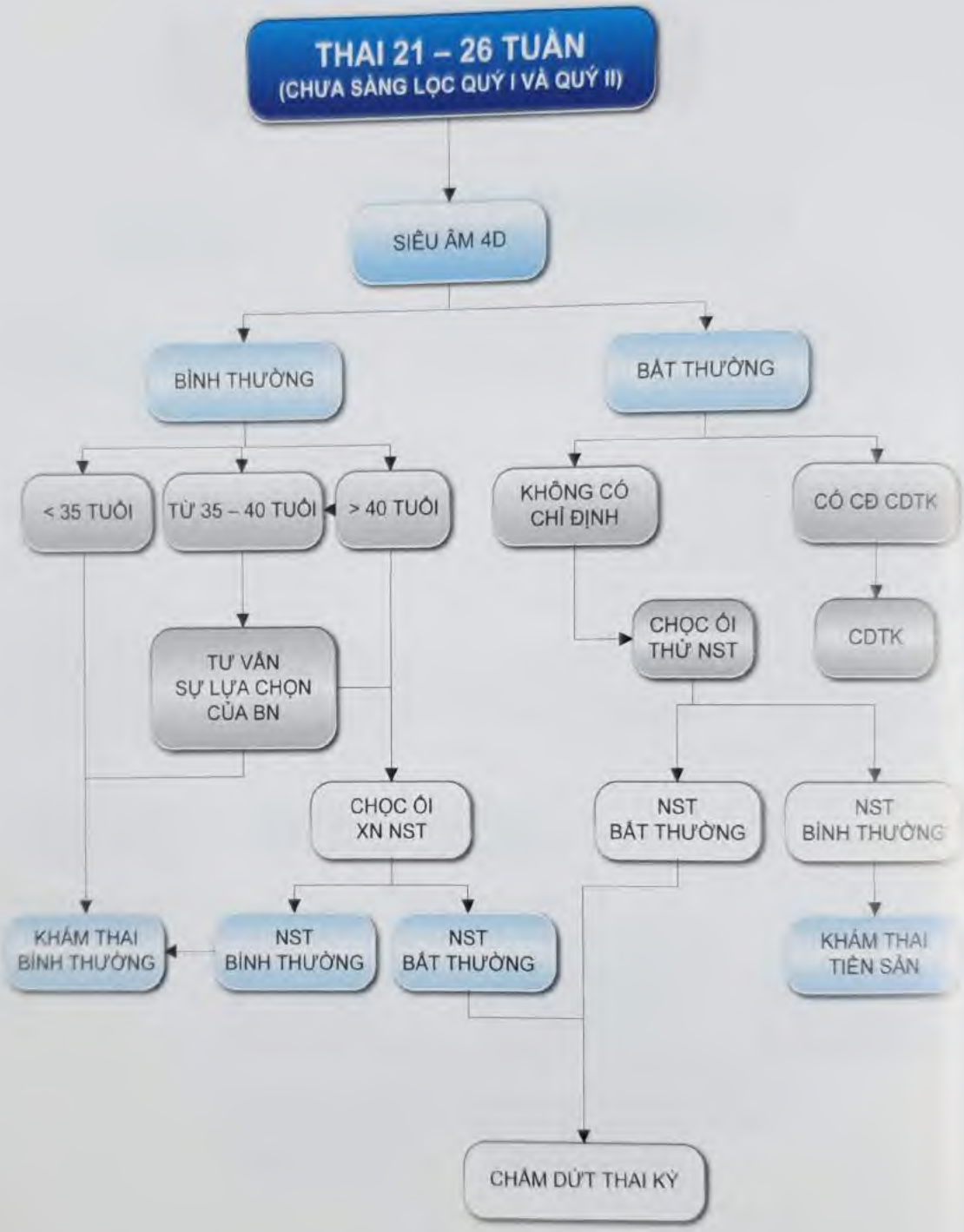
- Nếu có 1 trong 2 yếu tố bất thường sẽ tư vấn theo hướng xử trí tiếp theo của bất thường.
- Thai phụ hoặc thai kỳ có yếu tố bất thường sẽ theo dõi thai tại Khoa Chăm sóc trước sinh để đánh giá kết cục thai kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *JOGC Clinical practice guidelines. Canadian guidelines for prenatal diagnosis. No. 105, July 2001.*
2. *SOGC Clinical practice guidelines. Amended Canadian Guideline for prenatal diagnosis (2005) Change to 2005. Techniques for prenatal diagnosis.*
3. *Guideline prenatal screening for Down syndrome, Trisomy 18 and open neural tube defects, January 2010.*


THAI 11 - 13 TUẦN 6 NGÀY
SIÊU ÂM
HÌNH THÁI
ĐỘ MỜ DA GÁY
BẤT THƯỜNG
BÌNH THƯỜNG
BÌNH THƯỜNG
≥ 3.5 mm
DOUBLE TEST
TƯ VẤN STGN
TƯ VẤN:
CDTK HOẶC
DOUBLE TEST
HOẶC STGN
NC THẤP
NC CAO
ĐỒNG Ý
KHÔNG ĐỒNG
TƯ VẤN STGN
TD & CHỌC ỐI
KHI ĐỦ ĐIỀU KIỆN
KHÁM THAI
BÌNH THƯỜNG
KHÔNG ĐỒNG Ý
ĐỒNG Ý
STGN THỬ NST
BÌNH THƯỜNG
BẤT THƯỜNG
TD THAI TIỀN SẢN
CHẤM DỨT THAI KỲ


THAI 14 – 20 TUẦN
(CHƯA SÀNG LỌC QUÝ I)
SIÊU ÂM HÌNH THÁI HỌC
BÌNH THƯỜNG
BẤT THƯỜNG
TRIPLE TEST
NGUY CƠ THẤP
NGUY CƠ CAO
KHÔNG CÓ CHỈ ĐỊNH CDTK
CÓ CHỈ ĐỊNH CDTK
TƯ VẤN CHỌC ỐI
CHẤM DỨT THAI KỲ
KHÁM THAI BÌNH THƯỜNG
KHÔNG ĐỒNG Ý
ĐỒNG Ý
CAM KẾT
CHỌC ỐI XN NST
THEO DÕI THAI TIỀN SẢN
NST BÌNH THƯỜNG
NST BẤT THƯỜNG


THAI 21 – 26 TUẦN
(CHƯA SÀNG LỌC QUÝ I VÀ QUÝ II)
SIÊU ÂM 4D
BÌNH THƯỜNG
BẤT THƯỜNG
< 35 TUỔI
TỪ 35 – 40 TUỔI
> 40 TUỔI
KHÔNG CÓ CHỈ ĐỊNH
CÓ CĐ CDTK
CHỌC ỐI THỬ NST
CDTK
TƯ VẤN SỰ LỰA CHỌN CỦA BN
CHỌC ỐI XN NST
NST BẤT THƯỜNG
NST BÌNH THƯỜNG
KHÁM THAI BÌNH THƯỜNG
NST BÌNH THƯỜNG
NST BẤT THƯỜNG
KHÁM THAI TIỀN SẢN
CHẤM DỨT THAI KỲ

TẮC MẠCH ỐI 07

I. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Tắc mạch ối là một biến chứng sản khoa rất nguy hiểm, tỷ lệ tử vong cao, chiếm tỷ 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.

1.2. Yếu tố nguy cơ

- Sản phụ trên 35 tuổi.
- Con rạ nguy cơ cao hơn con so.
- Mổ lấy thai, đẻ 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 co cường tính, chuyển dạ được giục sinh.

1.3. Cơ chế bệnh sinh

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.

1.4. Thời điểm tắc mạch ối

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. CHẨN ĐOÁN

2.1. 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.

2.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán

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)

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.

2.3. Cận lâm sàng

Các xét nghiệm phục vụ chẩn đoán:

- Công thức máu; đông máu toàn bộ, xét nghiệm khí trong máu.
- 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.

2.4. 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.

2.5. 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.

III. XỬ TRÍ

3.1. Nguyên tắc xử trí

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

3.2. 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,...

3.3. Về mặt sản khoa

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

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

IV. 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.

V. DỰ PHÒNG

Chưa có biện pháp dự phòng do người ta vẫn không hiểu tại sao nước ối vào 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 ở một tỷ lệ rất nhỏ phụ nữ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Uptodate (2013)*
2. *The American College of obstetricians and gynecologists (2013)*
3. *Hướng dẫn quốc gia (2009).*

I. MỞ ĐẦU

- Vỡ tử cung là một trong năm tai biến sản khoa, có thể gây tử vong cho thai nhi và sản phụ.
- Vỡ tử cung có thể xảy ra trong thời kỳ mang thai, nhưng thường gặp nhất trong chuyển dạ.
- Vỡ tử cung có triệu chứng điển hình là do sự vỡ tất cả các lớp của tử cung 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.

- Triệu chứng cơ năng
  - Đột ngột đau nhói vùng tử cung, nhất là chỗ mổ cũ, có thể ra huyết âm đạo.
  - Có thể có triệu chứng của choáng.
- Dấu hiệu 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 VMC khi sờ nắn.
    + Gõ đục vùng thấp hoặc gõ đục toàn ổ bụng.
  - Tim 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.

- 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 tử cung trong chuyển dạ

a. Dọa vỡ tử cung trong thời kỳ chuyển dạ

Chỉ xảy ra trên TC không có sẹo mổ cũ.

- Triệu chứng cơ năng
  - Thai phụ đau bụng nhiều.
  - Cơn co tử cung dồn dập, mạnh.
- Dấu hiệu thực thể
  - Vòng Bandl lên cao (cao ngang rốn và trên rốn là sắp vỡ TC), tử cung có hình quả bầu.
  - Dấu hiệu Frommel: hai dây chằng tròn bị kéo dài, căng lên [illegible] ư hai sợi dây đàn.
  - Tim thai có thể bình thường, không đều hoặc suy.
  - Khám âm đạo thấy đầu cao chưa lọt, các dấu hiệu bất xứng [illegible] u chậu; có thể phát hiện các nguyên nhân: khung chậu hẹp, [illegible] ôi bất thường.

b. Vỡ tử cung

- Triệu chứng cơ năng
  - Sản phụ có dấu dọa vỡ, đột ngột đau nhói sau đó bớt đau nh[illegible] g tổng trạng xấu dần.
  - Choáng: da xanh, niêm nhạt, mạch nhanh nhẹ khó bắt, tụt h[illegible] t áp, tay chân lạnh.
  - Xuất huyết âm đạo.
  - Nước tiểu có thể có màu đỏ.
- 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.
- Tim 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, tầm soát tử cung phát hiện vết vỡ ở đoạn dưới TC, vết rách CTC lên tới đoạn dưới TC, sẹo mổ cũ không còn nguyên vẹn liên tục, bị mỏng hoặc đã rách vỡ rộng.

III. XỬ TRÍ

- Dọa vỡ TC
  - Lập đường truyền TM với NaCl 9 ‰ hoặc Ringer Lactat.
  - Thông tiểu.
  - Mổ lấy thai cấp cứu.
- Vỡ tử cung
  - Hồi sức tích cực.
  - Mổ cấp cứu.
  - Xử lý tử cung
    + Bảo tồn TC nếu tổng trạng cho phép, < 40 tuổi, < 2 con, nứt hoặc vết vỡ đơn giản, chưa có dấu nhiễm trùng.
    + Cắt tử cung 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 – sau phẫu thuật.
  - Kháng sinh phổ rộng, liều cao trước và sau mổ.
  - Nếu bảo tồn tử cung
    + Phải cắt lọc trước khi khâu bảo tồn vết rách do sẹo mổ cũ.
    + Cố gắng phủ được phúc mạc tử cung.
    + Cần triệt sản nếu bệnh nhân đủ con.
  - Cẩn thận không làm tổn thương niệu quản hai 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 vết mổ cũ
  - 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 tử cung ngay sau mổ nên ngừa thai ít nhất 1 năm.
- 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.

BĂNG HUYẾT SAU SINH 09

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 Haematocrit giảm > 10% so với trước sinh.

Phân loại: nguyên phát (< 24 giờ đầu) và thứ phát (sau 24 giờ đến 12 tuần – WHO).

II. 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.

Nguyên nhân

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

III. 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.

- 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 tử cung và dùng thuốc co hồi TC
  - Oxytocin 5 UI 4 ống pha 500 ml dịch tinh thể, tối đa 80 UI.
  - Methyl-ergometrin (maleate) 0,2 mg 1 ống TB hay tiêm vào cơ tử cung (không bao giờ tiêm tĩnh mạch), tối đa 5 liều, không sử dụng: tiền căn cao huyết áp, hội chứng Raynaud.
  - Carbetocin 100 mcg 1 ống 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 cao huyết áp hay hen suyễn. Theo dõi nhiệt độ sản phụ vì có thể sốt ≥ 40°C và lạnh run. Sử dụng phối hợp với thuốc gò tử cung đường tiêm không sử dụng như thuốc gò duy nhất để điều trị BHSS.
  - Prostaglandin F2 alpha (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 băng huyết sau sinh ngả âm đạo hoặc sau mổ lấy thai bất kể nguyên nhân.
  - Liều: Tranexamic acid 1 g, tiêm tĩnh mạch chậm 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.

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

4.1. Đờ tử cung (Tonus)

a. Triệu chứng

- Chảy máu ngay sau khi sổ nhau là triệu chứng phổ biến nhất.
- Tử cung 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 tử cung, thắt động mạch hạ vị, cắt tử cung.
- Kết hợp vừa phẫu thuật vừa hồi sức, truyền máu.

4.2. Chấn thương đường sinh dục (Trauma)

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

a. Triệu chứng

- Tử cung 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.
- 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. Làm tại phòng mổ khi khối máu tụ to, sâu hoặc ở vị trí khó kiểm soát.
- Với vỡ tử cung: xem phác đồ "Vỡ tử cung".

4.3. 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.
  - Tử cung 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: [illegible] gặp, không chảy máu.

b. Xử trí

• Sót nhau, sót màng
- Truyền dịch tĩnh mạch ngay.
- Cho thuốc giảm đau (Morphin 10 mg x 1 ống tiêm [illegible]p hay TDD hay Pethidin 100 mg 1 ống TB) và tiến hành kiểm s[illegible] tử cung.
- Tiêm bắp 5 - 10 đơn vị Oxytocin và/hoặc Meth[illegible]ergometrin (maleate) 0,2 mg.
- Dùng kháng sinh toàn thân.
- Theo dõi mạch, huyết áp, chảy máu và co hồi tử c[illegible]
- Hồi sức truyền máu nếu thiếu máu cấp.

• Nhau không bong
- Nếu chảy máu, tiến hành bóc nhau và kiểm soát t[illegible]ung, tiêm bắp Oxytocin 10 đơn vị, xoa đáy tử cung, hồi sức ch[illegible]g choáng, cho kháng sinh.
- Nhau cài răng lược bán phần chảy máu hoặc nhau cài răng lược toàn phần phải cắt tử cung.
- Nếu chảy máu nhiều cần phải hồi sức chống choáng, truyền máu và phẫu thuật.
- Duy trì gò tử cung theo nguyên tắc chung.

4.4. 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.

V. 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.

10 NHAU BONG NON

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

- Triệu chứng cơ năng
  - Đột ngột đau bụng dữ dội.
  - Ra huyết âm đạo đen loãng, không đông.
- Triệu chứng thực thể
  - Tử cung co cứng nhiều. Trương lực cơ tử cung tăng, tử cung cứng như gỗ và tử cung tăng chiều cao.
  - Có thể có thai suy hay mất tim thai.
  - Có thể có choáng.
  - Có thể có hội chứng tiền sản giật.
  - Khám âm đạo: Ra máu âm đạo lượng từ ít tới nhiều, đỏ sẫm loãng, không đông, đoạn dưới căng, cổ tử cung chắc, siết chặt ở lỗ ngoài cổ tử cung, màng ối căng phồng, nước ối có thể có máu.
- 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.
- 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 hội chứng tiền sản giật nặng.
- Tình trạng choáng nặng.
- Ra máu âm đạo sậm đen, loãng không đông.
- Trương lực cơ tử cung tăng, tử cung cứng như gỗ và tử cung tăng chiều cao.
- Cổ tử cung 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

- Nhau bong non thể nặng, ảnh hưởng tổng trạng mẹ: MLT cấp cứu
  - Mổ đường dọc.
  - Thắt động mạch tử cung dự phòng.
  - Nếu xảy ra băng huyết → xem phác đồ băng huyết.
  - Dựa vào tuổi, PARA, tổng trạng mẹ → quyết định cắt tử cung.

- NBN thể nhẹ, tổng trạng mẹ và biểu đồ TT cho phép

Tuổi thai ≥ 34 tuần

- Tiên lượng sinh trong vòng 1 giờ: bấm ối, sinh ngả âm đạo.
- Tiên lượng diễn tiến CD thuận lợi: bấm ối, tăng co (nếu gò không đủ), sinh đường âm đạo.
- Tiên lượng diễn tiến CD không thuận lợi: MLT.

Tuổi thai < 34 tuần

- Hỗ trợ phổi (Betamethasone 12mg x 24 giờ, hiệu quả nhất sau 24 giờ), 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 hỗ trợ phổi, tổng trạng mẹ ổn định, tim thai tốt thì có thể CDTK bằng tăng co phối hợp thuốc mềm CTC để sinh đường âm đạo khi thuận lợi hoặc MLT khi 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.

SA DÂY RỐN 11

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.
- Hay gặp trong ngôi bất thường.

II. XỬ TRÍ CHUNG

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.

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 đường dưới.
  - Đưa tay vào trong âm đạo đẩy ngôi thai lên cao, giảm chèn ép vào dây.
  - Tư vấn cho gia đình SP 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 đường âm đạo nếu không có các nguyên nhân sinh khó khác.

12 SUY THAI: CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ

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, tỉ lệ thuận với bệnh suất của tổn thương não và tử vong ấu sinh, tuy nhiên chẩn đoán thường được xác lập khi đã muộn.
- Các thay đổi trên biểu đồ tim thai (BĐTT) (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 chỉ 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 tỉ lệ thuận với suy thai.

II. NGUYÊN NHÂN

2.1. Nhóm nguyên nhân làm giảm nồng độ O_2 trong máu mẹ

- Bệnh lý hô hấp mãn tính của mẹ: bệnh tim, bệnh lý Hb, ... là nguyên nhân suy thai trường diễn dẫn đến thai chậm tăng trưởng trong tử cung (IUGR), 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 O_2 đến hồ máu

- Nguyên nhân ngoài chuyển dạ: tăng huyết áp (TSG, tăng huyết áp mãn, ...), đái tháo đường biến chứng mạch máu, lupus đỏ.
- Nguyên nhân trong chuyển dạ: chèn ép TM chủ dưới (làm giảm cung lượng tuần hoàn về tim gây hệ quả 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.

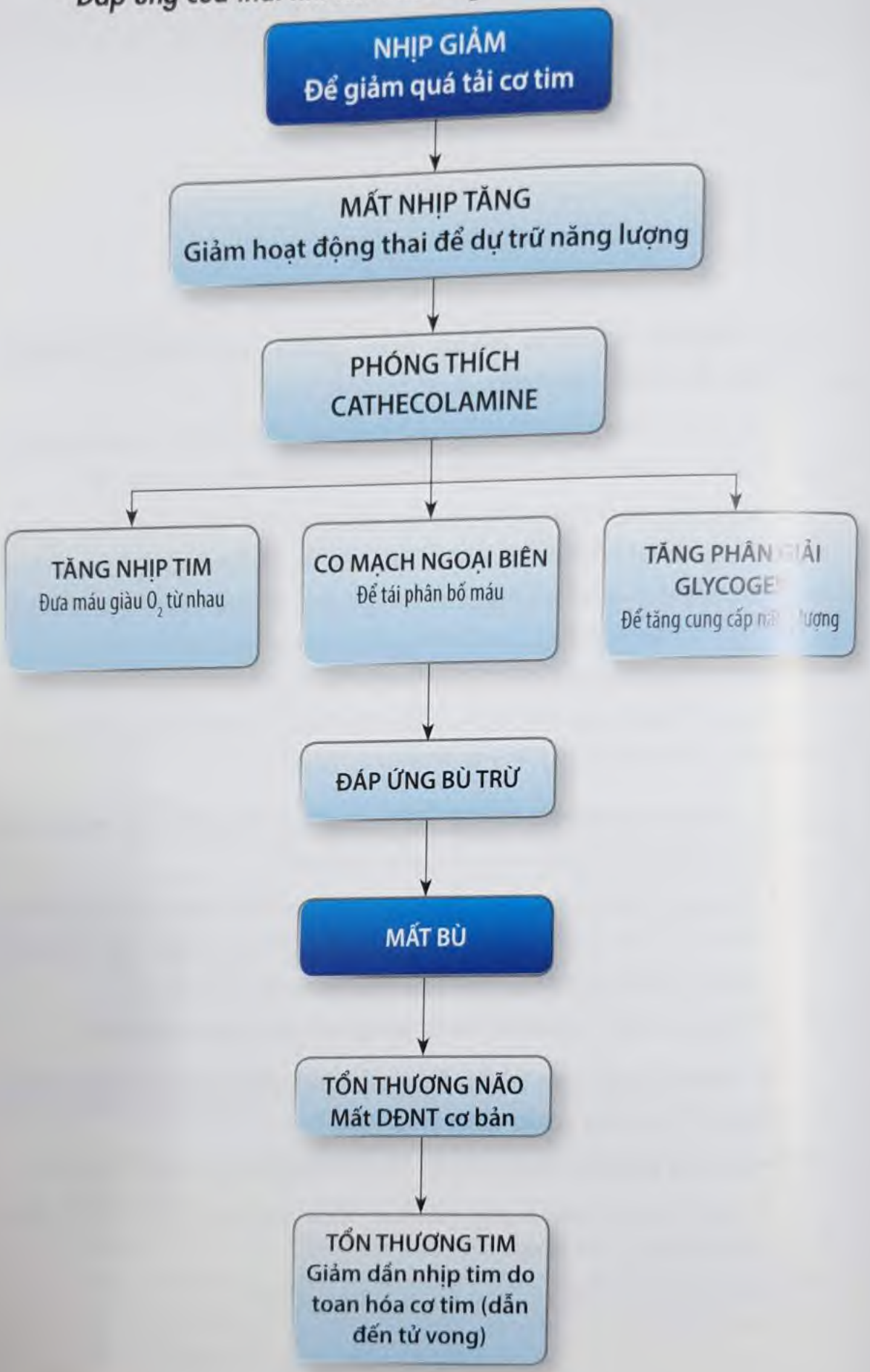
2.3. Nhóm nguyên nhân làm giảm trao đổi khí máu tại hồ máu: có thể diễn ra cấp hoặc mạn tính

- 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, TSG.
- Nguyên nhân cấp tính: nhau bong non, cơn gò cường tính, ...

2.4. Nhóm nguyên nhân làm cản trở việc vận chuyển máu chứa O_2 từ hồ máu đến thai nhi

- Bệnh lý Hb 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.

** Đáp ứng của thai nhi khi thiếu O_2*



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 ở 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 sinh ngả âm đạo được, nhau bám thấp, ...)
- VMC (nguy cơ nứt VMC)
- 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

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	Tính chất
I	Dự báo tình trạng kiềm toan bình thường ở thời điểm khảo sát	- Nhịp cơ bản 110 – 160 lần/phút - Dao động nội tại trung bình (6 - 25) - 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 BĐTT không thuộc I hoặc III, ví dụ: - Nhịp cơ bản chậm, không kèm mất DĐNT - Nhịp cơ bản nhanh - Giảm DĐNT - Mất DĐNT không kèm nhịp giảm lập lại - Nhịp tăng nhiều - Không có nhịp tăng sau kích thích thai - Nhịp giảm bất định lập lại với DĐNT giảm hoặc bình thường - Nhịp giảm kéo dài ≥ 2 phút nhưng ≤ 10 phút - Nhịp giảm muộn lập lại và DĐNT bình thường - Nhịp giảm bất định phục hồi chậm, "shoulders", "overshooot".
III	Dự báo tình trạng kiềm toan bất thường	- Hình sin - Mất DĐNT và 1 trong + Nhịp giảm muộn lập lại + Nhịp giảm bất định lập lại + Tim thai chậm

- Lưu ý quan trọng khi đánh giá CTG
  - Nhịp tim thai cơ bản (phải đặt trong bối cảnh lâm sàng, nhiệt độ, thuốc, huyết áp, bệnh lý mẹ, ...)
  - Dao động nội tại (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 BĐTT 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 BĐTT 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 BĐTT 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 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 cơ bản
    + Nhịp giảm bất định kéo dài > 60 giây và tim thai < 60 nhịp/phút bất kể nhịp 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 HA, thay đổi tư thế, truyền ối, giảm hoặc ngưng thuốc co tử cung, thuốc giảm co)
  - Khi đã xác định là nhóm II, BĐTT phải được đánh giá mỗi 30 phút.
  - Cân nhắc MLT khi có chỉ định đem thai ra nhanh
  - Khi tim thai chuyển qua nhóm I hoặc III: không áp dụng tiếp lưu đồ. Tuy nhiên, khi 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 BĐTT nghi ngờ hay bất thường
  - Nhịp cơ bản, DĐNT, có hay không nhịp tăng và nhịp giảm
  - Tình trạng CTC, 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, HA, 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/VMC.

- Các biện pháp hồi sức thai và hiệu quả
- Tiến triển của BĐTT
- Mức độ khẩn cấp

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

4.1. 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.

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

- Truyền dịch tinh thể đẳng trương (tụt HA do: mất nước, thuốc h áp, tê ngoài màng cứng, ...)
- Nằm nghiêng 1 bên (nếu do chèn ép TM chủ dưới)
- Điều chỉnh rối loạn cơn gò tử cung (ngưng Oxytocin, thuốc giả co, MLT nếu có BXĐC)

4.3. Do giảm trao đổi khí tại hồ máu

- Cần chấm dứt chuyển dạ ngay

4.4. Do bất thường tuần hoàn dây rốn

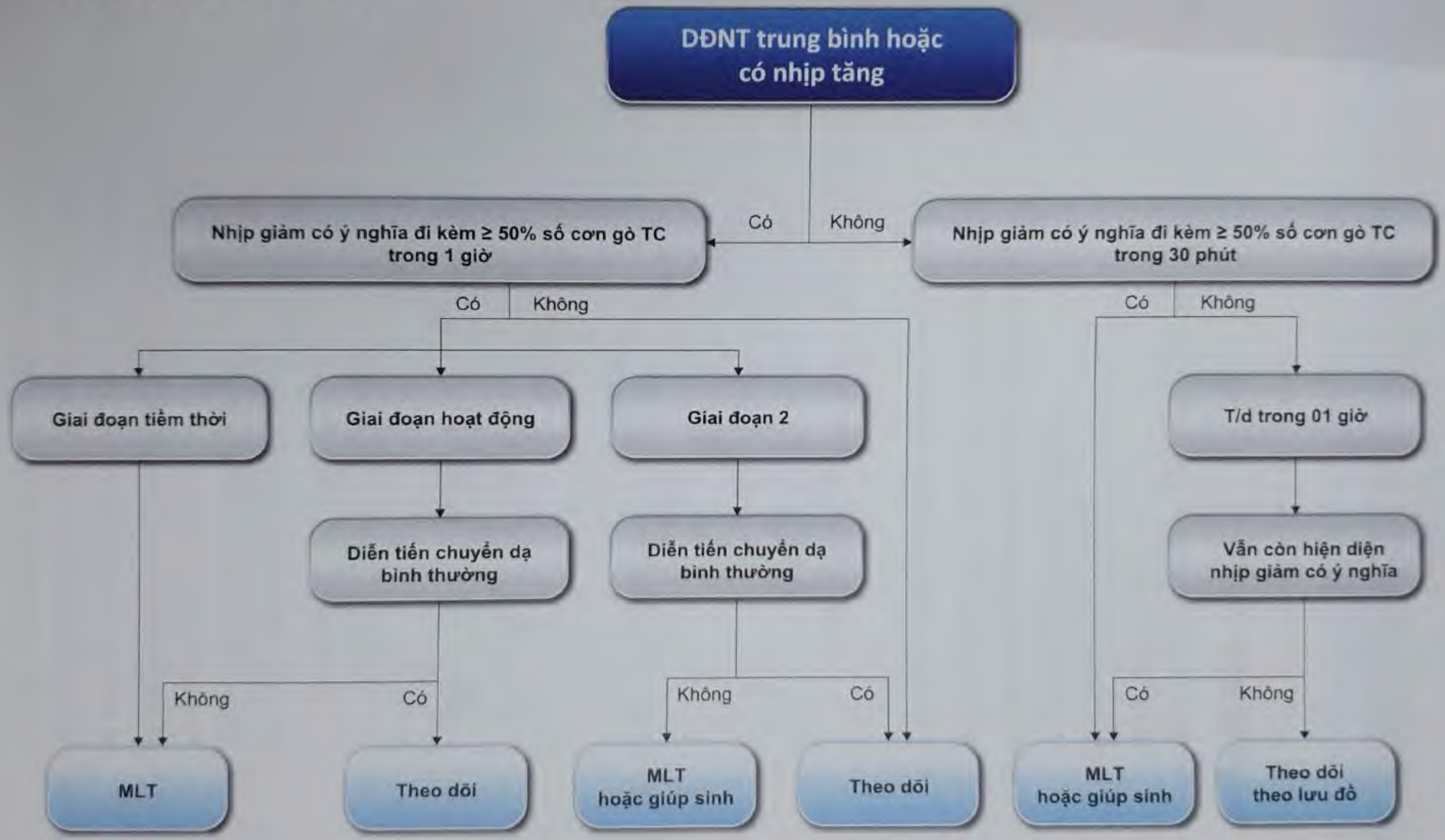
- Xử trí tùy nguyên nhân và mức độ

Lưu ý: BĐTT 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. *Williams Obstetrics 24 Edition, 2014*
2. *ACOG Practice Bulletin - Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring: Nomenclature Interpretation and General Management Principles (July 2009)*
3. *Intrapartum management of category II fetal heart rate tracings: towards standardization of care - Steven L. Clark, MD; Michael P. Nageote, MD (American Journal of Obstetrics & Gynecology - August 2013) www.AJOG.org*

Lưu đồ xử trí CTG nhóm II



13 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%.
- Tỉ lệ ngôi mông chiếm 3-4% thai kỳ đủ tháng.

Ngôi mông đủ

Kiểu Frank

Hoàn toàn

Ngôi mông thiếu

Kiểu 1 chân

Kiểu 2 chân

Kiểu mông

Kiểu

- 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 số: cùng chậu trái ngang, cùng chậu phải ngang.

II. CHẨN ĐOÁN

- 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 ngôi mông con so hoặc khung chậu nghi ngờ hẹp.

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.
- 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 CTC mở trọn, can thiệp đúng lúc, cắt TSM rộng rãi.
- 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.

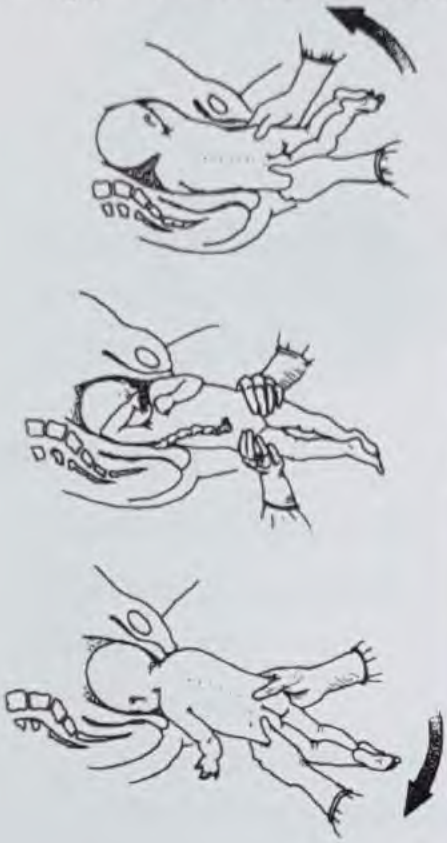
- Sinh ngả âm đạo khi hội đủ các điều kiện sau:
  - Không có dị tật thai gây kẹt (bụng cóc, não úng thủy, ...).
  - Tuổi thai ≥ 36 tuần, ước lượng cân thai từ 2500 - 3200 g.
  - Đầu thai nhi cúi.
  - Ngôi mông đủ hay ngôi mông thiếu kiểu mông.
  - Bác sĩ có kinh nghiệm, kỹ năng đỡ sinh ngôi mông.
- Ba 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: 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.

- Thủ thuật Tsovianov

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

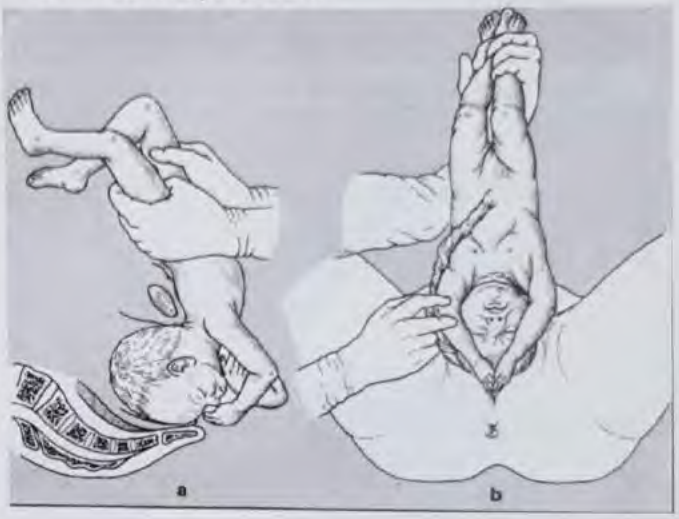
- Giúp sinh vai- tay: vai trình diện mặt phẳng trước sau. Giữ bé ở hông hay xương chậu, tránh giữ ở bụng gây tổn thương thận và thượng thận. Trường hợp vai sau đã đi qua bờ của tiểu

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.

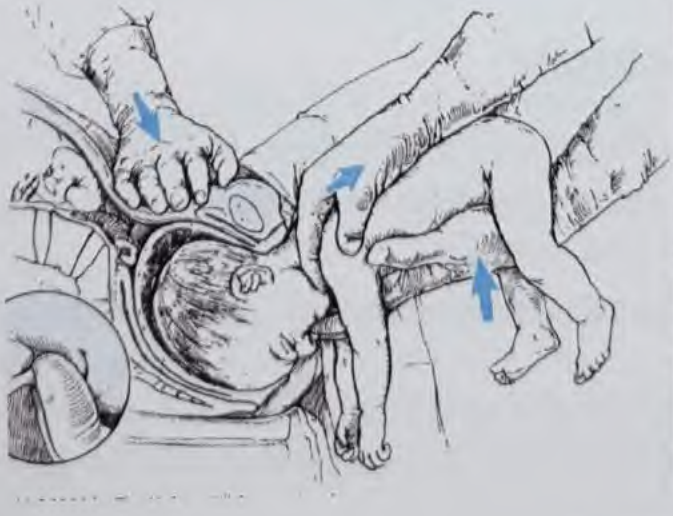


- Giúp sinh đầu hậu:

o *Thủ thuật Bracht*



o *Thủ thuật Mauriceau-Smellie-Veit*



o *Piper's forceps.*

o *Thủ thuật Prague*

- 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. *Ngôi mông – Sách Sản phụ khoa, tập I, ĐHYD TP. HCM.*
2. *Overview of breech presentation and Delivery of the fetus in breech presentation – Uptodate 21.2.*
3. *Breech delivery - Operative obstetrics, Larry C. Gilstrap III.*

NGÔI BẤT THƯỜNG 14

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.

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

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

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.

- Chẩn đoán

  Lâm sàng
  - Ngôi dọc, đầu ở đáy tử cung.
  - Khám âm đạo sờ thấy xương cùng, lỗ hậu môn và hai mông hai 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.
- Xử trí
  - Đẻ 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.
  + 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.

- 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.
- 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.

V. NGÔI PHỨC TẠP

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

- 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.

- 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.

CON TO 15

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Yếu tố dịch tễ: đặc điểm gia đình, giới tính, chủng tộc, hội chứng di truyền.
- Hội chứng 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 hoặc trước mang thai, tăng cân trong thai kỳ nhiều, mẹ béo phì.
  - Mẹ 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 vòng bụng. Theo Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ khuyến cáo khi chỉ số AC > BPV 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 đái tháo đường.
- Trường hợp đa thai: Tình trạng con to hiếm xảy ra ở đa thai. Và ước lượng cân thai trên siêu âm thường cao hơn cân nặng thật sự, đặc biệt là thai < 2500g.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Khám lâm sàng: thành bụng sản phụ, tư thế tử cung, bề cao tử cung, chu vi vòng bụng. 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 sâu 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)
- 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
- Hội chứng chuyển hóa
- Bệnh lý tim mạch

V. XỬ TRÍ

- ULCT > 3500 – 4000g
  - 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 > 4000g
  - Chỉ định 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 ≥ 4000g.
  - 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 đái tháo đường.
- Đối với phụ nữ béo phì, cần giảm cân trước khi có thai.
- Tránh tăng cân quá mức trong thai kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

16 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 đặt tên cho thai và theo dõi diễn tiến chính xác hơn.

  Ví dụ:

  + Song thai hai nhau hai ối, Thai A bên P có dây bám mặt trước. Thai B bên T nhau mặt sau.
  + Song thai một nhau hai ối, Thai A bên P có dây bám màng và thai nhỏ, Thai B bên trên 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 (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).
  - 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 (PSV-MCA: Peak Systolic

Velocity – Middle Cerebral Artery - 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
  + Dopplers cho cả hai thai: 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: Progesteron 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
- 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 ko 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
  + SA 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
  + 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 Oli - 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 ko 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 TM)
  + 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.

Bất cứ thủ thuật can thiệp nào trước nội soi thai đều có thể làm giảm khả thi tỉ 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 tỉ 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 TM
  - 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.

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 PSV-MCA (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: tỉ lệ hồng cầu lưới > 1.7; bánh nhau với các mạch máu thông nối nhỏ (đường kính < 1 mm)
- Phân độ
  - Độ I: PSV-MCA >1.5 MoM và PSV-MCA < 1 MoM
  - Độ II: PSV-MCA >1.7 MoM và PSV-MCA < 0.8 MoM
  - 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 TM
  - 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.
  + 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 (radio frequening 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

Tỉ 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: PSV-MCA > 1.5 MoM)
  - MRI 4 tuần sau thời điểm 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).

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 KPCD 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 3000g
  - Khung chậu bình thường hoặc tương xứng thai
  - Khởi phát chuyển dạ khi ≥ 38 tuần với tách ối, Foley, oxytocin (Bishop ≥ 4 điểm), nếu thất bại chuyển MLT.

  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 CDTK 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 < 1.500g
- Có VMC trên tử cung: MLT, bóc NXTC, xén góc TC
- Tử cung dị dạng
- Chuyển dạ/thai trình ngưng tiến triển
- Chuyển dạ giai đoạn 2 kéo dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Management of Monochorionic Twin Pregnancy, Green top Guideline No.51, November 2016, RCOG*
2. *TAPS and TOPS: Two Distinct Forms of Feto-fetal Transfusion in Monochorionic Twins, Slaghekke F, 2009*
3. *Laser surgery as a management option for twin anemia–polycythemia sequence. Slaghekke, F., Ultrasound Obstet Gynecol, 44: 304–310, 2014*

4. *Diagnosis of twin-to-twin transfusion syndrome, selective fetal growth restriction, twin anaemia-polycythaemia sequence, and twin reversed arterial perfusion sequence, Sueters, Marieke et al. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, Volume 28, Issue 2, 215 - 226, 2016*
5. *Twin Anemia Polycythemia Sequence: Current Views on Pathogenesis, Diagnostic Criteria, Perinatal Management, and Outcome. Lisanne S. A. Tollenaar, et all. Twin Research and Human Genetics Volume 19 Number 3 pp. 222–233, 2016*
6. *ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in twin pregnancy, Ultrasound Obstet Gynecol, 2016; 47: 247 – 263*
7. *A classification system for selective intrauterine growth restriction in monochorionic pregnancies according to umbilical artery Doppler flow in the smaller twin. E.Gratacos, Ultrasound Obstet Gynecol 2007; 30: 28–34*
8. *Active management of selective intrauterine growth restriction with abnormal Doppler in monochorionic diamniotic twin pregnancies diagnosed in the second trimester of pregnancy. G.E.Chalouhi, Prenatal Diagnosis 2013, 33, 109–115.*

TĂNG HUYẾT ÁP THAI KỲ 17

I. ĐẠI CƯƠNG

Tăng huyết áp 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. PHÂN LOẠI (theo ACOG 2014) Gồm 4 nhóm:

2.1. Tiền sản giật – Sản giật

Tiêu chuẩn chẩn đoán TSG	
Huyết áp	• HA tâm thu ≥ 140 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 90 mmHg trong hai lần đo ít nhất cách 4 giờ, ở thai sau 20 tuần tuổi trên phụ nữ có huyết áp bình thường trước đó • HA tâm thu ≥ 160 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 110 mmHg, tăng huyết áp 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 • Tỉ lệ Protein/creatinin ≥ 0,3 (mg/dL mỗi giá trị) • Dipstick 1+ (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 creatinin/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	

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

- Tăng HA 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 hạ áp trước đó).
- Tiểu cầu < 100.000/mm^3
- Suy chức năng gan: men gan tăng gấp đôi bình thường. Đau hạ sườn phải hoặc thượng vị kéo dài không đáp ứng với thuốc và không có chẩn đoán thay thế, hoặc cả hai.
- Suy thận tiến triển (nồng độ creatinin 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 hay 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.

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.

Hội chứng HELLP:

- Xảy ra trước hoặc sau sinh.
- Gồm 2 loại: hội chứng HELLP điển hình và HELLP không điển hình (có một hoặc hai dấu hiệu bất thường của hội chứng HELLP điển hình)
- Lâm sàng: đau vùng thượng vị hoặc hạ sườn phải, nhìn mờ, nhức đầu, vàng da, buồn nôn, nôn.
- CLS: dấu hiệu tán huyết (LDH tăng, Billirubin GT tăng), tăng men gan và giảm tiểu cầu.
- 15 - 20% hội chứng này không có tăng huyết áp, không có protein niệu.

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

2.3. TSG trên nền tăng HA mạn: người bệnh có tăng HA trước tuần lễ 20, protein niệu (+) trước hoặc sau tuần lễ 20, cần phải tăng liều thuốc điều trị HA, tăng men gan đột ngột, giảm tiểu cầu, đau 1/4 trên phải, sung huyết phổi hay phù phổi, giảm chức năng thận hoặc đột ngột tăng tiểu đạm.

2.4. Tăng HA trong thai kỳ: tăng HA sau tuần lễ 20, protein niệu (-), không có các dấu hiệu kể trên.

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Có rất nhiều các bệnh – rối loạn nội và ngoại khoa cần chẩn đoán phân biệt với TSG, tuy nhiên chẩn đoán phân biệt thường gặp nhất gồm:

- THA mạn và bệnh thận do THA
- TSG ghép trên THA
- 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 hoạt động
- Hội chứng mirror.

IV. TẦM SOÁT VÀ DỰ PHÒNG SỚM TIỀN SẢN GIẬT 3 THÁNG ĐẦU THAI KỲ

4.1. Tầm soát

Tầm soát sớm ở quý I ở tuần tuổi thai từ 11 – 13 tuần 6 ngày (tính theo chiều dài đầu mông từ 45 – 84 mm), kết hợp nhiều yếu tố như: đặc tính 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 TC để dự báo nguy cơ bị TSG.

Các dấu ấn sinh hóa sử dụng trong mô hình này bao gồm: free beta hCG, PAPP-A, PlGF.

- Xác định đặc tính của mẹ
  - Tuổi mẹ: tính tới 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 sản phụ có cao huyết áp.
- Tiền căn nội khoa
  - Tăng huyết áp mãn.
  - Đái tháo đường type I.
  - Đái tháo đường type II.
  - Lupus hệ thống.
  - Hội chứng kháng phospholipid.
- Tiền căn sản khoa: con so (không có lần nào sanh mà tuổi thai lớn hơn 24 tuần), hay con rạ (ít nhất một lần tuổi thai lớn hơn 24 tuần).
- Tuổi thai: 11 – 13 tuần 6 ngày (tính theo chiều dài đầu mông từ 45 – 84 mm).

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 đo HA 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 cho 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).
  - Bổ sung công thức tính HAĐM trung bình

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

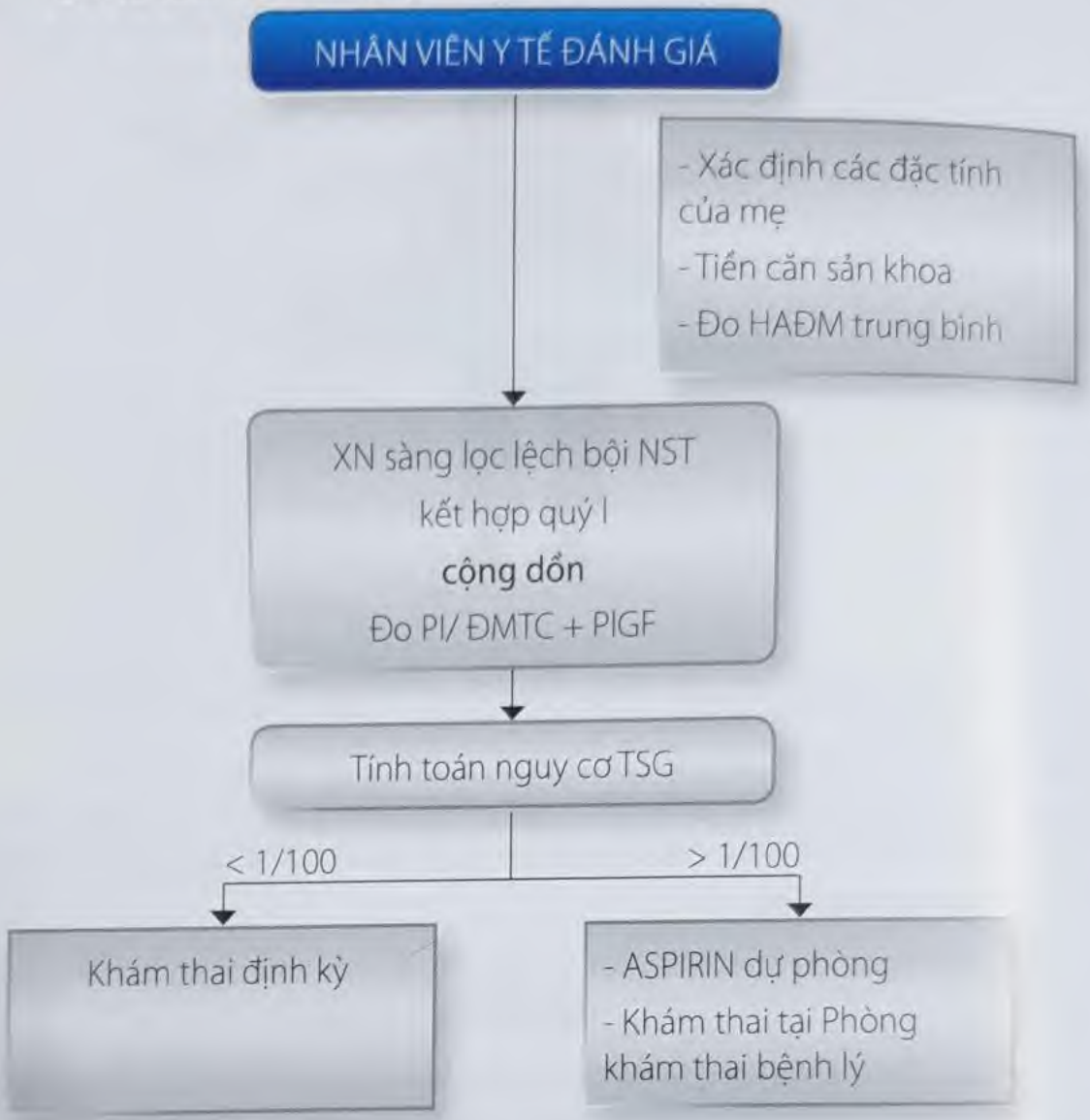
- Siêu âm đo chỉ số xung (Pulsative Index) động mạch tử cung 2 bên.

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

4.2. Dự phòng

- Aspirin 81 – 162 mg, 1 – 2 viên/ngày (hàm lượng 81 mg), 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 tiền sản giật theo phần mềm FMF > 1/100.
- Thời điểm ngưng: 36 tuần.
- Lưu ý về sự tuân thủ thuốc với bệnh nhân.

Lưu đồ tầm soát và dự phòng TSG 3 tháng đầu



V. XỬ TRÍ

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

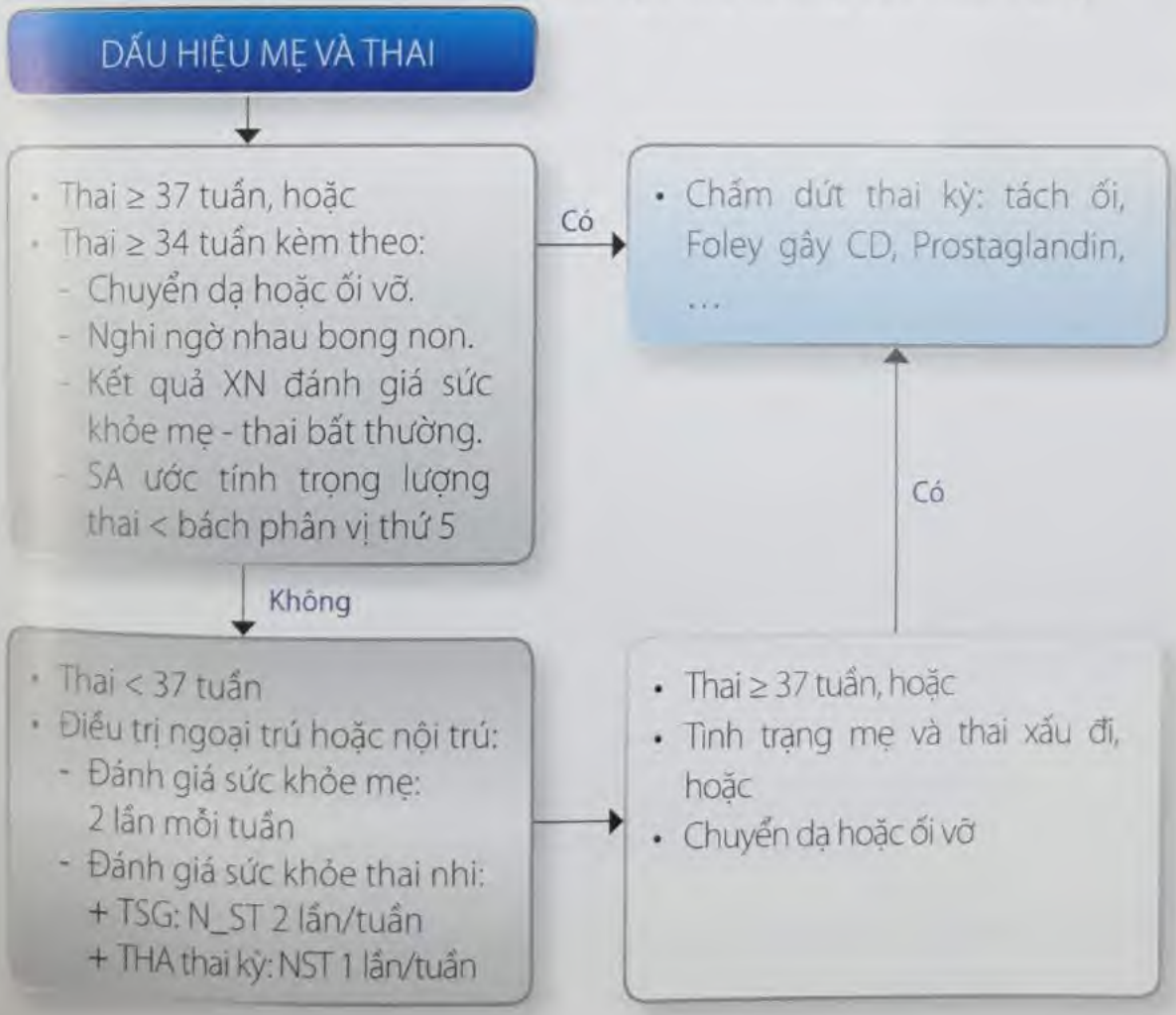
5.1. TSG không dấu hiệu nặng

- 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.
    + SÂ 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 CDTK, có thể theo dõi ngoại trú hoặc nội trú:
  - Thai:
    + Đếm cử động thai.
    + SÂ Doppler: xác định có thai chậm tăng trưởng 2 tuần/lần và đánh giá lượng ối 1 tuần/lần.
    + N_ST: 1 lần/tuần nếu tăng HA thai kỳ, 2 lần/tuần nếu TSG.
  - Mẹ:
    + Theo dõi HA 2 lần/tuần,
    + Đạm niệu mỗi lần khám thai.
    + XN: tiểu cầu, chức năng gan – thận mỗi tuần.
  - Chế độ ăn hợp lý (nhiều đạm, rau xanh, trái cây).
  - Tư vấn các dấu hiệu trở nặng: nhức đầu nhiều, nhìn mờ, đau thượng vị, thở nhanh.

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



5.2. TSG 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
  - N_ST không đáp ứng (2 lần liên tiếp cách 4 - 6 giờ ở tuổi ai 28 - 32 tuần).
  - SA Doppler ĐM rốn: mất hoặc đảo ngược sóng tâm trương
  - Thai lưu.
- Điều trị mong đợi: Thai < 34 tuần với tình trạng mẹ và thai i ổn định, tiếp tục theo dõi thai được tiến hành tại các cơ sở có uồn lực chăm sóc đặc biệt cho mẹ và trẻ sơ sinh đầy đủ.
- Chích thuốc hỗ trợ phổi thai nhi khi thai ≤ 34 tuần. Tuy iên không chờ đợi đủ thời gian hỗ trợ phổi mà phải chấm dứt th i kỳ ngay khi có bất kỳ dấu hiệu sau:
  - Tăng HA không kiểm soát được
  - Sản giật
  - Phù phổi
  - Nhau bong non
  - Đông máu nội mạch lan tỏa
  - NST không đáp ứng
  - Thai lưu.
- 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 (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.

- Đánh giá chuyển dạ sinh trong 24-48 giờ đầu
- Corticosteroids, ngừa co giật, hạ áp
- 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
- Thai lưu
- Bất thường biểu đồ tim thai
- Nhau bong non
- Thai chết trong chuyển dạ

→ Sinh khi tình trạng mẹ ổn định

Có thêm những biến chứng của điều trị mong đợi không?

- Tuổi thai từ 33 tuần 6 ngày trở lên
- Các triệu chứng của TSG nặng tồn tại
- HC HELLP, HC HELLP không điển hình
- Thai chậm tăng trưởng trong tử cung (dưới BPV thứ 5)
- Thiểu ối nặng
- Đảo ngược sóng tâm trương động mạch rốn.
- CD hay vỡ ối
- Có rối loạn chức năng thận

→ Corticoid cho trưởng thành phổi thai nhi thường quy cho thai 28-34 tuần. Thai 26-28 tuần: cân nhắc tùy trường hợp

Sinh 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.
- Trong điều trị nội trú: có thể ngưng sử dụng Magnesium Sulfate khi đủ điều kiện, đánh giá sức khỏe mẹ - con mỗi ngày (theo dõi sinh hiệu, các triệu chứng LS và CLS).
- Dùng thuốc hạ huyết áp 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.
  - Theo dõi huyết áp mỗi ngày, tái khám mỗi 3 ngày, nhập viện ngay khi có dấu hiệu tiền sản giật nặng

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

→ SINH

Một số lưu ý:

- Quyết định chấm dứt thai kỳ không dựa vào yếu tố đạm niệu.
- Chỉ định dùng thuốc hạ áp 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 tiền sản giật mỗi 1-2 ngày.
  - Thai:
    + Đếm cử động thai, N_ST mỗi ngày.
    + Theo dõi biểu đồ cân nặng thai và doppler ĐM rốn mỗi tuần.
    + Phương pháp chấm dứt thai kỳ: tùy tuổi thai, ngôi thai, cổ tử cung, tình trạng mẹ - thai.
- ***Ứng dụng tỉ số sFlt-1/PlGF trong TSG***
  - Tỉ số sFlt-1/PlGF có giá trị tham khảo trong phối hợp với các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của tiền sản giật để:
    + Tiên lượng khả năng dưỡng thai trong các trường hợp tiền sản giật nặng điều trị mong đợi.
    + Tiên lượng khả năng chuyển theo dõi và điều trị ngoại trú.
  - Đánh giá kết quả tỉ 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.
    + *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 CLS 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 CLS khác.

5.3. Sản giật

- Magnesium sulfate: liều tấn công 3 - 4,5 g tiêm TM, sau đó duy trì truyền TM 1 - 2 g/giờ ít nhất trong 24 giờ sau sinh.
- Chấm dứt thai kỳ khi tình trạng nội khoa ổn định, không chờ đợi đủ thời gian tác dụng của thuốc hỗ trợ phổi thai nhi.

5.4. Hội chứng HELLP

- Chấm dứt thai kỳ ngay khi có chẩn đoán xác định là hội chứng HELLP đối với thai ≥ 34 tuần, hoặc thai < 34 tuần có dấu hiệu nặng lên: đông máu nội mạch lan tỏa, nhồi máu hay xuất huyết trong gan, phù phổi, suy thận, nhau bong non, N_ST không đáp ứng. Không chờ đợi đủ thời gian tác dụng của thuốc corticoid hỗ trợ phổi thai nhi.
- Thai < 34 tuần, tình trạng mẹ - thai ổn định, có thể theo dõi 24 – 48 giờ để chờ đợi đủ thời gian sử dụng corticoid hỗ trợ phổi.

VI. THUỐC ĐIỀU TRỊ

6.1. Magnesium sulfate: Dự phòng và chống co giật trong TSG nặng, HC HELLP, sản giật

- Magnesium sulfate có thể tiêm tĩnh mạch, tiêm bắp hoặc truyền tĩnh mạch liên tục.
- Liều tấn công: 3 - 4,5 g Magnesium sulfate 15%/50 ml dung dịch tiêm tĩnh mạch từ 15 - 20 phút (tùy thuộc cân nặng của sản phụ, tiền căn sử dụng Magnesium sulfate).
- Duy trì 1- 2 g/giờ truyền TM. Pha 6 g Magnesium sulfate 15% vào chai Glucose 5% 500 ml truyền TM XXX giọt/phút.
- Tiêm bắp gián đoạn: tiêm bắp sâu mỗi giờ 1 g hoặc mỗi 4 giờ 5 g, thêm Lidocain 2% để giảm đau.
- Bơm tiêm điện: pha 6 g Magnesium sulfate 15% + 2 ml nước cất pha tiêm, bơm tiêm điện 7 ml/giờ
- 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 (4,8 - 8,4 mg/dL; 2 - 3,5 mmol/L).

- Magnesium sulfate dùng trước, trong và duy trì tối thiểu 24 giờ sau sinh.
- Nguy cơ: BHSS, giảm dao động nội tại tim thai.

Ngộ độc Magnesium sulfate:

Liên quan nồng độ Magnesium/huyết thanh.

- 9,6 – 12mg/dL (4,0 – 5,0 mmol/L): mất phản xạ gân xương.
- 12 – 18 mg/dL (5,0 – 7,5 mmol/L): liệt cơ hô hấp.
- 24 – 30 mg/dL (10 – 12,5 mmol/L): ngưng tim

Xử trí ngộ độc Magnesium sulfate

- Ngừng Magnesium sulfate.
- Thuốc đối kháng: Calcium gluconate 10% 10ml, tiêm 1g trong 10 phút.
- Đặt nội khí quản và thông khí để cứu sống bệnh nhân nếu có suy hô hấp, ngừng thở.

6.2. Thuốc hạ HA

- Chỉ định
  - Khi HA tâm thu ≥ 150 mmHg hay
  - 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.
  - 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

a. Labetalol

- Tấn công: bắt đầu 10 - 20 mg TM, sau đó TM 20 đến 80 mg mỗi 20 - 30 phút, tổng liều tấn công để hạ áp < 300 mg. Ví dụ: TM 20 mg, tiếp theo 40 mg, 80 mg, tiếp 80 mg. Có thể truyền TM 1 – 2 mg/phút. HA sẽ hạ sau 5 - 10 phút và kéo dài từ 3 - 6 giờ.
- Duy trì (khi HA ổn định): Labetalol (uống): 100 - 200 mg x 2 - 3 lần/ngày, liều tối đa 1200 mg/24 giờ.
- CCĐ: suyễn, bệnh tim, suy tim sung huyết.

b. Hydralazine

- Cách dùng:
  - Tiêm TM 5 mg Hydralazine/1-2 phút, sau đó 5 - 10 mg mỗi 20 - 40 phút. hoặc TTM 0,5 - 10 mg/giờ.
  - Nếu tổng liều 30 mg không kiểm soát được HA nên chuyển thuốc khác.
  - HA sẽ hạ sau 10 - 30 phút và kéo dài từ 2 - 4 giờ.
- Hydralazine được chứng minh có hiệu quả trong phòng ngừa xuất huyết não.

c. Nicardipin

- Ống 10 mg/10 ml pha với 40 ml Glucose 5%.
- Tấn công: 0,5 - 1 mg (2,5 - 5ml) 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 2,5 mg/giờ tối đa 15 mg/giờ.

d. Nifedipine

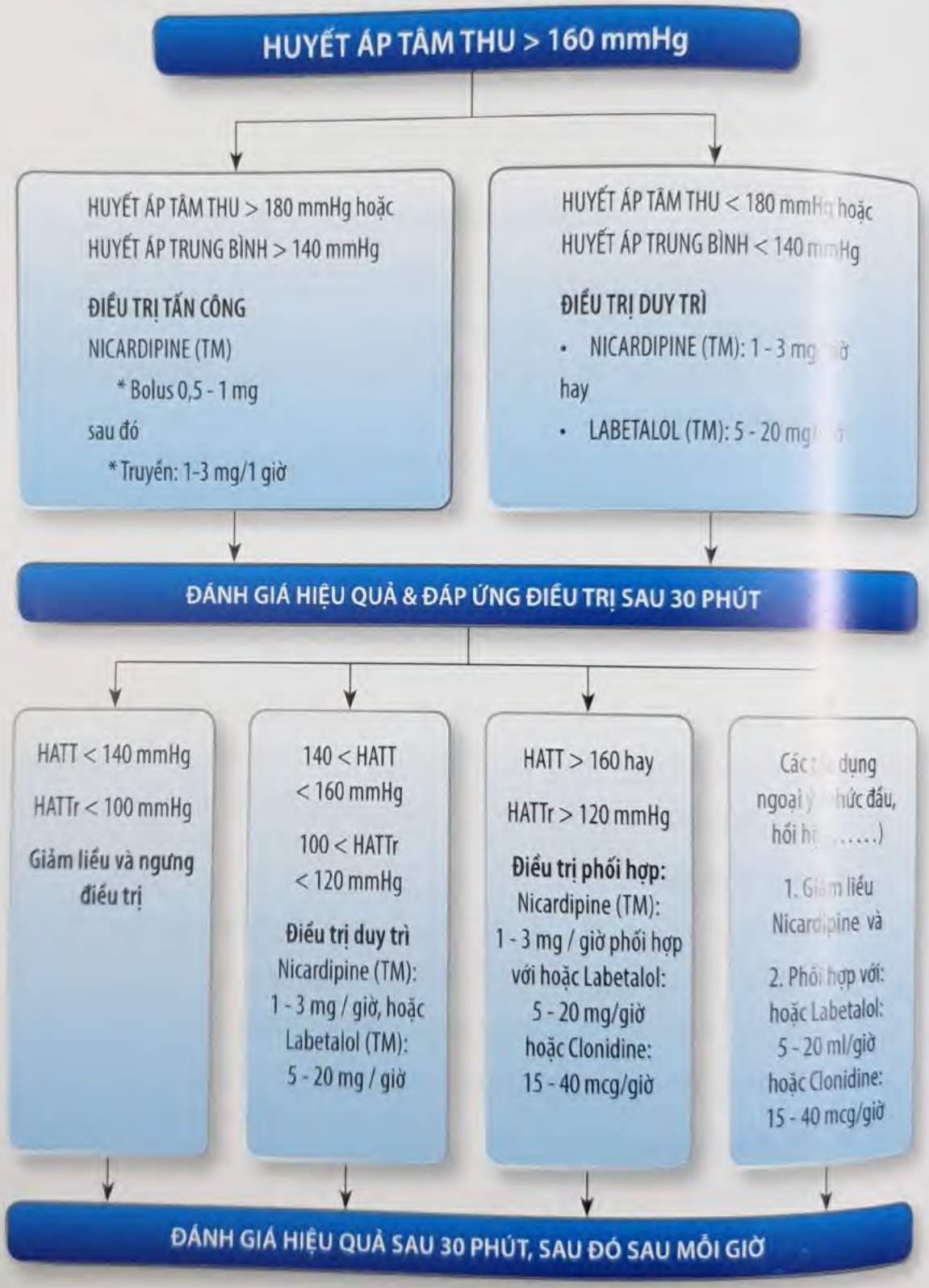
- Tấn công: uống 10 - 20 mg, lặp lại sau 30 phút nếu cần. Sau đó duy trì 10 - 20 mg mỗi 6 - 8 giờ.
- Duy trì: uống 30 - 120 mg/ngày, viên tác dụng kéo dài.
- Tác dụng phụ: nhịp tim nhanh, nhức đầu.

e. Methyldopa

- Methyldopa 250 mg, uống 1 - 2 viên/lần x 2 - 3 lần/ngày, liều tối đa 3 g/ngày.

f. Thuốc lợi tiểu

- Chỉ 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.



VII. 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.
- Tăng HA tồn tại càng lâu sau sinh, nguy cơ tăng HA mạn càng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Bài giảng sản phụ khoa (2007) tập 1. Nhà xuất bản Y học Tp. HCM, trang 462-479*
2. *Preeclampsia: Clinical features and diagnosis, Up to date 21.2*
3. *Hypertension in pregnancy. The Americal College of Obstetricians and Gynecologists, 2013*
4. *ACOG practice bulletin. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia.Obstet Gynecol. 2002 Jan;99(1):159-67.*
5. *Hypertension in pregnancy: the management of hypertensive disorders during pregnancy. NICE Clinical Guideline. file://www.guideline.gov/content.aspx?id=24122 (Accessed on January 11, 2012)*
6. *Meher S; Abalos E; Carroli G; Meher S: Bed rest with or without hospitalisation for hypertension during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2005;(4):CD003514*

18 ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRONG THAI KỲ

I. ĐỊNH NGHĨA

Đái tháo đường thai kỳ là có rối loạn dung nạp đường mới xuất hiện hoặc được ghi nhận lần đầu trong khi mang thai.

II. SÀNG LỌC

- **Yếu tố nguy cơ**

1. Gia đình có người đái tháo đường.
2. Đái tháo đường ở thai kỳ trước.
3. Tiền căn sinh con to (> 4000 g).
4. Tiền căn thai lưu (đặc biệt ở 3 tháng cuối); sinh con dị tật.
5. Có ≥ 3 lần sẩy thai liên tiếp.

- **Đối tượng- thời điểm thực hiện**

1. Ngay lần khám thai đầu tiên cần xếp loại nguy cơ.
2. Thai phụ không có yếu tố nguy cơ; nếu có bất thường đường huyết lúc đói (≥ 92 mg/dl) phải tầm soát bằng nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống (OGTT) lúc thai 24 - 28 tuần.
3. Thai phụ có yếu tố nguy cơ nên được tầm soát bằng nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống (OGTT) trong 3 tháng đầu thai kỳ; ngay lần khám đầu. Có thể lập lại ở 24 - 28 tuần nếu trước đó bình thường.

- **Xét nghiệm sàng lọc: Test dung nạp glucose đường uống (OGTT)**

  - Thực hiện 8 giờ sau ăn và chế độ ăn carbohydrate bình thường trong ba ngày trước đó.
    + Đo glucose máu lúc đói.
    + Pha 75 g glucose trong 200 ml nước, uống trong 3 - 5 phút (không hút thuốc, ăn, hay uống nước ngọt trong khi làm xét nghiệm).

+ Đo glucose máu sau 1 và 2 giờ.

- Kết quả bình thường: Glucose máu:

+ Lúc đói: ≤ 92 mg/dL (5,1 mmol/L).

+ Sau 1 giờ: ≤ 180 mg/dL (10 mmol/L).

+ Sau 2 giờ: ≤ 153 mg/dL (8,5 mmol/L).

* ĐTĐ thai kỳ được chẩn đoán nếu có hai kết quả ≥ giới hạn trên.

* Kết luận là rối loạn dung nạp đường trong thai kỳ nếu có một kết quả ≥ giới hạn trên.

III. CHẨN ĐOÁN: (chủ yếu dựa vào cận lâm sàng)

• Lâm sàng

1. Béo phì (BMI > 27 kg/m^2).
2. Ăn nhiều, uống nhiều, lên cân nhiều (> 20 kg).
3. Thai to, đa ối, dư ối, thai lưu.

• Cận lâm sàng

1. Đường huyết lúc đói ≥ 126 mg/dl (7 mmol/L); hoặc
2. Đường huyết bất kỳ ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/L); hoặc
3. Test dung nạp glucose đường uống (OGTT): (+).

IV. ĐIỀU TRỊ

• Nguyên tắc: tuỳ thuộc vào độ trưởng thành của thai.

• Mục tiêu điều trị

Giữ mức đường huyết:

- Lúc đói: 90 - 95 mg/dl (5 - 5,5 mmol/l).
- 1 giờ sau ăn: < 140 mg/dl (< 7,8 mmol/l).

4.1. Thai chưa đủ trưởng thành

a. Điều trị đái tháo đường

• Chế độ ăn tiết chế- tăng cân

BMI (Kg/m²)	Kcal/kg ngày	Tăng cân thai kỳ (kg)
Nhẹ cân < 19,8	36 – 40	14 - 20
Bình thường 19,8 – 26	30	12,5 – 17,5
Dư cân 26,1 - 29	24	7,5 – 12,5
Béo phì > 29	12 – 18	7,5 – 12,5

- Trong đó:
  + Carbohydrate: cung cấp # 35 - 45 % calories.
  + Protein: cung cấp # 20 - 25 % calories.
  + Mỡ: cung cấp # 40 % calories.

• Dùng Insulin
- Chỉ định:
  + ĐTĐ trước khi có thai.
  + Đường huyết bất kỳ: ≥ 200 mg/dl.
  + Lúc đói khi làm OGTT: ≥ 126 mg/dl.
  + Bất kỳ trị số nào của OGTT: ≥ 200 mg/dl.
  + Chẩn đoán ĐTĐ thai kỳ trước 24 tuần.
- Loại Insulin:
  + Tác dụng nhanh: Regular.
  + Tác dụng trung bình: NPH.
- Liều Insulin:
  + Liều khởi đầu: tuỳ thuộc tuổi thai:
    ❖ < 18 tuần: 0,7 IU/kg/ngày.
    ❖ 18 – 26 tuần: 0,8 IU/kg/ngày.
    ❖ 26 – 36 tuần: 0,9 IU/ kg/ngày.
    ❖ > 36 tuần: 1 IU/ kg/ngày.

  Trường hợp nặng có thể tăng 1,5 – 2 IU/kg/ngày.
  + Liều duy trì: phụ thuộc vào đáp ứng của từng người.
  + Kiểm tra thường xuyên đường huyết lúc đói và 2 giờ sau ăn.
  + Chia liều
    ❖ Sáng 2/3 tổng liều trong ngày, trong đó 2/3 NPH, 1/3 Regular.
    ❖ Chiều 1/3 tổng liều trong ngày, trong đó 1/2 NPH, 1/2 Regular.

b. Đánh giá sức khỏe thai

- Siêu âm

  Mỗi 2 tuần từ 24 tuần (phát hiện thai dị tật bẩm sinh, thai to, thai chậm tăng trưởng).
- N_ST:
  - Mỗi tuần từ 32 - 38 tuần.
  - 2 - 3 lần/ tuần từ 38 - 40 tuần.
- Siêu âm Doppler:
  - Mỗi 2 tuần từ 32 - 36 tuần.
  - Mỗi tuần từ sau 36 tuần.

Chọn thời điểm chấm dứt thai kỳ:

- ĐTĐ thai kỳ không dùng insulin: N_ST mỗi tuần từ tuần 32 thai kỳ. CDTK ở 39 - 40 tuần.
- ĐTĐ trước khi có thai- không biến chứng; hoặc ĐTĐ thai kỳ có dùng insulin: N_ST mỗi tuần từ 32 tuần, N_ST/3 ngày từ tuần thứ 34. CDTK lúc 38 tuần (Có hỗ trợ phổi).
- ĐTĐ trước khi có thai- có biến chứng: N_ST/3 ngày từ 28-30 tuần. CDTK lúc 36 tuần (có hỗ trợ phổi).

Hỗ trợ phổi:

Hỗ trợ phổi bằng glucocorticoides với kiểm soát đường huyết chặt chẽ và tăng liều Insulin; dùng cho những trường hợp phải CDTK ≤ 36 tuần.

4.2. Thai đủ trưởng thành

- Chọn cách CDTK: MLT khi trọng lượng thai ≥ 4000 g hoặc có chỉ định sản khoa khác. MLT vào buổi sáng, sau cữ insulin sáng.
- ĐTĐ đơn thuần không là chỉ định MLT.

4.3. Trong chuyển dạ

- Đo đường huyết mỗi 1,5 – 2 giờ.
- Duy trì đường huyết từ 70 – 110 mg/dl.
- Dùng Insulin tác dụng nhanh để điều chỉnh đường huyết:

- < 70 mg/dl:	Truyền TM 60 - 100 ml Glucose 5%.
- > 90 mg/dl:	2 IU Insulin TDD.
- 110 - 130 mg/dl:	4 IU Insulin TDD.
- 130 - 150 mg/dl:	6 IU Insulin TDD.
- > 150 mg/dl:	Insulin truyền TM.

4.4. Hậu sản

- Ngày thứ 2 hậu sản, đo đường huyết trước ăn và 2 giờ sau ăn.
- Cần điều trị ĐTĐ nếu:
  - ĐH trước ăn > 110 mg/dL (6,1 mmol/L).
  - ĐH 2 giờ sau ăn > 200 mg/dL (11,1 mmol/L).
- Thực hiện OGTT ở tuần 6 - 12 sau sinh (tại chuyên khoa nội tiết).
- Nuôi con bằng sữa mẹ.
- Ngừa thai tích cực: BCS, DCTC, viên thuốc kết hợp hàm lượng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Brody SC, Harris R, Lohr K. Screening for gestational diabetes: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Obstet Gynecol. 2003;101(2):380–392.*
2. *Tuffnell DJ, West J, Walkinshaw SA. Treatments for gestational diabetes and impaired glucose tolerance in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(3):CD003395.*
3. *Crowther CA, Hiller JE, Moss JR, McPhee AJ, Jeffries WS, Robinson JS, for the Australian Carbohydrate Intolerance Study in Pregnant Women (ACHOIS) Trial Group. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. N Engl J Med. 2005;352(24):2477–2486.*
4. *US Preventive Services Task Force. Screening for gestational diabetes. Topic page. Rockville, Md: Agency for Healthcare Research and Quality 2008. http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsgdm.htm. Accessed January 5, 2009.*
5. *Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR, for the HAPO Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. N Engl J Med. 2008;358(19):1991–2002.*
6. *American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Practice Bulletins–Obstretrics. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 30, September 2001 (replaces Technical Bulletin Number 200, December 1994). Gestational diabetes. Obstet Gynecol. 2001;98(3):525–538.*

7. Naylor CD, Sermer M, Chen E, Farine D. Selective screening for gestational diabetes mellitus. Toronto Trihospital Gestational Diabetes Project Investigators. N Engl J Med. 1997;337(22):1591–1596.

8. Cosson E, Benchimol M, Carbillon L, et al. Universal rather than selective screening for gestational diabetes mellitus may improve fetal outcomes. Diabetes Metab. 2006;32(2):140–146.

9. Metzger BE, Coustan DR. Summary and recommendations of the Fourth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus. The Organizing Committee. Diabetes Care. 1998;21(suppl 2):B161–B167.

10. Metzger BE, Buchanan TA, Coustan DR, et al. Summary and recommendations of the Fifth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus [published correction appears in Diabetes Care. 2007;30(12):3154]. Diabetes Care. 2007;30(suppl 2):S251–S260.

11. American Diabetes Association. Gestational diabetes mellitus. Diabetes Care. 2004;27(suppl 1):S88–S90.

12. Agarwal MM, Dhatt GS, Punnose J, Zayed R. Gestational diabetes: fasting and postprandial glucose as first prenatal screening tests in a high-risk population. J Reprod Med. 2007;52(4):299–305.

13. Buhling KJ, Elsner E, Wolf C, et al. No influence of high- and low-carbohydrate diet on the oral glucose tolerance test in pregnancy. Clin Biochem. 2004;37(4):323–327.

14. Hollander MH, Paarlberg KM, Huisjes AJ. Gestational diabetes: a review of the current literature and guidelines. Obstet Gynecol Surv. 2007;62(2):125–136.

15. Carpenter MW, Coustan DR. Criteria for screening tests for gestational diabetes. Am J Obstet Gynecol. 1982;144(7):768–773.

16. Alberti KG, Zimmet PZ. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. Diabet Med. 1998;15(7):539–553.

17. Up to Date 2012

19 THAI CHẬM TĂNG TRƯỞNG TRONG TỬ CUNG

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

- 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,...
- Do phần phụ của thai: Bệnh lý bánh nhau, dây rốn
- Do thai: Đa thai, nhiễm trùng bào thai, các rối loạn di truyền, ...

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

III. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI

1. Xác định tuổi thai chính xác: kinh cuối và/hoặc siêu âm 3 tháng đầu.
2. Tiêu chuẩn chẩn đoán IUGR: Chu vi vòng bụng (AC) và/hoặc ước lượng cân nặng thai < bách phân vị thứ 10 theo tuổi thai.

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:

- Đánh giá chức năng bánh nhau: Doppler ĐM rốn và ĐM tử cung.
- Đánh giá tình trạng sức khỏe thai: Doppler ĐM não giữa và ống TM.

Phân loại IUGR theo ACOG 2014:

- Độ 0: Cân nặng và/hoặc AC< BPV thứ 10, Doppler ĐM rốn và ĐM não giữa bình thường.
- Độ I: Cân nặng và/hoặc AC< BPV thứ 10 và Doppler ĐM rốn hoặc ĐM não giữa bất thường.

- Độ II: Cân nặng và/hoặc AC< BPV thứ 10 và mất sóng tâm trương hoặc đảo ngược sóng tâm trương ĐM rốn.
- Độ III: Cân nặng và/hoặc AC< BPV thứ 10 và bất thường ống tĩnh mạch.

Phân loại IUGR theo tuổi thai tại thời điểm chẩn đoán

- Rất sớm: tuổi thai ≤ 29 tuần.
- Sớm: 29 tuần < tuổi thai ≤ 34 tuần.
- Muộn: tuổi thai > 34 tuần.

IV. XỬ TRÍ

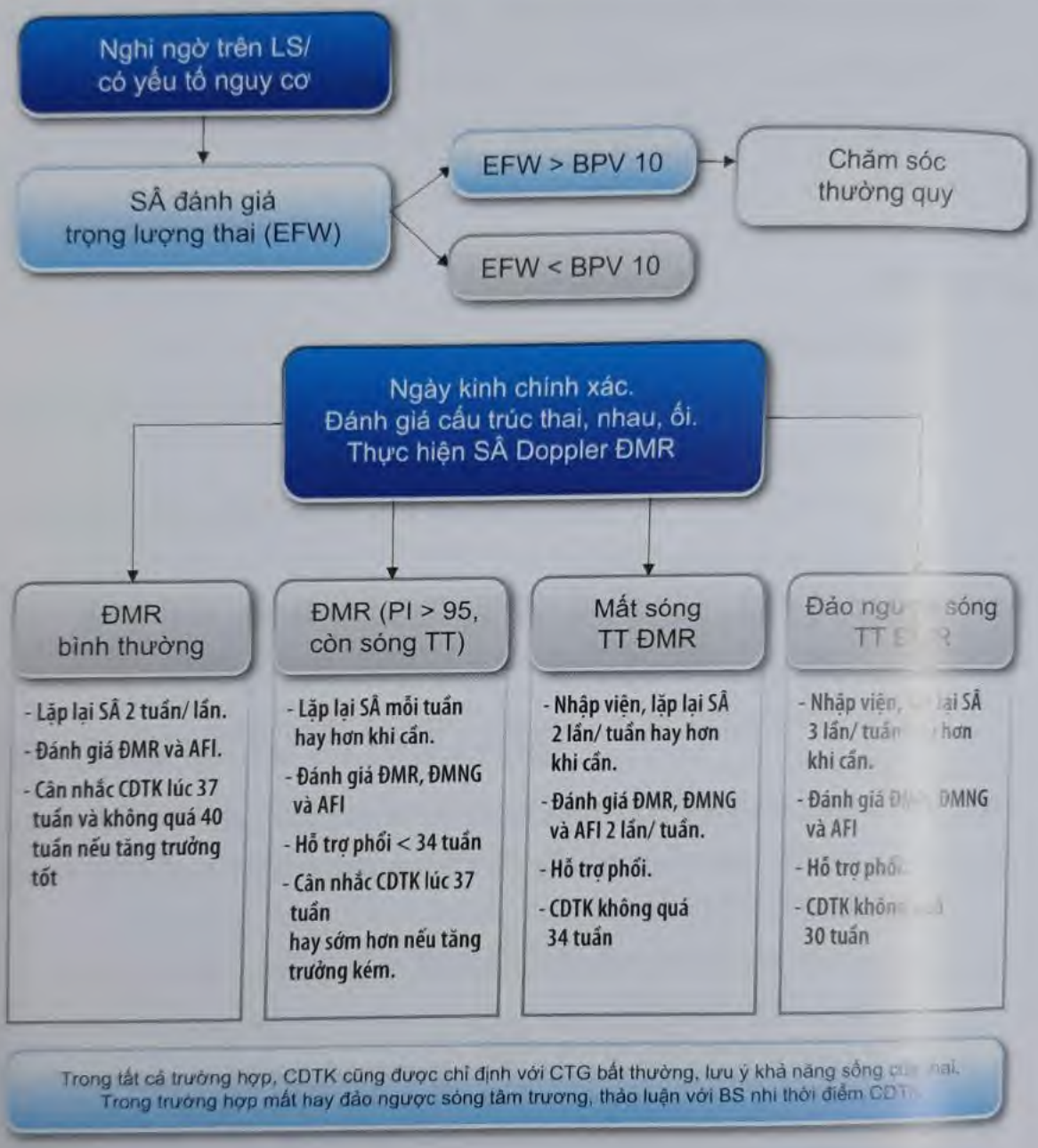
1. Mục tiêu: chấm dứt thai kỳ đúng thời điểm.
2. Thời điểm chấm dứt: khi nguy cơ thai chết trong tử cung lớn hơn nguy cơ chết sau sinh.
3. Nguyên tắc xử trí: tùy thuộc vào tuổi thai ở thời điểm chẩn đoán và mức độ chậm tăng trưởng.

- Thai ≤ 29 tuần: tham vấn tiền sản, tùy từng trường hợp xử trí.
- Thai 29 đến ≤ 34 tuần:
  - Độ 0: không xử trí gì, siêu âm Doppler mỗi 2 tuần.
  - Độ I:
    + Điều trị ngoại trú: Corticosteroids hỗ trợ phổi*, siêu âm Doppler + N_ST 2 lần/tuần: nếu N_ST có đáp ứng + AFI > 5: chấm dứt thai kỳ ở tuổi thai 37 tuần.
    + Điều trị nội trú nếu kèm theo tiền sản giật.
  - Độ II: Điều trị nội trú
    + Corticosteroids hỗ trợ phổi*
    + N_ST 2 lần/ngày + siêu âm Doppler 1 lần/ngày
    + Nếu N_ST có đáp ứng và siêu âm không thay đổi: theo dõi thai đến 34 tuần.
    + Nếu N_ST không đáp ứng: chỉ định MLT.
  - Độ III:
    + Xử trí giống Độ II
    + Chấm dứt thai kỳ lúc thai 32 tuần.
  - Thai > 34 tuần:

+ Corticosteroids hỗ trợ phổi: được chỉ định trong những trường hợp MLT chủ động.

+ XT như tuổi thai 29 – 34 tuần.

(*): xem Phác đồ Chuyển dạ sinh non.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *ACOG Practice Bulletin No. 134. Fetal Growth Restriction. American College of Obstetricians and Gynecologists. May 2013*
2. *Institute of Obstetricians & Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland and Health Service Executive No.28. Fetal growth restriction – Recognition, diagnosis & management. May 2014*

THIỂU ỐI 20

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 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.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Bề cao tử cung nhỏ hơn tuổi thai
- Nếu có dấu hiệu ối rỉ, ối vỡ (xem bài Ối vỡ)

3.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm
  - Lượng ối:
    + AFI ≤ 5 cm hoặc xoang ối lớn nhất (XOLN) ≤ 2 cm. Đối với song thai, khoang ối dọc ≤ 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: nghi ngờ thai chậm tăng trưởng trong tử cung từ tuần 20 trở lên.
- Nitrazine test
- XN máu mẹ: TORCH...
- XN 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

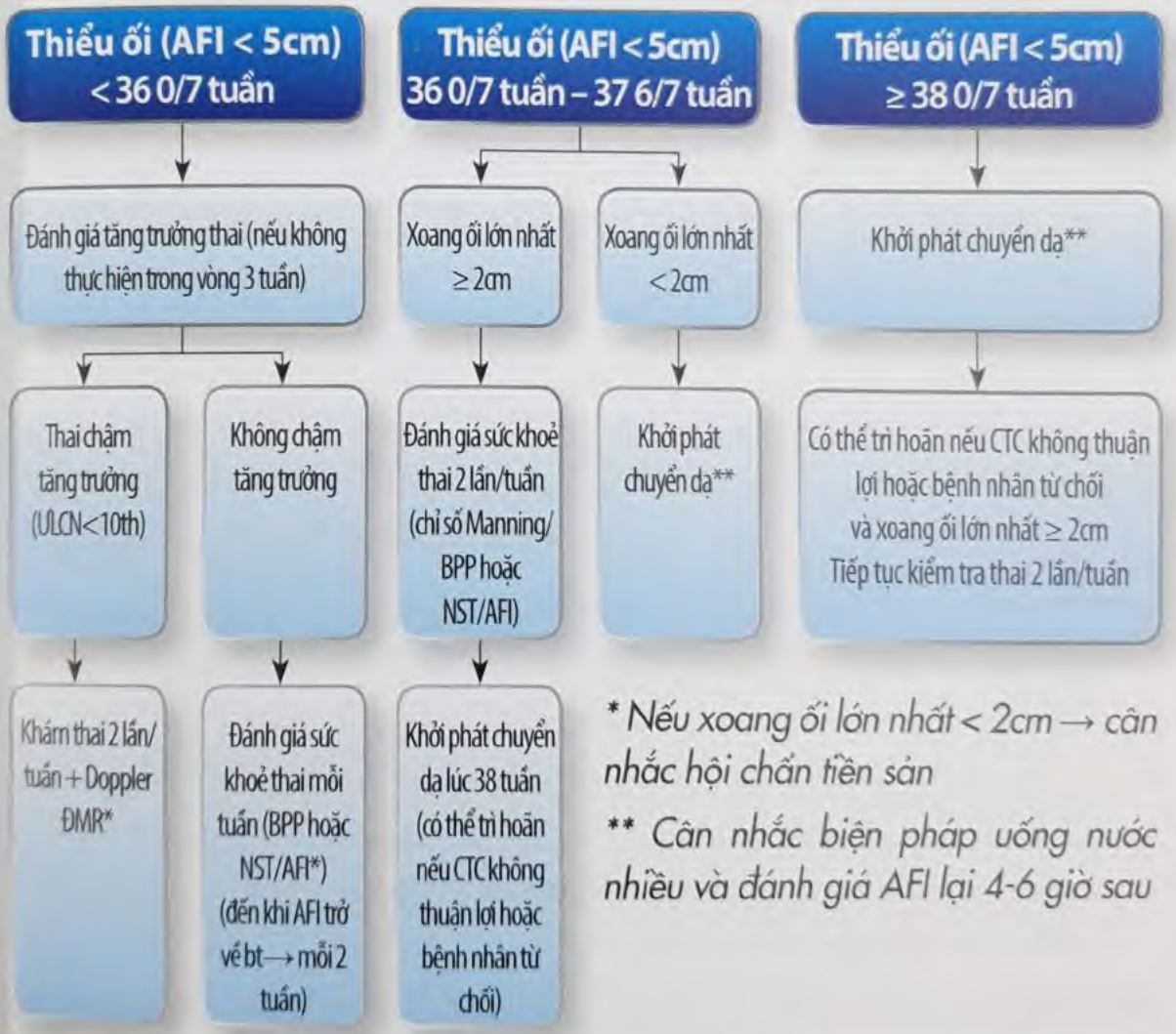
- Tư vấn tình trạng thai
- Truyền ối (khi có chỉ định):
  - Có thể thực hiện tuổi thai > 16 tuần
  - Lấy dịch ối làm xét nghiệm nhiễm sắc thể, TORCH...
  - Hỗ trợ siêu âm hình thái học thai nhi
- Xử trí dựa vào kết quả xét nghiệm mẹ và thai nhi

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 ≤ 2cm: Thai ≥ 37 tuần: sanh ngả âm đạo hoặc mổ lấy thai tùy tình trạng sức khỏe thai nhi và mẹ.
- Hỗ trợ phổi cho thai:
  - Thường quy 28 - 34 tuần
  - Cân nhắc trong trường hợp thai 26 - 28 tuần

THÁI ĐỘ XỬ TRÍ TRONG TRƯỜNG HỢP THIỂU ỐI ĐƠN THUẦN



** Nếu xoang ối lớn nhất < 2cm → cân nhắc hội chẩn tiền sản*

*** Cân nhắc biện pháp uống nước nhiều và đánh giá AFI lại 4-6 giờ sau*

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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. NGUYÊN NHÂN

2.1. Do mẹ

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

2.2. Do thai

- Bất thường NST (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
  - Bất thường hệ xương
  - Shunt: phình tĩnh mạch Galien, bướu quái cùng cụt, bướu m[illegible] ...
  - Các hội chứng đa dị tật
  - Song thai: hội chứng truyền máu song thai, TRAPS
  - Phù nhau thai
  - Vô căn (30%)

III. CẬN LÂM SÀNG

- Siêu âm tiền sản: tìm bất thường hình thái liên quan đa ối
- Siêu âm đo chiều dài kênh cổ tử cung
- Test 75 gram glucose
- Xét nghiệm TORCH
- Cân nhắc chọc ối xét nghiệm karyotype, TORCH, Thalassemi[illegible] ..

IV. HƯỚNG XỬ TRÍ

- Điều trị ngoại trú
  - < 34 tuần: tái khám mỗi 2 tuần + đo chiều dài kênh cổ tử cung + hỗ trợ phổi
  - ≥ 34 tuần: tái khám, siêu âm Doppler màu và N_ST 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)

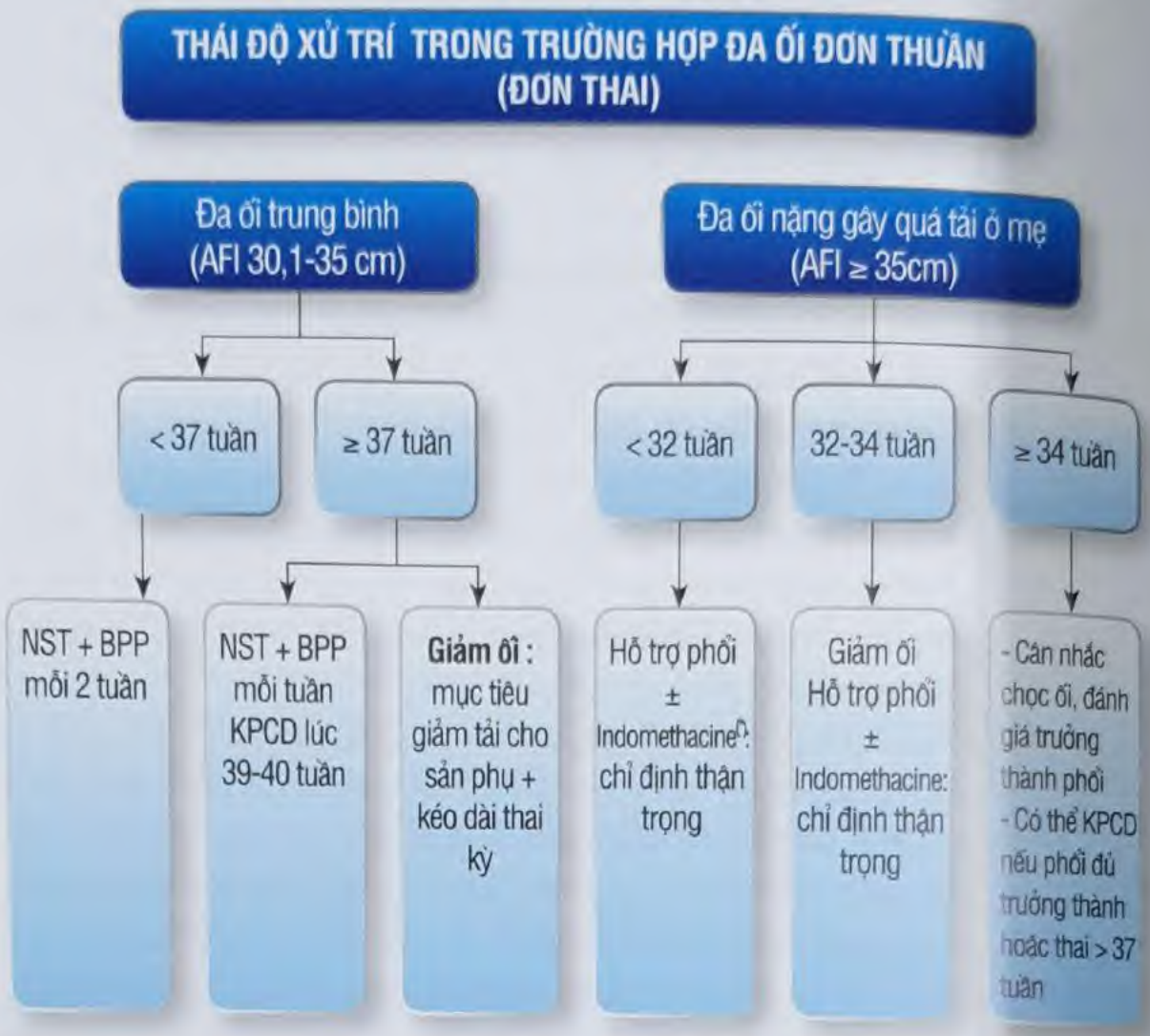
• Điều trị triệu chứng
- Giảm ối: nếu có triệu chứng quá tải ở sản phụ (khó thở, nhịp tim nhanh, đau bụng...). Tốc độ < 1 lít/20 phút. Thủ thuật có thể lặp lại tuỳ thuộc tốc độ tái lập ối.
- Indomethacine: khi đủ điều kiện theo dõi
  + Chỉ định: đa ối vô căn và khi tuổi thai chưa đủ trưởng thành.
  + 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.
  + Tác dụng phụ đáng lo ngại nhất của Indomathecine 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 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 ...

• Điều trị hỗ trợ phổi thai nhi : 24 – 34 tuần

• Chỉ định chấm dứt thai kỳ
- Thai ≥ 39 tuần có đa ối nhẹ đến trung bình, N_ST bình thường
- Thai ≥ 37 tuần có đa ối nặng
- Thai 34 - 37 tuần có triệu chứng quá tải nặng ở mẹ và đã được hỗ trợ phổi thai nhi

V. BIẾN CHỨNG SẢN KHOA

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



(*)

- Chỉnh liều theo thể tích ối, tối đa 3mg/kg/ngày

- Ngưng khi triệu chứng giảm ± thể tích ối giảm hoặc khi thai đến 32 - 34 tuần để giảm nguy cơ đóng ống ĐM sớm

- Theo dõi khi điều trị > 48 giờ & thai > 24 tuần : Doppler thai mỗi 2 ngày - 1 tuần ± SA tim thai

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Professeur des Universités D.Carol, Professeur F.Goffinet et al Protocoles cliniques en Obstétriques , Abreges de Périnatalité, 3e edition, 2008*
2. *Magann EF, Nolan TE,. Am J Obstet Gynecol 1992; 167:1533. Hess LW, et al. Measurement of amniotic fluid volume: accuracy of ultrasonography techniques*

3. Desmedt EJ, Henry OA, Beischer NA. Polyhydramnios and associated maternal and fetal complications in singleton pregnancies. Br. J. Obstet. Gynaeco. 1992 ; 97 : 115–122.

4. Cabrol D, Jannet D, Pannier E. Treatment of symtomatic polyhydramnios with indomethacin. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 1996 ; 66 : 11–15.

5. Cabrol D, Landesman R, Muller J, Uzan M, Sureau C, Saxena BB. Treatment of polyhydramnios with prostaglandin synthetase inhibitor (indomethacin). Am. J. Obstet. Gynecol. 1987 ; 157(2) : 422–426.

6. Ron Belooses MD et al, Polyhydramnios, Uptodate, May 2015

7. A. Hamza,1 D. Herr,1 E. F. Solomayer,2 and G. Meyberg-Solomayer1 Polyhydramnios: Causes, Diagnosis and Therapy; Geburtshilfe Frauenheilkd. 2013 Dec; 73(12): 1241–1246. doi: 10.1055/s-0033-1360163

2 ỐI VỠ NON

I. ĐỊNH NGHĨA

Ối vỡ non là ối vỡ trước khi thai vào chuyển dạ.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

- Ra nước rỉ rả hay đột ngột trong âm đạo.
- Tính chất dịch: đục, lợn cợn, trong, vàng, hay xanh sậm.
- Đóng băng vệ sinh thấy ướt nước ối.
- Đặt mỏ vịt: thấy nước ối chảy ra từ cổ TC, có thể thấy p[illegible]n thai (tóc, chi...).
- Khám (hạn chế): có thể sờ thấy phần thai, tóc, dịch ối chảy ra [illegible] đạo.
- Trường hợp nhiễm trùng ối nặng có thể có dấu hiệu: sốt c[illegible] chạm TC đau, dịch ối chuyển màu xanh đen và hôi. Tiên lượng [illegible]u cho mẹ và bé.

2.2. Cận lâm sàng

- Nitrazine test: chỉ thị màu chuyển xanh.
- Amnisure test: dương tính.
- Siêu âm: không có giá trị chẩn đoán nhưng có thể ghi nh[illegible] lượng nước ối giảm hoặc bình thường.
- Xét nghiệm
  - TPTTBM: đánh giá sự gia tăng bạch cầu mỗi 6 giờ sau khi ối vỡ.
  - Cấy dịch ối: ít làm, kết quả chậm, thường làm cấy dịch lòng TC sau sinh khi tình trạng nhiễm trùng hậu sản không được khắc phục sau điều trị kháng sinh liều cao.

2.3. Chẩn đoán nhiễm trùng ối

- Sốt
- Mạch mẹ > 100 l/ph.

- Mạch con > 160 l/ph.
- Tử cung mềm đau.
- Sản dịch hôi.
- Bạch cầu > 15.000.
- CRP > 20 mg/L.

III. XỬ TRÍ

Tùy thuộc

- Tuổi thai.
- Có chuyển dạ hay không.
- Có nhiễm trùng ối hay không.

3.1. Nguyên tắc chung

- Hạn chế khám âm đạo, chỉ khám âm đạo khi
  - Có chuyển dạ tích cực, cần đánh giá tiến triển CTC và ngôi thai theo biểu đồ chuyển dạ.
  - Cần khám đánh giá chỉ số Bishop trước khi quyết định phương pháp chấm dứt thai kỳ.
- Cố gắng sinh đường âm đạo. Tuy nhiên, khi việc khởi phát chuyển dạ hay sinh chỉ huy không thuận tiện hoặc không tiến triển tốt thì phải mổ lấy thai.
- Khởi phát chuyển dạ dựa trên chỉ số Bishop
  - Bishop ≥ 6 tăng co với Oxytocin tham khảo phác đồ "Khởi phát chuyển dạ".
  - Bishop < 6 gây chín mùi CTC bằng PGE1, PGE2 trước khi dùng Oxytocin. Chú ý sau khi dùng PGE1, PGE2, tử cung rất nhạy với Oxytocin và dễ gây cơn gò cường tính, dọa vỡ - vỡ TC, thai suy nên cần theo dõi chặt chẽ CD với monitor sản khoa. Chỉ sử dụng Oxytocin sau 4 tiếng sử dụng PGE1 hay 6 tiếng sử dụng PGE2.

3.2. Thời điểm chấm dứt thai kỳ

- Chấm dứt thai kỳ ở tuổi thai 34 tuần. Nếu trì hoãn sau 34 tuần thì cân nhắc, tư vấn nguy cơ và lợi ích cho người bệnh và không quá 37 tuần.
- Chấm dứt thai kỳ ngay khi

- Đã vào chuyển dạ thực sự với CTC ≥ 3 cm không thể ngăn chặn cuộc chuyển dạ.
- Đã vào chuyển dạ thực sự với CTC < 3 cm nhưng dùng thuốc giảm go không hiệu quả.
- Thai đã đủ trưởng thành với tuổi thai ≥ 37 tuần.
- Sa dây rốn.
- Thai suy.
- Có nhiễm trùng ối trên lâm sàng và/hoặc CLS.

3.3. Trì hoãn chấm dứt thai kỳ

- Trì hoãn CDTK là tạm ngăn chặn việc CD xảy ra trong vòng 24-48 giờ, là thời gian cần thiết để hỗ trợ phổi thai nhi, kèm theo:
  - Không có bằng chứng của nhiễm trùng ối trên lâm sàng và/hoặc CLS.
  - Đã vào chuyển dạ thực sự nhưng CTC < 3 cm.
- Sử dụng Corticosteroid hỗ trợ phổi thai nhi: tuổi thai từ 26-34 tuần, dùng thuốc 1 đợt duy nhất.
  - Từ 28 – 34 tuần: áp dụng thường qui.
  - Từ 26 – 27 tuần 6 ngày: cân nhắc sử dụng.

3.4. Các phương pháp chấm dứt thai kỳ: theo thể lâm sàng

- Trường hợp đã có chuyển dạ, chưa nhiễm trùng và thai đủ tháng: 80 – 90% vào chuyển dạ.
  - Theo dõi như một cuộc chuyển dạ tự nhiên.
  - Đánh giá tiến triển của chuyển dạ mỗi 4 giờ/tiềm thời và mỗi 1-2 giờ/hoạt động và đánh giá tình trạng nhiễm trùng ối (nhiệt độ, tim thai, màu mùi nước ối).
  - Kháng sinh điều trị (liều cao và phối hợp) khi có bằng chứng nhiễm trùng.
  - Dùng KS sau 12 giờ ối vỡ mà chưa sinh.
- Trường hợp đã có chuyển dạ, chưa nhiễm trùng và thai ≤ 34 tuần: 50% vào chuyển dạ tự nhiên sau 48 giờ.
  - Xử trí như trên
  - Trì hoãn CDTK từ 12 – 24 giờ để hỗ trợ phổi thai bằng các thuốc giảm go (Xem phác đồ Chuyển dạ sinh non)
- Trường hợp chưa có chuyển dạ, chưa nhiễm trùng và thai đủ tháng:

theo dõi tự nhiên, nếu sau 12 giờ ối vỡ không vào chuyển dạ thực sự do cơn gò thưa sẽ tăng co với dung dịch Oxytocin.

- Trường hợp chưa có chuyển dạ, chưa nhiễm trùng và ≤ thai 34 tuần: cố gắng dưỡng thai, tối thiểu 48 giờ để hỗ trợ phổi. Có thể dưỡng thai lâu hơn khi không có nhiễm trùng.

3.5. Xử trí nhiễm trùng ối

- Kháng sinh liều cao phối hợp.
- Chấm dứt thai kỳ
  - Tăng co sau sử dụng kháng sinh 30 phút, không quá 4 giờ.
  - Thuận lợi → theo dõi sinh.
  - Nếu không thuận lợi → MLT (chèn gạc kỹ, hút sạch nước ối).

3.6. Dự phòng nhiễm trùng ối

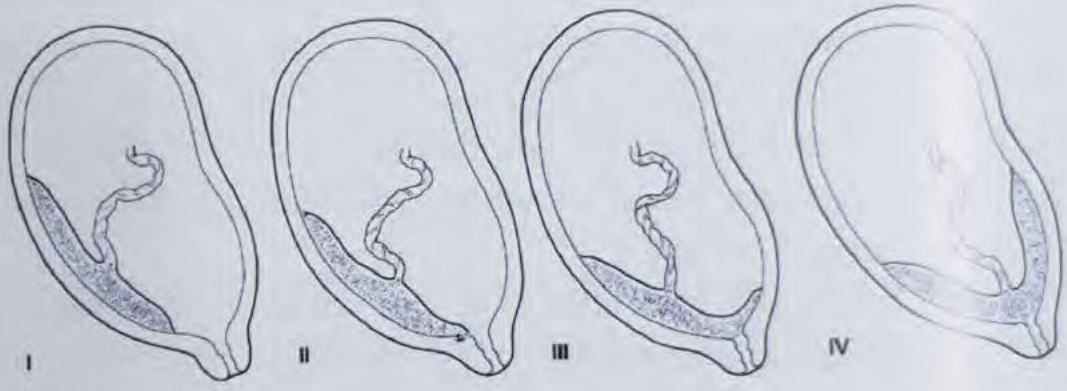
- Điều kiện áp dụng: thai dưới 34 tuần ối vỡ non có chỉ định dưỡng thai tiếp tục.
- Kháng sinh dự phòng
  - Ampicillin 2 g (TM) mỗi 6 giờ trong 48 giờ, sau đó Amoxicillin 500 mg 1 viên x 3 lần/ngày (uống) x 5 ngày. Kết hợp Azithromycin 1 g uống liều duy nhất thời điểm lúc nhập viện (tại khoa nội trú).
  - Hoặc Ampicillin 2 g (TM) mỗi 6 giờ + Erythromycin 250 mg mỗi 6 giờ (uống) x 48 giờ. Sau đó Amoxicillin 500 mg 1 viên x 3 lần/ngày (uống) + Erythromycin 500 mg 1 viên x 3 lần/ngày (uống) x 5 ngày.
  - Trường hợp bệnh nhân dị ứng với các kháng sinh trên, có thể sử dụng: Clindamycin 900 mg (truyền TM) mỗi 8 giờ trong 48 giờ + Gentamicin 5-7 mg/kg cân nặng lý tưởng (*) mỗi 24 giờ (truyền TM) trong 48 giờ. Sau đó uống Clindamycin 300 mg mỗi 8 giờ x 5 ngày. Kết hợp Azithromycin 1 g uống liều duy nhất thời điểm lúc nhập viện (tại khoa nội trú).
- Trường hợp OVN không còn ra thêm nước ối sau 7 ngày điều trị kháng sinh dự phòng và không có dấu hiệu nhiễm trùng trên LS và CLS, có thể cho xuất viện, hẹn tái khám 01 tuần và nhập viện chấm dứt thai kỳ từ 34 – 37 tuần nếu không dấu nhiễm trùng.

(*): Cân nặng lý tưởng (kg) = chiều cao (cm) – 105

23 NHAU TIỀN ĐẠO

I. ĐỊNH NGHĨA

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



II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

a. Cơ năng

- Có khi không có triệu chứng gì, chỉ phát hiện được nhau tiền đạo qua siêu âm.
- 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 cổ tử cung 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 nhau tiền đạo. Có giá trị trong chẩn đoán nhau cài răng lược/nhau tiền đạo, đặc biệt nhau bám mặt sau tử cung.
- Soi bàng quang: khi nghi ngờ nhau cài răng lược 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.
  - Không khám âm đạo.
  - Nếu có cơn gò tử cung hoặc ra huyết âm đạo, cần nhập viện ngay.
- Giảm nguy cơ cho bé:
  - Dùng thuốc hỗ trợ phổi cho thai từ 28-34 tuần.
  - Xác định thời điểm sinh mổ chủ động: khoảng 36 – 37 tuần tuổi [Uptodate 20.1].

3.2. Nhau tiền đạo đang ra huyết: là cấp cứu sản khoa, cần điều trị tại 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 thai – mẹ với nguy cơ mất máu ồ ạt.
- Hỗ trợ phổi: khi thai 28 – 34 tuần.
- 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 [illegible]
  - Thai dễ bị thiếu oxy do bánh nhau có thể bong n[illegible] nay do biến chứng của dây rốn như sa dây rốn hay chèn ép d[illegible] ốn. Do đó, nếu monitor tim thai bất thường thì mổ lấy thai n[illegible] ngoại trừ đang rặn sinh.
  - Mổ lấy thai là cách chọn lựa cho những thể NTĐ k[illegible]
    + May cầm máu vị trí nhau bám. Dùng thuốc co hồ[illegible] Oxytocin, Carbetocin, Methyl ergometrin (maleat), Prostag[illegible]din.
    + Thắt động mạch TC: khi cần.
    + Có thể cắt TC toàn phần, đặc biệt khi có nhau c[illegible] ăng lược.

b. Nhau tiền đạo ra huyết âm đạo nhiều

Là cấp cứu sản khoa. Cần mổ lấy thai cấp cứu.

1. Lập 1 hay 2 đường truyền tĩnh mạch. Truyền dung dịch Ringer Lactat 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.
2. 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.

3. 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. TIÊN LƯỢNG - 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

a. Cho 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.

b. Cho con

- Tình trạng non tháng gây tử vong chu sinh. Trẻ sơ sinh bị thiếu máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Bose P, Regan F, Paterson-Brown S. Improving the accuracy of estimated blood loss at obstetric haemorrhage using clinical reconstructions. BJOG 2006; 113:919.*
2. *Chou MM, Ho ES, Lee YH. Prenatal diagnosis of placenta previa accreta by transabdominal color Doppler ultrasound. Ultrasound Obstet Gynecol 2000; 15:28.*
3. *Comstock CH. Antenatal diagnosis of placenta accreta: a review. Ultrasound Obstet Gynecol 2005; 26:89.*
4. *Comstock CH, Love JJ Jr, Bronsteen RA, et al. Sonographic detection of placenta accreta in the second and third trimesters of pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2004; 190:1135.*
5. *Dinsmoor MJ, Hogg BB. Autologous blood donation with placenta previa: is it feasible? Am J Perinatol 1995; 12:382.*

6. Dwyer BK, Belogolovkin V, Tran L, et al. 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. Diagnosis and morbidity of placenta accreta. Ultrasound Obstet Gynecol 2011; 37:324.

8. Finberg HJ, Williams JW. 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. Late midtrimester pregnancy termination in the presence of placenta previa. J Reprod Med 2003; 48:175.

10. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. Am J Obstet Gynecol 1997; 177:210

11. Ravelli AC, Jager KJ, de Groot MH, et al. 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. Timing of indicated late preterm and early-term birth. Obstet Gynecol 2011; 118:323.

13. Toedt ME. 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. 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. Autologous blood transfusion in patients with placenta previa. Acta Obstet Gynecol Scand 2005; 84:2

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

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

NHAU CÀI RĂNG LƯỢC 24

Nhau cài răng lược (NCRL) là tình trạng bám bất thường của bánh nhau, các gai nhau bám chặt vào cơ tử cung mà không bám trên màng đệm. Tùy vào mức độ xâm nhập của gai nhau ta có các thể:

- NCRL Accreta: gai nhau bám trực tiếp lên bề mặt cơ TC (79% trường hợp)
- NCRL Increta: gai nhau xâm nhập sâu vào trong cơ TC (14% trường hợp)
- NCRL Percreta: gai nhau xâm nhập xuyên qua lớp cơ TC đến thanh mạc TC hoặc xâm lấn qua các cơ quan lân cận (7% trường hợp).

I. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Vết mổ cũ mổ lấy thai: tần số nhau cài răng lược tăng lên theo số lần mổ lấy thai, đặc biệt vết mổ cũ mổ lấy thai kèm nhau tiền đạo.
- 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 nhau cài răng lược.
- Vết mổ bóc nhân xơ TC.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng: (không đặc hiệu)

- Ra huyết âm đạo.
- 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.

2.2. Cận lâm sàng

a. Siêu âm

- Tam cá nguyệt 1:
  - Túi thai nằm thấp và làm tổ ở thành trước đoạn dưới tử cung, cơ tử cung đoạn dưới thành trước mỏng so với thành sau.
  - Cần phân biệt thai bám vết mổ cũ với thai trong tử cung và thấp: cơ thành trước đoạn dưới tử cung còn nguyên vẹn, bề dày thành trước và thành sau như nhau.
- Tam cá nguyệt 2,3:
  - Lacunae: bánh nhau có nhiều xoang mạch máu đa hình dạng nên hình ảnh bánh nhau không đồng nhất, có dạng "Moth-eaten"
  - Cơ tử cung vùng đoạn dưới VMC mỏng hoặc biến mất và được thay thế bằng các mạch máu mới tân sinh.
  - Mất đường echo kém ranh giới giữa cơ tử cung và bánh nhau.
  - Thành bàng quang: mất liên tục do sự xâm lấn của các chồi nhau và các mạch máu mới tân sinh.
  - Doppler: các dòng chảy với vận tốc cao (alizing) ở trong nhau, cơ tử cung và bàng quang

b. Cộng hưởng từ (MRI)

- Chỉ định MRI khi siêu âm không phù hợp với lâm sàng hoặc là siêu âm không thể chẩn đoán chắc chắn
- Đánh giá mức độ xâm lấn của bánh nhau.

c. Chẩn đoán các thể NCRL (bằng siêu âm ± MRI)

- Accreta: mất đường echo kém ranh giới giữa cơ tử cung và bánh nhau. Cơ tử cung đoạn dưới còn
- Increta: Cơ tử cung bị thay thế bởi các chồi nhau và mạch máu tân sinh
- Percreta: thành bàng quang bị xâm lấn bởi các chồi nhau và các mạch máu tân sinh

III. XỬ TRÍ

3.1. 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 hỗ trợ phổi thai.

3.2. 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 di chứng như: thai non tháng, băng huyết, truyền máu, cắt tử cung, 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).
- Hỗ trợ phổi từ 28 - 34 tuần.
- Tùy vào tình trạng của bệnh nhân để xác định thời điểm nhập viện (tối thiểu 1 tuần trước thời điểm chấm dứt thai kỳ).
- Bệnh nhân phải được điều trị tại cơ sở y tế có đầy đủ phương tiện hồi sức mẹ và sơ sinh, có ngân hàng máu.
- Bệnh nhân phải được phẫu thuật bởi các phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm trong phẫu thuật vùng chậu, bóc tách rộng đoạn dưới tử cung, 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 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 và thông niệu quản 2 bên (ureteral stents, JJ) trước mổ.

3.3. 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 tử cung toàn phần trong trường hợp NCRL thể nặng, phức tạp hoặc huyết động bệnh nhân không ổn định, chảy máu nhiều.
  - Phẫu thuật mổ lấy thai + bảo tồn TC theo quy trình kĩ thuật trong các trường hợp sản phụ trẻ tuổi, mong muốn giữ tử cung, không xuất huyết nhiều trước phẫu thuật, huyết động ổn định và ở các thể NCRL Accreta, Increta, hoặc Percreta một phần.

- Nắm rõ phân bố mạch máu tử cung 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 nhau cài răng lược.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Adhikari S et al. Int J Res Med Sci. 2016 Jan; 4 (1): 317-321.*
2. *American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Com ittee opinion #529. Placenta accreta. Obstet Gynecol 2012; 120:207.*
3. *AJOG. Placenta accreta. Nov. 2010*
4. *American College of Obstetricians and Gynecologists. Com tee Opinion No. 560. Medically indicated late-preterm and earl rm deliveries. Obstet Gynecol 2013; 121:908.*
5. *Comstock CH, Love JJ Jr, Bronsteen RA, et al. Sonographic detec of placenta accreta in the second and third trimesters of pregnancy. J Obstet Gynecol 2004; 190:1135.*
6. *Comstock CH. Antenatal diagnosis of placenta accreta: a re w. Ultrasound Obstet Gynecol 2005; 26:89.*
7. *J.M. Palacios- Jaraquemada. One-Step Conservative Surger for Abnormal Invasive Placenta (Placenta Accreta–Increta–Percreta A comprehensive textbook of Postpartum hemorrhage An essential cl cal reference for effective management 2nd edition 2012, Chapter 31.*
8. *Gary Cunningham. Placenta accreta syndrome in Obstetrical Hemorrhage Chappter 41, William Obstetrics 24th 2014.*
9. *M. Karoshi, J. M. Palacios-jaraquemada, L. G. Keith, 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 2012, Chapter 1.*

10. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. NIH Consensus Development Conference: Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. March 8–10, 2010

11. Publications Committee, Society for Maternal-Fetal Medicine, Belfort MA. Placenta accreta. Am J Obstet Gynecol 2010; 203:430.

12. Robinson BK, Grobman WA. Effectiveness of timing strategies for delivery of individuals with placenta previa and accreta. Obstet Gynecol 2010; 116:835.

13. Robert Resnik, MD Section Editors Charles J Lockwood, MD Deborah Levine, MD. Clinical features and diagnosis and management of placenta accreta, increta, and percreta. Up to date 2013

14. Placenta Praevia, Placenta Praevia Accreta and Vasa Praevia: Diagnosis and Management.Green- top Guideline No. 27 Jan 2011.

15. Placenta praevia. SOGC March 2007

16. Williams Obstetric (2010), 23rd, Placenta Accreta, Increta, and Percreta, Obstetrical hemorrhage, McGraw-Hill.

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

18. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. Am J Obstet Gynecol 2005; 192:1458.

25 HỞ EO TỬ CUNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng CTC suy yếu không thể giữ được thai trong buồng TC.

II. CHẨN ĐOÁN

- Dựa vào tiền sử sản khoa đơn thuần hoặc kết hợp siêu âm ng âm đạo đo chiều dài cổ tử cung. Một trong những tiêu chuẩn sau
  - Tiền sử sản khoa đơn thuần: sẩy thai to hoặc sinh non (trư 28 tuần) ≥ 2 lần liên tiếp với đặc điểm chuyển dạ nhanh không u.
  - Có tiền sử sẩy thai hoặc sinh non (từ 14 – 36 tuần) với đặc ểm chuyển dạ nhanh không đau, kèm yếu tố nguy cơ hở eo tử ng: nong nạo, khoét chóp, cắt đoạn cổ tử cung, rách cổ tử cung, nh lý collagen, bất thường ở tử cung/cổ tử cung.
  - Đo chiều dài cổ tử cung qua siêu âm đường âm đạo < 25 m và/ hoặc có sự thay đổi cổ tử cung qua thăm khám ở tuổi thai ước 24 tuần kèm yếu tố nguy cơ hở eo tử cung.
- Một số hình ảnh / Siêu âm CTC ngả âm đạo
  - Lỗ trong CTC hình phễu (khảo sát ở 2 trạng thái có và khô có áp lực lên buồng tử cung).
  - Sự tương quan giữa chiều dài CTC và hình dạng lỗ trong TC: 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.

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 tử cung.
- Có tiền sử khâu CTC.

3.2. Chống chỉ định khâu vòng CTC

- Tử cung có cơn co.
- Chảy máu từ tử cung.
- Viêm màng ối.
- Ối vỡ non.
- Bất thường thai nhi.
- Viêm sinh dục cấp.

3.3. Kỹ thuật khâu vòng CTC dự phòng

a. Thời điểm

Thực hiện ở tuổi thai 14 – 18 tuần (13 đến < 20 tuần).

b. 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.

c. 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 5mm (Mercilene).
  - 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.

d. Chăm sóc sau thủ thuật

- BN 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 BN 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 Progesteron 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 tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andrews WW, Copper R, Hauth JC, et al. Second-trimester cervical ultrasound: associations with increased risk for recurrent early spontaneous delivery. Obstet Gynecol 2000; 95:222.
2. Berghella V, Rafael TJ, Szychowski JM, et al. Cerclage for short cervix on ultrasonography in women with singleton gestations and previous preterm birth: a meta-analysis. Obstet Gynecol 2011; 117:663.
3. Berghella V, Mackeen AD. Cervical length screening with ultrasound-indicated cerclage compared with history-indicated cerclage for prevention of preterm birth: a meta-analysis. Obstet Gynecol 2011; 118:148.
4. Committee opinion no. 522: incidentally detected short cervical length. Obstet Gynecol 2012; 119:679.
5. Crane JM, Hutchens D. Transvaginal sonographic measurement of cervical length to predict preterm birth in asymptomatic women at increased risk: a systematic review. Ultrasound Obstet Gynecol 2008; 31:579.
6. Daya S. 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. 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 1993; 100:516.
8. Macdonald R, Smith P, Vyas S. Cervical incompetence: the use of transvaginal sonography to provide an objective diagnosis. Ultrasound Obstet Gynecol 2001; 18:211.
9. Owen J, Hankins G, Iams JD, et al. Multicenter randomized trial of cerclage for preterm birth prevention in high-risk women with shortened midtrimester cervical length. Am J Obstet Gynecol 2009; 201:375.e1.
10. Owen J, Yost N, Berghella V, et al. Mid-trimester endovaginal sonography in women at high risk for spontaneous preterm birth. JAMA 2001; 286:1340.
11. Society for Maternal-Fetal Medicine Publications Committee, with the assistance of Vincenzo Berghella, MD. Progesterone and preterm birth prevention: translating clinical trials data into clinical practice. Am J Obstet Gynecol 2012; 206:376.

26 CHUYỂN DẠ SINH NON

I. ĐỊNH NGHĨA - PHÂN LOẠI

- Sinh non là khi trẻ được sinh ra ở tuổi thai từ hết 22 tuần đến trước 37 tuần.
- Phân loại theo WHO 2014:
  - Sinh cực non: < 28 tuần
  - Sinh rất non: từ 28 – < 32 tuần
  - 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

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Tiền căn sinh non.
- Tuổi mẹ < 17 hay > 35.
- Tình trạng kinh tế xã hội thấp.
- Suy dinh dưỡng (BMI < 18,6).
- Hút thuốc, uống rượu.
- Đa thai, chuyển nhiều phôi trong thụ tinh ống nghiệm.
- Tử cung dị dạng.
- Viêm cổ tử cung.
- Hở eo tử cung, chiều dài kênh cổ tử cung ngắn...

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Có 4 cơn gò tử cung trong 20 phút hay 8 cơn trong 60 phút, cơn gò sờ thấy được và gây đau.
- Cổ tử cung mở ≥ 2 cm hoặc xóa trên 80%.
- Có sự thay đổi ở cổ tử cung được nhận định bởi một người khám trong nhiều lần khám liên tiếp.

- Các dấu hiệu khác: ra nhớt hồng hoặc dịch nhầy cổ tử cung, đau thắt lưng, trằn nặng bụng.

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 (< 25 mm).
- Có thể xét nghiệm fetal fibronectin (fFN) (theo hướng dẫn của nhà sản xuất).

IV. XỬ TRÍ

4.1. Dự phòng

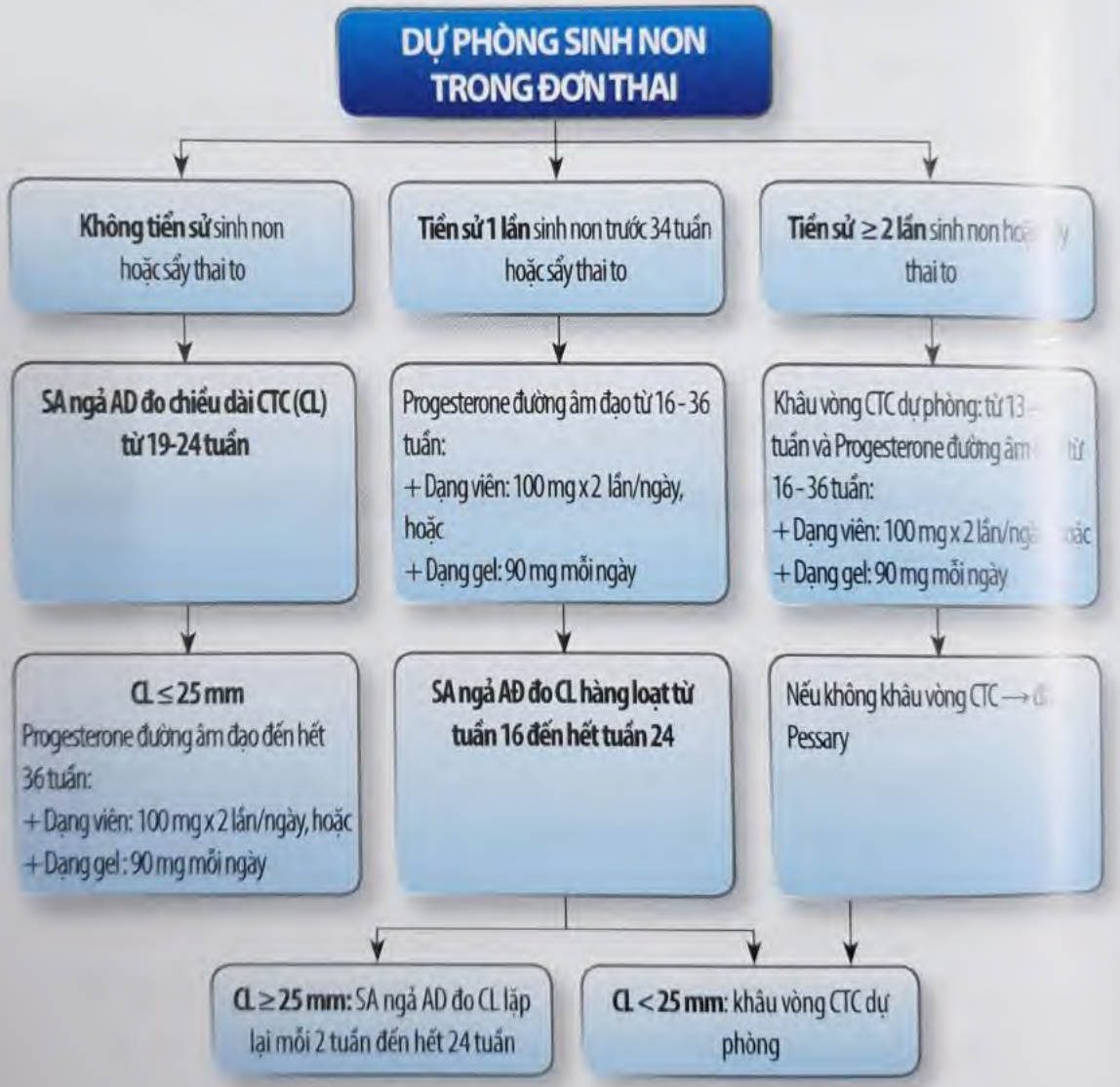
- Xác định nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao.
- Hướng dẫn sản phụ các yếu tố nguy cơ.
- Chế độ ăn uống hợp lý, đầy đủ dinh dưỡng.
- Không hút thuốc uống rượu, nghỉ ngơi nhiều, giảm vận động nặng.
- Hạn chế số lượng phôi chuyển ở những phụ nữ có hỗ trợ sinh sản nhằm hạn chế đa thai.
- Tầm soát và điều trị viêm cổ tử cung ở tuổi thai từ 24 - 28 tuần.
- Khâu vòng cổ tử cung hoặc dùng Pessary cổ tử cung dự phòng hoặc nếu có hở eo tử cung.

a. 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).
- Chống chỉ định
  - Viêm nhiễm sinh dục tiến triển.
  - Đang ra huyết AĐ.
  - Có dấu hiệu chuyển dạ: ối rỉ hoặc vỡ, CTC đã xóa và mở ≥ 3cm, có cơn gò đều đặn ≥ 2 cơn/10 phút, đầu ối sa vào AĐ.
- Thời điểm đặt
  - Từ 14 - 32 tuần.
  - Hoặc 2 tuần trước thời điểm sẩy thai to hoặc sinh non lần trước.

- Biến chứng
  - Tiểu/ 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 tiểu/tiểu, khám MV 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

b. Lưu đồ dự phòng sinh non (kèm theo)



4.2. Điều trị

a. Mục tiêu điều trị

- Cho phép can thiệp kịp thời các trường hợp sinh non (giảm bệnh suất và tử suất cho thai nhi).
- Đảm bảo an toàn cho mẹ và thai nhi.
- Hạn chế nhập viện các thai kỳ không có nguy cơ sinh non cao.
- Có thời gian dùng đủ liều corticosteroid cho tuổi thai từ 26 - 34 tuần.

b. Nguyên tắc điều trị

- Hướng dẫn sản phụ nằm nghỉ ngơi tuyệt đối, không kích thích đầu vú và tránh giao hợp.
- Ăn uống hợp lý đầy đủ dinh dưỡng. Ăn nhiều trái cây, rau xanh, ngũ cốc để tránh táo bón.
- Dùng thuốc cắt cơn gò trong vòng 48 giờ, cố gắng trì hoãn cuộc sinh ít nhất 24 giờ.
- Không phối hợp nhiều loại thuốc cắt cơn gò cùng lúc.
- Không điều trị dọa sinh non cho thai từ 36 tuần trở lên.
- Hỗ trợ phổi thai bằng corticosteroid.
- Phối hợp với BS sơ sinh chuẩn bị phương tiện hồi sức và chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng.

Điều trị cắt cơn gò bằng thuốc

- Chống chỉ định tuyệt đối
  - Nguy cơ cho mẹ và thai do kéo dài thai kỳ hay nguy cơ do thuốc cao
  - hơn nguy cơ sinh non.
  - Thai chết trong tử cung.
  - Thai dị tật bẩm sinh nặng.
  - Thai suy cấp.
  - Tiền sản giật nặng hay sản giật.
  - Nhiễm trùng ối.
- Chống chỉ định tương đối
  - Xuất huyết trước sinh nhiều (cân nhắc trong nhau tiền đạo).
  - 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 và Salbutamol.
- Ối vỡ non.

Thuốc	Chống chỉ định	Liều dùng	Tác dụng phụ	Theo dõi
Nifedipin	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.	- Liều tấn công uống 30 mg (không sử dụng viên tác dụng kéo dài) hiệu quả tác dụng giảm go sau 30-60 phút. - Sau đó 10 - 20mg mỗi 4-6 giờ trong 24-48 giờ (ACOG 2012).	- Hạ huyết áp đặc biệt ở BN tăng huyết áp 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 M, 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.
Salbutamol	- Mẹ hoặc thai bị bệnh tim nặng, mẹ bị tiểu đường đang điều trị Insulin, bệnh tuyến giáp, dị ứng với thuốc. - Song thai, đa thai	- Truyền TM 5mg/5ml pha trong Glucose 5% (nồng độ 10mcg/ml). TTM: 60ml/g (20 giọt/phút, 10 mcg/phút), tăng thêm 20ml/g (7 giọt/phút, 3,3mcg/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/g (60 giọt/phút, 30 mcg/phút). - Dùng bơm tiêm điện: Pha Salbutamol 5mg/5ml trong 95 ml NaCl 0,9% (dd 50 mcg/ml Salbutamol). BTĐ 12ml/g (10mcg/phút). Tăng 4ml/g (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/g (30 mcg/phút).	- Mẹ: tăng nhịp tim, hạ HA, run hoặc phù phổi cấp (3%), tăng đường huyết và hạ Kali máu. - Thai: TT nhanh, hạ đường huyết và kali huyết.	- Theo dõi M, HA mẹ mỗi 15 phút trong giờ đầu sau đó mỗi 4 giờ. XN Urê, 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.

tosiban	Mẹ dị ứng với các thành phần của thuốc	-Bước 1: Liều tấn công: lọ 1 (37,5mg/5ml) lấy 6,75 mg Atosiban (0,9 ml) pha 10 ml Ringer Lactat tiêm TMC > 1 phút (còn 4,1ml) -Bước 2: Liều duy trì: lọ 1 còn 30,75 mg (4,1 ml) Atosiban pha 36,9 ml Ringer Lactat, truyền bơm tiêm điện 24ml/giờ. Sau đó pha lọ 2 (37,5mg/5ml) trong 45 ml Ringer Lactat truyền BTĐ 24 ml/giờ trong 3 giờ đầu -Bước 3: Lọ 2 còn 19 ml ở bước 2 truyền BTĐ 8ml/giờ. Từ lọ 3: pha với 45 ml Ringer Lactat 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.

4.3. Dùng corticosteroid

- Chỉ định: tuổi thai từ 26 - 34 tuần. Dùng thuốc 1 đợt duy nhất.
  - Thường quy cho thai 28 - 34 tuần.
  - Thai 26 - 28 tuần: cân nhắc tùy trường hợp.
- Chống chỉ định sử dụng Corticosteroid: không thể trì hoãn hoặc không nên trì hoãn chuyển dạ trong 48 giờ hay tuổi thai > 34 tuần hay tỉ lệ Leucithin/ Sphingomyelin >2.
  - Betamethason 12 mg TB 2 liều cách nhau 24 giờ.
  - Hoặc Dexamethason 6 mg TB 4 liều cách nhau 12 giờ.

4.4. Dùng Magnesium sulfat dự phòng tổn thương não ở trẻ sinh non

- Chỉ định: Thai 28 - 32 tuần: có nguy cơ sắp sinh non (bao gồm cả những trường hợp đã vỡ ối)
- Chống chỉ định
  - CTC ≥ 8 cm
  - Sản phụ dự tính sẽ sinh trong vòng 2 giờ
  - Tăng huyết áp hoặc tiền sản giật (sử dụng theo phác đồ Tăng huyết áp thai kỳ)
- Liều lượng: Magnesium sulfat 4,5g liều duy nhất, truyền tĩnh mạch chậm trong 20 – 30 phút.

Khuyến cáo	Mức độ chứng cứ
Sử dụng 1 đợt corticosteroid từ 24-34 tuần trong các trường hợp có nguy cơ sinh trong vòng 7 ngày (ACOG – Khuyến cáo A)	1
Sử dụng progesterone đặt âm đạo từ 16-24 tuần ở thai kỳ đơn thai ở các trường hợp có tiền căn sinh non để giảm nguy cơ tái phát (ACOG – Khuyến cáo A)	1
Nifedipin và Atosiban gây ít tác dụng phụ và có hiệu quả trì hoãn sinh non đến 7 ngày và cải thiện kết quả sơ sinh (RCOG - Khuyến cáo A)	1
Điều trị duy trì thuốc giảm co không có lợi ích và không được khuyến cáo vì không có sự khác biệt rõ về bệnh suất và tử vong chu sinh (RCOG - Khuyến cáo A)	1
Khâu CTC làm tăng nguy cơ sanh non trong song thai nên không khuyến cáo khâu CTC khi chiều dài kênh CTC < 25mm trong song thai (ACOG - Khuyến cáo B)	1
Không sử dụng phối hợp nhiều loại thuốc giảm co vì sẽ tăng nguy cơ tác dụng phụ trên mẹ và thai nhi (RCOG – Khuyến cáo B)	2
Đối với tuổi thai từ 32 – 34 tuần, khuyến cáo sử dụng đầu tay với Nifedipine. Thuốc kế tiếp được khuyến cáo sử dụng là beta-adrenergic receptor agonist, nếu có điều kiện thì nên dùng Atosiban (Uptodate - Khuyến cáo B).	2

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *ACOG Practice bulletin No.130: Prevention and prediction of preterm birth. 2012*
2. *ACOG Practice bulletin No.142: Cerclage for the management of cervical insufficiency. Obstetrics and gynecology. 2014*
3. *ACOG. Management of preterm labour. Obstet Gynecol No.43, 127. 2012*
4. *FIGO Committee report: Best practice in maternal–fetal medicine. 2015*
5. *RCOG Green-top guideline No.60: Cervical cerclage. 2011*

6. RCOG February 2011: Tocolytis for woman in preterm labour
7. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM): The role of routine cervical length screening in selected high- and low-risk women for preterm birth prevention. 2016
8. SOGC Clinical practice guideline No.301:cCervical Insufficiency and Cervical Cerclage. 2013
9. Alabama Perinatal Excellence Collaborative (APEC) Preterm labour Guideline 2013.
10. Anotayanonth S, Subhedar NV, Garner P, et al. Betamimetics for inhibiting preterm labour. Cochrane Database Syst Rev 2004: CD004352.
11. Caritis SN, Simhan HN. Beta adrenergic agonists and neonatal outcome. Am J Obstet Gynecol 2010; 203-16.
12. Chang HH, Larson J, Blencowe H, et al. Preventing preterm births: analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index. Lancet 2013; 381:223.
13. Dodd Jodie M. Prenatal administration of progesterone for preventing preterm birth in woman considered to be at risk of preterm birth. Cochrane databaseof systematic review
14. Haas DM, Imperiale TF, Kirkpatrick PR, et al. Tocolytic therapy: a meta-analysis and decision analysis. Obstet Gynecol 2009; 113:585.
15. Iams JD, Cebrik D, Lynch C, et al. The rate of cervical change and the phenotype of spontaneous preterm birth. Am J Obstet Gynecol 2011; 205:130.e1.
16. Ingemarsson I. Tocolytic therapy and clinical experience. Combination therapy. BJOG 2005; 112 Suppl 1:89.
17. J Perinat.Med.34 (2006) 359-366.
18. NSW kids and Families Maternity- Tocolytic Agents for Threatened Preterm Labour Before 34 Weeks Gestation May 2011

27 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 tho nhi nếu được sinh ra thì lớn hơn các nguy cơ tiềm tàng của việc tie tục kéo dài thai kỳ.

2.1. Chỉ định

- Tăng huyết áp thai kỳ, sản giật, tiền sản giật.
- ĐTĐ thai kỳ.
- Bệnh lý mẹ (ĐTĐ, CHA mạn, bệnh lý thận, hội chứng kh ng Phospholipid, bệnh lý tim, bệnh lý phổi nặng)
- Thai quá ngày dự sinh và thai quá ngày (≥ 41 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

2.2. Chống chỉ định

- Tiền căn mổ dọc thân tử cung, mổ bóc UXTC, vỡ TC, xén góc TC.

- Nhau tiền đạo hoặc mạch máu tiền đạo (nhau tiền đạo type 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 CTC.
- Bất tương xứng giữa thai và khung chậu.
- Ngôi bất thường: ngôi ngang, ngôi mông
- 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.

Đánh giá / Điểm	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	

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, 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, thông Foley, CRB
- Bấm ối

4.2. Phương pháp hóa học

a. Prostaglandin E2

- Dinoproston là dạng Prostaglandin E2 tổng hợp, sử dụng để KPCD trên những sản phụ ối vỡ non, hoặc thai quá ngày nhưng không có VMC.
- Dinoproston có 3 dạng: dạng gel, dạng hệ phân phối thuốc đặt âm đạo, dạng viên đạn.
  - Gel Dinoproston 0,5 mg/3g (2,5ml 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 Dinoproston 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 Dinoproston 10 mg để đo tim thai.
    + Hệ phân phối thuốc đặt âm đạo Dinoproston 10 mg đ[illegible]c lấy ra sau 24 giờ hoặc khi chuyển dạ bắt đầu.
  - Viên đạn Dinoproston 20 mg thường được sử dụng cho [illegible]ững trường hợp thai 12- 20 tuần.
- Theo dõi
  - Theo dõi tim thai và cơn gò bằng monitor sau khi sử [illegible]ụng Protaglandin E2.
  - Sử dụng Oxytocin sau khi làm chín muồi CTC bằng Prostagl[illegible] E2 ít nhất 6-12 giờ đối với gel 0,5mg Dinoproston và ít nhất 30 p[illegible] sau khi lấy hệ phân phối thuốc đặt âm đạo Dinoproston 10 mg ra
- Chống chỉ định
  - Hen suyễn nặng
  - Tăng nhãn áp, hoặc tăng áp lực nội nhãn.

b. Prostaglandin E1: (xem thêm phác đồ CDTK từ 18 – 27 tuần)

- Thai ≥ 28 tuần và không có khả năng nuôi được (thai lưu, thai DTBS, thai chậm tăng trưởng mất bù): 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 VMC).
- Trong trường hợp cần KPCD ngay (TSG nặng, nhiễm trùng ối): có thể không sử dụng Mifepriston.

- 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.
- Chống chỉ định
  - Tiền căn suyễn 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.

c. Oxytocin

- Có 2 cách sử dụng
  - Phác đồ "liều thấp": liều khởi đầu thấp, tăng liều chậm, liều tối đa 30 mIU/min.
  - Phác đồ "liều cao": liều khởi đầu cao, tăng liều nhanh, liều tối đa 30 mIU/min.
- 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.
    + 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 3 cơn gò/10 phút hoặc CTC không thay đổi – 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 MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT

- Trường hợp có VMC
  - KPCD trên vết mổ cũ MLT 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 CDTK mà thai không có khả năng nuôi được.
- Ối vỡ ≥ 12 giờ, thai ≥ 34 tuần, chưa vào chuyển dạ: KP[illegible]D bằng Oxytocin, đánh giá thành công sau 12 giờ.
- Song thai, ngôi 1 là ngôi đầu, không có chống chỉ định [illegible]CD có thể KPCD bằng Oxytocin và/hoặc kết hợp với các phươ[illegible] pháp làm chín muồi CTC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). [illegible]ctice Bulletin. Induction of Labor. Number 107, August 2009.*
2. *Who- Recommendations for induction labor- page 5.*
3. *Williams Obstetrics 24th. Induction and Augmentation of Labor.*
4. *Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth" So[illegible]y of Obstetrics and Gynaecologists of Canada (SOGC).*
5. *Guidelines for induction of labor Society of Obstetrics and Gynaeco[illegible]gists of Canada (SOGC) 2013*
6. *High rish pregnancy 2015. In duction labor*
7. *National Institute for Health and Cara Exellance (NICE). Clinical guideline. Published: 23 July 2008. nice.org.uk/guidance/cg70*
8. *American College of Obstricians and Gynecologists (ACOG). Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery. Number 115, August 2010*
9. *American College of Obstricians and Gynecologists (2008) Management of postterm pregnancy", ACOG Pratice Bulletin, N 55.*

NGHIỆM PHÁP SINH NGẢ ÂM ĐẠO TRÊN SẢN PHỤ CÓ SẸO MỔ LẤY THAI

28

I. ĐIỀU KIỆN

- Sẹo mổ ngang đoạn dưới tử cung
- 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
- 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 tử cung hay chữ T, bóc nhân xơ tử cung, xen góc tử cung (thai ngoài tử cung đoạn kẽ)
- Tiền căn vỡ tử cung
- Ngôi bất thường (mông, ngang...)
- Nghi ngờ bất xứng đầu chậu
- Dị dạng tử cung
- Con to
- Song thai đủ tháng
- Chống chỉ định sinh ngả âm đạo (nhau tiền đạo, ...)
- Không đủ điều kiện phẫu thuật cấp cứu.

III. XỬ TRÍ

- Lý tưởng là chờ chuyển dạ tự nhiên (không can thiệp < 41 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 tử cung 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 tử cung kiểm tra vết mổ chỉ cần thiết khi có dấu hiệu nghi ngờ nứt vết mổ.

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.

NGHIỆM PHÁP LỌT NGÔI CHỎM 29

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 xóa và mở ≥ 4 cm.
- Cơn co tử cung 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 tử cung dồn dập (> 5 cơn co/10 phút), dọa vỡ tử cung.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thai suy.
- Các ngôi không phải là ngôi chỏm.
- Có sẹo mổ cũ ở tử cung.

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 tử cung, ngôi thai.
- Bước 3: Bấm ối khi có cơn co tử cung và xé rộng màng ối để cho ngôi tì vào cổ tử cung. 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 tử cung, 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 tử cung dồn dập, liên tục dù đã ngừng Oxytocin và cho thuốc giảm co.
  - Thai suy.
  - Sa dây rốn.
  - Sau 2 giờ làm nghiệm pháp, cổ tử cung không mở thêm [illegible] 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 cổ tử cung mở thêm 2 cm trở lên, tim thai trong giới hạn bình thường, ngôi thai xuống sâu hơn trong tiểu khung, có thể quyết định cho theo dõi thêm; khi cổ tử cung mở hết đầu lọt thấp, có thể cho sản phụ sinh thường hay sinh giúp bằng dụng cụ.

SINH KHÓ DO VAI 30

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.

II. XỬ TRÍ

Các bước chính

- Kêu gọi sự hỗ trợ của BS sản khoa, nữ hộ sinh, BS gây mê hồi sức và BS sơ sinh.
- Cắt rộng TSM.
- 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 giãn.
- Gãy xương đòn.
- Ngạt nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Bộ Y tế - Vụ sức khỏe bà mẹ và trẻ em - Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản 2009.*
2. *Bộ Y tế: Xử trí biến chứng trong khi mang thai và khi sinh. NXB Y học 2003*
3. *Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh: Thực hành sản phụ khoa - NXB Y học 2004*
4. *Hội sản phụ khoa Hoa Kỳ 2009: Diễn giải biểu đồ tim thai trong khi sinh và nguyên tắc xử trí.*

XỬ TRÍ THAI THỨ HAI TRONG SONG THAI

31

Trong song thai, sau khi thai thứ nhất sổ, thường có biến cố xảy ra với thai thứ hai. Thai thứ hai có thể bị xoay trong tử cung, cơn co tử cung thưa, mẹ thì 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 ngay sau sổ thai thứ nhất để kiểm tra độ xóa mở CTC, ngôi, thế, kiểu thế của thai thứ hai.
- Nếu ngôi chỏm thì chờ đợi có cơn co tử cung 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 buồng tử cung.
- Kiểm tra bánh nhau và màng nhau.
- Đề phòng BHSS.

II. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nếu buồng ối thứ hai bị vỡ đột ngột, thai trở thành ngôi vai, tử cung siết chặt vào thai, không thể làm thủ thuật nội xoay: phải phẫu thuật lấy thai.
- BHSS → xử trí theo phác đồ BHSS.

2 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 thời phát chuyển dạ hoặc đã chuyển dạ nhưng cơn co thưa, yếu.
- Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ.
- Đề 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.

III. CÁCH DÙNG

3.1. Trước sinh

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 đv (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.

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 qui định Hướng Dẫn Quốc Gia tùy giai đoạn của cuộc chuyển dạ.
- 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 CTC, hoặc
  - MLT.

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 (Tham khảo 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.
  - Có thể phối hợp thuốc giảm gò: Phloroglucinol 40 mg + Trimethylphloroglucinol 0.03 mg (tiêm mạch hoặc tiêm bắp). Theo dõi sát tần số cơn gò và tình trạng tim thai trong 30 - 45 phút. Sau 45 phút cơn gò TC 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 TC.

4.3. Thai suy cấp trong chuyển dạ

- Nếu có dấu hiệu suy thai phải ngừng truyền Oxytocin — tham khảo phác đồ "Thai suy cấp"
- Sau khi ngưng truyền Oxytocin 15 phút không có kết quả phải phẫu thuật lấy thai ngay hoặc forceps 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 TM trực tiếp.
- Gây tụt huyết áp, giảm tưới máu động mạch vành, ngưng ti

4.7. Giãn 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.

XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN 3 CHUYỂN DẠ

33

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.

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.

KỸ THUẬT

Các bước chính được WHO, FIGO, ICM và BYT thống nhất khuyến cáo gồm

1. Ngay sau sổ thai hoặc sau cắt dây rốn hoặc sau sổ nhau: tiêm bắp 10 đơn vị Oxytocin. Nếu người bệnh đang được truyền dịch, có thể sử dụng oxytocin 20 đơn vị truyền TM XXX giọt/phút.
2. Giải thích những việc sẽ làm cho sản phụ.
3. Kiểm tra TC co hồi chưa, không có cầu bàng quang.
4. Kéo dây rốn có kiểm soát: Một tay chặn trên xương vệ, đẩy nhẹ tử cung lên trên, một tay kéo nhẹ dây rốn xuống.
5. Đỡ nhau và màng nhau.
6. Xoa đáy TC kích thích TC co hồi tốt.

IV. KHÓ KHĂN VÀ XỬ TRÍ

Nhau không tróc

- 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 làm 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".

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".

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".

GIẢM ĐAU SAU SINH NGẢ ÂM ĐẠO

34

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tần suất, mức độ và thời gian đau liên quan đến độ sang chấn 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, massage 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.
- 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 x 2 viên uống sau sinh (khi chuyển hậu sản). Lưu ý: liều lặp lại Paracetamol nếu sản phụ có sử dụng trong vòng 4 giờ trước đó.
  - Liều độc đối với gan: > 4 g/24 giờ.
- Thuốc chống viêm không steroid
  - Ibuprofen uống 600 - 1200 mg/ngày, chia 2 - 4 lần/ngày ặc
  - 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 v ồn nôn, tăng các transaminase, mẩn ngứa...
- Paracetamol + Ibuprofen (325 mg + 200 mg) uống 1-2 v x 3 lần/ngày.
- Có thể dùng Tramadol 100 mg (truyền tĩnh mạch) hoặc Ne am (tiêm bắp hoặc truyền tĩnh mạch chậm) trong trường hợp dị ứng với Paracetamol và thuốc chống viêm không steroid.
- Thời gian dùng thuốc giảm đau: Sử dụng trong 1 - 2 ngày đ 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.

Chương 2

PHỤ KHOA

5 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 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

- 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.

Chú ý: Metronidazole không dùng trong 3 tháng đầu thai kỳ.

IV. THEO DÕI

- Tái khám khi có gì lạ.
- Khám phụ khoa định kỳ.

36 VIÊM ÂM ĐẠO DO NẤM

75% phụ nữ bị viêm âm đạo do nấm 1 lần trong đời.

Yếu tố thuận lợi: dùng kháng sinh phổ rộng, kéo dài; gia tăng glycogen âm đạo: thai kỳ, tiểu đường, thuốc ngừa thai chứa estrogen liều cao; suy giảm miễn dịch; môi trường âm đạo ẩm, ướt.

I. NGUYÊN NHÂN

Nấm Candida albicans.

II. CHẨN ĐOÁN

- 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.
- Cận lâm sàng
  - Soi nhuộm có sợi tơ nấm hoặc bào tử nấm.

III. ĐIỀU TRỊ (thuốc uống, đặt âm đạo, thoa ngoài da)

- 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
  - 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

- Econazol 150 mg đặt âm đạo 1 viên/ngày x 3 ngày, hoặc
- Econazol nitrat 150 mg (vi hạt) đặt âm đạo 1 viên/12 giờ x 1 ngày, hoặc
- Miconazol 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: Clotrimazol.

• Vệ sinh tại chỗ
- Natri hydrocarbonat 5 g pha rửa âm hộ.
- Povidon iodin 10%.

Chú 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.

IV. THEO DÕI

• Tái khám khi có gì lạ.

• Khám phụ khoa định kỳ

37 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

- Lâm sàng
  - Huyết trắng nhiều, màu vàng hay xanh loãng, có bọt, có m anh.
  - Có thể ngứa, tiểu rát.
  - Trường hợp nặng: có dấu hiệu trái dâu tây: âm đạo và c cung có những điểm xuất huyết nhỏ, lấm tấm.
- Cận lâm sàng
  - Soi tươi: trùng roi di động và nhiều bạch cầu.

III. ĐIỀU TRỊ

- Metronidazole/Secnidazole/Tinidazole 2 g uống 1 liều d nhất, hoặc
- Metronidazole 500 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống trong b ăn).

Chú 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.

VIÊM ÂM ĐẠO DO THIẾU NỘI TIẾT 38

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

- 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.
- 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.

IV. THEO DÕI

- Sau điều trị hết đợt cấp thì phải duy trì.
- Tái khám khi có gì lạ.
- Khám phụ khoa định kỳ.

39 VIÊM CỔ TỬ CUNG

Hai tác nhân gây bệnh thường gặp nhất là Neisseria gonorrhoeae và Chlamydia trachomatis.

10% - 20% viêm cổ tử cung sẽ diễn tiến đến viêm vùng chậu.

I. NGUYÊN NHÂN

Neisseria gonorrhoeae và Chlamydia trachomatis.

II. CHẨN ĐOÁN

- Lâm sàng
  - Không có triệu chứng lâm sàng nổi bật.
  - Có nhiều huyết trắng màu vàng hay xanh, đóng ở cổ tử cung.
  - Cổ tử cung lộ tuyến, viêm đỏ, phù nề, dễ chảy máu khi đụng chạm.
- Cận lâm sàng
  - Xét nghiệm vi trùng học huyết trắng lấy từ kênh cổ tử cung sau khi đã chùi sạch cổ ngoài, có nhiều tế bào bạch cầu.
  - Nếu có song cầu gram (-) hình hạt cà phê có thể chẩn đoán nguyên nhân do lậu cầu.
  - Nếu XN có VK lậu → điều trị thêm Chlamydia (theo WHO).

III. ĐIỀU TRỊ

3.1. Điều trị lậu cầu

- Lựa chọn 1: Ceftriaxone 250 mg tiêm bắp liều duy nhất + Azithromycin 1 g uống liều duy nhất.
- Lựa chọn 2 (nếu Ceftriaxone không có sẵn): Cefixime 400 mg uống liều duy nhất + Azithromycin 1 g uống liều duy nhất.

Chú ý:

- *Luôn điều trị cho bạn tình.*
- *Nếu xét nghiệm lậu (+) → tư vấn HIV, VDRL, HBsAg.*
- *Khi BN có thai: Ceftriaxone 250 mg tiêm bắp liều duy nhất + Azithromycin 1 g uống liều duy nhất.*

3.2. Điều trị Chlamydia

- Lựa chọn 1
  - Azithromycin 1 g uống liều duy nhất, hoặc
  - Docycyclin 100 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày (uống sau ăn).
- Lựa chọn 2
  - Erythromycin 500 mg x 4 lần/ngày x 7 ngày (uống), hoặc
  - Levofloxacin 500 mg x 1 lần/ngày x 7 ngày (uống).

Chú ý:

- *Luôn điều trị cho bạn tình.*
- *Khi BN có thai: Azithromycin 1 g uống liều duy nhất hoặc Amoxicillin 500 mg x 3 lần/ngày x 7 ngày (uống), hoặc Erythromycin 500 mg x 4 lần/ngày x 7 ngày (uống).*

IV. THEO DÕI

- Tái khám sau 7 ngày hoặc ngay khi có gì lạ.
- Khám phụ khoa định kỳ.

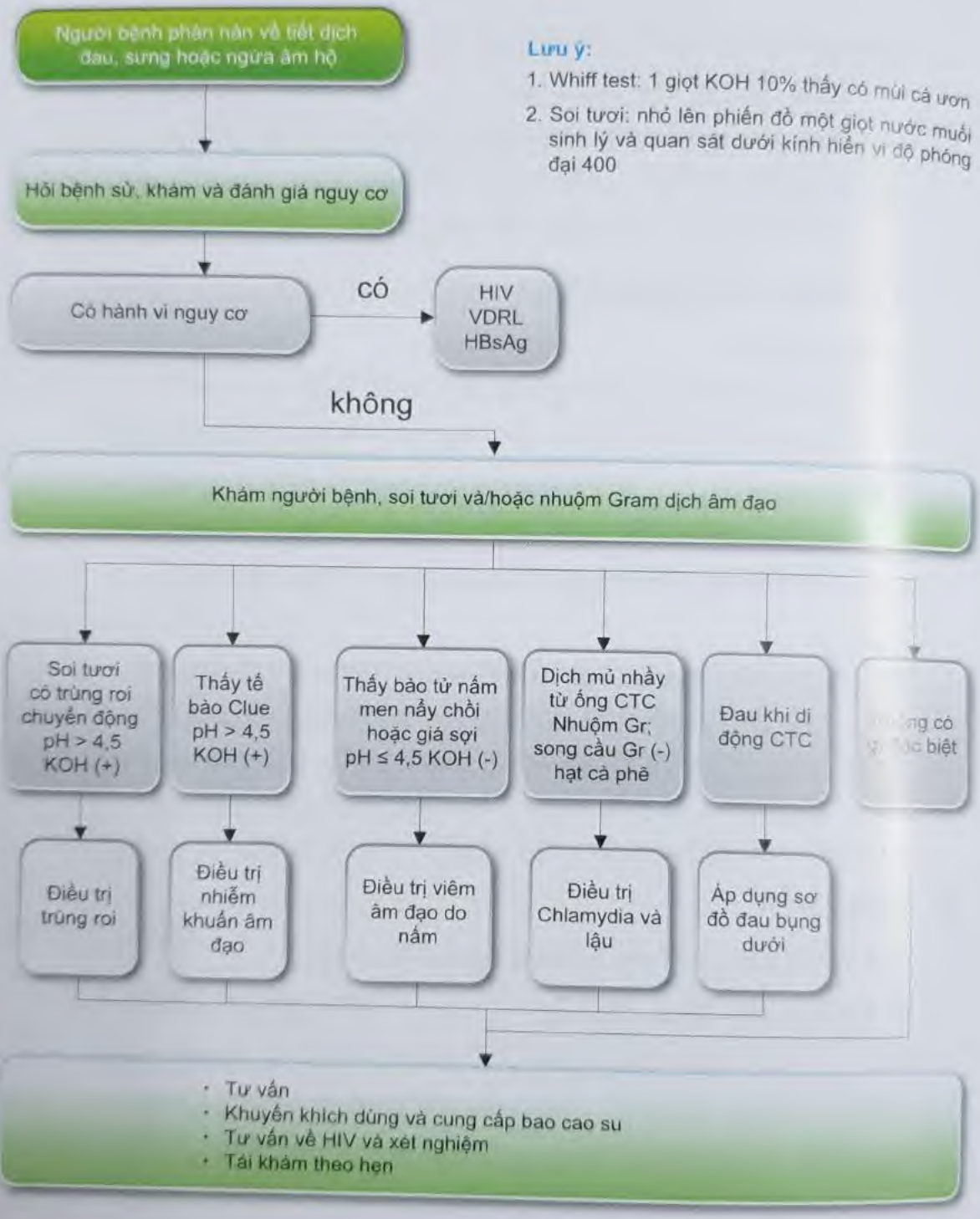
TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2015, Centers for Disease Control and Prevention, Recommendation and Reports, 6/2015, Vol.64, p.53-68.*

40 SƠ ĐỒ HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ TIẾT DỊCH ÂM ĐẠO

Lưu ý:

1. Whiff test: 1 giọt KOH 10% thấy có mùi cá ươn
2. Soi tươi: nhỏ lên phiến đồ một giọt nước muối sinh lý và quan sát dưới kính hiển vi độ phóng đại 400



VIÊM SINH DỤC DO HERPES 41

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, XN CLS ít thực hiện. Nếu cần hội chẩn thêm chuyên khoa.

- 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.
- 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).

III. 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 1 g 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.

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 c virus mà chỉ làm giảm triệu chứng bệnh và giảm thời gian bị h.
- Người bệnh có nguy cơ nhiễm HIV rất cao và nguy cơ lá hiễm cao cho thai nhi (đặc biệt trong giai đoạn chuyển dạ).
- Khả năng lây cho bạn tình là rất cao trong suốt cuộc đ ên tư vấn phòng lây nhiễm (an toàn tình dục, sử dụng bao cao s 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.

VIÊM SINH DỤC DO GIANG MAI 42

I. NGUYÊN NHÂN

- Là bệnh lây qua đường tình dục, đứng thứ hai sau AIDS.
- Do xoắn khuẩn: Treponema Pallium.
- 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, CTC.
- Săng giang mai: 6 đặc tính của Alfred Fournier
  1. Vết lở tròn hay bầu dục, đường kính 0,5 – 2 cm.
  2. Giới hạn rõ và đều đặn, thường không có bờ.
  3. Đáy sạch, trơn, bóng láng, màu đỏ như thịt tươi.
  4. Bóp không đau.
  5. Nền cứng chắc như bìa hộp.
  6. 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.
- 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. PHÒNG BỆNH VÀ ĐIỀU TRỊ

Phòng bệnh

- Phòng bệnh cá nhân
  - Trong giao hợp: nên dùng bao cao su.
  - Khi cần chích thuốc, dùng kim tiêm một lần rồi bỏ, 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.

Điều trị: chuyển điều trị theo chuyên khoa.

BỆNH HẠ CAM (CHANCROID)

43

I. NGUYÊN NHÂN

Bệnh hạ cam là một BLQĐTD 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, 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 1-2cm. 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 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.

2.2. Cận lâm sàng

- Nhuộm Gram hoặc Giemsa: trực khuẩn gram âm, ngắn, xếp thành chuỗi song song như đàn cá bơi hoặc dải 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.

44 SÙI MÀO GÀ SINH DỤC (MỤN CÓC SINH DỤC)

I. NGUYÊN NHÂN

- Siêu vi 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 cóc 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 LTQĐTD.

VIÊM VÙNG CHẬU 45

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.

. 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 urelyticum.
  - Streptococcus, Staphylocoques, Haemophilus influenzae.
  - E.coli, Klebsiella, yếm khí, Bacteroides fragilis.
  - Cytomegalovirus (CMV), Mycoplasma hominis

II. 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.

V. CHẨN ĐOÁN

4.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán: theo tiêu chuẩn CDC 2010

- Tiêu chuẩn chính (Cần thiết): BN 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°C (nhiệt độ miệng).
- Khí hư âm đạo - CTC 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

• βhCG

• CA125 tăng

• Tổng phân tích nước tiểu

• Siêu âm

• 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 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).

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) 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.

- **Lựa chọn 2**

  - Ofloxacin 400 mg 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 500 mg 1 lần/ngày (uống) trong 14 ngày

    (+/-) Metronidazole 500 mg x 2 lần/ngày (uống) trong 14 ngày.

6.4. Điều trị nội trú

- **Nguyên tắc điều trị nội trú**

  - Điều trị với kháng sinh TM ít nhất 48 giờ
  - Chuyển sang kháng sinh đường uống nếu sau 48 giờ triệu chứng lâm sàng cải thiện.

- **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

  Cephalosporine thế hệ III như Ceftriaxone 1 - 2 g (TM) 1 lần/ngày + Doxycycline 100 mg (uống hay TM) mỗi 12 giờ.

  Ngưng KS 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 4 lần/ngày (uống) trong 14 ngày.
  - Trường hợp BN không dung nạp với Doxycycline, có thể sử dụng Azithromycine 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.

VI 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.
- BN 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. Tuboovarian Abscess. Williams Gynecology, 2e, 2012.
2. Jonathan S.B. Tubo-Ovarian Abscess. Berek & Novak's Gynecology, 15e, 2012.
3. Pelvic Inflammatory Disease 2010 CDC
4. Richard H. Beigi, Management and complications of tuboovarian abscess, Uptodate, last updated: Jun 11, 2012
5. Wiesenfeld HC, Sweet RL, Ness RB, et al. Comparison of acute and subclinical pelvic inflammatory disease. Sex Transm Dis 2005;32:400–5.
6. Ness RB, Kip KE, Hillier SL, et al. A cluster analysis of bacterial vaginosis-associated microflora and pelvic inflammatory disease. Am J Epidemiol 2005;162:585–90.
7. Peipert JF, Ness RB, Blume J, et al. Clinical predictors of endometritis in women with symptoms and signs of pelvic inflammatory disease. Am J Obstet Gynecol 2001;184:856–63
8. Update to CDC's Sexually Transmitted Diseases Treatment 2010 Guidelines: Oral Cephalosporins No Longer a Recommended Treatment for Gonococcal Infections - MMWR August 10, 2012.

ÁP XE PHẦN PHỤ 4

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. 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. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

- Thường đa khuẩn (hiếu khí, kỵ khí), tác nhân tương tự như viêm vùng chậu (PID).
- Tác nhân gây bệnh chủ yếu 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.
  - Enterobacteries (E.coli, Klebsiella, yếm khí, Bacteroides fragilis).
  - Cytomegalovirus (CMV), Mycoplasma hominis.
- BN có dụng cụ tử cung phân lập được Actinomyces israelii.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- AXPP là biến chứng của viêm phần phụ, có triệu chứng lâm sàng tương tự viêm phần phụ (xem phác đồ Viêm vùng chậu).
- Triệu chứng có thể không điển hình: sốt nhẹ (40%), đau vùng chậu mạn (25%), bạch cầu bình thường (23%), đi kèm các triệu chứng không liên quan như đau bụng mạn lan tỏa 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 dấu hiệu nhiễm trùng huyết, tuy nhiên có thể bị bỏ sót khi khối AXPP rò rỉ chậm. AXPP vỡ có thể đe dọa tính mạng cần phẫu thuật thám sát 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.
  - Siêu âm vùng chậu: có khối u cạnh TC (độ nhạy 75-82%). Siêu âm bụng mỗi 3 ngày và sẽ thưa hơn nếu tình trạng lâm sàng cải thiện (ngày 1, 4, 7).
  - CT hoặc MRI cho những trường hợp chẩn đoán khó: có khối u cạnh TC (độ nhạy CT 78-100%).
- Xét nghiệm trước sử dụng kháng sinh: Ure, Creatinin, SGOT, SGPT, ĐMTB, XQ phổi.

IV. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Hệ sinh sản: viêm vùng chậu, UBT, UBT xoắn, UBT vỡ, NX[illegible] thoái hóa, TNTC bội nhiễm, sẩy thai nhiễm trùng.
- Hệ tiêu hóa: viêm ruột thừa, viêm dạ dày ruột, viêm ruột, h[illegible] hứng ruột kích thích, viêm túi thừa, táo bón, viêm túi mật.
- Hệ tiết niệu: viêm bàng quang, viêm bể thận, sỏi thận, viêm [illegible] đạo.

V. BIẾN CHỨNG

- Áp xe vỡ: (15%) là một tình trạng khẩn cấp đe dọa tính m[illegible] cần phẫu thuật cấp cứu.
- Nhiễm trùng huyết: (10-20%) có dấu hiệu nhiễm trùng h[illegible] phải can thiệp phẫu thuật ngay.

VI. ĐIỀU TRỊ

A. ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA ĐƠN THUẦN: hiệu quả tr[illegible] 75 - 80% các trường hợp.

1. Tiêu chuẩn điều trị nội

- 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.
- Có đáp ứng với liệu pháp KS.
- 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 KS đơn thuần.

2. Phác đồ điều trị nội: Các phác đồ đều dùng KS phổ rộng có tác dụng trên tất cả các vi khuẩn gây bệnh. Sau 24-48 giờ theo dõi, nếu triệu chứng lâm sàng không giảm, có thể đổi kháng sinh.

- Lựa chọn 1
  - 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.
  - Hoặc Clindamycin 900 mg (TM) mỗi 8 giờ + Gentamicin 2 mg/kg liều đầu, sau đó 1,5 mg/kg mỗi 8 giờ (TM hay TB).
  - Hoặc Ampicillin 2 g (TM) mỗi 6 giờ + Clindamycin 900 mg (TM) mỗi 8 giờ + Gentamicin 2 mg/kg liều đầu sau đó 1,5 mg/kg mỗi 8 giờ (TM hay TB).
  - Hoặc Ampicillin-sulbactam 3 g (TM) mỗi 6 giờ + Doxycycline 100 mg uống mỗi 12 giờ.
  - Hoặc Amoxicillin-clavulanate 1,2 g (TM) mỗi 8 giờ + Metronidazol 500 mg/100 ml (truyền TM) mỗi 8 giờ. Có phối hợp hoặc không với Gentamicin 80 mg/2 ml x 3 ống pha trong NaCl 0,9% 100ml truyền TM trong 30 phút.
- Lựa chọn 2
  - Levofloxacin 500 mg/100 ml truyền TM 1 lần/ngày + Metronidazol 500 mg/100 ml truyền TM mỗi 8 giờ.
  - Hoặc Imipenem-cilastatin 500 mg (TM) mỗi 6 giờ.
  - Hoặc Piperacillin-Tazobactam 4,5 g pha trong 100 ml NaCl 0,9% truyền TM mỗi 8 giờ.

Sử dụng kháng sinh ở chọn lựa 2 khi dị ứng với lựa chọn 1 hay điều trị theo chọn lựa 1 không đáp ứng sau 48 giờ.

3. Đánh giá điều trị nội

- 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 có nguy cơ vỡ khối áp xe).
- Cận lâm sàng:
  - Huyết đồ – CRP mỗi ngày trong 72 giờ đầu và ngày 7.
  - Siêu âm bụng mỗi 3 ngày và sẽ thưa hơn nếu tình trạng lâm sàng cải thiện (ngày 1, ngày 4, ngày 7).

4. Tiêu chuẩn điều trị nội không đáp ứng phải chuyển phẫu thuật: Sau 48 - 72 giờ.

- 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 nhiễm trùng huyết.

5. Thời gian điều trị

- Tại viện: tối thiểu 7 ngày.
- Sau xuất viện: cần điều trị thêm tối thiểu 14 ngày.
  - Lựa chọn 1: Levofloxacin 500 mg 1 viên/ngày [illegible]ng) + Metronidazol 250 mg 2 viên x 2 lần/ngày (uống), hoặc [illegible]oxacin 400 mg 2 lần/ngày (uống) + Metronidazol 250 mg 2 [illegible]ên x 2 lần/ngày (uống).
  - Lựa chọn 2: Amoxicillin-clavulanate 625 mg 1 viên x 3 [illegible]/ngày (uống) + Metronidazol 250 mg 2 viên x 2 lần/ngày (uốn[illegible]

B. ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA

1. Chỉ định

- Khi khối áp xe > 8 cm, áp xe vỡ, viêm phúc mạc toàn thể.
- 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.

Kháng sinh vẫn tiếp tục duy trì trước, trong và sau khi can thiệp PT. Nên sử dụng kháng sinh 2 giờ trước phẫu thuật.

2. Nguyên tắc phẫu thuật

- Phá các ổ áp xe và dẫn lưu.
- Cắt tai vòi hoặc phần phụ có khối áp xe.
- Nếu bệnh nhân lớn tuổi, đủ con: có thể cắt hoàn toàn tử cung + 2 phần phụ + dẫn lưu.
- PTV có kinh nghiệm.

3. Lưu ý

- Dụng cụ tử cung và AXPP: phải tháo vòng, thường do Actinomyces israelii.
- Hậu mãn kinh và AXPP: tỉ lệ ung thư cao thường kèm với AXPP trên phụ nữ hậu mãn kinh. AXPP kèm với ung thư sinh dục chiếm 8/17 phụ nữ hậu mãn kinh so với 1/76 phụ nữ tuổi tiền mãn kinh. Nên PT điều trị tốt hơn điều trị KS đơn độc hay kèm dẫn lưu xâm lấn tối thiểu. Cần khảo sát di căn ở vùng chậu và ổ bụng.
- Có thai và AXPP: hiếm gặp trên phụ nữ có thai. Việc điều trị cũng tương tự như phụ nữ không có thai. Cần lưu ý tránh những thuốc có thể gây quái thai (như quinolones). Ngoài ra, quyết định PT còn tùy thuộc vào độ an toàn của PT và ở những thời điểm tuổi thai thích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barbara L.H., Karen D.B. Tuboovarian Abscess. Williams Gynecology, 2e, 2012.
2. Jonathan S.B. Tubo-Ovarian Abscess. Berek & Novak's Gynecology, 15e, 2012.
3. Pelvic Inflammatory Disease 2010 CDC.
4. Richard H. Beigi, Management and complications of tuboovarian abscess, Uptodate, last updated: Jun 11, 2012.
5. Wiesenfeld HC, Sweet RL, Ness RB, et al. Comparison of acute and subclinical pelvic inflammatory disease. Sex Transm Dis 2005;32:400–5.
6. Ness RB, Kip KE, Hillier SL, et al. A cluster analysis of bacterial vaginosis-associated microflora and pelvic inflammatory disease. Am J Epidemiol 2005;162:585–90.
7. Peipert JF, Ness RB, Blume J, et al. Clinical predictors of endometritis in women with symptoms and signs of pelvic inflammatory disease. Am J Obstet Gynecol 2001;184:856–63.
8. Update to CDC's Sexually Transmitted Diseases Treatment 2010 Guidelines: Oral Cephalosporins No Longer a Recommended Treatment for Gonococcal Infections - MMWR August 10, 2012.

47 NHIỄM TRÙNG TIỂU Ở PHỤ NỮ

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 5 – 10% các thai phụ, thời điểm thường gặp nhất [illegible] 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 ([illegible]%) và viêm bể thận (25-30%) trong thai kỳ. Hiệp hội sản phụ k[illegible] Hoa Kỳ khuyến cáo tầm soát nhiễm trùng tiểu không triệu chứng [illegible] lần khám thai đầu tiên và trong suốt tam cá nguyệt thứ 3 của [illegible] 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, [illegible]teus mirabilis, Klebsiella và Enterococcus faecalis.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Bệnh sử

- 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.

2.2. Khám lâm sàng

- Sốt, mệt mỏi, nôn ói thường gặp trong nhiễm trùng tiểu trên.

2.3. 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 vớ 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%.

2.4. 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.

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 (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
  - Fosfomycin 3 g uống liều duy nhất với 100ml nước hoặc
  - Fosfomycin 500 mg: 2 viên x 3 (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

Bệnh nhân tiểu 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.

- Bệnh nhân 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.
- Bệnh nhân không thể hấp thu thuốc qua đường uống:
  - Ciprofloxacin 400 mg truyền TM mỗi 12 giờ trong 7 - 14 ngày hoặc
  - 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, Urinary tract infections in the emergency department. Infect Dis Clin North Am. 2008. 22(2): p. 73-87.*
2. *Emilie Katherine Johnson. Urinary Tract Inf[illegible] Pregnancy 2014 Feb 5, 2014 Jan 22, 2015]; Available fr[illegible] emedicine.medscape.com/article/452604-overview.*
3. *Little P, et al., Dipsticks and diagnostic algo[illegible] tract infection: development and validation, rando[illegible] economic analysis, observational cohort and qualitative [illegible] Technol Assess., 2009. 13(19): p. 1-73.*
4. *American College of Obstetricians and Gy[illegible] Treatment of urinary tract infections in nonpreg[illegible] September 22, 2010]; Available from: http://gui[illegible] aspx?id=12628.*
5. *John L Brusch. Cystitis in Females. 2014 Apr 7, 2014 [illegible] Available from: http://emedicine.medscape.com/article/253101-overview.*

48 DỌA SẨY THAI, SẨY THAI 3 THÁNG ĐẦU THAI KỲ

I. PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ DỌA SẨY THAI

1.1. 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.

1.2. Chẩn đoán

- Triệu chứng cơ năng
  - Bệnh nhân 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.
- Khám lâm sàng
  - Cổ tử cung còn dài, đóng kín.
  - Kích thước thân tử cung to tương ứng với tuổi thai.

1.3. Cận lâm sàng

Siêu âm thấy hình ảnh túi ối và thai trong buồng tử cung, có hoặc có hình ảnh khối máu tụ quanh trứng hay gai nhau.

1.4. Chẩn đoán phân biệt

- TNTC.
- Thai trứng.

1.5. Xử trí

- Nằm nghỉ, ăn nhẹ, chống 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.

- Thuốc giảm co: Alverine citrate 40 mg uống 2 viên x 2 lần/ngày.
- 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 10 mg 1 viên x 2 lần/ngày (uống).
- 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.

II. PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ SẨY THAI

2.1. Sẩy thai khó tránh

- Lâm sàng
  - Ra máu âm đạo nhiều, đỏ tươi.
  - Đau hạ vị từng cơn, ngày càng tăng.
  - Khám âm đạo: CTC mở, đôi khi có ối vỡ.
- Xử trí
  - Kháng sinh dự phòng (thường dùng đường uống).
  - Nạo hút thai + gởi GPB.
  - Thuốc gò TC.

2.2. Sẩy thai diễn tiến

- Lâm sàng
  - Ra máu âm đạo nhiều, có máu cục. Bệnh nhân có thể bị choáng.
  - Đau quặn từng cơn vùng hạ vị do tử cung co thắt mạnh để tống thai ra.
  - Khám âm đạo: đoạn dưới TC phình to, CTC mở, đôi khi có thể thấy khối nhau thai lấp ló ở CTC.
- 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 + gởi GPB.
  - Kháng sinh (đường uống).

2.3. Sẩy thai không trọn

- Lâm sàng
  - Thường đã có triệu chứng dọa sẩy 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: CTC còn hé mở hay đóng kín, thân TC còn to hơn bình thường.
  - Siêu âm: có thể thấy hình ảnh sót nhau trong buồng tử cung.
- Xử trí
  - Kháng sinh (đường uống).
  - Nạo kiểm tra buồng tử cung để lấy phần nhau sót r[illegible] Gửi GPB.
  - Thuốc gò tử cung.
  - Máu ra nhiều phải hồi sức, truyền dịch, truyền máu [illegible] cần.
- Cần lưu ý
  - Sẩy thai nhiễm khuẩn: chỉ nạo sau khi đã điều trị kh[illegible] sinh tiêm phổ rộng.
  - Sẩy thai băng huyết, tụt huyết áp: phải hồi sức tích [illegible], vừa hồi sức vừa nạo.

SẨY THAI LIÊN TIẾP 49

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 500g.

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 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 TCN I do bất thường 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 tử cung.
- Lạc nội mạc trong cơ tử cung.
- Hở eo TC: thường sẩy thai to.

2.3. Nguyên nhân nội tiết

- Suy hoàng thể.
- Rối loạn hormone tuyến giáp.

- 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 [illegible] là lao, TORCH, Chlamydia, giang mai. Trong đó, CMV là loại [illegible]us được đề cập nhiều nhất trong các tác nhân gây SLTL.

2.7. Môi trường: thuốc lá, rượu, cà phê, hóa chất, chất độc, [illegible] xạ.

2.8. Không rõ nguyên nhân: Khoảng 50% STLT không [illegible] được nguyên nhân

III. TIẾP CẬN MỘT TRƯỜNG HỢP STLT

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 động thai?
  - 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 bên dưới), BMI
- Khám và siêu âm phụ khoa (+/- SA bơm nước, soi buồng TC):
  - UXTC.
  - Hở eo TC.
  - Dính buồng TC không hoàn toàn.
  - Dị dạng tử cung: tử cung đôi, TC một sừng, TC nhi hóa.
- Các phương tiện khảo sát:
  - Siêu âm, siêu âm bơm nước.
  - HSG.
  - Nội soi buồng TC.
  - MRI.

3.3. Cận lâm sàng

- Huyết đồ và nhóm máu hai vợ chồng.
- XN nội tiết:
  - LH, FSH, Progesteron.
  - 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.
    + Tăng nặng: PRL >100 ng/ml.
  - Đường huyết, HbA1C.
- XN virus: TORCH, giang mai,...
- Nhiễm sắc thể (karyotype) hai 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.

- Với thiếu hụt nội tiết: chủ động bổ sung nội tiết ngay khi bệnh nhân có thai.
- Với hở eo tử cung: khâu vòng cổ tử cung chủ động ở lần có thai sau.
- Khi mẹ bị APS: dùng aspirin (acetyl salicylic acid) liều thấp trước khi có thai, dùng thuốc chống đông khi bệnh nhân 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 nên có thai nữa không.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Bài giảng Sản phụ khoa tập I (2011), Nhà xuất bản Y học*
2. *Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe (2012), Bộ Y tế.*
3. *Novak's Textbook of Obstetrics, 14th edition.*
4. *Williams Obstetrics, 22nd edition.*
5. *Recurrent Pregnancy loss Causes, Controversies and Treatment Informa, 2007.*
6. *Gilad Twig et al. Anti Phospho Lipid Syndrome- pathophysiology. Recurrent Pregnancy Loss- Cause, Controversies and Treatment. Iforma Helth Care, 2007: 107-114.*

THAI NGOÀI TỬ CUNG 50

I. ĐỊNH NGHĨA

- Thai ngoài tử cung là tình trạng túi thai nằm ngoài tử cung.
- Tần suất hiện mắc TNTC khoảng 9% thai kỳ.
- Tần suất mới mắc hàng năm ở Anh là 11,5 trong 1000 thai kỳ, với tỷ suất tử vong là 4%.

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

Mức độ nguy cơ	Yếu tố nguy cơ	Odds ratio
Cao	Tiền căn TNTC	9,3 - 47
	Tiền căn PT trên vòi trứng	6,0 - 11,5
	Tiền căn thắt vòi trứng	3,0 – 139
	Bệnh lý tại vòi trứng	3,5 – 25
	Phơi nhiễm DES trong tử cung	2,4 – 13
	Đang sử dụng DCTC	1,1 - 45
Trung bình	Vô sinh	1,1 – 28
	Tiền căn viêm CTC (lậu, chlamydia)	2,8 - 3,7
	Viêm nhiễm vùng chậu	2,1 - 3,0
	Nhiều bạn tình	1,4 - 4,8
	Hút thuốc lá	2,3 - 3,9
Thấp	Tiền căn PT bụng/chậu	0,93 - 3,8
	Thụt rửa âm đạo	1,1 - 3,1
	QHTD sớm (< 18 tuổi)	1,1 - 2,5

III β-HCG TRONG THAI KỲ VÀ CHẨN ĐOÁN TNTC

- 7 ngày sau thụ thai có thể phát hiện đầu tiên trong máu.
- Tại thời điểm trễ kinh: 100 mIU/mL.
- Đỉnh cao tuần 8 - 10: 100.000 mIU/mL.
- Sau đó giảm dần tới tuần 18 – 20.
- Ổn định đến cuối thai kỳ: 10.000 - 20.000 mIU/mL.

- Tăng gấp đôi mỗi 1,4 - 2,1 ngày.
- Nghi ngờ TNTC nếu > 7 ngày mới tăng gấp đôi (Obstet Gynecol 75:421, 1990).
- 85% thai trong TC có βhCG tăng ít nhất 66% mỗi 2 ngày, trong 40 ngày đầu tiên.
- Giá trị tăng thấp nhất mỗi 2 ngày đối với thai trong TC là 53%, tuy nhiên 21% TNTC có βhCG tăng giống như thai trong TC ở ngưỡng này.
- βhCG > 1500 mIU/mL → SÂ đầu dò AĐ thấy túi thai.
- βhCG > 6500 mIU/mL → SÂ bụng thấy túi thai.
- Thời gian bán hủy βhCG: 24 - 36 giờ.
- Nghi ngờ TNTC (86%) nếu bán hủy > 7 ngày (Fertility & Steri 1988).
- 20% TNTC được chẩn đoán (+) / SÂ: túi thai ngoài TC c olk sac hoặc phôi thai.
- SÂ ngả AĐ.
  - GS = 2 - 3 mm (4,5 - 5 tuần) tương ứng βhCG 1000 -150 U/mL.
  - GS = 8 mm, có yolk sac.
  - GS = 16 mm, có phôi.
  - SÂ có khối cạnh TC - BT, dịch cùng đồ, không thấy tha βhCG > 1500 mIU/mL, giúp:
    + Tăng độ nhạy SÂ chẩn đoán TNTC từ 93% lên 99%.
    + Giảm 40% tỷ lệ chấm dứt thai kỳ của thai/TC qua r lòng TC chẩn đoán.

IV. βHCG TRONG THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ TNTC

Theo dõi

- Thoái triển tự nhiên
  - 88% TNTC βhCG < 1000 mIU/mL.
  - 60% TNTC βhCG < 2000 mIU/mL.
  - 25% TNTC βhCG > 2000 mIU/mL.
- Tiên lượng thoái triển tự nhiên
  - Tỷ số βhCG 48 giờ/βhCG 0 giờ < 0,87 (độ nhạy 92,7%, độ đặc hiệu 96,7%).
  - Progesterone < 5 ng/ml (68% thành công).

- SA lượng dịch cùng đồ < 100 ml, không rõ vị trí thai .
- TNTC với huyết động ổn định.

- TNTC vỡ vẫn có thể xảy ra ngay khi βhCG và progesterone thấp hoặc đang giảm → theo dõi đến βhCG < 5 mIU/mL.
- 29% TNTC có βhCG < 100 mIU/mL bị vỡ.

V. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TNTC BẰNG METHOTREXATE (MTX)

5.1. Chỉ định điều trị MTX đơn liều

- Huyết động học ổn định (không shock).
- Nồng độ βhCG ≤ 5000 mIU/ml.
- Không có phôi thai, tim thai trong khối TNTC (qua siêu âm).
- Kích thước khối thai < 3 – 4 cm (qua siêu âm).

5.2. Chỉ định điều trị MTX đa liều

- Huyết động học ổn định (không shock).
- Nồng độ βhCG > 5.000 mIU/ml và ≤10.000 mIU/ml.
- Kích thước khối thai < 5 cm (qua siêu âm).
- TNTC đoạn kẽ < 3 cm.

5.3. Chống chỉ định điều trị nội khoa

- Huyết động học không ổn định (tiền shock, shock): mạch nhanh, HA tụt, da niêm xanh nhợt, vã mồ hôi, buồn nôn, nôn, Hb/Hct giảm.
- Có dấu hiệu vỡ: đau bụng dưới nhiều và tăng dần, hoặc SA có lượng dịch ước lượng > 300 ml, hay có dịch ổ bụng.
- Có phối hợp thêm thai trong tử cung.
- Đang cho con bú.
- Dị ứng với MTX.
- Có các bệnh nội khoa: suy thận, loét dạ dày, bệnh phổi hoạt động, suy giảm miễn dịch.
- Bệnh nhân không chấp nhận điều trị MTX.
- Bất thường các XN nghiệm tiền hóa trị (BC < 3000, Tiểu cầu < 100.000, tăng men gan SGOT, SGPT > 100 UI/L, tăng BUN, creatinine, rối loạn đông máu...).

5.4. Bilan xét nghiệm trước điều trị bằng MTX

- Huyết đồ, nhóm máu, Rhesus.
- Đường huyết.
- Đông máu toàn bộ.
- Chức năng gan, thận.
- ECG.
- X quang tim phổi thẳng.

5.5. Phác đồ sử dụng MTX đơn liều

- N1: βhCG MTX 50 mg/m² bề mặt da (BSA) hay 1 mg/kg.
- N4: βhCG.
- N7: βhCG.
  - Nếu βhCG giảm < 15% từ N4 – N7 → liều MTX thứ 2.
  - Nếu βhCG giảm > 15% từ N4 – N7 → βhCG mỗi tuần đến khi < 5 mIU/ml.
- N14: βhCG
  - Nếu βhCG giảm < 15% từ N7 – N14 → liều MTX thứ 3.
  - Nếu βhCG giảm > 15% từ N7 – N14 → βhCG mỗi tuần đến khi < 5 mIU/ml.
- N21 và N28: Nếu sau 3 liều MTX mà βhCG giảm < 15% → chẩn đoán định Nội soi ổ bụng.

5.6. Phác đồ sử dụng MTX đa liều

- Phác đồ đa liều cố định
  - N 1, 3, 5, 7: MTX 50 mg/m² bề mặt da (BSA) hay 1 mg/kg
  - N 2, 4, 6, 8: Folinic Acid 0,1 mg/kg.
- Theo dõi
  - N 1, 4, 7: βhCG.
    + Nếu βhCG giảm < 15% từ N4 – N7 → liều MTX thứ 2.
    + Nếu βhCG giảm > 15% từ N4 – N7 → βhCG mỗi tuần đến khi < 5 mIU/ml.

- N 14: β hCG
  + Nếu βhCG giảm < 15% từ N7 – N14 → liều MTX thứ 3.
  + Nếu βhCG giảm > 15% từ N7 – N14 → βhCG mỗi tuần đến khi < 5 mIU/ml.
- N21 và N28: Nếu sau 3 liều MTX mà βhCG giảm < 15% → chỉ định nội soi ổ bụng.

• Phác đồ đa liều thay đổi
- N1: βhCG, MTX 50 mg/m² bề mặt da (BSA) hay 1 mg/kg.
- N2: Folinic Acid 0,1 mg/kg.
- N3: βhCG, so với N1.
  + Nếu giảm < 15%, MTX .
  + Nếu giảm > 15%, theo dõi βhCG mỗi tuần đến khi < 5 mIU/mL..
- N4: Folinic Acid 0,1 mg/kg, nếu điều trị MTX N3.
- N5: βhCG, so với N3.
  + Nếu giảm < 15%, MTX .
  + Nếu giảm > 15%, theo dõi βhCG mỗi tuần đến khi < 5 mIU/mL.
- N6: Folinic Acid 0,1 mg/kg, nếu điều trị MTX N5.
- N7: βhCG, so với N5.
  + Nếu giảm < 15%, MTX.
  + Nếu giảm > 15%, theo dõi βhCG mỗi tuần đến khi < 5 mIU/mL.
- N8: Folinic Acid 0,1 mg/kg, nếu điều trị MTX N7.

VI. TIÊN LƯỢNG ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ NỘI TNTC

• **Bảng điểm Fernandez (1991)**

Tiêu chuẩn	1	2	3
βhCG (mIU/mL)	<1000	1000–5000	>5000
Progesterone (ng/mL)	<5	5–10	>10
Đau bụng	Không có	Đau khi khám	Đau liên tục
Khối thai (cm)	<1	1–3	>3
Dịch ổ bụng (mL)	0	1–100	>100

Điểm <12: 80% thành công cho mọi điều trị nội khoa, bao gồm thoái triển tự nhiên.

• **Bảng điểm Elito (1999)**

Đặc điểm	0	1	2
βhCG (mIU/mL)	>5000	1500–5000	<1500
Hình ảnh SA	Thai sống	Túi thai bờ dày/VT	Phù nề VT
Kích thước khối thai	>3,0–3,5	2,6–3,0	<2,5
SA Doppler	Nguy cơ cao	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ thấp

Điểm ≥ 5: 97% thành công khi ĐT MTX đơn liều

VII. THEO DÕI TRONG ĐIỀU TRỊ

Có thể gặp các triệu chứng sau đây trong quá trình điều trị

7.1. Đau

- N2 – N3 sau khi tiêm thuốc, có thể bệnh nhân thấy đau bụng tăng lên do hiện tượng sẩy thai qua loa hoặc sự căng dãn của vòi trứng bởi tình trạng tụ máu trong vòi trứng, và đau sẽ giảm dần vào các ngày sau. Có thể cho thuốc giảm đau.
- Nếu đau càng lúc càng nhiều lên → làm siêu âm, công thức máu, và khám lâm sàng để đánh giá lại tình trạng huyết động học xem có xuất huyết nội không.
  - Sự tăng kích thước khối thai không được xem là thất bại của điều trị nội khoa.
  - 75% BN sẽ đau bụng tăng lên ở mức độ vừa phải, từ 1 - 2 ngày, xảy ra sau bắt đầu điều trị 2 - 3 ngày.

7.2. βhCG

- Tăng βhCG N4 so với N0 / điều trị MTX thường gặp, không được xem là thất bại điều trị.
- Thời gian trung bình để βhCG < 15 mIU/ml là 35 ngày, dài nhất 109 ngày.

7.3. Khối máu tụ

- 56 % khối TNTC có tăng kích thước sau điều trị MTX.
- SÂ có thể có khối cạnh TC ngay khi βhCG < 5 mIU/ml, và mất đi sau 3 – 6 tháng.

- Sự tăng kích thước khối thai không được xem là thất bại của điều trị nội khoa.

7.4. Chỉ định can thiệp ngoại khoa ngay khi

- Đau bụng nhiều, huyết động học không ổn định.
- Siêu âm thấy khối thai to ra, có dịch ổ bụng.

Cắt TV nếu

- Huyết động học không ổn định.
- Tiền căn đoạn sản, PT trên TV.
- Không cầm máu được.
- Ứ dịch TV nặng.
- Tiền căn TNTC trên TV đó.

7.5. Sót nhau sau PT bảo tồn tai vòi

- 5 -20% sót nhau sau điều trị bảo tồn.
- Nghi ngờ sót nhau / khối thai, nếu βhCG sau mổ.
  - ↓< 15% 48 giờ sau hCG khởi điểm trước mổ N0.
  - ↓ theo đường bình nguyên.
  - ↑ trở lại từ N7.

→ Điều trị theo phác đồ MTX

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Togas Tulandi, Incidence, risk factors, and pathology of ectopic pregnancy. Jun 2011, UpToDate 19.3.*
2. *Togas Tulandi, Clinical manifestations, diagnosis, and management of ectopic pregnancy. Jun 2011, UpToDate 19.3.*
3. *The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, Medical treatmant of ectopic pregnancy. Fertility and Sterility, November 2008. 90(Suppl 3): p. S206-212.*
4. *Varma, R. and J. Gupta, Tubal ectopic pregnancy. Clin Evid (Online), 2009. 2009.*

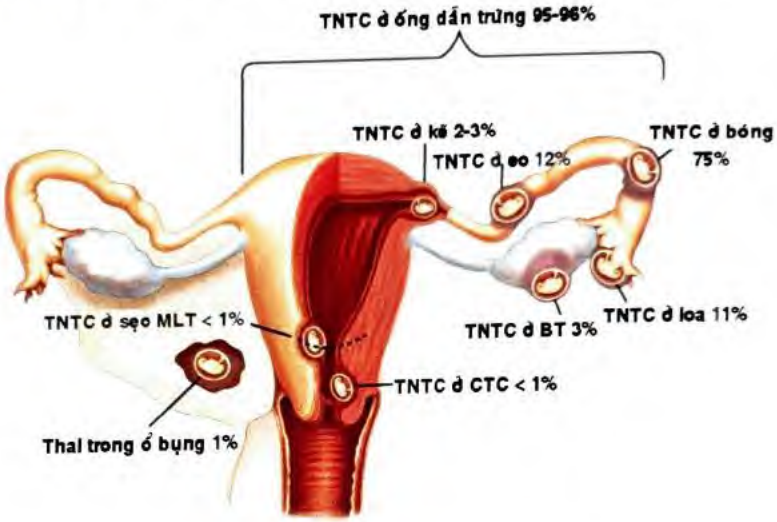
THAI Ở SẸO MỔ LẤY THAI

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 tỉ lệ < 1% các trường hợp TNTC.



Nguồn Cunningham FG, Leveno KJ. Williams Obstetrics, 23 Edition, 2010

Hình 1. Các vị trí thai ngoài tử cung.

III. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Tiền căn mổ lấy thai
- Tiền sử nhau bám chặt
- Tiền căn phẫu thuật trên cơ tử cung: bóc nhân xơ, may tái tạo tử cung, nhau cài răng lược được điều trị bảo tồn ở lần sanh 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 MLT 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%)

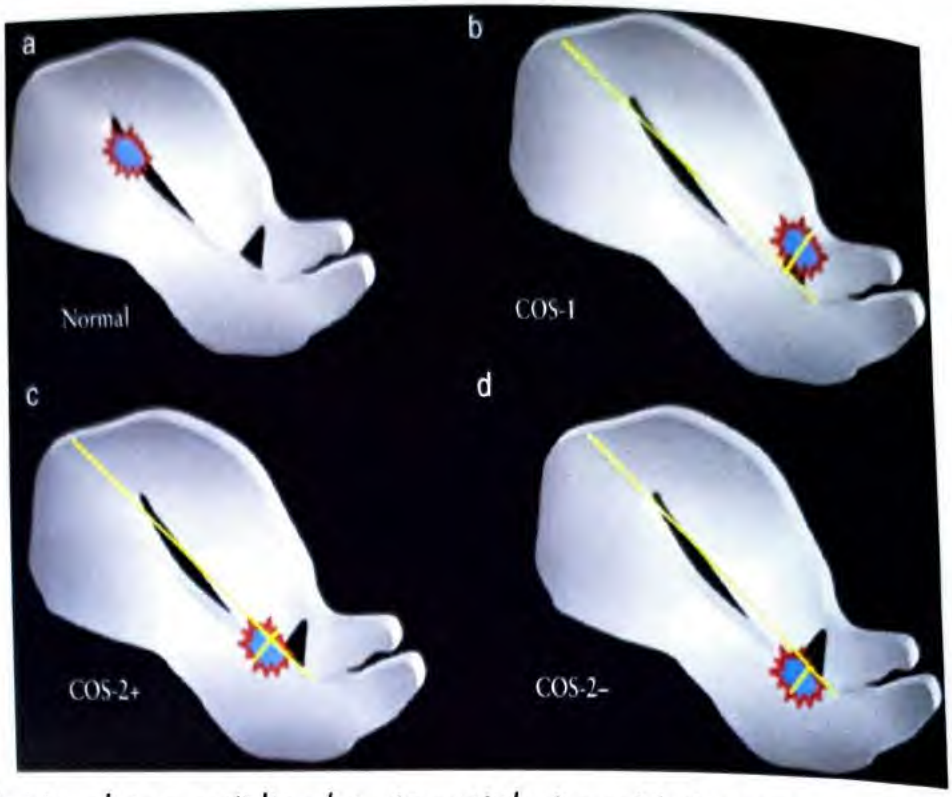
Khoảng 50% bệnh nhân không có triệu chứng, chỉ phát hiện qua siêu âm. Do không có triệu chứng và dấu hiệu chuyên biệt báo động nên chẩn đoán có thể chậm trễ, có thể dẫn đến hậu quả phát hiện và xử trí muộn hay thai tiến triển gây vỡ tử cung.

4.2. Cận lâm sàng

- 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 thai OSMLT 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
- 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. Trong đó, lại chia ra:
  + COS-2- có sự giao nhau của đường kính trước sau túi thai và đường nối nội mạc
  + COS-2+ không có sự giao nhau của đường kính trước sau túi thai và đường nối nội mạc



Hình 2. Mô phỏng mối liên hệ giữa túi thai ngoài tử cung, sẹo mổ cũ và nội mạc 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.

- βhCG: dương tính (trong trường hợp âm tính cũng không thể loại trừ).
- Siêu âm 3D và MRI (trong những trường hợp khó).

4.3. Chẩn đoán phân biệt

- Thai trong TC
- Sẩy thai và khối thai tụt xuống ngang vết MLT (trên siêu âm màu sẩy thai không có mạch máu quanh thai).
- Thai ở cổ TC (Bảng 1)
- U nguyên bào nuôi (hiếm).

Bảng 1. Chẩn đoán TNTC ở cổ TC

Tiêu chuẩn lâm sàng	Tiêu chuẩn siêu âm
1. TC nhỏ CTC phình to. 2. Lỗ trong CTC không nở to. 3. Nạo NMTC không có mô nhau. 4. Lỗ ngoài CTC mở to hơn sẩy thai	1. Buồng TC trống chỉ có túi thai giả 2. NMTC giả màng rụng dày 3. Cấu trúc thành TC lan tỏa 4. TC hình đồng hồ cát 5. CTC phình to 6. Có túi thai trong kênh TC 7. Có mô nhau tại CTC trong 8. Lỗ trong CTC đóng kín

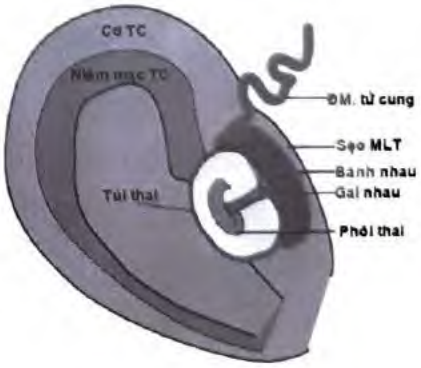
Hofmann HMH, Urdl W, Hofler H, et al. Cervical pregnancy: case reports and current concepts in diagnosis and treatment. Arch Gynecol Obstet 1987

V. DIỄN TIẾN

Thai ở sẹo MLT 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 MLT và tiến triển gây vỡ tử cung trong 3 tháng đầu và xuất huyết ồ ạt nguy hiểm tính mạng (Hình 4).

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.

A. 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 TC 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.

B. Điều trị nội khoa

1. Điều trị với Methotrexate (MTX)

- **Chỉ định:** các trường hợp thai < 14 tuần, huyết động ổn định và không chống chỉ định dùng MTX.
  - Thai lưu ≤ 8 tuần, βhCG tăng: tiêm MTX 50 mg (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 thân thể).
  - 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).
- **Chống chỉ định** điều trị MTX (xem phác đồ điều trị TNTC)
- **Bilan xét nghiệm trước điều trị bằng MTX** (xem phác đồ điều trị TNTC)

- **Sau thủ thuật** cần KS, co TC, cầm máu:
  - Kháng sinh: Ceftriaxone 1g 1 lọ x 2 tiêm tĩnh mạch 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).
    + Thuốc cầm máu: Acid Tranexamic 500 mg 1 viên (uống) x 2 lần/ngày x 5 ngày.
  - Hướng dẫn BN hạn chế vận động, nên nằm nghỉ.
- **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
  - βhCG giảm trên > 30% so với βhCG trước thủ thuật.
  - Giảm tăng sinh mạch máu.
  - Có khả năng theo dõi và BN tuân thủ theo dõi, có thể đến bv nhanh chóng khi có chảy máu.
- **Theo dõi ngoại trú cần lưu ý**
  - Theo dõi: βhCG và SA Doppler..
    + βhCG: giảm > 15%: theo dõi mỗi tuần trong 3 tuần liên tiếp, sau đó mỗi tháng đến khi βhCG âm tính. Nếu giảm < 15%: nhập viện MTX liều 2 (1 mg/1 kg)
    + Siêu âm: khối thai và tăng sinh mạch máu mỗi tuần/3 tuần → 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.
      - > 7 cm hoặc khối thai tăng: nhập viện phối hợp tắc động mạch tử cung chọn lọc nuôi khối thai hay phẫu thuật tùy từng trường hợp cụ thể.
      - Nếu tăng sinh mạch máu nhiều: nhập viện phối hợp tắc động mạch tử cung chọn lọc.
- **Tư vấn**
  - Không được vận động mạnh, không quan hệ tình dục, hạn chế đi lại cho đến khi khối thai ở sẹo MLT bị tiêu hoàn toàn.
  - Nhập viện ngay khi có chảy máu trung bình – nhiều, βhCG tăng, thể tích khối thai tăng hay có gia tăng tưới máu.

- Thận trọng trong thăm khám, chăm sóc: thăm khám nhẹ nhàng, nếu mạnh tay có nguy cơ làm vỡ và xuất huyết ồ ạt cần phẫu thuật cấp cứu.

Sau điều trị MTX đa số bệnh nhân hồi phục hoàn toàn không cần can thiệp thêm và đa số không có tác dụng phụ.

2. *Siêu âm tập trung cường độ cao* (high-intensity focused ultrasound - HIFU)

C. Điều trị ngoại khoa

1. *Nong nạo*

- Chỉ định:
  - Một số ít trường hợp βhCG < 2.000 mUI/ml sau khi điều trị MTX, chảy máu khối thai rớt ra 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.
- 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 VMC 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.

2. *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 rớt trước 6 tiếng và chưa có dấu hiệu sẩy sẽ được đặt lại lần 2 và chèn 1 tampon. Nếu Foley rớt sau 6 tiếng kèm dấu hiệu sẩy ta sẽ 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.

- Nếu tình trạng bệnh ổn sau 48 giờ được xuất viện cho theo dõi ngoại trú
- Theo dõi ngoại trú:
  - BN được hẹn tái khám mỗi tuần trong 3 tuần đầu, sau đó mỗi tháng cho đến khi mất khối thai, βhCG về bằng 0, không có tăng sinh mạch máu.
  - Dặn dò BN không làm việc nặng, không đi lại nhiều, không giao hợp.
  - Tái khám theo hẹn hoặc khi đau bụng nhiều hoặc ra huyết AĐ nhiều (2 băng vệ sinh mỗi giờ trong 2 giờ).
- Dấu hiệu BN phải nhập viện lại:
  - βhCG tăng.
  - Kích thước khối echo hỗn hợp ở SMLT tăng.
  - Tăng sinh mạch máu nhiều.

3. Phẫu thuật

- Chỉ định: khi có 1 trong 3 yếu tố:
  - Tuổi thai ≥ 14 tuần
  - > 40 tuổi và không có nguyện vọng sinh sản.
  - Huyết động không ổn định, xuất huyết nhiều 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, nếu không cắt tử cung hoàn toàn. Phẫu thuật phải được thực hiện bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

D. Phối hợp nhiều kỹ thuật. Tùy theo mức phức tạp đã có nhiều biện pháp điều trị phối hợp để có kết quả tốt.

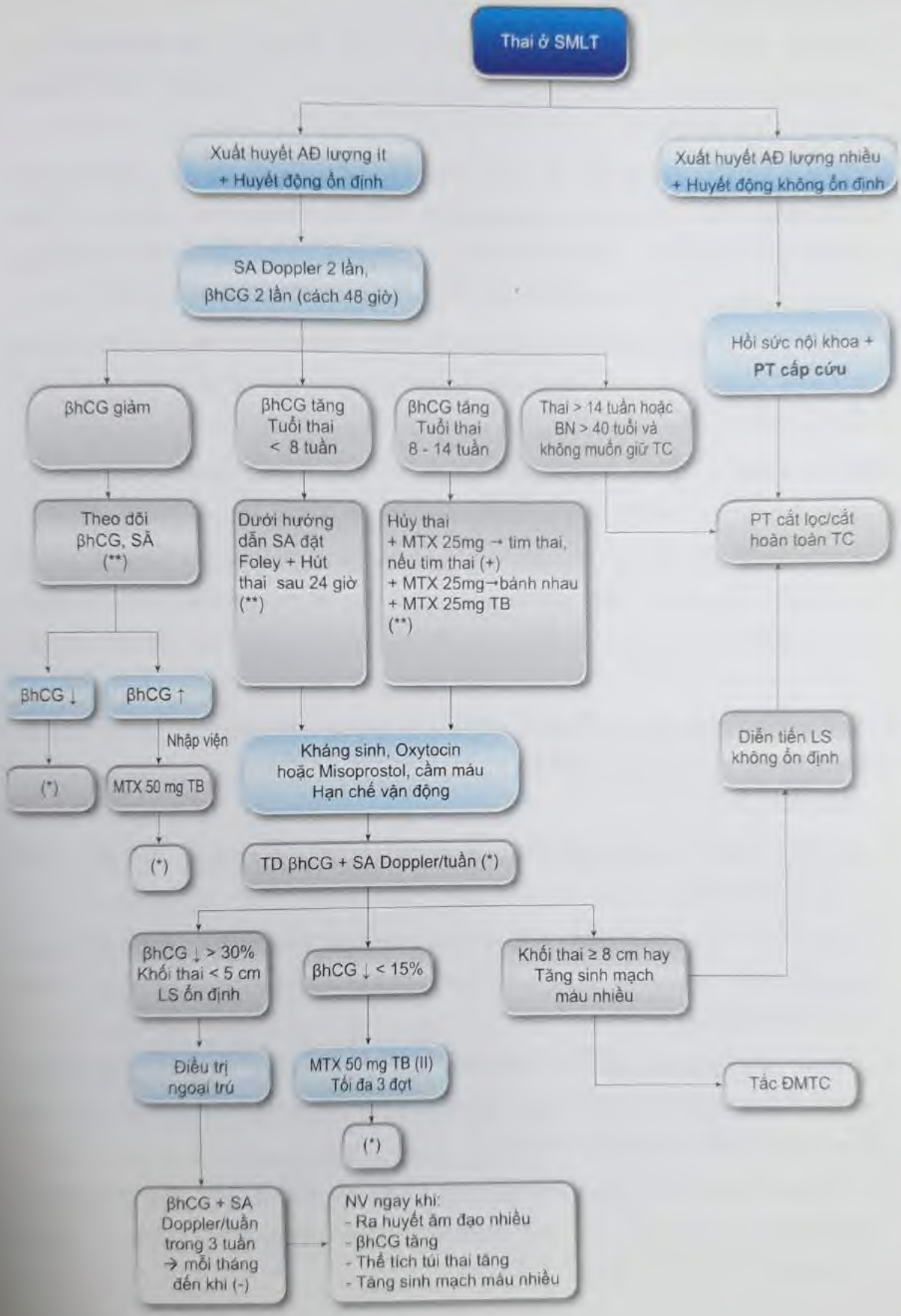
- MTX tại chỗ + toàn thân và nong nạo: Nong nạo chỉ áp dụng cho các trường hợp ổn định, βhCG < 2.000 mUI/ml có chảy máu và khối thai rớt ra.
- MTX tại chỗ/toàn thân + tắc động mạch tử cung. Có hiệu quả cao trong các trường hợp khối thai to có nhiều mạch máu. Đặc biệt cho các trường hợp rong huyết kéo dài sau điều trị MTX, khối thai đã giảm kích thước và βhCG giảm về mức bình thường nhưng không hết triệu chứng rong huyết, có thể tồn tại thông động tĩnh mạch vùng sẹo.
- MTX trong lúc làm tắc động mạch tử cung đã được Shen L. và cs. báo cáo có kết quả khả quan, chỉ có 1 ca phải cắt tử cung trên tổng số 45 ca.
- Tắc động mạch tử cung + phẫu thuật, nhằm hạn chế chảy máu, Yang và Yeng đề xuất kết hợp tắc động mạch tử cung chọn lọc trước phẫu thuật để giảm tai biến và bảo tồn khả năng sinh sản.
- Chờ đợi không can thiệp và theo dõi. Với thai ở sẹo MLT là lưu nhỏ hơn 8 tuần, tổng trạng ổn định, βhCG < 1.000 mUI/ml giảm đều, chỉ cần theo dõi. Không cần can thiệp khối thai sẽ tự hết theo thời gian vài tuần tới vài tháng. Nếu βhCG 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.

E. Ngừa thai sau thai ở sẹo MLT và khuyến cáo thai kỳ

- Ngừa thai ít nhất 12 tới 24 tháng, không sử dụng DCTC.
- 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 ĐMTC (46.9%)
- Soi buồng tử cung (18.4%)
- MTX tại chỗ/vào thai + toàn thân (9.7%)



(*): Theo dõi ngoại trú
(**): kết hợp phương pháp khác tùy trường hợp cụ thể

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Larsen JV, Solomon MH: Pregnancy in a uterine scar sacculus—an unusual cause of postabortal haemorrhage. A case report. S Afr Med J 53(4):142, 1978

2. Graesslin O, Dedecker F Jr., Quereux C, Gabriel R. 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 all; Fertility performance and obstetric outcomes among women with previous cesarean scar pregnancy, J. Ultrasoun Med. 2011;30:1179-1184.

4. Timor-Tritsch. Early placenta accreta and cesarean sectio scar pregnancy: a review. Am J Obstet Gynecol 2012.

5. Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, Lawrence A, Salim R, Elson C. irst-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted in the lower uterine segment Cesarean section scar. Ultrasound Obstet Gy col 2003; 21:220–227.

6. Rotas MA, Haberman S, Levgur M. Cesarean scar ectopic pregnan s: etiology, diagnosis, and management. Obstet Gynecol 20 6; 107:1373–1381.

7. Ash A, Smith A, Maxwell D. Caesarean scar pregnancy. BJOG 200 114:253–263.

8. Seow KM, Huang LW, Lin YH, Lin MY, Tsai YL, Hwang JL. Cesarean scar pregnancy: issues in management. Ultrasound Obstet Gynecol 2004; 23:247–253.

9. Fylstra DL, Pound-Chang T, Miller MG, Cooper A, Miller KM. 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. The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2012;207:44.e1-13.

11. Shih JC, Cesarean scar pregnancy: diagnosis with three-dimensional (3D) ultrasound and 3D power Doppler ultrasound. Obstet Gynecol, 2004, 23, 306–307.

12. Williams Obstetrics, 23ed 2010, Ch10. Ectopic Pregnancy

13. Salomon LJ, Fernandez H, Chauveaud A, Doumerc S and Frydman R, 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. Third-trimester uterine rupture following hysteroscopic uterine perforation. Obstet Gynecol 1993; 81:827–829.

15. Vial Y, Petignat P, Hohlfeld P. 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, An ectopic pregnancy developing in a previous caesarian section scar. Fertil Steril, 1997, 67, 398–400.

17. Timor-Tritsch. Early placenta accreta and cesarean section scar pregnancy: a review. Am J Obstet Gynecol 2012.

18. G.Cali et al, (2017). "Natural history of Cesarean scar pregnancy on prenatal ultrasound: the crossover sign". Ultrasound Obstet Gynecol 2017; 50: 100-104.

19. JurkovicD, HillabyK (2003)."First-trimester diagnosis and management of pregnancies im-planted into the lower uterine segment cesarean section scar". Ultrasound Obstet Gynecol;21: pp 220.

20. 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.

21. Xiao J, Zhang S, Wang F, Wang Y, Shi Z, Zhou X, et al. Cesarean scar pregnancy: noninvasive and effective treatment with high-intensity focused ultrasound. Am J Obstet Gynecol 2014;211:356.e1–7.

52 RONG KINH - RONG HUYẾT

I. ĐỊNH NGHĨA KINH NGUYỆT

- Là xuất huyết âm đạo có chu kỳ, do lớp màng nội mạc tử cung tróc ra sau khi chịu tác dụng của nội tiết, xảy ra sau rụng trứng, có đặc điểm về thời gian, khoảng cách, lượng máu và triệu chứng đi kèm hầu như cố định với mỗi cá nhân.
- Đặc điểm kinh nguyệt bình thường tóm tắt trong bảng 1 dưới đây.

Bảng 1. Đặc điểm kinh nguyệt

	Bình thường	Bất thường
Số ngày	3 - 7 ngày	< 3 hay > 7 ngày
Số lượng	30 – 80 ml	> 80 ml
Khoảng cách	24 - 32 ngày	< 24 hay > 32 ngày

(Sản Phụ Khoa 2007 – ĐH Y Dược Tp HCM)

Phân loại	Khoảng cách	Số ngày kinh	Số lượng
Rong kinh	Đều	Kéo dài	Nhiều, trung bình hoặc ít
Rong huyết	Không đều	Kéo dài	Trung bình hoặc ít
Rong kinh- Rong huyết	Không đều	Kéo dài	Nhiều

II. NGUYÊN NHÂN

Rong kinh - rong huyết có thể do nguyên nhân thực thể hay nguyên nhân chức năng.

2.1. Nguyên nhân thực thể

- Cơ quan sinh dục.
- Bệnh toàn thân: bệnh lý huyết học, bệnh lý nội tiết, suy gan, suy thận.
- Dùng thuốc.
- Suy dinh dưỡng, béo phì.

2.2. Nguyên nhân chức năng

- Không rụng trứng (80 - 90%).
  - Quanh có kinh lần đầu: trục hạ đồi – tuyến yên – buồng trứng chưa trưởng thành.
  - Quanh mãn kinh: các nang trứng không đáp ứng.
- Có rụng trứng (10 - 20%).

Trên lâm sàng, tùy theo tuổi có các nguyên nhân thường gặp sau.

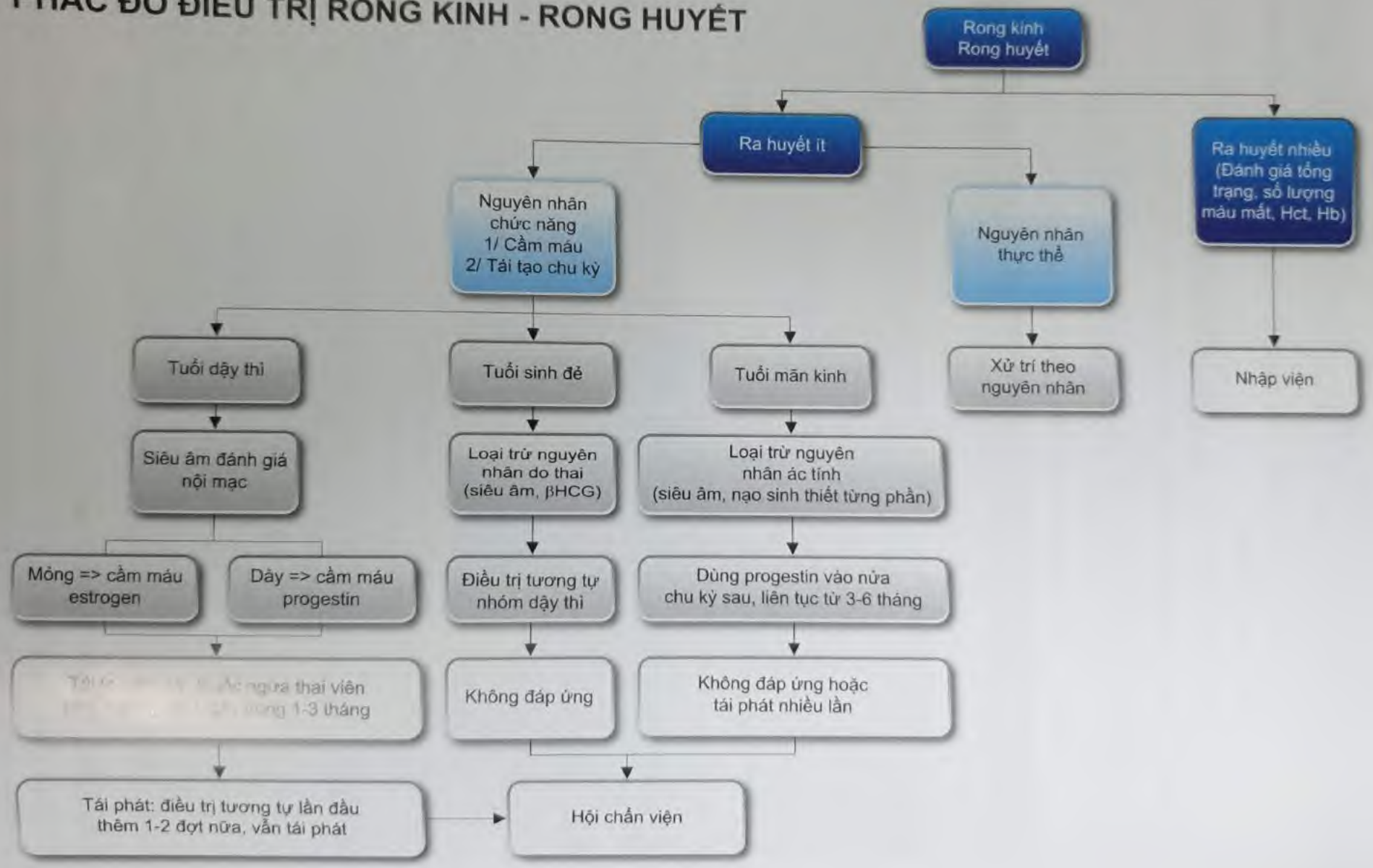
Bảng 2. Các nguyên nhân XHTCBT thường gặp theo tuổi.

Tuổi	Nguyên nhân thường gặp	Tỉ lệ
Trước dậy thì	Dậy thì sớm	Hiếm
	Bướu	
Dậy thì	Nguyên nhân chức năng	> 50%
	Rối loạn đông máu	20%
	U bướu, viêm, biến chứng mang thai	Hiếm
Sinh đẻ	Biến chứng mang thai	+++
	Nguyên nhân chức năng	++
	U xơ tử cung	+
	Viêm sinh dục, polype kênh tử cung, u ác	Hiếm
	Chấn thương	Hiếm
	Rối loạn tuyến giáp	Hiếm
Quanh mãn kinh	Nguyên nhân chức năng	40%
	Ung thư cổ tử cung	4-5%
	Ung thư nội mạc tử cung, ung thư buồng trứng	-
	Viêm sinh dục	Hiếm
	Biến chứng mang thai	-
	Rối loạn tuyến giáp	-
Mãn kinh	Viêm teo nội mạc tử cung/ âm đạo	30%
	Dùng nội tiết estrogen	30%
	Ung thư nội mạc tử cung	15%
	Polype cổ tử cung, nội mạc tử cung	10%
	Tăng sinh nội mạc tử cung	5%
	Khác (ung thư cổ tử cung, sarcoma tử cung, chấn thương)	10%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Sách Sản Phụ Khoa 2007 – ĐH Y Dược TP. HCM: Rối loạn kinh nguyệt.*
2. *Phan Văn Quyền, Điều trị xuất huyết tử cung bất thường, tháng 01/ 2011.*

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RONG KINH - RONG HUYẾT



TĂNG SINH NỘI MẠC TỬ CUNG

53

I. ĐỊNH NGHĨA - PHÂN LOẠI

- Tăng sinh nội mạc TC là chẩn đoán mô học được định nghĩa là có sự tăng sinh bất thường về kích thước và hình dạng của tuyến NMTC làm tăng tỷ lệ tuyến / mô đệm so với nội mạc TC bình thường.
- Phân loại: theo WHO dựa vào 2 yếu tố chính
  - Thành phần cấu trúc tuyến/mô đệm (đơn giản hay phức tạp).
  - Có sự hiện diện của nhân không điển hình (điển hình hay không điển hình).
- Do đó tăng sinh NMTC được chia thành 4 nhóm
  - Tăng sinh đơn giản điển hình.
  - Tăng sinh đơn giản không điển hình.
  - Tăng sinh phức tạp điển hình.
  - Tăng sinh phức tạp không điển hình.
- Lý do của sự phân chia này dựa trên diễn tiến tự nhiên của bệnh
  - 2% tăng sinh đơn giản điển hình diễn tiến thành ung thư NMTC.
  - 8% tăng sinh phức tạp điển hình diễn tiến thành ung thư NMTC.
  - 23% tăng sinh không điển hình diễn tiến thành ung thư NMTC.

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, cao 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. TRIỆU CHỨNG - 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.

3.3. Siêu âm

- Tăng sinh NMTC tạo ra vùng echo dày, đồng nhất, bờ nhẵn trong buồng TC, có độ dày ≥ 4mm (mãn kinh) và đầu chu kỳ kinh > 9 mm.
- Có thể phát hiện UNBT, BT đa nang.

3.4.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).

3.5.Soi BTC

- 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 BTC có thể giúp hướng dẫn việc nạo sinh thiet một cách chính xác.

ỊỆU TRÌ

Phụ thuộc vào tuổi, GPB, dấu hiệu lâm sàng, mong muốn có con.

Mục đích điều trị

- Đối với bệnh lý tăng sinh nội mạc đơn giản hay phức tạp, điển hình: kiểm soát xuất huyết bất thường và ngăn ngừa diễn tiến thành ung thư NMTC.
- Tăng sinh NMTC không điển hình: cần điều trị triệt để bao gồm phẫu thuật (do nguy cơ ung thư nội mạc tử cung 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.

4.1. Nhóm trẻ tuổi và chưa mãn kinh

a. Tăng sinh điển hình

- Thuốc ngừa thai phối hợp 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 TC chứa nội tiết (levonorgestrel) đối với bệnh nhân 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 TC bất thường.

b. Tăng sinh không điển hình

- Bệnh nhân 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 nội mạc tử cung 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 TC).
- Khi mẫu sinh thiết không còn dấu hiệu bệnh, khuyên bệnh nhân 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
  - Bệnh nhân đủ con không muốn sinh thêm.
  - Bệnh nhân không muốn hoặc không thể theo dõi bằng phương pháp nội khoa và sinh thiết nội mạc TC theo lịch hẹn.
  - Xuất huyết tử cung trầm trọng.

4.2. 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 nội mạc tử cung đánh giá điều trị ngay khi ngưng thuốc và lập lại sau 6 - 12 tháng.
- Bệnh nhân còn ra huyết bất thường và kết quả nạo sinh thiết còn tồn tại bệnh → cắt tử cung.
- BN 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 nội mạc tử cung cẩn thận dưới nội soi BTC để loại trừ ung thư nội mạc tử cung.
- Mẫu sinh thiết cần làm lại sau 3 tháng điều trị và sau đó mỗi 6 - 12 tháng.

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 nội mạc tử cung 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.

U XƠ TỬ CUNG

I. ĐỊNH NGHĨA - PHÂN LOẠI

- U xơ tử cung là khối u lành tính của tế bào cơ trơn tử cung.
- Phân loại: tùy theo vị trí khối u xơ có thể chia thành
  - Dưới thanh mạc.
  - Trong cơ tử cung.
  - Dưới niêm mạc.
  - Có thể ở CTC hoặc trong dây chằng rộng.

II. CHẨN ĐOÁN

Phần lớn phụ nữ có u xơ tử cung không có triệu chứng lâm sàng nhưng cũng có thể có triệu chứng nặng.

- Triệu chứng lâm sàng
  - Xuất huyết tử cung bất thường (rong kinh, rong huyết, cường kinh).
  - Các triệu chứng chèn ép vùng hạ vị (cảm giác trằn nặng, bón, tiểu lắt nhắt, bí tiểu...).
- Khám
  - Tổng trạng có thể bình thường hoặc nhợt nhạt, thiếu máu.
  - Tử cung to, chắc, mật độ không đều di động theo CTC.
  - Triệu chứng phúc mạc do khối u xơ TC thoái hóa hoại tử.
- Cận lâm sàng
  - Siêu âm: Có u xơ tử cung (phân biệt u nang buồng trứng).
  - Có thể sử dụng CT- scan, MRI trong những trường hợp khó (u to, cần chẩn đoán phân biệt...).
  - UIV đánh giá chèn ép niệu quản, thận.
- Chẩn đoán phân biệt
  - Xuất huyết tử cung bất thường do chu kỳ không rụng trứng hay bệnh lý tăng sinh nội mạc TC hay bệnh lý ác tính của NMTC.
  - Đau vùng chậu (do lạc nội mạc ở cơ tử cung, lạc nội mạc buồng trứng, thai ngoài tử cung, UNBT xoắn, viêm phần phụ).
  - Khối u hạ vị (thai, lạc nội mạc ở cơ TC, polyp tử cung, khối u BT, leiomyosarcoma).

XỬ TRÍ

3.1. Mục tiêu điều trị

- Làm giảm nhẹ các triệu chứng (xuất huyết tử cung bất thường, đau, các triệu chứng do chèn ép...).
- Giảm kích thước khối u xơ.

Cách thức can thiệp nên tùy vào từng người bệnh dựa trên các yếu tố sau

- Kích thước và vị trí khối u xơ (to hay nhỏ, dưới niêm mạc, trong cơ hay dưới thanh mạc).
- Triệu chứng kèm theo (chảy máu, đau, chèn ép, vô sinh).
- Tình trạng mãn kinh.
- Nguyện vọng của người bệnh (giá thành, sự thuận lợi, mong muốn bảo tồn TC, tác dụng phụ).

Xử trí u xơ tử cung có thể bằng biện pháp theo dõi, điều trị nội khoa hay phẫu thuật.

3.2. Nội khoa: chỉ định điều trị nội khoa khi u xơ tử cung có triệu chứng

a. Progestins

- Lynestrenol 5 mg: liều 1 viên x 2 lần/ngày (uống).
- Norethisterone 5 mg: liều 1 viên x 2 lần/ngày (uống).
- Dydrogesterone 10 - 30 mg/ ngày.
- Nomegestrol acetate 5 mg: liều 1viên 1 lần/ngày (uống).
- Tùy theo mức độ xuất huyết hoặc nhu cầu có con:
  - Có thể điều trị từ ngày thứ 16 đến 25.
  - Hay từ ngày thứ 5 tới 25 của chu kỳ.
  - Hoặc liên tục, trong 3 - 6 tháng.
- DCTC có nội tiết (levonorgestrel) được sử dụng để giảm bớt thể tích khối u và cường kinh, đồng thời ngừa thai.
- Progestins (chích, cấy,...) dùng để điều trị các triệu chứng nhẹ ở những người muốn kết hợp ngừa thai.
- Progestins có thể giảm kích thước nhân xơ nhưng khi ngưng thuốc sẽ to trở lại.

b. Thuốc ngừa thai phối hợp

Làm teo NMTC, do đó giảm bớt tình trạng cường kinh trong UXTC.

c. Chất đồng vận GnRH

- Chỉ định: có thể dùng trong những trường hợp sau
  - Điều trị trước mổ bóc nhân xơ to.
  - Trì hoãn phẫu thuật và nâng thể trạng trước phẫu thuật.
  - Bệnh nhân tiền mãn kinh.
  - Chuẩn bị trước mổ cắt tử cung đường âm đạo, nội soi buồng tử cung đối với nhân xơ tử cung ≥ 5 cm.
  - Bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật.
  - Bệnh nhân chưa muốn phẫu thuật.

Thuốc đắt tiền, hiệu quả có giới hạn nên chỉ sử dụng khi thật cần thiết.

Nên dùng 3 tháng trước phẫu thuật để nhân xơ nhỏ lại và phẫu thuật ít mất máu.

- Các loại thuốc GnRH đồng vận
  - Triptorelin 3,75 mg/tháng tiêm bắp.
  - Leuprorelin acetat 3,75 mg/tháng tiêm bắp.
  - Goserelin 3,6 mg/tháng tiêm dưới da vùng bụng.

d. Các phương pháp điều trị nội khoa khác

- Antiprogestins (RU-486).
- Danazol và Gestrinone (Androgenic steroids).

Có hiệu quả nhưng tác dụng phụ nhiều.

3.3. Phẫu thuật

Chỉ định phẫu thuật: khi có một trong các yếu tố sau

1. UXTC to ≥ 12 tuần có triệu chứng.
2. Xuất huyết tử cung bất thường điều trị nội thất bại.
3. UXTC dưới niêm, rong huyết.
4. Có biến chứng (chèn ép bàng quang, niệu quản).
5. UXTC hoại tử, nhiễm trùng nội thất bại.
6. UXTC to nhanh, nhất là sau mãn kinh.
7. Kết hợp với các bệnh lý khác: K CTC, K NM[illegible] [illegible]S NMTC không điển hình, sa SD.

8. Vô sinh, sẩy thai liên tiếp.

9. Khối u vùng hạ vị không phân biệt được với khối u buồng trứng.

Phương pháp phẫu thuật

Mục đích phẫu thuật lấy khối nhân xơ bảo tồn tử cung hay cắt tử cung toàn phần tùy thuộc vào tình trạng bệnh lý và nguyện vọng của người bệnh.

- **Bóc nhân xơ**
  - UXTC ở cơ và dưới thanh mạc → mở bụng hoặc nội soi ổ bụng.
  - UXTC dưới niêm mạc → nội soi BTC.
  - UXTC thoái hóa sa xuống âm đạo → cắt đường âm đạo.
- **Cắt tử cung toàn phần:** người bệnh đã được tư vấn kỹ và đồng ý trước khi phẫu thuật.
- **Tắc động mạch tử cung**

  Chỉ định
  - Có chẩn đoán u xơ TC to 12 – 16 tuần (siêu âm tối đa 3 nhân xơ).
  - Có chống chỉ định gây mê toàn thân.
  - Nhân xơ tái phát sau phẫu thuật bóc nhân xơ.
  - Muốn giữ lại TC.
  - BN từ chối phẫu thuật.

  Chống chỉ định
  - Có rối loạn đông máu.
  - Các bệnh lý nội khoa cần điều trị trước.
  - Nghi ngờ bệnh lý ác tính.

  Phương pháp
  - Đặt Catheter vào động mạch đùi luồn đến động mạch tử cung, rồi bơm vào chất plastic hay gel tạo cục máu làm giảm nuôi dưỡng u và kết quả giảm kích thước khối u xơ.
  - Sau thủ thuật dùng thuốc giảm đau không steroid hoặc Paracetamol, KS dự phòng và theo dõi biến chứng (chảy máu, nhiễm trùng...) BN được xuất viện sau 1 ngày.
- **Nội soi buồng tử cung cắt NXTC dưới niêm mạc**
  - Phụ nữ đã có đủ con.
  - Điều trị triệu chứng xuất huyết bất thường.

55 U PHẦN PHỤ

I. ĐẠI CƯƠNG

- 90% UBT là u dạng nang.
- Thường gặp ở tuổi sinh đẻ.

II. CHẨN ĐOÁN

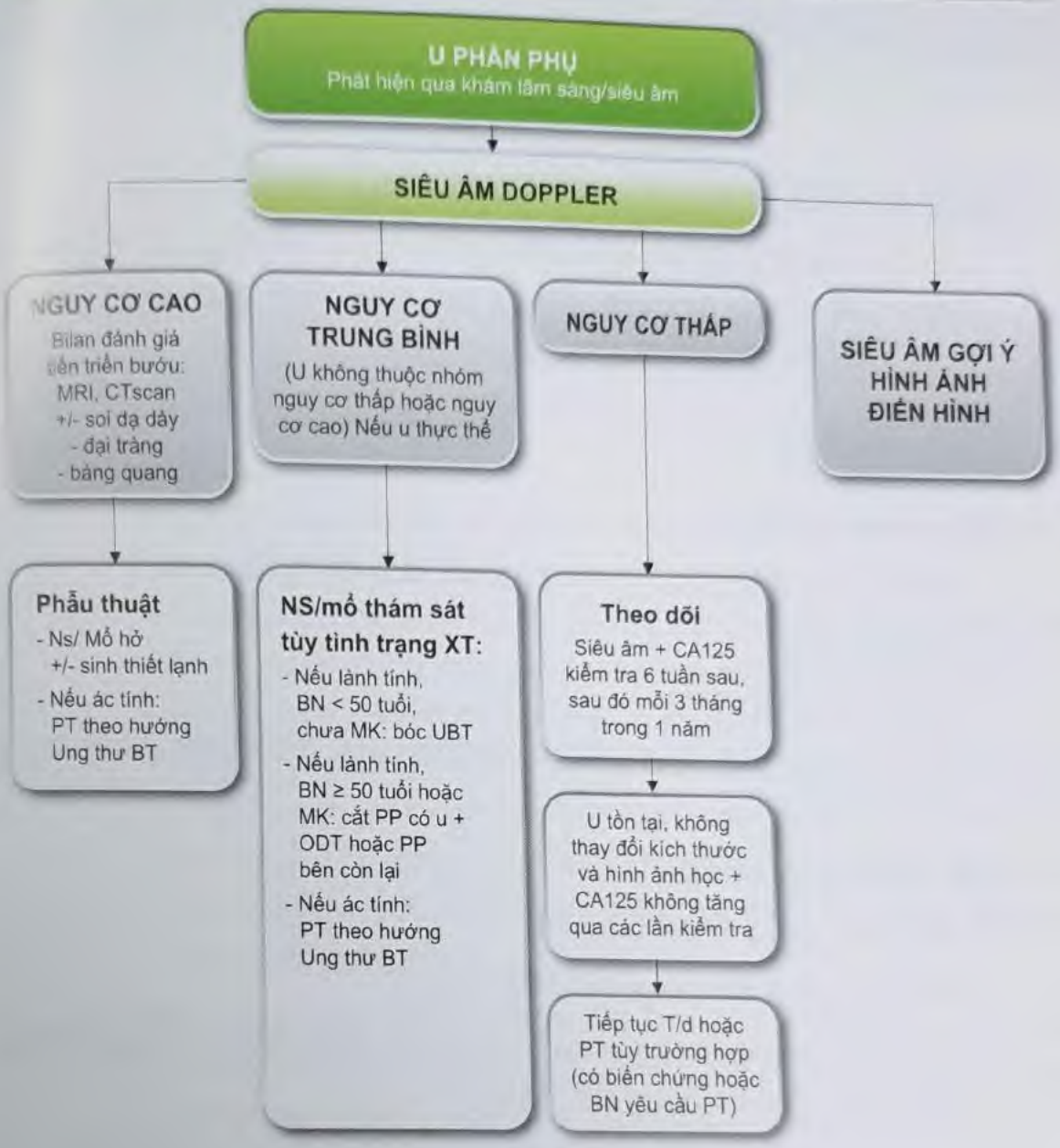
2.1. Lâm sàng

- 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 bướu buồng trứng.
  - Các triệu chứng liên quan đến bướu 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 AĐ và trực tràng): có khối u, mô tả các đặc tính của u.

2.2. Cận lâm sàng

- SA Doppler: được chỉ định sau khi đã phát hiện bướu 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.
- 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: chỉ định thường quy.
  - Các dấu ấn sinh học bướu khác (AFP, CEA, βhCG, E4, 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. Ử TRÍ



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Atlas of operative laparoscopy and hysteroscopy, Third Edition "Chapter 17 Laparoscopic management of ovarian cysts" p195 – 209.*
2. *Berek & Novak's Gynecology, 14th Edition " Chapter 14 Benign Diseases of the Female Reproductive Tract"p 441-443.*
3. *Sách sản phụ khoa tập 2 (2011) "U ngang buồng trứng", Nhà Xuất Bản Y Học, tr. 844 - 854.*
4. *Uptodate (2013) "Management of an adnexal mass".*

56 BỆNH LÝ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG (ENDOMETRIOSIS)

I. ĐỊNH NGHĨA

Lạc nội mạc tử cung là sự hiện diện của tuyến nội mạc tử cung và mô đệm ở bên ngoài tử cung, tạo ra quá trình viêm mạn, phát triển và thoái triển phụ thuộc vào nội tiết estrogen.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

- Đau vùng chậu: đau khi hành kinh, đau khi giao hợp...
- Hiếm muộn
- Khối u buồng trứng
- Các triệu chứng khác (đau vùng tầng sinh môn hoặc thành bụng khi có kinh...).

2.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: gợi ý LNMTC tại BT.
- MRI: chỉ định khi có gợi ý LNMTC sâu.
- CA125: thường tăng nhưng ít có giá trị chẩn đoán, sự tăng không liên quan đến độ nặng của bệnh.

2.3. Nội soi ổ bụng: tiêu chuẩn vàng chẩn đoán có LNMTC.

III. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị: cá thể hóa từng trường hợp.

3.2. Mục tiêu điều trị

- Giảm đau.
- Bảo tồn khả năng sinh sản.
- Giảm tái phát và biến chứng nặng.

3. Lựa chọn điều trị

Điều trị nội khoa

- Kháng viêm không Steroid: Ibuprofen, Diclofenac, Celecoxib
  - Ibuprofen: uống 600 - 1200 mg/ngày, chia 2 - 3 lần, hoặc
  - Diclofenac: uống 100 - 150 mg/ngày, chia 2 - 3 lần, hoặc
  - Celecoxib: uống 100 - 200 mg x 2 lần/ngày.
- Thuốc viên ngừa thai kết hợp: Khuyến cáo điều trị liên tục trong 3 tháng có hiệu quả giảm đau hơn là ngắt quãng. Nếu sau 3 tháng không hiệu quả chuyển sang điều trị với biện pháp nội tiết khác.
- Liệu pháp progestin
  - Progestin dạng uống: progestin đơn thuần được sử dụng, được FDA chấp nhận.
    + Norethindrone acetate: 5 - 20 mg uống mỗi ngày, có hiệu quả trong đa số trong thống kinh và viêm vùng chậu mãn tính.
    + Medroxyprogesterone acetate: 150 mg TB mỗi 3 tháng.
    + Dụng cụ phóng thích Etonogestrel (Implanon): dùng trong LNMTC nặng, thống kinh. Không ảnh hưởng đến BMD và lipid.
    + Danazol: Tác dụng giảm đau tương tự GnRH đồng vận. Liều dùng: 400 - 600 mg/ngày. Hiện nay rất hạn chế sử dụng vì nhiều tác dụng phụ.
- GnRH đồng vận là lựa chọn thứ hai nếu không đáp ứng với COC hoặc progestin, hoặc sau LNMTC tái phát, hoặc còn tồn tại sang thương LNMTC sau mổ. Phối hợp với liệu pháp Addback: Norethindrone acetate (NETA) 5 mg/ngày trong 6 -12 tháng.
  - Triptorelin 3,75 mg/28 ngày (Tiêm bắp).
  - Triptorelin 11,25 mg/3 tháng (Tiêm bắp).
  - Leuprorelin acetat 3,75 mg/28 ngày (Tiêm bắp).
  - Goserelin acetat 3,6 mg/28 ngày (Tiêm dưới da vùng bụng).

b. Điều trị ngoại khoa

- Chỉ định
  - Đau không đáp ứng với điều trị nội.
  - Hiếm muộn có U LNMTC ở BT > 3 cm.

- LNMTC sâu;
- U LNMTC ở BT > 3 cm không triệu chứng: được xử trí như khối u phần phụ.

• Xử trí
- Cá thể hóa từng trường hợp, tùy thuộc vào:
  + Tuổi bệnh nhân;
  + Nguyện vọng muốn sinh con;
  + Tiền căn phẫu thuật lạc nội mạc tử cung;
  + Bệnh nhân đồng thuận với phẫu thuật.
- Thời điểm phẫu thuật:
  + Sau sạch kinh và trước ngày rụng trứng;
  + Sau điều trị lạc nội mạc tử cung bằng nội tiết, trước khi có kinh lại.
- Phương pháp phẫu thuật:
  + Bảo tồn:
    • Gỡ dính, đốt hủy hoặc cắt các tổn thương lạc nội mạc tử cung;
    • Bóc (cắt) u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng;
    • Phục hồi cấu trúc vùng chậu.
  + Triệt để:
    • Cắt phần phụ có u;
    • Cắt phần phụ có u ± cắt tử cung toàn phần hoặc bán phần nếu có kèm bệnh lý ở tử cung;
    • Cắt các tổn thương lạc nội mạc tử cung sâu.

c. Điều trị nội khoa kết hợp ngoại khoa

Có thể điều trị nội khoa trước hoặc sau phẫu thuật. Cân nhắc trong các trường hợp sau:

• Bệnh nhân trẻ, chưa đủ con;

• Bệnh nhân cần trì hoãn phẫu thuật;

• Bệnh nhân có triệu chứng đau và được đánh giá giai đoạn nặng trong phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Royal College of Obstetric and Gynecologists [illegible] Investigation and manegement of endometriosis" RCOG- Gr[illegible] guideline No. 24, 2008.*

2. Amarican College of Obstetricians and Gynecologist, " Management of Endometriosis", ACOG- practice bulletin vol. 114. No 1, July 2010, P 223-236

3. Amarican College of Obstetricians and Gynecologist, " Endometriosis", ACOG Seventh Edition, P.287-294

4. Society of Obstetricians and Gynecologist of Canada, " Endometriosis: Diagnosis and Management", SGOG- Clinical Practice Guidline, No 244, July 2010.

57 TẦM SOÁT UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

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 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 ung thư cổ tử cung.

II. THỜI ĐIỂM NGƯNG TẦM SOÁT

- 65 tuổi nếu bệnh nhân 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

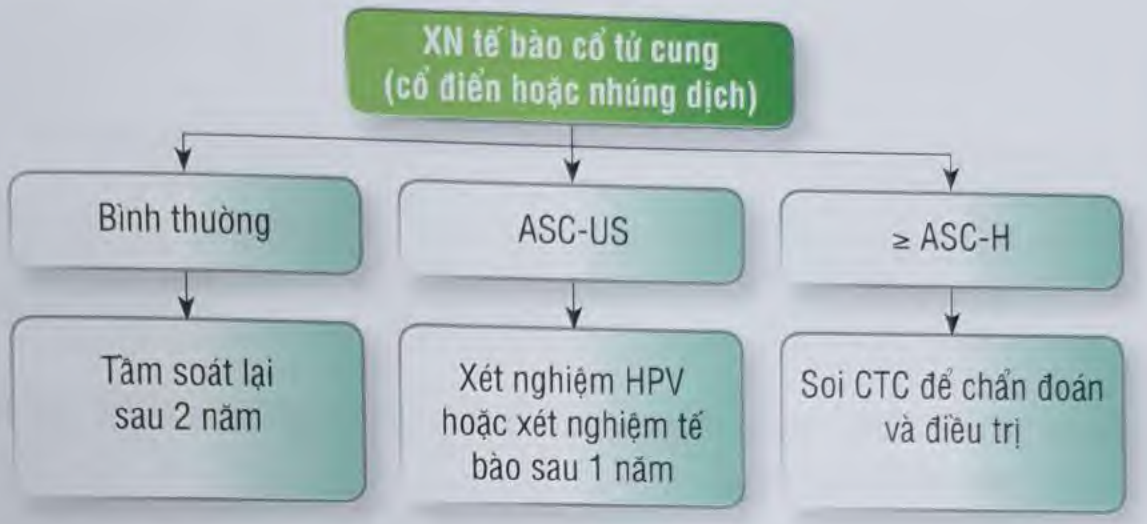
- VIA (Visual Inspection using Acetic acid): quan sát CTC vo[illegible]d acetic.
- VILI (Visual Inspection using Lugol's iodine): quan sát C[illegible]i Lugol.

I. 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.

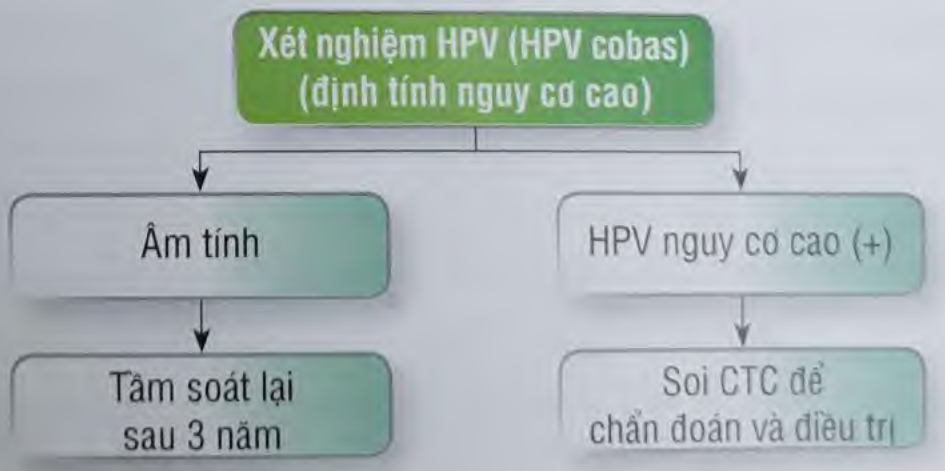
Phác đồ 1: Tầm soát dựa vào xét nghiệm tế bào cổ tử cung

*Áp dụng cho phụ nữ ≥ 21 tuổi



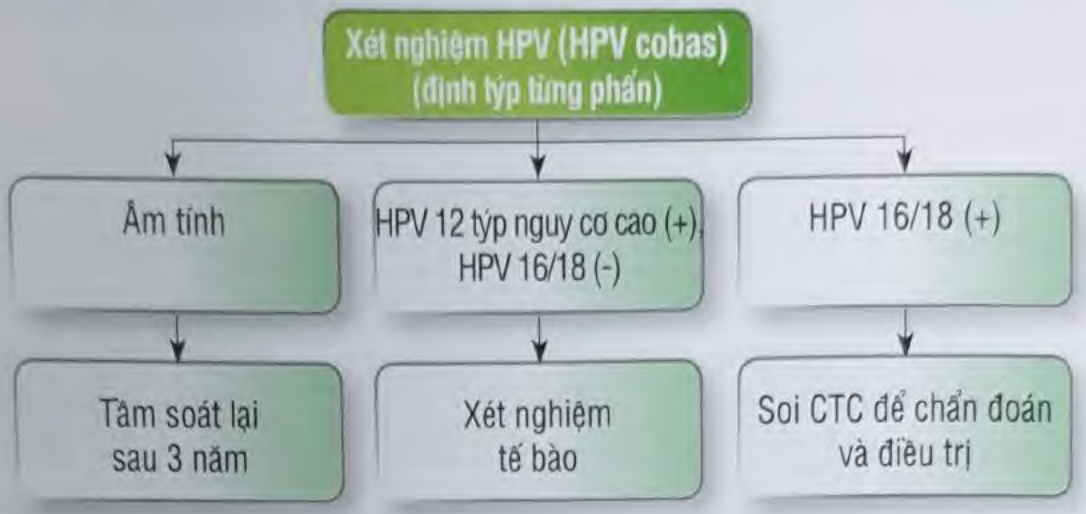
Phác đồ 2A: Tầm soát dựa vào xét nghiệm HPV đơn thuần (định tính)

*Áp dụng cho phụ nữ ≥ 25 tuổi



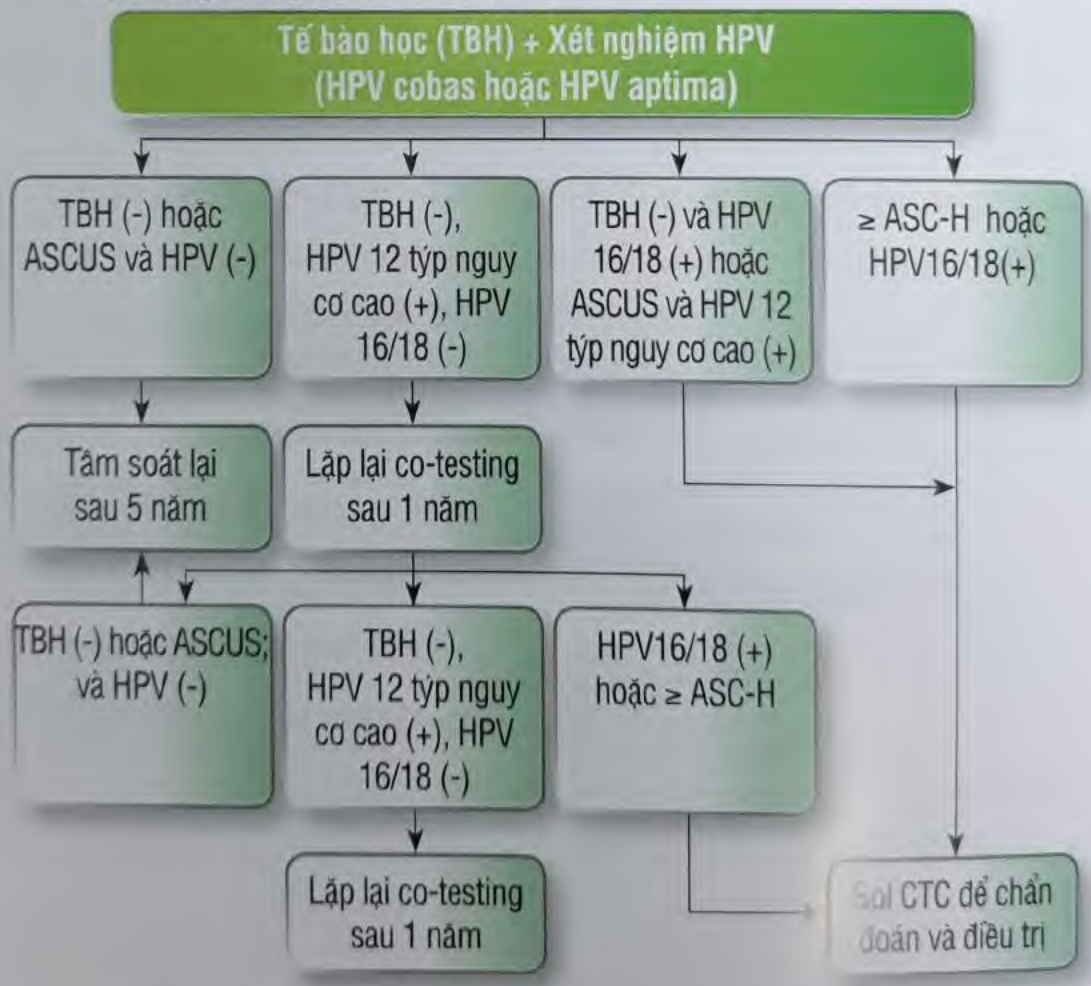
Phác đồ 2B: Tầm soát dựa vào xét nghiệm HPV đơn thuần (định týp từng phần)

*Áp dụng cho phụ nữ ≥ 25 tuổi



Phác đồ 3: Tầm soát dựa vào bộ đôi xét nghiệm HPV và tế bào học (Co-testing)

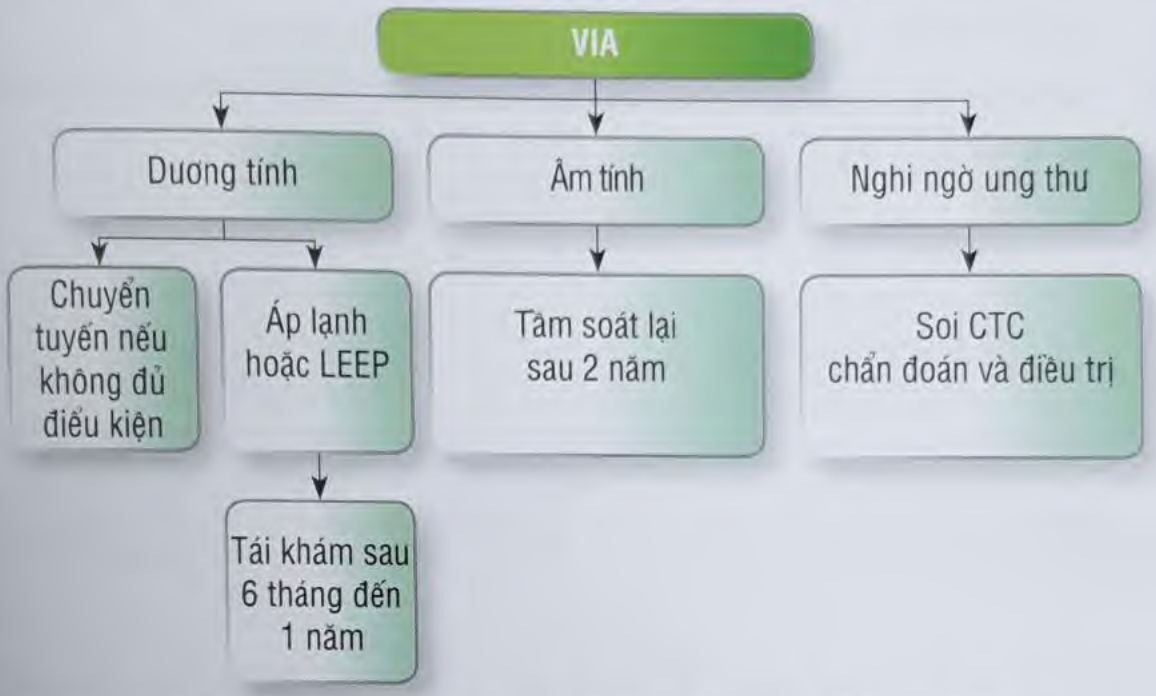
*Áp dụng cho phụ nữ ≥ 30 tuổi



Đối với các cơ sở chưa đủ điều kiện xét nghiệm HPV và tế bào học

Có thể lấy bệnh phẩm tế bào học/HPV và gửi đến nơi có thể xét nghiệm, hoặc tầm soát dựa vào test quan sát cổ tử cung với acid acetic (VIA).

Phác đồ 4: Tầm soát dựa vào nghiệm pháp VIA



Tầm soát 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:

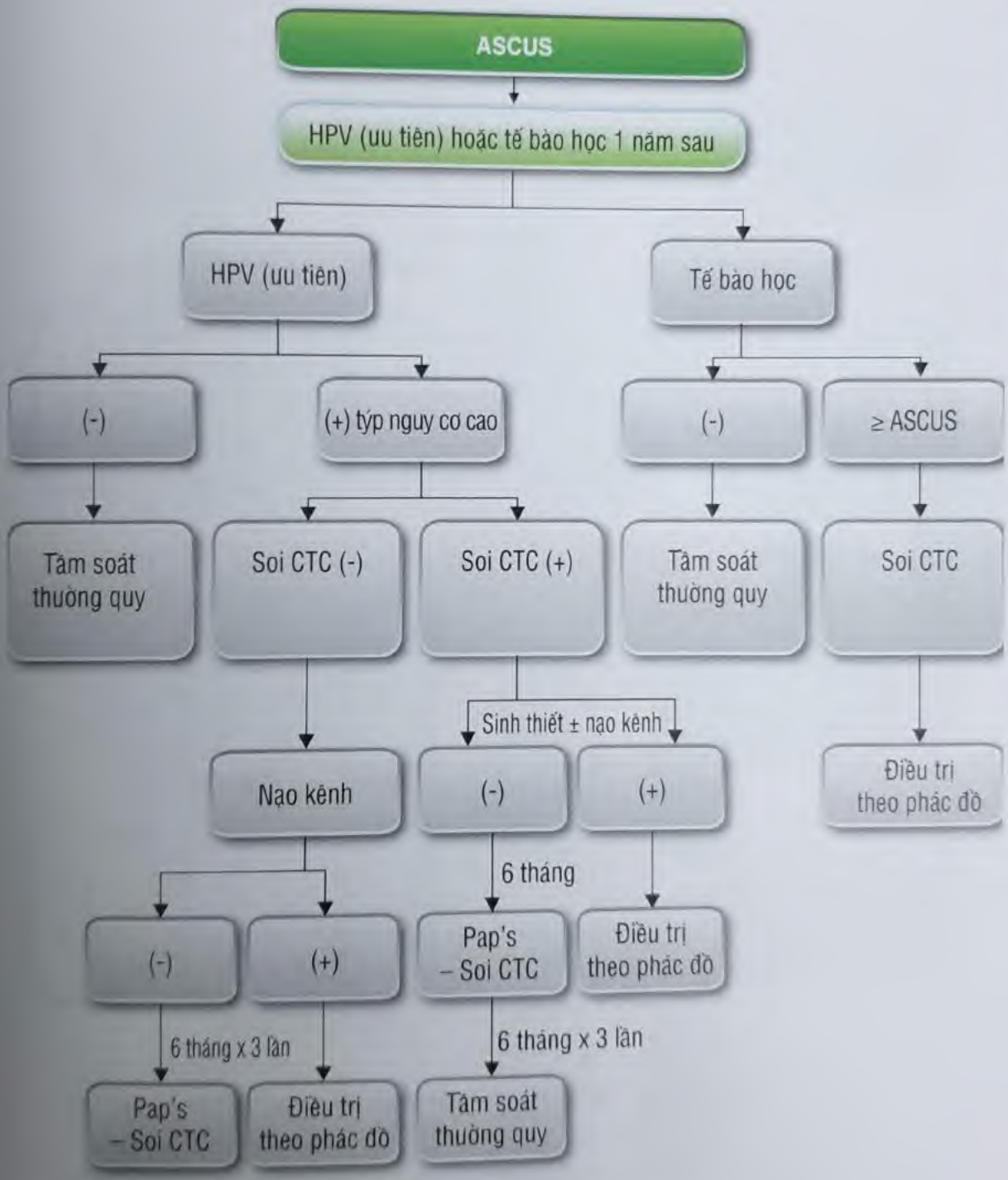
- Tuổi bắt đầu tầm soát là 1 năm sau lần giao hợp đầu tiên và không trễ hơn 21 tuổi.
- Không xác định độ tuổi kết thúc tầm soát.
- Tầm soát bằng xét nghiệm tế bào học cho những phụ nữ < 30 tuổi.
- Tầm soát bằng co-testing cho những phụ nữ ≥ 30 tuổi.
- Xét nghiệm HPV đơn thuần không được khuyến cáo.
- Pap's ASCUS: phụ nữ < 30 tuổi làm tiếp HPV; phụ nữ ≥ 30 tuổi nên Soi cổ tử cung ngay.

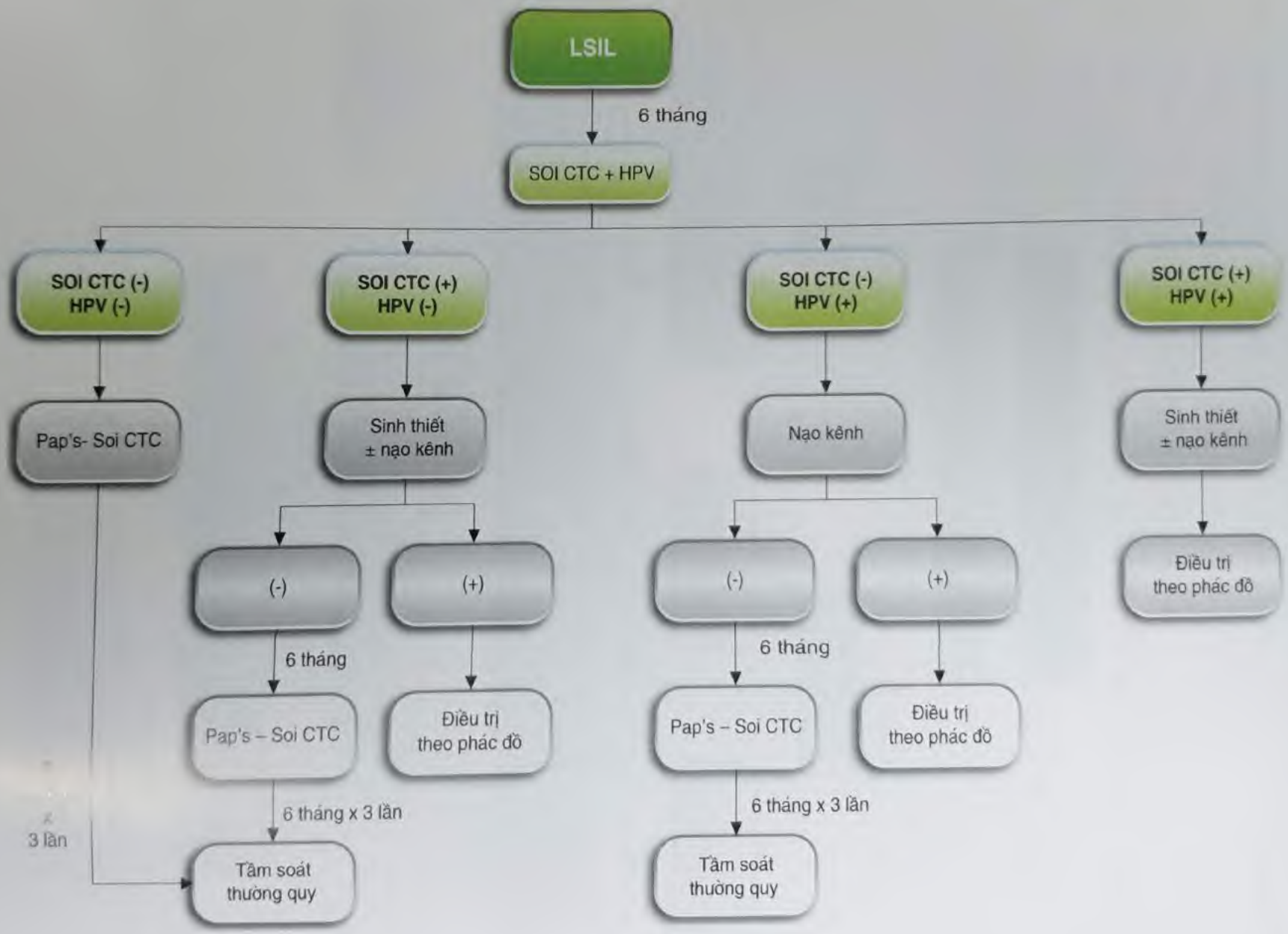
TÀI LIỆU THAM KHẢO

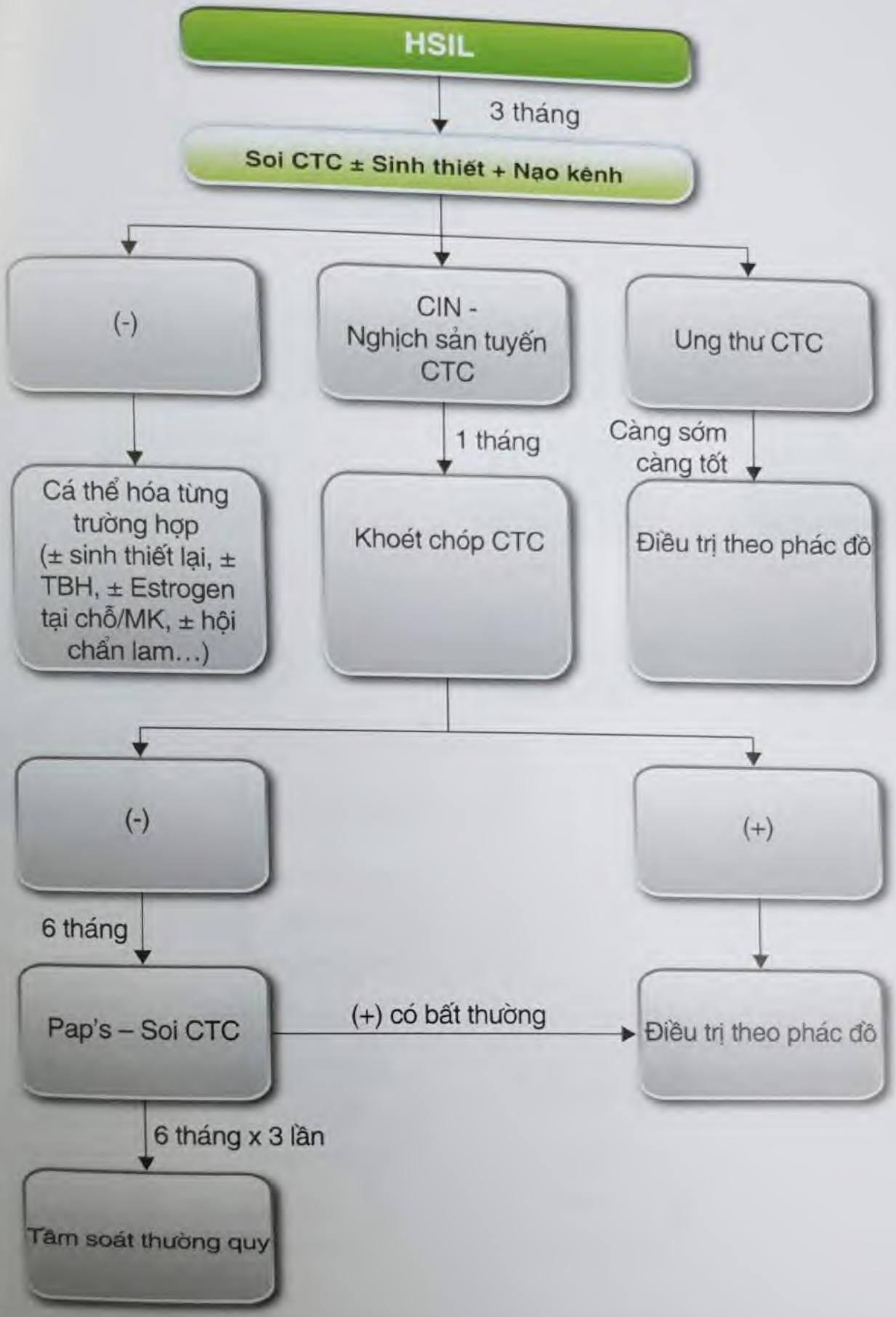
1. *ACOG 2016*

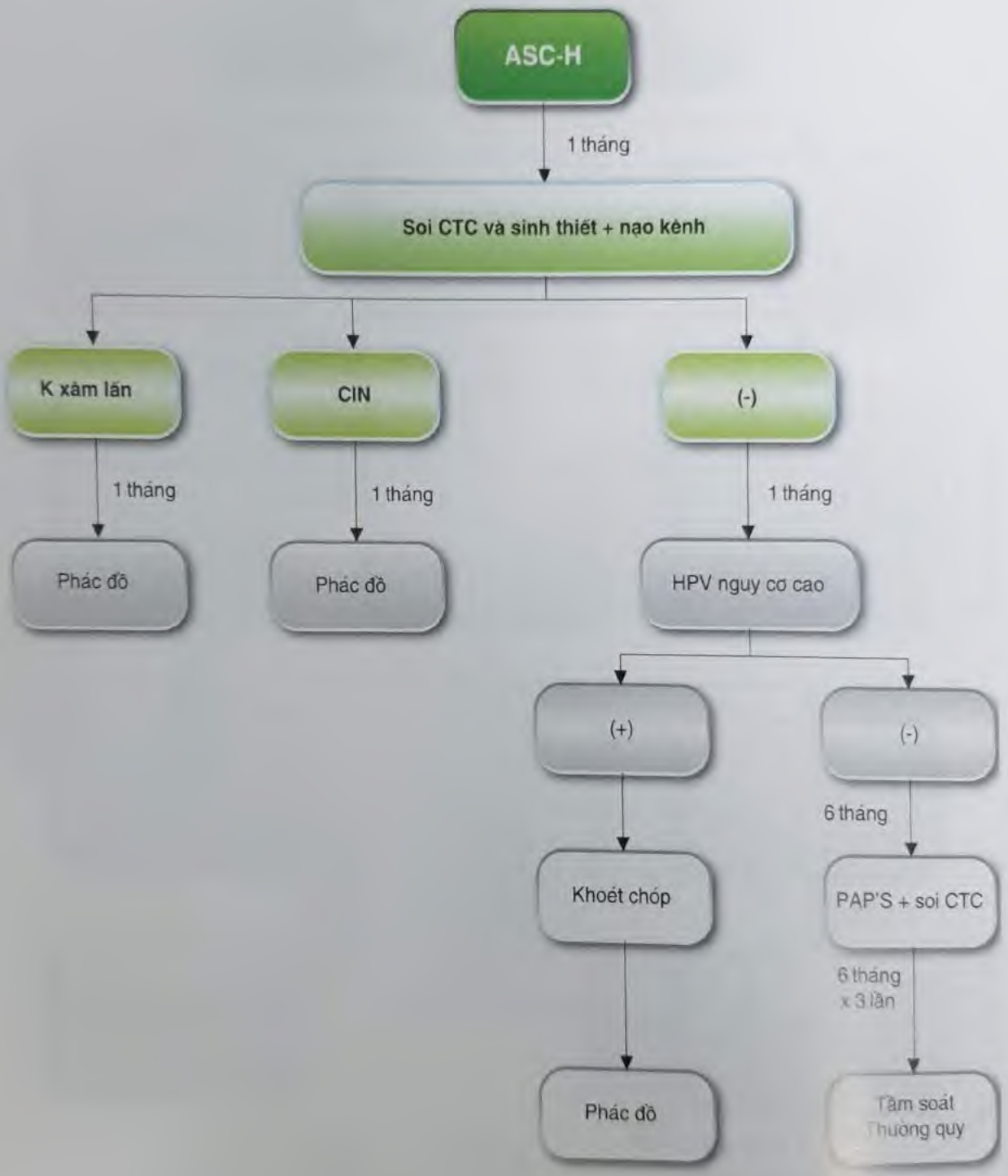
2. ASCCP 2014
3. ASCO 2016
4. CDC Guidelines for Prevention and Treatment of Oppotunistic Infections in HIV- infected aldults and adolescents, MMWR, 2015.
5. Clinical Gynocology Oncology 9 Edition 2018
6. Kế hoạch hành động quốc gia 2016-2025- Bộ Y tế ban hành 23/9/2016
7. Tài liệu đào tạo liên tục về "Hướng dẫn dự phòng và kiểm soát ung thư cổ tử cung" - Bộ Y tế ban hành tháng 12/2017.

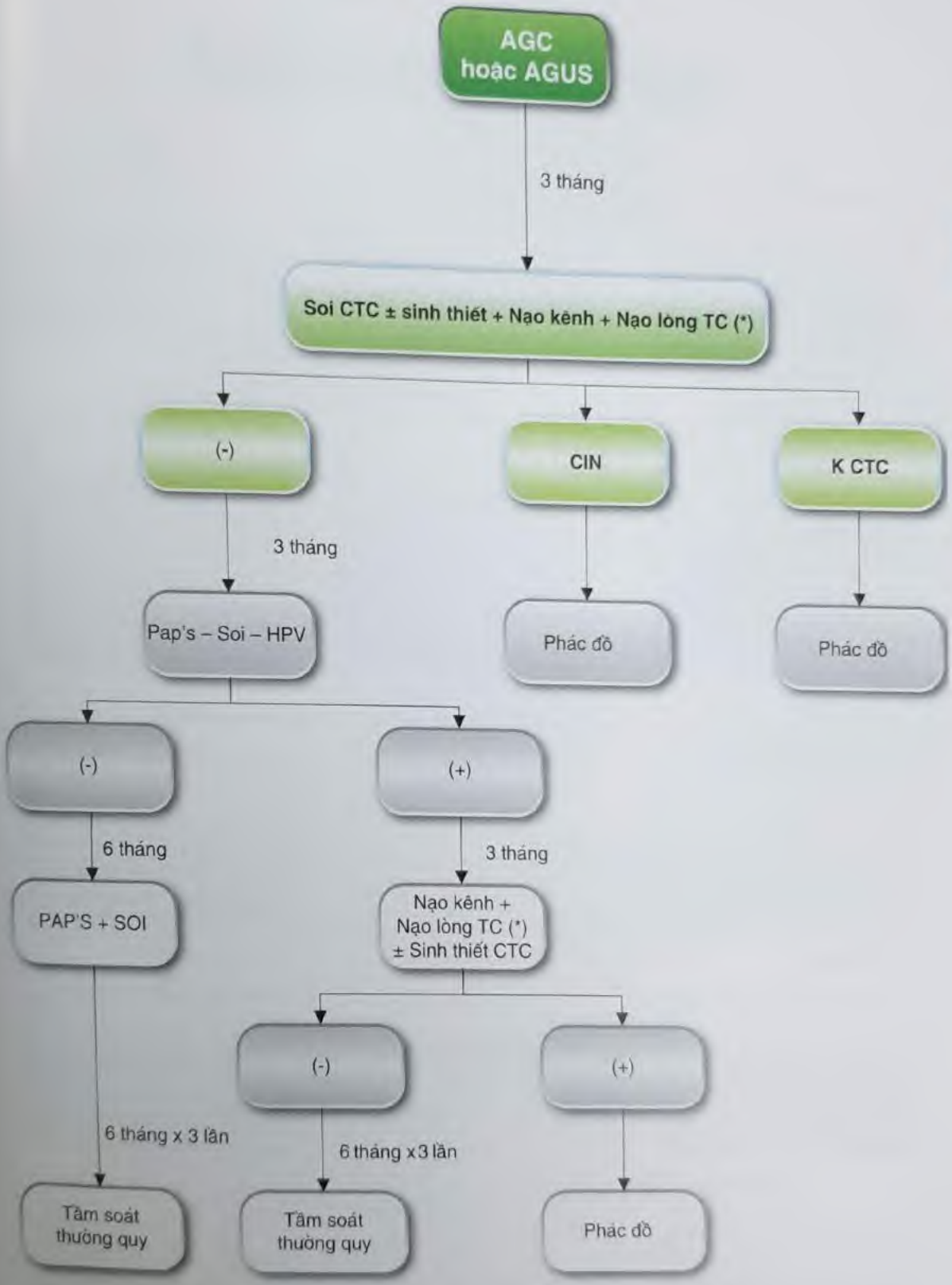
XỬ TRÍ PAP'S BẤT THƯỜNG VÀ TÂN SINH TRONG BIỂU MÔ CỔ TỬ CUNG



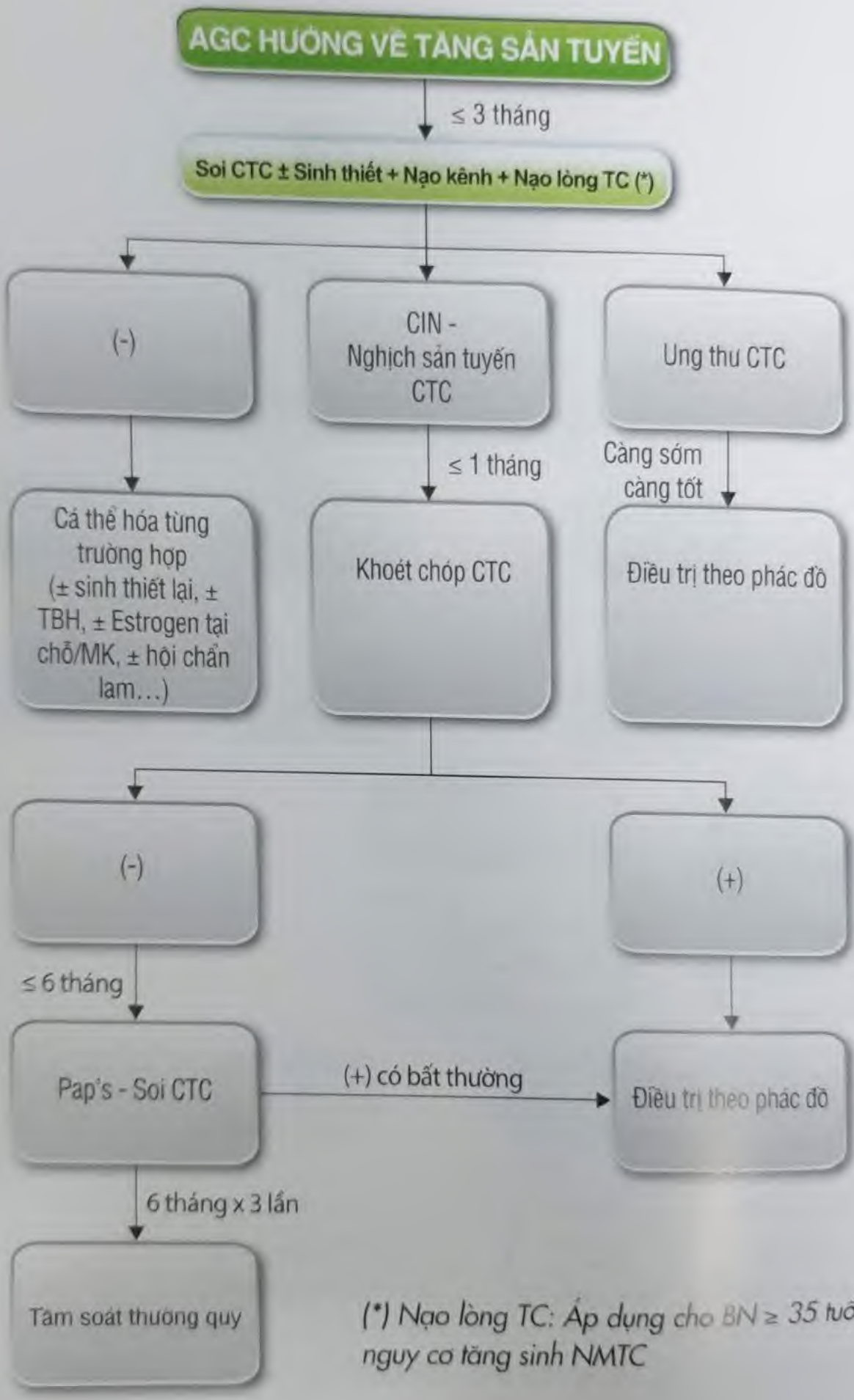

LSIL
6 tháng
SOI CTC + HPV
SOI CTC (-) HPV (-)
SOI CTC (+) HPV (-)
SOI CTC (-) HPV (+)
SOI CTC (+) HPV (+)
Pap's- Soi CTC
Sinh thiết ± nạo kênh
Nạo kênh
Sinh thiết ± nạo kênh
(-)
(+)
(-)
(+)
Điều trị theo phác đồ
6 tháng
6 tháng
Pap's – Soi CTC
Điều trị theo phác đồ
Pap's – Soi CTC
Điều trị theo phác đồ
6 tháng x 3 lần
6 tháng x 3 lần
3 lần
Tầm soát thường quy
Tầm soát thường quy


HSIL
3 tháng
Soi CTC ± Sinh thiết + Nạo kênh
(-)
CIN - Nghịch sản tuyến CTC
Ung thư CTC
1 tháng
Càng sớm càng tốt
Cá thể hóa từng trường hợp (± sinh thiết lại, ± TBH, ± Estrogen tại chỗ/MK, ± hội chẩn lam…)
Khoét chóp CTC
Điều trị theo phác đồ
(-)
(+)
6 tháng
Pap's – Soi CTC
(+) có bất thường
Điều trị theo phác đồ
6 tháng x 3 lần
Tầm soát thường quy

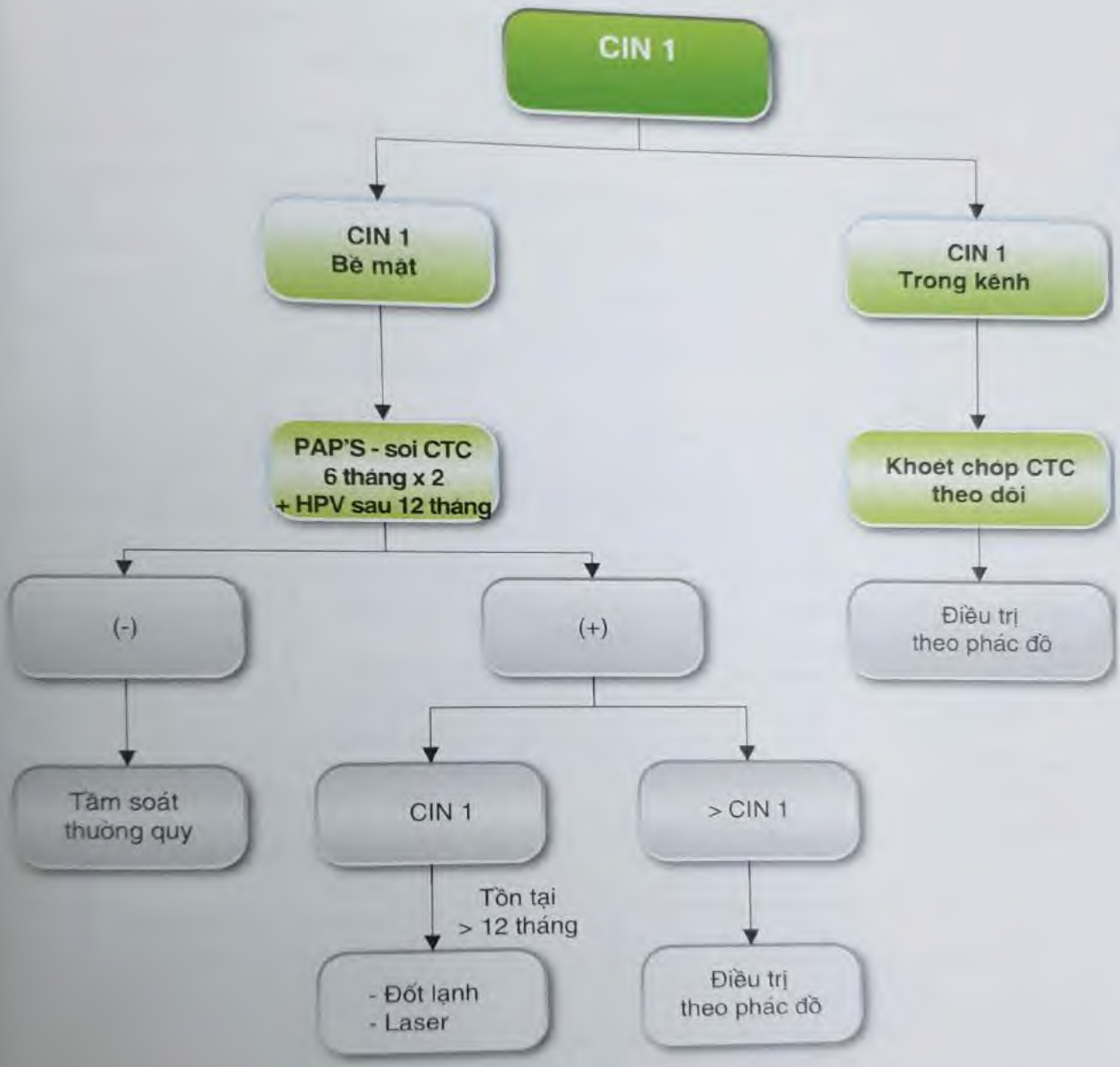

ASC-H
1 tháng
Soi CTC và sinh thiết + nạo kênh
K xâm lấn
CIN
(-)
1 tháng
1 tháng
1 tháng
Phác đồ
Phác đồ
HPV nguy cơ cao
(+)
(-)
6 tháng
Khoét chóp
PAP'S + soi CTC
6 tháng
x 3 lần
Phác đồ
Tầm soát
Thường quy

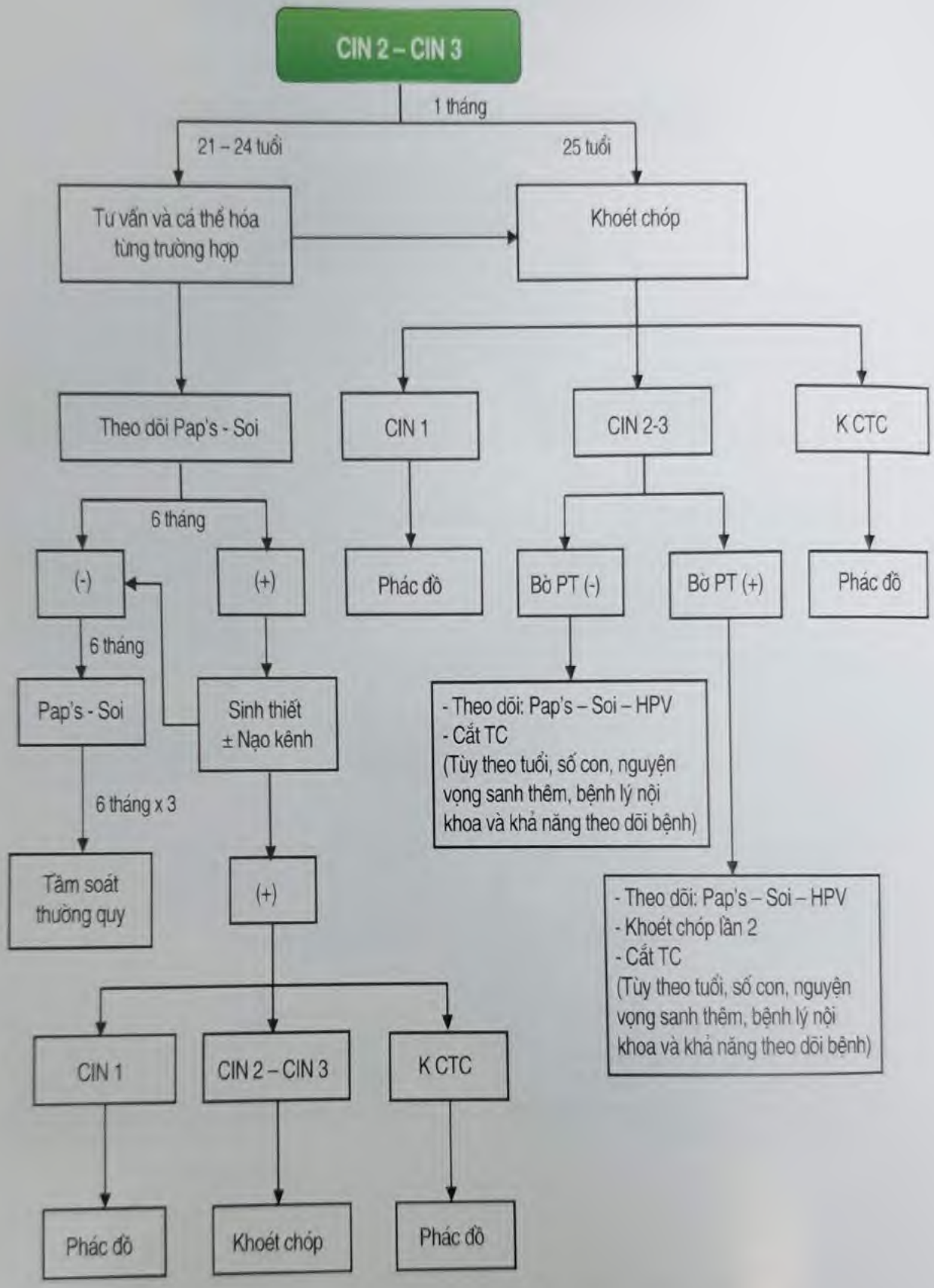


(*) Nạo lòng TC: Áp dụng cho BN ≥ 35 tuổi, nguy cơ tăng sinh NMTC



(*) Nạo lòng TC: Áp dụng cho BN ≥ 35 tuổi, nguy cơ tăng sinh NMTC


CIN 1
CIN 1
Bề mặt
CIN 1
Trong kênh
PAP'S - soi CTC
6 tháng x 2
+ HPV sau 12 tháng
Khoét chóp CTC
theo dõi
(-)
(+)
Điều trị
theo phác đồ
Tầm soát
thường quy
CIN 1
> CIN 1
Tồn tại
> 12 tháng
- Đốt lạnh
- Laser
Điều trị
theo phác đồ

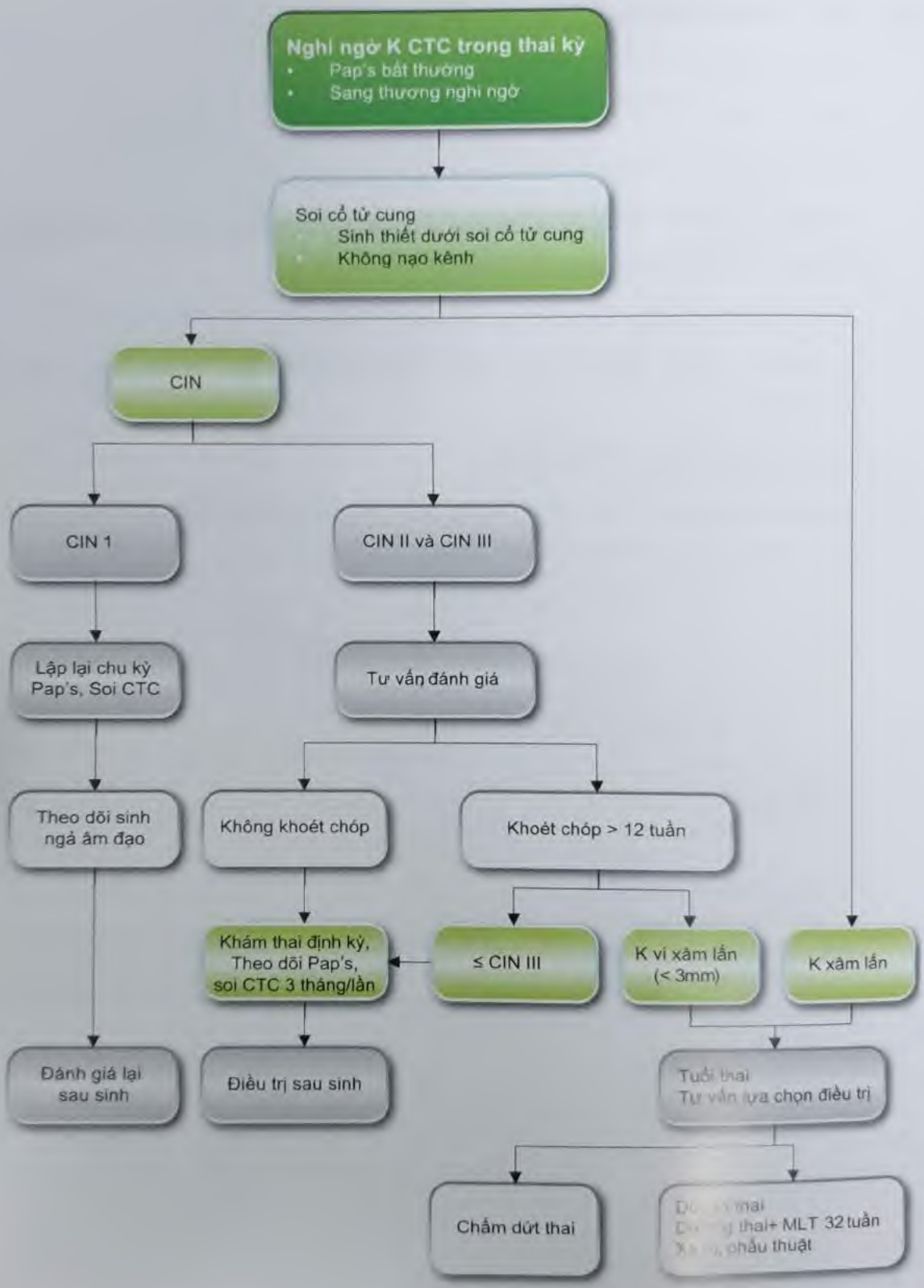

CIN 2 – CIN 3
1 tháng
21 – 24 tuổi
25 tuổi
Tư vấn và cá thể hóa từng trường hợp
Khoét chóp
Theo dõi Pap's - Soi
CIN 1
CIN 2-3
K CTC
6 tháng
(-)
(+)
Phác đồ
Bờ PT (-)
Bờ PT (+)
Phác đồ
6 tháng
Pap's - Soi
Sinh thiết ± Nạo kênh
- Theo dõi: Pap's – Soi – HPV
- Cắt TC
(Tùy theo tuổi, số con, nguyện vọng sanh thêm, bệnh lý nội khoa và khả năng theo dõi bệnh)
6 tháng x 3
Tầm soát thường quy
(+)
- Theo dõi: Pap's – Soi – HPV
- Khoét chóp lần 2
- Cắt TC
(Tùy theo tuổi, số con, nguyện vọng sanh thêm, bệnh lý nội khoa và khả năng theo dõi bệnh)
CIN 1
CIN 2 – CIN 3
K CTC
Phác đồ
Khoét chóp
Phác đồ

- **CIN và thai kỳ:** Đánh giá lại ở tam cá nguyệt thứ 3 và 6 tuần sau sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *ACOG 2016*
2. *ASCCP 2014*
3. *ASCO 2016*
4. *Cervical cancer- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology- Version 1.2018- October 25, 2017*
5. *Clinical Gynocology Oncology 9 Edition 2018*
6. *Kế hoạch hành động quốc gia 2016-2025- Bộ Y tế ban hành 23/9/2016*
7. *Phác đồ bệnh viện Từ Dũ 2015*
8. *Tài liệu đào tạo liên tục về "Hướng dẫn dự phòng và kiểm soát ung thư cổ tử cung" - Bộ Y tế ban hành tháng 12/2017.*

59 UNG THƯ CỔ TỬ CUNG TRONG THAI KỲ



RỐI LOẠN TIỀN MÃN KINH VÀ MÃN KINH

60

I. TIỀN MÃN KINH

1.1. 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, FSH và 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.

1.2. Lâm sàng

- Tăng tính thấm thành mạch: đau vú, dễ bị phù.
- Chất nhờn CTC trong và lỏng suốt chu kỳ.
- Tăng phân bào ở mô vú và nội mạc TC → tổn thương dị dưỡng hoặc tăng sinh nội mạc TC.
- RLKN: chu kỳ ngắn hoặc thưa, rong kinh, rong huyết, cường kinh.
- Hội chứng tiền kinh: tăng cân, chướng bụng, trằn bụng dưới, đau vú, lo âu, căng thẳng, bất an.

1.3. Cận lâm sàng

Đo lường nội tiết không có ý nghĩa.

1.4. Điều trị

Có nhu cầu ngừa thai bằng thuốc: thuốc ngừa thai.

Không có nhu cầu ngừa thai bằng thuốc: điều trị bằng Progesteron.

- Thuốc ngừa thai thế hệ mới 20 mcg 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: dùng 10 ngày mỗi tháng để ra kinh khi ngưng thuốc.

II. MÃN KINH

2.1. Định nghĩa

- Mất kinh liên tiếp 12 tháng.

2.2. Lâm sàng

- 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 TC sau khi ngưng điều trị Progestogen ở những trường hợp RLTMK.

2.3. Điều trị

- Mục đích: ĐT các triệu chứng than phiền.
- 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.
  - Khẩu phần ăn có đậu nành & chế phẩm estrogen thực vật.
  - Khẩu phần ăn cá, ít thịt, nhiều rau quả tươi.
- Chống chỉ định tuyệt đối
  - K sinh dục phụ thuộc estrogen: vú, NMTC.
  - Thuyên tắc mạch đang diễn tiến.
  - Bệnh lý gan, nhất là gan mật đang diễn tiến.
- Chống chỉ định tương đối
  - Rối loạn mãn tính chức năng gan.
  - THA không kiểm soát.
  - Tiền căn thuyên tắc mạch.
  - Tiểu porphyrine cấp từng hồi.
  - Tiểu đường không kiểm soát được.
- 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, K.NMTC, xuất huyết AĐ bất thường.
  - K vú: estrogen trị liệu làm bộc lộ K vú chưa biểu hiện → tăng xuất độ K vú.

- Thời gian sử dụng
  - HRT nên dùng ở liều thấp nhất & thời gian ngắn nhất có thể trong ĐT trước MK, nên bắt đầu điều trị sớm trước khi mãn kinh thật sự.
  - Không nên dùng sau 60 tuổi.
- 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 2mg (Climen)
  Cyproteron acetate 1mg
- Estradiol valerate 2mg (Cyclo-Progynova)
  Norgestrel 0,5mg
- Tibolone 2,5mg (Livial)
- Estradiol 2mg (Pausogest)
  Norethisteron acetate 1mg
- Estradiol valerate 2mg (Progyluton)
  Norgestrel 0,5mg
- Estradiol valerate 2mg (Progynova)

60 SA CÁC TẠNG VÙNG CHẬU

I. ĐỊNH NGHĨA

- Sa các tạng trong vùng chậu (POP = pelvic organ prolapse), là sự tụt xuống của TC, BQ, TrTr, thành trước, thành sau AĐ... 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 HM và cơ nâng của sàn hội âm.
  - Hệ thống treo: dây chằng mu niệu đạo, mạc mu CTC, dây chằng TC cùng, dây chằng ngang CTC, cân Halban, cân TrTr-AĐ.
  - Hệ thống định hướng: dây chằng tròn, dây chằng rộng.
- **Phân loại và phân độ sa tạng vùng chậu**

Vị trí giải phẫu so với thành AĐ	Tạng chậu sa và phân loại			XN 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
Thành sau *(ngăn sau)*	Túi sa TrTr: cao, giữa, thấp	Sa trực tràng Khối lồng trong TrTr-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 TrTr

Ghi chú viết tắt: AĐ (âm đạo), BQ (bàng quang), NĐ (niệu đạo), RN (ruột non), TC (tử cung), MC (móm cắt), TrTr (trực tràng), HM (hậu môn), SC (sàn chậu)

- **Phân loại và độ sa tạng vùng chậu theo hệ thống POP – Q**

a. Giúp phân loại sa tạng chậu tùy theo thành phần bị ảnh hưởng thuộc về:

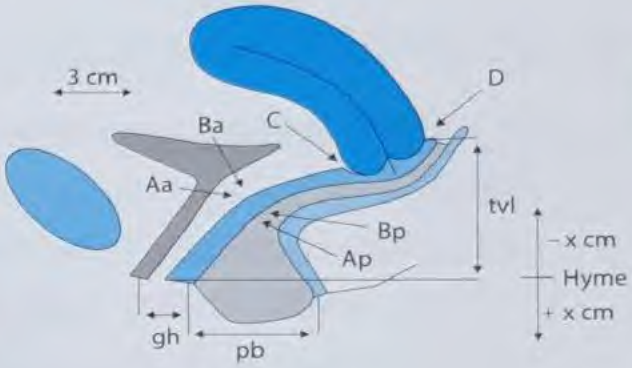
- Ngăn trước (sa BQ, sa niệu đạo).

- Ngăn giữa (sa RN, CTC – TC, vòm AĐ nếu đã cắt TC).
- Ngăn sau (sa trực tràng).

b. Thể hiện một bệnh nhân 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.

c. 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, BN ở tư thế SPK, đầu cao 450, rặn trong quá trình đánh giá.
  - Dụng cụ: van AĐ, thước đo, kẹp tim, pozzi.
  - Điểm cố định: Aa, Ap cách NĐ, mép màng trinh 3cm.
  - Điểm thay đổi: Ba, Bp là điểm phồng ra xa nhất của đoạn AĐ từ Aa, Ap đến túi cùng trước và sau khi BN 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.

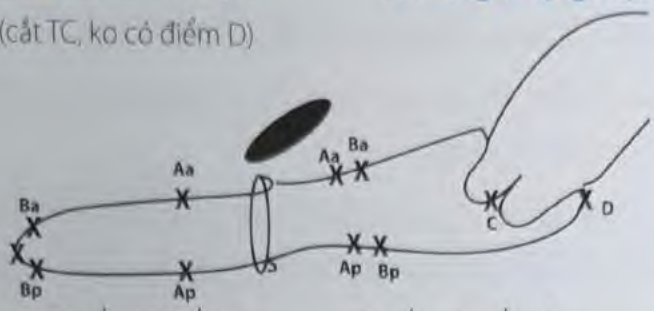
- **Phân độ**
  - Độ 0: không sa tạng chậu.
    + Aa, Ba, Ap, Bp: 3cm nằm trên màng trinh.
    Điểm C hay D: tvl –2cm < C, D ≤ tvl.
  - Độ I: B > 1cm trên màng trinh.
  - Độ II: B trong khoảng ±1cm trên dưới màng trinh.
  - Độ III: B >1cm dưới màng trinh đến < tvl – 2cm.
  - Độ IV: sa toàn bộ, B ≥ (tvl-2)cm.

Trình bày POP-Q theo sơ đồ

B: Sa BQ-TC-TrTr độ IV (cắt TC, ko có điểm D)

A: Không sa tạng chậu

Aa	Ba	C
Gh	Pb	Tvl
Ap	Bp	D



+3 Aa	+8 Ba	+8 C
4.5 gh	1.5 pb	8 tvl
+3 Ap	+8 Bp	--

-3 Aa	-3 Ba	-8 C
2 gh	3 pb	10 tvl
-3 Ap	-3 Bp	-10 D

II. XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN VÀ CHUYÊN BIỆT

2.1. XNTP 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 PT (đang có viêm âm đạo, nhiễm trùng tiểu, tiểu đường, thiếu máu,...
- Loại bỏ bệnh lý phụ khoa (rong cường kinh, rong huyết), bệnh lý CTC, TC, PP để quyết định có cắt TC không
- Siêu âm bụng tổng quát khi BN có chỉ định mổ hoặc nghi ngờ thận chướng nước do khối sa chèn ép gây bế tắc đường ra đường tiểu dưới.

2.2. Bilan niệu động học

- Thường quy với bệnh nhân 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 niệu đạo.
  - Đối chiếu KQ điều trị trước - sau mổ đối với sa thành trước AĐ.
- Ở BN có bệnh lý các tạng chậu thuộc ngăn giữa và dưới, cần làm niệu động học khi BN 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 MRI động (Defecography)

Khảo sát toàn bộ cấu trúc sàn chậu cùng các tạng c[illegible] kèm động học tống phân.

- Mặc dù kết quả chụp trên MRI động là tiêu chuẩn [illegible] 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 BN bị rối loạn chức năng đường tiêu hóa dưới điều trị nội thất bại hoặc bị nặng, kéo dài như: tiểu gấp, tiểu không kiểm soát, táo bón hoặc khi BN 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 trực tràng

Đánh giá cơ thắt trong và ngoài HM: khi BN có tổn thương nút sàn chậu, nghi ngờ tổn thương cơ thắt hậu môn, BN có triệu chứng rối loạn chức năng đường tiêu hóa dưới thất bại điều trị.

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

a. Sa tạng nào.

b. Số lượng tạng bị sa.

c. Độ sa của tạng đó.

d. Rối loạn tiết niệu kèm theo không (TKKSKGS, tiểu tồn lưu, bí tiểu, tiểu không kiểm soát hỗn hợp ....).

e. Có RL đi cầu kèm theo không.

f. Vẽ mô tả phân loại và phân độ sa tạng vùng chậu.

Ví dụ chẩn đoán: sa tử cung độ 3, sa bàng quang độ 2, sa trực tràng độ 2, tiểu không kiểm soát khi gắng sức, tổn thương mất nút sàn chậu, 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 BN.

b. Điều trị

- Thay đổi thói quen, sinh hoạt phù hợp.
- Sử dụng nội tiết estrogen tại chỗ (dạng viên đặt âm đạo hay creme 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, TrTr 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 BN 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 sàn chậu (vai trò của vòng xơ quanh CTC) làm phương tiện cố định các hệ thống nâng đỡ được phục hồi trong PT như mảnh ghép, may phục hồi bằng chỉ không tan.

b. Lựa chọn phương pháp PT 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 PTV.
- Nhu cầu của người bệnh sau khi được tư vấn điều trị cận kề.

4.3. Chỉ định PT 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 người bệnh, thất bại điều trị bảo tồn 3-6 tháng (pessary) hoặc người bệnh yêu cầu được PT sau khi đã được đánh giá tư vấn đầy đủ.

4.4. Các phương pháp PT

a. Sa thành trước

- Sa BQ: nâng bàng quang bằng mảnh ghép tổng hợp prolypropylene, may phục hồi cân ngang BQ-CTC qua ngả AĐ/NS 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). PT Burch NS/mổ bụng hở trường hợp không thực hiện được hoặc thất bại ≥ 2 lần PT đặt sling dưới niệu đạo.

b. Sa thành sau

- Sa trực tràng: Nâng trực tràng 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 trực tràng âm đạo bằng chỉ tan hay không tan.
- Khâu phục hồi cơ nâng hậu môn.
- Tái tạo, tạo hình nút sàn chậu ± 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.
- 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 mỏm cắt.

4.5. Chỉ định và chống chỉ định đặt mảnh ghép tổng hợp

PT đặt mảnh ghép tổng hợp là PT ưu thế trong việc đạt hiệu quả giải phẫu ngay sau mổ và giữ cho hiệu quả PT kéo dài hơn, giảm tỷ lệ tái phát so với PT 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 BN không cho phép PT 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.
  - Tiểu 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 AĐ, hệ thống cân cơ dây chằng quá nhiều.
  - Tổn thương tiền ung thư âm hộ, AĐ, CTC chưa điều trị ổn.
  - Hoặc tiền căn tổn thương tiền ung thư âm hộ, AĐ, 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 AĐ còn quá ít để che phủ mảnh ghép.
- Chọn lựa PT điều trị sa tạng chậu ngả AĐ hay ngả bụng.

a. Chỉ định PT ngả AĐ khi

- BN lớn tuổi (> 70).
- Tình trạng BN không cho phép gây mê kéo dài > 2 [illegible]
- BN có tiền sử vết mổ cũ trên bụng nhiều lần (≥ 2 [illegible] hoặc tiền sử nhiễm trùng vết mổ.

- BN béo phì (BMI ≥ 30kg/m2).
- Tiền sử thất bại với các PT treo TC ngả bụng.

b. Chỉ định PT ngả bụng khi

- BN trẻ ≤ 60 tuổi hoặc BN ≤ 70 tuổi mong muốn PT ngả bụng.
- Sa TC/MC độ 3-4, sa lộn toàn bộ thành trước sau AĐ cần PT cố định TC/MC/sàn chậu vào mỏm nhô.
- Thất bại với PT điều trị sa tạng chậu ngả AĐ trước đó.

c. Chỉ định PT kết hợp ngả bụng và ngả AĐ khi

- Kỹ năng PTV không thể thực hiện các PT phục hồi sa tạng chậu khó qua ngả bụng như NS ổ bụng treo TC vào mỏm nhô và đặt mảnh ghép nâng BQ-TrTr, khi đó cần kết hợp ngả AĐ để đặt mảnh ghép nâng BQ-TrTr, tăng hiệu quả điều trị.
- Sa TC ≥ độ 2 kèm sa các tạng chậu khác nhưng tình trạng BN không cho phép PT hoặc gây mê kéo dài > 2 giờ.

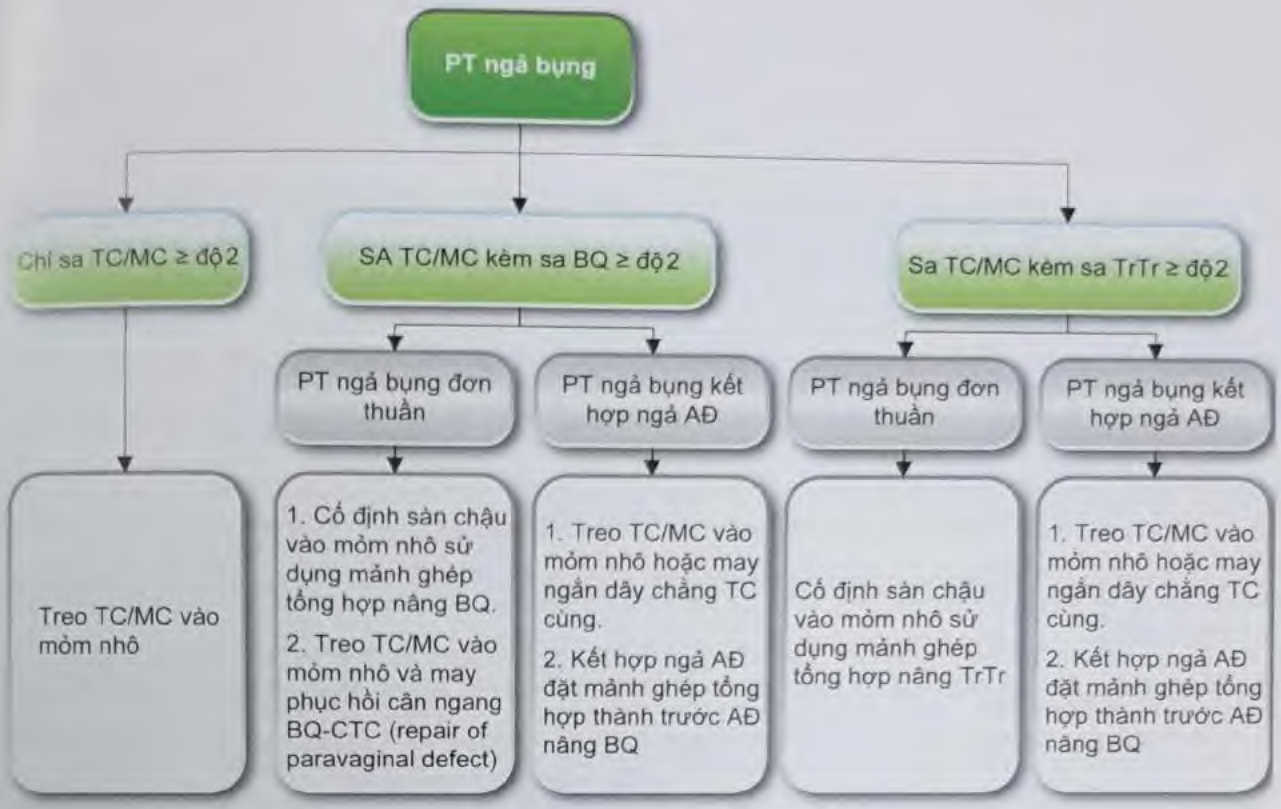
PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ SA CÁC TẠNG VÙNG CHẬU

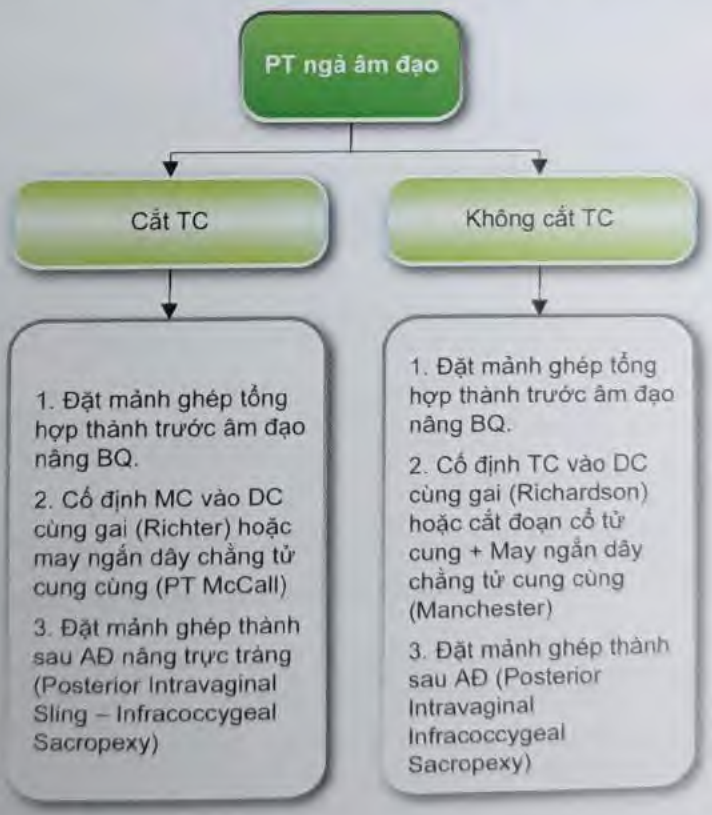
	Thành trước AĐ	Vòm AĐ	Thành sau AĐ
POP-Q	1. Sa BQ: trung tâm, bên, kết hợp 2. TKKSKGS	1. Sa TC, sa MC 2. Túi sa RN; trước, sau	1. Túi sa TrTr: cao, giữa, thấp 2. Sa niêm HM-TT, tổn thương nút sàn chậu, cơ thắt HM
CLS	Niệu động học (urodynamic) Siêu âm bụng tổng quát	MRI động (Defecography) ± Niệu động học	MRI động (defecography) SÂ 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 các tạng độ I – II 2. Chưa có biến chứng 3. Chưa ảnh hưởng chất lượng sống BN
Các p[illegible]	[illegible] Thay đổi thói quen, sinh hoạt [illegible] nội, bọng đái [illegible] tự tập, tập với máy; [illegible] điện cơ SC 6. Màng vòng nâng trong ÂĐ nâng BQ, TrTr, điều trị TKKSKGS, TKKS hỗn hợp

	Điều trị ngoại khoa
Chỉ định	1. POP-Q; sa các tạng từ độ 2 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 sống BN
Các PT (xem sơ đồ PT ngả AĐ)	1. Ngả âm đạo 2. Ngả bụng; mổ hở, nội soi ổ bụng
Chỉ định đặt mảnh ghép tổng hợp	• Sa tạng chậu nâng từ độ 3 • Sa tái phát • Sa mỏm cắt • Tình trạng BN không cho phép PT kéo dài hoặc gây mê toàn thân


PT ngả bụng
Chỉ sa TC/MC ≥ độ 2
SA TC/MC kèm sa BQ ≥ độ 2
Sa TC/MC kèm sa TrTr ≥ độ 2
PT ngả bụng đơn thuần
PT ngả bụng kết hợp ngả AĐ
PT ngả bụng đơn thuần
PT ngả bụng kết hợp ngả AĐ
Treo TC/MC vào mỏm nhô
1. Cố định sàn chậu vào mỏm nhô sử dụng mảnh ghép tổng hợp nâng BQ.
2. Treo TC/MC vào mỏm nhô và may phục hồi cân ngang BQ-CTC (repair of paravaginal defect)
1. Treo TC/MC vào mỏm nhô hoặc may ngắn dây chằng TC cùng.
2. Kết hợp ngả AĐ đặt mảnh ghép tổng hợp thành trước AĐ nâng BQ
Cố định sàn chậu vào mỏm nhô sử dụng mảnh ghép tổng hợp nâng TrTr
1. Treo TC/MC vào mỏm nhô hoặc may ngắn dây chằng TC cùng.
2. Kết hợp ngả AĐ đặt mảnh ghép tổng hợp thành trước AĐ nâng BQ


PT ngả âm đạo
Cắt TC
Không cắt TC
1. Đặt mảnh ghép tổng hợp thành trước âm đạo nâng BQ.
2. Cố định MC vào DC cùng gai (Richter) hoặc may ngắn dây chằng tử cung cùng (PT McCall)
3. Đặt mảnh ghép thành sau AĐ nâng trực tràng (Posterior Intravaginal Sling – Infracoccygeal Sacropexy)
1. Đặt mảnh ghép tổng hợp thành trước âm đạo nâng BQ.
2. Cố định TC vào DC cùng gai (Richardson) hoặc cắt đoạn cổ tử cung + May ngắn dây chằng tử cung cùng (Manchester)
3. Đặt mảnh ghép thành sau AĐ (Posterior Intravaginal Infracoccygeal Sacropexy)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. G.Willy Davila, Section I: Concept of the Pelvic Floor as a Unit, in Pelvic Floor Dysfunction. A Multidisciplinary Approach. 2006, Springer. p. 3-6.
2. Whitcomb, E.L., et al., Prevalence of Defecatory Dysfunction in Women With and Without Pelvic Floor Disorders. 2009. p. 179-187 10.1097/SPV.0b013e3181b12e01.
3. Haylen, B.T., et al., An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Neurourology and Urodynamics, 2010. 29(1): p. 4-20.
4. Chao, F., et al., Does pre-operative traction on the cervix approximate intra-operative uterine prolapse? A randomised controlled trial. International Urogynecology Journal, 2012: p. 1-6.
5. Cecilia, K.W., 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.
6. Messelink, B., et al., 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, 2005. 24(4): p. 374-80.
7. Colaiacomo, M.C., et al., Dynamic MR Imaging of the Pelvic Floor: a Pictorial Review1. 2009. p. e35.
8. Niccoló Faccioli, et al., Defecography: a practical approach. Diagnostic and Interventional Radiology, 2010. 16: p. 209-216.
9. Blaivas, J., et al. Atlas of Urodynamics. 2008; Available from: http://public.eblib.com/EBLPublic/PublicView.do?ptilD=320043.
10. Denoya, P. and D.R. Sands, Anorectal physiologic evaluation of constipation. Clin Colon Rectal Surg, 2008. 21(2): p. 114-21.
11. Bharucha, A.E., Anorectal Disorders, in Pathophysiology of the Enteric Nervous System. 2008, Blackwell Publishing Ltd. p. 161-175.
12. Tejada Cabrera, M., A. Lopez Cano, and A. Munoz Benvenuty, Anal incontinence: evaluation of the anal sphincter by endoscopic ultrasound. Rev Esp Enferm Dig, 200[illegible] 97(5): p. 375-6.
13. G. Vignoli, Advanced diagnostic testing for female pelvic floor dysfunct[illegible] UROGYNAECOLOGIA INTERNATIONAL JOURNAL, 2009. 23(1): p. 5-43.
14. Hagen, S., et al., A randomized controlled trial of pelvic floor muscle training for s[illegible] and II pelvic organ prolapse. International Urogynecology Journal, 2009. 20(1): p.
15. Rosenbaum, T.Y. and I. Ben-Dror, [The role of physical therapy in the treat[illegible] female sexual dysfunction]. Harefuah, 2009. 148(9): p. 606-10, 657.

16. RICHARD REID, Recto enterocele repair : past problems and new horizons. Pelviperineology - A multidisciplinary pelvic floor journal, March, 2007. 26(1).
17. Abdool, Z., et al., Prospective evaluation of outcome of vaginal pessaries versus surgery in women with symptomatic pelvic organ prolapse. International Urogynecology Journal, 2011. 22(3): p. 273-278.
18. Cundiff, G.W., et al., The PESSRI study: symptom relief outcomes of a randomized crossover trial of the ring and Gellhorn pessaries. Am J Obstet Gynecol, 2007. 196(4): p. 405 e1-8.
19. Lamers, B., B. Broekman, and A. Milani, Pessary treatment for pelvic organ prolapse and health-related quality of life: a review. International Urogynecology Journal, 2011. 22(6): p. 637-644.
20. Bo, K., Overview of physical therapy for pelvic floor dysfunction, in Physical therapy for pelvic floor dysfunction. 2007.
21. Shah, S., A. Sultan, and R. Thakar, The history and evolution of pessaries for pelvic organ prolapse. International Urogynecology Journal, 2006. 17(2): p. 170-175.
22. Fernando, R.J., et al., Effect of Vaginal Pessaries on Symptoms Associated With Pelvic Organ Prolapse. 2006. p. 93-99 10.1097/01.AOG.0000222903.38684.cc.
23. Kapoor, D., et al., Conservative versus surgical management of prolapse: what dictates patient choice? International Urogynecology Journal, 2009. 20(10): p. 1157-1161.
24. Bo & Berghmans & Morkved & Van Kampe, Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor. 1st ed. 27 Jul 2007: Bridging Science and Clinical Practice. CHURCHILL LIVINGSTONE. 456.
25. Viera, A.J. and M. Larkins-Pettigrew, Practical use of the pessary. Am Fam Physician, 2000. 61(9): p. 2719-26, 2729.
26. Farrell, S.A., Pessaries in clinical practice. 2006, London: Springer. 98.
27. Maher, C., et al., Surgical management of pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database Syst Rev, 2010(4): p. CD004014.
28. Dietz, V., S. Koops, and C. van der Vaart, Vaginal surgery for uterine descent; which options do we have? A review of the literature. International Urogynecology Journal, 2009. 20(3): p. 349-356.
29. Uzoma, A. and K.A. Farag, Vaginal Vault Prolapse. Obstetrics and Gynecology International, 2009. 2009.
30. Diwan, A., C.R. Rardin, and N. Kohli, Uterine preservation during surgery for uterovaginal prolapse: a review. International Urogynecology Journal, 2004. 15(4): p. 286-292.
31. Moore, R.D. and J.R. Miklos, Vaginal repair of cystocele with anterior wall mesh via transobturator route: efficacy and complications with up to 3-year followup. Adv Urol, 2009: p. 743831.

32. Rutman, M.P. and J.G. Blaivas, Surgery for Stress Urinary Incontinence: Historical Review, in Continence, G.H. Badlani, et al., Editors. 2009, Springer London. p. 117-132.
33. V.Ravikumar, Protocols/Tears 3 & 4 Degree: GUIDELINES FOR THE RECOGNITION AND MANAGEMENT OF PERINEAL TRAUMA INCLUDING THIRD AND FOURTH DEGREE PERINEAL TEARS. 2007, Macclesfield District Hospital. East Cheshire NHS Trust. http://www.eastcheshire.nhs.uk/.
34. de Tayrac, R., et al., 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, 2007. 18(3): p. 251-256.
35. Toh, V., V. Bogne, and A. Bako, Management of recurrent vault prolapse. International Urogynecology Journal, 2012. 23(1): p. 29-34.
36. Theobald, P. and A. Chéret, Laparoscopic sacrocolpopexy: results of a 100-patient series with 8 years follow-up. Gynecological Surgery, 2004. 1(1): p. 31-36.
37. 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. Onwude, J.L., Genital prolapse in women. Clin Evid (Online), 2007. 2007(3).
39. Feiner, B., J.E. Jelovsek, and C. Maher, 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, 2009. 116(1): p. 15-24.
40. Committee Opinion no. 513: vaginal placement of synthetic mesh for pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol, 2011. 118(6): p. 1459-64.
41. Lo, T.S. and K. Ashok, 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.
42. Murphy, M. and G. for the Society of Gynecologic Surgeons Systematic Review, Clinical Practice Guidelines on Vaginal Graft Use From the Society of Gynecologic Surgeons. Obstetrics & Gynecology, 2008. 112(5): p. 1123-1130.
43. B.Deval, et al., Chirurgie de l'allongement hypertrophique du col utérin. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2002. 31(4): p. 343-351.
44. McDermott, C.D. and D.S. Hale, Abdominal, laparoscopic, and robotic [illegible]ery for pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol Clin North Am, 2009. 36(3): p [illegible]4.
45. Jia, X., et al., Efficacy and safety of using mesh or grafts in surgery for [illegible] and/or posterior vaginal wall prolapse: systematic review and meta-analy[illegible] 2008. 115(11): p. 1350-61.
46. Peter L Rosenblatt, Laparoscopic surgery for repair of pelvic floor de[illegible] ToDate 19.3, Editor. Sep 2011.

BỆNH LÝ TUYẾN VÚ LÀNH TÍNH 62

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).
- 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 hai 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 bệnh nhân:

- Ngồi với cánh tay thư giãn, hai tay giơ lên khỏi đầu, hai tay chống hông.
- Tư thế nằm ngửa.

2.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: cần thực hiện ở tất cả BN.
- Nhũ ảnh:
  - BN ≥ 35 tuổi: thực hiện thường qui.
  - BN < 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%).
- XQ 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
  - Bệnh nhân 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 Lymphôm 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 LS 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 > 15mm
  - Khi FNA nghi ngờ ác tính
  - Tình huống LS cần chẩn đoán mô học hỗ trợ

• Sinh thiết mở (open biopsy)
  - Khi core biopsy không thực hiện được.
  - Không có sự tương đồng giữa kết quả chẩn đoán hình ảnh và lâm sàng.

• Sinh thiết có định vị: dưới siêu âm hoặc nhũ ảnh
  - Siêu âm: khi LS không sờ thấy u nhưng siêu âm thấy u.
  - Nhũ ảnh: khi LS 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 Viêm vú – áp xe vú).

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, chocolates và các chất béo.

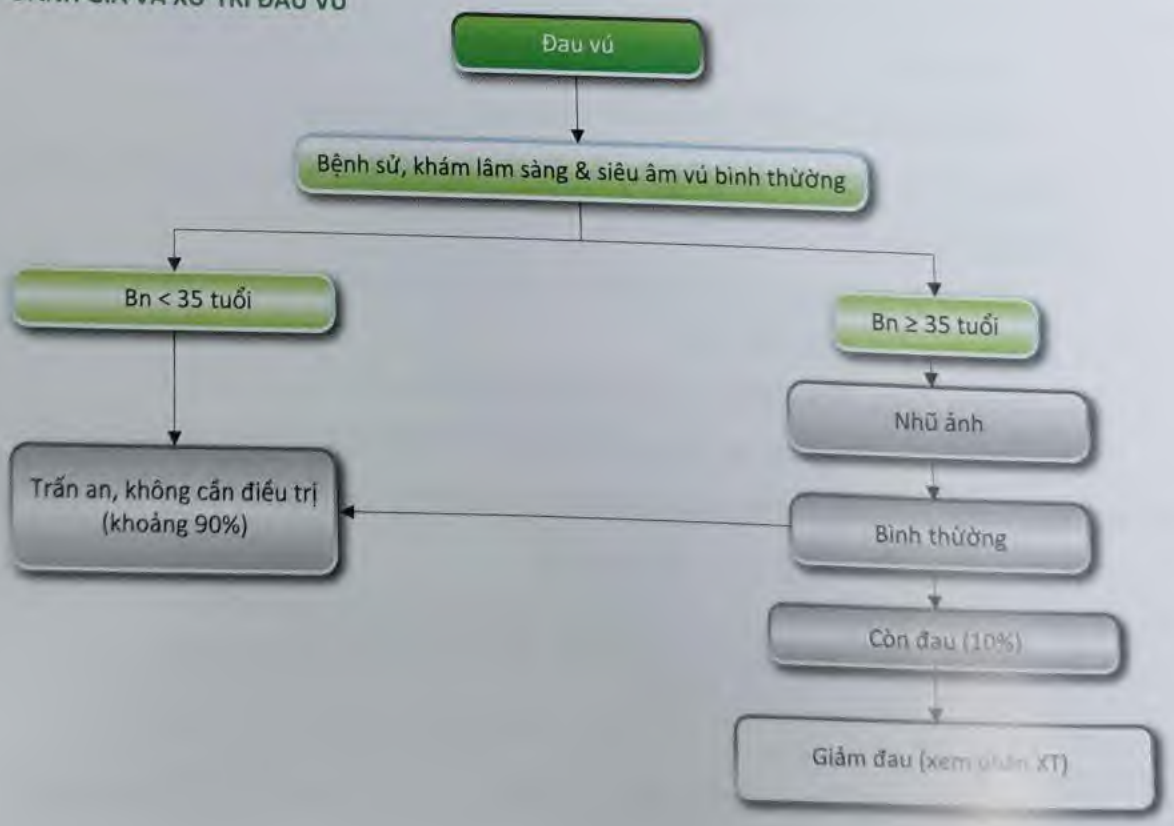
+ Nên dùng thực phẩm giàu carbohydrates phức hợp (ngũ cốc, rau củ).

- 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.
- Điều trị bằng thuốc: theo trình tự ưu tiên:

NSAIDS, Acetaminophen	NSAIDS: Ibuprofen, diclofenac, ... Paracetamol Paracetamol + ibuprofen
Danazol 200 mg, 100 mg	100 - 400 mg/ngày x 3 - 6 tháng
Tamoxifen10 mg	10 mg/ngày. Tái phát 39 - 48% sau khi ngưng sử dụng.
Bromocriptine 2,5 mg	Tăng liều dần từ 1,25 mg/ngày – 5 mg/ngày (tùy đáp ứng của BN)
Nội tiết sinh dục	Viên tránh thai phối hợp hoặc Progestin 3 - 6 tháng

Cân nhắc hiệu quả và tác dụng phụ của thuốc.

ĐÁNH GIÁ VÀ XỬ TRÍ ĐAU VÚ



2.4.Khối u vú lành tính

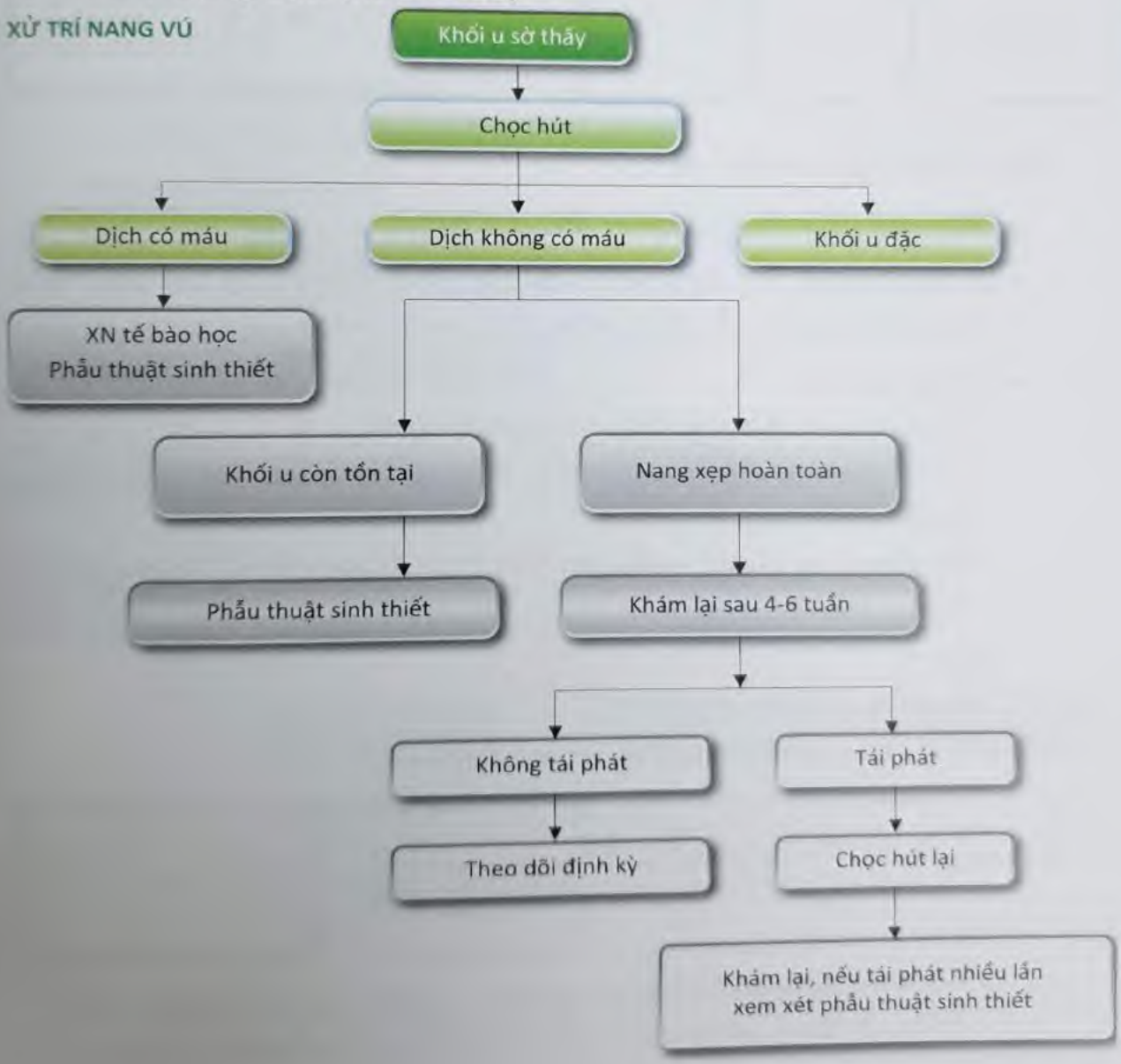
a. Chẩn đoán

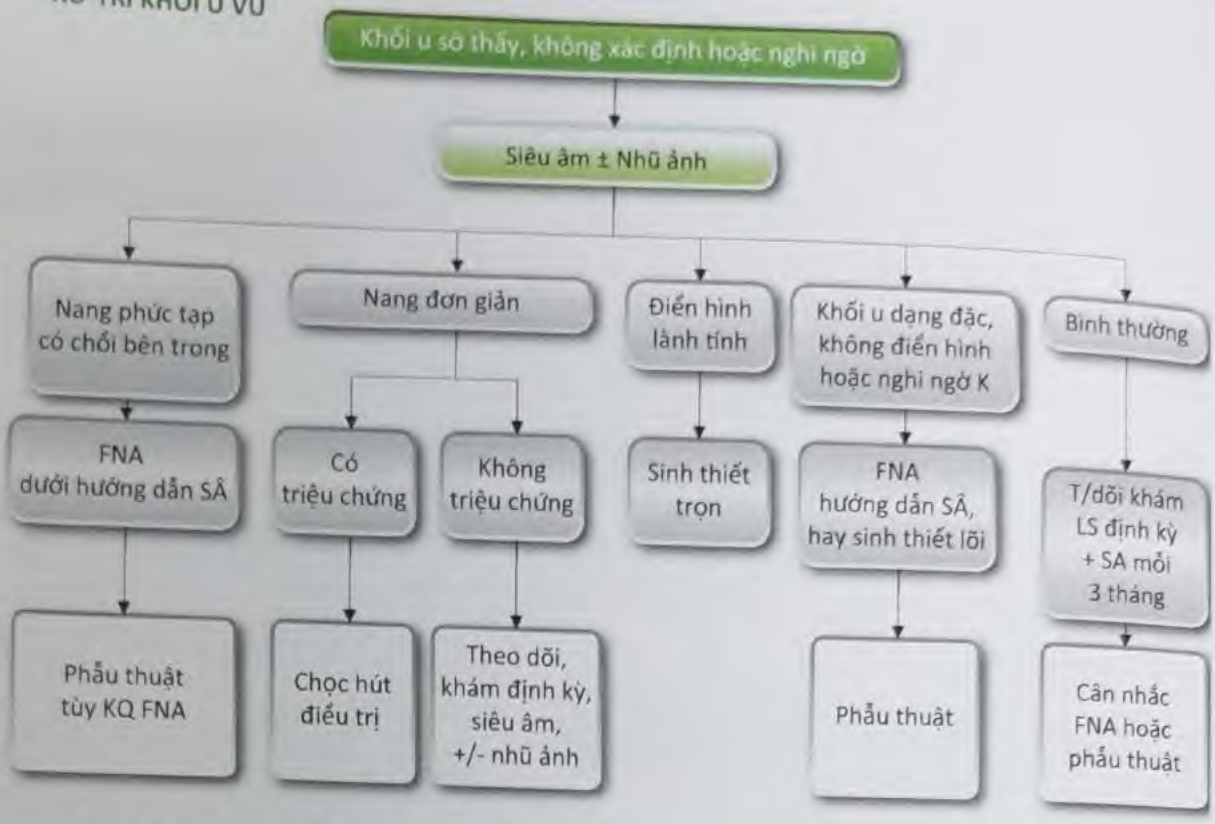
- Ghi nhận các nguy cơ ung thư vú: tuổi, tiền sử ung thư vú trong gia đình, tiền sử cá nhân bị ung thư vú, sinh thiết có tăng sản không điển hình; tiền căn phẫu thuật tuyến vú.
- LS: kích thước, vị trí (so với núm vú), di động, mật độ căng chắc, trơn láng, bờ rõ, dạng đặc hay dạng nang.
- CLS: siêu âm và nhũ ảnh: BIRADS II và III

b. Xử trí

- U dạng nang: có thể chọc hút (xem sơ đồ).
- U dạng đặc: (xem sơ đồ)

XỬ TRÍ NANG VÚ





2.5. Tiết dịch núm vú

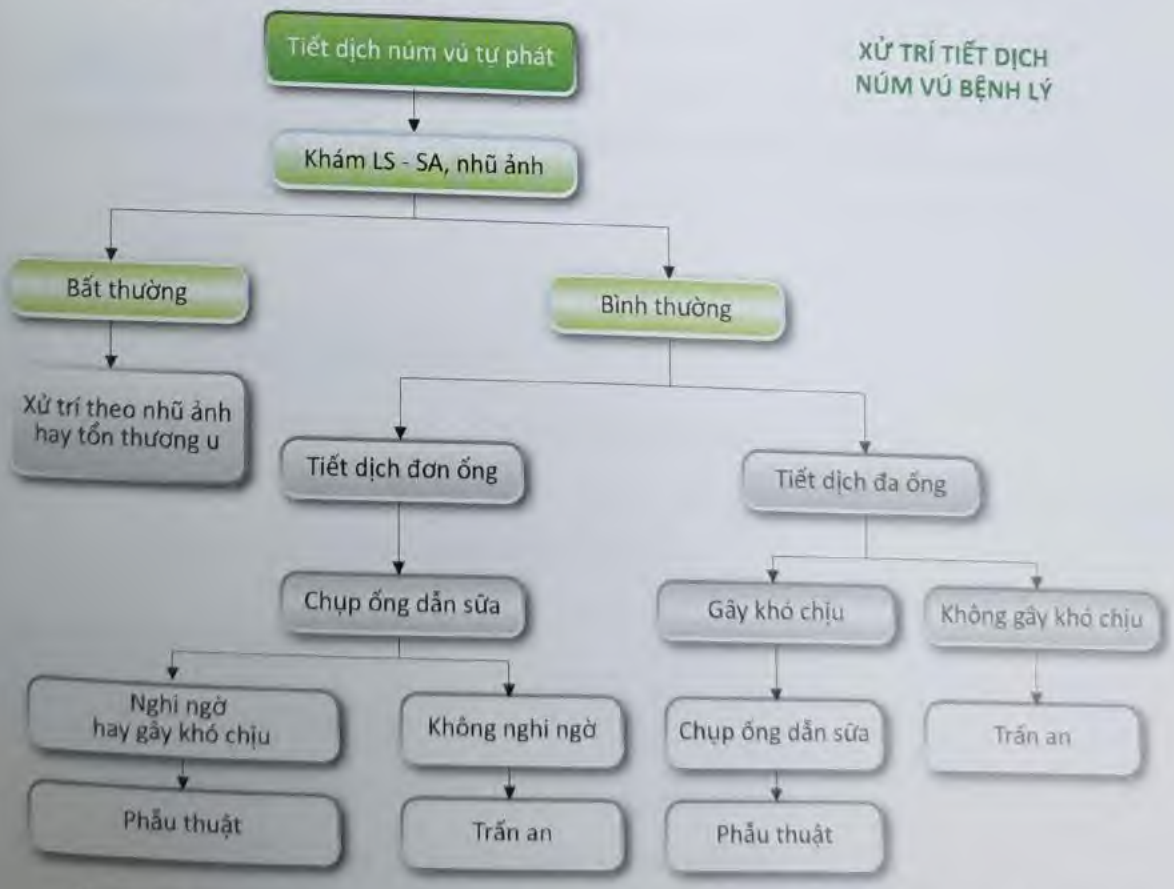
a. Tiết sữa (giai đoạn không cho con bú)

- Là hiện tượng tiết dịch giống sữa, tự phát, thường là hai bên và từ nhiều ống tuyến, do tăng nồng độ prolactine.
- 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,...
  - BN đang sử dụng: estrogen liều cao, thuốc chống trầm cảm ba vòng và Cimetidine,...
- CLS
  - 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 LS.
  - CTscan nếu BN chống chỉ định chụp MRI.
- Xử trí
  - Tùy theo nguyên nhân.
  - Điều trị tăng prolactine 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.
- CLS
  - Prolactine máu
  - Siêu âm
  - Nhũ ảnh
  - Chụp ống tuyến sữa
  - Tế bào học dịch núm vú
- Xử trí: theo sơ đồ:



2.6. Viêm vú và nhiễm trùng vú (tham khảo phác đồ Áp xe vú).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Aaron Ndhluni. 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. 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.*
4. *Hindle H. W, Kefah Mokbel. Diagnosis and management of benign breast disease. Glob. libr. women's med. (ISSN: 1756-2228) 2009; DOI 10.3843/GLOWM.10017.*
5. *Hughes LE. Classification of benign breast disorders. The ANDI classification based on physiological processes within the normal breast. Br Med Bull. 1991 Apr;47(2):251-7*
6. *Lakshmi Vaidyanathan, Karen Barnard. Benign breast disease : when to treat, when to reassure, when to refer. Cleveland Clinic journal of Medecine Vol.9 No.5 May 2002, p 425-432.*
7. *Merih Guray, Aysegul A.Sahin. Benign breast diseases : Classification, diagnosis and management. The Oncologists 2006, 11, p 435-449.*

I. ĐỊNH NGHĨA - PHÂN LOẠI

- Áp xe vú là tình trạng tụ mủ khu trú ở mô vú.
- 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.

II. DỊCH TỄ HỌC

- 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.

III. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

- Giai đoạn tiết sữa: Staphylococcus aureus (93%)
- Ngoài giai đoạn tiết sữa: Staphylococcus aureus (40%), Staphylococcus coagulase (40%)...

IV. 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.

V. CHẨN ĐOÁN

5.1. 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.

5.2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích tế bào máu.
- CRP.
- Siêu âm vú.
- Cấy mủ.

VI. 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).

VII. XỬ TRÍ

7.1. Xử trí tổng quát

- Chườm lạnh.
- Tiếp tục nuôi con bằng sữa mẹ hay nặn sữa (Cắt sữa trong trường hợp không nuôi con bằng sữa mẹ hay nhiễm trùng nặng, áp xe tái phát nhiều lần).

7.2. Điều trị nội

- 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 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.
- Nhiễm trùng nặng
  - Vancomycin (15 mg/kg truyền TM mỗi 12 giờ).
  - Có thể phối hợp Cephalosporin thế hệ 3 hoặc beta-lactam/chất ức chế beta-lactamase.

7.3. Điều trị ngoại khoa

- Đường kính ổ áp xe < 3 cm: Chọc hút bằng kim 18-19G + bơm rửa bằng NaCl 0,9% dưới siêu âm. Chọc hút tối đa 3 lần. Nếu không đáp ứng rạch dẫn lưu.
- Đường kính ổ áp xe đk 3 - 5 cm: Chọc hút + dẫn lưu bằng catheter dưới siêu âm.
- Đường kính ổ áp xe > 5 cm: rạch dẫn lưu.

VIII. 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. *Michael D, Anees BC. "Breast abscess". 5/8/2013. <http://www.uptodate.com /contents/breast-Abscess?source=search_ result&search=breast+abscess &selectedTitle=1~21>*
2. *Andrew C M. " Breast Abscess and Masses". 6/6/2012. <http:// emedicine.medscape.com/article/781116-overview#showall>*
3. *Shumaila A, Tamara M. "BREAST ABSCESS". The 5-Minute Clinical Consult Standard 2015 23RD EDITION*
4. *Isabelle T, Alexandre D. Breast Abscesses: Evidence-based Algorithms for Diagnosis, Management, and Follow-up. RadioGraphics 2011; 31:1683–1699.*

CHĂM SÓC CHUNG HẬU PHẪU 64

I. NGÀY 1 (≤ 24 GIỜ SAU MỔ)

1.1. Theo dõi

- Tổng trạng, tri giác.
- Dấu 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 chướng, 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%, Ringer Lactat).

- 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.
- Tình trạng bụng (chướng, 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.
- Xin GPB trước khi ra viện nếu có yêu cầu.

2.2. Hướng dẫn khi xuất viện

- Lấy GPB 2 tuần sau xuất viện, trừ khi có yêu cầu đặc biệt từ PTV.
- Hướng dẫn 4 – 6 tuần sau mổ tùy theo tình trạng bệnh.
- Trở lại BV 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 BV hay y tế địa phương.
- Tư vấn bệnh nhân dinh dưỡng đầy đủ, không ăn kiêng.
- Tư vấn những trường hợp phẫu thuật nặng nề có tai biến, tái khám khi có gì lạ và giới thiệu khám chuyên khoa.

III. ĐÁNH GIÁ SAU MỔ VÀ TRƯỚC XUẤT VIỆN

3.1. Mổ cắt tử cung

- Mỏm cắt có chảy máu không, nếu 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, BCĐNTT tăng, CRP tăng, siêu âm phù nề mỏm 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, BC giảm, CRP giảm...
  - 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 BV ngay khi có dấu hiệu bất thường (đau bụng, sốt, ra huyết).

3.2. Mổ UBT trên BN có thai

- Giảm go TC sau mổ:
  - Alverin citrat 40 mg 1viên x 2 lần/ngày, uống trong 5 - 7 ngày.
  - Progesteron 25 mg 2 ống x 2 lần/ngày, tiêm bắp trong 5 ngày hoặc Progesteron 100 mg 1 viên x 2 lần/ngày, đặt âm đạo trong 5 ngày.

- Theo dõi tim thai, có ra huyết âm đạo không.
- Xin GPB 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 BV ngay khi có gì lạ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *W.D. Hager, J.W. Larsen, Postoperative Infections: Prevention and Management, Chapter 11 in Te Linde's Operative Gynecology, 10th edit. 2008,190-222.*
2. *Schwartz's Principles of Surgery 9th ed 2010, Chapter 6. Surgical Infections.*
3. *Phác đồ bệnh viện Từ Dũ. 2011*

5 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, TSM.
- Tổn thương bàng quang, niệu quản.
- Nhiễm trùng mỏm cắt, viêm phúc mạc khu trú, VPM toàn thể.
- Bán tắc ruột, liệt ruột.

II. THEO DÕI

- Tổng trạng, dấu sinh tồn: mạch, HA, nhiệt độ, nhịp thở.
- Lượng nước vào ra (quan trọng là nước tiểu trong 24 giờ).
- Trung tiện (bình thường 24 - 48 giờ).

III. CHẾ ĐỘ DINH DƯỠNG

- Ngày 1: nước có gaz + dịch truyền.
- Ngày 2: ăn loãng.
- Ngày 3: cháo thịt, cơm nhão, soup.
- Ngày 4: cơm thường.

IV. THUỐC

- Kháng sinh.
- Tập vận động sớm.

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 PTV áp dụng, chủ yếu theo dõi sự đi tiểu, cảm giác, lượng nước tiểu trong một ngày.
- Dẫn lưu bàng quang trong 24-48 giờ hoặc tùy theo yêu cầu của PTV.
- Theo dõi mỏm cắt (có máu tụ, nhiễm trùng, sót gạc hay không), vết may TSM (bầm, tụ dịch, tụ máu, nhiễm trùng).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *W.D. Hager, J.W. Larsen, Postoperative Infections: ention and Management, Chapter 11 in Te Linde's Operative G logy, 10th edit. 2008,190-222.*

CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG SAU MỔ

66

I. VẾT THƯƠNG SẠCH KHÔ

- Không thay băng vết thương.
- Cắt chỉ sau mổ 5 ngày.

II. VẾT THƯƠNG CHẢY MÁU

- Chảy máu thấm băng ít: thay băng và băng ép chặt vết thương.
- Chảy máu nhiều: kiểm tra vết thương, may cầm máu.

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. *W.D. Hager, J.W. Larsen, Postoperative Infections: Prevention and Management, Chapter 11 in Te Linde's Operative Gynecology, 10th edit. 2008,190-222.*
2. *Schwartz's Principles of Surgery 9th ed 2010, Chapter 6. Surgical Infections.*

67 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *W.D. Hager, J.W. Larsen, Postoperative Infections: Prevention [illegible] Management, Chapter 11 in Te Linde's Operative Gynecology, 10th edit. [illegible] 190-222.*
2. *Schwartz's Principles of Surgery 9th ed 2010, Chapter 6. [illegible] al Infections.*

SỐT SAU MỔ LẤY THAI

68

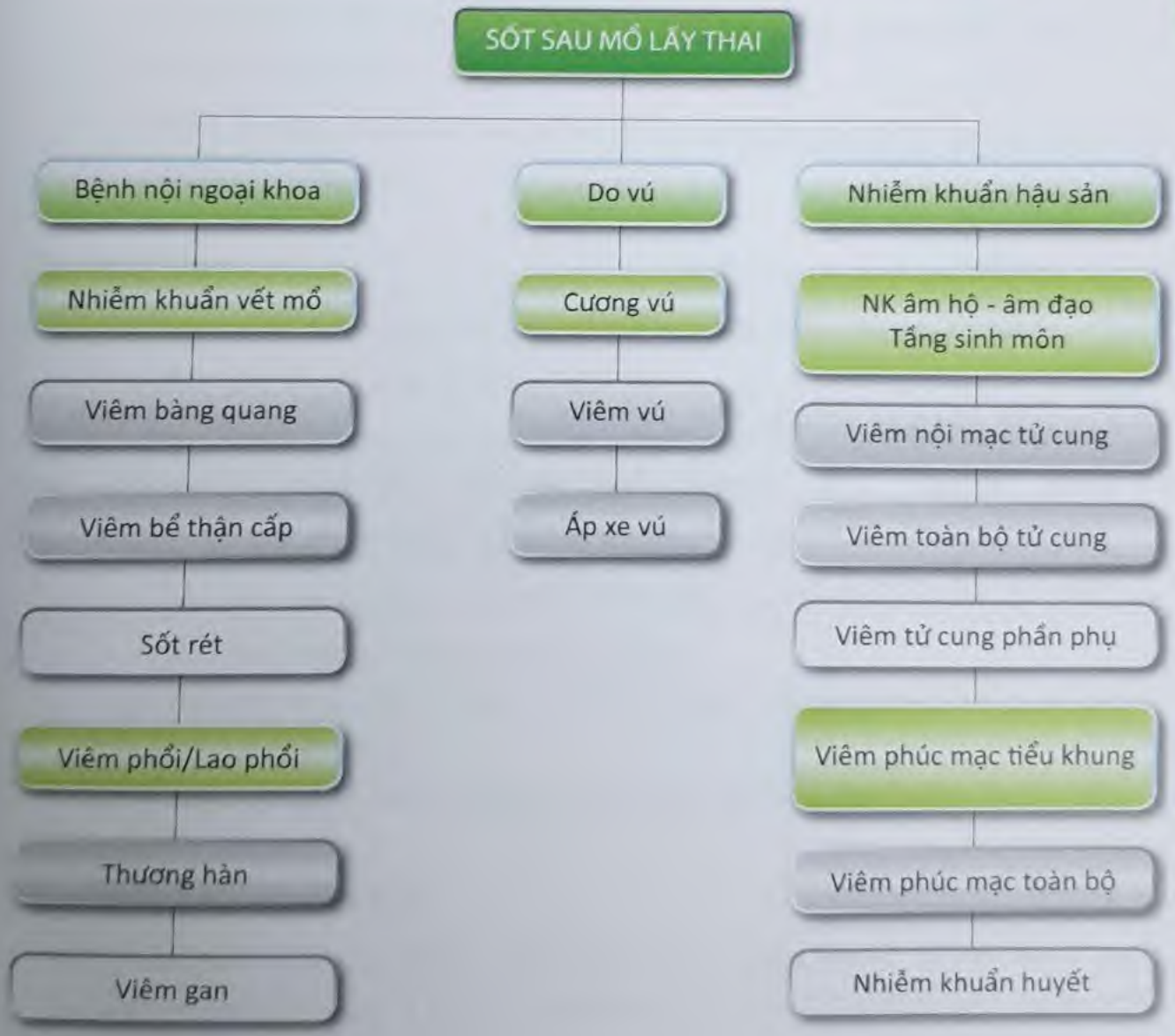
SẢN KHOA 1

PHỤ KHOA 2

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



III. CÁC DẤU HIỆU VÀ XỬ TRÍ

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 ngày 2 lần.

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

1. *W.D. Hager, J.W. Larsen, Postoperative Infections: Prevention and Management, Chapter 11 in Te Linde's Operative Gynecology, 10th edit. 2008,190-222.*

BÍ TIỂU SAU SINH MỔ

I. ĐỊNH NGHĨA

Bí tiểu sau sinh mổ là tình trạng rối loạn đường tiểu, biểu hiện bằng cảm giác muốn đi tiểu nhưng không thể tiểu được và có cầu bàng quang căng khi khám.

II. NGUYÊN NHÂN

- Do gây mê, gây tê.
- Thần kinh quá lo lắng.
- Tổn thương do thủ thuật thô bạo, dập bàng quang → liệt bàng quang → bí tiểu.

III. XỬ TRÍ

- Dội nước ấm vùng âm hộ, vận động sớm, tập tiểu.
- Nếu thủ thuật trên thất bại thì đặt sonde tiểu và lưu trong 24 giờ.
- Tập bàng quang, 03 giờ tiểu 1 lần (mở sonde) cho tới lúc tạo được cảm giác mắc tiểu, cho sản phụ tiểu qua sonde → rút sonde.
- Thuốc: (khi các phương pháp trên thất bại)
  - (Malva purpurea + camphomonobromid + xanh methylen) 2 viên x 3 lần/ngày, uống trong 5 ngày.
  - Alfuzosin 5 mg 1 viên x 2 lần/ngày, uống trong 5 ngày (giảm áp lực niệu đạo).
  - Nếu sử dụng thuốc không hiệu quả thì tiến hành đặt thông tiểu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *W.D. Hager, J.W. Larsen, Postoperative Infections: Prevention and Management, Chapter 11 in Te Linde's Operative Gynecology, 10th edit. 2008,190-222.*

70 TIỂU TỒN LƯU SAU SANH, SAU MỔ

I. ĐỊNH NGHĨA

- Tiểu tồn lưu sau sanh, sau mổ là tình trạng người bệnh không có khả năng làm trống hoàn toàn bàng quang 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 sanh, 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 sanh
  - Sanh 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, sanh kiểu thế sau, sanh giúp.
  - 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 bàng quang
  - Các phẫu thuật can thiệp thành trước âm đạo.
  - Tổn thương thần kinh chi phối vận động và cảm gi[illegible]g quang.

III. CHẨN ĐOÁN

- Triệu chứng cơ năng: từ 6 giờ sau sanh, 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 bàng quang
  - Có thể đáy tử cung bị đẩy lên cao
- Xác định chẩn đoán: nước tiểu tồn lưu ≥ 150 ml bằng các phép đo như:
  - Thông tiểu
  - Siêu âm đo thể tích bàng quang
  - Máy siêu âm chuyên đo NTTL (Bladder Scan)
  - Xác định nguyên nhân tiểu tồn lưu:
  - 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 bàng quang

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.

5.2. Điều trị

a. Do tắc nghẽn đường ra BQ

- Thuốc dãn cổ BQ: Alfuzosin 10mg, ngày uống 1 lần, lần 1 viên
- Thuốc giảm phù nề vùng cổ BQ:
  - Dexamethason 0,5mg, 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 trên BN có PT đặt mảnh ghép hoặc may sửa thành trước AD, đặt TOT/TVT: dùng bộ nong CTC, 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.

b. Do BQ co bóp kém

- Vật lý trị liệu BQ
  - Hướng dẫn người bệnh tự tập tiểu theo giờ, mỗi [illegible] ngồi tiểu 1 lần dù có hay không cảm giác mắc tiểu.
  - Tăng kích thích cảm giác muốn đi tiểu khi ngồ[illegible] tập tự tiểu theo giờ: xông hơi nóng, xối nước ấm/lạnh vùn[illegible] ấm, 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.

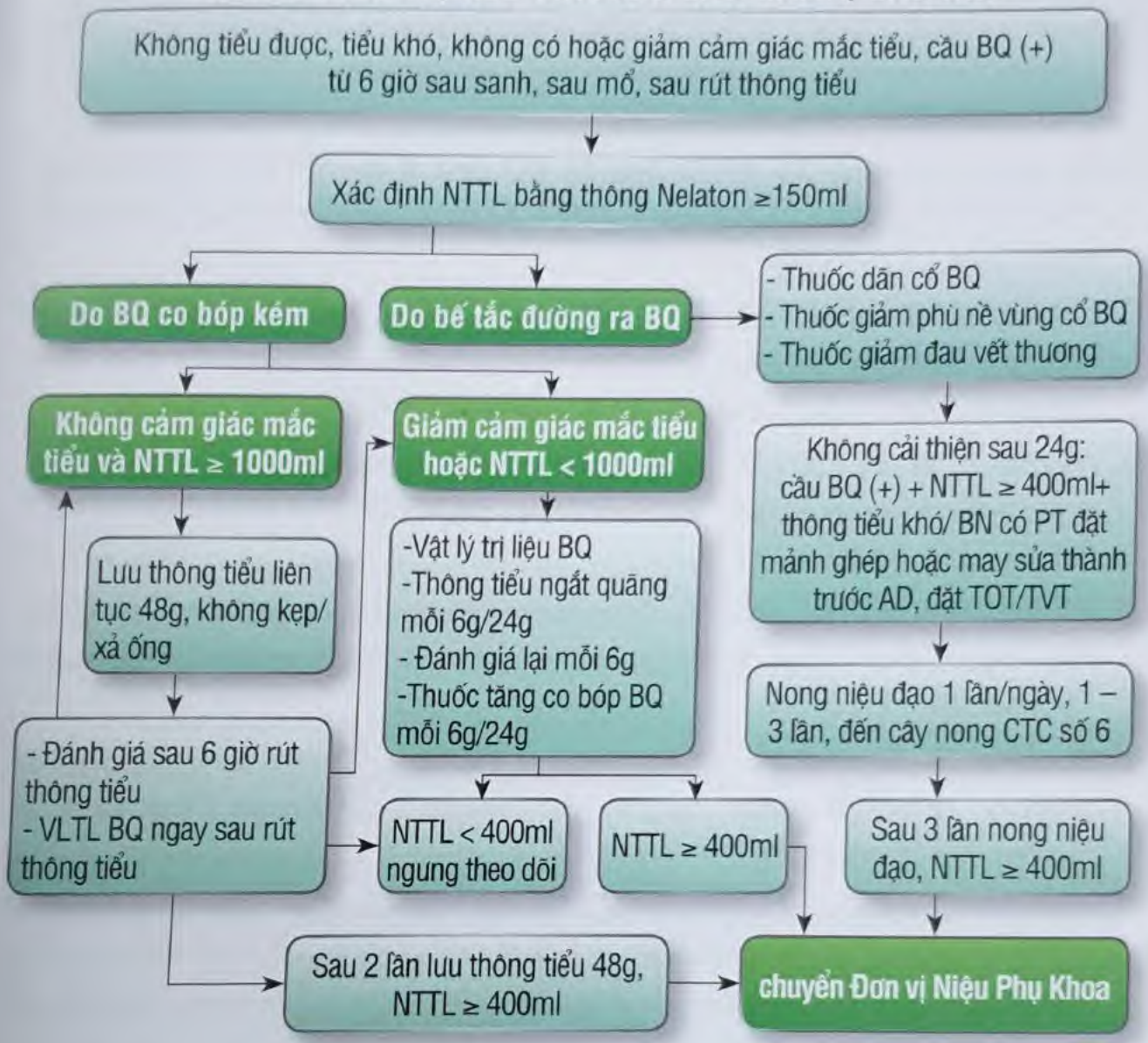
• Nếu người bệnh không có cảm giác mắc tiểu và NTTL ≥ 1000 ml: lưu thông tiểu liên tục 48 giờ, không kẹp/xả ống luân phiên, để BQ nghỉ ngơi hoàn toàn.
- VLTL BQ ngay sau rút thông tiểu.
- Sau rút thông tiểu 6 giờ, đánh giá lại tình trạng tiểu tồn lưu:
  + Nếu NTTL ≥ 1000 ml và người bệnh vẫn không có 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 bàng quang (cho đến khi NTTL < 400ml thì ngưng)
    • Neostigmin 0,5 mg x 1 ống TB 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)

• Nếu người bệnh có cảm giác mắc tiểu hoặc NTTL < 1000ml
- Vật lý trị liệu BQ
- 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 NMC, rặn sanh, sanh giúp, nếu đang có thông tiểu lưu thì nên rút thông ra để tránh tổn thương cổ BQ lúc sanh.
- Lưu thông tiểu sau sanh, sau mổ 12 giờ trong các trường hợp
  - Sau mổ: mổ lấy thai, mổ phụ khoa
  - Sanh gây tê giảm đau sản khoa
  - Sanh giúp
  - Bóc nhau bằng tay
  - May phục hồi rách TSM 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 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.

LƯU ĐỒ ĐIỀU TRỊ TIỂU TỒN LƯU SAU SANH, SAU MỔ



Lưu ý:

- *Sau gây tê, gây mê, may rách TSM từ độ 3, sanh giúp, nên lưu thông tiểu liên tục 12 giờ mới rút.*
- *Vật lý trị liệu BQ thực hiện ngay sau sanh, 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.*
- *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. 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.
2. Dr Asem Alsheikh Ali (ST7) and D. M. Das (Feb 2016). "GUIDELINE FOR POSTPARTUM BLADDER CARE." Nottingham University Hospitals NHS Trust.
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. 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.
5. Groutz, A., et al. (2011). "Protracted postpartum urinary retention: the importance of early diagnosis and timely intervention." Neurourol Urodyn 30(1): 83-86.
6. 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).
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.
8. Baldini, G., et al. (2009). "Postoperative urinary retention: anesthetic and perioperative considerations." Anesthesiology 110(5): 1139-1157.
9. 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.
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.

I. TRIỆU CHỨNG

- Ói.
- Bệnh nhân không trung tiện.
- Đau bụng từng cơn – bụng chướng.

II. XỬ TRÍ

- Chụp X-quang bụng đứng, không sửa soạn → mực nước hơi (+).
- Siêu âm → các quai ruột giãn chứa nhiều hơi.
- Công thức máu – Hct, có dấu nhiễm trùng, bạch cầu tăng, CRP tăng
- Urea / 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	Gây khó chịu do chướng 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
Chướng bụng	+	+++, càng ngày càng tăng
Nhu động ruột	Mất hay giảm	Dấu rắn bò Tăng nhu động ruột
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

1. *Schwartz's Principles of Surgery 9th ed 2010, Chapter 6. Surgical Infections.*

VIÊM PHÚC MẠC SAU PHẪU THUẬT SẢN PHỤ KHOA

72

Viêm phúc mạc (VPM) là một trong các tai biến nhiễm trùng nặng sau phẫu thuật.

Tại bệnh viện Từ Dũ, tỉ lệ VPM sau mổ lấy thai khoảng 1 - 4/10.000 và sau mổ phụ khoa là khoảng 1 - 3/10.000.

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% bệnh nhân 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 bệnh nhân có bệnh lý đi kèm hoặc những người đang suy giảm miễn dịch.

Riêng trong lĩnh vực sản phụ khoa thường gặp hai loại VPM: thứ phát và tái phát.

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

2.1. Do bệnh nhân

- Suy dinh dưỡng, điều kiện kinh tế thấp.
- Bệnh nội khoa: gan, thận, tiểu đường, . . .
- Thiếu máu Hb < 12 g/dl.
- > 60 tuổi, 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

- Phẫu thuật (PT) phức tạp, thời gian phẫu thuật 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 trùng gây VPM:
  - VT hiếu khí thường gặp: Lactobacillus, Streptococcus. Diphteroides, Staphylococcus. E.coli, Enterococcus.
  - VT kỵ khí thường gặp: Bacteroides, Clostridia.
- VPM thứ phát sau mổ do nhiễm trùng trong phẫu thuật, 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.
- Viêm phúc mạc sau phẫu thuật vùng chậu thường do nhiều loại vi trùng, phần lớn (60%) do vi trùng kỵ khí, 20% cầu trùng hiếu khí Gram (+), 20% trực trùng hiếu khí Gram (-).
- Nhiễm trùng trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật thường do cầu trùng Gram (+) hay đôi khi do trực trùng Gram (-). (Penicillin phổ rộng hay Cephalosporin là lựa chọn tốt nhất trong các nhi[illegible]ng sớm).
- Nhiễm trùng sau 48 giờ đầu thường do vi trùng kỵ

IV. TRIỆU CHỨNG

4.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau bụng, sốt. Lưu ý: VPM trên bệnh nhân bị xo[illegible] 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 chướng với nhu động ruột giảm hoặc không có. (Đau bụng có thể không rõ ở bệnh nhân 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, BC đa nhân tăng.
- Cấy máu, CRP tăng.
- Procalcitonin.
- Phân tích và cấy nước tiểu.
- Chức năng gan, thận.
- 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 trong ổ bụng.

4.5. Chọc hút dịch ổ bụng

- Trong trường hợp khó chẩn đoán, làm các xét nghiệm:
  - Đếm hồng cầu, bạch cầu.
  - Cấy tìm vi trùng (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 bạch cầu đa nhân (BCĐN) ≥ 250 /mm^3 (nếu cấy dương tính, có thể gặp một loại vi trùng trong 90% trường hợp).
- VPM thứ phát: bạch cầu đa nhân ≥ 250 BC/mm^3 hay ≥ 500 BC/mm^3 (cấy có thể gặp nhiều loại vi trùng).
- 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.
- Các trường hợp VPM do ung thư, viêm tụy, xuất huyết vào dịch cổ chướng, lao phúc mạc, cũng có BCĐN ≥ 250 BC/mm^3, nhưng tỉ lệ BCĐN thường < 50% tổng số BC. Thêm vào đó cấy vi trùng thường âm tính.
- Dịch ổ bụng cấy mọc nhiều loại vi trùng nhưng BCĐN < 250 BC/mm^3 thường do vi trùng lan tràn qua lỗ thủng ruột sau chọc rút dịch ổ bụng. Rủi ro này hiếm gặp chiếm tỉ lệ < 0,6% các trường hợp chọc dò ổ bụng và tỉ 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 MLT thành bụng nhão dấu hiệu không rõ).
- Chướng bụng, liệt ruột.
- Dịch ổ bụng.
- Choáng nhiễm trùng, nếu để muộn.

5.2. Phối hợp với các kết quả cận lâm sàng

- BC > 11.000 BC/mm^3.
- CRP tăng cao.
- SÂ: có dịch ổ bụng, tăng nhanh, dịch khôn[illegible] nhất, có echo, thấy tổn thương nơi nguyên phát.

- XQ: liệt ruột, nếu có tổn thương ruột có thể thấy liềm hơi dưới cơ hoành trên phim chụp bụng đứng.
- Chọc dò qua thành bụng dưới siêu âm sẽ thấy có dịch đục mủ, xét nghiệm dịch ổ bụng: có BC đa nhân > 250 BC/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 IU/L.

VI. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Áp xe dưới hoành, dưới gan, trong ổ bụng, vùng chậu, viêm phúc mạc 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.
- Phẫu thuật cấp cứu thám sát, lấy ổ nhiễm trùng, rửa bụng, dẫn lưu.

7.2. Hồi sức

- Đặt thông dạ dày để giảm chướng ruột.
- Thở oxy nếu bệnh nhân thấy khó thở.
- Bù dịch, điện giải, tránh rối loạn hệ thống thứ phát.
- Truyền Albumin 1,5 g/kg Truyền TM ngày thứ 1, sau đó 1 g/kg ngày thứ 3 cho viêm phúc mạc thứ phát để ngừa hội chứng gan thận.
- Đặt thông Foley theo dõi lượng nước tiểu.

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 BC/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:
  - Cefotaxim 2 g TM 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.
  - Ceftriaxon 1 - 2 g/24 giờ × 5 - 14 ngày.
  - Ampicilin-sulbactam 3 g TM mỗi 6 giờ × 5 - 14 ngày.
  - Quinolones (Ofloxacin, Ciprofloxacin) × 7 ngày.
  - Các kháng sinh có tác dụng trên vi trùng kỵ khí: Metronidazole, Cefotetan, Ticarcillin-Kali Clavulanat, Piperacilin-tazobactam, Ampicilin-sulbactam, Imipenem.

7.4. Phẫu thuật

- Phẫu thuật 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.
- Chỉ cho ăn sau khi có nhu động ruột, hay đại tiện được.
- Rút dẫn lưu ≥ 4 ngày sau mổ.

7.6. Dự phòng

- Chuẩn bị tốt bệnh nhân trước mổ, thực hiện đầy đủ các q[illegible] trình vô trùng.
- Kháng sinh dự phòng các phẫu thuật sản phụ khoa.
- Các trường hợp phẫu thuật khó, dính, có dịch cổ chướng [illegible] trước phẫu thuật, chảy máu nhiều, khó cầm máu, ... nên đặ[illegible]n lưu mỏm cắt hoặc qua hốc chậu.

- Trong phẫu thuật cần 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 cắt 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

- Tỉ lệ tử vong viêm phúc mạc nguyên phát tới 80% nếu bệnh nhân được phẫu thuật thám sát không cần thiết.
- Viêm phúc mạc thứ phát không biến chứng tỉ 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:
  - BC cao.
  - Bệnh nhân lớn tuổi.
  - Liệt ruột kéo dài.
  - Suy kiệt, hoặc ung thư.
- Bệnh nhân VPM thứ phát do nhiễm trùng 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. *W.D. Hager, J.W. Larsen, Postoperative Infections: Prevention and Management, Chapter 11 in Te Linde's Operative Gynecology, 10th edit. 2008,190-222.*
2. *Schwartz's Principles of Surgery 9th ed 2010, Chapter 6. Surgical Infections.*
3. *Frank J. Domino, Acute Peritonitis, 5 Minute Clinical Consult 20th ed. 2012.*

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, cổ tử cung.
- Mầm bệnh hiện diện sẵn: vi khuẩn (tụ cầu vàng, E coli...), nấm Candida albicans...

III. CÁC HÌNH THÁI NHIỄM KHUẨN

A. 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.
- Triệu chứng: sốt nhẹ 38°C - 38,5°C, vết khâu tầng sinh môn sưng tấy, đau, trường hợp nặng có mủ. TC 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.
  - KS (uống hoặc tiêm).

B. 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, abces vùng chậu, viêm phúc mạc toàn bộ, nhiễm khuẩn máu, ...
- 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 trùng ở đường sinh dục dưới và thường nhiễm nhiều loại vi trùng cùng lúc (ái khí lẫn yếm khí). Các loại vi khuẩn thường gặp (tại BVTD 2014): Escherichia coli, Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus aureus,...

1. Chẩn đoán

- **Lâm sàng**
  - Triệu chứng cơ năng: sốt, đau hạ vị, có thể xuất huyết âm đạo muộn.
  - Triệu chứng toàn thân
    + T ≥ 38°C.
    + Nhức đầu, lạnh run, mệt mỏi, chán ăn.
    + Mạch nhanh.
  - Triệu chứng thực thể
    + Sản dịch đục hôi.
    + Tử cung mềm nhão, ấn đau.
    + Xuất huyết từ lòng tử cung.
    + Khối cạnh TC (viêm chu cung, khối máu tụ).
- **Cận lâm sàng**
  - Bạch cầu tăng từ 15.000 - 30.000 (Tỉ 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 TC, phù nề vết mổ cơ TC, nhưng đôi khi không có hình ảnh đặc hiệu.
  - MRI: có thể thấy hình ảnh phù nề, hoại tử, bung vết mổ cơ TC, ...
  - Cấy máu, sản dịch.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Nhiễn 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, ...

3. Xử trí

a. Nguyên tắc xử trí

- Kháng sinh.
- Hạ sốt.
- Nâng tổng trạng.
- Cho thuốc co hồi tử cung (Oxytocin x 1 - 2 ống/ngày, tiêm bắp).
- Nạo lòng tử cung, phẫu thuật khi có chỉ định.

b. Chọn lựa kháng sinh

- Sử dụng KS phổ rộng chống cả vi trùng kỵ khí sinh β-lactamase.
- Đối với nhiễm trùng tử cung nhẹ /hậu sản sinh ngả âm đạo có thể dùng KS đường uống.
- Đối với nhiễm trùng hậu sản nặng hay trung bình, cần sử dụng KS phổ rộng, đường tiêm.

Chọn lựa KS theo vi khuẩn thường gặp tại BVTD

Chọn lựa 1

- Nhiễm trùng tử cung không nặng (sau sinh ngả AĐ):
  - 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 (TM) trong 7 ngày + Gentamicin 80 mg/2 ml 3-5 mg/kg/ngày (TB/Truyền TM) trong 7 ngày.
  - Hoặc Amoxicilin-acid clavulanic 1,2 g x 3 lần/ngày (TM) trong 7 ngày + Metronidazol 500 mg/100 ml 1 chai x 2 - 3 lần/ngày (Truyền TM) trong 7 ngày.
  - Hoặc Cephalosporin thế hệ 3 (Cefotaxim hoặc Ceftriaxon hoặc Ceftazidim) + Metronidazol 500 mg/100 ml 1 chai x 2 - 3 lần/ngày (Truyền TM) trong 7 ngày.

- Hoặc Clindamycin 600 - 900 mg mỗi 8 giờ (TB/Truyền TM) + Gentamicin 80 mg/2 ml 3 - 5 mg/kg/ngày (TB/Truyền TM) 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*

- Ticarcilin-acid clavulanic 3,2 g x 3 - 4 lần/ngày (Truyền TM) + Amikacin 500 mg 15 mg/kg/ngày (TB/Truyền TM), có thể kết hợp thêm Metronidazol 500 mg/100 ml 1 chai x 2 - 3 lần/ngày (Truyền TM) trong 7 ngày.
- Hoặc Piperacilin-tazobactam 4,5 g x 3 - 4 lần/ngày (Truyền TM) + Amikacin 500 mg 15 mg/kg/ngày (TB/Truyền TM), có thể kết hợp thêm Metronidazol 500 mg/100 ml 1 chai x 2 - 3 lần/ngày (Truyền TM) 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.

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 TC hoặc di chứng dính lòng TC 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.

C. 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

• **LS:** 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.
  - KS phổ rộng (dựa vào kháng sinh đồ), phối hợp trong 2 tuần.
  - Dẫn lưu cùng đồ nếu áp xe Douglas.
  - Cắt tử cung trong trường hợp nặng.

D. VIÊM PHÚC MẠC (VPM) TIỂU KHUNG

- VPM thứ phát là hình thái nhiễm khuẩn lan từ TC, dây chằng rộng, phần phụ, đáy chậu
- VPM nguyên phát là nhiễm khuẩn từ TC 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 chất 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.
- **LS:** 3 -15 ngày sau sinh, sau các hình thái khác của nhiễm khuẩn hậu sản
  - Sốt cao 39°C – 40°C, rét run, mạch nhanh. Nhiễm trùng, nhiễm độc nặng.
  - Đau hạ vị, tiểu tiện 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.

E. VIÊM PHÚC MẠC TOÀN THỂ

- Không thường gặp sau mổ lấy thai. Rất hiếm gặp sau sinh 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 trùng 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
- **LS**: 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 chướng, 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.
- **CLS:**
  - BC 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).
  - Siêu âm: ổ bụng có dịch, các quai ruột giãn, có thể phát hiện dị vật (sót gạc...).
  - XQ bụng không chuẩn bị: tiểu khung mờ, mức nước, hơi.
- **Điều trị**
  - Nội khoa: nâng thể trạng, bù nước điện giải, KS liều cao, phổ rộng, phối hợp.
  - Ngoại khoa: phẫu thuật cắt TC, rửa ổ bụng và dẫn lưu.

F. NHIỄM KHUẨN HUYẾT

- Đây là hình thái nặng nhất. Có thể để lại nhiều di chứng thậm chí tử vong.

- **LS:** sau can thiệp thủ thuật từ 24 - 48 giờ.
  - Hội chứng nhiễm độc nặng. Hội chứng thiếu máu. Dấu hiệu choáng nhiễm độc HA 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).
- **CLS**: BC 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, KS phổ rộng, phối hợp (điều chỉnh theo kháng sinh đồ nếu cần), kéo dài.
  - Ngoại khoa: cắt TC (sau điều trị KS tối thiểu 6 - 24 giờ), dẫn lưu ổ bụng.

G. VIÊM TẮC TĨNH MẠCH

- **Nguyên nhân:** chuyển dạ kéo dài, sinh khó, chảy máu nhiều, sinh 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.
- **LS**
  - Thường xảy ra muộn vào 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.
- **CLS:** CTM (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, KS, chống đông (Enoxaparin, Nadroparin calcium), theo dõi yếu tố đông máu và tiểu cầu 1 lần/1 tuần.
  - Tắc mạch các cơ quan khác: XT theo từng chuyên khoa.

IV. DỰ PHÒNG

- Đảm bảo điều kiện vô khuẩn khi đỡ sinh, khi thăm khám, các thủ thuật, PT. Đảm bảo không sót nhau trong TC, xử trí tốt các tổn thương đường sinh dục khi sinh.
- Thực hiện các thủ thuật, PT 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 đẻ.
- Dùng KS dự phòng đúng nguyên tắc.

Chương 3

UNG THƯ PHỤ KHOA

74 BỆNH NGUYÊN BÀO NUÔI

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.

PHÂN LOẠI BỆNH NGUYÊN BÀO NUÔI (FIGO - 2002)

1. Thai trứng (TT)

- Toàn phần (TTTP).
- Bán phần (TTBP).

2. U nguyên bào nuôi (UNBN)

- Thai trứng xâm lấn (TTXL).
- Ung thư nguyên bào nuôi (Ung thư NBN).
- U nguyên bào nuôi nơi nhau bám.
- U nguyên bào nuôi dạng biểu mô.

I. THAI TRỨNG

1.1. Thai trứng toàn phần

a. Định nghĩa: toàn bộ các gai nhau đều thoái hóa thành các bọc (túi) trứng.

b. Chẩn đoán

- Siêu âm: hình ảnh bão tuyết hoặc hình chùm nho hoặc các echo trống.
- Định lượng βhCG/máu > 1000 mIU/ml.
- Thấy mô trứng được lấy ra từ tử cung.
- Giải phẫu bệnh: thai trứng toàn phần.

1.2. Thai trứng bán phần

a. Định nghĩa: bên cạnh những bọc trứng còn có các mô nhau thai hoặc có cả phôi, thai nhi (thường chết, teo đét).

b. 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 βhCG/ máu > 100 mIU/ml.
- Thấy mô trứng và nhau thai được lấy ra từ tử cung.
- Giải phẫu bệnh: thai trứng bán phần.

1.3. 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 (WHO-1983)

	0	1	2	4
Loại	Bán phần	Toàn phần	Lập lại	
Kích thước TC so với tuổi thai (theo tháng)	≤ 1	> 1	> 2	> 3
βhCG (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		

- 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. VD: Thai trứng toàn phần nguy cơ cao, hay Thai trứng bán phần nguy cơ thấp.

1.4. Điều trị thai trứng

- Nguyên tắc điều trị: Cần xử trí ngay sau khi đã có chẩn đoán bệnh.

a. Các xét nghiệm

- Tổng phân tích tế bào máu, nhóm máu, Rh.
- Chức năng gan, thận, tuyến giáp, ECG.
- Điện giải.
- X quang ngực thẳng.
- Tổng phân tích nước tiểu.

b. Chuẩn bị người bệnh

- Tư vấn tình trạng bệnh cho người bệnh và thân nhân: loại bệnh, phương pháp điều trị.
- Khám chuyên khoa các bệnh đi kèm: khám nội tiết nếu có cường giáp, khám tim mạch nếu có cao HA mãn ...
- Truyền máu: nếu có thiếu máu nặng.
- Xét nghiệm tiền hóa trị 1 ngày trước hay vào ngày vô hóa chất.
- Khám tiền mê.

c. Hút nạo buồng tử cung

- Kháng sinh dự phòng.
- Tiền mê hay gây tê cho người bệnh. Truyền tĩnh mạch Glucose 5% hay Ringer Lactat hay Natri clorid 9 ‰.
- Nếu CTC đóng, nong CTC 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 TM dung dịch có pha Oxytocin.
- Lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm mô học (GPB): mô trứng, mô nhau.
- Theo dõi sau hút nạo buồng tử cung: Tổng trạng, M, HA, 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.

d. Cắt tử cung

- Nếu bệnh nhân ≥ 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.

e. Xử trí thai trứng nguy cơ cao: tùy tình trạng bệnh.

- Không hóa trị dự phòng. Theo dõi tình trạng lâm sàng, diễn tiến βhCG.
- Hóa trị dự phòng với MTX hoặc Dacticin
  - MTX 5 ngày: MTX 0,4 mg/kg/ngày TM hoặc TB cho 5 ngày, không được quá 25 mg/ngày. Lập lại chu kỳ mỗi 14 ngày
  - MTX 8 ngày (MTX/FA): MTX 1 mg/kg hoặc MTX 50mg/ngày TB ngày 1, 3, 5, và 7 + Folinic Acid 0,1 mg/kg TB hoặc uống 15mg sau liều MTX 24 – 30 giờ vào ngày 2, 4, 6, và 8. Lập 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. Lập lại chu kỳ mỗi 14 ngày.

f. Điều kiện hóa trị: Không sử dụng hóa trị khi

- BC < 3000/mm^3, BC đa nhân trung tính < 1500/mm^3, tiểu cầu < 100000/mm^3.
- Men gan: SGOT, SGPT > 100 UI/L.

g. Các tác dụng phụ của hóa trị

- Nhiễm độc về huyết học và tủy xương: Giảm bạch cầu, giảm 3 dòng, thiếu máu.
  - Bạch cầu giảm: dùng thuốc nâng bạch cầu (Filgrastim).
  - Truyền máu: hồng cầu lắng, tiểu cầu.
- Nhiễm độc với 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 với da: rụng tóc và tăng dị ứng mẫn cảm.
- Sử dụng kháng Histamin và Corticoid nếu có dị ứng.
- Nhiễm độc với gan: Tăng men gan.
  - Ngưng hóa trị nếu men gan tăng > 100.
  - Thuốc bảo vệ tế bào gan: Biphenyl dimethyl dicarboxylat

h. Theo dõi sau điều trị tại viện

- βhCG/máu mỗi 2 tuần, cho đến khi βhCG/máu < 5 mIU/ml 3 lần.
- Sự co hồi TC, kích thước nang hoàng tuyến.
- Tình trạng ra huyết âm đạo, kinh nguyệt.

i. Tiêu chuẩn xuất viện

- βhCG/máu < 5 mIU/ml 3 lần.
- TC + 2PP bình thường.
- Không xuất hiện di căn.

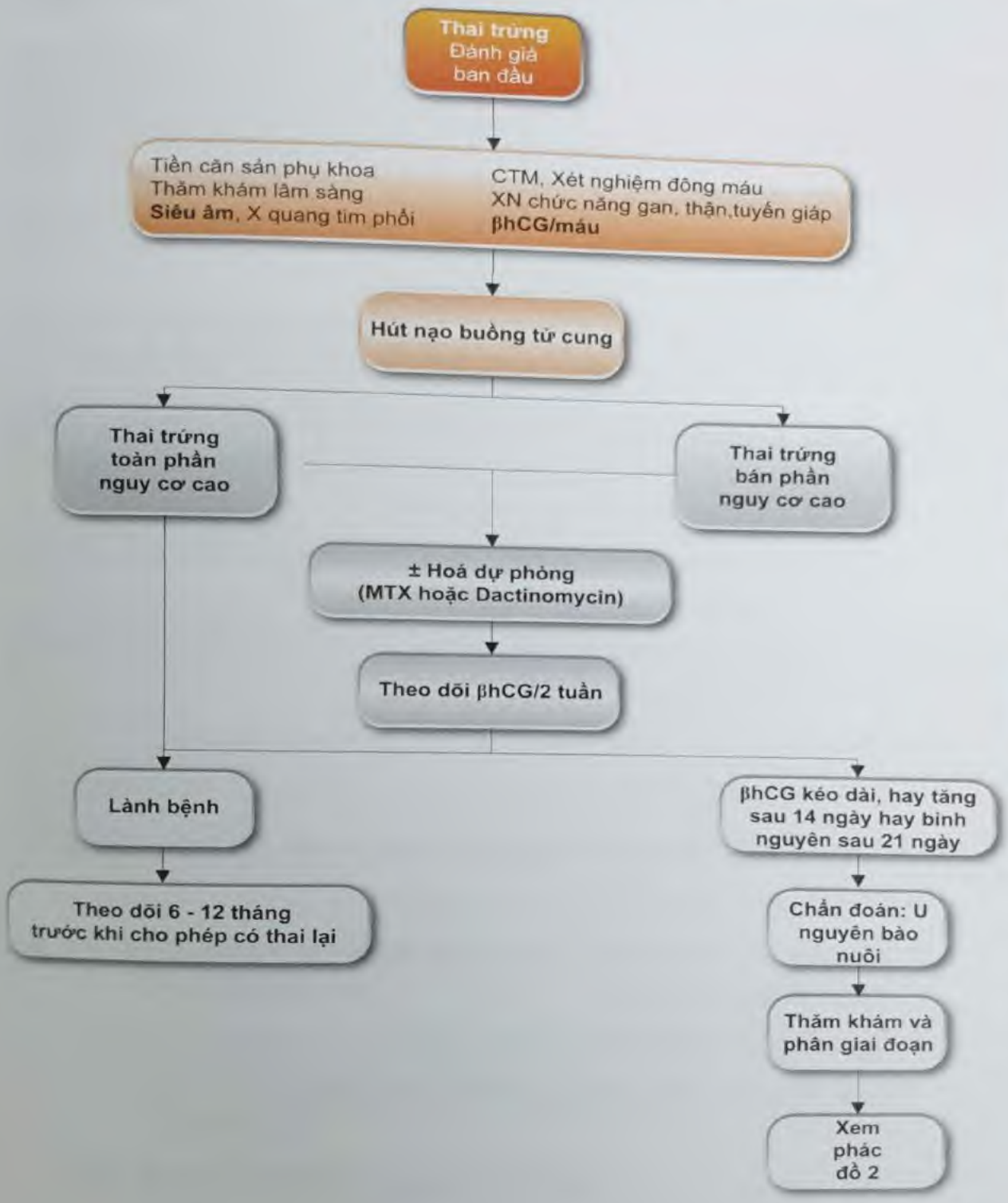
j. Các biện pháp tránh thai sử dụng trong thời gian theo dõi sau thai trứng

- Thuốc viên tránh thai uống dạng phối hợp nếu không có chống chỉ định sử dụng thuốc.
- Bao cao su.
- Triệt sản.

k. Theo dõi sau khi xuất viện và vấn đề có thai lại sau điều trị thai trứng

- βhCG/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.
- 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 đi khám thai ngay, chú ý vấn đề theo siêu âm và βhCG/máu để phòng bị thai trứng lập lại.

PHÁC ĐỒ 1: NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ THAI TRỨNG



II. U NGUYÊN BÀO NUÔI (GTN)

U nguyên bào nuôi bao gồm: Thai trứng xâm lấn, ung thư nguyên bào nuôi, U NBN nơi nhau bám, U NBN dạng biểu mô.

Xuất hiện sau thai trứng (60%), hư thai/sẩy thai (30%), thai đủ tháng hay thai ngoài TC (10%). Thường có triệu chứng ra huyết âm đạo kéo dài.

2.1. Định nghĩa

- βhCG 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 (PSTT), hoặc xác định di căn.

2.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán GTN sau TT của FIGO – 2002

có ít nhất 1 trong những tiêu chuẩn sau. U NBN nơi nhau bám (PSTT) không xếp vào trong nhóm này.

- GTN được chẩn đoán khi βhCG bình nguyên (± 10%) sau 4 lần đo trong ≥ 3 tuần (ngày 1, 7, 14, 21)
- GTN được chẩn đoán khi βhCG tăng (> 10%) khi đo 3 lần liên tiếp sau ≥ 2 tuần (ngày 1, 7, 14)
- GTN được chẩn đoán khi có GPB là choriocarcinoma.
- GTN được chẩn đoán khi βhCG còn tồn tại sau 6 tháng theo dõi.

2.3. Phân giai đoạn U nguyên bào nuôi (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.
- Giai đoạn III: Bệnh di căn đến phổi.
- Giai đoạn IV: Tất cả những vị trí di căn khác.

2.4. Điều trị

Bảng điểm tiên lượng của ung thư nguyên bào nuôi (theo FIGO và WHO - 2006)

FIGO (WHO) thang điểm yếu tố nguy cơ theo xếp giai đoạn FIGO	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
βhCG trước điều trị (mUI/ml)	$<10^3$	$10^3 – 10^4$	$>10^4 – 10^5$	$> 10^5$
Kích thước u lớn nhất kể cả TC	-	3 - 4 cm	≥ 5 cm	-
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 II và III ≥ 7 điểm
  - Giai đoạn IV

2.5. Xử trí U NBN nguy cơ thấp

A. Đơn hóa trị MTX hoặc Dacticin

- MTX
  - MTX 5 ngày: MTX 0,4 mg/kg/ngày TM hoặc TB cho 5 ngày, không được quá 25 mg/ngày. Lặp lại chu kỳ mỗi 14 ngày

- MTX 8 ngày (MTX/FA): MTX 1 mg/kg hoặc MTX 50mg/ngày TB ngày 1, 3, 5, và 7 + Folinic Acid 0,1 mg/kg TB hoặc uống 15 mg sau liều MTX 24 – 30 giờ vào ngày 2, 4, 6, và 8. Lập lại chu kỳ mỗi 14 ngày.
- MTX tuần: MTX 30 - 50 mg/m^2, TM/ tuần
- MTX 100 mg/m^2 TM, sau đó 200 mg/m^2 pha trong Glucose 5% 500 ml truyền TM trong 12 giờ. 24 giờ sau, Folinic acid (FA) 15 mg TM/uống x 4 lần trong 12 giờ. Lập lại chu kỳ mỗi 18 ngày hoặc khi cần.

• Dactinomycin (Dacticin)
- Dacticin : 1,25 mg/m^2, 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. Lập lại chu kỳ mỗi 14 ngày.
  Lập lại thêm 2 - 3 chu kỳ sau khi βhCG < 5 mUI/ml.

B. Thất bại hoặc kháng hóa trị: βhCG bình nguyên hoặc tăng khi đang dùng hóa trị. Có hoặc không có thêm di căn mới.

• Yếu tố liên quan
- Tuổi > 35
- βhCG trước điều trị > 100.000 mIU/ml
- Số điểm FIGO > 4
- Không có tiền căn thai trứng
- Có di căn âm đạo lớn
- GPB là choriocarcinoma.
- Số điểm FIGO tăng

• Xử trí khi kháng MTX
- MTX 50 mg/m^2 thất bại → MTX 0,4 mg/kg TB 5 ngày hoặc Dacticin 12 mcg/kg TB 5 ngày
- βhCG < 100 mIU/mL → Dacticin 5 ngày (87%)
- βhCG > 100 mIU/mL → EMACO (99%)
- Kháng MTX → Dacticin

2.6. Xử trí U NBN nguy cơ cao: EMA/CO

Ngày 1	Etoposite 100 mg/m^2 truyền TM trong 30 phút
	Dacticin 0,5 mg TM

MTX 100 mg/m² TM

MTX 200 mg/m² truyền TM trong 12 giờ

Ngày 2 Etoposite 100 mg/m² 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 TM, tối đa 2 mg

Cyclophosphamide 600 mg/m² truyền TM trong 30 phút

Phác đồ này lập lại mỗi 2 tuần. Lập lại thêm 3 hoặc 4 chu kỳ sau khi βhCG < 5 mUI/ml.

- ***Tiêu chuẩn Bạch cầu để hóa trị***

Ngày 1 và 2: BC ≥ 3000/mm³, BC đa nhân trung tính ≥ 1500/mm³

Ngày 8: BC ≥ 2000/mm³, BC đa nhân trung tính ≥ 1000/mm³

- ***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.
  + Etoposite 100 mg/m² (150 mg/m²) được truyền TM hơn 1 giờ
- Phác đồ BEP
  + Cisplastin 20 mg/m² truyền TM
  + Etoposid 100 mg/m² 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 12g.
    - Dexamethasone 20 mg uống trước liều Paclitaxel 6g.
    - Cimetidine 30 mg + 100 ml Natriclorua 9‰ truyền trong 30 phút.
    - Chlorphenamine 10 mg TM.
    - Paclitaxel 135 mg/m² + 250 ml Natriclorua 9‰ truyền trong 3 giờ.
    - Mannitol 10% 500 ml truyền trong 1 giờ.
    - Cisplatin 60 mg/m² pha với 1000 ml Natriclorua 9‰ truyền trong 3 giờ.
  - Sau khi truyền thuốc, truyền TM với 1000ml Natriclorua 9‰ + KCl 20 mmol + 1g MgSO4 trong 2 giờ.

+ Ngày 15

- Dexamethasone 20 mg uống trước liều Paclitacxel 12 g.
- Dexamethasone 20 mg uống trước liều Paclitacxel 6 g.
- Cimetidine 30 mg pha với 100 ml Natriclorua 9‰ truyền trong 30 phút.
- Chlorphenamine 10 mg TM.
- Paclitaxel 135 mg/m^2 pha với 250 ml Natriclorua 90‰ truyền trong 3 giờ.
- Etoposide 150 mg/m^2 pha với 1000ml Natriclorua 9‰ truyền trong 1 giờ.

2.7. U nguyên bào nuôi di căn não

- Phác đồ EMA-CO với MTX 1 g/m^2. Chu kỳ 14 ngày

Ngày 1	Etoposite 100 mg/m^2 truyền TM trong 30 phút Dacticin 0,5 mg TM MTX 500 mg/m^2 TM MTX 500 mg/m^2 truyền TM trong 12 giờ
Ngày 2	Etoposite 100 mg/m^2 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) 1mg/m^2 TM, tối đa 2 mg Cyclophosphamide 600 mg/m^2 truyền TM trong 30 phút

- Kết hợp với xạ trị 3000 cGy

2.8. U nguyên bào nuôi tái phát: Hóa trị với phác đồ EMA-CO, EMA-EP hoặc EP-EMA

2.9. 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.

2.10. Điều trị cấp cứu những trường hợp bệnh nặng

3 ngày liên tục, lập lại mỗi tuần

- Etoposide 100 mg/m^2 Truyền TM 1 giờ
- Cisplatin 20 mg/m^2 Truyền TM 2 giờ

2.11. Thai trứng xâm lấn

- Định nghĩa: là sự xâm lấn của nguyên bào nuôi vào cơ tử cung, có thể gây thủng TC hay chảy máu nặng từ TC.
- Chẩn đoán: Sau khi cắt TC
  - Rong huyết kéo dài.
  - Tử cung to.
  - βhCG 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.
- Chẩn đoán phân biệt: choriocarcinoma ở tử cung
- Xử trí thai trứng xâm lấn, nhân choriocarcinoma ở tử cung
  - Mổ bóc nhân choriocarcinoma hoặc lấy khối thai TTXL: BN trẻ, muốn sinh thêm con, kháng hóa trị, hoặc khối choriocarcinoma dọa vỡ.
  - Cắt TC toàn phần nếu lớn tuổi, đủ con.

2.12. U nguyên bào nuôi nơi nhau bám (PSTT) và U nguyên bào nuôi dạng biểu mô (ETT)

- Định nghĩa: Xuất phát từ vùng nhau bám, do các nguyên bào nuôi trung gian gây nên.
- Chẩn đoán
  - Thường xảy ra sau sinh.
  - Rong huyết kéo dài.
  - βhCG thường thấp, 16 – 400 mIU/ml.
  - Giải phẫu bệnh của TC sau phẫu thuật cắt TC.
- Điều trị: Phẫu thuật cắt TC toàn phần. Nạo hạch (chủ - chậu), nếu có hạch di căn. Thường không nhạy với hóa trị. Hóa trị với phác đồ EP-EMA.

2.13. Phẫu thuật

- 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 TC.
  - Không đáp ứng hóa trị.
- Phẫu thuật bảo tồn: Cắt khối choriocarcinoma ở tử cung hoặc khối thai trứng xâm lấn cho những bệnh nhân trẻ (< 40 tuổi), mong có thêm con.

2.14. Điều trị bằng tia xạ: di căn xa như não, gan và những khối di căn to và sâu trong vùng chậu.

2.15. 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 βhCG.
- Xét nghiệm huyết đồ, chức năng gan, điện giải: phát hiện nhiễm độc hóa chất.
- Nhiễm độc hóa chất (xem phần thai trứng)

2.16. Tiêu chuẩn xuất viện

- βhCG/máu < 5 mIU/ml 3 lần liên tiếp.
- TC + 2PP bình thường.
- Các khối di căn biến mất.

2.17. 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.

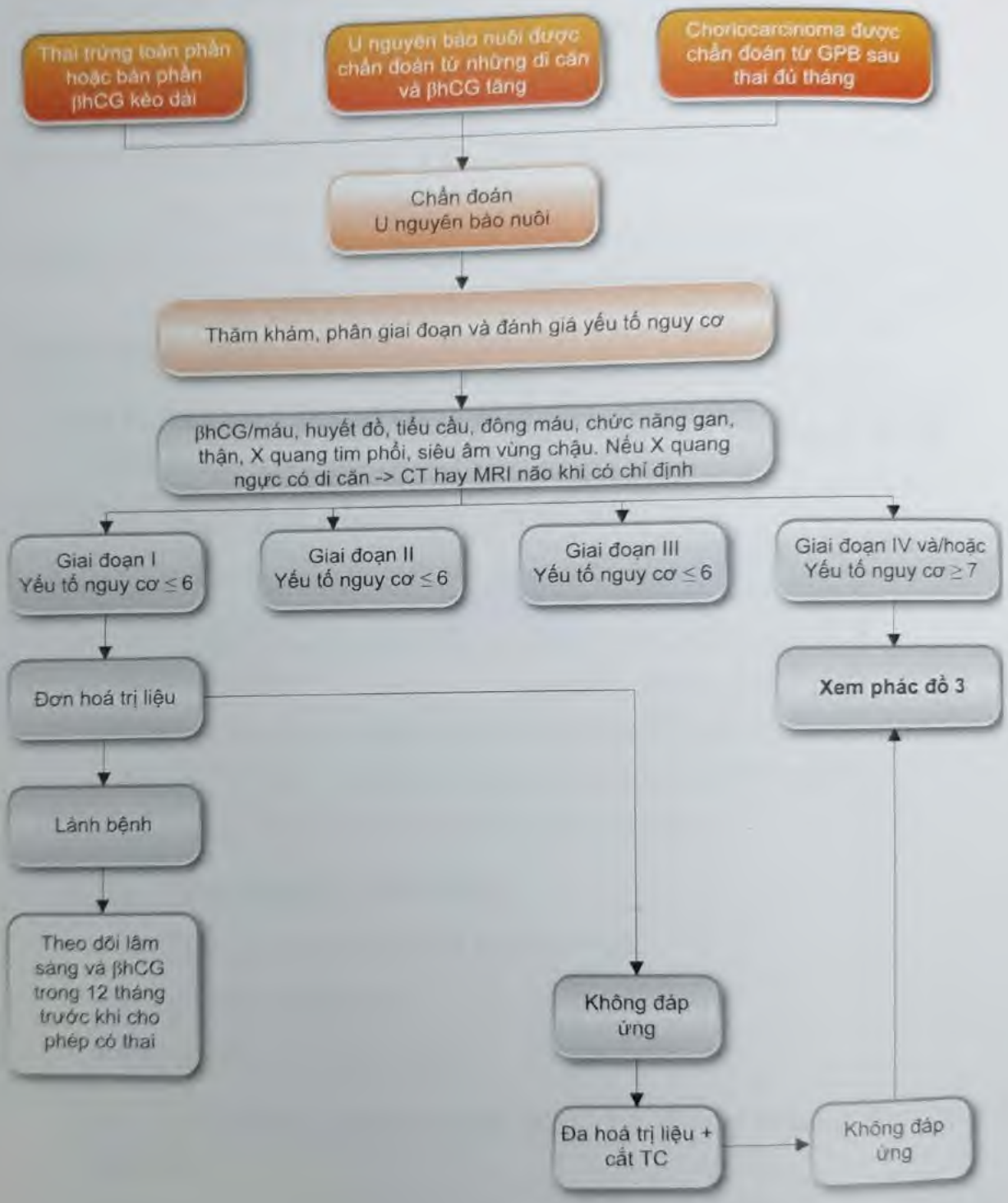
2.18. Theo dõi sau khi xuất viện và vấn đề có thai lại sau điều trị

- Tái khám + theo dõi βhCG/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.
- 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 khối u nguyên bào nuôi mới có thai trở lại.
- Khi có dấu hiệu mang thai, cần đi khám thai ngay, chú ý siêu âm và βhCG/máu đề phòng bệnh tái phát.

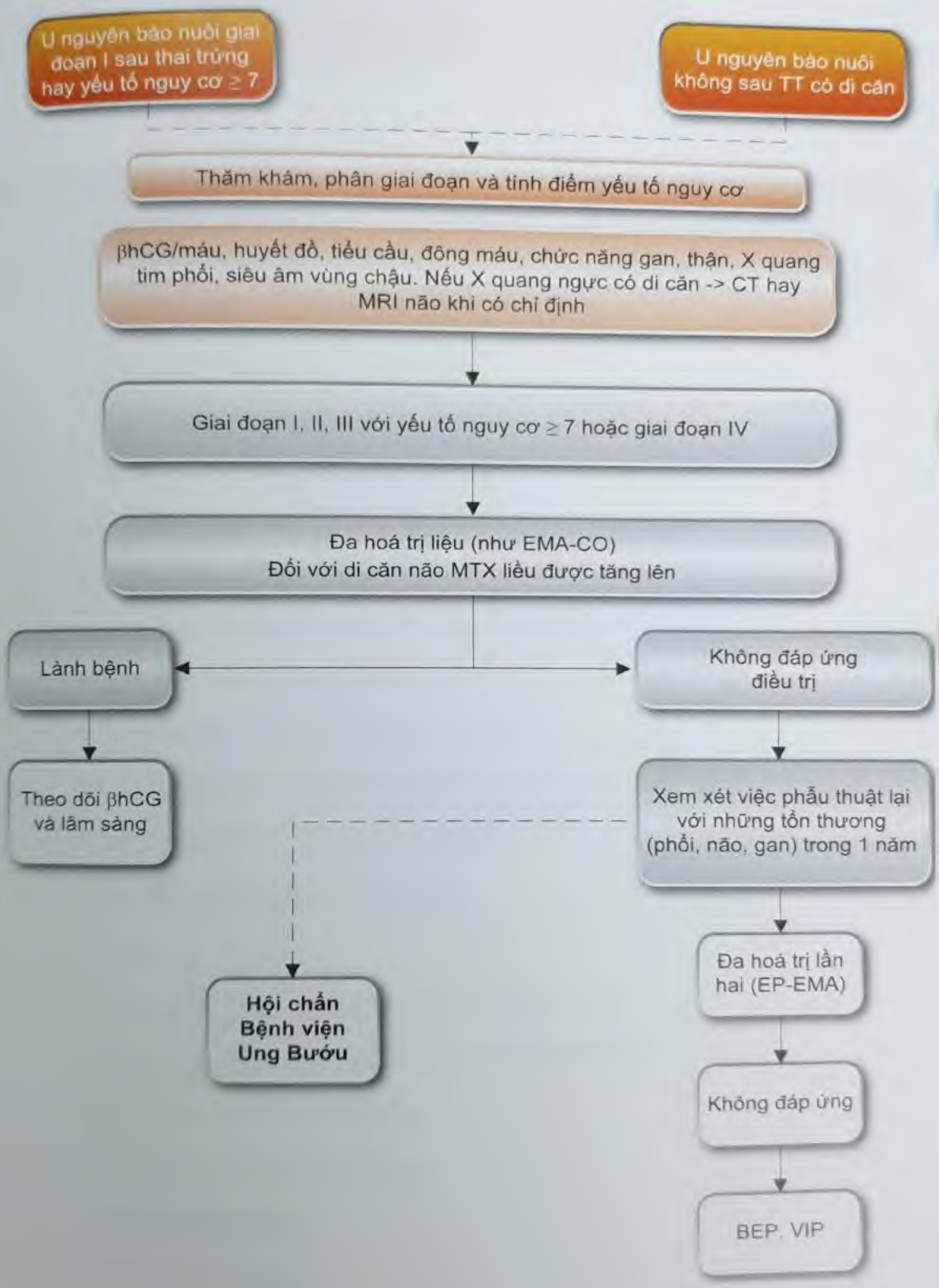
2.19. Dặn dò BN khi xuất viện

- Tái khám theo đúng ngày hẹn và nơi tái khám được ghi trong giấy.
- Tái khám ngay khi có
  - Xuất huyết âm đạo bất thường.
  - Đau ngực, khó thở, ho khan dai dẳng hay ho máu.
  - Đau bụng nhiều, choáng.
  - Có khối u bất thường ở vùng âm đạo.
  - Hoặc có bất thường khác gây lo lắng.

PHÁC ĐỒ 2: NHỮNG NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ CỦA KHỐI U NGUYÊN BÀO NUÔI



PHÁC ĐỒ 3: NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ CỦA U NGUYÊN BÀO NUÔI



UNG THƯ BUỒNG TRỨNG 75

I. ĐỊNH NGHĨA

U 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.

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 sinh 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 một 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 hai 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 một hay hai buồng trứng, hoặc với vỏ buồng trứng bị vỡ, hoặc với dịch báng bụng có buồng trứng ác tính, hoặc với mẫu rửa màng bụng dương tính.
- **Giai đoạn II:** ung thư phát triển ở một hay hai buồng trứng lan rộng đến các cơ quan trong tiểu khung.
  - Giai đoạn IIA: lan rộng và/hoặc di căn 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 một hay hai 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 một hay hai 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 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 một hay hai 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 > 2cm đường kính và/hoặc có hạch ở khoang phúc mạc sau hay hạch bẹn.

• **Giai đoạn IV:** ung thư ở một hay hai 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.

III. CHẨN ĐOÁN CẬN LÂM SÀNG

• Dấu hiệu sinh học u: CA125, HE4, βhCG, AFP, ... tùy dạng mô học.

• Chọn lựa các xét nghiệm sinh học u theo mô học.
- AFP (Alphafetoprotein).
- hCG (Human Chorionic Gonadotropin).
- PLAP (Placental Alkaline Phosphatase).
- LDH (Lactate Dehydrogenase alpha 1 anti trypsin.
- CA125 (Cancer Antigen 125).
- AAT (Alpha 1 Anti Trypsine).

Loại bướu	AFP	hCG	LDH	CA125
Ung thư biểu mô	-	-	-	+
Dysgerminoma	-	±	±	±
U xoang nội bì	+	-	±	-
U quái ác	±	-	-	±
Choriocarcinoma	-	+	-	±
Carcinom phôi	+	+	-	±
U hỗn hợp	±	±	-	±

- Bilan tiến triển u: X quang ngực, siêu âm, MRI, nội soi (bàng quang, trực tràng và ống tiêu hóa. . .).
- Xét nghiệm thường qui và xét nghiệm tiền hóa trị (huyết đồ, chức năng gan thận, ion đồ, đường huyết, điện tâm đồ và siêu âm tim, chức năng tuyến giáp).
- Xét nghiệm tiền hóa trị, siêu âm và sinh học u sẽ lập lại mỗi đầu chu kỳ hóa trị tiếp theo.

IV. XỬ TRÍ

Điều trị ung thư biểu mô buồng trứng là điều trị đa mô thức và chăm sóc bệnh nhân toàn diện, bao gồm: phẫu trị, hóa trị, xạ trị, nội tiết, ... Chủ yếu là phẫu trị và hóa trị.

4.1. Phẫu trị: 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.

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 dày hoặc băng dán khi phẫu thuật.
- Đầu tiên phải đánh giá khối u và phân giai đoạn theo các trình tự sau:
  1. 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.
  2. Quan sát cẩn thận và sờ nắn toàn bộ bề mặt phúc mạc, kể cả vùng gan và vòm hoành.
  3. 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 bệnh nhân trẻ tuổi chưa con.

4. Cắt hoàn toàn tử cung, hai phần phụ và toàn bộ khối bướu, mạc nối lớn, nếu đã có GPBL 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.
5. Sinh thiết mọi tổn thương nghi ngờ.
6. 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.
7. 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.
8. Phẫu thuật có thể kèm thêm cắt ruột thừa nếu đánh giá ruột thừa hoặc một 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.

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 (sao cho phần còn sót lại phải < 1 cm).
- Phẫu thuật phải được tiến hành gọn, tránh rơi vãi bệnh phẩm vào khoang phúc mạc.

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

Phẫu thuật nhìn lại

- Các bệnh nhân 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 bệnh nhân 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 bệnh nhân đã phân giai đoạn nhưng chưa có phẫu thuật phân giai đoạn tối ưu.
  - Để đánh giá hiệu quả 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).
- Hiện nay với sự tiến bộ của chẩn đoán hình ảnh và các xét nghiệm sinh học bướu, chỉ định phẫu thuật nhìn lại ngày càng hạn chế.

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.
  - Bệnh nhân 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. Được chỉ định trong

- 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.
- Giai đoạn tiến xa: có nhiều cách phối hợp hóa trị gây đáp ứng với phẫu thuật để tăng 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, bệnh nhân 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
- Paclitaxel	135 – 175 mg/m^2 ngày 1 (truyền tĩnh mạch trong 3 giờ)

- CP

- Cisplatin	75-100 mg/m^2, tĩnh mạch, ngày 1
- Cyclophosphamid	750 mg/m^2, tĩnh mạch, ngày 1

- CEP

- Cyclophosphamid	600 mg/m^2 da, tĩnh mạch, ngày 1
- Epirubicin	600 mg/m^2 da, tĩnh mạch, ngày 1
- Cisplatin	600 mg/m^2, tĩnh mạch, ngày 1

- Docetaxel – Carboplatin

- Docetaxel	75 mg/m^2, tĩnh mạch, ngày 1
- Carboplatin	AUC 5-7, tĩnh mạch, ngày 1 300 mg/m^2

- Cisplatin – Ifosfamid

- Ifosfamid	4000 mg/m^2, tĩnh mạch, ngày 1
- Cisplatin	60 mg/m^2, ngày 1 Ghi chú: lặp lại mỗi 4 tuần

- Ifosfamid - Paclitaxel
  - Ifosfamid 1500 mg/m^2, ngày 2 – 5 (truyền trong 1 giờ)
  - Paclitaxel 135 – 175 mg/m^2, ngày 1 (truyền trong 3 giờ)
  Ghi chú: lặp lại mỗi 3 tuần
- Gemcitabin: 800 – 1250 mg/m^2, tĩnh mạch, ngày 1, 8, 15
  Có thể phối hợp với Paclitaxel và Carboplatin.
- Topotécan: 1,5 mg/m^2, tĩnh mạch, ngày 1 - 5 (truyền trong 30 phút)
  Ghi chú: lập lại mỗi 3 tuần
- Liposomal Doxorubicin: 40 - 50 mg/m^2, tĩnh mạch
  Ghi chú: lập 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.

Cyclophosphamid	500 - 600 mg/m^2 da/ngày 1.
Carboplatin	AUC5/ngày 1.
Cisplatin	75 mg/m^2 da/ngày 1.
Gemcitabin	800 - 1000 mg/m^2 da/ ngày 1, ngày 8.
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 etoposid: 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.
  - Etoposid 100 mg/m^2 da, ngày 1 - 5.
  - Ifosfamide 1 g/m^2 da/ngày, ngày 1 - 2 hay ngày 1 - 5.
- Docetaxel – Capecitabin.

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 bệnh nhân 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/m² (tối đa 2 mg), tĩnh mạch, ngày 1 và 15.
- Dactinomycin 350 mcg/m², tĩnh mạch, ngày 1 - 5.
- Cyclophosphamid 150 mg/ m², tĩnh mạch, ngày 1 - 5.

• Phác đồ PVB (chu kỳ 21 ngày).
- Cisplatin 20 mg/m², tĩnh mạch, ngày 1 - 5.
- Vinblastine 12 mg/m², tĩnh mạch, ngày 1.
- Bleomycin 20 IU/m² (tối đa 30 IU), tĩnh mạch, mỗi tuần vào ngày 1.

• Phác đồ BEP (chu kỳ 21 ngày)
- Cisplatin 20 mg/m², tĩnh mạch, ngày 1 - 5.
- Etoposid 100 mg/m², tĩnh mạch, ngày 1 - 5.
- Bleomycin 20 IU/m² (tối đa 30 IU), tĩnh mạch, mỗi tuần vào ngày 1.

• Phác đồ VIP
- Cisplatin 20 mg/m², tĩnh mạch, ngày 1 - 5.
- Etoposid 100 mg/m², ngày 1 - 5.
- Ifosfamid 1 g/m²/ngày ngày 1 - 2 hay ngày 1 - 5.

• Phác đồ EP (chu kỳ 21 ngày)
- Cisplatin 20 mg/m², tĩnh mạch, ngày 1 - 5.
- Etoposid 100 mg/m², tĩnh mạch, ngày 1 - 5.

• Phác đồ POMB – ACE
- Ngày 1: Vincristin 1 mg/m² da, tiêm tĩnh mạch.
Methotrexat 300 mg/m², truyền tĩnh mạch trong 12 giờ.
- Ngày 2: Bleomycin 15 mg, truyền tĩnh mạch trong 24 giờ,
Folinic acid 15 mg mỗi 12 giờ x 4 liều (dùng sau liều MTX 24 giờ).
- Ngày 3: Bleomycin 15 mg, truyền tĩnh mạch trong 24 giờ,
- Ngày 4: Cisplatin 120 mg/m² da, truyền tĩnh mạch trong 12 giờ
Bổ sung thêm dịch truyền và 3 g magnesium sulfate.

• Phác đồ ACE
- Ngày 1 – 5: Etoposid 100 mg/m² da, truyền tĩnh mạch.
- Ngày 3 – 5: Actinomycin D 0,5 mg, tiêm tĩnh mạch.
- Ngày 5: Cyclophosphamid 500 mg/m² 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

- Bệnh nhân 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 bệnh nhân 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.

5.2. Ung thư buồng trứng giai đoạn sớm: Giai đoạn IA đến IIA

PHÁC ĐỒ CHUẨN

- **Phẫu trị**
  - Mở bụng đường giữa.
  - Cắt hoàn toàn tử cung và hai phần phụ (bệnh nhân 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 hai 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 trocart trong lần mổ thám sát lần đầu, nên cắt rộng các vùng di căn tại lỗ trocart.
  - 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 bệnh nhân).
- Nên tìm các u đường tiêu hóa trong trường hợp u nhầy hai bên.

- **Các lựa chọn bổ sung**
  - Phẫu thuật bảo tồn đối với những bệnh nhân muốn có con, giai đoạn IA, grade I, ung thư không phải là tế bào sáng và bệnh nhân chấp nhận theo dõi đều đặn:
    + Cắt phần phụ một 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 bệnh nhân).
  - 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.

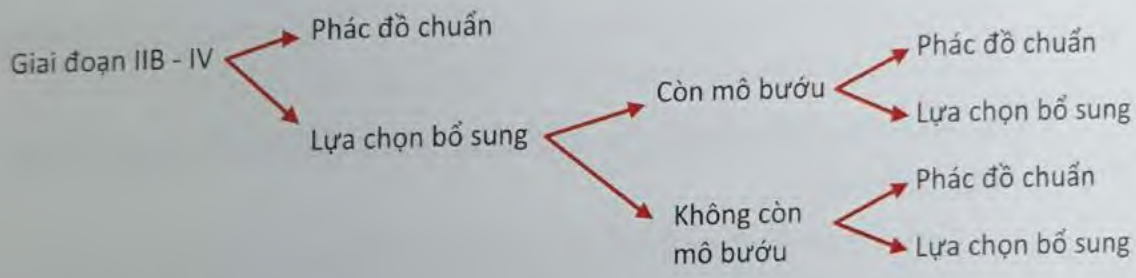
- **Sau phẫu trị nếu đánh giá giai đoạn đầy đủ thì bổ túc điều trị**
  - Điều trị chuẩn
    + Giai đoạn IA hay IB không phải là tế bào sáng: Không điều trị bổ túc với điều kiện là phải xác định grade mô học.
    + Giai đoạn IA hay IB G2: không có điều trị chuẩn, nên chọn lựa thêm các yếu tố khác để quyết 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.
  - 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).

- **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: PT đánh giá lại giai đoạn được làm một cách hệ thống.
+ Giai đoạn IA hay IB G3, tế bào sáng hay > IC: PT 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: BN có thể được xử trí tùy trường hợp cụ thể.

5.3. Ung thư buồng trứng giai đoạn tiến xa: Giai đoạn IIB đến IV



PHÁC ĐỒ CHUẨN (Standard)

- **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 bệnh nhân không có khó khăn trong phẫu thuật (giai đoạn II, IIIA và vài trường hợp IIIB).
  - PT 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.
- 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.

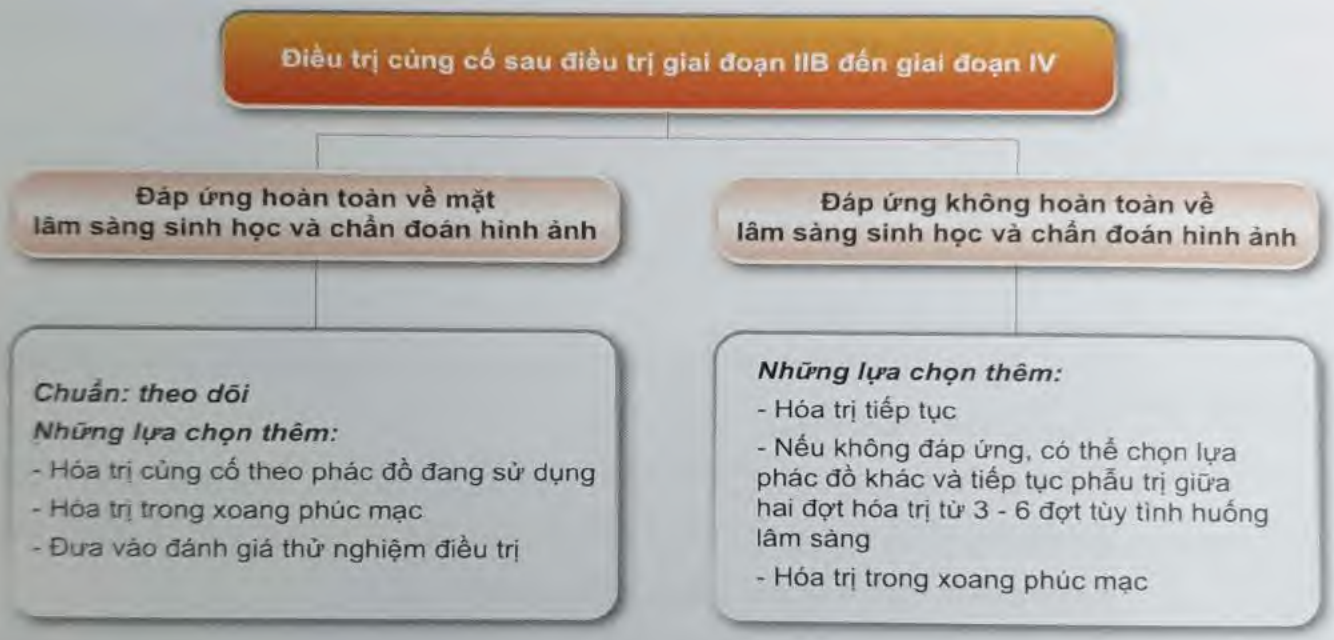
Nếu tổng trạng BN cho phép và cân nhắc lợi ích quan trọng đối với thời gian sống còn, thời gian sống thêm không bệnh, phẫu thuật cho phép làm giảm khối ung thư di căn phúc mạc hoàn toàn; nạo hạch chậu hai bên và hạch cạnh động mạch chủ.

Cần tìm các u đường tiêu hóa trong trường hợp u nhầy hai bên.

- **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: BN 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 Carboplatin và Docetaxel được khuyến cáo ở những BN nguy cơ bệnh thận khi đó có chống chỉ định cho Paclitaxel (bệnh tim, bệnh thần kinh...)
    + Đơn hóa trị bằng Carboplatin có thể được điều trị ngay từ đầu trong những trường hợp BN 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.
- **Sau PT, không sót mô ung thư trên đại thể thì cần điều trị bổ túc**
  - Điều trị chuẩn
    + Giai đoạn từ IIB, IIC: BN được hóa trị 6 chu kỳ với Platine.
    + Giai đoạn từ III, IV: BN được hóa trị phối hợp Carboplatin và Paclitaxel tối thiểu 6 chu kỳ điều trị.

- Những lựa chọn thêm:
  + Giai đoạn từ IIB, IIC: BN 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 BN không cho phép dùng hóa trị đường tĩnh mạch phác đồ Carboplatin phối hợp Paclitaxel, nên dùng phác đồ đơn hoá trị với Carboplatin.

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.
    + RU486.

- Liệu pháp Estrogen/ Estrogen Progestin phối hợp + Diethylstilbestrol (DES).
- Tamoxifen.
- Đồng vận GnRH.
- Ức chế men thơm hóa Aromatase.
- Liệu pháp Androgen/Antiandrogen.

VI. XỬ TRÍ U TẾ BÀO MẦM BUỒNG TRỨNG, U 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 bệnh nhân 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 và toàn bộ hai 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.
- Bệnh nhân giai đoạn IA, grade 2, grade 3 phải hóa trị. Không hóa trị giai đoạn IA, grade 1. Bệnh nhân có báng bụng và vỡ bướu phải hóa trị với mọi grade mô học.
- Phác đồ hóa trị: phác đồ BEP, VIP, VAC. U 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 bệnh nhân 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 bệnh nhân, 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 hai phần phụ.
- Hóa trị với các phác đồ; EMACO; POMB; ACE; BEP.

6.6. Bướu tế bào mầm hỗn hợp

Hóa trị là phác đồ BEP hoặc VBP. Những bệnh nhân 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)

- Lâm sàng: Chẩn đoán giai đoạn và xếp hạng như bướu biểu mô buồng trứng.
- 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.

- Phẫu trị: PT bảo tồn trên người phụ nữ trẻ, chưa con. Nếu người bệnh không được PT phân giai đoạn đầy đủ phải mổ phân giai đoạn lại.
- Sinh thiết buồng tử cung và nội soi buồng tử cung chẩn đoán: đối với những BN bảo tồn tử cung hoặc bảo tồn tử cung và phần phụ còn lại.
- Hóa trị: các phác đồ có phối hợp với Platin hoặc phác đồ BEP hoặc PVB.
- 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.
  - 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 BN ung thư buồng trứng sau điều trị gồm: khám phụ

khoa, tầm soát hạch, làm phết tế bào mõm cắt ở BN đã cắt hoàn toàn tử cung và hai phần phụ nếu có nghi ngờ di căn mõm 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 BN tử vong hoặc tái phát cần ghi nhận:
  - Thời gian sống còn toàn bộ.
  - Thời gian sống thêm không bệnh.

X. PHỤ LỤC ĐÍNH KÈM

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 bình 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		

Mất sức nặng, cần nằm viện và săn sóc đặc biệt	30		
Rất yếu, đòi hỏi nằm viện và săn sóc tăng cường đặc biệt	20	Nằm tại chỗ, cần săn sóc tăng cường đặc biệt	4
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 bệnh nhân 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)

  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 bệnh nhân đã có đáp ứng hoàn toàn. Đối với bệnh nhân đáp ứng một phần, tái phát được xác định khi tăng kích thước bướu ≥ 50%.

- **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 l/ph	Ngoại tâm thu thất một ổ, loạn nhịp nhĩ	Ngoại tâm thu thất nhiều ổ	Nhịp nhanh thất
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°	Sốt 38 - 40°	Sốt 40°	Sốt kèm hạ huyết áp

Độc tính	Grad 0	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4
ỐNG TIÊU HÓA					
Buồn nôn/ói	Không	Buồn nôn	Ói thoáng qua	Ói cần điều trị	Ói 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 Alkaline phosphatase SGOT/SGPT	≤ 1,25bt ≤ 1,25bt ≤ 1,25bt	1,26 – 2,5bt 1,26 – 2,5bt 1,26 – 2,5bt	2,6-5,0bt 2,6-5,0bt 2,6-5,0bt	5,1 – 10,0 bt 5,1 – 10,0 bt 5,1 – 10,0 bt	> 10bt > 10bt > 10bt
HUYẾT HỌC					
Hemoglobin (g/100ml)	≥ 11,0	9,5 – 10,9	8,0 – 9,4	6,5 – 7,9	< 6,5
Bạch cầu (x 10^3/mm^3)	≥ 4,0	3,0 – 3,9	2,0 – 2,9	1,0 – 1,9	< 1,0
Bạch cầu hạt (x 10^3/mm^3)	≥ 2,0	1,5 – 1,9	1,0 – 1,4	0,5 – 0,9	< 0,5
Tiểu cầu (x 10^4/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

Độc tính	Grad 0	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4
THẦN KINH					
Ý thức	Tỉnh táo	Lù đù thoáng qua	Buồn ngủ < 50% thời gian thức	Buồn ngủ > 50% thời gian thức	Hôn mê
Táo bón	Không	Nhẹ	Vừa	Chướng bụng	Chướng bụng/ ói
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					
Urê/máu	< 1,25bt	1,26 – 2,5bt	2,6 – 5,0bt	5,1 – 10,0bt	> 10bt
Creatinin/ máu	< 1,25bt	1,26 – 2,5bt	2,6 – 5,0bt	5,1 – 10,0bt	> 10bt
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+)	1g/dL (4+)	Hội chứng thận hư

XI. XỬ TRÍ TÁC DỤNG PHỤ 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)
- Metoclopramid 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 dimethyl dicarboxylate).

76 UNG THƯ NỘI MẠC TỬ CUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Ung thư nội mạc tử cung (KNMTC) là K xuất phát từ 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. Tỉ 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 KNMTC, K vú, K đại tràng (Hội chứng Lynch).
- Yếu tố thể trạng: béo phì, cao 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

- Triệu chứng cơ năng
  - Phụ nữ mãn kinh: xuất huyết ÂĐ bất thường khoảng 80 - 90% TH.
  - Phụ nữ còn kinh: RL kinh nguyệt, rong kinh, rong huyết.
  - Giai đoạn muộn: đau do xâm lấn, chèn ép, tiểu máu, tiêu ra máu, báng bụng...
- 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 TC 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

- Siêu âm
  - Siêu âm ngả âm đạo: đánh giá độ dày và cấu trúc của NMTC, đánh giá mức độ xâm lấn vào cơ TC, loại trừ các bệnh lý khác ở vùng chậu.
  - Siêu âm bụng tổng quát: ghi nhận sự lan tràn và di căn của bệnh.
- Nạo sinh thiết kênh, lòng TC, lấy bệnh phẩm gởi GPB.
- Soi buồng tử cung: đánh giá sự lan rộng trên NMTC và sinh thiết đúng vị trí.
- 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.
- Các xét nghiệm khác
  - Chụp Xquang phổi: tìm di căn phổi.
  - CA125: tăng khoảng 50-60% trường hợp.
  - βhCG: loại trừ thai trong buồng TC.
  - 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.

3.3. Giải phẫu bệnh

- Xác định loại mô học
  - Carcinôm dạng NMTC.
  - Carcinôm TB sáng, carcinôm tuyến thanh dịch, carcinosarcoma.
  - Ít gặp: carcinôm tuyến nhầy, TB gai, TB nhỏ, TB chuyển tiếp, TB thần kinh nội tiết, ...
- Xác định grad mô học, độ biệt hóa, xâm lấn mạch máu.

IV. PHÂN LOẠI GIAI ĐOẠN THEO FIGO 2009

- 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 đoạnIII: 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.

V. ĐIỀU TRỊ

5.1. Phẫu thuật đánh giá giai đoạn

- Thực hiện qua mổ bụng hở, qua PT nội soi.
- Cắt TC + 2 PP: điều trị chính trong KNMTC khu trú ở TC.
- Quan sát đánh giá bề mặt PM, 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: TB 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.

5.2. K NMTC giai đoạn I (dạng NMTC)

- Phẫu thuật cắt TC + 2 PP, 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, BN từ chối PT...): xạ trị hoặc xem xét điều trị nội tiết chọn lọc.

5.3. K NMTC giai đoạn II (dạng NMTC)

- Phẫu thuật cắt TC tận gốc + 2 PP (cắt rộng TC + 2 PP + 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 PT cắt TC + 2PP + PT đánh giá giai đoạn.
- Không thể PT: xạ trị + hóa trị hoặc hóa trị đơn thuần→ xem xét PT.

5.4. K NMTC giai đoạn III – IV (dạng NMTC)

- Bướu ăn lan trong ổ bụng (báng bụng; di căn mạc nối lớn, hạch, buồng trứng, PM)
  - PT cắt TC + 2PP + PT đánh giá giai đoạn + PT giảm tổng khối bướu → điều trị hỗ trợ sau PT tùy giai đoạn.
  - Hóa trị tân hỗ trợ trước PT (*) → PT cắt TC + 2PP + PT đánh giá giai đoạn + PT giảm tổng khối bướu → điều trị hỗ trợ sau PT tùy giai đoạn.
- Bướu ăn lan vùng chậu không thể PT (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 PT.
- Di căn xa ngoài ổ bụng :
  - Hóa trị ± xạ trị.
  - Xem xét PT cắt TC + 2PP điều trị triệu chứng.

(*): PT 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 BN
  - 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
- PT giảm tổng khối bướu.
- Hóa trị ± xạ trị.

5.6. KNMTC dạng TB 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.

• 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 (Xem bài Điều trị bảo tồn trong K NMTC)

VI. THEO DÕI SAU ĐIỀU TRỊ

• Tái khám mỗi 3 tháng trong 2năm 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 PT.

• 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.

VIII. CÁC PHÁC ĐỒ HÓA TRỊ TRONG KNMTC

8.1. Phác đồ phối hợp

Paclitaxel + Carboplatin

Paclitaxel: 175 mg/m^2, 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/m^2, IV, vào Ngày 1.
Cyclophosphamide: 500 mg/m^2, IV, vào Ngày 1.
Lặp lại chu kỳ mỗi 21 ngày.

AP

Doxorubicin: 50 mg/m^2 IV, vào Ngày 1.
Cisplatin: 50 mg/m^2 IV, vào Ngày 1.
Lặp lại chu kỳ mỗi 21 ngày

Doxorubicin + Paclitaxel

Doxorubicin: 50 mg/m^2, IV, vào Ngày 1.
Paclitaxel: 150 mg/m^2, IV, vào Ngày 1.
Lặp lại chu kỳ mỗi 21 ngày

Cisplatin + Doxorubicin + Paclitaxel

Cisplatin : 50 mg/m^2, IV, vào Ngày 1.
Doxorubicin: 45 mg/m^2, IV, vào Ngày 1.
Paclitaxel: 160 mg/m^2, truyền TM trong 3 giờ, vào Ngày 2.
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

Cyclophosphamide: 500 mg/m^2, IV, vào Ngày 1.
Doxorubicin: 50 mg/m^2, IV, vào Ngày 1.
Cisplatin: 50 mg/m^2, 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, IV, vào Ngày 1.
Lặp lại chu kỳ mỗi 28 ngày.

Paclitaxel + Ifosfamide (carcinosarcoma)

Paclitaxel: 135 mg/m^2, truyền TM trong 3 giờ, vào Ngày 1
Ifosfamide: 1.600 mg/m^2, IV, 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, IV, vào Ngày 1 và Ngày 8.
Docetaxel: 100 mg/m^2, IV, vào Ngày 8.
Lặp lại chu kỳ mỗi 21 ngày.

8.2. Phác đồ đơn chất

Doxorubicin

Doxorubicin: 60 mg/m^2, IV, vào Ngày 1.
Lặp lại chu kỳ mỗi 21 ngày.

Paclitaxel

Paclitaxel: 200 mg/m^2, truyền TM trong 3 giờ vào Ngày 1.
Lặp lại chu kỳ mỗi 21 ngày. Giảm liều đến 175 mg/m^2 đối với bệnh nhân đã xạ trị vào vùng chậu

Topotecan

Topotecan: 1,0 mg/m^2, IV, vào Ngày 1-5.
Lặp lại chu kỳ mỗi 21 ngày. Giảm liều đến 0,8 mg/m^2 vào Ngày 1-3 đối với bệnh nhân đã xạ trị vào vùng chậu.

IX. ĐIỀU TRỊ NỘI TIẾT TRONG KNMTC

9.1. Chỉ định: Ung thư NMTC tái phát và di căn, grad thấp, dạng NMTC, có thụ thể ER, PR (+).

9.2. Các thuốc nội tiết

- Các progestins: nội tiết chính trong điều trị ung thư NMTC
  - 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.
- Tamoxifen: có thể dùng đơn lẻ hoặc kết hợp với các progestins.
  Liều dùng: 20 - 40 mg/ngày.
- 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.
- Các thuốc ức chế aromatase (aromatase inhibitors): thuốc ngăn cản tạo estrogen từ các mô ngoài BT.
  - Letrozole: 2,5 mg/ngày, hoặc
  - Anastrozole: 1 mg/ngày, hoặc
  - Exemestane: 25 mg x 1 lần/ngày sau khi ăn.

Trường hợp KNMTC được chẩn đoán sau PT cắt tử cung, điều trị hỗ trợ cần dựa trên

- Tuổi BN.
- Mong con.
- Độ xâm lấn cơ TC.
- Grad mô học và loại mô học bướu.
- Cân nhắc PT đánh giá giai đoạn (cắt 2 PP + 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.*

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. *Mohamed K. Mehasseb và John A. Latimer (2012). Controversies in the Management of Endometrial Carcinoma: An Update.Obstetrics and Gynecology International Volume 2012.*
5. *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.*
6. *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Uterine neoplasms. Version 2.2016. NCCN.org*

Chương 4

GÂY MÊ HỒI SỨC

7 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 giãn 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 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).
- Tụt huyết áp (HA) hay các hậu quả của tụt HA (rối loạn [illegible]ức, 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 huyết áp hoặc các hậu quả của tụt huyết áp (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 huyết áp 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% huyết áp tâm thu (HA tối đa) hoặc tụt huyết áp tâm thu so với tuổi (huyết áp tâm thu < 70 mmHg).
- Người lớn: huyết áp tâm thu < 90 mmHg hoặc giảm 30% giá trị huyết áp tâm thu nền.

III. 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: 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.

IV. 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):

4.1. Nhẹ (độ I)

- Chỉ có các triệu chứng da, tổ chức dưới da và niêm mạc như mày đay, ngứa, phù mạch.

4.2. 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.
- Huyết áp chưa tụt hoặc tăng, nhịp tim nhanh hoặc loạn nhịp.

4.3. 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 huyết áp.

4.4. Ngừng tuần hoàn (độ IV): Biểu hiện ngừng hô hấp, ngừng tuần hoàn.

V. XỬ TRÍ

5.1. 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.

5.2. 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 (h các thuốc tương tự)
- Tiếp tục theo dõi ít nhất 24 giờ để xử trí kịp thời.

5.3. 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/ph, trẻ em 2-4 lít/ph 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.

5.4. 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 1 mg = 1 ml = 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 huyết áp 3 - 5 phút/lần.
- Tiêm nhắc lại Adrenalin liều như trên 3 - 5 phút/lần cho đến khi huyết áp và mạch ổn định.
- Nếu mạch không bắt được và huyết áp 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:

o 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 huyết áp chưa lên. Chuyển ngay sang truyền tĩnh mạch liên tục khi đã thiết lập được đường truyền.

o 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 Natriclorid 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 Natriclorid 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 huyết áp ổn định thì có thể theo dõi mạch và huyết áp 1 giờ/lần đến 24 giờ.

Bảng tham khảo cách pha loãng Adrenalin với dung dịch NaCl 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

5.5. Xử trí tiếp theo

a. Hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn: Tuỳ 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 huyết áp 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).
- 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 huyết áp không lên.

d. Theo dõi

- Trong giai đoạn cấp: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO_2 và tri giác 3 - 5 phút/lần cho đến khi ổn định.

- Trong giai đoạn ổn định: theo dõi mạch, huyết áp, 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 huyết áp đã ổn định và đề phòng phản vệ pha 2.
- Ngừng cấp cứu: nếu sau khi cấp cứu ngừng tuần hoàn tích cực không kết quả.

VI. XỬ TRÍ PHẢN VỆ TRONG MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT

6.1. 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 huyết áp, truyền tĩnh mạch Adrenalin và có thể truyền thêm các thuốc vận mạch khác.
- Thuốc giãn 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 huyết áp 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 BN.
- 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 10 ml/kg, trong đó bolus 100 ml, tiếp theo truyền tĩnh mạch 0,2 - 0,5 ml/kg/phút.
  - 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).

6.2. 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: BN 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 BN 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 V như trên.
- Gửi khám chuyên khoa Dị ứng-miễn dịch lâm sàng [illegible] nguyên nhân.

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 V như trên.
- Điều trị dự phòng: được chỉ định cho các bệnh nhân 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....

SƠ ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ

CHẨN ĐOÁN

XÁC ĐỊNH TÌNH TRẠNG PHẢN VỆ

NGỪNG NGAY TIẾP XÚC VỚI THUỐC HOẶC DỊ NGUYÊN + GỌI HỖ TRỢ
Đặt BN 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/1ml)
Duy nhất cứu sống BN

XT 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: ½ 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

XT TIẾP THEO

Tiếp tục theo dõi M. 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 natriclorid 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

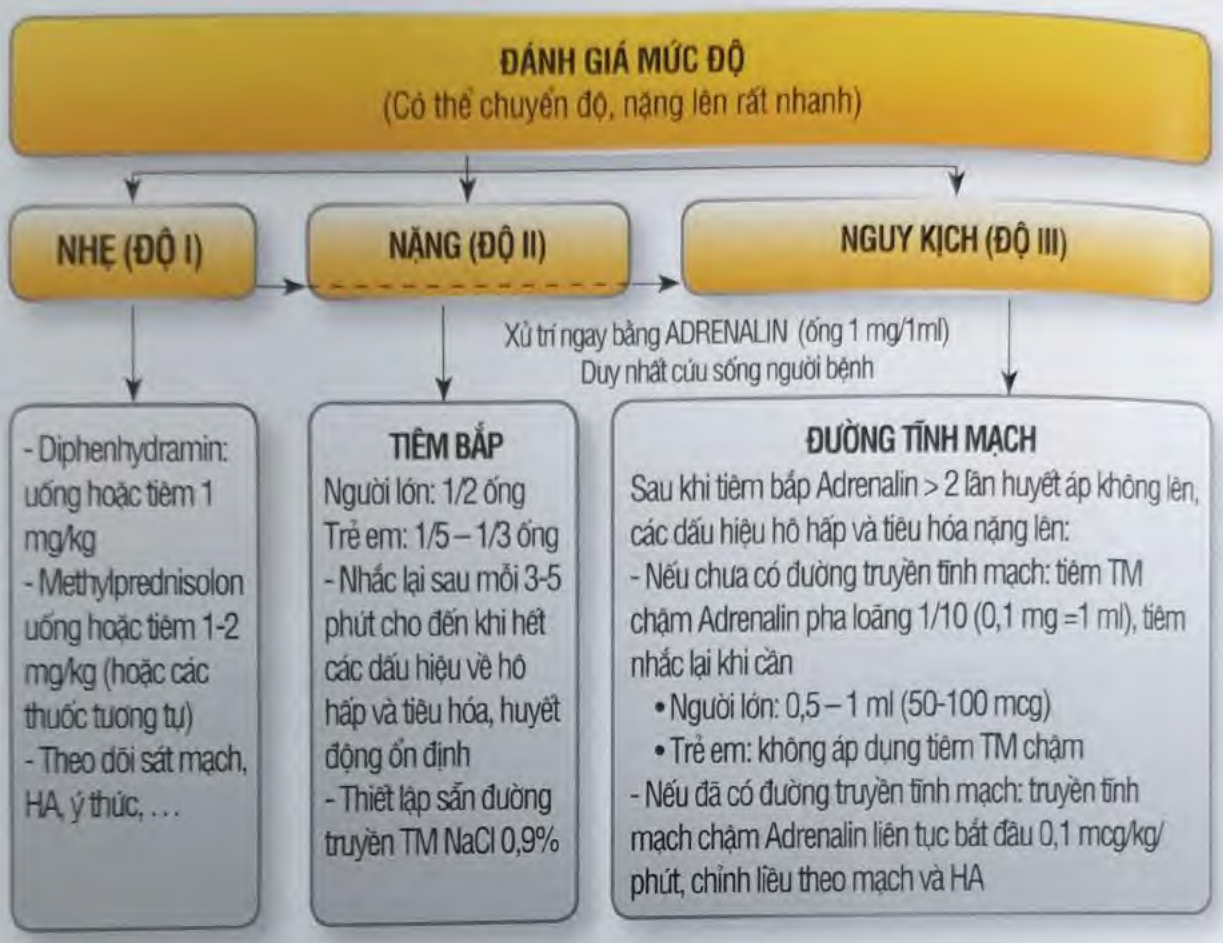
THEO DÕI: M, HA 5 – 10 phút/lần – SpO_2
Khi tình trạng ổn định tiếp tục theo dõi 1 – 2 giờ/lần trong ít nhất 24 giờ tiếp theo (đề phòng phản vệ 2 pha)

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.

SƠ ĐỒ TÓM TẮT VỀ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *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.*

GÂY TÊ TỦY SỐNG TRONG MỔ LẤY THAI 78

I. CHỈ ĐỊNH

- Các sản phụ đạt tiêu chuẩn ASA I – II (*)

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

2.1. 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 ...

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. QUI TRÌNH THỰC HIỆN

3.1. Kỹ thuật

- Đặt một đường truyền tĩnh mạch với dung dịch đẳng trương (Lactate Ringer/ Natriclorua 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 chọc tủy sống số 27G hoặc số 29G, vị trí chọc kim là khe 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.
- Sau khi chích hỗn hợp thuốc tê và nhóm thuốc Opioid vào tủy sống: đặt bệnh nhân trở lại tư thế nằm ngửa và nghiêng trái 150^0 và thở ôxy 3 lít/phút

3.2. Đánh giá

- Hiệu quả: tê tốt, sản phụ không đau
- 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 chọc 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 l/ph.

- Buồn nôn: kiểm tra huyết áp, nếu huyết áp trong giới hạn bình thường có thể dùng Metoclopramide ống 1ml/10 mg tiêm 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 TM XXX giọt/ph.
- 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.

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 hoặc Perfalgan 1 g/100ml 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.

(*) Đánh giá bệnh nhân trước mổ theo phân loại sức khỏe ASA (Hội gây mê hồi sức Hoa Kỳ):

- *ASA I: Bệnh nhân tình trạng sức khỏe bình thường, không mắc bệnh nào khác kèm theo.*
- *ASA II: Bệnh nhân mắc bệnh nhẹ, ảnh hưởng nhẹ đến chức năng các cơ quan của cơ thể.*
- *ASA III: Bệnh nhân mắc một bệnh trung bình, gây ảnh hưởng nhất định đến chức năng các cơ quan của cơ thể.*
- *ASA IV: Bệnh nhân 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.*

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Nguyễn Đức Lam và cộng sự tại Bệnh viện phụ sản Hà Nội, Đánh giá hiệu của Phenylephrine điều trị triệu chứng hạ huyết áp trong gây tê tủy sống để mổ lấy thai, 2017.*
2. *S.M.Kinsella, B.Carvalho, R.A.Ryder, R.Fernando, N.McDonnell, F.J.Mercier, A.Palanisamy, A.T.H.Sia, M.Van De Velde, A. Verculei, International consensus statement on the management of hypotension with vasopressor during caserean section under spinal anesthesia, Anesthesia, 2017.*
3. *Practice Guidelines for Obsteric Anesthesia, An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obsteric Anesthesia and the Society for Obsteric Anesthesia and Perinatology, 2016.*
4. *Gemma L Malin, Rachel K Morris, Khalid S Khan, Strength of association between umbilical cord pH and perinatal and long term outcomes: Systemic review and meta-analysis.*

GÂY MÊ NỘI KHÍ QUẢN TRONG MỔ LẤY THAI

I. ĐỐI TƯỢNG

- Sản phụ được chỉ định mổ lấy thai
- Người thực hiện: BS 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). • Có rối loạn thần kinh nặng. • Chậm phát triển tâm thần.
Có những bệnh lý chống chỉ định gây tê tại chỗ	• Bệnh lý về máu. • Bệnh lý tim mạch nặng (hẹp van ĐMC nặng ...) • Basedow chưa điều trị ổn định hoặc có dấu hiệu của cơn bão giáp. • Nhiễm trùng tại vị trí chọc kim. • Nhiễm trùng huyết. • Trụy tuần hoàn nặng chưa điều chỉnh được (băng huyết do sót nhau hay vỡ tử cung, nhau tiền đạo, nhau cài răng lược, nhau bong non, sản giật, hội chứng HELLP). • Tăng áp lực nội sọ. • Biết có dị ứng với thuốc tê (hiếm).
Các trường hợp cấp cứu	• Thai suy. • Sa dây rốn.
Gây tê thất bại	• Thất bại chọc kim ở nhiều vị trí. • Không sờ được khe sống. • Đau xuất hiện trong cuộc mổ.

2.2. Chống chỉ định tương đối

- Viêm thanh quản cấp tính.
- Lao phổi tiến triển.
- Nhiễm trùng đường tiêu hóa và hô hấp trên.
- Không đủ trang thiết bị cần thiết và thiếu nhân viên có kinh nghiệm.

III. QUI TRÌNH KỸ THUẬT

3.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Hỏi tiền căn bệnh nội – ngoại khoa kèm theo như:
  - Chú ý các bệnh lý tim mạch (hẹp hai lá khít, có tăng áp động mạch phổi), hô hấp (hen phế quản, viêm phổi, lao), nội tiết (tiểu đường, basedow).
  - Hỏi tiền căn dị ứng các loại thuốc, thức ăn gì.
  - Tiền căn gây mê, gây tê trong những lần mổ trước, có biến chứng gì không?
- Nhịn uống nước sạch trong vòng 2 giờ và thức ăn rắn (kể cả thức ăn có lipid như uống sữa) trong vòng 6 – 8 giờ. Nếu bệnh nhân mới ăn thức ăn rắn hoặc uống sữa dưới 6 giờ nên đặt sonde dạ dày và hút dịch, sau đó rút sonde ra trước khi đặt nội khí quản.
- Thảo luận với BS sản khoa về chỉ định mổ lấy thai, xem lại chẩn đoán trong biên bản mổ lấy thai, và các cam kết đồng ý mổ của bệnh nhân.
- Xem hồ sơ, chú ý các xét nghiệm sinh hóa, huyết học (nếu mổ chương trình: công thức máu chú ý tiểu cầu 150.000 đến 400.000/mm^3, TQ 12 – 14 giây, TCK 26 – 40 giây, nhóm máu, chức năng gan AST, ALT, urê, creatinin, glycemie, ECG).
- Đặt đường truyền với kim luồn 18 và Ringer Lactat 500 ml hoặc Natri clorid 0,9% 500 ml hoặc Ringerfundin 500 ml (lưu ý truyền chậm).
- Đặt monitoring theo dõi SpO_2, ECG, nhịp thở, mạch, huyết áp, đo huyết áp tay để so sánh, thông tiểu.
- Quan sát vùng mũi, miệng mở rộng, hầu cổ để dự đoán những khó khăn: cằm lẹm, cổ ngắn, cứng hàm, viêm khớp sống cổ, miệng nhỏ, lưỡi lớn, răng hô.

- Quan sát răng kỹ: tháo răng giả ra (nếu có).
- Xác định chính xác bệnh nhân (đúng tên tuổi, địa chỉ), vị trí phẫu thuật, điều chỉnh bàn mổ cho thích hợp (đầu bệnh nhân ngang vùng thượng vị của người đặt nội khí quản), bàn mổ có thể nghiêng trái 100 đến 150°.
- Có thể uống Citrate de Sodium 0.3M (nếu có) hoặc uống Ranitidin viên 150 mg dạng sủi bọt pha với 15 ml nước hoặc Famotidin 20 mg /5 ml tiêm tĩnh mạch, hoặc Ranitidin 50 mg hoặc Omeprazol 40 mg tiêm tĩnh mạch.
- Cho Metoclopramid ống 10 mg tiêm mạch..

3.2. Chuẩn bị phương tiện

- Bơm thử túi hơi, đèn soi thanh quản phải đủ độ sáng.
- Kiểm tra hoạt động máy gây mê, nguồn dưỡng khí, máy hút, bình bốc hơi.

3.3. Chuẩn bị thuốc

- Hỏi cân nặng, rút và pha lượng thuốc cần sử dụng (điều chỉnh tùy theo tình trạng bệnh lý của từng bệnh nhân).
- Lidocain 10% spray: xịt ống nội khí quản.

3.4. Tiến hành kỹ thuật

- Cung cấp oxy 100% qua mask trong 3 phút hay lâu hơn có thể yêu cầu bệnh nhân thở 4 đến 8 nhịp thở trước khi đặt nội khí quản.
- Dẫn đầu đặt nội khí quản nhanh.
  - Ấn sụn nhẫn với áp lực vừa phải (10N khi bệnh nhân tỉnh, tăng lên 30N) sau khi bệnh nhân mất tri giác (Nghiệm pháp Sellick).
  - Dẫn đầu mê với một trong các thuốc sau:
    + Thiopental: 4 mg/kg cân nặng.
    + Propofol (thuốc tiêm dạng MCT/LCT): 2 đến 2,5 mg/kg cân nặng.
    + Ketamin: 1 - 2 mg/kg cân nặng dùng trong trường hợp sản phụ bị giảm khối lượng tuần hoàn hoặc dị ứng hoặc tiền căn suyễn.
    + Etomidat: 0,2 đến 0,3 mg/kg cân nặng cho bệnh nhân với tình trạng huyết động học không ổn định hoặc có bệnh tim mạch kèm theo.
    + Succinylcholine (Suxamethonium) 1 mg/kg cân nặng hoặc Rocuronium 0,6 mg/kg (khi có chống chỉ định dùng Succinylcholin

*) hoặc Atracurium besylat hoặc Vecuronium. Lưu ý: thời gian dãn cơ của Rocuronium ≥ 45 phút.

+ Sau khi cho Succinylcholin 45 đến 60 giây → Đặt nội khí quản ống số 7 – 7,5, bơm bóng hơi.

- Nghe phổi cả hai phế trường để xác định vị trí chính xác của ống nội khí quản.

• Có thể đặt thêm đường truyền tĩnh mạch ngoại biên nếu cần.

• Duy trì thuốc mê:

- Thở máy với FiO_2 ≥ 50%, không có PEEP. Sử dụng thuốc mê bốc hơi Isofluran hoặc Sevofluran hoặc Desfluran (khoảng 1 MAC).
- Có thể duy trì mê bằng Propofol PFS (DES/TCI) khi có chống chỉ định sử dụng thuốc mê bốc hơi, liều duy trì mê trung bình là 4 – 5 mg/kg/giờ qua bơm tiêm điện(**).
- Duy trì thuốc dãn cơ Vercuronium trung bình là 0,02 – 0,04 mg/kg hoặc Atracurium 0,2 mg/kg thời gian dãn cơ kéo dài 25 – 40 phút.
- Duy trì huyết áp tâm thu ≥ 90 mmHg hay 80% giá trị huyết áp tâm thu bình thường khi huyết áp thấp dưới tiêu chuẩn trên. Xử trí: truyền dịch tinh thể như Ringer Lactat hoặc Natri clorid 0,9% hoặc Ringerfundin, có thể phối hợp sử dụng Phenylephrine hay Ephedrin.

• Sau khi kẹp rốn sử dụng Fentanyl 1 – 2 mcg/kg hay Sufentanil 0,2 mcg/kg cân nặng.

• Giảm nồng độ thuốc mê bay hơi nhóm halogen khoảng 0,75 MAC để tránh đờ tử cung và tụt huyết áp.

• Bắt đầu truyền oxytocin liên tục (10 đơn vị trong 50 – 100 ml Ringer Lactat hoặc Natri clorid 0,9% truyền tĩnh mạch nhanh, sau đó 15 đơn vị trong 500 ml Ringer Lactat hoặc Natri clorid 0,9% hoặc Ringerfundin truyền tĩnh mạch XXX giọt/phút).

• Xem xét sử dụng những thuốc co tử cung khác, khi tử cung co hồi kém:

- Methyl ergometrin ống 0,2 mg tiêm bắp.
- Prostaglandin E1 (Misoprostol viên 200 mcg, 4 - 5 viên đặt hậu môn).
- Prostaglandin F2α (Carboprost tromethamin ống 250 mcg tiêm bắp).

• Giảm dần thuốc gây mê và ngưng hẳn thuốc khi phẫu thuật chấm dứt

- Lúc đóng phúc mạc: sử dụng Paracetamol 1 g/100 ml truyền tĩnh mạch XXX giọt/phút (nếu bệnh nhân không có chống chỉ định dùng thuốc) để giảm đau sau mổ.
- Chỉ rút ống nội khí quản khi thuốc dãn cơ được hóa giải hoàn toàn với Neostigmin bromid hoặc Neostigmin metylsulfat 0,5 mg/ml liều 0,02 - 0,03 mg/kg hoặc Sugammadex, bệnh nhân tỉnh thực hiện đúng y lệnh.
- Đánh giá lượng máu mất để xử trí (cân gạc trước và sau mổ là phương pháp đánh giá tương đối chính xác).
- Đánh giá các mặt khác: dấu hiệu sinh tồn, đau sau mổ, buồn nôn, nôn.
- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn đến khi sản phụ ổn định sẽ được chuyển sang phòng hồi sức theo dõi.

3.5. Theo dõi hậu phẫu

- Ăn uống sớm làm nhu động ruột mau hồi phục, giúp tăng tiết sữa và 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 sẽ ăn chế độ bình thường.
- Rút sonde tiểu sớm và tập cho bệnh nhân tự đi tiểu.
- Đánh giá hậu phẫu:
  - Tình trạng huyết động học ổn định.
  - Tác dụng của thuốc mê.
  - Hiệu quả giảm đau.
  - Nhận diện và điều trị những biến chứng nếu có của phẫu thuật hoặc gây mê.

(*) Chống chỉ định của Succinylcholin: tiền căn gia đình hay bản thân có tăng thân nhiệt ác tính, tiền căn dị ứng succinylcholin, mắc bệnh lý về cơ bẩm sinh, tăng Kali máu (suy thận nặng, đa chấn thương ...), tiền sản giật nặng, thiếu men ly giải Succinylcholin bẩm sinh (pseudocholinesterase).

(**) Chống chỉ định thuốc mê bốc hơi: tiền căn gia đình bị bệnh lý sốt cao ác tính, tiền sử dị ứng thuốc mê họ Halogen, tiểu pophyrie. Chống chỉ định tương đối: sử dụng bêta - bloquant sẽ làm suy yếu cơ tim; bệnh nhân dùng Adrenaline, Terbutaline, Ventoline sẽ làm loạn nhịp thất; bệnh nhân điều trị Isoniazide sẽ làm suy chức năng tế bào gan.

PHƯƠNG PHÁP VÔ CẢM ĐỐI VỚI SẢN PHỤ BỊ BỆNH HẸP VAN HAI LÁ

Hẹp van hai lá là bệnh van tim thường gặp nhất trong thai kỳ và hầu như luôn kết hợp với bệnh tim hậu thấp. Tỉ lệ bệnh tim hậu thấp đã giảm nhiều ở các nước phát triển, tuy nhiên bệnh này vẫn còn là vấn đề đáng quan tâm ở những nước đang phát triển.

I. NGUYÊN NHÂN

- Hậu thấp: dính mép van.
- Bẩm sinh: u nhầy nhĩ trái, huyết khối.
- Bệnh tự miễn (lupus ban đỏ).
- Hẹp van hai lá thứ phát sau vôi hóa vòng van hai lá.

II. CHẨN ĐOÁN

Diễn tiến bệnh chậm và thường biểu hiện sau một thời gian dài. Khoảng 25% phụ nữ bị bệnh hẹp van hai lá bắt đầu có triệu chứng biểu hiện trong thai kỳ.

2.1. Lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng

Hẹp van hai 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 bệnh nhân nằm nghiêng trái và khi gắng sức. Mức độ nặng của hẹp van tỉ lệ với độ dài âm rung tâm trương.
- Clắc mở van (tiếng có âm sắc cao, đầu tâm trương, nghe rõ nhất ở bờ trái xương ức và mỏm tim).
- T1 đanh.

2.2. Cận lâm sàng

- XQ 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.

2.3. Phân loại

- Diện tích mở van bình thường là 4 - 6 cm^2.
- Hẹp van hai lá thường được định nghĩa là diện tích mở van từ 1,5 - 3 cm^2.
  - Hẹp van hai lá trung bình là từ 1,1 - 1,5 cm^2.
  - Hẹp nặng khi diện tích mở van < 1,0 cm^2.

III. PHƯƠNG PHÁP VÔ CẢM

3.1. Nguyên tắc

Lựa chọn phương pháp vô cảm phụ thuộc vào độ nặng của tổn thương bao gồm diện tích mở van hai lá và tình trạng huyết động của bệnh nhân.

3.2. Phương pháp vô cảm trong chuyển dạ sinh ngả âm đạo

- Gây tê ngoài màng cứng (GTNMC): lý tưởng cho các TH 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 Lidocain tiêm vào khoang ngoài màng cứng.
- 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.

3.3. Phương pháp vô cảm trong mổ lấy thai (MLT)

- 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 Sufentanil 5 mcg).
  - Lidocain 2% ống 10 ml / 20 ml liều trung bình 18 ml.
- Gây mê toàn diện:
  - Dẫn đầu gây mê:
    + Etomidat 0,2 mg - 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:
    + Sevofluran MAC 1 đến 1,5 là lựa chọn tốt để duy trì mê.
    + Nên tránh các thuốc gây nhịp tim nhanh (Atropin, Pethidin, Pancuronium, Ketamin).
    + Phòng ngừa hít sặc cho tất cả các bệnh nhân gây mê MLT.
    + Thận trọng khi sử dụng Oxytocin và Methyl ergometrin, 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 bệnh nhân không có chống chỉ định dùng thuốc).
    + Chuyển sang hồi sức theo dõi khi mổ xong.
  - Tê tủy sống liều duy nhất không nên dùng cho bệnh nhân có hẹp van hai lá trung bình đến nặng do làm thay đổi đột ngột sức cản mạch máu ngoại biên.

1 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

2.1. 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, ...

2.2. 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.

III. QUI TRÌNH THỰC HIỆN

3.1. 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.

3.2. Kỹ thuật

a. Khám trước khi gây tê

- Lâm sàng: tìm hiểu xem có chỉ định hoặc chống chỉ định không.
- Xét nghiệm bắt buộc: tiểu cầu, PT, APTT. Yêu cầu làm các xét nghiệm hoặc thăm dò khác tùy từng trường hợp cụ thể.
- 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 làm.
- Mô tả cho sản phụ về tư thế, trình tự thủ thuật sẽ làm (để hợp tác), 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 họ chưa hiểu hoặc muốn biết.
- Cung cấp thông tin (bằng văn bản) về gây tê ngoài màng cứng cho sản phụ.

b. Thời điểm làm gây tê ngoài màng cứng giảm đau: khi chuyển dạ vào giai đoạn hoạt động.

c. Tiến hành

- Chuẩn bị bệnh nhân
  - BS GMHS giải thích cho sản phụ những việc BS và NHS sẽ thực hiện thủ thuật gây tê giảm đau.
  - NHS đặt một đường truyền tĩnh mạch kim cỡ 20G ở tay. Truyền Ringer Lactat 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 HA không kiểm soát hoặc hẹp van hai lá thì không nên truyền quá tốc độ 50 ml/giờ).
  - Tư thế: nằm hoặc ngồi.
- Chuẩn bị phương tiện
  - Bộ dụng cụ tê ngoài màng cứng (B. Braun).
  - Bơm tiêm 3ml, 5ml, 10ml, 50ml.
  - Máy bơm tiêm điện, phương tiện hồi sức cấp cứu, máy đo HA, máy Monitor tim mạch, SpO_2.
- 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 Lidocain 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.
- 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 Lidocain 2% 2 – 3 ml.
- Bơm thuốc tê giảm đau qua catheter ngoài màng cứng:
  - Liều bolus: 12 – 15 ml 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 Sufentanil 5 – 10 mcg.
  - Liều duy trì giảm đau qua catheter ngoài màng cứng:
    + Giảm đau bằng phương pháp bơm thuốc tê qua bơm tiêm điện như sau:
      - Thuốc tê Bupivacain nồng độ 0,0625% đến 0,1%. (Hoặc Ropivacaine 0,1% hoặc Levobupivacain 0,1%)
      - Fentanyl: 2 mcg/ml hoặc Sufentanil 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 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 Sufentanil 0,25 - 0,5 mcg/ml) qua catheter ngoài màng cứng tốc độ trung bình 5 – 10 ml/giờ.
      - Khi còn đau sản phụ bấm nút tự điều khiển để bơm thêm 3ml 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
- Theo dõi
  - Tại phòng sinh:
    + 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.

2 GÂY TÊ TỦY SỐNG TRONG PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG NGẢ ÂM ĐẠO

I. CHỈ ĐỊNH

Bệnh nhân đạt tiêu chuẩn ASA I – II.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

2.1. Tuyệt đối

- Nhiễm trùng toàn thân.
- Nhiễm trùng tại nơi chọc kim.
- Rối loạn đông máu.
- Bệnh nhân trong tình trạng huyết động học không ổn định.
- Tăng áp lực nội sọ.
- Tiền sử dị ứng thuốc tê, ...

2.2. Tương đối

- Bệnh nhân từ chối phương pháp gây tê tủy sống.
- Bệnh tim (hẹp khít van tim, suy tim mất bù, tăng áp lực động mạch phổi).
- Bệnh nhân có kèm bệnh thần kinh, tâm thần.
- Bệnh lý cột sống như gù, vẹo cột sống, ...

III. QUI TRÌNH KỸ THUẬT

- Bệnh nhân được uống 150 mg Ranitidin viên sủi bọt với 30 ml nước tại phòng tiền mê hoặc Famotidin 20 mg/5 ml tiêm tĩnh mạch hoặc Ranitidin 50 mg hoặc Omeprazol 40 mg tiêm tĩnh mạch.
- Đặt một đường truyền tĩnh mạch với dung dịch Ringer Lactat hoặc Natri clorid 0,9% hoặc Ringerfundin trung bình 10 ml/kg cân nặng hoặc dung dịch Hydroxyethyl starch 6% (HES(130/0,4)).
- Tư thế bệnh nhân: tư thế ngồi hoặc nằm nghiêng trái.

- Kim chọc tủy sống số 27G hoặc số 29G vị trí chọc kim L3 – L4 hoặc L4 – L5.
- Thuốc tê Bupivacain 0,5% heavy (tăng trọng) liều lượng trung bình 10 - 12 mg (hoặc Levobupivacain 0,5% đẳng trọng 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 bệnh nhân trở lại tư thế nằm ngửa và chuyển bệnh nhân nhẹ nhàng sang tư thế phụ khoa.
- Dùng thuốc an thần nhóm Midazolam 1mg – 2mg tiêm mạch.

IV. ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ

- Tê tốt: bệnh nhân 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 chọc được kim vào khoang dưới nhện: chuyển gây mê nội khí quản.
- Tụt huyết áp:

  Dự phòng: Ephedrin ống 30 mg pha vào 500 ml dung dịch đẳng trương (Ringer Lactat hoặc Natri clorid 0,9% hoặc Ringerfundin), 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 10mg tiêm mạch chậm.

VI. 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 bệnh nhân 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 bệnh nhân 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 bệnh nhân sẽ được chuyển sang phòng hồi sức theo dõi.

VII. 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 bệnh nhân 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 (No): 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.

I. MỤC ĐÍCH VÀ ĐỐI TƯỢNG

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 đến 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.
- Chỉ định
  - 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.
- Người áp dụng

  Bác sĩ gây mê được huấn luyện thành thạo và am hiểu về tê tủy sống – ngoài màng cứng.
- 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. ĐIỀU KIỆN ÁP DỤNG TỐI THIỂU

- Phương tiện
  - Thuốc: Bupivacain tăng trọng hoặc Levobupivacain hoặc Ropivacain, Fentanyl hoặc Sufentanil, Lidocain 2%, dung dịch muối Natri clorid 0,9% (10 ml).

- Dụng cụ
  - Bộ kim tê tủy sống – ngoài màng cứng phối hợp (B.Braun).
  - Kim Tuohy 18, kim tủy sống 26 – 27 (loại Quincke hoặc Withacre) độ dài 115 đến 120 mm, phần nhô ra khỏi lỗ cạnh Tuohy từ 13 đến 15 mm.

III. CHỈ ĐỊNH - CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chỉ định

- Các sản phụ đạt tiêu chuẩn ASA I – II

3.2. Chống chỉ định

a. 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,...

b. 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. QUI TRÌNH KỸ THUẬT

4.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Đặt một đường truyền tĩnh mạch với dung dịch Ringer Lactat hoặc

Natri clorid 0,9% hoặc Ringerfundin trung bình 8 – 10 ml/kg cân nặng. Tư thế: nằm hoặc ngồi.

4.2. Chuẩn bị phương tiện

- Bộ dụng cụ tê tủy sống – 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 HA, máy Monitor tim mạch, SpO_2.

4.3. 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 Lidocain 2%.

4.4. Kỹ thuật xác định khoang ngoài màng cứng

- Nên dùng kỹ thuật mất sức cản với dung dịch nước muối sinh lý.

4.5. Đặt kim Tuohy vào khoang ngoài màng cứng theo quy ước

Khi đã vào khoang ngoài màng cứng, 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 .

4.6. 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.

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 hoặc Levobupivacain hoặc Ropivacain 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.

4.7. Theo dõi

Tại phòng sinh:

• Chất lượng giảm đau đến lúc sinh hoặc mổ lấy thai.

• Theo dõi hô hấp, mạch huyết áp và tiến trình chuyển dạ.

KIỂM SOÁT ĐAU SAU PHẪU THUẬT - THỦ THUẬT

I. MỤC ĐÍCH

- Giúp kiểm soát tình trạng đau của bệnh nhân 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

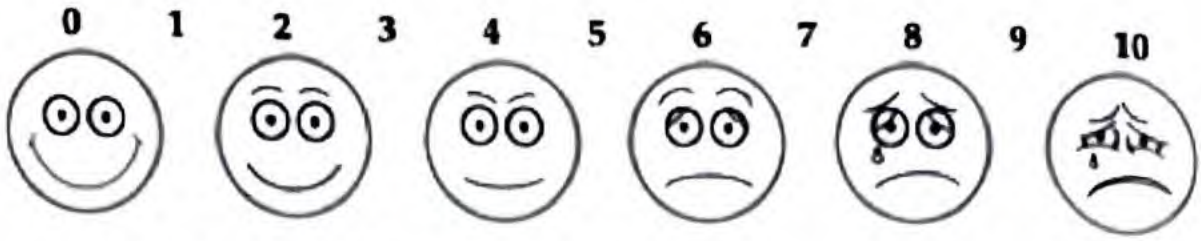
II. PHẠM VI ÁP DỤNG

Bệnh nhân sau phẫu thuật – thủ thuật.

III. ĐỊNH NGHĨA

- **Đau sau phẫu thuật – thủ thuật** là đau cấp tính (acute pain), mới xuất hiện do phẫu thuật – thủ thuật, có cường độ mạnh.
- **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.
- **Đánh giá đau**

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 bệnh nhân có các hình ảnh diễn tả cảm giác đau qua vẻ mặt, hỏi bệnh nhân 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 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

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. CÁC TỪ VIẾT TẮT

- BQ: bàng quang
- TC: tử cung
- HM: hậu môn
- TB: tiêm bắp
- TDD: tiêm dưới da
- TMC: tiêm mạch chậm
- TTM: truyền tĩnh mạch
- NB: người bệnh

V. NỘI DUNG

5.1. Đánh giá mức độ đau:

Dựa vào lâm sàng, dùng thang điểm đánh giá VAS hoặc theo WHO (xem phần định nghĩa).

5.2. Điều trị:

a. Nguyên tắc sử dụng thuốc:

- Tìm liều hiệu quả nhất, dung nạp tốt, an toàn nhất.

b. Các phác đồ giảm đau tại bệnh viện Từ Dũ

- Giảm đau sau phẫu thuật – thủ thuật (xem phụ lục 2,3)

5.3. Giảm đau không bằng thuốc

- Tập thể dục
- Vật lý trị liệu
- Liệu pháp tâm lý
- Châm cứu

VI. PHỤ LỤC

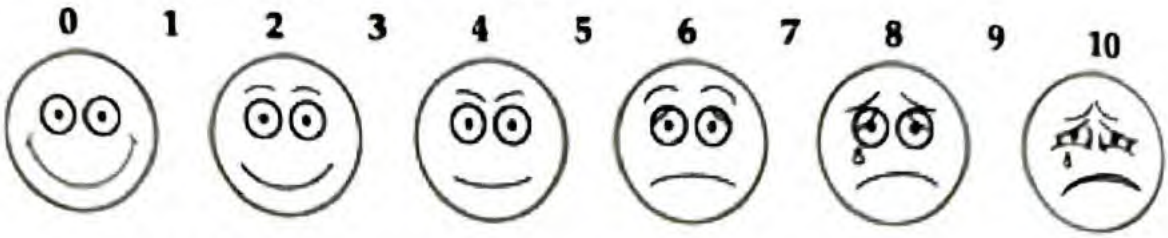
- Phụ lục 1: Đánh giá đau theo thang điểm đau VAS (Visual Analogue Scale)
- Phụ lục 2: Phác đồ giảm đau sau mổ đối với bệnh nhân gây mê
- Phụ lục 3: Phác đồ giảm đau sau mổ đối với bệnh nhân gây tê

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Bộ tiêu chuẩn quốc tế JCI*
2. *Sổ tay chất lượng*
3. *Qui chế bệnh viện (Bộ Y Tế)*
4. *Thông tư 23/2011/TT-BYT*
5. *Thông tư 13/2012/TT-BYT*

Phụ lục 1: Đánh giá đau theo thang điểm đau VAS (Visual 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 bệnh nhân có các hình ảnh diễn tả cảm giác đau qua vẻ mặt, hỏi bệnh nhân 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

Phụ lục 2: Phác đồ giảm đau sau mổ đối với bệnh nhân gây mê

BỆNH NHÂN 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 HTTC, bóc nhân xơ TC, PT có tổn thương BQ, 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 cách mỗi 8 giờ hoặc Ketoprofen 100 mg x 2 lần TB cách mỗi 12 giờ hoặc Ketorolac 30 mg x 2 lần TB/TMC cách 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 1g uống mỗi 8 giờ ± Diclofenac 100 mg đặt HM cách mỗi 12 giờ hoặc
- Thuốc giảm đau chống viêm không steroid (NSAID)
  + Diclofenac 50 mg 1 viên x 3 lần / ngày, hoặc
  + Ibuprofen 600 mg – 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 UNBT, 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 cách mỗi 6 giờ
± Nefopam 20 mg TB cách mỗi 8 giờ hoặc Ketoprofen 100 mg TB hoặc Ketorolac 30 mg TB/TMC

Hậu phẫu ngày 1 trở đi
- Paracetamol 1g uống mỗi 8 giờ
± Diclofenac 100 mg đặt HM cách mỗi 12 giờ, hoặc
- Thuốc giảm đau chống viêm không steroid (NSAID)
  + Diclofenac 50 mg 1 viên x 3 lần / ngày, hoặc
  + Ibuprofen 600 mg – 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.

Phụ lục 3: Phác đồ giảm đau sau mổ đối với bệnh nhân gây tê

BỆNH NHÂN 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 cách mỗi 6 giờ +/-
- Nefopam 20 mg x 2 lần TB cách mỗi 8 giờ hoặc Ketoprofen 100 mg x 2 lần TB cách mỗi 12 giờ hoặc Diclofenac 100 mg đặt HM mỗi 12 giờ.

Gây tê ngoài màng cứng

Ngày 0

- Bupivacain/Ropivacain/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 cách mỗi 6 giờ

Hậu phẫu ngày 1

- Paracetamol 1 g TTM/15 phút cách mỗi 6-8 giờ ±
- Diclofenac 100 mg đặt HM cách 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 1g uống mỗi 8 giờ ± Diclofenac 100 mg đặt HM cách mỗi 12 giờ hoặc
- Thuốc giảm đau chống viêm không steroid (NSAID)
  + Diclofenac 50 mg 1 viên x 3 lần / ngày, hoặc
  + Ibuprofen 600 mg – 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.

Chương 5

HIẾM MUỘN

85 KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ MỘT CẶP VỢ CHỒNG VÔ SINH

I. ĐỊNH NGHĨA & PHÂN LOẠI

- 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 thì gọi là vô sinh (nếu người vợ > 35 tuổi, thời gian này chỉ tính 6 tháng).
- 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.

II. NGUYÊN NHÂN

2.1. Do vợ

- 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.
- Do vòi trứng, phúc mạc:
  - Tắc ống dẫn trứng.
  - Nhiễm trùng, viêm phúc mạc ruột thừa, viêm vùng chậu.
  - Lạc nội mạc tử cung buồng trứng.
- 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).

• Vô sinh chưa rõ nguyên nhân.

2.2.Do chồng

• Rối loạn chức năng sinh dục:
- Xuất tinh ngược dòng.
- Bất lực.
- Giảm libido.

• 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.

• Bất thường giải phẫu:
- Bất sản ống dẫn tinh, tắc ống dẫn tinh
- Bất thường bẩm sinh túi tinh

• 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

• Bất thường di động:
- Tinh trùng không có đuôi.
- Có kháng thể kháng tinh trùng.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

• 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.

• 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.
  + Khám âm đạo đánh giá có bất thường sinh dục, TC 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

3.2. Cận lâm sàng

• 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

• Xét nghiệm chọn lọc
- FSH, LH, Estradiol, PRL, Progesterone, Testosterone hoặc AMH
- Hormone tuyến giáp: T3, T4, TSH
- 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

IV. 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. *Marc A. Fritz, Leon Speroff. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 8th edition, 2011.*
2. *Martin H. Johnson. Essential Reproduction. 6th edition, 2007.*
3. *David K Gardner, Ariel Weissman, Colin M Howles, Zeev Shoham. Textbook of Assisted Reproductive techniques. 2nd edition, 2004.*

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.

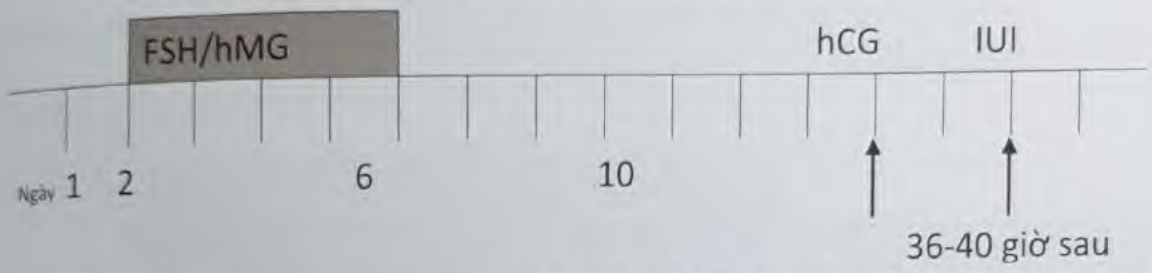
1.2. Các phác đồ KTBT

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.
- 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 βhCG máu thử thai sau bơm tinh trùng 2 tuần.

b. Sử dụng gonadotrophins 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, bệnh nhân cần được KTBT để thu được khoảng 8 - 10 trứng có chất lượng tốt.

2.1. Các chỉ định IVF

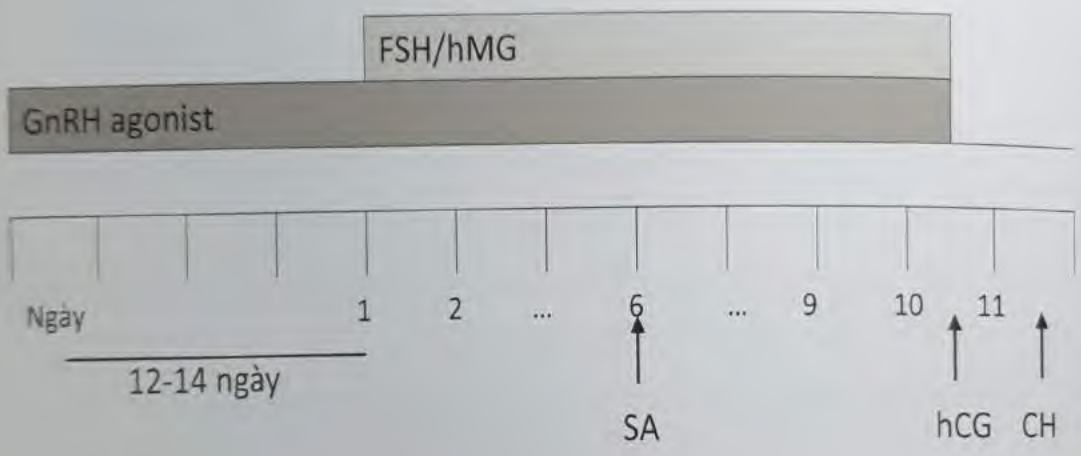
- Tinh trùng chồng yếu nặng.
- Bất sản ống dẫn tinh.
- Trường hợp xin tinh trùng do chồng không có tinh trùng.
- Yếu tố tai vòi.
- Vợ lớn tuổi.

- Giảm dự trữ buồng trứng.
- Xin trứng do suy buồng trứng sớm.
- Bơm tinh trùng thất bại nhiều lần.

2.2. Các phác đồ KTBT

a. Phác đồ dài (down-regulation)

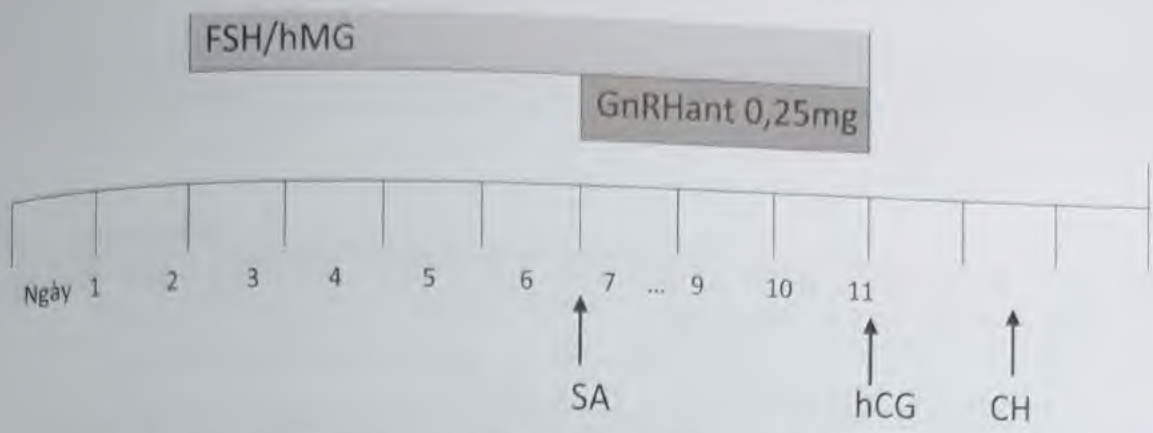
- Tiêm GnRH đồng vận bắt đầu từ ngày 21 chu kỳ kinh (tiêm liên tục trong 12 - 14 ngày).
- Sau đó, xét nghiệm LH, Estradiol máu và siêu âm nếu down regulation đạt yêu cầu thì bắt đầu sử dụng gonadotropins. Gonadotropins được tiêm liên tục KTBT cho đến khi nang noãn trưởng thành.



- 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.

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 bệnh nhân 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.
- 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.

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.*

HỘI CHỨNG QUÁ KÍCH BUỒNG TRỨNG

87

I. MỞ ĐẦU

Quá kích buồng trứng (QKBT) (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 l/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
SÂ kích thước BT	≤ 5 cm	5-12cm	> 12cm	
Hct	< 41%	41%- <45%	45%- < 55%	≥ 55%
Bạch cầu		10.000-15.000/mm^3	15.000-25.000/ mm^3	> 25.000/ mm^3
Xét nghiệm khác			Creatinine 1-1,5 mg/dl Thanh thải creatinine ≥50ml/phút (nếu có) Hạ Natri máu Tăng Kali máu	Creatinine >1,5 mg/dl Thanh thải creatinine < 50ml/phút

** Kích thước buồng trứng có thể không tương ứng với độ nặng của QKBT khi làm TTON 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.
- 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 Ringer Lactat vì QKBT có sẵn tình trạng tăng Kali máu.

- Có thể chọc dẫn lưu ổ bụng giải áp khi có các triệu chứng sau:
  - 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, Hct, Ion đồ, Albumin máu mỗi 24 giờ.
- Chức năng gan, thận, chức năng đông máu mỗi 2 ngày.

IV. DỰ PHÒNG

4.1. Đối tượng nguy cơ

Chú ý theo dõi những bệnh nhân 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 bệnh nhân.
  - 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.
  - 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. *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.*
2. *The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Ovarian hyperstimulation syndrome. Fertil Steril 2008; 90: S 188-93.*
3. *Green-top Guideline No.5. The management of ovarian hyperstimulation syndrome. Royal College of Obstetricians and Gynecologists 2006.*

GIẢM THAI 88

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 tiếp tục phát triển. Giảm thai góp phần giảm tỉ 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.
  - Động thai.
  - Nhiễm trùng đường sinh dục dưới.
  - Rối loạn đông máu.

IV. QUI TRÌNH KỸ THUẬT

1. Chuẩn bị bệnh nhân trước thủ thuật.

2. Thực hiện thủ thuật.

3. Chăm sóc sau thủ thuật

- Kháng sinh dự phòng.
- Giảm gò tử cung: Progesteron 25 mg 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.

4. Xuất viện: thường khoảng 3 - 5 ngày sau thủ thuật giảm thai khi tình trạng thai ổn định.

5. 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

1. Sẩy thai hoàn toàn (tỉ 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.
2. Nhiễm trùng: biểu hiện sốt, đau bụng, bạch cầu tăng, CRP tăng sau khi làm thủ thuật giảm thai. Các biểu hiện thường xảy ra trong vòng 14 ngày sau thủ thuật. Nếu tình trạng nhiễm trùng không được điều trị hay điều trị không hiệu quả, thai có thể sẩy hoàn toàn hoặc phải hút bỏ thai nếu không sẩy tự nhiên.
3. Dọa sẩy thai: túi thai bị bóc tách sau thủ thuật giảm thai. Điều trị bằng Progesteron đặt âm đạo kết hợp chế độ nghỉ ngơi và sinh hoạt hợp lý.
4. Tai biến do gây mê hay gây tê.

BỔ SUNG LH TRONG KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM

HỘI PHỤ SẢN KHOA VÀ SINH ĐẺ CÓ KẾ HOẠCH VIỆT NAM (VINAGOFPA)
CHI HỘI Y HỌC SINH SẢN VIỆT NAM (VSRM)

Ngày 16 tháng 04 năm 2012

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 (Hillier, 2001).

1. Vai trò LH trong sự phát triển nang noãn chu kỳ tự nhiên

- LH kích thích sự tổng hợp androgen ở tế bào vỏ, được vận chuyển qua tế bào hạt, là tiền chất tổng hợp estrogen ở tế bào hạt.
- Làm buồng trứng tăng nhạy cảm với FSH.
- Trưởng 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 (Shemesh, 2001).

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, tỉ lệ có thai thấp (Lahoud và cs., 2006; O'Dea và cs., 2008).

- 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 tỉ lệ thụ tinh kém, làm tổ kém và tỉ lệ có thai kém (Shoham, 2002; Tesarik và Mendoza, 2002; Stanger và Yovich, 2005).
- 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 (Hill và cs., 2012). 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 (Wong và cs., 2011). 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.

2. 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 tỉ lệ làm tổ của phôi ở bệnh nhân ≥35 tuổi (Bosch và cs., 2011; Humaidan và cs., 2004; Marrs và cs., 2004; Mattoras và cs., 2009). Tuy nhiên, một nghiên cứu lại không ghi nhận điều này (Fabregues và cs., 2006).
- 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 (Baruffi và cs., 2007; Kolibianakis và cs., 2007; Mochtar và cs., 2007; Oliveira và cs., 2007).

ENH VIÊN TỰ DỮ

1. Bổ sung LH có ích lợi so với không bổ sung LH

- Số ngày KTBT ngắn hơn (Oliveira và cs., 2007).
- Số ống thuốc FSH tái tổ hợp cần sử dụng ít hơn (Oliveira và cs., 2007).
- Nồng độ estradiol cao hơn ở ngày tiêm hCG (Baruffi và cs., 2007; Oliveira và cs., 2007).
- Số noãn trưởng thành nhiều hơn ở những chu kỳ sử dụng phác đồ GnRH antagonist để KTBT (Baruffi và cs., 2007).
- Bổ sung LH giúp tăng tỉ lệ có thai ở người bệnh ≥35 tuổi (Mochtar và cs., 2007).
- Bổ sung LH giúp tăng tỉ lệ có thai ở người bệnh đáp ứng kém với KTBT (Mochtar và cs., 2007).

2. Bổ sung LH không khác biệt so với không bổ sung LH

- Tỉ lệ làm tổ, tỉ lệ thai lâm sàng, tỉ lệ sẩy thai và tỉ 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

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).
- 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.

2. Loại LH bổ sung

LH có thể được bổ sung dưới hai 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. 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. *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 during induced ovarian stimulation in the GnRH-antagonist protocol: a meta-analysis. Reprod. BioMed. Online 14, 14–25.*
2. *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.*
3. *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.*
4. *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.*

5. 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.

6. Hillier, S.G. (2001). Gonadotropic control of ovarian follicular growth and development. Mol. Cell. Endocrinol. 179, 39–46.

7. 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.

8. 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 birth? A systematic review and meta-analysis. Hum. Reprod. Update 13, 445–452.

9. 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.

10. 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.

11. 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.

12. 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

13. 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.

14. 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.

15. 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.

16. Shemesh, M. (2001). Actions of gonadotrophins on the uterus. Reproduction 121, 835–842.

17. Shoham, Z. (2002). The clinical therapeutic window for luteinizing hormone in controlled ovarian stimulation. Fertil. Steril. 77, 1170–1177.

18. 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.

19. 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.

20. 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.

Chương 6

KẾ HOẠCH GIA ĐÌNH

90 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 CÁN BỘ 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 (SKSS) 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 biện pháp tránh thai 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.

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 hai 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 do lựa chọn giới tính.
- 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.
- 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 biện pháp tránh thai sau thủ thuật

- Khả năng có thai lại sớm, cho nên việc bắt đầu áp dụng một biện pháp tránh thai ngay sau thủ thuật là cần thiết.
- Giới thiệu các biện pháp tránh thai, giúp khách hàng lựa chọn biện pháp tránh thai phù hợp và hướng dẫn khách hàng sử dụng đúng.
- Giới thiệu các địa điểm có thể cung cấp các biện pháp tránh thai.

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.
- Nếu có các dấu hiệu bất thường, phải khám lại ngay.
- Tiếp tục tư vấn nhắc lại các biện pháp tránh thai.
- 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 nghén.
- 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 biện pháp tránh thai, giúp khách hàng lựa chọn biện pháp tránh thai phù hợp và hướng dẫn khách hàng sử dụng đúng.
- Cung cấp biện pháp tránh thai hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp biện pháp tránh thai.
- 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).

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.

1 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 (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 phá thai bằng thuốc 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 Mifepriston hoặc Misoprostol.
- Chẩn đoán chắc chắn hoặc nghi ngờ có thai ngoài tử cung.
- Có thai tại vết sẹo mổ cũ ở tử cung.

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 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. 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 phá thai bằng thuốc.
- Tư vấn về các tai biến có thể xảy ra và tác dụng phụ của thuốc.
- Tư vấn về theo dõi sau phá thai bằng thuốc.
- 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.

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 63 ngày

- Uống 1 viên Mifepriston 200 mg tại bệnh viện (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.

b. Thai từ 64 ngày đến hết 84 ngày

- Uống 1 viên Mifepriston 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.
  - Nếu sau 3 giờ khi dùng liều Misoprostol thứ 5 mà chưa sẩy thai, uống tiếp 200 mg Mifepriston, 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 tử cung.
- Thai tiếp tục phát triển: hút thai hoặc tiếp tục liệu trình phá thai bằng thuốc nếu khách hàng mong muốn và trong giới hạn tuổi thai cho phép.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **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.

  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 tử cung (TC): Oxytocine, 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.
- **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.
- **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:
  - Nhập viện.
  - Kháng sinh liều cao hoặc phối hợp.
  - Điều trị nội hoặc ngoại khoa tùy tình trạng bệnh.
  - Hút buồng tử cung nếu cần.

92 PHÁ THAI BẰNG THUỐC TỪ 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 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 với Mifepriston hoặc 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.
- Đang viêm nhiễm 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 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 phá thai bằng thuốc.
- Tư vấn về các tai biến có thể xảy ra và tác dụng phụ của thuốc.
- Tư vấn về theo dõi sau phá thai bằng thuốc.
- 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.

5.3. Phác đồ sử dụng thuốc

- Uống 1 viên Mifepristone 200 mg tại BV.
- Sau 24 - 48 giờ:
  - Đặt túi cùng âm đạo 400 mcg Misoprostol tại BV.
  - 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 tổng trạng, 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.
- 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, cho 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

- Chảy máu nhiều: xử trí tích cực theo nguyên nhân.
- Nhiễm khuẩn:
  - Kháng sinh liều cao.
  - Xử trí tích cực theo nguyên nhân.
- Vỡ tử cung: xem phác đồ vỡ tử cung.
- Choáng.

93 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 từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12.

I. CHỈ ĐỊNH

Thai trong tử cung 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, cần 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 tử cung to.
- Vết mổ ở tử cung.
- 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.

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 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 BPTT, hướng dẫn chọn lựa biện pháp tránh thai (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 bằng cách cho ngậm dưới lưỡi 400 mcg Misoprostol 3 giờ trước khi làm thủ thuật.

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 cổ TC (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 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.

- Kẹp cổ tử cung.
- Gây tê cạnh cổ tử cung.
- Đo buồng tử cung bằng ống hút.
- Nong cổ tử cung (nếu cần).
- Hút thai.
- Kiểm tra chất hút.
- Đánh giá thủ thuật đã hoàn thành.
- Có thể đặt dụng cụ tử cung (DCTC) ngay sau khi hút thai nếu đảm bảo buồng tử cung sạch, không có chống chỉ định và khách hàng lựa chọn biện pháp này.
- Xử lý dụng cụ và chất thải theo quy trình.

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.
  - Fluoroquinolon.
- 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 tử cung.
- Thai tiếp tục phát triển: hút thai.

IV. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Chảy máu nhiều:** xem phác đồ Xử trí băng huyết trong khi hút thai.
- **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.

- **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 BC, 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.

- **Thủng tử cung.**
- **Choáng:** rất hiếm xảy ra.

94 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 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.

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 khoẻ 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 (XN) tự nguyện)
- 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).

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Chảy máu nhiều:** xem phác đồ Xử trí băng huyết trong khi hút thai.
- **Rong huyết kéo dài, mệt mỏi, có triệu chứng mất máu cấp:** khám và siêu âm kiểm tra.

  Xử trí

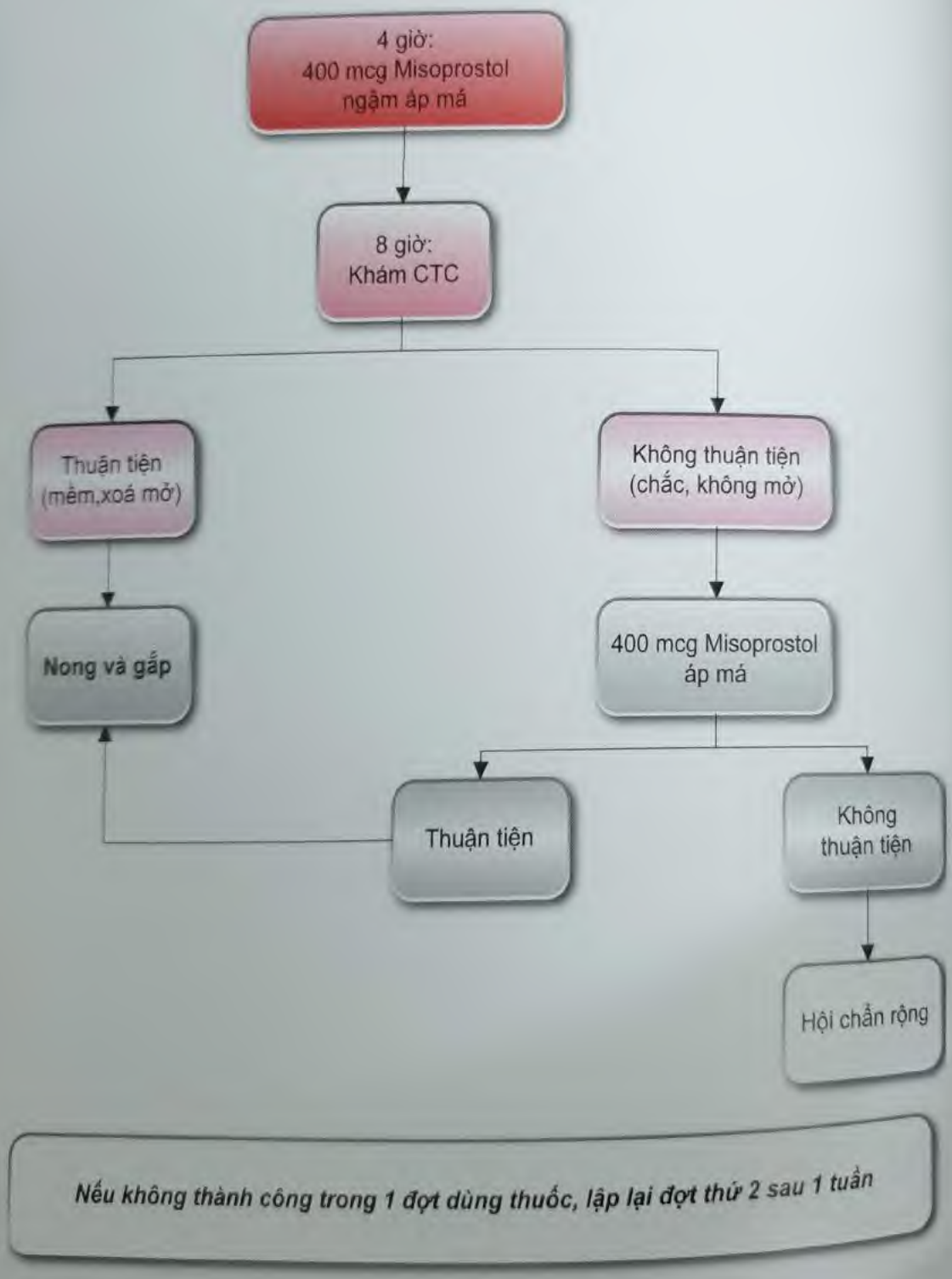
  - Khi không ảnh hưởng tổng trạng: hút kiểm tra nếu nghi ngờ còn tổ chức thai và/hoặc nhau thai.
  - Khi có ảnh hưởng tổng trạng: có thể nhập viện.
- **Nhiễm khuẩn**

  Xử trí: kháng sinh liều cao và xử trí tích cực tùy nguyên nhân.
- **Thủng tử cung**
- **Choáng:** rất hiếm xảy ra.

VII. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

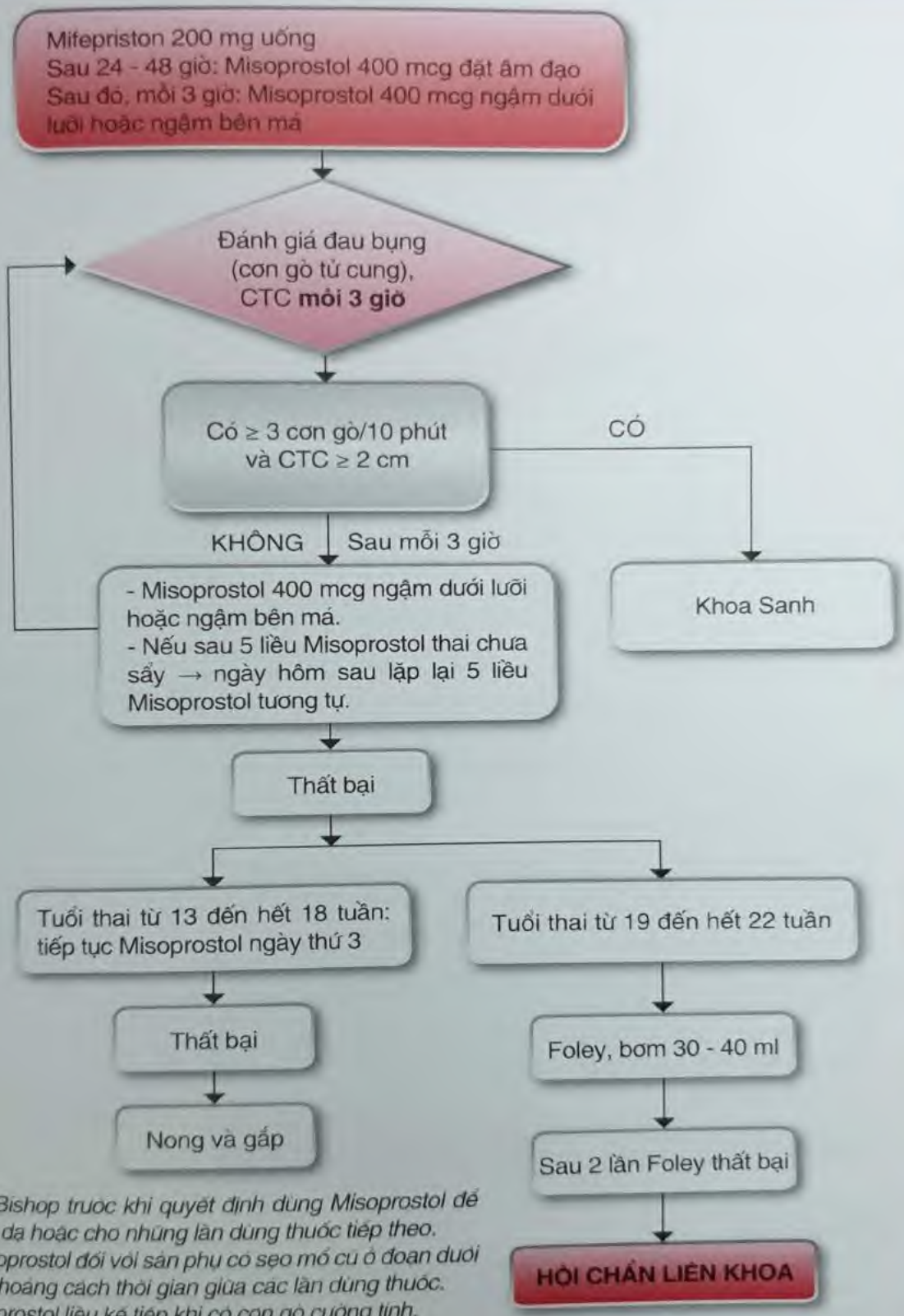
- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, ra máu âm đạo, đau bụng, co hồi tử cung trong vòng 4 giờ sau thủ thuật.
- Kê đơn kháng sinh 5 - 7 ngày. Theo thứ tự ưu tiên
  - Doxycyclin 100 mg.
  - Beta-lactam + acid clavulanic: Amoxicilin + acid clavulanic.
  - Fluoroquinolon
- Tư vấn sau thủ thuật.
- Hẹn khám lại sau 2 tuần.

95 SƠ ĐỒ CHẤM DỨT THAI KỲ THAI TỪ 13 - 18 TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP NONG GẮP



SƠ ĐỒ CHẤM DỨT THAI KỲ TUỔI THAI TỪ 13 - 22 TUẦN

96



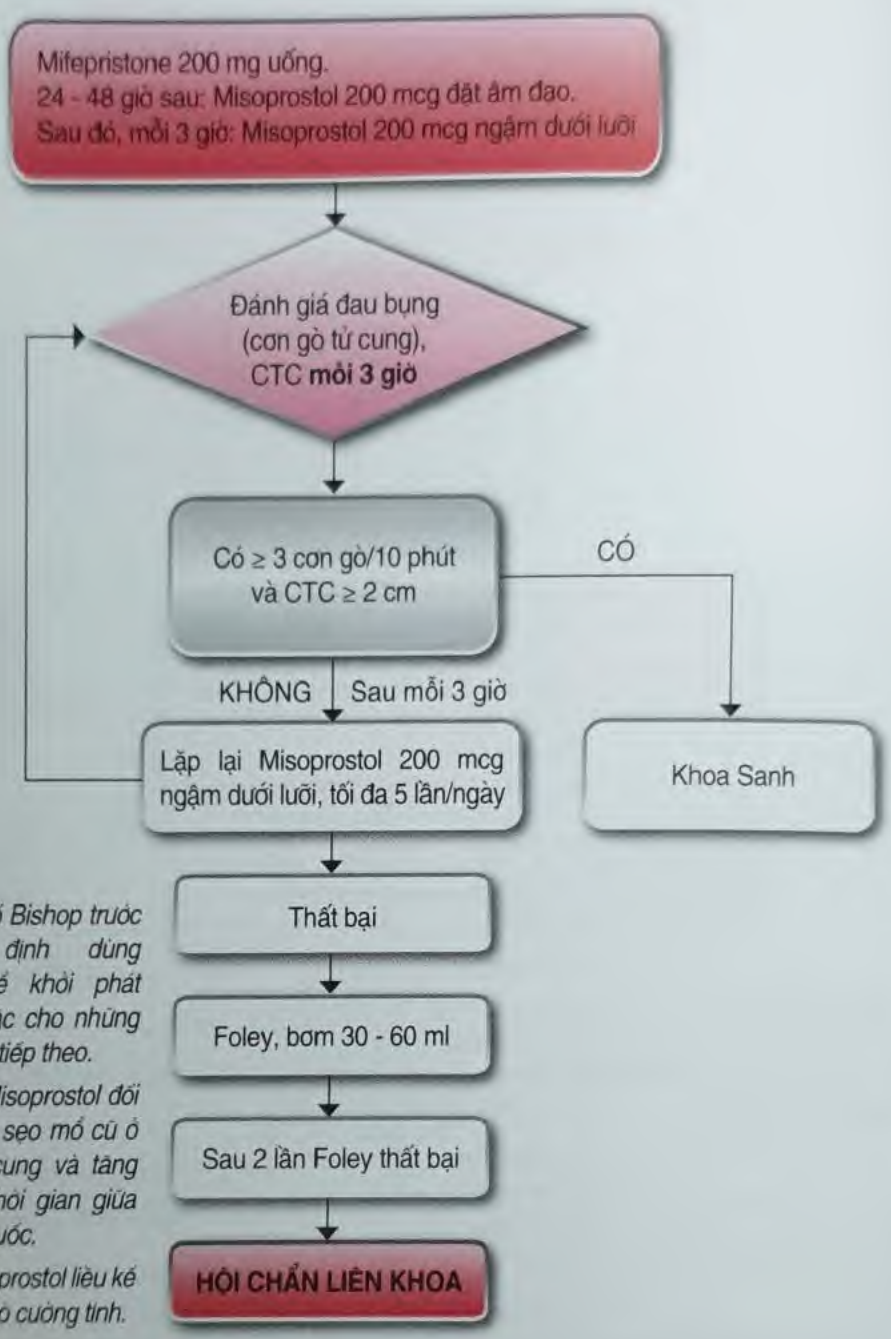
Lưu ý:

- *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 sẹo 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

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.

97 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 sẹo 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). Second-trimester abortion. (ACOG practice bulletin; no. 135). Obstet Gynecol 2013 Jun;121(6):1394-406.*
2. *Borgatta L, Kapp N; Society of Family Planning. Clinical guidelines. 20111. Labor induction abortion in the second trimester. Contraception. 2011 Jul;84(1):4-18 Guideline 20111.*
3. *Brouns JF, van Wely M, Burger MP, van Wijngaarden WJ. Comparison of two dose regimens of misoprostol for second-trimester pregnancy termination. Contraception. 2010 Sep;82(3):266-75.*

XỬ TRÍ THAI LƯU ĐẾN HẾT 12 TUẦN

98

I. ĐỊNH NGHĨA

Thai chết lưu là thai đã chết trong tử cung 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 đi hút thai.
  - Tiền căn mổ lấy thai, bóc nhân xơ tử cung.
- Tiền căn bệnh nội ngoại khoa: bệnh lý tim mạch, cường giáp, v.v.

2.2. Khám

- Xác định tư thế tử cung, 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 tử cung, u nang buồng trứng.

2.3. Xét nghiệm

- Siêu âm: xác định tình trạng thai lưu, tuổi thai vào thời điểm lưu.
- XN máu: đông máu toàn bộ, phân tích tế bào máu, nhóm máu, Rh (khi đủ điều kiện).

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 tử cung 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 có thai lại ít nhất sau 3 tháng hút 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 TC.

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.

99 XỬ TRÍ SẨY THAI ĐANG TIẾN TRIỂN

I. ĐỊNH NGHĨA

Sẩy thai đang tiến triển là một tình trạng thai dưới 20 tuần, cổ tử cung dãn rộng, ra huyết nhiều, phần thai hoặc nhau đang tống xuất qua cổ tử cung.

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. 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.
  - 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 cổ TC (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 âm đạo, CTC (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 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.

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.

100 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 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 bẩn, ...).
- Xác định tư thế và kích thước tử cung.
- Xác định độ đau tử cung.
- Đánh giá độ mở CTC.
- 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

- CTM, CRP, βhCG (tùy trường hợp).

III. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nội khoa

a. Chỉ định

- Ứ dịch lòng tử cung.
- Nghi sót nhau kích thước nhỏ (dưới 3 x 3cm).

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 hay ứ dịch lòng tử cung lượng nhiều.

b. Điều trị

- Hút kiểm tra buồng tử cung (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 tử cung nếu cần

01 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 l/p.
- 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 gò kém, có thể do ứ máu trong lòng tử cung, sót tổ chức thai, mô nhau, do tổn thương ở cổ tử cung hoặc thủng tử cung.

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 bệnh nhân lên phòng mổ và xử trí tiếp.
- Lưu ý: Hoàn tất hồ sơ bệnh án, ghi rõ diễn tiến thủ thuật.

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 tử cung, lấy hết mô sót và máu cục.
- Thông tiểu.
- Đánh giá lại tình trạng tử cung, có thể dùng thêm:
  - Thuốc:
    + Oxytocin 5 đơn vị x 2 ống pha loãng truyền TM chậm hay tiêm bắp.
    + Methyl ergometrin 0,20 mg, 1 ống pha loãng tiêm TM chậm hay tiêm bắp (TB).
    + 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.

PHỤ LỤC: 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 ÂĐ/ 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 CTC 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 ÂĐ/ngậm dưới lưỡi/ngậm áp má mỗi 3 giờ 25 - 26 tuần: 200 mcg đặt ÂĐ/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 CTC để phá thai ngoại khoa	13 - 18 tuần: 400 mcg ngậm áp má (tối đa 3 liều) 4 - 6 giờ trước thủ thuật

Băng huyết sau sinh	
Dự phòng	600 mcg uống/đặt hậu môn (x 1 lần)
Dự phòng BHSS thứ phát (máu mất ≥ 350ml)	800 mcg ngậm dưới lưỡi/đặt hậu môn (x 1 lần)
Điều trị	800 mcg ngậm dưới lưỡi/đặt hậu môn (x 1 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 TC 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

- *FIGO (2017), Misoprostol – only, recommended regimens 2017*
- *Bộ Y Tế (2016), Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.*

102 XỬ TRÍ THỦNG TỬ CUNG TRONG KHI HÚT THAI HOẶC NẠO SINH THIẾT

I. ĐỊNH NGHĨA

Thủng tử cung là tổn thương đến lớp cơ tử cung ± phúc mạc tử cung do đưa dụng cụ vào buồng tử cung trong khi làm thủ thuật hút thai, đặt hoặc lấy vòng, nạo sinh thiết, ...

II. CHẨN ĐOÁN

- Bệnh nhân 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 tử cung

1. Ngưng làm thủ thuật ngay lập tức.
2. Hồi sức
   a. Xác định tổng trạng bệnh nhân: mạch, huyết áp. Đánh giá tình trạng choáng.
   b. Lấy ngay đường truyền tĩnh mạch: Ringer lactat hay Natri clorid 9‰ 500 ml, truyền TM XXX giọt/phút.
   c. Dùng thuốc co hồi tử cung, kháng sinh và thuốc điều trị choáng (nếu bệnh nhân có choáng).

3. Chuyển bệnh nhân 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 tử cung.

Lưu ý:

- Trong những trường hợp bệnh nhân có kèm choáng: nên điều trị choáng tích cực, và chỉ chuyển bệnh nhân khi tình trạng đã ổn định.
- Tư vấn cho bệnh nhân 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 bệnh nhân được chặt chẽ hơn.

1103 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 ngoại 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 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.
  - 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 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 vị thế tử cung.
- Sát trùng âm hộ, âm đạo và CTC.
- Kẹp CTC. Đo buồng tử cung.
- Chuẩn bị dụng cụ tử cung (cho cành dụng cụ tử cung vào cần đối với vòng TCu, đánh dấu cần dụng cụ tử cung cho phù hợp với kích thước buồng tử cung).
- Đưa dụng cụ tử cung 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.

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.

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 biện pháp tránh thai khác sau lấy vòng, nhằm phòng ngừa mang thai ngoài ý muốn.

THUỐC CẤY TRÁNH THAI

I. CHỈ ĐỊNH

Các phụ nữ trong tuổi sinh đẻ muốn chọn biện pháp tránh thai 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.

III. THỜI ĐIỂM CẤY THUỐC TRÁNH THAI

3.1. Khách hàng chưa sử dụng biện pháp tránh thai (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 biện pháp tránh thai hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
    + Nếu đã có kinh lại: như trường hợp hành kinh bình thường.
- 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 [illegible] trong vòng 7 ngày đầu của kỳ kinh kế tiếp (vào trong vòng 5 [illegible]y 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.

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.

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's mear, 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.

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.

105 THUỐC TIÊM TRÁNH THAI DMPA

I. CHỈ ĐỊNH

- Các 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's mear.

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 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, ...).

106 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, giãn 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.
- 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 kim 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Bộ Y tế - Vụ sức khỏe bà mẹ và trẻ em. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản 2010.*
2. *Pathfinder International-Ipas-EngenderHealth. Reproductive Health Projects. Giáo trình chăm sóc sức khỏe sinh sản 2008. 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.*

BỆNH VIỆN TỪ DŨ

284 Cống Quỳnh, Quận 1, Tp. Hồ Chí Minh.

www.tudu.com.vn

Giá: 390.000 đồng

9 786049 735332